



Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Berufspädagogik für Gesundheitsfachberufe

**THEORETISCHE FUNDIERUNG DER ENTWICKLUNG
VON GESUNDHEITSKOMPETENZ
IM RAHMEN DES UNTERRICHTS DER
GENERALISTISCHEN PFLEGEAUSBILDUNG**

B a c h e l o r a r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts (B.A.)

Vorgelegt von: *Diana
Goede*
2023-0576-8

Betreuer*in: *Prof. Dr. Hanna Janetzke*

Zweitbetreuer*in: *Daniela Zorn (M.A.)*

Tag der Einreichung: *30. Mai 2023*

Inhalt

Inhaltsdarstellung	V
Abstract	VI
Einleitung	1
Methodischer Aufbau der Arbeit	3
Teil I -Theoretische Grundlagen	4
Verortung des Begriffskonzeptes Gesundheitskompetenz – Health Literacy	4
Folgen unzureichender Gesundheitskompetenz	6
Ausgewählte Modelle der Gesundheitskompetenz	7
Stufenmodell der Gesundheitskompetenz nach Nutbeam	8
Integrated Model of Health Literacy nach Sørensen	10
Hypothetisches Strukturmodell der Gesundheitskompetenz nach Soellner	11
Strukturmodell der Gesundheitskompetenz nach Lenartz	12
Teil II – Gesundheitskompetenz & Pflegende	14
Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Gesundheitskompetenz Pflegender/Auszubildender in der Pflege in Deutschland	14
Gesundheitskompetenz als Aufgabe Pflegender	18
Teil III – Konzeptentwicklung	20
Kompetenzorientierung in den Ordnungsmitteln der generalistischen Pflegeausbildung	20
Pflegeberufegesetz (PflBG)	20
Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV)	21
Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht	22
Kompetenzentwicklung in der Pflege	22
Kompetenzstruktur in der beruflichen Bildung – das Kompetenzstrukturmodell der beruflichen Handlungskompetenz der KMK	23
Strukturelle Darstellung pflegerischer Gesundheitskompetenz	25
Limitationen	27
Diskussion	28
Fazit & Ausblick	29
Literaturverzeichnis	31
Anhang	36
Methodisches Vorgehen	36
Suchstring	37
Publikationszuordnung nach Schwerpunkt	37
Übersicht Curriculare Einheiten	38

Übersicht Gesundheitskompetenz in den CE's	39
Exemplarische Formulierung von Lernzielen zum Themenkomplex „individuelles Gesundheitsverhalten“	46
Inhaltliche Vorschläge zur curricularen Einbindung pflegerischer Gesundheitskompetenz	47

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Stufenmodell der Gesundheitskompetenz nach Nutbeam (2000); eigene Darstellung	8
Abbildung 2 Integrated Model of Health Literacy (Sørensen et al., 2012)	10
Abbildung 3 Concept Map Gesundheitskompetenzstruktur (Soellner et al., 2010)	11
Abbildung 4 Hypothetisches Strukturmodell der Gesundheitskompetenz (Soellner, 2018)	12
Abbildung 5 Strukturmodell der Gesundheitskompetenz nach Lenartz et al. (2012)	13
Abbildung 6 Kompetenzbereiche und Kompetenzschwerpunkte gemäß PflAPrV	21
Abbildung 7 Kompetenzstrukturmodell der beruflichen Handlungskompetenz (KMK, 2021)	24
Abbildung 8 Strukturelle Darstellung pflegerischer Gesundheitskompetenz, eigene Darstellung	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Suchstring PubMed	37
Tabelle 2 Publikationszuordnung nach Schwerpunkt	37
Tabelle 3 Übersicht Curriculare Einheiten (Fachkommission nach § 53 PflBG, 2020)	38
Tabelle 4 Übersicht Gesundheitskompetenz in den CE'S	39

Eidesstattliche Versicherung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Neustrelitz, den 30.Mai 2023

Diana Goede

Danksagung

Vorweg möchte ich mich bei meiner Betreuerin Frau Prof. Dr. Hanna Janetzke für das Übernehmen der Betreuungsarbeit, trotz einiger Schwierigkeiten bei der Planung der Arbeit, und ihre stetige motivierende Unterstützung während des Verfassens bedanken.

Darüber hinaus möchte ich meiner Familie und hier allem voran meinem Ehemann großen Dank aussprechen, für all die unterstützenden Worte und die vielen kleinen und großen Hilfestellungen.

Inhaltsdarstellung

Hintergrund: Vor dem Hintergrund des fortschreitenden demografischen Wandels, einhergehend zunehmender Belastung des Gesundheitssystems, nimmt die Forderung nach Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu. Pflegenden wird hierbei eine Schlüsselrolle zugesprochen. Zudem sehen sich Pflegende selbst enormen beruflichen Belastungen ausgesetzt, die nachweislich für einen Teil der Beschäftigten zu gesundheitlichen Folgen führen. Gesundheitskompetenz Pflegender muss demnach sowohl aus individueller als auch professioneller Perspektive bedacht werden. Die vorliegende Arbeit untersucht, inwieweit die neu konzipierte kompetenzorientierte generalistische Pflegeausbildung dem Forcieren der Dimensionen pflegerischer Gesundheitskompetenz im Kontext der curricularen Planung Rechnung tragen kann. Hierzu wurden folgende Forschungsfragen untersucht: 1) Was ist über die Gesundheitskompetenz Pflegender bzw. Auszubildender der Pflege in Deutschland bekannt? 2) Inwieweit wurde das Konzept der Gesundheitskompetenz in den Ordnungsmitteln der Ausbildung verortet? 3) Welche Entwicklungsmöglichkeiten der pflegerischen Gesundheitskompetenz ergeben sich im Rahmen des theoretischen und praktischen Unterrichts der generalistischen Pflegeausbildung auf curricularer Ebene?

Methodisches Vorgehen: Zur Beantwortung der forschungsleitenden Frage, orientiert sich der methodische Aufbau der Arbeit in ihrer Struktur am Modell der didaktischen Rekonstruktion nach Kattman et al. (1997). Hierzu wurde im ersten Teil der Arbeit der Lerngegenstand umfassend fachlich geklärt. Im zweiten Teil der Arbeit wurde die Perspektive der Lernenden durch umfassende Literaturrecherche erfasst und im letzten Teil durch Zusammenführung der Erkenntnisse zur pflegerischen Gesundheitskompetenz in ihren Teilaspekten (individuelle sowie professionelle) didaktisch strukturiert. Hierzu erfolgte, nach umfassender Untersuchung der Ordnungsmittel hinsichtlich der Verortung von Gesundheitskompetenz in ihren Teilaspekten, eine Integration des Modelles der Gesundheitskompetenz nach Lenartz et al. (2012) und unter Berücksichtigung aktueller berufspädagogischer Publikationen zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz in das Kompetenzstrukturmodell der KMK (2021) zur Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz.

Ergebnis: Über die Gesundheitskompetenz Pflegender in Deutschland ist wenig bekannt. Die wenigen Befunde verweisen auf deutliche Förderungsbedarfe in beiden Dimensionen. Gesundheitskompetenz ist innerhalb der Ordnungsmittel in beiden Teilaspekten umfassend berücksichtigt. Die Förderung und Entwicklung der Gesundheitskompetenz Pflegender erscheint insgesamt als höchst relevant: einerseits zum kompetenten Umgang mit der eigenen Gesundheit, andererseits, um professionell und zukunftsorientiert den Herausforderungen im pflegerischen Handeln begegnen zu können. Innerhalb der Arbeit konnte eine strukturelle Darstellung pflegerischer Gesundheitskompetenz entwickelt werden, die als Rahmen zur Lernzielformulierung dienen kann. Die Notwendigkeit der Einbindung umfassender professioneller Gesundheitskompetenz zur Curriculumsentwicklung konnte nachgewiesen werden. Darüber hinaus wurde deutlich, dass es weiterführender zielgerichteter Forschungsarbeit hinsichtlich der Gesundheitskompetenz Pflegender bedarf.

Keywords: Gesundheitskompetenz, Pflege, Pflegende, Auszubildende, Pflegefachpersonen, generalistische Pflegeausbildung, Kompetenzentwicklung, Gesundheitskompetenzförderung

Abstract

Background: In view of the advancing demographic change, accompanied by an increasing burden on the health system, the demand for measures to promote the health literacy of the population is increasing. Caregivers are given a key role in this. In addition, nurses themselves are exposed to enormous professional strains that can lead to negative health outcomes for some of them. Accordingly, health literacy of caregivers must be considered from an individual and professional perspective. This thesis examines how the new competence-oriented generalist nursing training can develop both dimensions of nursing health literacy in the context of curricular planning. For this purpose, the following research questions were investigated: 1) What is known about the health literacy of nurses or trainees in nursing in Germany? 2) To what extent has the concept of health literacy been located in the regulatory framework of training? 3) What opportunities for developing health literacy in theoretical and practical teaching are evident at the curricular level?

Method: To answer the research question, the methodological structure of the thesis is based on the model of didactic reconstruction according to Kattman et al. (1997). In the first part of the thesis, the object of learning was comprehensively examined. In the second part, the perspective of the learners was captured through literature research. The didactic structuring followed in the last part of the work by merging the findings. After a comprehensive examination of the regulatory framework, the model of health literacy according to Lenartz et al. (2012) has been integrated in the competence structure model of the KMK (2021) for development of professional competence. Current vocational education publications were included.

Results: There is little data to health literacy of nurses in Germany. The few findings refer to a clear need for support in both dimensions. Health literacy is included in the regulations of education.. Overall, the promotion and development of health literacy among nurses appears to be highly relevant: on the one hand, to competently deal with one's own health, on the other hand, to be able to meet the challenges of nursing in a professional and future-oriented way. Within the thesis, a structural representation of nursing health literacy could be developed, which can serve the formulation of learning objectives. The necessity of incorporating professional health literacy into curriculum development has been demonstrated. In addition, it is evident that there is a need for further targeted research work regarding the health literacy of nurses.

Keywords: Health literacy, nursing, nurses, care workers, health professionals nursing staff, trainees, nursing professionals, general nursing training, competence development, promotion of health literacy

Einleitung

"Health is the primary duty of life." (Oscar Wilde)

Gesundheit wird seit je her als hohes Gut und unabdingbarer Bestandteil des Lebens in unserer Gesellschaft betrachtet. Dabei sind die individuellen Vorstellungen von Gesundheit vielfältig.

Im Zuge politischer Diskurse zur Gesundheit sowie Gesunderhaltung der Bevölkerung, gewinnt Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung aus verschiedensten Gründen an Interesse. Im Kontext des demografischen Wandels und der Belastung des Gesundheitssystems durch beispielsweise Chronifizierung von Erkrankungen kommt dem Konzept der Gesundheitskompetenz gesamtgesellschaftliche Relevanz zu (Jordan & Töppich, 2015; Kolpatzik et al., 2018). Eine Vielzahl nationaler als auch internationaler Studien verweist auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und der messbaren Gesundheitskompetenz von Menschen und weisen Gesundheitskompetenz so als Prädiktor für Gesundheit aus (Bitzer & Sørensen, 2018; Weiland & Büscher, 2022).

Auf Grundlage repräsentativer Daten der Studie *Health Literacy Survey Germany* (HLS GER) konnte ein gesamtgesellschaftlicher Handlungsbedarf für die deutsche Bevölkerung sichtbar gemacht werden. So verfügten 2014 54,3% der Menschen in Deutschland nur über eine niedrige Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al., 2016). Damit rückte die Förderung dieser in den Fokus politischer Interventionsvorhaben (Hurrelmann et al., 2020).

Aufgrund dieser Bestrebungen hin entwickelte eine Expertengruppe den *Nationalen Aktionsplan zur Förderung der Gesundheitskompetenz* mit 15 übergeordneten Empfehlungen in vier Handlungsbereichen (Schaeffer et al., 2018). Der Aktionsplan sieht vor, dass neben dem Gesundheitswesen auch weitere Akteure aus anderen gesellschaftlichen Bereichen einbezogen werden, insbesondere das Erziehungs- und Bildungssystem, welches maßgeblich auch die berufsschulische Bildung inkludiert (Schaeffer et al., 2018).

Darüber hinaus wird professionell Pflegenden eine Schlüsselrolle zur Förderung der Gesundheitskompetenz zugewiesen, da sie in einer Vielzahl unterschiedlicher Versorgungssettings Zugang finden (Kolpatzik et al., 2018; Messer et al., 2022; Schaeffer et al., 2018; Weiland & Büscher, 2022). Die Entwicklung von Gesundheitskompetenz bei Patient*innen wird zudem als ein wichtiger Aspekt zur Hebung der Problemlagen im Gesundheitssystem angesehen (Kolpatzik et al., 2018; Schaeffer et al., 2018). An dieser Stelle wird professionell Pflegenden, im Sinne von Patient*innen-Empowerment und Edukation, abermals eine herausgestellte Verantwortung übertragen (Höppner & Zoege, 2019; Schieron & Segmüller, 2021).

Gemäß PflBG §5 zählen unter anderem die „*Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen*“ zu den Ausbildungszielen der generalistisch ausgebildeten Pflegefachpersonen und so auch zum Tätigkeitsfeld professionell Pflegenden. Messer & Murau verweisen

jedoch darauf, dass professionell Pflegende derzeit für diese Aufgabe nicht ausreichend befähigt (worden) sind (Messer & Murau, 2022).

Wiederum sieht sich die Berufsgruppe Pflegenden selbst enormen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt (Janson, et al., 2021, etc.). Bereits Auszubildende der Pflege nehmen unter den beruflichen Anforderungen Belastungen für sich und ihre Gesundheit wahr (Bomball et al., 2010; Bühler, 2016). Ausbildungsabbrüche und das frühzeitige Verlassen des Berufes sind seit langer Zeit bekannte Phänomene innerhalb der Pflegeberufe (Hasselhorn, 2005; Ver.di, 2018).

Für beruflich Pflegende ergeben sich folglich zwei separat zu betrachtende Dimensionen von Gesundheitskompetenz. Auf der einen Seite steht die **professionelle Komponente** von Gesundheitskompetenz Pflegenden entsprechend der Fähigkeit zur Förderung und Entwicklung von eben jener an/bei Pflegeempfangenden sowie ggf. Familie und Angehörigen. Darüber hinaus sind sie an der (Weiter-)Entwicklung gesundheitskompetenter Organisationen innerhalb des Gesundheitswesens maßgeblich beteiligt (Bitzer & Sørensen, 2018; Messer & Murau, 2022). Auf der anderen Seite erscheint die **individuelle Gesundheitskompetenz** zur Erhaltung der persönlichen Gesundheit als bedeutsam für beruflich Pflegende. Beide Dimensionen müssen sich demzufolge auch in der beruflichen Ausbildung in allen Facetten widerspiegeln.

Es stellt sich die Frage, inwieweit die neu konzipierte kompetenzorientierte generalistische Pflegeausbildung dem Forcieren von Gesundheitskompetenz Pflegenden in beiden Dimensionen im Kontext der curricularen Planung Rechnung tragen kann.

Hierzu stellen sich im Detail folgende Forschungsfragen:

- (1) Was ist über die Gesundheitskompetenz Pflegenden bzw. Auszubildender der Pflege in Deutschland bekannt?
- (2) Inwieweit wurde das Konzept der Gesundheitskompetenz in den Ordnungsmitteln der Ausbildung verortet?
- (3) Welche Entwicklungsmöglichkeiten der pflegerischen Gesundheitskompetenz ergeben sich im Rahmen des theoretischen und praktischen Unterrichts der generalistischen Pflegeausbildung auf curriculärer Ebene?

Die Relevanz des Themas legt die Einleitung bereits in Grundzügen dar, jedoch bedarf es der fachlichen Klärung des Themas auf fachdidaktischer Ebene, um Unterrichtsumfang und -inhalt im Rahmen curriculärer Planung in seiner Form zu legitimieren (Kattmann et al., 1997). Hierzu leistet die folgende Arbeit einen Beitrag, indem sie in ihrer Grundstruktur dem methodischen Vorgehen des Modells der Didaktischen Rekonstruktion nachkommt (Kattmann et al., 1997). Dieses soll im Folgenden kurz dargelegt werden.

Methodischer Aufbau der Arbeit

Zur Beantwortung der forschungsleitenden Frage, inwieweit die neu konzipierte kompetenzorientierte generalistische Pflegeausbildung dem Forcieren der Dimensionen pflegerischer Gesundheitskompetenz im Kontext der curricularen Planung Rechnung tragen kann, orientiert sich der methodische Aufbau der Arbeit in ihrer Struktur am Modell der didaktischen Rekonstruktion nach Kattman et al. (1997). Dem Modell nach, das als Forschungsrahmen entwickelt wurde, kann durch das In-Beziehung-setzen von fachlichen Vorstellungen zur Perspektive der Lernenden eine gewinnbringende effektive Entwicklung des Unterrichtsgegenstandes erfolgen. Mit dieser Zielsetzung erfolgt die Rekonstruktion des Lerngegenstandes durch ein drei-schrittiges Vorgehen: fachliche Klärung, Erfassen der Lernenden-Perspektive und didaktische Strukturierung (Kattmann et al., 1997).

Demnach gliedert sich die Arbeit in drei Teile. Im ersten Abschnitt erfolgt die fachliche Klärung durch kritische Untersuchung fachwissenschaftlicher Termini, Theorien und Modelle. Hierzu erfolgt eine Erläuterung ausgewählter Modelle der Gesundheitskompetenz und eine Untersuchung hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit in den didaktischen Kontext der beruflichen Ausbildung Pflegender.

Der zweite Teil der Arbeit entspricht der empirischen Untersuchung der Lernenden-Perspektive. Hierzu erfolgte eine systematische Literaturrecherche in der Literaturdatenbank PubMed mittels Schlagwortsuche (siehe Anhang, S. 37, Suchstring) zur Gesundheitskompetenz Pflegender und Auszubildender der Pflege in Deutschland. Da nur drei relevante Publikationen ausgemacht werden konnten, wurde die Recherche durch händische Back- und Forward-Suche ergänzt und auf Gesundheitsverhalten sowie Gesundheitszustand, Arbeitsbedingungen, bzw. -belastungen und Arbeitsfähigkeit der Zielgruppe erweitert (siehe Anhang, S.37, Publikationszuordnung nach Schwerpunkt), um trotz geringer Forschungslage ein umfassendes Bild zur (vermuteten) Gesundheitskompetenz Pflegender und ihrer Auszubildenden zu erhalten (siehe Anhang, S.36, Methodisches Vorgehen).

Im letzten Teil der Arbeit erfolgt die didaktische Strukturierung durch das Zusammenführen der Erkenntnisse. Zuvor erfolgt eine Prüfung der Ordnungsmittel, die der generalistischen Pflegeausbildung zu Grunde gelegt sind, um die formale Verortung des komplexen Lerngegenstandes ausmachen zu können. Abschließend wurde das Konstrukt der Gesundheitskompetenz Pflegender zur curricularen Einbindung exemplarisch durch Integration des Modelles der Gesundheitskompetenz nach Lenartz et al. (2012) und unter Berücksichtigung aktueller berufspädagogischer Publikationen zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz in das Kompetenzstrukturmodell der KMK (2021) zur Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz umgesetzt. Hieraus ergibt sich ein struktureller Rahmen für die weitere curriculare Einbindung von Gesundheitskompetenz in der generalistischen Pflegeausbildung.

Teil I -Theoretische Grundlagen

Verortung des Begriffskonzeptes Gesundheitskompetenz – Health Literacy

Der Begriff Gesundheitskompetenz wird vielfältig in Kontexten genutzt, dabei ist die Belegung bzw. Deutung des Begriffes vielschichtig. Es erscheint daher unabdingbar, ihn im Sinne der fachlichen Klärung im Folgenden zu erörtern.

