



Gesundheitskompetenz/ Health Literacy

Das Konzept und seine Operationalisierung

Gesundheitskompetenz (engl. Health Literacy) ist ein noch junges Konzept. Anfängliche Erwähnung fand Gesundheitskompetenz in den 1970er-Jahren im Zusammenhang mit schulischer Gesundheitsbildung [1]. Seit Mitte der 1990er-Jahre haben sich die Publikationen zum Thema mehr als verzehnfacht [2]. Die meisten Arbeiten stammen aus den USA; aus Europa kommt nur circa ein Drittel der Publikationen [3]. Neben seiner wissenschaftlichen Popularität gewann Gesundheitskompetenz auch politisch an Bedeutung. So ist Gesundheitskompetenz heute Bestandteil von nationalen Gesundheitszielen (u. a. in den USA und Österreich) und wurde zu einer Schlüsseldimension von „Gesundheit 2020“, im Rahmenkonzept der WHO [4] für eine Gesundheitspolitik in der europäischen Region.

Gesundheitskompetenz findet heute vielfältige Anwendung, vornehmlich in zwei großen Feldern [5]: Im medizinischen Versorgungssystem, als Antwort auf die beachtliche Zahl an Patienten und Patientinnen mit unzureichenden Kompetenzen in der Nutzung bestehender Angebote und als ein Korrelat mangelnder Compliance und in Public Health als Antwort auf die steigenden Anforderungen immer komplexer werdender Strukturen und Bedingungen der Gesundheitsproduktion im Alltag. Geprägt vom Geist der Ottawa-Charta wurde Gesundheitskompetenz in Public Health explizit mit den Leitprinzipien Partizipation und Empowerment verknüpft und so auch als ein Beitrag zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit verstanden.

Gesundheitskompetenz ist heute zahlreich definiert, vielfach operationalisiert

und auch die Zahl der diesbezüglichen englisch- und deutschsprachigen Übersichtsarbeiten steigt (vgl. u. a. [6, 7]). Der folgende Beitrag präsentiert und kommentiert ausgewählte Definitionen, liefert einen kurzen Einstieg in theoretische Grundlagen und berichtet über den Stand der Operationalisierung von Gesundheitskompetenz. Er legt seinen Schwerpunkt auf ein Verständnis von Gesundheitskompetenz als soziale und individuelle Ressource im alltäglichen Umgang mit Gesundheit und möchte so einen Beitrag leisten zur zielgerichteten Weiterentwicklung des Konzepts, insbesondere im Bereich Public Health und Gesundheitsförderung.

Definitionen, Konzepte, Theorien

Aktuelle Definitionen

Den heute vorliegenden Definitionen von Gesundheitskompetenz ist gemeinsam, dass sie unter diesem Begriff eine breite Palette von Fähigkeiten beschreiben: Gesundheitsinformationen erwerben, verstehen und beurteilen, sich über Gesundheit/Krankheit austauschen, gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen und Gesundheitsinformationen für den Erhalt und die Förderung von Gesundheit erfolgreich nutzen. Unterschiede zwischen den Definitionen zeigen sich unter anderem im Bezug, den die Definitionen zu Gesundheit und Gesundheitshandeln herstellen. Einige Definitionen beschreiben Gesundheitskompetenz – vergleichsweise eng definiert – als Kompetenz, auf der Basis von Informationen angemessene

gesundheitsrelevante Entscheide zu treffen und die zur Verfügung stehenden Versorgungsleistungen effektiv zu nutzen [8]. Andere Definitionen sehen Gesundheitskompetenz als Voraussetzung für alltägliches Gesundheitshandeln und lösen das Konzept damit aus einem versorgungssystemspezifischen Fokus [9]. Wieder andere definieren Gesundheitskompetenz deutlich über Informationsverarbeitung und Entscheidungsfähigkeit hinaus und koppeln Gesundheitskompetenz an breiter gefasste Handlungspotenziale für die eigene Gesundheit, für die der Familie, Nachbarschaft usw. Gesundheitskompetenz wird damit als Voraussetzung für individuelles und soziales Handeln für Gesundheit verstanden [5, 10, 11]. So definiert, zielt Gesundheitskompetenz nicht nur auf die Verbesserung der persönlichen Gesundheitschancen, sondern bezieht auch die Fähigkeiten von Individuen und Gruppen zur Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen mit ein.

Aus der Vielfalt der Definitionen sind in der Übersicht 1 Definitionen aufgelistet, die den wissenschaftlichen Diskurs zu Gesundheitskompetenz in der Vergangenheit geprägt haben und bis heute prägen.

Drei Formen der Gesundheitskompetenz

Im Bemühen, über psychologische Konzepte der Wissensaufnahme und Wissensvermittlung hinauszugehen, hat Nutbeam [12] eine erste grundlegende Differenzierung der Gesundheitskompetenz vorgeschlagen, die bis heute große Teile des Diskurses zu Gesundheitskompetenz prägt:

Infobox 1: Übersicht über Definitionen von Gesundheitskompetenz

„The degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions“ [8].

„Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand, and use information in ways which promote and maintain good health“ [12].

„Health literacy is the ability to make sound health decisions in the context of everyday life – at home, in the community, at the workplace, in the health care system, the market place and the political area“ [9].

„Health Literacy means to understand the conditions that determine health and to know how to change them“ [10].

„Health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course“ [7].

