

# Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen

Herausforderungen des Konzepts und Umgang  
mit einem Schlagwort

---

G. Maier

Gesundheit Österreich GmbH, Wien

## ■ Einleitung

Gesundheitskompetenz, abgeleitet aus dem englischen »Health Literacy«-Konzept, erfreut sich immer höherer Beliebtheit und gewann in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung, sowohl in der Gesundheitsförderung, als auch in der Gesundheitsbildung. Sie wird mittlerweile als eine Gesundheitsdeterminante angesehen, deren Steigerung es ermöglichen soll, konkrete Verbesserungen bei Gesundheitsoutcomes herbeizuführen und gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren [1–3].

In letzter Zeit findet sich die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Teilen Europas auch auf der Tagesordnung der Gesundheitspolitik, unzweifelhaft eine Nachwirkung der Ergebnisse der HLS-EU-Studie, die erstmals das Gesundheitskompetenzlevel länderübergreifend vergleichend erhoben und dargestellt hat [4].

Zudem besteht die Hoffnung, dass sich durch eine Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung Kosten sparen lassen und damit das Gesundheitssystem mittel- bis langfristig entlastet wird. Erste Hinweise hierfür liefern vereinzelte Studien im angloamerikanischen, wie auch im europäischen Raum [5, 6].

Im Vergleich zur Erwachsenenpopulation existieren für Kinder und Jugendliche sehr wenige bis nahezu gar keine Erkenntnisse über den Status ihrer Gesundheitskompetenz und deren Bedeutung, was auf eine ganze Reihe von Faktoren zurückzuführen ist, auf die im Folgenden genauer eingegangen werden soll.

In dem momentanen Wissens- und Forschungsdefizit, das bei dieser Thematik in Bezug auf Kinder und Jugendliche herrscht, soll dieser Beitrag einerseits einen kurzen Überblick geben, andererseits Fragen, Probleme und Herausforderungen aufzeigen, die sich in der Auseinandersetzung mit Gesundheitskompetenz ergeben. Zudem sollen Empfehlungen formuliert werden, einerseits für praktische Projekte, die auf die Stärkung von Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen abzielen und andererseits für ihre Messung.

*Gesundheitskompetenz – Herausforderungen –  
Messung*

---

pädiatrische praxis 91, 472–481 (2019)  
Mediengruppe Oberfranken –  
Fachverlage GmbH & Co. KG

## ■ Hintergrund, Herkunft und Aufstieg von Gesundheitskompetenz als Konzept

Gesundheitskompetenz stellt einen verhältnismäßig jungen Forschungsbereich dar, erste Definitionen in den 1970er Jahren orientierten sich stark an einem »klassischen« Literacy-Begriff, bei dem es um Lese- und Schreibfertigkeiten geht sowie in der Folge am Begriff der »functional literacy«. Dieser beschreibt die Fähigkeit, die basalen Lese-, Schreib- und Rechfertigkeiten auf einem Niveau zu nutzen, das es ermöglicht, in der Gesellschaft und im Alltag zu »funktionieren« sowie persönliche Ziele und Potentiale zu erreichen (*»[...]the ability to use printed and written information to function in society, to achieve one's goals, and to develop one's knowledge and potential«*) [7].

Frühe Definitionen von »Health Literacy« erweiterten die »functional literacy« um klinische/medizinische Inhalte. Unter Gesundheitskompetenz fällt dann beispielsweise die Fähigkeit, Einverständniserklärungen und Beipackzettel von Medikamenten zu lesen und zu verstehen, ebenso verbale und/oder schriftliche Informationen von Ärztinnen und Ärzten, Krankenpflegepersonal oder Versicherungsanstalten zu verstehen sowie medizinischen Anweisungen (Medikamenteneinnahme, Therapieanweisungen etc.) Folge leisten zu können. Allgemein gesprochen wird unter »Health Literacy« demnach die Fähigkeit verstanden, Gesundheitsinformationen lesen, verstehen und nutzen zu können. Das Forschungsfeld »Health Literacy«, in dem der Umgang mit Gesundheitsinformationen untersucht wird, ist, ausgehend vom angloamerikanischen Raum, vor allem auf einen klinisch-medizinischen Kontext im Gesundheitswesen beschränkt [8]. Dieser Ansatz bestimmte über Jahrzehnte und bisweilen auch noch heute das Verständnis des Begriffes und damit auch die Forschungsaktivitäten.