Häufig wird Gesundheitskompetenz synonym mit dem englischsprachigen Begriff **Health Literacy** verwendet (Schaeffer et al., 2018). Dieser wiederum ergab sich als begriffliche Erweiterung des Konzeptes der Literacy. Etabliert wurde der Terminus, der sich als Literalität übersetzen lässt, ursprünglich im Zusammenhang mit der Debatte zur Alphabetisierung und Gesundheitserziehung im Bereich der Schulbildung in den USA in den 1950ern (Messer et al., 2022). Hierunter verstand man ursprünglich einzig die Grundfähigkeiten des Einzelnen wie Lesen, Schreiben und Rechnen. Literalität wurde als wesentliche Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe begriffen und so zum Thema wissenschaftlicher als auch politischer Diskurse. Im Verlauf erweiterte sich das Begriffsverständnis auch auf die erwachsene Bevölkerung, da in nationalen wie internationalen Erhebungen (National Adult Literacy Survey, International Adult Literacy Survey) Defizite der Lese- und Schreibfähigkeit für große Teile der amerikanischen Bevölkerung festgestellt wurden (Messer et al., 2022).

Das Begriffskonzept Health Literacy etablierte sich im Gesundheitsbereich, als erste Untersuchungen darauf hinwiesen, dass eine niedrige allgemeine Literalität häufig mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einherging (Messer et al., 2022). Health Literacy lässt sich folglich mit **gesundheitlicher Literalität** übersetzen. Diese bezog sich vormals auf ein **basales Grundverständnis von gesundheitsbezogenen Informationen** und inkludierte ebenso hierzu notwendige Fähigkeiten des Einzelnen, wie Lesen, Schreiben und Rechnen (Messer et al., 2022). Der hiermit ursprünglich vorrangig klinische Ansatz zielte so auf die patientenseitige Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen (bspw. ärztliche Anweisungen, Packungsbeilagen, Patienteninformationen) zu verstehen und umsetzen zu können (Bitzer & Sørensen, 2018 nach Nutbeam, 2000). Die Erweiterung des Konzeptes auf die Public Health Perspektive erfolgte dann in den 2000ern unter anderem durch die Definition der WHO (1998) im Rahmen des Health Promotion Glossary sowie durch die Publikation von Nutbeam zu seiner Forschung und Entwicklung des Stufenmodells der Gesundheitskompetenz (Nutbeam, 2000; WHO, 1998). Seinem Verständnis nach inkludiert Gesundheitskompetenz das Praktizieren gesundheitsrelevanter Lebensweisen, demnach auch die (bestenfalls kritische) Auseinandersetzung und Nutzung präventiver sowie gesundheitsförderlicher Angebote mit individuellem als auch gesamtgesellschaftlichem Nutzen (Nutbeam, 2000).

Das Verständnis des Health Literacy Begriffes hat sich daraufhin fortwährend weiterentwickelt. Bis dato existieren etwa 250 Definitionen von Gesundheitskompetenz, wobei diese Unterschiede hinsichtlich der Zielsetzung sowie einbezogener Fähigkeiten aufweisen (Malloy-Weir et al., 2016). Zum Teil lassen sich gar Divergenzen feststellen (Malloy-Weir et al., 2016; Thilo et al., 2012). Zumeist wird nun mehr die generelle

Fähigkeit zum Umgang mit Gesundheitsinformationen begrifflich gefasst, welche als notwendig verstanden wird, Entscheidungen zur Erhaltung und Förderung der eigenen Gesundheit als auch zum Umgang und der Bewältigung von Krankheit treffen zu können. Viele der Definitionen fokussieren nach wie vor eine medizinische Ausrichtung (Thilo et al., 2012). Eine allgemeingültige Definition des Begriffskonstruktes konnte bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht ausgemacht werden. Im Rahmen dieser Arbeit bezieht sich das Verständnis von Gesundheitskompetenz auf die etablierte Definition von Health Literacy beruhend auf der Arbeit Sørensens (2012) bzw. der Übersetzung dieser durch Bitzer & Sørensen (2018), die unter anderem dem Health Literacy Survey Europe zugrunde gelegt wurde.

“[...] 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 [...]” (Sørensen et al., 2012).

„ [...] Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen in Bezug darauf, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die die Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf erhalten oder verbessern [...]“ (Bitzer & Sørensen, 2018).

Der Definition nach geht das Konzept der Gesundheitskompetenz weit über den funktionalen Aspekt hinaus. Literalität und Wissen bilden vielmehr die Basis umfassender Health Literacy und werden durch Motivation und Kompetenzen der Person erweitert. Hieraus ergibt sich nunmehr die Notwendigkeit des Einzelnen, Umgang mit Gesundheitsinformationen zu finden sowie hieraus Entscheidungen und Urteile für den Erhalt bzw. die Verbesserung eigener Lebensqualität im Laufe des Lebens ableiten zu können.

Aus der Definition heraus ergibt sich ein allumfassender Blick auf Gesundheitskompetenz. Der reine Fokus auf Krankheitsbewältigung verlagert sich nunmehr auch auf die Bereiche der Prävention und Gesundheitsförderung (Schaeffer et al., 2016). Hieraus lässt sich folgern, dass Gesundheitskompetenz für jeden Menschen von Bedeutung ist, um den Anforderungen im Umgang mit Gesundheitsinformationen gerecht werden zu können. Ein kompetenter Umgang mit eben jenen erfordert die Entwicklung von Gesundheitskompetenz als solche (Schaeffer et al., 2016). Bitzer & Sørensen (2018) fassen sie als **kumulatives Ergebnis kognitiver Fähigkeiten, Lebenserfahrungen, Wissen und Möglichkeiten** zusammen (Bitzer & Sørensen, 2018). Davon ausgehend kann Gesundheitskompetenz als **individuelle, dynamische Fähigkeit** angesehen werden, die erlernbar ist. Zudem lässt sie sich als Ressource betrachten, die ihren Ausdruck in adäquaten Entscheidungen, welche dem Erhalt der eigenen Gesundheit dienen, findet (Bitzer & Sørensen, 2018). Die „[...] Qualität [dieser] Entscheidungen hat Auswirkungen auf Lebenschancen, Lebensqualität und Lebenserwartung [...]“ (Zok, 2014, S.2).

Für bestimmte Zielgruppen (z.B. Kinder, Schüler*innen, Arbeitnehmer*innen, Pflegeempfangende) oder in spezifischen Situationen kann das gesundheitliche Verhalten durch andere (Eltern, Pflegende, Lehrer*innen, Arbeitgeber*innen) und deren Gesundheitskompetenz maßgeblich beeinflusst oder gar bestimmt werden, was die Kontext- und Gegenstandsbezogenheit betont (Bitzer & Sørensen, 2018).

Mangelhafte Gesundheitskompetenz kann so weitreichende Folgen, sowohl auf individueller als gesamtgesellschaftlicher Ebene, bedingen. Hierzu soll im folgenden Abschnitt Bezug genommen werden, um die weitreichende Relevanz von Gesundheitskompetenz deutlich zu machen.

Folgen unzureichender Gesundheitskompetenz

Assoziationen zwischen verschiedenen gemessenen Indikatoren der Gesundheitskompetenz und Determinanten der Gesundheit sowie mit Health Outcomes sind empirisch sehr gut belegt (Bitzer & Sørensen, 2018). Als Determinanten von Gesundheit, dem Modell nach Dahlgren & Whitehead (1991) nach, gelten genetische Dispositionen, Geschlecht sowie Alter (als unabänderliche Einflussfaktoren), Lebensstil und Gesundheitsverhalten, soziale und kommunale Netzwerke, Arbeits- und Lebensbedingungen sowie übergeordnet allgemeine Bedingungen der kulturellen, sozioökonomischen und physischen Umwelt (Lebenswelt). Das Modell stellt den Zusammenhang zwischen sozialen Faktoren und Gesundheit her (Vonneilich & von dem Knesebeck, 2022). Bitzer & Sørensen (2018) schlagen die Erweiterung des Modells um Health Literacy vor und verweisen auf mehr als 100 Studien, die auf Verbindungen zwischen geringer Gesundheitskompetenz und bspw. reduzierter Inanspruchnahme von Präventionsangeboten, suboptimalem Krankheits- und Selbstmanagement, geringerer Therapiemotivation, häufigeren Klinikeinweisungen, höherer Morbidität und Mortalität hinweisen (Bitzer & Sørensen, 2018). So bestätigen Berkman et al. in ihrer Systematic Review englischsprachiger Publikationen, dass eine geringe Gesundheitskompetenz durchweg mit mehr Krankenhausaufenthalten verbunden ist, zu einer verstärkten Inanspruchnahme von Notfallversorgungen führt, mit häufigerer unangemessener Einnahme von Medikamenten einhergeht und bei älteren Menschen ein schlechterer allgemeiner Gesundheitszustand und höhere Sterblichkeitsraten nachgewiesen werden können (Berkman et al., 2011). Ähnliche Ergebnisse lassen sich auch aus nationalen Erhebungen ableiten. So stellt Zok in einer bundesweiten repräsentativen Umfrage zur Messung der Gesundheitskompetenz gesetzlich Krankenversicherter eine mangelhafte Gesundheitskompetenz bei 59,5% der Befragten fest (Zok, 2017). Innerhalb der Erhebung wird auf Zusammenhänge zwischen unzureichender Gesundheitskompetenz und risikoreicherem Gesundheitsverhalten, geringerer Inanspruchnahme von Angeboten zur Prävention und Früherkennung sowie späterer Diagnosestellung und geringere Therapietreue (Compliance/Adherence) verwiesen. Ebenso korreliert eine niedrigere Gesundheitskompetenz mit schlechteren Selbstmanagement-Fähigkeiten und einem erhöhten Risiko für Krankenhausaufnahmen. Schlechtere physische und psychische Gesundheit, ein erhöhtes Risiko, frühzeitig zu sterben und höhere Behandlungs- und Gesundheitskosten sind die Folgen (Zok, 2017). Die zusätzlichen Kosten für die Gesundheitsversorgung durch unzureichende Gesundheitskompetenz werden auf 3 bis 8% geschätzt, was innerhalb des deutschen Gesundheitssystems

etwa 8,5 bis 14 Milliarden Euro entspräche (Zok, 2017). Es kann zudem auch von gesamtwirtschaftlichen Einbußen ausgegangen werden, sodass der finanzielle Schaden durch unzureichende Gesundheitskompetenz insgesamt als sehr hoch eingeschätzt werden muss. Darüber hinaus verweisen die Forschungsergebnisse auf eine ungleichmäßige Verteilung von Gesundheitskompetenz innerhalb der Bevölkerung. Sie folgt nachweislich dem sozialen Gradienten, was bedeutet, dass niedriger sozio-ökonomischer Status mit niedriger Gesundheitskompetenz einhergeht (Bitzer & Sørensen, 2018; Hurrelmann et al., 2020; Zok, 2017). So lässt sich schlussfolgern, dass Gesundheitskompetenz ebenfalls einen bedeutenden Prädiktor für Gesundheit darstellt (Weiland & Büscher, 2022).

Auf Grundlage dieser breiten Lage internationaler wie nationaler empirischer Befunde wurden gezielt politische Interventionen unternommen, die die Problemlage rund um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung heben sollen. Hierbei spielt die Förderung der Gesundheitskompetenz eine bedeutende Rolle. Health Literacy ist so bspw. Bestandteil der europäischen Gesundheitsstrategien und eines von drei prioritären Handlungszielen der Charta von Shanghai (Schaeffer et al., 2019). Auf nationaler Ebene wurde die Gesundheitskompetenz ebenfalls zum Thema politischer als auch wissenschaftlicher Diskurse, als erste Erhebungen auf eine unzureichende und ungleich verteilte Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung hinwiesen (Schaeffer et al., 2016; Zok, 2014). So ist es bereits seit 2003 nationales Gesundheitsziel „Gesundheitliche Kompetenz (zu) erhöhen, Patient(inn)ensouveränität (zu) stärken“. Diese Zielsetzung fand 2015 mit Verabschiedung des Präventionsgesetzes auch Eingang in das fünfte Sozialgesetzbuch (siehe §1 & §20 SGB V). Darauf aufbauend entwickelte eine Expertengruppe den „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ mit strategischen Empfehlungen in vier Handlungsbereichen (Schaeffer et al., 2019). Auf bundespolitischer Ebene kam es zur Bildung der „Allianz für Gesundheitskompetenz“. Sie forciert Maßnahmen zur Stärkung allgemeiner Gesundheitskompetenz der Bevölkerung durch Gesundheitsbildung, Absicherung wissenschaftlicher Informationsangebote (insbesondere im Internet) sowie der Förderung der Kommunikationskompetenz in Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe (BMG, 2017). Demnach fokussiert bereits die Politik auf Bundesebene Angehörige der Gesundheitsfachberufe als bedeutsame Multiplikatoren zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der Gesamtbevölkerung. Pflegende stellen hierbei als größte Berufsgruppe ein besonderes Potenzial dar (DeStatis, 2022). Demnach beschäftigt sich der kommende Abschnitt mit Modellen der Gesundheitskompetenz vor dem Hintergrund des Einbezugs professioneller pflegerischer Gesundheitskompetenz in das Curriculum der generalistischen Pflegeausbildung.

Ausgewählte Modelle der Gesundheitskompetenz

Unter dem hiesigen Abschnitt werden ausgewählte Konzepte der Gesundheitskompetenz dargestellt und in Hinblick auf ihre Übertragbarkeit in den didaktischen Kontext der beruflichen Ausbildung Pflegender untersucht. Wie im vorausgegangenen Teil der Arbeit beschrieben, hat sich das Konzept der Gesundheitskompetenz im Laufe der Zeit weiterentwickelt. Die Anfänge der Forschung zur Health Literacy führen zum australischen Gesundheitswissenschaftler Don Nutbeam zurück (Rička 2020). Seine ersten

Bemühungen zur Modellentwicklung aus der Public Health Perspektive waren wegweisend für viele folgende Forschungsarbeiten und haben an Gültigkeit bisweilen nicht verloren, sodass es sinnvoll erscheint, sein Stufenmodell der Gesundheitskompetenz (orig.: Levels of health literacy) zu Beginn darzulegen.

Stufenmodell der Gesundheitskompetenz nach Nutbeam

Der Health Literacy Begriff hat seinen Ursprung in der Bildungsforschung und erweiterte sich im Laufe der Zeit auf das Gesundheitswesen. Der hier vordergründig betrachtete funktionale Aspekt der Gesundheitskompetenz bezog sich vormals auf Lese-, Schreib- und Rechenfähigkeit der Patient*innen und deren Anwendung zur Umsetzung medizinischer Aufklärung und Therapieempfehlung. Angemessene funktionale Gesundheitskompetenz bedeutete bis zu diesem Zeitpunkt „[...] in der Lage zu sein, Lese- und Schreibfähigkeiten auf gesundheitsbezogene Materialien wie Rezepte, Terminkarten, Arzneimittletiketten und Anweisungen für die häusliche Krankenpflege anzuwenden[...]“ (Nutbeam, 2000, p. 265). Don Nutbeam erweiterte diese eindimensionale Betrachtung. Für ihn beinhaltet Health Literacy eine ganzheitliche gesundheitsrelevante Lebensführung, wobei er das Annehmen von Präventionsangeboten, Vorsorgeuntersuchungen sowie Nutzung gesundheitsförderlicher Dienstleistungen im Gesundheitswesen und Behandlungsempfehlungen im Krankheitsfall beispielhaft anführt (Nutbeam, 2000). Seinen Überlegungen nach entwickelt sich Gesundheitskompetenz stufenweise über drei Ebenen. Er ergänzt zu den jeweiligen Stufen konkrete Bildungsziele, sowie individuelle und gesellschaftliche Vorteile (benefits) (Nutbeam, 2000).

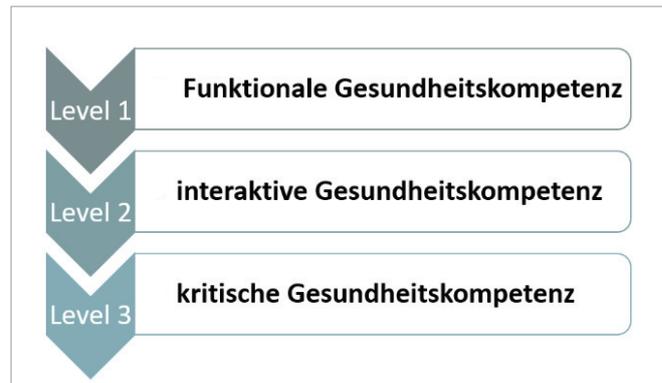


Abbildung 1 Stufenmodell der Gesundheitskompetenz nach Nutbeam (2000); eigene Darstellung

Stufe 1: Funktionale Gesundheitskompetenz (Level 1, ‘functional health literacy’)

Die erste Stufe der Gesundheitskompetenz zielt auf das Vorhandensein von Grundkompetenzen in Bezug auf Lesen, Schreiben und Rechnen und deren Anwendung hinsichtlich der Gestaltung eigener Gesundheit bzw. der Gesundheit des (näheren) Umfeldes. Die vorhandenen Fähigkeiten erlauben grundlegend das Verstehen gesundheitsrelevanter Informationen (Abel & Sommerhalder, 2015). Als Bildungsziele werden hier die Vermittlung von Sachinformationen über Gesundheitsrisiken und die Nutzung des Gesundheitssystems verstanden. Der Nutzen des Einzelnen ist auf dieser Stufe begrenzt auf „[...] besseres Wissen über Gesundheitsrisiken und Gesundheitsdienste sowie auf die Fähigkeit vorgeschriebene Maßnahmen einzuhalten[...]“ (eigene Übersetzung nach Nutbeam, 2000).

Stufe 2: Interaktive Gesundheitskompetenz (Level 2, ‘interactive health literacy’)

Die zweite Stufe der Gesundheitskompetenz legt den Fokus auf soziale und kommunikative Kompetenzen, die es ermöglichen, (inter-)aktiv Gesundheit zu gestalten. Hierzu zählen notwendige kognitive und

personale Fähigkeiten, wie das Sammeln und Interpretieren von gesundheitsrelevanten Informationen sowie vorhandene Informationen unter sich verändernden Bedingungen anwenden zu können (Nutbeam, 2000). Bildungsziele richten sich auf die Entwicklung persönlicher Fähigkeiten, bspw. das selbstständige Handeln auf der Grundlage von Wissen sowie auf die Verbesserung der Motivation und des Selbstvertrauens des Einzelnen auch bezogen auf die Beeinflussung sozialer Normen und Interaktion mit sozialen Gruppen (Nutbeam, 2000). Dies bezieht sich insbesondere auch auf die Fähigkeit zur adressatengerechten Weitergabe von Gesundheitsinformation z.B. innerhalb der Familie (Abel & Sommerhalder, 2015).

Stufe 3: Kritische Gesundheitskompetenz (Level 3, 'critical health literacy')

Stufe drei beschreibt die fortgeschrittene Gesundheitskompetenz. Hierzu notwendige Kompetenzen beinhalten speziell die Fähigkeit des kritischen Denkens und Reflektierens. Gesundheitsinformationen und deren Quellen werden kritisch analysiert und daraufhin fundierte Entscheidungen getroffen. Hierzu zählt der selektive Umgang mit Angeboten des Gesundheitssystems sowie die persönliche Lebensgestaltung auf Grundlage aufgeklärter reflektierter Entscheidungen (Abel & Sommerhalder, 2015). Es erfolgt eine umfassende Erweiterung der persönlichen Perspektive auf gesamtgesellschaftliche Aspekte von Gesundheit. Hierzu zählt Nutbeam eine persönliche Resilienz gegenüber äußeren Umständen und die Wahrnehmung eigener Handlungsfähigkeit in Bezug auf soziale und wirtschaftliche Determinanten von Gesundheit (Nutbeam, 2000).