Funktionale Gesundheitskompetenz. Funktionale Gesundheitskompetenz meint die Fähigkeit des Individuums, gesundheitsrelevante Informationen zu finden und ihre Inhalte so zu verstehen, wie sie – von Experten und Expertinnen – als medizinisch sinnvoll definiert sind. Dieser Teil der Gesundheitskompetenz ist nahe an den traditionellen Konzepten von Patientenwissen, Compliance und den verhaltensorientierten Ansätzen der Prävention und Gesundheitsförderung. Es geht in dieser Form vor allem um den Erwerb von Wissen über Gesundheitsrisiken und über die adäquate Nutzung der Angebote des medizinischen Versorgungssystems [13].

Interaktive Gesundheitskompetenz. Interaktive Gesundheitskompetenz beschreibt die Fähigkeit des Individuums, Gesundheitswissensbestände in interaktiver Form auszutauschen. Es geht dabei einerseits um die Fähigkeit, Gesundheitswissen aus verschiedenen Quellen aufzunehmen und unter variierenden Umständen anzuwenden. Es geht dabei andererseits auch um den „Geber“-Aspekt, d. h. um die Fähigkeit, anderen das eigene Ge-

sundheitswissen zur Verfügung zu stellen und damit einen interaktiven Beitrag zur Problemlösung zu leisten. Beispiele hierfür sind der Austausch zu Gesundheitsfragen in der Familie oder patientenzentrierte, nicht-hierarchische Arzt-Patient-Gespräche.

Kritische Gesundheitskompetenz. Kritische Gesundheitskompetenz fokussiert auf den aufgeklärten und reflektierten Umgang mit Gesundheit. Zu ihr gehört der selektive Umgang mit den Angeboten des Gesundheitssystems genauso wie eine (selbst)bewusste und (selbst)kritische Lebensgestaltung. Medizinische Versorgungsleistungen, Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote bis hin zum Konsumangebot für Güter des Alltags: Sie alle haben gesundheitsstärkendes Potenzial, bergen aber zumeist auch Risiken. Vor diesem Hintergrund meint kritische Gesundheitskompetenz den (selbst)kritischen Umgang mit gesundheitlichen Fragen, den selbstbewussten Umgang mit normativen Erwartungen zur gesundheitsrelevanten Lebensführung, einschließlich der Fähigkeit, sich von unrealistischen Forderungen abzugrenzen. Damit hat diese Form der Gesundheitskompetenz einen (potenziell stark) emanzipatorischen Charakter.

Nutbeam [14] prägte mit dieser Dreiteilung ein Verständnis von Gesundheitskompetenz als einem mehrdimensionalen Konstrukt. Insbesondere mit der Form der kritischen Gesundheitskompetenz wurde so auch eine Verbindung zum Ansatz des Empowerment hergestellt [15]. Die Grundannahme ist dabei, dass eine verbesserte Gesundheitskompetenz Menschen zur Übernahme von Gestaltungs- und Entscheidungsaufgaben bezüglich ihrer Gesundheit ermächtigen sowie deren Handeln zur Förderung der Gesundheit und gesundheitsfördernder Lebensbedingungen stärken kann [9, 14, 16].

Theoretische Grundlagen

Den zahlreichen, meist aus praktischen Anwendungsbezügen heraus entwickelten Definitionen von Gesundheitskompetenz folgten, vergleichsweise spät, Versuche, Gesundheitskompetenz auch theoretisch zu verankern. Aus unterschiedlichen

Wissenschaftsdisziplinen heraus wurden in den letzten Jahren Ansätze vorgestellt, die sich darum bemühen, Gesundheitskompetenz theoretisch zu untermauern und ihre Determinanten und/oder Wirkungsweisen theoretisch zu erklären.

Die von Abel [10] vorgeschlagene Verankerung in der soziologischen Theorie des kulturellen Kapitals ermöglicht eine Erklärung der sozial ungleichen Verteilung der Gesundheitskompetenz, die konsistent ist mit den vorliegenden Erkenntnissen zur gesundheitlichen Benachteiligung verschiedener Bevölkerungsgruppen. Sie erlaubt zudem, die Bedeutung der Gesundheitskompetenz für das – nach sozialer Schicht ungleiche – Gesundheitsverhalten besser zu verstehen [17]. Verstanden als inkorporiertes kulturelles Kapital und verflochten mit den anderen Kapitalformen (soziales und ökonomisches Kapital), stellt Gesundheitskompetenz eine soziokulturelle Ressource für die Gesundheit dar, die die Teilhabe an gesundheitsrelevanten und -wirksamen Handlungsfeldern prägt [10, 18].

Einen anderen Ansatz der theoretischen Verankerung präsentieren Von Wagner et al. [19]: Von der Gesundheitspsychologie kommend, integrieren die Autoren Gesundheitskompetenz in sozial-kognitive Modelle des Gesundheitsverhaltens. Sie definieren Gesundheitskompetenz als indirekten Einflussfaktor auf das Gesundheitsverhalten und stellen sie motivationalen und volitionalen Prozessen des Gesundheitsverhaltens voran.

Basierend auf bestehenden konzeptuellen Modellen von Gesundheitskompetenz sowie einer Expertenbefragung stellen Soellner et al. [20] und Lenartz [21] ein Strukturmodell von Gesundheitskompetenz vor. Neben wissensbasierten und kommunikativen Fähigkeiten sowie Fähigkeiten der Informationsbeschaffung und -verarbeitung definiert das Modell die personenbezogenen Fähigkeitskomponenten Selbstwahrnehmung, aktive Verantwortungsübernahme, Selbstregulation und Selbstkontrolle. Die Autorengruppe expliziert damit perzeptiv-motivationale und handlungsorientierte Komponenten von Gesundheitskompetenz. Gesundheitskompetenz wird direkt an Gesundheitsverhalten gebunden, indem ein verbessertes Gesundheitsverhalten als Re-

sultat einer guten Gesundheitskompetenz definiert wird.