Erst um die Jahrtausendwende kam es, eingeleitet durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO), zu einem breiteren Verständnis von Gesundheitskompetenz. Der Begriff wurde inhaltlich erweitert, aus dem klinischen Kontext

gelöst und, in Anlehnung an Konzepte aus der Gesundheitsförderung, als »gesundheitsbezogene Lebenskompetenz« definiert [8]. In der Folge rückte er vermehrt in den Fokus von Gesundheitspolitik und Forschung, was sich zu einer Zunahme von wissenschaftlichen Studien bemerkbar machte, und zum anderen zu der Publikation einer Fülle von Modellen und Definitionen führte. Die daraus resultierende uneinheitliche Verwendung des Begriffes bzw. seine konzeptionelle Unschärfe setzt sich in mancher Hinsicht bis heute fort und erschwert beispielsweise qualifizierte und vor allen Dingen vergleichbare Aussagen über den Status der Gesundheitskompetenz auf Bevölkerungsebene.

Die Geschichte ist im Kontext der Zielgruppe Kinder- und Jugendliche deswegen relevant, da die meisten Studien und Messungen zum Thema zunächst in einem klinisch/medizinischen Kontext stattfanden [9].

Generell ist das Kindes- und Jugendalter jedoch ein Lebensabschnitt, der üblicherweise mit Gesundheit und einer höheren Widerstandsfähigkeit gegen Krankheiten einhergeht; diese Altersgruppe kommt demnach seltener mit dem Gesundheitssystem in Kontakt als Erwachsene, was mitunter auch erklärt, warum Gesundheitskompetenz bei dieser Zielgruppe zunächst eher vernachlässigt wurde [10], d. h. es existierten bzw. existieren nach wie vor

- a) keine klaren, allgemein anerkannten Konzepte von Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen,
- b) folglich wurden bis jetzt nur sehr wenige Erhebungsinstrumente entwickelt, die darauf abzielen, Gesundheitskompetenz in dieser Zielgruppe zu messen, und
- c) dementsprechend wurden auch verhältnismäßig wenige Studien zu diesem Thema durchgeführt [11, 12].

In einem 2014 erschienen systematischen Review von Haun et al. [13] suchten die Autor/inn/en spezifisch nach Instrumenten zur Messung von Gesundheitskompetenz (»Health Literacy«), mit dem Ziel einen möglichst vollständigen Überblick über vorhandene Erhebungsinstrumente herzu-

stellen. Von den 51 identifizierten Instrumenten messen 44 dezidiert die Gesundheitskompetenz bei Erwachsenen, zwei Instrumente fokussieren auf chronisch Erkrankte, und ein Instrument soll die Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen messen. Von den verbleibenden vier soll eines die Gesundheitskompetenz bei Kindern sowie eines die Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen messen (jedoch jeweils in krankheitsspezifischen Kontexten). Die letzten beiden verstehen sich als universelle Instrumente, die für alle Altersgruppen ab 15 Jahren anwendbar sind.

Erst vor kurzem wurde das Forschungsdefizit erkannt, und so rückte auch die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen in den Fokus von Wissenschaft, Praxis und Politik. Bei näherer Betrachtung macht das auch durchaus Sinn, im Kindes- und Jugendalter finden grundlegende geistige, körperliche und emotionale Entwicklungsprozesse statt, die unter anderem auch das Gesundheits- bzw. Risikoverhalten prägen.

Mit der Adoleszenz kommt es zu einer Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten, der Informationsverarbeitung und der kognitiven Selbstregulation (Planungsdenken) [14]; d. h. es wird die für Gesundheitskompetenz wohl maßgeblichste Fähigkeit entwickelt, nämlich Entscheidungen treffen zu können. Eine Auswahl von gängigen Definitionen von Gesundheitskompetenz verdeutlicht das:

- *»Health Literacy is [...] 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«* [15].
- *»[...]the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to **make appropriate health decisions**«* [16].
- *Health Literacy is »... the wide range of skills and competencies that people develop to seek out, comprehend, evaluate and use health information and concepts to **make informed choices** [...]«* [17].

Die zur Zeit stattfindende Intensivierung der Beschäftigung mit Gesundheitskompetenz bei

Kindern und Jugendlichen hat letztlich zu einer nahezu identen Entwicklung geführt, wie sie auch vor etwa 20 Jahren stattfand, als »Health Literacy« – wie zuvor beschrieben – aus dem klinischen Zusammenhang hin zur Gesundheitsförderung gelöst wurde: es entstehen etliche Konzepte und Definitionen bzw. Auffassungen darüber, welche Fähigkeiten und welches Wissen junge Menschen haben sollen/müssen, um vernünftige Gesundheitsentscheidungen treffen zu können.