Nutbeams Modell und seine Überlegungen zu jeweiligen Bildungszielen beziehen sich auf die gesamtgesellschaftliche Public-Health-Perspektive und beschreiben zugeordnete Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung bzw. der Gesundheitserziehung. Health Literacy begreift er als Potenzial. Jede weitere Stufe ermöglicht mehr Autonomie zur Gestaltung (persönlicher) Gesundheit. Die Betrachtung erscheint grundlegend als logisch, jedoch wird nicht ersichtlich, dass sich Gesundheitskompetenz dynamisch, kontextspezifisch und situativ different darstellen kann. Überträgt man diese Überlegungen auf professionelles Pflegehandeln ergeben sich inhaltlich dennoch übertragbare Tiefenstrukturen. Dem Grundgedanken der stufenweise statthabenden Entwicklung von Gesundheitskompetenz folgend, kann diese sowohl im Ausbildungskontext als auch in Bezug auf Patientenedukation stufig gelehrt und erlernt werden. Jedoch lassen sich die von Nutbeam benannten pädagogischen Tätigkeiten nicht ohne Weiteres auf Unterrichtsmethoden übertragen. Viel eher ist es denkbar, dass das Modell selbst Eingang als Inhalt des Unterrichts findet, um Grundlage zum Verständnis von Health Literacy als solches zu bilden.

Integrated Model of Health Literacy nach Sørensen

Ein weiteres bedeutsames Modell der Gesundheitskompetenz bildet das Integrated Model of Health Literacy nach Sørensen, in das unter anderem auch das voran vorgestellte Stufenmodell Nutbeans einfluss. Es wurde im Rahmen umfassender Forschung zur Konzeptualisierung des zum Teil divergenten Begriffskonzeptes als Metamodell aus insgesamt 17 Definitionen und 12 konzeptionellen Modellen in einem mehrschrittigen Verfahren entwickelt (Sørensen et al., 2012). Das so entstandene Modell bildet die Basis der Definition von Health Literacy, die aktuell von der WHO publiziert wird und Ausgangspunkt des Health Literacy Survey Europe schafft (Bitzer & Sørensen, 2018). Es kombiniert die Qualitäten eines konzeptionellen Modells, das die Hauptdimensionen der Gesundheitskompetenz umreißt (dargestellt in der konzentrischen ovalen Form in der Mitte, siehe Abb. 2), und eines logischen Modells, das die äußeren Faktoren einbezieht, die sich auf die Gesundheitskompetenz auswirken, sowie die Wege, die Gesundheitskompetenz mit Gesundheitsergebnissen verbinden (Sørensen et al., 2012).

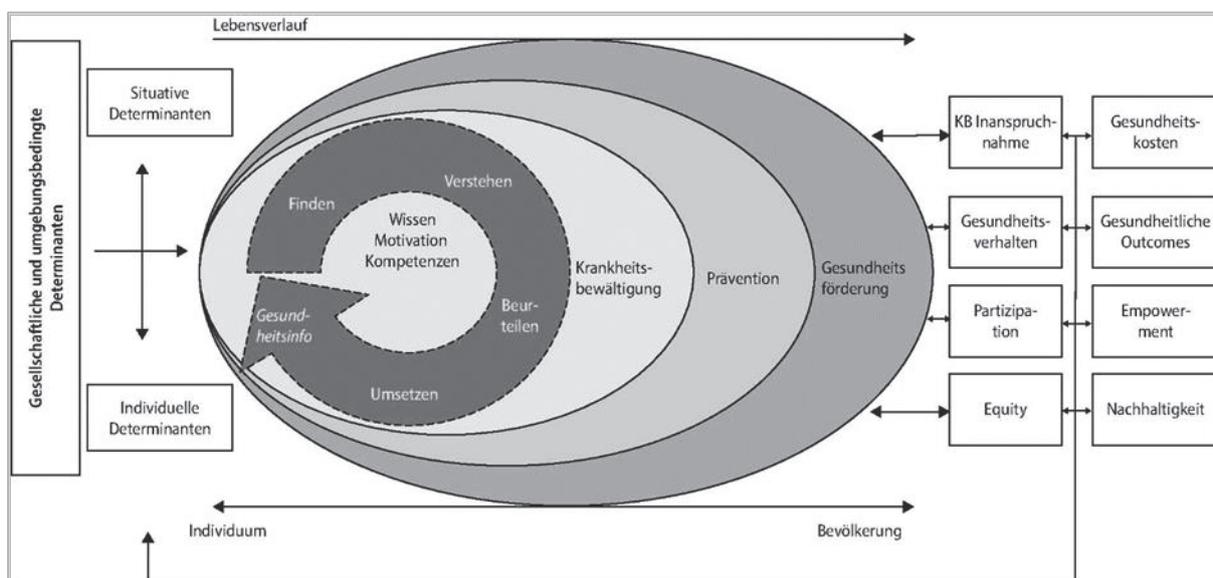


Abbildung 2 Integrated Model of Health Literacy (Bitzer & Sørensen, 2018, nach Sørensen et al., 2012)

Im Kern des Konzeptes stehen Motivation, Wissen und Kompetenzen der Person, umschlossen vom Prozess der Gesundheitsinformationsverarbeitung. Hierzu werden vier zentrale Schritte stetig durchlaufen: Finden, Verstehen, Beurteilen und Umsetzen (Sørensen et al., 2012). Sie generieren wiederum weiteres Wissen, Motivation und Kompetenzen, die es ermöglichen, sich in drei Bereichen des Gesundheitskontinuums zurechtzufinden: Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung (Sørensen et al., 2012). Es entsteht eine wechselseitige Beziehung zur Krankheitsbewältigung und den verursachten Gesundheitskosten, dem Gesundheitsverhalten zum gesundheitlichen Outcome, zwischen Partizipation und Empowerment sowie zwischen Equity und Nachhaltigkeit (Sørensen et al., 2012). Das Modell gibt zudem die lebenslange Dynamik als auch die situative Spezifität von individueller Gesundheitskompetenz wieder und betont den Einfluss der Determinanten von Gesundheit (individuelle, situative, gesellschaftliche und umgebungsbezogene) in Anlehnung an Dahlgren & Whitehead (1991). Gesundheitskompetenz wirkt

sich dem Modell nach auf die Person selbst als auch auf die Gesellschaft aus. Verändern sich äußere Faktoren, ist das aufgezeigte dynamische Konzept so anpassungsfähig (Sørensen et al., 2012).

Das integrative Modell der Gesundheitskompetenz zeigt sich als höchst komplex und bezieht sich auf den Zusammenhang persönlichen gesundheitskompetenten Verhaltens zu gesamtgesellschaftlichen Aspekten von Gesundheit. Es erklärt, wie individuelle dynamische Prozesse äußere Komponenten beeinflussen und umgekehrt. Allerdings bleibt offen, wie Gesundheitskompetenz konkret in einer Person entwickelt werden kann. Aus diesem Grund lässt dieses Modell keine Übertragung in den didaktischen Kontext der beruflichen Ausbildung Pflegenden zur Kompetenzentwicklung zu. Viel eher lassen sich auf Basis dieses Modells Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung ableiten. Im Besonderen rückt die Arbeit Sørensens die Verhältnisprävention nachvollziehbar in den Fokus. Hieraus kann demnach geschlossen werden, dass der Ort beruflicher Ausbildung, nämlich der Betrieb als auch die berufliche Schule als umgebungsbezogene und situative Determinanten Einfluss auf die Gesundheitskompetenz der Auszubildenden nehmen können.

Es bleibt die Frage nach den Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Gesundheitskompetenz ermöglichen, offen. Hierzu kann das nachfolgende Modell einen möglichen Ansatz bieten.

Hypothetisches Strukturmodell der Gesundheitskompetenz nach Soellner

Aus dem Bestreben heraus, die Frage, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten Gesundheitskompetenz konstituieren, zu beantworten, entwickelten Soellner et al. durch Expertenbefragungen und *concept mapping* das hypothetische Strukturmodell der Gesundheitskompetenz, um diese im pädagogischen Kontext entwickelbar zu machen. Das Modell erfasst empirisch, „[...] welche Fähigkeiten und Fertigkeiten notwendig sind, um gesundheitskompetent entscheiden und handeln zu können [...]“ und gibt so „[...]“ Aufschluss über die innere Struktur und Zusammensetzung der Gesundheitskompetenz [...]“ (Soellner et al., 2010). Im Rahmen des Projektes „Gesundheitskompetenz – Modellentwicklung und Validierung“ wurden Experten aus den Bereichen Psychologie, Medizin und Erziehungswissenschaften/Pädagogik (n=99) gefragt,

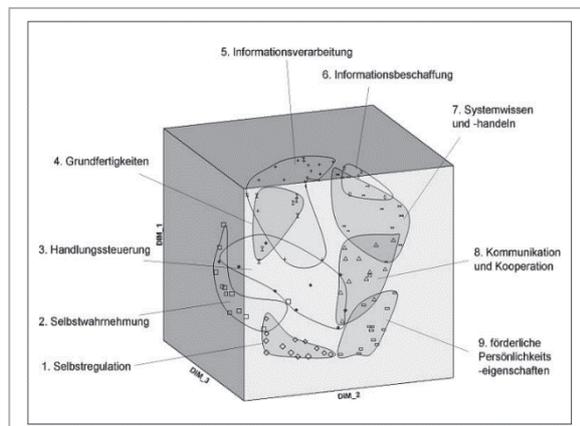


Abbildung 3 Concept Map Gesundheitskompetenzstruktur (Soellner et al., 2010)

über welche Fähigkeiten und Fertigkeiten eine Person verfügen muss, um im Alltag und im Umgang mit dem Gesundheitssystem so handeln zu können, dass es sich positiv auf seine Gesundheit und sein Wohlbefinden auswirkt (Soellner et al., 2010). Auf Basis ursprünglich 240 generierter Assoziationen und einer anschließenden Kategorisierung, konnten in mehreren Schritten schlussendlich mittels dreidimensionaler Skalierung neun Cluster identifiziert werden, die Fähigkeiten und Fertigkeiten, welche der Gesundheitskompetenz zugeordnet

werden können, labeln. Die hieraus entstandene Concept Map (siehe Abb.3) bildet die Grundlage des hypothetischen Strukturmodells nach Soellner et al.(siehe Abb.4).

Es stellt Gesundheitskompetenz als Netz aus grundlegenden Fertigkeiten (literacy/numeracy), Handlungskompetenz, Wissen und Motivation dar (Soellner et al., 2010).

Hierbei fächert sich Handlungskompetenz in die Kompetenzbereiche: (1) Navigieren und Handeln im Gesundheitssystem, (2) Kommunikation und Kooperation, (3) Informationsbeschaffung und -verarbeitung sowie (4) Selbstwahrnehmung und Selbstregulation (Soellner et al., 2010).

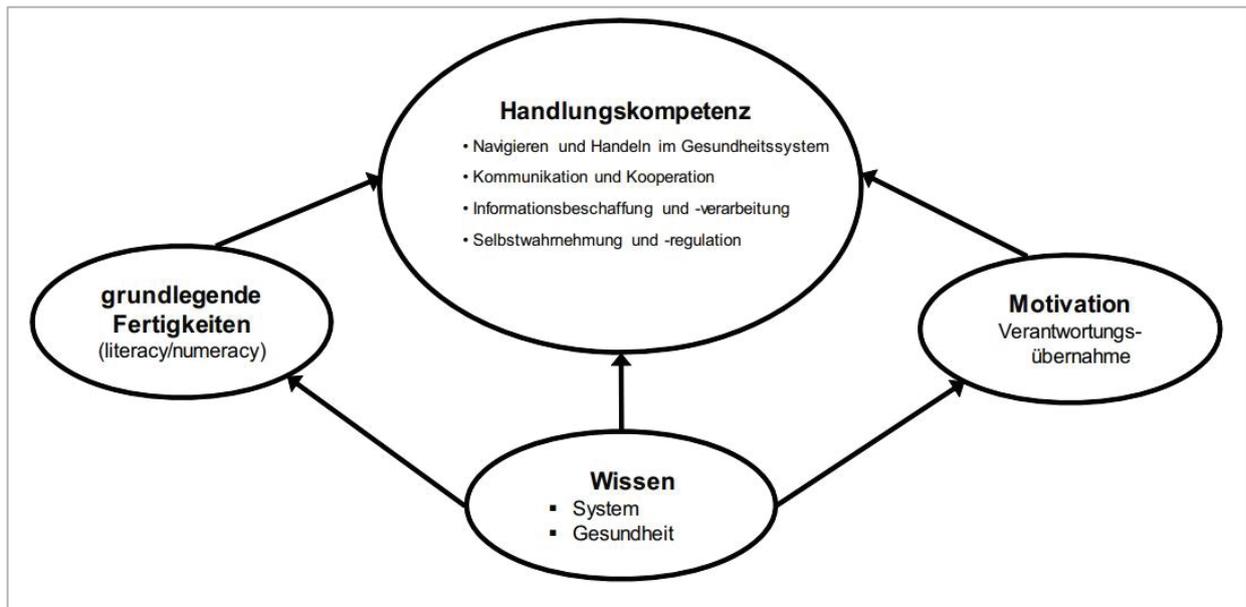


Abbildung 4 Hypothetisches Strukturmodell der Gesundheitskompetenz (Soellner, 2018)

Das Strukturmodell gibt Aufschluss über die innere Zusammensetzung von Gesundheitskompetenz. Es erweitert somit die modellhafte Darstellung des Begriffskonstruktes. Im Rahmen der Handlungskompetenz ergänzt es Selbstwahrnehmung und -regulation als bedeutsame Facette. Aus den einzelnen Dimensionen lassen sich konkret Handlungsschritte folgern, die eine spezifische Modellentwicklung hinsichtlich der Entwicklung von Gesundheitskompetenz ermöglichen. Es bildet dementsprechend die Basis für das Strukturmodell der Gesundheitskompetenz nach Lenartz (2014), welches im Folgenden näher betrachtet werden soll.

Strukturmodell der Gesundheitskompetenz nach Lenartz

Das Strukturmodell der Gesundheitskompetenz stellt die empirisch fundierte, gar validierte, systematische Weiterentwicklung des hypothetischen Strukturmodells nach Soellner et al. (2010) dar. Es gibt die Entwicklung von Gesundheitskompetenz auf Ebene von Schlüsselkompetenzen wieder und integriert vorbestehende Modelle, insbesondere das Stufenmodell Nutbeams (Lenartz et al., 2014). Dies zeigt sich speziell in der Unterscheidung zwischen Basisfertigkeiten und weiterentwickelten Fähigkeiten als übergeordnete Kategorien der Gesundheitskompetenz.

Die Basisfertigkeiten bilden die Grundlage weiterer Entwicklung von Gesundheitskompetenz. Sie setzen sich sowohl aus gesundheitsbezogenem Grundwissen als auch gesundheitsbezogenen Grundfertigkeiten zusammen (Lenartz, 2012). Konkret sind hiermit zum einen im Sinne des vorherrschenden Health Literacy Verständnisses gesundheitsbezogene Lese-, Schreib- und Rechenfähigkeiten gemeint, die es ermöglichen, einfache gesundheitsbezogene Informationen zu verstehen und umzusetzen. Zum anderen lassen sich das Wissen zu grundlegenden Begriffen, die den Körper beschreiben oder einfache gesundheitsbezogene Zusammenhänge und Funktionen den Autoren nach hinzuzählen (Lenartz et al., 2014). In der ursprünglichen Fassung zählte Lenartz auch förderliche Persönlichkeitsmerkmale zur Basis hinzu, welche ihrerseits der Definition nach jedoch keiner Kompetenz entsprechen, sodass diese Komponente in der grafischen Darstellung schlussendlich entfiel (Lenartz, 2012, p. 88). Jedoch betont Lenartz in seinen Ausführungen, dass sie funktional betrachtet für die Ausbildung der weiterentwickelten Fähigkeiten wesentlich sind (Lenartz, 2012, p. 90).

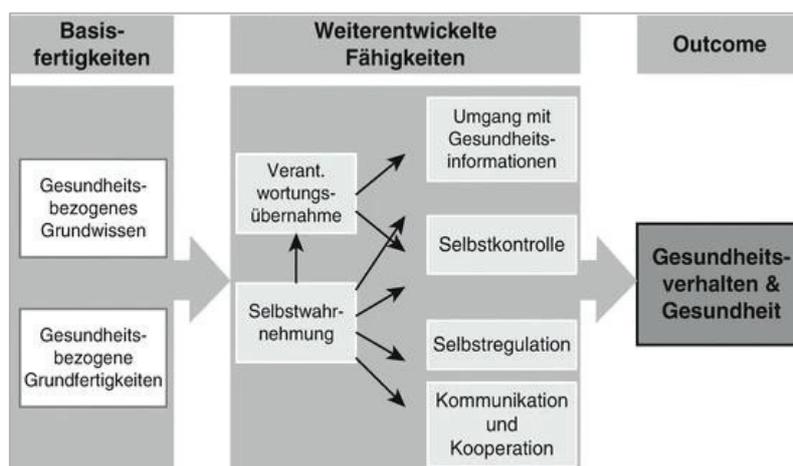


Abbildung 5 Strukturmodell der Gesundheitskompetenz nach Lenartz et al. (2012)

Auf den Basisfertigkeiten aufbauend folgen weiterentwickelte Fähigkeiten. Diese beziehen sich in ihrer Struktur zueinander und bedingen sich zu einem Teil gegenseitig. Ausgangspunkt dieses Strukturnetzes bildet die Selbstwahrnehmung, die zur Verantwortungsübernahme führt. Selbstwahrnehmung

nimmt den perceptiv-motivationalen Aspekt innerhalb der Kompetenzentwicklung ein (Lenartz, 2012, S. 159). „[...] Einer adäquaten Aufmerksamkeit auf innere Prozesse sowie der Wahrnehmung eigener Empfindungen, Bedürfnisse und Kognitionen kommt eine Schlüsselrolle für die Selbst- und Verhaltensregulation zu [...] (Lenartz et al. 2014, nach Carver/ Scheier 1981). Sie wirkt sich zudem auf Selbstkontrolle, Selbstregulation sowie auf die Fähigkeiten zur Kommunikation und Kooperation aus. Die Fähigkeit zur aktiven Verantwortungsübernahme verweist auf kognitiv-motivationale Anteile (Lenartz, 2012, S. 87). Sie beeinflusst ihrerseits ebenfalls Facetten der Selbstkontrolle sowie des Umgangs mit Gesundheitsinformationen. An dieser Stelle wird der Handlungsorientierung Rechnung getragen, die bislang den „[...] Kern der Diskussionen zur Gesundheitskompetenz [...]“ ausmachte (Lenartz et al., 2014). Die Gesamtheit aller Fertigkeiten und Fähigkeiten führt zum Outcome, welches sich im Gesundheitsverhalten und dem Gesundheitszustand zeigt (Lenartz, 2012). Das Gesundheitsverhalten und die Gesundheit als solches sind demnach Zielgrößen der Gesundheitskompetenz. Sie sind jedoch keinesfalls gleichzusetzen. Gesundheitskompetenz determiniert in diesem Sinne gesundheitliches Outcome, wobei

Lenartz einräumt, dass äußere Einflussfaktoren im großen Maße auf die Entwicklungsmöglichkeit der individuellen Gesundheitskompetenz wirken (Lenartz et al., 2014). Ihm nach gilt es, „[...] Verhältnisse und Kontexte zu gestalten, die gesundheitsbezogenes Lernen und Kompetenzentwicklung [...] ermöglichen [...]“ (Lenartz et al., 2014, S. 32)

Das Strukturmodell der Gesundheitskompetenz nach Lenartz erweist sich als handhabbare Darstellung zu berücksichtigender Komponenten bei der Entwicklung individueller Gesundheitskompetenz auf Ebene persönlicher Fähigkeiten und Kenntnisse. Die einzelnen Strukturelemente sind empirisch hergeleitet und validiert. Hierbei kommt der Beachtung der Fähigkeiten zur gesundheitsbezogenen Selbststeuerung besondere Aufmerksamkeit zu, welche in der bisherigen Forschung weitgehend unbeachtet blieb (Lenartz et al., 2014). Selbstregulation und Selbstkontrolle stellen hierbei wichtige Aspekte der Selbstwirksamkeit der Person in Bezug auf die Fähigkeit zur Umsetzung und Aufrechterhaltung (auch ggf. unangenehmer) gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen unter Berücksichtigung eigener Bedürfnisse, Gefühle, Werte und Interessen dar.