Ausgehend von pädagogischen Lerntheorien beschreiben Paakkari und Paakkari [22] Gesundheitskompetenz als ein Konzept mit fünf konstituierenden Kompetenzen: theoretisches Wissen, praktisches Wissen, kritisches Denken, Selbstreflexion sowie ethisch und sozial verantwortliches Handeln. Gesundheitskompetenz wird dabei als schulisches Lernziel beschrieben und so eine weitere theoretische Ausrichtung skizziert.

Anhand dieser beispielhaften Darstellung kann festgestellt werden, dass der Gesundheitskompetenz – je nach Erkenntnisinteresse – unterschiedliche theoretische Bedeutungen zugewiesen werden. Im Vordergrund stehen dabei meist die Fragen nach dem Verständnis von Gesundheitskompetenz als Voraussetzung für individuelles Gesundheitsverhalten, als Konsequenz von kollektiven oder individuellen Lernprozessen oder als Mikro-mechanismus der Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. Eine ausführliche Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen theoretischen Ansätzen fehlt derzeit und kann im Rahmen dieses Beitrages nicht geleistet werden. Stattdessen soll in kurzer Form und in der Perspektive der Public Health auf einen theoretischen Ansatz zur Verortung von Gesundheitskompetenz als Teil der sozialen Reproduktion von Gesundheitschancen eingegangen werden.

Eine „Structure-Agency“-Perspektive für Gesundheitskompetenz

Die Mehrzahl der heute vorliegenden Arbeiten fokussiert auf das Individuum und seinen „Kompetenzstatus“. Zugleich weisen aber praktisch alle empirischen Studien auf eine soziale Ungleichverteilung der Gesundheitskompetenz hin und somit auf die Bedeutung der Faktoren, die außerhalb des Individuums liegen (siehe beispielsweise bei [23]). Bei den Bemühungen um eine wissenschaftliche Verankerung muss es also zukünftig besser gelingen, die aktive Rolle des handelnden Individuums sinnvoll mit den Faktoren der sozialen Umwelt zu verknüpfen. Die soziologische Perspektive von „Structure-Agency“ bietet dabei die Chance, der Be-

Bundesgesundheitsbl 2015 · 58:923–929 DOI 10.1007/s00103-015-2198-2
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

T. Abel · K. Sommerhalder

Gesundheitskompetenz/Health Literacy. Das Konzept und seine Operationalisierung

Zusammenfassung

Gesundheitskompetenz (engl. Health Literacy) fand in den letzten zwei Jahrzehnten vielfältige Beachtung. Anfänglich verstanden als individuelle Fähigkeit, krankheitsrelevante Informationen in der von medizinischen Experten vorgesehenen Form zu verstehen, entwickelte sich in relativ kurzer Zeit ein breites Verständnis von Gesundheitskompetenz als einer personengebundenen Ressource für gesundheitsförderliches Handeln in Alltagssituationen und klinischen Kontexten. Gesundheitskompetenz wird heute – je nach Anwendungskontext – unterschiedlich definiert und operationalisiert. Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über aktuelle Definitionen von Gesundheitskompetenz,

liefert am Beispiel der soziologischen Perspektive von Structure-Agency einen kurzen Einstieg in theoretische Grundlagen und berichtet über den Stand der Operationalisierungen von Gesundheitskompetenz. Stärken und Schwächen der derzeitigen Ansätze zum Konzept und zur Messung von Gesundheitskompetenz werden skizziert. Der vorliegende Artikel möchte so einen Beitrag leisten zur zielgerichteten Weiterentwicklung des Konzepts, insbesondere im Bereich Public Health und Gesundheitsförderung.

Schlüsselwörter

Gesundheitskompetenz · Theorie · Messung · Public Health · Soziale Ungleichheit

Health literacy. An introduction to the concept and its measurement

Abstract

Over the last 20 years, health literacy (German: Gesundheitskompetenz/health competency) has become a popular concept in research and health policy. Initially defined as an individual's ability to understand medical information, the definition has quickly expanded to describe individual-based resources for actions or conduct relevant to health, in different socio-cultural or clinical contexts. Today, researchers and practice experts can draw on a wide variety of definitions and measurements. This article provides an over-

view of the definitions, briefly introduces the “structure and agency” approach as an example of theorizing health literacy, and shows different types of operationalization. The article presents the strengths and shortcomings of the available concepts and measures and provides starting points for future research in public health and health promotion.

Keywords

Health literacy · Theory · Measurement · Public health · Social inequality

deutung des handelnden Individuums gerecht zu werden, ohne dabei die strukturellen Bedingungen der Gesundheit, ihrer Produktion und Verteilung aus den Augen zu verlieren oder evtl. sogar einer Individualisierung des Diskurses Vorschub zu leisten [24]. In dieser Perspektive wird Gesundheitskompetenz als – über soziale Prozesse – ungleich verteiltes kulturelles Kapital verstanden. Je nach den Bedingungen ihrer sozialen Kontexte können die Menschen dieses Kapital als Handlungsressource einsetzen, um die Angebote des medizinischen Versorgungssystems zu ihrem Vorteil zu nutzen [25] und um auch im Alltag mehr gesundheitliche Vorteile zu erzielen [10, 18]. Die Einbettung von Gesundheitskompetenz in die

Structure-Agency-Perspektive betont die sozialen Bedingungen und Prozesse des Erwerbs und des Einsatzes von Gesundheitskompetenz und steht so im Kontrast zu einem Verständnis von Gesundheitskompetenz als Klassifizierungsmerkmal, auf dessen Basis Menschen als mehr oder weniger (in)kompetent einzustufen sind.