Bröder et al. [18] haben in einem Review einen umfangreichen und systematischen Versuch unternommen, dieser Frage auf den Grund zu gehen und kommen zu dem Ergebnis, dass mit Stand 2017 international zwölf verschiedene Definitionen sowie 21 verschiedene Modelle zur Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen existiert haben. Allen gemein ist, dass sie Gesundheitskompetenz als Cluster aus Fähigkeiten, Wissen und Ressourcen beschreiben, die miteinander in Verbindung stehen und die es Individuen erlauben, gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen und sich dementsprechend auch »gesund« zu verhalten.

Die Schwäche der Modelle besteht darin, dass spezifische Bedürfnisse und Besonderheiten, die mit dem Kindes- und Jugendalter einhergehen, nicht oder nur unzureichend berücksichtigt werden. Das gestaltet sich im praktischen Umgang mit dem Konzept, wie beispielsweise bei ihrer Messung, problematisch.

Aus der Sicht der Gesundheitspolitik kommt der Messung von Gesundheitskompetenz, insbesondere auf Bevölkerungsebene, eine hohe Bedeutung zu, da nur so Maßnahmen gezielt entwickelt, umgesetzt und evaluiert werden können. Angesichts der Komplexität der Materie gestaltet sich die Erhebung von Gesundheitskompetenz schon bei der Erwachsenenpopulation als nicht ganz einfach, ein allgemein akzeptiertes und als Standard anerkanntes Instrument existiert bis dato nicht (vgl. [3]). Je nach zugrundeliegendem Modell, konzentrieren sich die vorhandenen Erhebungsinstrumente entweder mehr auf die funktionalen Grundkompetenzen, und vernachlässigen dabei kontextuale Aspekte oder

auch andere möglicherweise relevante Fähigkeiten (Informationsfindung, -bewertung, -anwendung) oder sie verlassen sich gänzlich oder größtenteils auf selbstberichtete Kompetenzen und Fähigkeiten.

Mit ähnlichen Schwierigkeiten, wie offenkundig der Komplexität aber auch dem Verhältnis von funktionalen zu selbstberichteten Kompetenzen, haben auch Erhebungen bei Kindern und Jugendlichen zu kämpfen, wobei noch die erwähnten, bislang weitgehend unberücksichtigten, Besonderheiten dieser Altersgruppe erschwerend hinzu kommen. Die größte Herausforderung besteht dabei wohl darin, diesen Eigenschaften in Theorie bzw. den Konzepten und der Praxis gerecht zu werden.

## ■ Herausforderungen und Besonderheiten

### Gesundheitsbewusstsein und -verständnis

Die Antwort auf die Frage, was das Wichtigste im Leben sei, wird wahrscheinlich von einer großen Anzahl von Menschen mit »Gesundheit« beantwortet werden. Gesundheit ist in der europäischen gesellschaftlichen Wertehierarchie an der Spitze einzuordnen, generell kann man davon ausgehen, dass Gesundheit umso zentraler und wichtiger wird, je höher der Entwicklungsgrad und Lebensstandard einer Gesellschaft ausgeprägt ist [19].

Die hohe subjektive Bedeutung von Gesundheit und ein hohes gesellschaftliches Gesundheitsbewusstsein konnten in der Vergangenheit [20, 21] wie auch in jüngerer Zeit [22] in Studien zur Lebensqualität belegt werden. Der hohe Stellenwert von Gesundheit erweist sich dabei unabhängig von Geschlecht und sozialer Schicht, nicht aber vom Alter.

Mit zunehmendem Alter wird der Gesundheit eine immer höhere subjektive Wertigkeit zugeordnet, bei gleichzeitiger Verringerung der Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand [22]. Bei Kindern und Jugendlichen ist ein Bewusstsein für Gesundheit noch wenig ausgeprägt, insofern

nachvollziehbar, weil sie eine weitgehend gesunde Population darstellen.

Darüber hinaus unterscheidet sich auch das Verständnis von Gesundheit zwischen den verschiedenen Altersgruppen. Junge Menschen verstehen unter Gesundheit z. B. eher körperliche Fitness und (emotionales) Wohlbefinden, das auch durch soziale Beziehungen und materielle Rahmenbedingungen beeinflusst wird (vgl. [22, 23]), während ältere Menschen damit häufiger das Freisein von Krankheit und Beschwerden in Verbindung bringen.