Im Kontext der beruflichen Ausbildung ergeben sich hieraus richtungsweisende Grundstrukturen für eine didaktische Planung, wobei die Einzelkomponenten des Modells einer jeweils einzelnen Betrachtung bedürfen. Gesundheitskompetenz erscheint demnach erlernbar, was sie so zum lehrbaren Gegenstand macht. Grundlegend zur inhaltlichen Planung von Unterricht ist die Herstellung des lebensweltlichen (bzw. arbeitsweltlichen) Bezugs zwischen Lerngegenstand und Lernenden (Oelke & Meyer, 2021). Hierzu erscheint es im Folgenden zunächst sinnvoll zu betrachten, inwieweit Gesundheitskompetenz die Lebens- und Arbeitswelt Auszubildender in der Pflege tangiert, um so herleiten zu können, welche Inhalte sich thematisch im Kontext der Gesundheitskompetenzentwicklung verorten lassen, was dem weiteren Vorgehen einer didaktischen Rekonstruktion entspricht (Kattmann et al., 1997). Im nächsten Teil der Arbeit wird hierzu der aktuelle Wissensstand zu Gesundheit, Gesundheitsverhalten und (messbarer) Gesundheitskompetenz Pflegenden bzw. Auszubildender der Pflege beleuchtet und Gesundheitskompetenz als Aufgabenfeld professioneller Pflege in Deutschland umrissen.

Teil II – Gesundheitskompetenz & Pflegende

Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Gesundheitskompetenz Pflegender/Auszubildender in der Pflege in Deutschland

Pflegende sehen sich einer Vielzahl beruflicher Risiken und schlechter Arbeitsbedingungen konfrontiert. Hierzu liegt eine breite Forschungslage national wie international vor (u.a. Aiken et al., 2013; BGW, 2018; Hasselhorn, 2005). Janson & Rathmann stellen in ihrer Erhebung sowohl physische als auch psychische Belastungsfaktoren heraus. Als besonders belastend werden von den Pflegenden (hier ambulante Pflegefachkräfte) die quantitativen Anforderungen der beruflichen Handlungen, wie schnelles Verrichten von Tätigkeiten oder das Anfallen von Überstunden, Arbeiten unter Zeitdruck und emotionale Anforderungen der beruflichen Ausübung, z.B. das Verbergen eigener Emotionen, empfunden (Janson &

Rathmann, 2021). Zusätzlich wirken sich sozialer Stress, Konflikte und zum Teil überhöhte Ansprüche von Patient*innen und ihrem sozialen Umfeld als auch verbale und körperliche Gewalt negativ auf das Belastungsempfinden der Pflegenden aus (Janson & Rathmann, 2023). Jede fünfte Altenpflegeperson gab bei einer Befragung der BKK (2017) an, sich durch die Arbeit sowohl psychisch als auch physisch gefährdet zu fühlen (Kliner et al., 2017). Raspe et al. (2020) verweist auf generelle Arbeitsverdichtung innerhalb des Gesundheitswesens und daraus resultierender Gefährdung der Gesundheit beteiligter Professionen (Raspe et al., 2020 nach Aiken et al., 2013; Badura et al., 2005;). Innerhalb der zugehörigen Studie unter jungen Ärzten und professionell Pflegenden in deutschen Krankenhäusern (n=1060, davon 19,6% Pflegenden) verweisen die Autoren auf ein „[...] Arbeitsleben junger Ärzte und professionell Pflegender in der stationären Patientenversorgung (,das) durch erhebliche, wie z.B. zeitliche und psychosoziale Arbeitsbelastungen geprägt [...]“ sei (Raspe et al., 2020). Die ausgemachten Belastungsfaktoren zeigen sich sowohl in (subjektiv erfragtem) Gesundheitszustand als auch in erhöhtem Burn-Out-Risiko (erhoben mittel COOPSOQ Fragebogen) sowie darüber hinaus auch in der selbst wahrgenommenen Versorgungsqualität (Raspe et al., 2020). Bei 63% der befragten Pflegenden konnte eine Neigung zum Overcommitment (Überengagement) festgestellt werden. Der ermittelte subjektive Gesundheitszustand der Pflegenden weist in der Untersuchung Raspe's einen ungünstigen Mittelwert auf (Raspe et al., 2020). Die tatsächliche Arbeitsbelastung, Overcommitment, Erfahrung mit körperlicher Aggression sowie die Einnahme von Medikamenten (aufgrund der Berufsbelastung) haben signifikant negativen Einfluss auf das Burn-Out-Risiko (Raspe et al., 2020). Internationale Befunde verweisen auf eine breite Varianz des Burn-Out-Risikos für Pflegenden zwischen 10% in den Niederlanden bis zu 78% in Griechenland, wobei deutsche Pflegepersonen mit 30% im Mittelfeld rangieren. (Aiken et al., 2012). Höhmann et al. stellen neben den bereits aufgeführten Belastungen insbesondere den körperlichen Aspekt pflegerischer Tätigkeiten, das Heben und Tragen sowie viel Gehen und Stehen, als berufliche Belastung heraus, wobei in der Next-Studie bereits auf erhebliche Unterschiede in der Verteilung solcher Tätigkeiten je nach Position im Pfllegeteam hingewiesen wurde (Hasselhorn, 2005; Höhmann et al., 2016). Dies spiegelt sich in den am häufigsten auftretenden Diagnosen unter Pflegenden deutlich wider. So leiden sie am meisten an Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, gefolgt von Erkrankungen der Atemwege sowie psychischen Erkrankungen (Ehegartner et al., 2020; Kliner et al., 2017). Knapp die Hälfte der befragten Pflegekräfte gab innerhalb der Studie von Ehegartner et al. mindestens eine ärztliche Diagnose an (Ehegartner et al., 2020).

Aus diesen gesundheitlichen Problemen resultieren höhere Arbeitsausfallzeiten für Pflegenden im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (Kliner et al., 2017). Während 2016 Arbeitnehmer im Mittel 16,1 Tage pro Kalenderjahr arbeitsunfähig waren, fielen Altenpfleger*innen 24,1 Tage und Krankenpfleger*innen 19,3 Tage aus (Kliner et al., 2017). Ein ähnliches Bild geben auch Erhebungen zur Arbeitsfähigkeit unter beruflich Pflegenden wieder (Ehegartner et al., 2020; Hasselhorn, 2005; Kliner et al., 2017). Demnach entspricht diese im Mittel einer gerade noch guten Arbeitsfähigkeit (Work-Ability-Index (WAI) = 37,2), wobei sich Unterschiede nach Art der Einrichtung und Anzahl der Berufsjahre ausmachen lassen. So geht mit Zunahme

der Berufsjahre eine Verschlechterung des WAI einher und Pflegende in Krankenhäusern weisen einen niedrigeren WAI auf als ambulante Pflegepersonen. (Ehegartner et al., 2020). Besorgniserregender Weise schätzt „[...] Knapp die Hälfte der Befragten (...) ihre Arbeitsfähigkeit als kritisch bis mäßig ein [...]“ (Ehegartner et al., 2020).

Dieser Umstand trägt nachweislich zum vorzeitigen Verlassen des Pflegeberufes bei (Hasselhorn, 2005). Bereits 30% der Auszubildenden geben in einer regionalen Erhebung an, gar nicht oder maximal 5 Jahre im Beruf verbleiben zu wollen. Als Hauptmotive gaben sie unter anderem auch die hohen geistigen und körperlichen Belastungen des Berufes an (Golombek & Fleßa, 2011). So leiden bspw. bereits 52,5% mindestens einmal wöchentlich an Schmerzen im Rückenbereich und 45,9% an Kopfschmerzen (Bombal et al., 2010). Die zurückliegende Zeit der Corona-Pandemie hat die Belastungssituation für Pflegende allgemein offenbar noch deutlich verschärft. So sind mittlerweile 44% der Beschäftigten mit ihrem Beruf unzufrieden. 38% der Befragten wären bereit, ihren Beruf zu verlassen, dabei sind Pflegende unter 30 Jahren am ehesten dazu bereit (BGW, 2022). Trotz dieser hohen beruflichen Belastung nehmen Pflegefachpersonen Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung unzureichend wahr (Isfort, 2018). Sie werden häufig sogar als zusätzliche Belastung empfunden (ebd.). Ein Grund hierfür könnte in der eher verhaltensorientierten anstatt verhältnisorientierten Ausrichtung solcher Maßnahmen liegen (Stefani, 2020).

Insgesamt zeigen beruflich Pflegende überdurchschnittlich oft gesundheitsriskante Verhaltensweisen. So rauchen noch etwa 30-40% der Pflegepersonen, obwohl der bundesweite Trend für Tabakkonsum in der Bevölkerung in den vergangenen Jahren deutlich abgenommen hat. Die Raucherprävalenz unter Auszubildenden der Pflegeberufe liegt sogar bei 50% (Bühler et al., 2017). Bonse-Rohmann et al. (2022) erklären dieses wissentliche gesundheitsschädigende Verhalten durch Funktionalisierung des Rauchens an sich. So bietet es Pflegenden die Möglichkeit, (subjektiv begründete) kleine Pausen einlegen zu können und in den Austausch mit anderen zu kommen (Bonse-Rohmann et al., 2022). Bombal et al. (2010) weist darüber hinaus darauf hin, dass sich das Essverhalten Pflegender bereits innerhalb ihrer Ausbildung bei fast der Hälfte der Auszubildenden verschlechtert. Sie können seltener Pausen einhalten, essen häufiger im Gehen oder Stehen und konsumieren mehr Süßigkeiten sowie Fast-Food (Bombal et al., 2010). Zudem mangelt es an aktiver Bewegung in der Freizeit. Für 35,2% der Auszubildenden resultiert aus der Veränderung des Lebensstils eine Gewichtszunahme (Bombal et al., 2010). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Lindemann et al. im Rahmen ihrer Untersuchung zum Essverhalten von Pflegeschüler*innen (Lindeman et al., 2011). Die Autoren verweisen einheitlich auf dringende Notwendigkeit curricularer Verankerung von Themen individueller Gesundheitsgestaltung und aktiver Umsetzung dieser im Unterrichtsgeschehen (Bombal et al., 2010; Lindeman et al., 2011). Insgesamt zeigt sich ein widersprüchliches Phänomen. Beruflich Pflegende, eine Berufsgruppe mit einem hohen Maß an Gesundheitswissen, zeigt übermäßig häufig gesundheitsriskante Verhaltensweisen und eine starke Häufung bestimmter gesundheitlicher Störungen. Hierzu identifizieren Stefani et al. ein besonderes handlungsleitendes Deutungsmuster der

Berufsgruppe: die Entgrenzung von Berufs- und Privatleben, beruhend auf historisch gewachsenem Altruismus und der eigenen Rollenerwartung (Stefani, 2020). Sie erklären, dass „[...] Berufsspezifika der Pflege (z. B. Schicht-, Nacht- und Wechseldienste, „Einspringen“ als Vertretung, Betreuung rund um die Uhr, emotionale und traumatische Erlebnisse, moralischer Druck) das Privatleben der Pflegefachpersonen überfrachten [...]“ (Stefani, 2020). Diese Form der Entgrenzung führt so „[...] zur Fremdbestimmung im privaten Gesundheitsverhalten und Legitimierung von Risikoverhalten [...]“ (Stefani, 2020). Verschiedene Autoren weisen zudem auf die Neigung zu Präsentismus unter Pflegenden, also dem Arbeiten trotz Krankheit, hin (Janson & Rathmann, 2021; Wieland et al., 2009).

Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept bietet eine Erklärung des negativen gesundheitlichen Outcomes durch die beruflichen Belastungen und Beanspruchungen (Janson & Rathmann, 2023). Gesundheitskompetenz lässt sich als protektiver Faktor innerhalb des Konzeptes einordnen (Janson & Rathmann, 2023 nach Wieland & Hammes, 2008). So liegt es nahe, die Gesundheitskompetenz der Angehörigen dieser Berufsgruppe zu hinterfragen. Für den deutschsprachigen Raum liegen hierzu nur wenige Daten vor. So ermitteln Janson & Rathmann in einer quantitativen Erhebung unter ambulanten Pflegekräften (n=232) für 51,3% der Befragten eine inadäquate oder problematische (37,9% und 13,4%) Gesundheitskompetenz (Janson & Rathmann, 2021). Verglichen mit den drei repräsentativen deutschen Studien zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung lässt sich eine problematische Gesundheitskompetenz im Mittel von 45% für die Bevölkerung feststellen, was bedeutet, dass ambulante Pflegepersonen sogar häufiger Schwierigkeiten im Finden, Verstehen, Beurteilen und Umsetzen von Gesundheitsinformationen angaben (Jordan & Hoebel, 2015; Schaeffer et al., 2016; Zok, 2014). Für das Item „Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen“ wiesen 37,9% der Pflegekräfte inadäquate Gesundheitskompetenz auf, wohingegen in den repräsentativen Umfragen in der Gesamtbevölkerung der Anteil der Personen mit inadäquater Ausprägung zwischen 10 bis 15% lag (Janson & Rathmann, 2021). Janson & Rathmann konnten signifikante Zusammenhänge zwischen niedrigem Gesundheitskompetenzniveau und niedriger Arbeitszufriedenheit, häufigen Gedanken an einen Berufswechsel, häufigem Präsentismus und insgesamt subjektiv schlecht eingeschätztem Gesundheitszustand für die Pflegekräfte darstellen (Janson & Rathmann, 2021). In der Pilotstudie zur Gesundheitskompetenz von angehenden Ärzt*innen, Pflegenden, Hebammen, Therapeut*innen und Gesundheitsmanager*innen (n= 583, Pflegenden n=307) von Simon et al. (2021) wurde eine niedrige Gesundheitskompetenz (problematisch und inadäquat) von 72% für die befragten Pflegenden ermittelt, wobei alle der befragten Gesundheitsprofessionen unter den Bundesdurchschnittswerten blieben (Simon et al., 2021). Es zeigte sich auch hier unter anderem ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen dem Gesundheitskompetenzniveau und dem subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand ($p = 0,042$) der Befragten (Simon et al., 2021). Ein Vergleich aller Daten ist an dieser Stelle legitim, da die Erhebungen mit dem HLS-EU-Q16 bzw. der erweiterten Form dessen durchgeführt und in gleicher Weise ausgewertet wurden. Wenngleich sich die zum Teil großen Unterschiede der ermittelten Gesundheitskompetenz durch

kritische Reflexion (bspw. paternalistische Formulierungen im Erhebungsinstrument vs. professioneller Wertvorstellung zur partizipativen Entscheidungsfindung, siehe hierzu Simon et al., 2021) etwas relativieren lassen, verweist die Datenlage insgesamt auf eine limitierte Gesundheitskompetenz professionell Pflegender (Janson & Rathmann, 2021; Simon et al., 2021). Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Gesundheitskompetenz der Pflegenden bedingen sich demnach zu Teilen gegenseitig und beeinflussen ihrerseits gemeinsam die individuelle Beschäftigungsfähigkeit der Betroffenen. Der Erhalt dieser stellt grundlegend die Forderung und Förderung individueller Gesundheitskompetenz Pflegender in den Fokus.

Gesundheitskompetenz als Aufgabe Pflegender

Professionell Pflegende selbst nehmen Gesundheitskompetenz oftmals jedoch eher als Bestandteil pflegerischen Handelns im Kontext von Gesundheitsförderung und Patient*innenempowerment wahr (Weiland & Büscher, 2022). Gesundheitskompetenz als Aufgabenfeld Pflegender wurde bereits vielfach diskutiert. International sind Pflegende schon länger als Ressource zur Entwicklung und Förderung der Gesundheitskompetenz auf allen Ebenen anerkannt. So erklärt Cornett (2009) eindrücklich, an welchen Eckpfeilern sich die Förderung der Gesundheitskompetenz orientieren sollte und schreibt explizit „[...] Nurses play a major role in providing leadership that meets the challenge of low health literacy in our society, both at the individual level of care and within our organizations [...]“ (Cornett, 2009). Auch in Europa weist bspw. Sørensen in verschiedenen Publikationen immer wieder auf die hervorgehobene Rolle beruflich Pflegender zur Gesundheitskompetenzförderung hin (Bitzer & Sørensen, 2018; Sørensen, 2018; Sørensen & Wångdahl, 2019). Dementsprechend sind Pflegende in Deutschland ebenso aufgefordert, sich für die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu engagieren (Schaeffer et al., 2018). Sie sind in vielen Settings präsent und haben Umgang mit verschiedensten Zielgruppen (Kolpatzik et al., 2018; Messer et al., 2022; Schaeffer et al., 2018; Weiland & Büscher, 2022). Zudem haben sie häufig „[...] Einblick in die sich stellenden Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit [...]“, als auch in das Gesundheitswissen der Betroffenen und des Umfeldes (Ewers et al., 2017). Darüber hinaus haben sie längere Kontaktzeiten mit Betroffenen als bspw. ärztliches Personal (Schwendemann, 2022). Sie sind oftmals die Instanz, mit der Pflegebedürftige und Angehörige Gesundheitsinformationen besprechen und reflektieren wollen (Kolpatzik et al., 2018). Jedoch nehmen Pflegepersonen diese Kompetenz aus Sicht der Patient*innen oftmals nicht auf wünschenswerte Weise wahr (Kolpatzik et al., 2018 anhand der Befunde Hurrelmann et al., 2020; Schaeffer et al., 2016; Zok, 2014). Schieron & Segmüller betonen die Wichtigkeit der Gesundheitsbildung durch Pflegende als Aspekt der Patient*innenedukation und verorten Gesundheitskompetenz und deren Förderung bei Zielgruppen als immanenten Bestandteil pflegerischen Handelns (Schieron & Segmüller, 2021). Aber auch gegenüber (pflegenden) Angehörigen nehmen Pflegefachpersonen eine unterstützende stärkende Position ein. Da diese Zielgruppe differenziert gesundheitskompetente Entscheidungen sowohl für sich selbst als auch den Pflegeempfangenden treffen muss, kann von weiteren Bedarfen der Beratung, Information sowie Befähigung ausgegangen werden (von Reibnitz & Sonntag, 2021). Hierbei nimmt die kommunikative Komponente der professionellen

Gesundheitskompetenz Pflegender eine Schlüsselfunktion ein (u.a. Kolpatzik et al., 2018; von Reibnitz & Sonntag, 2021; Welp & Lippke, 2020). Die Qualität dieser Kommunikation schätzen Personen mit limitierter Gesundheitskompetenz jedoch als besonders schlecht ein (ebd). Dabei könnten Pflegende „[...] die Gesundheitskompetenz fördern, indem sie qualitätsgesicherte und nutzer-freundliche Informationen über die (häusliche) Pflege vorhalten und situationsangemessen übermitteln, sensibel den individuellen Informationsbedarf im Pflegealltag erfassen und im Team nach kreativen, niederschweligen Lösungen suchen [...]“ (von Reibnitz & Sonntag, 2021). Um die Förderung der Gesundheitskompetenz aus Sicht der Pflegenden zu einem greifbaren Konzept zu machen, entwickelten Thilo et al. mithilfe einer drei-schrittigen Konzeptanalyse, basierend auf kennzeichnenden Termini zu Definitionen von Gesundheitskompetenz im pflegerischen Kontext aus dem In- und Ausland, eigens eine Definition von Gesundheitskompetenz in der Pflege. „[...] Gesundheitskompetenz ermöglicht der/dem Patienten(in)/Angehörigen, gesundheitsrelevante Informationen zu erschließen, zu verstehen, zu nutzen, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, Fragen im Kontext von Gesundheit und Krankheit zu stellen und eigene Bedürfnisse zu formulieren. Um gesundheitskompetent zu sein, benötigt die/der Patienten(in)/Angehörige die Fähigkeiten des Lesens, Schreibens und Rechnens. Gesundheitskompetenz trägt dazu bei, informierte Entscheidungen zu treffen und dadurch eine aktive Rolle für die Gesundheit zu übernehmen, um diese aufrechtzuerhalten, zu fördern oder wiederherzustellen [...]“ (Thilo et al., 2012, p. 435). Ihre Definition bezieht sich so ausschließlich auf den pflegerischen Kontext von Gesundheitskompetenz angehörigen- und patient*innenseitig. Dabei lässt sich Pflegenden auch auf organisationaler Ebene eine ebenso bedeutsame Rolle zuschreiben (Schwendemann, 2022; Weiland & Büscher, 2022). Die Forderung nach gesundheitskompetenten Gesundheitseinrichtungen sind in der Forschung gut begründet (siehe bspw. Sørensen) und national auf politischer Ebene gefordert (Schaeffer et al., 2018). Organisationale Gesundheitskompetenz beinhaltet dabei gesundheitsunterstützende Bedingungen, Strategien und Aktivitäten von Organisationen, z.B. Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen. Im Fokus steht hierbei die patient*innenzentrierte Kommunikation und Informationsvermittlung als auch Navigation (Bitzer & Sørensen, 2018; Messer & Murau, 2022). Pflegende stellen innerhalb der Gesundheitseinrichtungen die größte Beschäftigtengruppe dar (DeStatis, 2022). So wird ihnen großes Potenzial zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz auch auf der Mesoebene zugeschrieben (Schwendemann, 2022). Messer & Murau stellen jedoch fest, dass Pflegende sich nicht als kompetente Informationsvermittler wahrnehmen (Messer & Murau, 2022). Derzeit stehen bei der Aufklärung und Wissensvermittlung Ad-hoc-Informationsangebote bei Pflegenden im Vordergrund. Oftmals finden diese unsystematisch, wenig kritisch reflektiert und unfundiert statt (Messer & Murau, 2022). Verschiedene Autoren weisen jedoch auf Defizite in der bisherigen Qualifikation beruflich Pflegender hin und betonen, dass tiefgreifende Interventionen initiiert werden sollten, um der Förderung der pflegerischen Gesundheitskompetenz vollumfänglich Rechnung tragen zu können (Kolpatzik et al., 2018; Messer & Murau, 2022; Nickl & Rathmann, 2020). So plädieren sie für eine weitreichende Verankerung von Gesundheitskompetenz in den Curricula der Ausbildung und die Entwicklung von Fort- und Weiterbildungsangeboten. Der Frage nach der bisherigen Verortung des Themenkomplexes innerhalb der

Ordnungsmittel der generalistischen Ausbildung soll nun im ersten Teil des folgenden Abschnittes nachgegangen werden.