An dieser Stelle lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die Spannweite der definitorischen und theoretischen Ansätze heute und trotz der noch jungen Geschichte von Gesundheitskompetenz relativ groß ist. So lassen sich bereits einige große Strömungen im Grundverständnis von Gesundheitskompetenz ausmachen:

Gesundheitskompetenz als ...

- individuelle Handlungsvoraussetzung innerhalb des Systems der medizinischen Versorgung *versus* Gesundheitskompetenz in der Produktion und Erhaltung von Gesundheit im alltäglichen Handeln.
- Konsequenz Individuum-basierter Lernprozesse *versus* Gesundheitskompetenz als das Produkt kollektiver Sozialisation.
- Repräsentation spezifischer Wissensbestände *versus* Gesundheitskompetenz als ein Indikator realer Handlungsmöglichkeiten; einschließlich erfolgreicher Wissensanwendung.
- kontextunabhängige/kontextübergreifende Ressource *versus* Gesundheitskompetenz als kontextspezifische Ressource.

Diese kontrastförmige Gegenüberstellung beschreibt keine eigentlichen Gegensätze, sondern benennt vielmehr unterscheidbare Schwerpunktsetzungen im Erkenntnis- und Anwendungsinteresse. Sie lässt zudem erkennen, dass die aktuellen Herausforderungen in der Gesundheitskompetenzforschung nicht nur neue Elemente enthalten, sondern auch lange bestehende Grundsatzfragen der Public Health widerspiegeln. Welche der genannten Fokussierungen oder welche Kombinationen davon letztlich zu fruchtbaren Erkenntnissen und erfolgreichen Interventionen führen werden, wird sich erst in der Zukunft zeigen.

Operationalisierungen von Gesundheitskompetenz

Übersicht über die Messinstrumente

Die Instrumente zur Messung der Gesundheitskompetenz sind zahlreich. Eine kürzlich publizierte Übersichtsarbeit identifizierte 51 Instrumente [26]. Grob können die Instrumente über ihren Messansatz (Testung oder Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz), ihre Reichweite (klinisch relevante oder alltagsrelevante Gesundheitskompetenz) und ihre inhaltliche Ausrichtung (generische oder spezifische Gesundheitskompetenz) charakterisiert werden. Für eine umfassende Übersicht über die derzeit verfügbaren

Messinstrumente wird hier auf folgende Übersichtsarbeiten verwiesen (in alphabetischer Reihenfolge): Altin et al. [27], Haun et al. [26], Jordan et al. [28], Mancuso [29] und O'Neill et al. [30].

Unterscheidung nach Messansatz

Die Instrumente zur Messung der Gesundheitskompetenz lassen sich in Testinstrumente und Selbsteinschätzungsinstrumente einteilen. Wenige Instrumente kombinieren die beiden Messansätze [27].

Testinstrumente erfassen die Gesundheitskompetenz mittels Aufgabenstellungen und Prüffragen zu medizinischen Begriffen, gesundheitsrelevanten Texten oder Szenarien. Einige dieser Instrumente prüfen die Fähigkeit der Testpersonen, medizinische Begriffe lesen und erkennen zu können (z. B. die Instrumente REALM [31], METER [32]). Andere Instrumente prüfen die Fähigkeit der Testpersonen, einfache schriftliche Gesundheitsinformationen zu verstehen und einfache, gesundheitsrelevante Rechenoperationen durchzuführen (z. B. die Instrumente TOFHLA [33], NVS [34], HALS [35], Health LiTT [36]). Wieder andere Instrumente arbeiten mit Szenarien und prüfen mittels wissens- oder handlungsorientierten Fragen, ob die Testpersonen in der Lage sind, in fiktiven Situationen korrekte Entscheide zu treffen (als Beispiel für Instrumente dieser Art siehe Arbeiten von Ackermann Rau et al. [37] oder Reavley et al. [38]).

Selbsteinschätzungsinstrumente erfassen die subjektive Beurteilung der Gesundheitskompetenz durch die befragte Person selbst. Dabei werden die Personen aufgefordert, auf einer Ratingskala anzugeben, wie sie ihre Fähigkeit in spezifischen gesundheitsrelevanten Situationen einschätzen. Im Gegensatz zu den meisten Testinstrumenten operiert die Mehrzahl der Selbsteinschätzungsinstrumente auf der Basis eines mehrdimensionalen Konzeptes von Gesundheitskompetenz. Ausgehend von definitorischen Ansätzen, konzeptionellen Modellen oder Patientenaussagen erfassen sie verschiedene Fähigkeiten, die der Gesundheitskompetenz zugeordnet werden. Beispiele von Selbsteinschätzungsinstrumenten sind die Instrumente AAHLS [39], EU-HLS [40],

HLQ [41] sowie die Arbeiten von Abel et al. [42] und Ishikawa et al. [43].

Unterscheidung nach Reichweite

Zusätzlich zum Messansatz können die Instrumente nach ihrer Reichweite unterschieden werden. Die einen Instrumente fokussieren auf das medizinische Versorgungssystem und erfassen Fähigkeiten, die für die Navigation und Nutzung des Gesundheitssystems von Bedeutung sind (z. B. die Instrumente SILS [44], TOFLHA [33] oder HLQ [41]). Andere erfassen zusätzlich Fähigkeiten, die für den alltäglichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit von Bedeutung sind (z. B. die Instrumente EU-HLS [40] oder HALS [35]). Wieder andere legen ihren Fokus ganz auf den alltäglichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit (z. B. Arbeiten von Abel et al. [37, 42]).