## Epidemiologie

Nicht nur das Verständnis von Gesundheit unterscheidet Kinder und Jugendliche von anderen Altersgruppen, sondern auch die Probleme und Krankheiten, mit denen sie zu kämpfen haben. So zählen bei ihnen Allergien zu den häufigsten Erkrankungen und Unfallverletzungen zu den größten Gesundheitsgefahren, aber auch psychische Probleme spielen eine (zunehmende) Rolle [24]. Darüber hinaus entstehen, bedingt unter anderem durch ein rasches Fortschreiten der technologischen Entwicklung, neue Herausforderungen und Krankheitsbilder, denen Kinder und Jugendliche mitunter am stärksten ausgesetzt sind.

Gesundheitskompetenz sollte auch auf dieser Grundlage betrachtet werden und hat jedenfalls eine differente Bedeutung als das Konzept, das bei Erwachsenen Anwendung findet. Die Sinnhaftigkeit, 15-Jährige nach ihrer Einstellung zu Vorsorgeuntersuchungen, Grippeimpfungen oder möglichen gesundheitlichen Auswirkungen politischer Veränderungen zu fragen, um daraus Rückschlüsse auf ihre Gesundheitskompetenz zu ziehen, sollte vor diesem Hintergrund jedenfalls diskutiert werden.

## ■ Heterogenität der Zielgruppe

Kinder und Jugendliche stellen natürlich keine homogene Gruppe dar, es stellen sich daher folgende Fragen:

- a) Ab welchem Alter ist Gesundheitskompetenz relevant? Wann beginnt sich diese zu entwickeln?
- b) Welche Themen sind für welches Alter relevant? Gibt es geschlechterspezifische Themen?

Mit Eintritt in die Pubertät wird Heranwachsenden ein höheres Maß an Autonomie zugestanden, mit der fortschreitenden kognitiven Entwicklung und dem Beginn des Planungsdenkens werden ihre eigenen Entscheidungen – auch bezüglich ihrer Gesundheit – immer wichtiger [14] Gesundheitskompetenz spielt in dieser Lebensphase unzweifelhaft eine Rolle, Uneinigkeit herrscht aber in der Frage, ab wann Kinder und Jugendliche Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen können/sollen bzw. ab wann gesundheitsrelevantes Lernen stattfindet. Entwicklungspsychologische Erkenntnisse legen nahe, dass ein solches Lernen schon vor Beginn der Adoleszenz stattfinden.

Fairbrother et al. [25] konnten in einer qualitativen Untersuchung zeigen, dass Kinder im Alter zwischen 9 und 10 Jahren Gesundheitsinformationen nicht nur passiv absorbieren, sondern versuchen, diese – auf Grundlage dessen, was die Autor/inn/en »kritische und interaktive Gesundheitskompetenz« nennen – in ihr Weltbild einzuordnen und zu verstehen.

Momentan fehlt es noch an alters- und entwicklungsstufenangepassten, aber auch geschlechtsspezifischen Modellen und Konzepten zum Thema Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter, die es ermöglichen würden, nach soziodemografischen Merkmalen stratifizierte Daten und Erkenntnisse für verschiedene Altersgruppen zu erlangen (vgl. [26]).

### **Entscheidungen treffen? – Beispiel Österreich**

Entscheidungen treffen zu können, die zur Erhaltung oder zur Verbesserung von Gesundheit beitragen, stehen im Zentrum der meisten Definitionen von Gesundheitskompetenz. Bei Kindern und Jugendlichen stellt sich nicht nur

die Frage, ab wann sie Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen können, sondern auch, wie ihre Entscheidungen zu Stande kommen, wer sie beeinflusst bzw. wer diese für sie trifft. Das Fehlen eines an Entwicklungsstufen angepassten Konzepts führt auch dazu, dass dieser Aspekt bei der Erhebung von Gesundheitskompetenz bisher vernachlässigt wurde.