Teil III – Konzeptentwicklung

Kompetenzorientierung in den Ordnungsmitteln der generalistischen Pflegeausbildung

Die theoretische Fundierung von Gesundheitskompetenz als Unterrichtsgegenstand im Rahmen des berufsschulischen Unterrichts der generalistischen Pflegeausbildung legen Teil I und Teil II der Arbeit ausführlich dar. Im Anschluss hieran ist die Strukturierung des Themenkomplexes zur curricularen Einbindung unabdingbar. „[...] Gesundheitskompetenz im Bildungssystem bedeutet, relevantes Gesundheitswissen und entsprechende Handlungskompetenzen bereits in der Schulzeit aufzubauen. Die Entwicklung von Fähigkeiten zur Gesundheit sollte in Curricula von Schulen verankert sein [...]“ (Lenartz et al., 2016).

Hierzu erscheint es sinnvoll, die der Ausbildung zugrundeliegenden Ordnungsmittel hinsichtlich ihrer Anforderungen an zu entwickelnde Kompetenzen Pflegenden und didaktischen Grundüberlegungen der Kompetenzentwicklung als solche näher zu betrachten. Mit Neuordnung der beruflichen Pflegeausbildung fand das Konzept der beruflichen Handlungskompetenz, gemäß der Forderungen der Kultusministerkonferenz, zunehmend an Berücksichtigung (KMK, 2021). Diese Kompetenzorientierung findet sich in den Ordnungsmitteln der Ausbildung in allen Instanzen wieder (Hamar, 2023a). Basis bildet ein dispositionelles Verständnis von Kompetenz (Fachkommission nach § 53 PflBG, 2020).

Pflegeberufegesetz (PflBG)

Dem Pflegeberuf per se liegt das Pflegeberufegesetz (PflBG) zu Grunde. Es regelt in §5 so auch das Ausbildungsziel. Pflegefachfrauen und -männern sollen demnach im Rahmen der Ausbildung unter anderem erforderliche „[...] fachliche als auch personelle Kompetenzen einschließlich der zugrunde liegenden methodischen, sozialen, interkulturellen und kommunikativen Kompetenzen und der zugrunde liegenden Lernkompetenzen sowie die Fähigkeit zum Wissenstransfer und zur Selbstreflexion [...]“ vermittelt werden (PflBG, §5, 1). Das hier formulierte Ausbildungsziel nimmt so Bezug zum Kompetenzstrukturmodell der Kultusministerkonferenz (KMK) mit seinen allgemeinen Anforderungen an berufliche Bildungsprozesse.

Des Weiteren sollen Auszubildende insbesondere dazu befähigt werden, „[...] Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen[...]“ sowie „[...] Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen [...]“ selbstständig ausführen zu können (PflBG, §5, 3 (1 e, f)).

An dieser Stelle lassen sich erste Intentionen zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz im Kontext der beruflichen Ausbildung erkennen. Die zitierten Passagen bilden Gesundheitskompetenz in dem Teilaspekt professioneller Gesundheitskompetenz Pflegender ab. Insbesondere spiegeln „[...] Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit [...]“ die Fähigkeit zur Förderung und Entwicklung von Gesundheitskompetenz bzw. gesundheitskompetenten Verhaltens bei zu pflegenden Menschen wider.

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV)

In Anlage 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) werden die zu prüfenden Kompetenzen zur Erreichung des Ausbildungsziels in fünf Kompetenzbereiche aufgeteilt und weiter ausdifferenziert (siehe Abb.6). Gesundheitskompetenz lässt sich hier in ihren beiden pflegerischen Teilaspekten verorten.

Kompetenzbereich II (2) zielt auf den professionellen Aspekt pflegerischer Gesundheitskompetenz, indem die Auszubildenden:

Kompetenzbereiche	Kompetenzschwerpunkte
I Pflegeprozess	I.1 Planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern, evaluieren I.2 Pflegeprozess bei gesundheitlichen Problemen mit Fokus auf Prävention I.3 Pflegeprozess in hoch belasteten, kritischen Lebenssituationen I.4 Handeln in lebensbedrohlichen, Krisen- oder Katastrophensituationen I.5 Unterstützen bei der Lebensgestaltung I.6 Fördern der Entwicklung
II Kommunikation	II.1 Kommunikation und Interaktion gestalten und Information sicherstellen II.2 Information, Schulung, Beratung organisieren, gestalten, steuern und evaluieren II.3 Ethisch reflektiert handeln
III Zusammenarbeit	III.1 Verantwortung in der Organisation des Teams übernehmen III.2 Ärztliche Anordnungen durchführen III.3 In interdisziplinären Teams mitwirken
IV Rechtliche Grundlagen	IV.1 Qualität sichern IV.2 Ökonomische und ökologische Prinzipien beachten
V Wissenschaftliche Grundlagen	V.1 Pflegehandeln an wissenschaftlichen Erkenntnissen ausrichten V.2 Verantwortung für die eigene persönliche Entwicklung übernehmen

Abbildung 6 Kompetenzbereiche und Kompetenzschwerpunkte gemäß PflAPrV

- a) Menschen aller Altersstufen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung informieren,
- c) zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen beraten und befähigen, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen.

Der Kompetenzbereich V (2) hingegen adressiert explizit die individuellen Aspekte der Gesundheitskompetenz Pflegender. Die Auszubildenden:

- b) nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab,
- c) setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein.

Beide Teilaspekte pflegerischer Gesundheitskompetenz finden demnach bereits in den gesetzlichen Rahmenbestimmungen Beachtung.

Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht

In nächster Instanz der Ordnungsmittel entwickelte eine Fachkommission Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht, die zur Planung der seit Januar 2020 neu geregelten Pflegeausbildung konzeptionell zugrunde gelegt werden. Kompetenzorientierung stellt hierbei ein wesentliches Konstruktionsprinzip dar (Fachkommission nach § 53 PflBG, 2020). „[...] Die in der Ausbildung zu erwerbenden und zu entwickelnden Kompetenzen werden als komplexe Konstrukte verstanden, die sich dynamisch über den Ausbildungsprozess und den Berufsverlauf weiterentwickeln [...]“ (Fachkommission nach § 53 PflBG, 2020). Daraus abgeleitet ergibt sich eine entwicklungslogische Strukturierung der in § 5 PflBG festgelegten Kompetenzen sowie in den Anlagen 1 bis 4 PflAPrV ausgeführten Teil- und Einzelkompetenzen in schlussendlich elf situationsorientierte curriculare Einheiten (CE). In Form einer Kompetenzmatrix lassen sich innerhalb der einzelnen CE's verortete Kompetenzen übersichtlich darstellen. So tangieren die benannten für Gesundheitskompetenzentwicklung relevanten Kompetenzen die meisten der CE's (siehe Anhang S.39), wobei insbesondere *CE 04 - Gesundheit fördern und präventiv handeln* explizit im Wortlaut auch Gesundheitskompetenz, sowie strukturelle und politische Initiativen – z. B. den *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz*, aufgreift. Diese CE intendiert einen allumfassenden Blick auf Gesundheitsförderung auf allen Ebenen (Makro-, Meso-, Mikroebene) unter Berücksichtigung verschiedener Akteure und Settings. Das „[...] persönliche gesundheitsbezogene und präventive Handeln bzw. die Gesundheitskompetenz der Auszubildenden [...]“ wird als relevant und inhaltlich bedeutsam herausgestellt, da „[...] Pflegende zu den gesundheitlich besonders gefährdeten Berufsgruppen [...]“ gehören (Fachkommission nach § 53 PflBG, 2020). Im Besonderen soll ebenfalls „[...] die berufliche Situation der Auszubildenden selbst bzw. der Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner [...]“ Betrachtung finden. Es zeigt sich, dass Gesundheitsförderung in den Rahmenlehrplänen als zentrales Element aller pflegerischen Handlungsfelder deutlich dargestellt wird. Da es demnach thematisch zu Überschneidungen innerhalb der verschiedenen CE's kommen kann, sind „[...] Pflegeschulen (...) aufgefordert, didaktisch begründete Entscheidungen zu treffen, wie sie inhaltliche Zuschnitte gestalten wollen bzw. welche Kompetenzen sie durch das mehrfache Aufgreifen von Inhalten akzentuieren wollen [...]“ (Fachkommission nach § 53 PflBG, 2020, S. 27). Die Fachkommission verdeutlicht in ihren Ausführungen so die Relevanz von Gesundheitskompetenz Pflegenden in ihren beiden Teilaspekten. Es stellt sich die Frage, wie professionelle als auch individuelle Gesundheitskompetenz im Kontext des berufsschulischen Unterrichts entwickelt werden kann. Hierzu erfolgt im nächsten Abschnitt eine konzeptionelle Herleitung.

Kompetenzentwicklung in der Pflege

Berufliche Bildungsprozesse zielen stets auf die Entwicklung spezifischer Kompetenzen bei den Auszubildenden ab. Um solch Bildungsprozesse initiieren zu können, ist es notwendig, zuvor klare Lernziele zu formulieren (Hamar, 2023b). Hierzu werden im berufspädagogischen Kontext Kompetenzentwicklungsmodelle herangezogen, die „[...] Auskunft über den Ausprägungsgrad einer Kompetenz (Niveaustufen) [...]“ geben können (Hamar, 2023b). Sie bilden Kompetenzentwicklung im Sinne eines Verlaufs des Erwerbsprozesses stufig ab. Im deutschsprachigen Raum wird das Pflegespezifische

Kompetenzentwicklungsmodell nach Olbrich (siehe Anhang, S.38) in der Aus-, Fort- und Weiterbildung Pflegender oftmals angeführt (Hamar, 2023b). Auch das Stufenmodell der GK Nutbeams entspricht einem Kompetenzentwicklungsmodell, da es von einer stufig stattfindenden Entwicklung von Gesundheitskompetenz über drei Ebenen ausgeht. Beiden ist gemein, dass die Basis der Kompetenzentwicklung stets deklaratives Wissen und basale Fähigkeiten bilden. Im Entwicklungsverlauf steigern sich die Dimensionen bei Olbrich über situativ-beurteilendes Handeln, reflektierendes Handeln bis zu aktiv-ethischen Handeln, wohin gegen Nutbeam ausgehend von funktionalen über interaktive bis zu kritischen Fähigkeiten und Fertigkeiten zur höchsten Niveaustufe (der GK) gelangt.

Diese Art der Kompetenzentwicklungsmodelle gibt so Aufschluss über den horizontalen Verlauf der Entwicklung eben jener und weist so auf die zu entwickelnden Lernziele hin. Ausgehend von diesen Erkenntnissen sollte im Sinne der Entwicklung von Gesundheitskompetenz an dieser Stelle noch einmal auf Nutbeam's Stufenmodell der GK verwiesen werden, womit die Entwicklung kritischer Gesundheitskompetenz das Lernziel (Fernziel) bis zum Ende der Ausbildung darstellen sollte, was in Olbrichs pflegespezifischem Kompetenzentwicklungsmodell den Stufen 3 bis 4 entspricht.

Zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz in ihren beiden Teilaspekten erscheint es an dieser Stelle nun sinnvoll, nach der inneren Struktur eben jener zu fragen. Zu diesem Zweck muss die Kompetenzstruktur im beruflichen Bildungsprozess als solche untersucht werden. Hierzu eignen sich Kompetenzstrukturmodelle, die die Kompetenz in Teilkompetenzen und Dimensionen aufgliedern (Haasler & Rauner, 2010).

Kompetenzstruktur in der beruflichen Bildung – das Kompetenzstrukturmodell der beruflichen Handlungskompetenz der KMK

Das Kompetenzstrukturmodell der KMK stellt das bekannteste Kompetenzstrukturmodell im deutschsprachigen Raum dar. Es liegt auch der Konzeption der generalistischen Pflegeausbildung in der Formulierung der Einzelkompetenzen zu Grunde (Fachkommission nach § 53 PflBG, 2020).

Der KMK zu Folge gilt Kompetenzentwicklung per se als zentrales Bildungsziel in der beruflichen Ausbildung und stellt so den Bildungsauftrag der beruflichen Schulen dar. Hierzu gehören insbesondere „[...] die Förderung berufsbezogener und berufsübergreifender Handlungskompetenzen [...]“ (KMK, 2021). Hierbei wird Handlungskompetenz als „[...] Bereitschaft und Befähigung des Einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten [...]“ (KMK,2021).

Sie entfaltet sich in den Dimensionen der Fachkompetenz, Selbstkompetenz und Sozialkompetenz, sogenannte Basiskompetenzen (KMK, 2021). Fachkompetenz umfasst die „[...] Bereitschaft und Fähigkeit,

auf Grundlage von Wissen und Können, Aufgaben bzw. Probleme zielorientiert, sachgerecht, methodengeleitet und selbstständig lösen zu können [...]“ (KMK, 2021).



Abbildung 7 Kompetenzstrukturmodell der beruflichen Handlungskompetenz (KMK, 2021)

Selbstkompetenz hingegen zielt auf die „[...] Bereitschaft und Fähigkeit, als individuelle Persönlichkeit die Entwicklungschancen, Anforderungen und Einschränkungen in Familie, Beruf und öffentlichem Leben zu klären, zu durchdenken und zu beurteilen, eigene Begabungen zu entfalten sowie Lebenspläne zu fassen und fortzuentwickeln. Sie umfasst Eigenschaften wie Selbstständigkeit, Kritikfähigkeit, Selbstvertrauen, Zuverlässigkeit, Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein [...]“ (KMK, 2021). Unter Sozialkompetenz fasst die KMK die „[...] Bereitschaft und Fähigkeit, soziale Beziehungen zu leben und zu gestalten, Zuwendungen und Spannungen zu erfassen und zu verstehen sowie sich mit anderen rational und verantwortungsbewusst auseinanderzusetzen und zu verständigen. Hierzu gehört insbesondere auch die Entwicklung sozialer Verantwortung und Solidarität [...]“ (KMK, 2021). Allen Dimensionen sind Methoden-, Kommunikations- und Lernkompetenz inbegriffen. Sie werden als instrumentelle Kompetenzen verstanden (KMK, 2021). Hierbei meint Methodenkompetenz die „[...] Bereitschaft und Fähigkeit zu zielgerichtetem, planmäßigem Vorgehen bei der Bearbeitung von Aufgaben und Problemen [...]“ (KMK, 2021). Unter kommunikativer Kompetenz wird die „[...] Bereitschaft und Fähigkeit, kommunikative Situationen zu verstehen und zu gestalten [...]“ zusammengefasst (KMK, 2021). Dies impliziert, eigene Absichten und Bedürfnisse sowie anderer wahrnehmen, verstehen und darstellen zu können. Wohingegen Lernkompetenz die „[...] Bereitschaft und Fähigkeit, Informationen über Sachverhalte und Zusammenhänge selbstständig und gemeinsam mit anderen zu verstehen, auszuwerten und in gedankliche Strukturen einzuordnen [...]“ beschreibt (KMK, 2021). Zur ihr gehört insbesondere auch die „[...] Fähigkeit und Bereitschaft, im Beruf und über den Berufsbereich hinaus Lerntechniken und Lernstrategien zu entwickeln und diese für lebenslanges Lernen zu nutzen [...]“ (KMK, 2021).

Lernende erwerben dem Verständnis nach Basiskompetenzen, indem sie instrumentelle Kompetenzen anwenden. Durch Kombination je einer Basiskompetenz mit einer instrumentellen lassen sich so innerhalb der jeweiligen Ebene konkrete Lernziele ausformulieren (Hamar, 2023b). In nächster Instanz ist nun zu

prüfen, inwieweit sich das Strukturmodell der beruflichen Handlungskompetenz der KMK mit der Struktur der Gesundheitskompetenz nach dem Modell Lenartz' in Beziehung bringen lässt, um für den komplexen Lerngegenstand pflegerischer Gesundheitskompetenz Lernziele ableitbar zu machen.

Strukturelle Darstellung pflegerischer Gesundheitskompetenz

Es lässt sich nachweisen, dass die Ordnungsmittel der generalistischen Pflegeausbildung durchgehend die Entwicklung von Gesundheitskompetenz im Kontext professioneller Pflege fordern. Sie berücksichtigen dabei beide Teilaspekte pflegerischer Gesundheitskompetenz (individuelle und professionelle). Demzufolge unterscheidet sie sich maßgeblich in ihrer inneren Struktur von der Struktur allgemeiner Gesundheitskompetenz durch die Erweiterung des Begriffes auf die Fähigkeiten und Fertigkeiten, die es Pflegenden ermöglichen, gesundheitsrelevante Informationen weiterzugeben und am Gegenüber Gesundheitskompetenz als solche zu entwickeln. Die inhaltliche Struktur der Gesundheitskompetenz Pflegender stellt sich demnach anders dar als in dem Modell nach Lenartz. Auch das zuvor angeführte Modell der beruflichen Handlungskompetenz kann als solches nicht alleinig ausreichend erklären, welche strukturellen Merkmale im Umfeld beruflicher Bildungsprozesse zur Entwicklung individueller als auch professioneller Gesundheitskompetenz Pflegender Berücksichtigung finden müssen. Da beide Modelle jedoch für sich alleinstehend gut nachvollziehbar die einzelnen Aspekte der Kompetenzstruktur wiedergeben, soll nun im Folgenden exemplarisch das Zusammenführen beider Modelle in eine strukturelle Darstellung pflegerischer Gesundheitskompetenz erfolgen, um hieraus die Formulierung konkreter Lernziele und so Einzelkompetenzen innerhalb spezifischer Handlungssituationen für die curriculare Einbindung ableiten zu können.