Unterscheidung nach inhaltlicher Ausrichtung

Ausgehend von ihrer inhaltlichen Ausrichtung können die Instrumente weiter in generische und spezifische Messinstrumente unterschieden werden. Generische Messinstrumente erfassen Gesundheitskompetenz ohne einen spezifischen inhaltlichen Bezug. Spezifische Messinstrumente fokussieren dagegen auf bestimmte gesundheitliche Problemstellungen. Die Gesundheitskompetenz wird dabei in einem ausgewählten medizinischen oder gesundheitsbezogenen Fachgebiet erfasst, wie beispielsweise in der Psychiatrie (Mental Literacy), Onkologie (Cancer Literacy), Zahnmedizin (Dental Literacy), Sportwissenschaft (Bewegungskompetenz) oder Ernährung (Food Literacy/Nutrition Literacy oder Ernährungskompetenz). Oder sie wird noch enger bezogen auf eine bestimmte Krankheit erfasst, wie beispielsweise auf die diabetes- oder HIV-spezifische Gesundheitskompetenz. Einige Ansätze übernehmen dabei etablierte Testinstrumente wie beispielsweise TOFHLA. Andere nutzen neue Messansätze, u. a. Vignetten (v. a. angewandt zur Erfassung der Mental Literacy, siehe u. a. Reavley et al. [38]).

Einordnung und Bewertung der Messinstrumente

Die Erfassung der Gesundheitskompetenz hat in den letzten 15 Jahren große Fortschritte gemacht. Einige der Instrumente, die in den Anfängen entwickelt wurden (TOFHLA oder REALM), sind in zahlreichen Studien eingesetzt worden und haben zudem neuen Instrumenten als Basis gedient. Ihre Aussagekraft war aber lange Zeit begrenzt, da sie meist nur die funktionale Gesundheitskompetenz im Gesundheitssystem erfassten. Die weitere Entwicklung von Messinstrumenten nahm Forderungen nach mehrdimensionalen Instrumenten auf und bemühte sich um eine Differenzierung je nach Kontext und Erweiterung der Anwendungsfelder [14, 45, 46]. Somit lassen sich heute zwar mehr Messinstrumente auf spezifische empirisch definierte Ansätze zurückführen; nach wie vor fehlt es aber an theoretischen Verankerungen der Messinstrumente. Bessere theoretische Verankerungen könnten insbesondere zur Klärung von grundlegenden Fragen beitragen (z. B. Was soll bei wem und warum gemessen werden?). Fokussierte Fragen, z. B. die nach sozialen und individuellen Einfluss- und Wirkungsfaktoren sowie zu (sub-)kultur-spezifischen Entwicklungsprozessen von Gesundheitskompetenz, bedürfen ohne Zweifel ebenfalls verstärkter theoretischer Anleitungen. Darauf aufbauend können dann die Instrumente entwickelt werden, die es erlauben, spezifisch solche Daten zu generieren, die sinnvolle interventionsleitende Vergleiche zwischen Populationen und Kontexten ermöglichen.

Neben der zunehmenden inhaltlichen Ausdifferenzierung von dem, was gemessen werden soll, haben sich die Erhebungsmethoden in den letzten Jahren hingegen wenig entwickelt. Die heute gängigste Methode zur Erhebung von Gesundheitskompetenzdaten ist die Befragung per Fragebogen, schriftlich auf Papier oder per Internet. Diese Methoden können nur für grundsätzlich „befragbare“ Personen eingesetzt werden; ausgeschlossen bleiben dabei große Bevölkerungsgruppen (je nach Befragungsmethode z. B. Menschen mit Lese-/Schreibproblemen, Personen ohne Internetanschluss

etc.). Die entsprechenden methodischen und inhaltlichen Limitationen in der Aussagekraft der Ergebnisse müssen dann in jedem Fall speziell berücksichtigt werden.

Abschließend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass in der Operationalisierung von Gesundheitskompetenz zukünftig mehr Gewicht gelegt werden sollte auf die fundierte Begründung der Instrumente (insb. deren Public-Health-Relevanz), auf eine tragfähige theoretische Basis [30, 45, 46], auf die Hinzuziehung der Erkenntnisse aus bestehenden Messansätzen und – davon ausgehend – auf die Entwicklung von neuen Messansätzen [27, 47]. Neue Messansätze sollten insbesondere darauf fokussieren, Gesundheitskompetenz kontext- und zielgruppenspezifisch und in ihrer Alltagsrelevanz zu erfassen, und sollten dabei verzerrende Einflüsse von Sprachkompetenz, spezifischen kulturellen Wertesystemen u. a. möglichst minimieren. Dies bedarf einer partizipativen Entwicklung von Messinstrumenten, die die Sichtweisen und Erfahrungen der Befragten integrieren (siehe beispielsweise bei [41]), sowie einer robusten Validierung.