Aus der Entwicklungspsychologie ist bekannt, dass Jugendliche prinzipiell in der Lage sind, eine Vielzahl von Möglichkeiten abzuwägen, wenn sie mit einem Problem konfrontiert werden, und eine mehr oder weniger rationale Entscheidung zu treffen. Sie scheitern jedoch oft daran, ihre Urteile auf alltägliche Situationen anzuwenden, da ihre Entscheidungen in solchen häufig mitbestimmt werden von der Meinung anderer, z. B. von Gleichaltrigen. Die Folgen von Risikoverhalten (mangelnde Verhütung, Alkoholkonsum, Rauchen etc.) werden unter anderem aufgrund des sozialen Drucks ausgeblendet, obwohl sie möglicherweise bekannt sind [14]. Die soziale Umgebung spielt bei Kindern und Jugendlichen eine wesentliche Rolle dabei, wie sie zu ihren Entscheidungen finden, die letztlich ihr (Gesundheits-)Verhalten bestimmen.

Die Familie stellt ebenso einen wichtigen Teil dieser Umgebung dar, und gerade in Zusammenhang mit Fragen und Entscheidungen zur Gesundheit kommt ihr eine hohe Bedeutung zu. Im Allgemeinen sind Kinder und Jugendliche, wie bereits erwähnt, eine vergleichsweise gesunde Population, d. h. sie kommen eher selten mit dem Gesundheitssystem in Kontakt. Wenn ein solcher dennoch erfolgt, dann – je nach Altersgruppe – beinahe ausschließlich über die Eltern bzw. in deren Begleitung. Wenn sie also mit Entscheidungen, die ihre Gesundheit bzw. die Behandlung von Krankheiten betreffen, konfrontiert werden, kommt, neben der Einschätzung und dem Rat des behandelnden Personals, natürlich auch dem der Eltern/Erziehungsberechtigten ein hohes Gewicht zu.

Die Rechtsstellung von Kindern und Jugendlichen bei medizinischen Heilbehandlungen ist in Österreich im Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch



(ABGB) geregelt und beschäftigt sich bemerkenswerterweise im Kern mit den gleichen Fragen, die sich im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz stellen, nämlich denen nach Verantwortung und Entscheidungskompetenz und –fähigkeit, wenn es um die eigene Gesundheit/Krankheit geht. Auch im Rechtsbereich herrscht bei der Einbindung von Kindern und Jugendlichen in den (medizinischen) Entscheidungsprozess, unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Entwicklungsstufe, ein Defizit bzw. Unklarheit, obwohl eine solche in Österreich sogar gesetzlich verankert ist: »Jedes Kind hat das Recht auf angemessene Beteiligung und Berücksichtigung seiner Meinung in allen das Kind betreffenden Angelegenheiten, in einer seinem Alter und seiner Entwicklung entsprechenden Weise« (Art. 4 4. Bundesverfassungsgesetzes über die Rechte von Kindern).

Das Selbstbestimmungsrecht der Patientin/des Patienten, egal welchen Alters, gilt grundlegend als höchstes Gut; jegliche medizinische Behandlung setzt eine Einwilligung voraus unter der Bedingung der vollen Einsichts- und Urteilsfähigkeit. Dies bedeutet, dass der/die Patient/in den Grund, die Bedeutung sowie die Tragweite der Maßnahme und der durch sie möglichen Gefährdungen und Auswirkungen im Wesentlichen abschätzen können muss. In diesem Sinn muss zwischen dem kognitiven (Fähigkeit, den Grund und die Bedeutung einer Behandlung einzusehen = Einsichtsfähigkeit) und dem voluntativen Element (Fähigkeit, den Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen = Urteilsfähigkeit) unterschieden werden. Einsichts- und Urteilsfähigkeit beschreiben damit auch zentrale Elemente von Gesundheitskompetenz, da es im Kern darum geht, Gesundheitsinformationen zu verarbeiten, zu verstehen und auf Grundlage dieser Entscheidungen zu treffen.

Das Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist von der jeweiligen behandelnden Person bzw. dem Arzt/der Ärztin zu beurteilen. Dabei existiert kein standardisiertes Maß und es obliegt damit dem subjektiven Ermessen bzw. der Erfahrung des jeweiligen Arztes/der jeweiligen Ärztin. Ebenso liegt es in ihrer/seiner Verantwortung bzw. Eigeninitiative, medizinische und

gesundheitsrelevante Informationen alters- und entwicklungsgerecht zu vermitteln, da im Verlauf eines in Österreich absolvierten Medizinstudiums kein Fach vorgesehen ist, in dem eine altersadäquate ärztliche Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen unterrichtet wird (auch nicht im Bereich der Pädiatrie) [27].