Im ersten Schritt erfolgte hierzu die Untersuchung beider Modelle hinsichtlich ihrer Gemeinsamkeiten. Dabei wurde das Modell der beruflichen Handlungskompetenz (blaue Elemente siehe Abb.8) als Rahmen gesetzt und inhaltliche Überschneidungen des Strukturmodells der Gesundheitskompetenz (gelbe Elemente, siehe Abb.8) verortet. Die Farbliche Kennzeichnung dient dabei der Erleichterung der Lesbarkeit des neu entstandenen Modells. Im Verortungsprozess ergab es sich, dass „Basisfertigkeiten“ den „Fachkompetenzen“ entsprachen, sodass diese folglich der Logik des Strukturmodells der GK nach Lenartz et al. in erster Reihe (bzw. als erste Stufe) angeführt wurden. Hiernach folgte eine Einordnung der weiterentwickelten Fähigkeiten aus dem Strukturmodell der GK nach Lenartz et al. innerhalb der Kompetenzdimensionen des Kompetenzstrukturmodells der KMK unter Berücksichtigung der durch Lenartz et al. intendierten Bedeutung der Einzelitems. Hierbei sind Selbstwahrnehmung, Verantwortungsübernahme sowie Selbstkontrolle und Selbstregulation eindeutig der Dimension der Selbstkompetenz im Modell der beruflichen Handlungskompetenz der KMK auf den Ebenen der Lernkompetenz und Methodenkompetenz einzuordnen. Die Darstellung wurde im Anschluss um den Aspekt des Outcomes erweitert, was der Kompetenzdefinition der KMK beruflicher Handlungskompetenz entspricht. Da sich diese im Modell nach Lenartz et al. jedoch nur auf die Perspektive des Einzelnen bezieht,

d.h. Gesundheitsverhalten und Gesundheit, wurde sie um den Aspekt professioneller Gesundheitskompetenz (rotes Kästchen, siehe Abb. 8) ergänzt.

Darüber hinaus wurde die Darstellung in der Dimension der Basisfähigkeiten auf Ebene der kommunikativen Kompetenz um „kommunikative Grundfertigkeiten“ erweitert, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass im Sinne professioneller Gesundheitskompetenz Beraten, Informieren und Anleiten als erweiterte (im Rahmen der Ausbildung zu entwickelnde) Fähigkeiten darzustellen sind (siehe Teil II der Arbeit, Gesundheitskompetenz als Aufgabe Pflegender). Das Item „Kommunikation und Kooperation“ aus dem Strukturmodell der GK nach Lenartz et al. wurde auf Ebene der kommunikativen Kompetenz in den beiden Dimensionen „Selbstkompetenz“ und „Sozialkompetenz“ eingeordnet, da das Item mit den Bedeutungen beider Dimensionen korreliert.

Des Weiteren wurden die Einzelitems des Strukturmodells, wie im ursprünglichen Modell, durch Pfeile in Beziehung gesetzt. Zusätzlich wurde zudem der Bezug im Kontext von Beratung, Information und Anleitung im Sinne der Gesundheitskompetenz Pflegender vom „Umgang mit Gesundheitsinformationen“ zurück zu „Kommunikation und Beratung“ verdeutlicht (roter Pfeil, siehe Abb. 8), da Pflegende Gesundheitsinformationen nicht nur individuell für ihr Outcome verarbeiten, sondern auch kommunikativ weitergeben bzw. durch Kommunikation die Kompetenz zum Umgang mit Gesundheitsinformationen weitervermitteln.

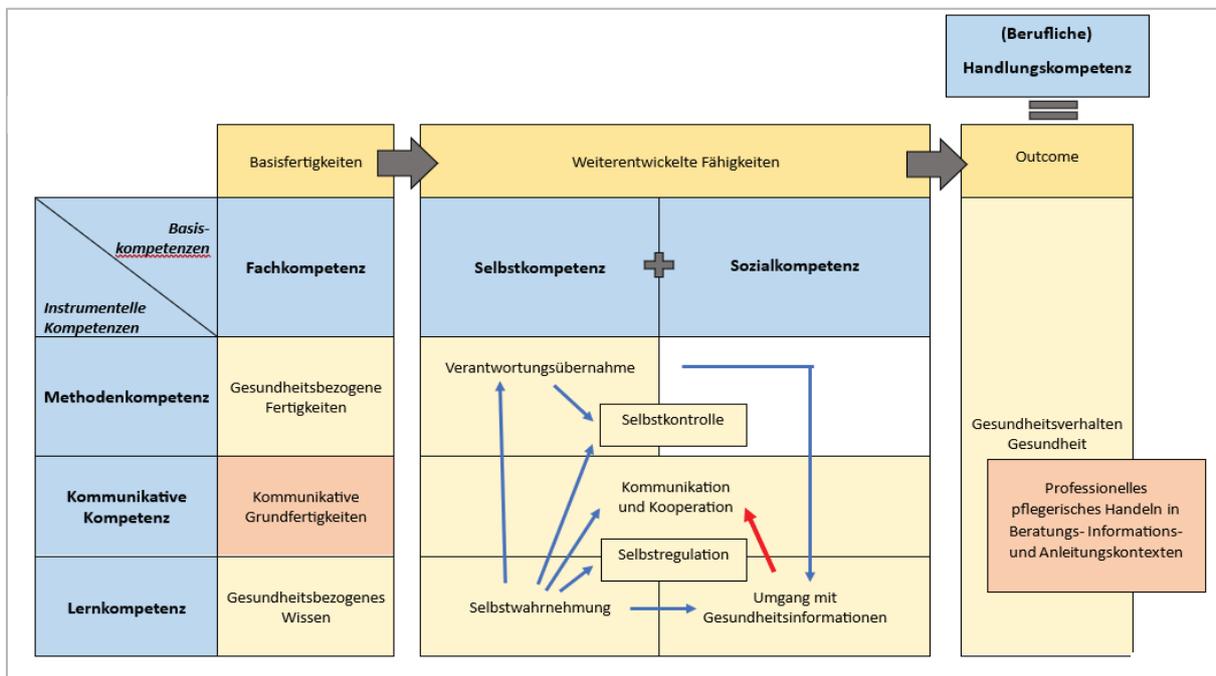


Abbildung 8 Strukturelle Darstellung pflegerischer Gesundheitskompetenz, eigene Darstellung

Das zusammengeführte Modell verweist so auf alle zu bedenkenden Komponenten innerhalb der Entwicklung von Lernzielen zu einem Themenkomplex. Darüber hinaus wird die spezifische Anforderung an das Selbst der Person sehr deutlich, da in der Dimension der Selbstkompetenz Selbstwahrnehmung, Verantwortungsübernahme sowie Selbstkontrolle und Selbstregulation auf innere Prozesse verweisen. Dies

betont den motivationalen Anteil, der in der didaktischen Planung ebenso Berücksichtigung finden muss. Eine exemplarische Anwendung des zusammengeführten Modells zur Formulierung von Lernzielen zum Themenkomplex „individuelles Gesundheitsverhalten“, verortet in der CE04 im 1./2. AD, ist im Anhang, S. 46 einzusehen. Nickl & Rathmann (2020) plädieren in ihrem Beitrag ebenfalls für eine fundierte Inhaltsbestimmung zu den Facetten der Gesundheitskompetenz für Angehörige der Gesundheitsfachberufe, speziell hier der Pflege und Physiotherapie und machen hierzu konkrete Vorschläge für die Integration verschiedener Komponenten von Gesundheitskompetenz im beruflichen Kontext (siehe Anhang, S.47). Weitere Verweise zu inhaltlichen Schwerpunkten aus professioneller Perspektive pflegerischer Gesundheitskompetenz bieten Welp & Lippke (Welp & Lippke, 2020). Sie forcieren die Entwicklung eines Bildungsprogrammes für Gesundheitskompetenz, das IMPACCT-Projekt (IMproving PATient Centered Communication Competences), für den deutschsprachigen Raum (Welp & Lippke, 2020. „[...] Ziel des Projektes ist es, dem gesteigerten Bedarf an Gesundheitskompetenz-Inhalten in Studium und Ausbildung von Gesundheitsberufen durch Bereitstellung von Lernmaterialien zu decken [...]“ (Welp & Lippke, 2020). Das Projekt bietet hierzu verschiedene online abrufbare Lerneinheiten, die ihrerseits in eine theoretische Einführung, Workshopangebote und eine Orientierungshilfe für Lehrende strukturiert sind und zusätzliche unterstützende Materialien wie Arbeitsblätter und Studien bieten. Der ihnen zugrunde gelegte didaktische Rahmen (siehe Anhang, S.47) soll an dieser Stelle abschließend als Vorschlag zur inhaltlichen Akzentuierung für die Umsetzung gezielter Lernzielformulierung mit Hilfe der entwickelten strukturierten Darstellung pflegerischer Gesundheitskompetenz angeführt werden.

Limitationen

Die aufgeführte strukturelle Darstellung pflegerischer Gesundheitskompetenz basiert auf theoretischer Herleitung. Die Arbeit begründet Gesundheitskompetenz als wichtigen Lerngegenstand innerhalb der generalistischen Ausbildung und zeigt durch Zusammenführen eines validierten Modells individueller Gesundheitskompetenz, dem Strukturmodell der Gesundheitskompetenz nach Lenartz et al., mit einem Kompetenzstrukturmodell beruflicher Handlungskompetenz, hier der KMK, die innere Struktur pflegerischer Gesundheitskompetenz in ihren beiden Dimensionen im Kontext beruflicher Bildung. Die Validierung des Modells muss jedoch an anderer Stelle fortgeführt werden. Die entwickelte Darstellung entspricht so der hypothetischen Annahme, dass individuelle Komponenten der Gesundheitskompetenz der beruflichen Komponente immanent sind. Da das Modell der KMK den beruflichen Kontext adressiert, lässt sich das zusammengeführte Modell nur auf eben diesen übertragen und kann demzufolge auch nur der Lernzielformulierung innerhalb der Aus-, Fort- und Weiterbildung dienen. Durch die vorgenommenen Erweiterungen (rote Elemente, siehe Abb.8) ist die Anwendung ausschließlich für Bildungsbestrebungen in der professionellen Pflege angedacht bzw. nicht ohne kritische Reflexion auf andere beratende Berufsgruppen zu übertragen. Es muss zudem betont werden, dass auf Grund des Vorgehens und unter Einbezug von Publikationen, die sich explizit auf den deutschsprachigen Raum und die in Deutschland etablierte generalistische Pflegeausbildung beziehen, eine Übertragung der Erkenntnisse in andere

Pflegebildungssysteme nicht ohne Weiteres stattfinden kann. Die Arbeit hat ihren Geltungsbereich demnach ausschließlich für die Pflegeausbildung in Deutschland.

Diskussion

Die Arbeit zeigt auf, wie heterogen sich die begrifflichen Konstrukte wie auch die modellhaften Vorstellungen von Gesundheitskompetenz darstellen. Gesundheitskompetenz gilt per se als gesamtgesellschaftlich relevant und wird in verschiedensten Kontexten aufgegriffen. Die Intentionen als auch die Adressaten einzelner Akteure sind hierbei sehr unterschiedlich. Gesundheitskompetenz kann insgesamt als elementare Voraussetzung für selbstständige Förderung und Erhaltung eigener Gesundheit verstanden werden. Sie ermöglicht Entscheidungs- und Handlungsspielräume in Bezug auf die Ausgestaltung persönlicher Gesundheit (Lenartz et al., 2014). Dabei stellt sie einen der wichtigsten Prädiktoren für den Gesundheitszustand einer Person dar (Kickbusch et al., 2013; Weiland & Büscher, 2022). Der Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen ist allgegenwärtig und im Zuge des digitalen Wandels vor dem Hintergrund demografischer Strukturen eine große Herausforderung, da es einen zunehmend wichtigeren Aspekt der individuellen Lebensbewältigung ausmacht (Schaeffer et al., 2019). Gesundheitsprofessionen gelten dabei als bedeutsame Multiplikatoren (SVR 2018). So kommt der Gesundheitskompetenz professionell Pflegenden als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen große Bedeutung zu, da sie in verschiedensten Settings mit unterschiedlichen Zielgruppen in Kontakt treten (Kolpatzik et al., 2018; Schaeffer & Gille, 2020; Schaeffer et al., 2018; Thilo et al., 2012). Gesundheitskompetenzförderung der Bevölkerung als Aufgabe professionell Pflegenden ist so eine nachvollziehbare Intention, jedoch fehlt es an theoretischen Grundlagen sowie einer Konsensfindung. Gesundheitskompetenz für professionell Pflegenden ist als solche weder definiert noch ausreichend erforscht. Sie stellt sich im Verlauf der Arbeit demnach als häufig gefordert, jedoch wenig untersucht dar. Die wenigen Erhebungen wiederum verweisen deutlich auf Defizite in der Gesundheitskompetenz Pflegenden als solche (Janson & Rathmann, 2021; Messer & Murau, 2022; Simon et al., 2021; Weiland & Büscher, 2022). Dabei findet die Betrachtung individueller oder professioneller Gesundheitskompetenz stets separat statt. Die Gesundheitskompetenz Auszubildender in der Pflege kann als Forschungslücke aufgedeckt werden. Dabei könnte sie Aufschluss über Ansatzpunkte didaktischer Planung für die umfassende curriculare Einbindung beider Teilaspekte der pflegerischen Gesundheitskompetenz geben. Abgeleitet anhand der wenigen Erhebungen zum Gesundheitszustand und -verhalten der Auszubildenden lässt sich jedoch deutlicher Bedarf vermuten. Es ist ratsam, solche Untersuchungen im größeren Rahmen erneut durchzuführen und so eine Aktualität der Ergebnisse zu gewährleisten. Die Ordnungsmittel der generalistischen Pflegeausbildung verweisen vielerorts auf Aspekte der pflegerischen Gesundheitskompetenzentwicklung. Die vorgenommene didaktische Rekonstruktion legitimiert Gesundheitskompetenz als Inhalt theoretischen Unterrichts. Ein lebensweltlicher Bezug ist hierbei sinnvoll und motivationsfördernd, ebenso wie die Einbindung umgebender Faktoren im Sinne des Health Literacy

Modells nach Sørensen et al. (Oelke & Meyer, 2021; Sørensen et al., 2012). Dieses verdeutlicht die Wichtigkeit der Verhältnisprävention. Gesundheit liegt demnach nicht einzig in der persönlichen Verantwortung. Dies wiederum verweist in Bezug auf die individuelle Gesundheitskompetenz der Pflegenden auf Gesundheitsförderung an Orten der Ausbildung sowie der beruflichen Praxis. Darüber hinaus muss betont werden, dass die Förderung individueller Gesundheitskompetenz professionell Pflegender selbstredend wichtig für den Einzelnen erscheint, jedoch nicht die Lösung der schwierigen Lage des Berufsstandes sein kann.

Die hier vorliegende Arbeit weist also die Notwendigkeit der Einbindung umfassender professioneller Gesundheitskompetenz zur Curriculumsentwicklung nach und zeigt die innere Struktur dieser im hypothetischen Rahmen auf. Es bedarf jedoch einer tatsächlichen Erfassung der Gesundheitskompetenz Pflegender in ihren Teilkomponenten, um Handlungsschritte ableiten zu können. Hierbei gilt es, Bedarfe aufzudecken und zu ermitteln, was professionell Pflegende brauchen, um sich umfassend gesundheitskompetent verhalten sowie Gesundheitskompetenz in den verschiedenen Settings und Zielgruppen fördern zu können. Auf internationaler Ebene haben Karuranga et al. (2017) bereits eine umfassende Untersuchung hierzu vorgenommen und insgesamt 56 Teilkomponenten der Gesundheitskompetenz Pflegender ermitteln können. Jedoch wird betont, dass diese nicht ohne weiteres auf die deutsche Pflegelandschaft übertragbar sind (Karuranga et al., 2017). Für die berufsschulische Ausbildung kann es im Sinne der didaktischen Rekonstruktion für die Planung bedeutsam sein, die Perspektive der Lernenden auf das Konstrukt der Gesundheitskompetenz zu erfassen (Kattmann et al., 1997). In der konkreten Ausgestaltung sollten insbesondere kommunikative Aspekte der professionellen Gesundheitskompetenz besondere Berücksichtigung finden (u.a. Kolpatzik et al., 2018; von Reibnitz & Sonntag, 2021; Welp & Lippke, 2020).

Es ist darüber hinaus notwendig, Gesundheitskompetenz aus pflegerischer Sicht und unter Berücksichtigung beider relevanter Teilaspekte zu definieren, damit hieran eine Ausrichtung pflegerischen Handelns möglich wird.

Fazit & Ausblick

Die vorliegende Arbeit prüft Gesundheitskompetenz aus Perspektive Pflegender zur inhaltlichen Einbindung im Rahmen der Curricula der generalistischen Pflegeausbildung. In einem dreischrittigen Vorgehen in Anlehnung an das Modell der didaktischen Rekonstruktion nach Kattman et al (1997) wurde der Lerngegenstand umfassend fachlich geklärt, die Perspektive der Lernenden erfasst und pflegerische Gesundheitskompetenz in ihren Teilaspekten didaktisch strukturiert.

Hierbei zeigte sich ein heterogenes Bild hinsichtlich der Bedeutung von Gesundheitskompetenz im Allgemeinen als auch speziell aus Sicht der Pflege. Unzureichende Gesundheitskompetenz wirkt sich negativ auf Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand der Person aus. Dieser allgemeingültige

Zusammenhang lässt sich spezifisch für professionell Pflegende und ihre individuelle Gesundheitskompetenz ebenso nachweisen. Die Arbeit zeigt auf, dass Pflegende einer Vielzahl beruflicher Belastungen und Beanspruchungen ausgesetzt sind, die sich nicht nur negativ auf ihre berufliche Zufriedenheit, sondern nachweislich auch auf den Gesundheitszustand auswirken. Auf Ebene der persönlichen Einflussnahme auf die Gesundheit stellt die individuelle Gesundheitskompetenz für Pflegende eine bedeutsame Ressource dar. Da berufliche Belastungen physischer als auch psychischer Art bereits in der Ausbildung auf die angehenden Pflegepersonen einwirken und sogar nachweislich bereits während der Ausbildungszeit negative Folgen verursachen, ist die Einbindung des komplexen Lerngegenstandes in die Curricula der beruflichen Bildungsträger unabdingbar. Es zeigt sich zudem, dass Gesundheitskompetenz in ihren beiden Teilaspekten in den Ordnungsmitteln der generalistischen Ausbildung verankert ist. In der weiterführenden Forschung sollte insbesondere die Gesundheitskompetenz der Zielgruppe untersucht und hieraus explizit Bedarfe abgeleitet werden. Darüber hinaus kann eine Untersuchung bestehender Curricula auf Einbindung von Inhalten zur Gesundheitskompetenz Pfleger und ggf. konkreten Vorschlägen zur weiteren Verortung gewinnbringend sein. Die hergeleitete strukturelle Darstellung der pflegerischen Gesundheitskompetenz kann als hilfreicher Rahmen zur gezielten Lernzielformulierung dienen, da es alle Teilkomponenten bedenkt und berufliche Handlungskompetenz als solche intendiert. Durch die Erweiterung der modellhaften Darstellung um professionelle pflegespezifische Anforderungen an die Gesundheitskompetenz Pfleger, allem voran kommunikativer Fähigkeiten (siehe Abb.8, S.26, rote Elemente), wurde die individuelle Gesundheitskompetenz um den professionellen Aspekt im Pflegekontext erweitert.

Jedoch muss bedacht werden, dass weitere Determinanten und Prozesse Gesundheitskompetenz der Person stetig beeinflussen und so auch das gesundheitliche Outcome. Verhältnisprävention spielt eine mindestens ebenso wichtige Rolle bei der langfristigen Gesunderhaltung sowie Sicherung des Wohlbefindens beruflich Pfleger. Hier kann ausgeprägte Gesundheitskompetenz Pfleger ebenso wirksam werden. Denn gesundheitskompetente Organisationen, wie bspw. Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen werden partizipativ durch die Mitarbeitenden weiterentwickelt. Die Förderung und Entwicklung der Gesundheitskompetenz Pfleger bereits in der Ausbildung zeigt sich insgesamt als höchst relevant: einerseits zum kompetenten Umgang mit der eigenen Gesundheit, andererseits um professionell und zukunftsorientiert mit Herausforderungen im pflegerischen Handeln begegnen zu können. „ [...] Health professionals should be aware of and have insight in people’s health literacy when they provide health services. Therefore, health professionals need to be health literate themselves [...] “(Sørensen & Wångdahl, 2019, p. 20). Damit Pflegende in Deutschland diesen Anforderungen entsprechen können, muss Gesundheitskompetenz als auch die Rahmenbedingungen zur Förderung dieser auf allen Ebenen bedacht und weiterentwickelt werden. So kann es schlussendlich gelingen, dass gesundheitskompetente Pfleger zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Deutschland einen bedeutsamen Teil beitragen können.