Kritische Einordnung des aktuellen Wissensstandes

Ein kurzer Rückblick auf die noch junge Geschichte von Gesundheitskompetenz zeigt, dass seit den Anfängen eine erhebliche Verbreiterung ihres Geltungsbereiches stattgefunden hat. Anfänglich reduziert auf die Fähigkeiten des Individuums, krankheitsrelevante Information in der von medizinischen Experten und Expertinnen vorgesehenen Form zu verstehen, entwickelte sich in relativ kurzer Zeit ein deutlich breiteres Verständnis von Gesundheitskompetenz als einer personen-gebundenen Ressource für gesundheitsförderliches Handeln in unterschiedlichen Kontexten. Heute beziehen sich die Definitionen und Konzepte von Gesundheitskompetenz auf eine deutlich breitere Palette von Handlungskompetenzen zur Wissensbeschaffung und Anwendung für die eigene und die kollektive Gesundheit. Diese Erweiterung zeigt sich auch in der vielfältigen Ausgestaltung der neueren Messinstrumente.

Ohne solide theoretische Verankerung orientiert sich die Entwicklung von Messinstrumenten zu Gesundheitskompetenz bis heute fast ausschließlich an definitorischen Ansätzen aus der Praxis (Public Health oder klinische Anwendungen). So stellen dann immer mehr empirische Studien fest, dass es bestimmte Bevölkerungs- oder Patientengruppen gibt, die einen niedrigen oder hohen Messwert aufweisen. Es lässt sich aufgrund der fehlenden theoretischen Grundlagen aber z. B. nicht erklären, wie diese ungleiche Verteilung von Gesundheitskompetenz entstanden ist, welche praktische Bedeutung einem hohen oder niedrigen Gesundheitskompetenzwert zukommt oder was getan werden müsste, um diesbezüglich mehr Chancengleichheit zu erreichen. Mit dem Mangel an theoretischer Verortung (in leitenden soziologischen, psychologischen oder pädagogischen Konzepten) reduzieren sich so auch die Chancen der Gesundheitskompetenzstudien, nachhaltige Beiträge für übergreifende Public-Health-Fragen zu liefern, zum Beispiel zu den Erklärungsmodellen der sozialen Ungleichheit nach Sozialschicht, zu den Fragen der Geschlechterungleichheiten im Gesundheitsbereich und nach geeigneten Gesundheitsförderaktivitäten von und mit Migrantinnen und Migranten. Vor diesem Hintergrund sind heute Bemühungen erkennbar, den sozialen Bedingungen der unterschiedlichen Formen von Gesundheitskompetenz verstärkt Rechnung zu tragen [48].

Im Kontrast dazu liegt der zentrale Fokus bei den derzeitigen gesellschaftspolitischen Zielsetzungen nach wie vor auf der Verbesserung der funktionalen Gesundheitskompetenz. Auch darin scheint man dann weniger an der sozialen Chancengleichheit als vielmehr an vermeidlichen Kosteneinsparungen interessiert zu sein. Speziell in der Gesundheitspolitik zeichnet sich ein Festhalten an einem individualisierten und individualisierenden Konzept von Gesundheitskompetenz ab. So beispielsweise im aktuellen schweizerischen Gesundheitsprogramm „Gesundheit 2020“, in dem Gesundheitskompetenz direkt mit einer primären Perspektive auf die sogenannte Selbstverantwortung präsentiert wird [49]. Als Kontrast dazu können die „Leit-Gesundheitsziele“

le für Österreich“ gesehen werden [50]. Dort wird Gesundheitskompetenz als Teil der breiteren Problematik ungleichheitsgeprägter Lebensverhältnisse und (mangelnder) Chancengerechtigkeit adressiert.

Im akademischen Diskurs wird Gesundheitskompetenz heute über die individuelle Gesundheit hinaus auch als strukturwirksam resp. strukturelevant thematisiert; dies dann, wenn beispielsweise über eine Steigerung der Gesundheitskompetenz in spezifischen (Sub)-Populationen eine Reduktion von gesundheitlicher Ungleichheit thematisiert wird. Aber auch die vielfach geäußerte Hoffnung auf mehr Effizienz und Effektivität in der Gesundheitsversorgung kann als strukturelevante Erfolgsaussicht gesehen werden. In diesem Sinne werden mit der Gesundheitskompetenz relativ große Hoffnungen auf Verbesserungen der Gesundheitschancen auf individueller und auf kollektiver Ebene verbunden. In der empirischen Feldforschung sind diese Aspekte jedoch bisher noch nicht konsequent umgesetzt. Zwar berichten einzelne Studien immer wieder über die Verbindungen von Gesundheitskompetenz und sozialer Ungleichheit. Systematische Untersuchungen zur Wechselwirkung von sozialer Ungleichheit und Gesundheitskompetenz fehlen jedoch bis heute. Im Hinblick auf die Operationalisierung würde zu solchen Arbeiten sicher auch die Entwicklung von Indikatoren gehören, mit denen Gesundheitskompetenz als kontextspezifische Handlungskompetenz valide erfasst werden kann.

Zukünftige Aufgaben

Durch die bis heute vorherrschende Fokussierung auf die Form der funktionalen Gesundheitskompetenz wird das Potenzial des Konzepts in keiner Weise ausgeschöpft. Es braucht daher zukünftig deutlich mehr Anstrengungen, um Gesundheitskompetenz als mehrdimensionales Konzept zu messen, zu verstehen und letztlich zu nutzen. Gerade die Gesundheitskompetenz in ihrer kritischen Form wird zunehmend wichtiger, je mehr die Handlungspotenziale der Menschen in der Gesundheitsproduktion betont [51] und je komplexer und marktorientierter die Angebote der Gesundheitsversorgung

und des gesundheitsrelevanten Konsums werden [16, 52]. Die Structure-Agency-Perspektive der Gesundheitsproduktion und Verteilung [24] macht deutlich, dass dazu – neben der Förderung von individuellen Kompetenzen – eben auch bessere Bedingungen zur Akquirierung und (rückverstärkenden) Anwendung der Gesundheitskompetenz geschaffen werden müssen, im medizinischen Versorgungsbereich ebenso wie in den Handlungskontexten des Alltags.