In der Arzt-Patienten-Kommunikation, die eine zentrale Rolle im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz spielt und einen entscheidenden Anstoß für die Intensivierung der Diskussion rund um Gesundheitskompetenz lieferte, gibt es bereits Ansätze von wissenschaftlicher Seite für entsprechende altersgerechte Entwicklungsstufenmodelle. Beispielsweise findet sich in [27] ein solches, das von Leiss konzipiert wurde und auf Inhalten von Lohaus & Ball [23] beruht. Es legt dabei die kognitiven Entwicklungsphasen nach Piaget zugrunde (»sensomotorische Phase«, »präoperationale Phase«, »konkret-operationale«, »formal-operationale Phase«) und formuliert für jede dieser praktische Empfehlungen für eine altersadäquate Vermittlung von medizinischen Informationen [27]. Derartige Modelle veranschaulichen dabei noch einmal sehr deutlich, dass unterschiedliche Entwicklungs- bzw. Altersstufen mit unterschiedlichen Bedürfnissen, aber auch Fähigkeiten und Kompetenzen einhergehen.

Wenn es um eine Förderung und eine Messung von Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen gehen soll, dann braucht es jedenfalls ein ähnliches, auf entwicklungspsychologischen Erkenntnissen basierendes Modell, das idealerweise auch soziale, kulturelle und gesellschaftliche Kontextfaktoren berücksichtigt. Die entscheidende Frage, die es dann zu beantworten hat, ist, welche (Gesundheits-)Kompetenz in welchem Alter/in welcher Entwicklungsstufe und in welchem kulturellen/gesellschaftlichen Kontext vorhanden sein kann bzw. vorhanden sein soll.

### **Funktionale vs. selbstberichtete Fähigkeiten**

Bei den Erhebungsinstrumenten von Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen

herrscht – bedingt u. a. durch den Mangel eines allgemein akzeptierten und angewandten Modells – eine große Vielfalt [18]. Die überwiegende Mehrheit misst dabei die selbstberichtete Gesundheitskompetenz, was speziell bei Kindern und Jugendlichen nicht unproblematisch ist. Fragebögen, die ursprünglich für Erwachsene entwickelt wurden, stellen beispielsweise eine potentielle Hürde dar, da die Formulierungen oder die verwendeten Konzepte oftmals nicht den Lese- und Verständniskompetenzen von Jugendlichen entsprechen [28]. Die genauen Altersgruppen, für die Instrumente geeignet sind, werden meist nicht näher definiert, teilweise geht man auch davon aus, dass Gesundheitskompetenz über beinahe sämtliche Altersgruppen mit ein und demselben Fragebogen erhoben werden kann.

Standardmäßig wird die Frage gestellt, wie schwierig oder einfach es sei, bestimmte gesundheitsbezogene Informationen zu finden. Für eine Generation, die mit und in einer digitalen Welt aufwächst, stellt die Beschaffung von Informationen meist kein großes Hindernis dar, das Verstehen sowie die Bewertung der gefundenen Informationen werden allerdings ebenfalls meist nur über eine Selbsteinschätzung erhoben. Wenn man von der Korrektheit der PISA-Ergebnisse ausgeht, nach denen beispielsweise knapp jeder/m fünften 15-jährigen österreichischen Schüler/in eine grundlegende Lesekompetenz fehlt [29], sind derart zustande gekommene Ergebnisse zumindest mit Bedacht zu interpretieren. Formulierung von Fragen, Begriffen und Konzepten, die in Erhebungsinstrumenten verwendet werden, sollten daher jedenfalls den Lese- und Verständniskompetenzen der jeweiligen Altersgruppe entsprechen.

Gerade im Verhältnis von Selbsteinschätzung der eigenen (Gesundheits-)Kompetenz und der Überprüfung von funktionalen Fähigkeiten zeigt sich noch ein gewisses Forschungsdefizit. Wu et al. [11] entwickelten beispielsweise einen performance-basierten Test zur Erhebung der funktionalen Gesundheitskompetenz bei kanadischen High-School-Schüler/inne/n und stellten dessen Ergebnisse der selbstberichteten Gesundheitskompetenz gegenüber. Dabei konnten sie so gut

wie keine Korrelation zwischen beiden feststellen. Gesundheitskompetenz geht natürlich über rein funktionale Aspekte von Lese-, Schreib- und Rechenkompetenzen hinaus, steht aber eng mit diesen in Zusammenhang. Solche funktionalen Aspekte haben den Vorteil, dass sie relativ gut standardisiert und altersadäquat getestet werden können, weil ziemlich genaue Vorstellungen davon existieren, welche derartigen Kompetenzen Kinder und Jugendliche in welchem Alter haben sollen.