Literaturverzeichnis

- Abel, T., & Sommerhalder, K. (2015). Gesundheitskompetenz/Health Literacy. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58(9), 923-929. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2198-2>
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L., & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *Bmj*, 344, e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud*, 50(2), 143-153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009>
- Badura, B., Schellschmidt, H., & Vetter, C. (2005). Fehlzeiten-Report 2004, Kapitel: Arbeitsbelastung und beanspruchung bei Pflegepersonal in Europa – Ergebnisse der Next-Studie. In: Springer, Berlin Heidelberg.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*, 155(2), 97-107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- BGW, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. (2018). *Befragung junger Angestellte in Krankenhäusern – vorläufige Ergebnisse des Forschungsprojektes* <https://www.bgw-online.de/resource/blob/22014/0dad225b9a2afb14e3d9da5470011fe9/bgw08-00-043-forschungsprojekt-junge-angestellte-krhs-data.pdf>
- BGW, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. (2022). *Pandemie trifft auf Fachkräftemangel: Überlastung verstärkt Ausstiegstendenz. Auswirkungen der Coronapandemie auf die Berufsgesundheit in der Pflege*. <https://www.bgw-online.de/resource/blob/76372/5f0e34eedd7df5cbf25355ca422f61db/bgw55-83-114-bericht-corona-pflegebranche-data.pdf>
- Bitzer, E. M., & Sørensen, K. (2018). Gesundheitskompetenz – Health Literacy [Correction: Health Literacy]. *Gesundheitswesen*, 80(08/09), 754-764.
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit. (2017). Gemeinsame Erklärung des Bundesministeriums für Gesundheit, der Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen und des Vorsitzlandes der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zur Bildung einer Allianz für Gesundheitskompetenz (19.06.2017). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitskompetenz/allianz-fuer-gesundheitskompetenz.html>
- Bomball, J., Schwanke, A., Stöver, M., & Görres, S. (2010). Gesunde Pflege beginnt in der Pflegeausbildung [Healthy nursing care begins with nursing training]. *Die Schwester Der Pfleger*, 49, 1048-1054.
- Bonse-Rohmann, M., Bühler, A., Meißner, P., Rustler, C., & Schulze, K. (2022). Gesundheitsförderung und Prävention: Tabakkonsum: Drei empirische Beiträge für die berufliche und akademische Bildung. *Handbuch Pflegebildung: Theorie-Empirie-Praxis*, 206.
- Bühler, A., Schulze, K., Rustler, C., Scheifhacken, S., Schweizer, I., & Bonse-Rohmann, M. (2017). Tobacco prevention and reduction with nursing students: A non-randomized controlled feasibility study. *Nurse education today*, 48, 48-54.
- Bühler, S. (2016). *Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015*. ver.di. <https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/service/publikationen/++co++073c31d6-d358-11e6-8724-52540066e5a9>
- Cornett, S. J. (2009). Assessing and Addressing Health Literacy. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*.

<https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol142009/No3Sept09/Assessing-Health-Literacy-.html>

- DeStatis, Statistisches Bundesamt. (2022). *Gesundheitspersonal (Vollzeitäquivalente) in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Beruf*. https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set_hierlevel?p_uid=gast&p_aid=4569299&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=62&p_ansnr=49000715&p_version=3&p_dim=D.489&p_dw=44461&p_direction=rollup
- Ehegartner, V., Kirschneck, M., Frisch, D., Schuh, A., & Kus, S. (2020). Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften in Deutschland – welchen Präventionsbedarf hat das Pflegepersonal: Ergebnisse einer Expertenbefragung [Work Ability and Health Promotion Offers needed by Healthcare Personnel in Germany: Results of an Expert Survey]. *Gesundheitswesen*, 82(05), 422-430. <https://doi.org/10.1055/a-0905-3007>
- Ewers, M., Schaeffer, D., & Meleis, A. (2017). "Teach more, do less" - Förderung von Health Literacy als Aufgabe der Pflege. In D. Schaeffer & J. Pelikan (Eds.), *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven* (pp. 237-257). hogrefe.
- Fachkommission nach § 53 PflBG. (2020). Rahmenpläne der Fach-kommission nach § 53 PflBG. Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht. Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung (2. überarb. Auflage). <https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/show/16560>
- Golombek, J., & Fleßa, S. (2011). Einflussfaktoren auf die Verweildauer im Beruf und die Standortwahl des Arbeitsplatzes bei Gesundheits- und Krankenpflegern. *HeilberufeSCIENCE*, 2, 3-10.
- Haasler, B., & Rauner, F. (2010). Messen beruflicher Kompetenz: Konzept einer Large-Scale-Untersuchung und erste empirische Ergebnisse. *Münk, Dieter/Schelten, Andreas (Hg.): Kompetenzermittlung für die Berufsbildung. Verfahren, Probleme und Perspektiven im nationalen, europäischen und internationalen Raum. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag, 77-99.*
- Hamar, C. (2023a). Kompetenzorientierung in der generalistischen Pflegeausbildung. *PADUA*, 18(2), 79-83. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000725>
- Hamar, C. (2023b). Kompetenzstrukturmodelle und Kompetenzentwicklungsmodelle. *PADUA*, 18(2), 67-75. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000723>
- Hasselhorn, H.-M. (2005). *Berufsausstieg bei Pflegepersonal: Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Wirtschaftsverl. NW, Verlag für Neue Wiss.
- Höhmann, U., Lautenschläger, M., & Schwarz, L. (2016). Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In *Pflege-Report 2016: Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus*. Schattauer Verlag.
- Höppner, H., & Zoege, M. (2019). Entwicklung der Gesundheitsfachberufe in Deutschland und ihr Beitrag zu einer bedarfsorientierten Gestaltung des Gesundheitssystems. In (pp. 791-801). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2_71
- Hurrelmann, K., Klinger, J., & Schaeffer, D. (2020). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020. <https://doi.org/https://doi.org/10.4119/unibi/2950303>
- Isfort, M. (2018). *Pflege-Thermometer 2018*. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP). https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte_DIPInstitut/Pflege_Thermometer_2018.pdf
- Janson, P., & Rathmann, K. (2021). Berufliche Belastungen, psychische Beanspruchung und Gesundheitskompetenz bei Pflegekräften in der ambulanten Altenpflege: Eine quantitative Online-Befragung in ausgewählten bayerischen Großstädten. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 16(4), 344-353. <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00826-5>

- Janson, P., & Rathmann, K. (2023). Gesundheitskompetenz bei Pflegekräften in der ambulanten Altenpflege. In K. Rathmann, K. Dadaczynski, O. Okan, & M. Messer (Eds.), *Gesundheitskompetenz* (pp. 1-10). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_129-1
- Jordan, S., & Hoebel, J. (2015). Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. In (Vol. 58): Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung.
- Jordan, S., & Töppich, J. (2015). Die Förderung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) – Eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58(9), 921-922. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2233-3>
- Karuranga, S., Sørensen, K., Coleman, C., & Mahmud, A. J. (2017). Health Literacy Competencies for European Health Care Personnel. *Health Lit Res Pract*, 1(4), e247-e256. <https://doi.org/10.3928/24748307-20171005-01>
- Kattmann, U., Duit, R., Gropengiesser, H., & Komorek, M. (1997). Das Modell der Didaktischen Rekonstruktion – Ein Rahmen für naturwissenschaftsdidaktische Forschung und Entwicklung. 3, 3–18.
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy: the solid facts*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326432>
- Kliner, K., Rennert, D., & Richter, M. (2017). *Gesundheit und Arbeit-Blickpunkt Gesundheitswesen: BKK Gesundheitsatlas 2017*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- KMK, Kultusministerkonferenz. (2021). Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2021/2021_06_17-GEP-Handreichung.pdf
- Kolpatzik, K., Schaeffer, D., & Vogt, D. (2018). Förderung der Gesundheitskompetenz-eine Aufgabe der Pflege. *GGW*, 18(2).
- Lenartz, N. (2012). *Gesundheitskompetenz und Selbstregulation* (Vol. 6). V&R unipress, University Press. <https://swbplus.bsz-bw.de/bsz375502874inh.htm>
- Lenartz, N., Soellner, R., & Rudinger, G. (2016). Health Literacy. In (pp. 1-19). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-06477-8_15-1
- Lenartz, N., Soellner, R., & Rudinger, G. G. (2014). Modellbildung und empirische Modellprüfung einer Schlüsselqualifikation für gesundes Leben. *DIE-Zeitschrift für Erwachsenenbildung*, 2, 29-32.
- Lindeman, K., Kugler, J., & Klewer, J. (2011). Ernährungsgewohnheiten, BMI und Diätversuche von Auszubildenden in Gesundheitsfachberufen. *HeilberufeSCIENCE*, 2(2), 67-70.
- Malloy-Weir, L. J., Charles, C., Gafni, A., & Entwistle, V. (2016). A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives. *J Public Health Policy*, 37(3), 334-352. <https://doi.org/10.1057/jphp.2016.18>
- Messer, M., Dadaczynski, K., & Okan, O. (2022). Gesundheitskompetenz in Deutschland - ein Überblick. *Public Health Forum*, (30(2)), 61-64.
- Messer, M., & Murau, T. (2022). Förderung organisationaler Gesundheitskompetenz aus Sicht von Pflegefachpersonen. Ergebnisse einer qualitativen Studie. *Prävention und Gesundheitsförderung*. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00993-7>
- Nickl, J., & Rathmann, K. (2020). Gesundheitskompetenz in der Pflege- und Physiotherapie-Ausbildung. In K. Rathmann, K. Dadaczynski, O. Okan, & M. Messer (Eds.), *Gesundheitskompetenz* (pp. 1-10). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_57-1
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

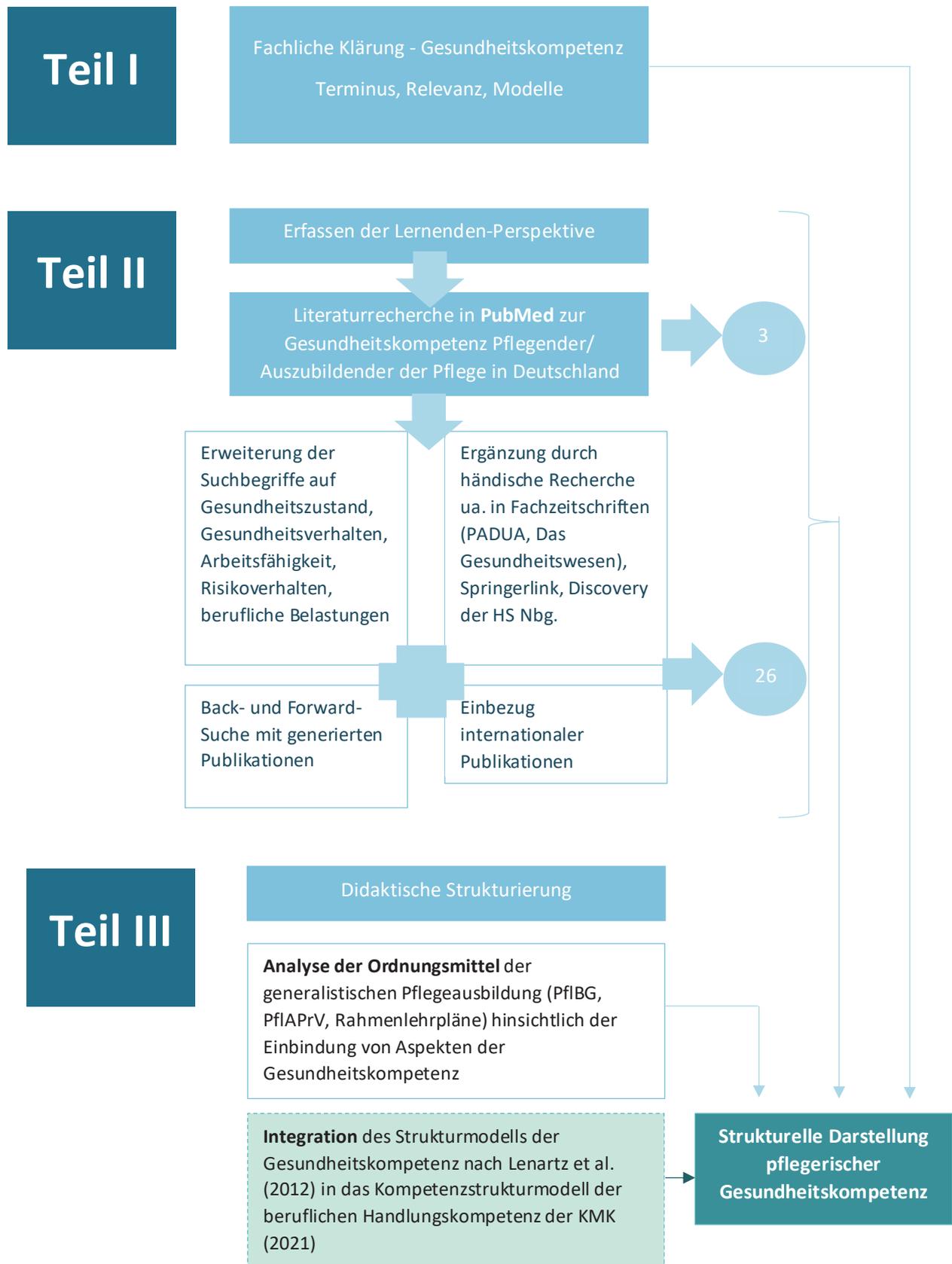
- Oelke, U., & Meyer, H. (2021). *Didaktik und Methodik für Lehrende in Pflege- und Gesundheitsberufen*. Cornelsen.
- Raspe, M., Koch, P., Zilezinski, M., Schulte, K., Bitzinger, D., Gaiser, U., Hammerschmidt, A., Köhnlein, R., Puppe, J., Tress, F., Uden, T., & Nienhaus, A. (2020). Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand junger Ärzte und professionell Pflegenden in deutschen Krankenhäusern. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 63(1), 113-121. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03057-y>
- Rička, R. (2020). Gesundheitskompetenz – eine Übersicht. *PADUA*, 15 (1), 3-7. <https://doi.org/https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000528>
- Schaeffer, D., & Gille, S. (2020). Förderung der Gesundheitskompetenz – eine Zukunftsaufgabe. *PADUA*, 15(1), 1-1. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000527>
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., & Bauer, U. (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. KomPart. <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/>
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U., Kolpatzik, K., Gille, S., & Vogt, D. (2019). Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz – Notwendigkeit, Ziel und Inhalt. *Gesundheitswesen*, 81(06), 465-470. <https://doi.org/10.1055/a-0667-9414>
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E.-M., & Hurrelmann, K. (2016). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht. https://www.unibielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf
- Schieron, M., & Segmüller, T. (2021). Patientenedukation als Aufgabe der Gesundheitsfachberufe. In (pp. 1-18). https://doi.org/10.1007/978-3-662-61428-0_41-1
- Schwendemann, H. E. (2022). Die Rolle der Gesundheitskompetenz in den Gesundheitsfachberufen. *Public Health Forum*, 30(2), 101-104. <https://doi.org/doi:10.1515/pubhef-2022-0022>
- Simon, A., Ebinger, M., & Holoch, E. (2021). Die Gesundheitskompetenz von angehenden Ärzt*innen Pflegenden, Hebammen, Therapeut*innen und Gesundheitsmanager*innen in Deutschland – Explorative Pilotstudie [Health Literacy Among German Health Professionals-To-Be – Exploratory Pilot Study]. *Gesundheitswesen*, 84(11), 1039-1049. <https://doi.org/10.1055/a-1657-9627>
- Soellner, R., Huber, S., Lenartz, N., & Rudinger, G. (2010). Facetten der Gesundheitskompetenz – eine Expertenbefragung. Projekt Gesundheitskompetenz. *Klieme, Eckhard [Hrsg.]; Leutner, Detlev [Hrsg.]; Kenk, Martina [Hrsg.]: Kompetenzmodellierung. Zwischenbilanz des DFG-Schwerpunktprogramms und Perspektiven des Forschungsansatzes. Weinheim ; Basel : Beltz 2010, S. 104-114. - (Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft; 56)*.
- Sørensen, K. (2018). Shifting the health literacy mindset to enhance people-centred health services <https://health.gov/news/blog/2018/07/shifting-the-health-literacy-mindset-to-enhance-people-centred-health-services>.
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørensen, K., & Wängdahl, J. (2019). Health literacy research in the Nordic countries. In (pp. 199-214). <https://doi.org/10.51952/9781447344520.ch013>
- Stefani, M. (2018). *Die Macht des pflegeberuflichen Alltags. Subjektive Konstruktionen im Gesundheitsverhalten von Pflegefachpersonen*. Springer.
- Stefani, M. (2020). Das Gesundheitsverhalten von Pflegefachpersonen. *PADUA*, 15(4), 249-253. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000574>
- SVR, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung. (2018). *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*.
- Thilo, F. J. S., Sommerhalder, K., & Hahn, S. (2012). Health literacy - A concept for professional nursing? *Pflege*, 25, 427-438. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000245>

- Ver.di. (2018). Fachkräfte Ausbildung. Ende vor dem Abschluss. *drei.*, 65. <https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/service/drei/drei-65/++co++65eb87be-3c06-11e8-8eca-525400f67940>
- von Reibnitz, C., & Sonntag, K. (2021). Erfolgsfaktor Gesundheitskompetenz. *Pflegezeitschrift*, 74(9), 32-35. <https://doi.org/10.1007/s41906-021-1117-4>
- Vonneilich, N., & von dem Knesebeck, O. (2022). Sozialepidemiologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In R. Haring (Ed.), *Gesundheitswissenschaften* (pp. 39-49). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65219-0_5
- Weiland, R., & Büscher, A. (2022). Förderung von Gesundheitskompetenz als Aufgabe der Gesundheitsprofessionen? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 17(3), 344-348. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00874-5>
- Welp, A., & Lippke, S. (2020). Wollen oder können sie nicht? *PADUA*, 15(1), 23-29. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000531>
- WHO, World Health Organization. (1998). The WHO health promotion glossary (WHO/HPR/HEP/98.1). <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG>.
- Wieland, R., & Hammes, M. (2008). Gesundheitskompetenz als personale Ressource. In (pp. 177-190).
- Wieland, R., Winizuk, S., & Hammes, M. (2009). Führung und Arbeitsgestaltung – Warum gute Führung allein nicht gesund macht/ Leadership and job design. Why good leadership is not sufficient for health promotion. *Arbeit*, 18. <https://doi.org/10.1515/arbeit-2009-0404>
- Zok, K. (2014). Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. *WidoMonitor 02/2014*. <https://doi.org/1614-8444>
- Zok, K. (2017). Gesundheitskompetenz von gesetzlich Krankenversicherten. *Public Health Forum*, 25. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2016-2114>

Letztmaliger Abruf aller Online-Quellen erfolgte am 29.05.2023.