Vor dem Hintergrund der schnell wachsenden Zahl an unterschiedlichen Definitionen und Messinstrumenten stellt sich die Aufgabe, spezifische Ansätze (z. B. Bewegungskompetenz, Ernährungskompetenz) neben dem generischen Konzept der Gesundheitskompetenz sinnvoll zu verorten und die empirischen Ergebnisse zukünftig zu einem erkenntnisreichen Ganzen zusammenzuführen. Dazu und zu einer breiteren basiswissenschaftlichen Verankerung wird es verstärkter theoretischer Bemühungen im Rahmen der Gesundheitskompetenzforschung bedürfen.

Spezifische Aufgaben gibt es auch für die Entwicklung von veränderungssensitiven Messinstrumenten. Solche werden zukünftig in der Qualitätssicherung und Evidenzbasierung von Interventionsprojekten gebraucht. Zudem sollten auch Beurteilungen der praktischen Relevanz von Unterschieden in der individuellen Gesundheitskompetenz vorgelegt werden: Welche Bedeutung hat ein hoher Gesundheitskompetenzwert, z. B. für die Entscheidung, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, oder für Verhaltensänderungen hin zu einem gesünderen Lebensstil? Realistische Einschätzungen zur relativen Bedeutung der Gesundheitskompetenz als Ressource oder Determinante des gesundheitlichen Handelns sind sicherlich wichtig bei der Planung multifaktorieller Interventionen und könnten zudem helfen, die gesellschaftspolitischen Erwartungen an die Gesundheitskompetenzansätze realistisch zu halten.

Die Handlungsbedingungen für Gesundheit bzw. für eine gesunde Lebensführung sind in unterschiedlichen soziokulturellen Kontexten sehr verschieden. Messinstrumente sollten das zukünftig besser als bisher berücksichtigen kön-

nen. Wenn Kontextspezifität vernachlässigt wird, laufen die Messungen Gefahr, die in den jeweiligen Kontexten wichtigsten Kompetenzen nicht oder ungenügend zu erfassen (bzw. die weniger wichtigen Kompetenzen überzubewerten) und so zu falschen Folgerungen bzgl. möglicher Interventionsbedarfe zu kommen. Die noch größere Gefahr besteht aber darin, dass Personen in inadäquater Weise als „defizitär“ klassifiziert oder etikettiert würden. Partizipative Ansätze könnten helfen, solchen Entwicklungen vorzubeugen. Dazu sollten bereits die Definitionen dessen, was Gesundheitskompetenz in den jeweiligen soziokulturellen Lebenslagen ausmacht, kontextsensitiv erstellt werden, um anschließend die strukturellen Faktoren mit den Handlungen der Akteure sinnvoll zu verbinden.

Fazit

Ausgehend von einer Übersicht über das Konzept und die Operationalisierung von Gesundheitskompetenz haben wir in diesem Beitrag Stärken und Schwächen der derzeitigen Ansätze zur Gesundheitskompetenz skizziert. Auf dieser Basis schließen wir unseren Beitrag mit folgender Einschätzung: Unter der Voraussetzung, dass es zukünftig gelingt, theoretisch und empirisch abgesichert zu zeigen, dass und wie Gesundheitskompetenz als Handlungsressource in der individuellen und sozialen Produktion der Gesundheit wirkt, wird sich der Gesundheitskompetenzansatz etablieren können. Wissenschaftlich fundiert und kontextadäquat angewendet, wird er zur Entwicklung von Interventionen für mehr Gesundheit für alle und mithin zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen können. Der Weg dorthin ist lang; die Arbeiten dazu haben erst begonnen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. T. Abel
Institute of Social and Preventive Medicine
Universität Bern
Finkenhubelweg 11, 3012 Bern
thomas.abel@ispm.unibe.ch