## ■ Empfehlungen

Hinsichtlich der Messung von Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen auf einer breiten Ebene bedarf es, neben der selbstberichteten subjektiven Einschätzung der Schwierigkeit/Einfachheit von gesundheitsrelevanten Aufgaben, einer Überprüfung der funktionalen Kompetenzen, unter Berücksichtigung von Alter/Entwicklungsgrad sowie von sozialen, kulturellen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen.

Auf einer spezifischeren Ebene, beispielsweise im Rahmen von Evaluationen (viele Gesundheitsförderungsprojekte schreiben sich die Steigerung der Gesundheitskompetenz gerade als primäres Ziel auf ihre Fahnen) empfiehlt sich – in Ermangelung von geeigneten Erhebungsinstrumenten – ein pragmatischer Zugang. Eine Veränderung/Steigerung der Gesundheitskompetenz kann dabei über eine Kombination von spezifisch angepassten qualitativen und quantitativen Methoden erhoben werden (Vorher-Nachher-Erhebungen, idealerweise in einem Kontrollgruppendesign mit ergänzenden Interviews/Fokusgruppen).

»Verstehen, was der Arzt oder die Ärztin sagt« wird in den meisten Konzepten als ein, wenn nicht das zentrale Element von Gesundheitskompetenz identifiziert. Die inhärente Annahme Kinder und Jugendliche sollen die Kompetenz besitzen, den Arzt/die Ärztin zu verstehen, erweist sich in der Praxis als schwierig. Patientenzentrierte Kommunikation in der Erwachsenenmedizin wird als Standard an allen medizinischen

Universitäten gelehrt, eine verpflichtende Ausbildung zur Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen gibt es derzeit im deutschsprachigen Raum jedoch nicht [27]. Geht es um die Förderung von Gesundheitskompetenz, ist es hier jedenfalls zu wenig ausschließlich auf der Seite der Kinder und Jugendlichen anzusetzen. Ebenso falsch wäre es, einem Kind eine schlechte Gesundheitskompetenz zu bescheinigen, wenn es nicht versteht, was ein/e Arzt/Ärztin ihm sagt, der/die in seiner/ihrer Ausbildung nie die Möglichkeit hatte zu lernen, wie man einem Kind medizinische Informationen altersgerecht und adäquat vermittelt. Um langfristig zu erreichen, dass Kinder und Jugendliche Ärztinnen/Ärzte besser verstehen, gilt es, die patientenzentrierte Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen in der Ausbildung zu verankern. Auf Seite der Kinder und Jugendlichen bzw. deren Eltern könnte bis dahin ein Bewusstmachen ihrer Rechte zu einer Verbesserung führen: »Jedes Kind hat das Recht auf angemessene Beteiligung und Berücksichtigung seiner Meinung in allen das Kind betreffenden Angelegenheiten, in einer seinem Alter und seiner Entwicklung entsprechenden Weise«. Das bedeutet im Kern, dass jedes Kind und jeder Jugendliche das Recht darauf hat, dass seine Meinung und seine Sorgen von den behandelnden Ärztinnen/Ärzten berücksichtigt werden. Wenn etwas unklar oder unverständlich ist, haben sie gewissermaßen das Recht, dass es ihnen erklärt wird, bzw. so lange nachzufragen, bis sie es verstehen.

## ■ Zusammenfassung

Gesundheitskompetenz gewinnt in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung, sowohl in der Gesundheitsförderung als auch in der Gesundheitsbildung und wird mittlerweile als eine wichtige Gesundheitsdeterminante angesehen, deren Steigerung es ermöglichen soll, konkrete Verbesserungen bei Gesundheitsoutcomes herbeizuführen, gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren und das Gesundheitssystem mittel- bis langfristig zu entlasten. Im Vergleich zur Erwachsenenpopulation existieren für Kinder und Jugendliche jedoch verhältnismäßig wenig

Erkenntnisse über den Status ihrer Gesundheitskompetenz und ihre Bedeutung, und das obwohl das Jugendalter ein Lebensabschnitt ist, in dem das Gesundheitsverhalten der Heranwachsenden mitunter nachhaltig geprägt wird. Das immer öfter verwendete und mittlerweile allgegenwärtige Schlagwort »Gesundheitskompetenz« einerseits, sowie das Wissensdefizit, das rund um die Thematik von Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen herrscht andererseits, bilden den Rahmen des vorliegenden Beitrags, der einen Überblick über den aktuellen Stand der Forschung geben soll und versucht, offene Fragen zu beantworten.