Anhang

Methodisches Vorgehen



Suchstring

Tabelle 1 Suchstring PubMed

Suchstring PubMed	Ergebnissanzahl	Verwertbare Treffer (davon neu)
Nurse* AND health literacy AND german*	43	2
nursing students AND health literacy AND german*	32	3 (1)
health professionals AND health literacy AND german*	233	1
health literacy AND trainees AND german*	6	0
health literacy AND physicans AND german*	139	0
Auswertbare Publikationen zur Gesundheitskompetenz Pflegender		3

Publikationszuordnung nach Schwerpunkt

Tabelle 2 Publikationszuordnung nach Schwerpunkt

Schwerpunkt	Publikation
Gesundheitsverhalten (Risikoverhalten) Pflegende/ Auszubildende der Pflege	(Stefani, 2018, 2020), (Bomball et al., 2010), (Lindeman et al., 2011), (Bühler et al., 2017), (Bonse-Rohmann et al., 2022), *Präventionsverhalten : (Isfort, 2018)
Arbeitsbedingungen/ Arbeitsbelastung/ Arbeitsfähigkeit	(Kliner et al., 2017), (Janson & Rathmann, 2021), (Raspe et al., 2020), (Ehegartner et al., 2020), (Höhmann et al., 2016), (Bühler, 2016), (BGW, 2018), (BGW, 2022), (Hasselhorn, 2005), (Golombek & Fleßa, 2011), (Aiken et al., 2013), (Badura et al., 2005)
Gesundheitszustand/ Gesundheitsverhalten	(Wieland et al., 2009), (Janson & Rathmann, 2021), (Raspe et al., 2020), (Ehegartner et al., 2020), (Bomball et al., 2010), (Bühler, 2016), (Hasselhorn, 2005), (Aiken et al., 2012)
Präsentismus	(Wieland et al., 2009)
Organisationale GK	(Kolpatzik et al., 2018), (Höppner & Zoege, 2019), (SVR 2018)
Professionelle GK	(Kolpatzik et al., 2018), (Schieron & Segmüller, 2021), (von Reibnitz & Sonntag, 2021), (Schwendemann, 2022), (Messer & Murau, 2022), (Höppner & Zoege, 2019), (SVR 2018)

Übersicht Curriculare Einheiten

CE	Titel	Zentrale Orientierung	
		Ausbildungsbeginn/ Ausbildungseinsätze	Pflegerische Handlungsfelder
01	Ausbildungsstart – Pflegefachfrau/Pflegefachmann werden		
02	Zu pflegende Menschen in der Bewegung und Selbstversorgung unterstützen		
03	Erste Pflegeerfahrungen reflektieren – verständigungsorientiert kommunizieren		
04	Gesundheit fördern und präventiv handeln		
05	Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken		
06	In Akutsituationen sicher handeln		
07	Rehabilitatives Pflegehandeln im interprofessionellen Team		
08	Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten		
09	Menschen in der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen		
10	Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in Pflegesituationen fördern		
11	Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen		

Tabelle 3 Übersicht Curriculare Einheiten (Fachkommission nach § 53 PflBG, 2020)

Pflegespezifisches Kompetenzentwicklungsmodell nach Olbrich



Pflegespezifisches Kompetenzentwicklungsmodell nach Olbrich (Hamar, 2023b)

Übersicht Gesundheitskompetenz in den CE's

KB II – Kommunikation/ 2. Information, Schulung, Beratung organisieren, gestalten, steuern und evaluieren

- a) informieren Menschen aller Altersstufen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung,
- c) beraten zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen.

KB V – wissenschaftliche Grundlagen/ 2. Verantwortung für die eigenen persönliche Entwicklung übernehmen

- a) nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab,
- b) setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein,

CE	Kompetenzbereich II.2.			Kompetenzbereich V.2.
	a)	c)	b)	
Tabelle 4 Übersicht Gesundheitskompetenz in den CE's				
01 – Ausbildungsstart				c)
02 – Mobilität/Selbstständigkeit	AI		AI	AI,
03 – erste Pflegeerfahrungen			AI	AI
04 – Prävention	AI, All	AI, All	AI, All	AI, All
05 - Kuration	All	All		
06 - Akutsituationen			AI, All	AI, All
07 – Rehabilitation	AI, All	All		
08 – kritische Lebenssituationen		All	AI, All	AI, All
09 – Lebensgestaltung				
10 – Entwicklung	AI, All	All	All	
11 – Psychiatrie	AI, All		AI	AI, All
	In AI	5	1	6
	In All	5	5	4
*AI = Anlage I, entspricht AD 1+2; All= Anlage II, entspricht AD 3				

CE	Explizite Bezugnahme zu Aspekten der Gesundheitskompetenz		
	KB II.2.	KB V.2.	
	a) c)	b) c)	
01 – Ausbildungsstart		AI,	<p>Kompetenzen: gehen selbstfürsorglich mit sich um und tragen zur eigenen Gesunderhaltung bei, nehmen Unterstützungsangebote wahr oder fordern diese am jeweiligen Lernort ein</p> <p>Handlungsanlässe: Aufmerksam- sein für die eigene Gesundheit/ Schutz vor physischen und psychischen Belastungen</p>
02 – Mobilität/Selbstständigkeit	AI	AI	<p>AD 1: CE 2a):</p> <p>KBII.2.a) informieren Menschen aller Altersstufen zu gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und leiten bei der Selbstpflege an</p> <p>KB V.2.b) nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab</p> <p>KB V.2.c) gehen selbstfürsorglich mit sich um und tragen zur eigenen Gesunderhaltung bei, nehmen Unterstützungsangebote wahr oder fordern diese am jeweiligen Lernort ein</p> <p>Handlungsanlässe: Zu pflegende Menschen: Gesundheitsrisiken durch Mobilitätsbeeinträchtigungen, z. B. erhöhtes Sturzrisiko</p> <p>Auszubildende: berufliche Gesundheitsrisiken und Gefahren; Selbstfürsorge, insbesondere für die Gesunderhaltung des eigenen Bewegungsapparats sowie die Erhaltung und Weiterentwicklung der persönlichen Mobilität als zentrales Moment der pflegerischen Interaktion</p> <p>Handlungsmuster: Auszubildende: das eigene Gesundheits-/Bewegungsverhalten reflektieren; eigene Bewegungsabläufe analysieren und vor dem Hintergrund pflegerischer Bewegungskonzepte reflektieren; hilfreiche Bewegungsabläufe und Interaktionen in die pflegerische Unterstützung von Menschen aller Altersstufen integrieren und deren Wirkung auf den eigenen; eigene Grenzen der körperlichen Belastbarkeit wahrnehmen und technische Hilfen in der Unterstützung von Menschen mit beeinträchtigter Mobilität fachgerecht nutzen; selbstfürsorglich mit sich selbst umgehen und Aktivitäten zur Gesundheitsförderung wahrnehmen</p>

CE	Explizite Bezugnahme zu Aspekten der Gesundheitskompetenz		
	KB II.2.	KB V.2.	
	a) c)	b) c)	
			Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen: Einführung in Grundbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention (wird in CE 04 aufgegriffen und vertieft)
03 – erste Pflegeerfahrungen		AI	<p>KB V.2.b) nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab</p> <p>KB V.2.c) gehen selbstfürsorglich mit sich um und tragen zur eigenen Gesunderhaltung bei, nehmen Unterstützungsangebote wahr oder fordern diese am jeweiligen Lernort ein</p>
04 – Prävention	AI, AI, AII	AI, AI, AII	<p>Siehe Intention und Relevanz der CE: ua. Pflegende gehören zu den gesundheitlich besonders gefährdeten Berufsgruppen – dies soll auf allen Ebenen analysiert und reflektiert werden.</p> <p>KB II.2.a) informieren Menschen aller Altersstufen zu gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und leiten bei der Selbstpflege und insbesondere Bezugspersonen und Ehrenamtliche bei der Fremdpflege an</p> <p>KB II 2.c) entwickeln ein grundlegendes Verständnis von den Prinzipien und Zielen einer ergebnisoffenen, partizipativen Beratung in Erweiterung zu Information, Instruktion und Schulung</p> <p>KB V.2.b) nehmen drohende Über- und Unterforderung frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsalternativen ab</p> <p>KB V.2.c) gehen selbstfürsorglich mit sich um und tragen zur eigenen Gesunderhaltung bei, nehmen Unterstützungsangebote wahr oder fordern diese am jeweiligen Lernort ein</p> <p>Erweiterung durch AII:</p> <p>KB II. 2. a) informieren Menschen aller Altersstufen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung</p>

CE	Explizite Bezugnahme zu Aspekten der Gesundheitskompetenz		
	KB II.2.	KB V.2.	
	a) c)	b) c)	
			<p>KB II.2. c) beraten zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen</p> <p>Handlungsanlässe: eigene Gesundheit erhalten bzw. verbessern wollen/Bereitschaft für eine verbesserte Selbstfürsorge; mit subjektiven Gesundheitsvorstellungen konfrontiert sein/subjektive Gesundheitsvorstellungen aufdecken; Gefahr einer Gesundheitschädigung/gefahrenreineigtes Gesundheitsverhalten in allen Altersstufen, z. B. Suchtverhalten, bewegungsarmer Lebensstil, (entwicklungsbedingtes) Risikoverhalten etc.; gesundheitsförderliche Bedingungen am Arbeits- und Lernplatz gestalten wollen; institutionelle gesundheitsbezogene Bedingungen, z. B. gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen/psychische und psychische Belastungen am Arbeits- und Lernplatz; 3. AD: Informations- und Beratungsbedarfe von Menschen aller Altersstufen und Einrichtungen zu gesundheitsbezogenen Fragen</p> <p>Handlungsmuster: 1./2. Ausbildungsdrittel Fokus auf Auszubildende: Reflexion des eigenen konkreten Gesundheitsverhaltens anhand von Gesundheitsverhaltensmodellen und Ableitung konkreter Konsequenzen für das eigene gesundheitsbezogene Verhalten und für das pflegerische Handeln; Reflexion und Mitgestaltung der Arbeitsplatz- und Lernbedingungen, gesundheitsförderliches Verhalten in der Lerngruppe befördern; Maßnahmen zum Arbeitsschutz, bewusste Arbeitszeit- und Freizeitgestaltung/Selbstsorge; individuelles Gesundheitscoaching; Methoden zum Schutz vor physischen und psychischen Belastungen/Stressbewältigung/-reduktion und Resilienzentwicklung, z. B. Entspannungsübungen, Supervision, Mediation etc.;</p> <p>...</p> <p>Weitere Inhalte/ Wissensgrundlagen: 1./2.AD: Modelle zu Gesundheit/Salutogenese, Krankheit, Lebensqualität, Gesundheitskompetenz, Empowerment</p> <p>3.AD: strukturelle und politische Initiativen – z. B. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz, Nationales Zentrum früher Hilfen</p> <p><i>Didaktischer Kommentar: Außerdem wird zu dieser Einheit ein Projekt zum Thema empfohlen, z. B. Projekt „Gesunde Pflegeschule“: gemeinsam eine „gesunde Schule“ entwerfen und umsetzen, z. B. Zugreif-Buffer einrichten, (Pausen-</i></p>

CE	Explizite Bezugnahme zu Aspekten der Gesundheitskompetenz		
	KB II.2.	KB V.2.	
	a) c)	b) c)	
			<i>)Bewegungsangebote ermöglichen, individuelles Gesundheitscoaching anbieten, Mobililar nach gesundheitsförderlichen Prinzipien auswählen etc.</i>
05 - Kuration	All	All	<p>KB II.2.a) informieren Menschen aller Altersstufen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung</p> <p>KB II.2.c) beraten zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen</p>
06 - Akutsituationen		All, All	<p>AD1./2.:</p> <p>KB V.2.b) nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab</p> <p>KB V.2.c) gehen selbstfürsorglich mit sich um und tragen zur eigenen Gesunderhaltung bei, nehmen Unterstützungsangebote wahr oder fordern diese am jeweiligen Lernort ein</p> <p>3.AD:</p> <p>KN II2. b) idem</p> <p>KB V.2. c) setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein (V.2.c)</p>
07 – Rehabilitation	All, All	All	<p>AD1./2.:</p> <p>KB II.2. a) informieren Menschen aller Altersstufen zu gesundheits- und pflegebezogenen Fragen und leiten bei der Selbstpflege insbesondere Bezugspersonen und Ehrenamtliche bei der Fremdpflege an</p> <p>3.AD:</p>

CE	Explizite Bezugnahme zu Aspekten der Gesundheitskompetenz		
	KB II.2.	KB V.2.	
	a) c)	b) c)	
			<p>KB II.2. a) informieren Menschen aller Altersstufen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung</p> <p>KB II.2.c) beraten zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebezogenen Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen</p>
08 – kritische Lebenssituationen	AII	AI, AII	<p>KB V.2.b) nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab</p> <p>KB V.2.c) gehen selbstfürsorglich mit sich um und tragen zur eigenen Gesunderhaltung bei, nehmen Unterstützungsangebote wahr oder fordern diese am jeweiligen Lernort ein</p> <p>3.AD:</p> <p>KB II.2.c) beraten zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen</p> <p>KB V.2.c) setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein</p> <p>Handlungsmuster: Fokus Auszubildende: Reflexion eigener Bewältigungsstrategien, Erkennen von Faktoren der Resilienz und/oder (drohender) Überforderung, frühzeitiges Annehmen und aktives Einfordern von Unterstützungsangeboten</p>
09 – Lebensgestaltung			

CE	Explizite Bezugnahme zu Aspekten der Gesundheitskompetenz		
	KB II.2.	KB V.2.	
	a)	b)	c)
10 – Entwicklung	AI, AII	AII	
			1./2.AD: KB II.2.a) informieren zu pflegende Menschen zu gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und leiten bei der Selbstpflege insbesondere Bezugspersonen und freiwillig Engagierte bei der Fremdpflege an 3.AD: KB II.2. a) informieren Menschen aller Altersstufen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung KB II.2.c) beraten zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen KB V.2.b) idem
11 – Psychiatrie	AI, AII	AI	AI, AII
In AI	5	1	6
In AII	5	5	4
			7
			4

Exemplarische Formulierung von Lernzielen zum Themenkomplex „individuelles Gesundheitsverhalten“

CE04 im 1./2. AD anhand der Strukturmatrix „pflegerischer Gesundheitskompetenz“

		Basisfertigkeiten	Weiterentwickelte Fähigkeiten		(Berufliche) Handlungskompetenz
					Outcome
Instrumentelle Kompetenzen	Basis- kompetenzen	Fachkompetenz	Selbstkompetenz + Sozialkompetenz		(Positives) Gesundheits- verhalten Gesundheit
	Methodenkompetenz	Die Lernenden können grundlegende gesundheitsförderliche Techniken (bspw. Entspannungsübungen, Zubereiten gesunder Mahlzeiten etc)	Die Lernenden entwickeln Strategien zur gesundheitsförderlichen Lebensweise (in Bezug auf Work-Life-Balance, Essverhalten im Schichtdienst etc)	Die Lernenden können eigene und Bedürfnisse anderer vor dem Aspekt gesundheitsförderlichen Verhaltens reflektieren	
Kommunikative Kompetenz	Die Lernenden erlernen grundlegende Fähigkeiten zur Kommunikation mit anderen (z.B. Vier-Ohren-Modell)	Die Lernenden können eigene Bedürfnisse formulieren	Die Lernenden können für ihre Bedürfnisse und Entscheidungen gegenüber anderen eintreten ggf. diese begründen		
Lernkompetenz	Die Lernenden kennen theoretische Grundlagen gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen *	Die Lernenden nehmen eigene Verantwortung für persönliche Gesundheit wahr	Die Lernenden können valide Datenquellen ausfindig machen und diese kritisch bewerten		

*Fassung dieser in Abstimmung mit übrigen Curriculum unabdingbar (anatomische, physiologische Grundlagen etc. andernorts vermutlich enthalten); hier besser spezifische Grundlagen: persönliches Präventionsverhalten, Vorsorgeuntersuchungsangebote, gesundes Sportverhalten, gesundes Essverhalten etc.

Selbstregulation

Die Lernenden nutzen regelmäßig Methoden der Selbstreflexion

Selbstkontrolle:

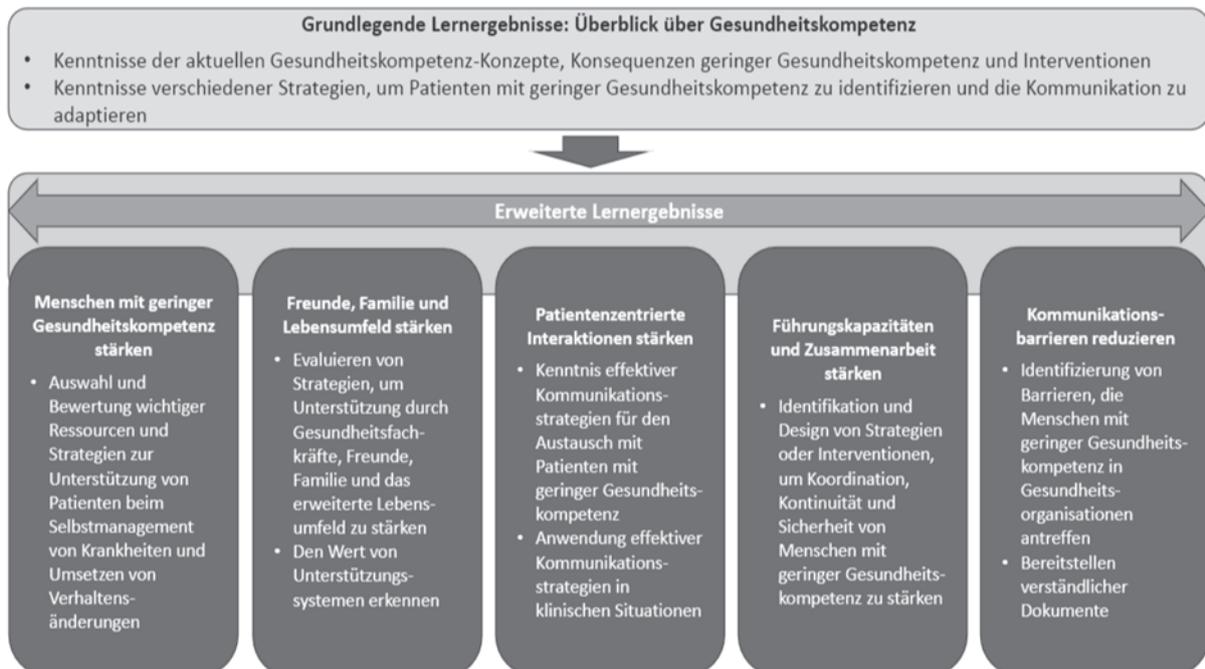
Die Lernenden erlernen zielorientiert Verhaltensweisen aufrechtzuerhalten

Die Lernenden können Wissen und Techniken zur Etablierung gesundheitsförderlichen Verhaltens an andere weitergeben

Inhaltliche Vorschläge zur curricularen Einbindung pflegerischer Gesundheitskompetenz

Facette der Gesundheitskompetenz	Beispiel		
1. Fachliches Wissen und Können bezüglich des Konzepts der Gesundheitskompetenz	<ul style="list-style-type: none"> → Modelle zur Gesundheitskompetenz (Soerensen et al. 2012) → Ergebnisberichte zur Gesundheitskompetenz in Deutschland (Schaeffer et al. 2021) → Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al. 2018) 	3. Assessments zur Erfassung des Niveaus der Gesundheitskompetenz der Patient*innen	→ Niveau der Gesundheitskompetenz feststellen durch z. B. Red Flags oder Brief Questions (Schmidt-Kaehler et al. 2017)
2. evidenzbasierte Auswahl und zielgruppenspezifische Aufbereitung von Informationen	<ul style="list-style-type: none"> → Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens und Evidenzbasierten Medizin (Ewers et al. 2017; Kolpatzik et al. 2018; Schmidt-Kaehler et al. 2017) → Gesundheitsinformationen partizipativ entwickeln und zielgruppenspezifisch weitergeben z. B. durch den Einsatz von Leichter Sprache (Schmidt-Kaehler et al. 2017) 	4. gesundheitskompetente Kommunikation mit anderen Gesundheitsprofessionen, Patient*innen und ihren Bezugspersonen	→ Kommunikationstechniken wie z. B. Teach-Back-Methode oder Ask-me-3 (Schmidt-Kaehler et al. 2017)

Facetten der Gesundheitskompetenz in der Pflege- und Physio-therapie-Ausbildung (Nickl & Rathmann, 2020)



Pädagogischer Rahmen des Projektes zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz-Wissen (Welp & Lippe, 2020)