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. T. Abel und K. Sommerhalder geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Simonds SK (1974) Health education as social policy. *Health Educ Monogr* 2:1–10
2. Bankson HL (2009) Health literacy: an exploratory bibliometric analysis, 1997–2007. *J Med Libr Assoc* 97(2):148–150
3. Kondilis BK, Kiriaze IJ, Athanasoulia AP, Falagas ME (2008) Mapping health literacy research in the European Union: a bibliometric analysis. *PLoS One* 3(6):e2519
4. World Health Organisation (2013) Health literacy. The solid facts. World Health Organisation, Copenhagen
5. Abel T, Sommerhalder K, Bruhin E (2011) Health Literacy/Gesundheitskompetenz. In: Blümel S, Franzkowiak P, Kaba-Schönstein L, Nöcker G, Trojan A (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, Köln, S 337–340
6. Soellner R, Huber S, Lenartz N, Rudinger G (2009) Gesundheitskompetenz – ein vielschichtiger Begriff. *Z Gesundheitspsychol* 17(3):105–113
7. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J et al (2012) Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12:80
8. Selden CR, Zorn M, Ratzan SC, Parker R (2000) Health literacy. National Library of Medicine, Bethesda
9. Kickbusch I, Maag D, Saan H (2005) Enabling healthy choices in modern health societies. *European Health Forum, Badgastein* (6.–7. October 2005)
10. Abel T (2007) Cultural Capital in Health Promotion. In: McQueen DV, Kickbusch I (Hrsg) Health and modernity: the role of theory in health promotion. Springer, New York, S 43–73
11. Nutbeam D (1998) Health promotion glossary. *Health Promot Int* 13(4):349–364
12. Nutbeam D (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 15(3):259–267
13. Smith SK, Nutbeam D, McCaffery KJ (2013) Insights into the concept and measurement of health literacy from a study of shared decision-making in a low literacy population. *J Health Psychol* 18(8):1011–1022
14. Nutbeam D (2008) The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 67(12):2072–2078
15. Sommerhalder K, Abel T (2007) Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung. Bundesamt für Gesundheit, Bern
16. Chinn D (2011) Critical health literacy: a review and critical analysis. *Soc Sci Med* 73(1):60–67
17. Gagné T, Frohlich KL, Abel T (2015) Cultural capital and smoking in young adults: applying new indicators to explore social inequalities in health behaviour. *Eur J Public Health pii: ckv069* [Epub ahead of print]
18. Kamin T, Anker T (2014) Cultural capital and strategic social marketing orientations. *J Soc Marketing* 4(2):94–110
19. von Wagner C, Steptoe A, Wolf MS, Wardle J (2009) Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. *Health Educ Behav* 36(5):860–877
20. Soellner R, Huber S, Lenartz N, Rudinger G (2010) Facetten der Gesundheitskompetenz – eine Expertenbefragung. *Z Padag* 56:104–114
21. Lenartz N (2012) Gesundheitskompetenz und Selbstregulation. V & R unipress, Göttingen
22. Paakkari L, Paakkari O (2012) Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education* 112(2):133–152
23. Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F et al (2015) Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health, pii: ckv043* [Epub ahead of print]
24. Abel T, Frohlich KL (2012) Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities. *Soc Sci Med* 74(2):236–244
25. Shim JK (2010) Cultural health capital: a theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment. *J Health Soc Behav* 51(1):1–15
26. Haun JN, Valerio MA, McCormack LA, Sorensen K, Paasche-Orlow MK (2014) Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. *J Health Commun* 19(Suppl 2) 302–333
27. Altin SV, Finke I, Kautz-Freimuth S, Stock S (2014) The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. *BMC Public Health* 14:1207
28. Jordan JE, Osborne RH, Buchbinder R (2011) Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses. *J Clin Epidemiol* 64(4):366–379
29. Mancuso JM (2009) Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. *Nurs Health Sci* 11(1):77–89
30. O'Neill B, Goncalves D, Ricci-Cabello I, Ziebland S, Valderas J (2014) An overview of self-administered health literacy instruments. *PLoS One* 9(12):e109110
31. Murphy PW, Davis TC, Long SW, Jackson RH, Decker BC (1993) Rapid estimate of adult literacy in medicine (realm) – a quick reading test for patients. *Journal of Reading* 37(2):124–130
32. Rawson KA, Gunstad J, Hughes J et al (2010) The METER: a brief, self-administered measure of health literacy. *J Gen Int Med* 25(1):67–71
33. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR (1995) The test of functional health literacy in adults – a new instrument for measuring patients literacy skills. *J Gen Int Med* 10(10):537–541
34. Weiss BD, Mays MZ, Martz W et al. (2005) Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med* 3(6):514–522
35. Rudd R, Kirsch I, Yamamoto K (2004) Literacy and health in America. ETS Educational Testing Service, Princeton, NJ
36. Hahn EA, Choi SW, Griffith JW, Yost KJ, Baker DW (2011) Health literacy assessment using talking touchscreen technology (Health LiTT): a new item response theory-based measure of health literacy. *J Health Commun* 16:150–162
37. Ackermann Rau S, Sakarya S, Abel T (2014) When to see a doctor for common health problems: distribution patterns of functional health literacy across migrant populations in Switzerland. *Int J Public Health* 59(6):967–974
38. Reavley NJ, Morgan AJ, Jorm AF (2014) Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 48(1):61–69
39. Chinn D, McCarthy C (2013) All aspects of health literacy scale (AAHLS): developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient Educ Couns* 90(2):247–253
40. Sorensen K, van den Broucke S, Pelikan JM et al (2013) Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* 13:948
41. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R (2013) The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* 13:658
42. Abel T, Hofmann K, Ackermann S, Bucher S, Sakarya S (2014) Health literacy among young adults: a short survey tool for public health and health promotion research. *Health Promot Int* [Epub ahead of print]
43. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E (2008) Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care* 31(5):874–879
44. Morris NS, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B (2006) The single item literacy screener: evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Family Practice* 7:21
45. Pleasant A, McKinney J, Rikard RV (2011) Health literacy measurement: a proposed research agenda. *J Health Commun* 16(Suppl 3):11–21
46. Abel T (2008) Measuring health literacy: moving towards a health – promotion perspective. *Int J Public Health* 53(4):169–170
47. McCormack L, Haun J, Sorensen K, Valerio M (2013) Recommendations for advancing health literacy measurement. *J Health Commun* 18(Suppl 1):9–14
48. Greenhalgh T (2015) Health literacy: towards system level solutions. *BMJ* 350:h1026
49. Bundesamt für Gesundheit (2013) Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Bundesamt für Gesundheit, Bern
50. Bundesministerium für Gesundheit (2013) Rahmen-Gesundheitsziele. www.gesundheitsziele-oesterreich.at. Zugegriffen: 13. März 2015
51. Kickbusch I (2006) Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg
52. Sykes S, Wills J, Rowlands G, Popple K (2013) Understanding critical health literacy: a concept analysis. *BMC Public Health* 13:150