---

Maier G:  
Health literacy among children and adolescents – challenges in measurement, and dealing with a buzzword

**Summary:** Health literacy has become increasingly important in recent years, both in health promotion and in health education and is now considered to be an important determinant of health, the increase of which is expected to bring concrete improvements in health outcomes, reduce health inequalities and improve the health care system long-term relief. Compared to the adult population, however, there are relatively few findings on the status of their health literacy and their importance for children and adolescents, even though adolescence is a period of life in which the health behavior of adolescents is sometimes markedly sustainable. The more frequently used and now ubiquitous buzzword »health literacy« on the one hand, and the knowledge deficit surrounding the topic of health literacy among children and adolescents on the other hand form the framework of the present article, which aims to provide an overview of the current state of research and tries to answer open questions.

*Keywords: health literacy – challenges – measurement*

---



## Literatur

1. Freedman D. A., Bess K. D., Tucker H. A., Boyd D. L., Tuchman A. M., Wallston K. A. Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine* 2009; 36: 446–451. doi:10.1016/j.amepre.2009.02.00.
2. Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000; 15: 259–267. doi:10.1093/heapro/15.3.259.
3. Peerson A., Saunders M. Men's health literacy in Australia: in search of a gender lens. *International Journal of Men's Health*. 2011; 10: 111–135. doi: 10.3149/jmh.1002.111.
4. HLS-EU Consortium. Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU. <https://www.healthliteracyeurope.net/hls-eu> (Zugriff März 2017).
5. Mantwill, S., Schulz, P. J. Low health literacy associated with higher medication costs in patients with type 2 diabetes mellitus: Evidence from matched survey and health insurance data. *Patient Education and Counseling* 2015; 98(12): 1625–1630. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.006>.
6. Haun, J. N., Patel, N. R., French, D. D., Campbell, R. R., Bradham, D. D., Lapcevic, W. A. Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study. *BMC Health Services Research* 2015; 15(1). <http://doi.org/10.1186/s12913-015-0887-z>.
7. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Boyle B, Hsu Y-c, Dunleavy E. Literacy in everyday life: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. 2007. Retrieved from <http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2007480>.
8. Lenartz, N. Gesundheitskompetenz und Selbstregulation. Göttingen, 2012.
9. D'Eath M, Barry MM, Sixsmith J. A rapid evidence review of interventions for improving health literacy. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); 2012.
10. Manganello, J. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Educ Res* 2008; 23(5): 840–847.
11. Wu, A.D., Begoray, D.L., Macdonald, M., Wharf Higgins, J., Frankish, J., Kwan, B., Fung, W., Rootman, I. Developing and evaluating a relevant and feasible instrument for measuring health literacy of Canadian high school students. *Health Promot Int* 2010; 25(4): 444–452.
12. Ghaddar S.F., Valerio M.A., Garcia C.M., Hansen L. Adolescent health literacy: The importance of credible sources for online health information. *J Sch Health*. 2012; 82: 28–36.
13. Haun J.N., Valerio M.A., McCormack L.A., Sørensen K., Paasche-Orlow M.K. (2014). Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. *J Health Commun*. 2014; 19 Suppl 2: 302–333. doi: 10.1080/10810730.2014.936571. Review. PubMed PMID: 25315600.
14. Berk, L. E. *Entwicklungspsychologie*. Pearson Deutschland GmbH, 2011.
15. Sørensen, K., Van den Broucke. S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 72: 80.
16. Committee on Health Literacy. Institute of Medicine, 2004 <http://www.iom.edu/?id=31489>.
17. Zarcadoolas Ch, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int* 2005; 20: 195–203.
18. Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., et al. Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. *BMC Public Health* 2017; 17(1). <http://doi.org/10.1186/s12889-017-4267-y>.
19. Ridder, P. *Einführung in die Medizinische Soziologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 1988 Retrieved from <http://link.springer.com/10.1007/978-3-322-85135-2>.
20. Flanagan, J. C. A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist* 1987; 33(2): 138–147. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.33.2.138>.
21. Glatzer, W., Mohr, H.-M. Quality of life: concepts and measurements. *Social Indicators Research* 1987; 19(1): 15–24. <http://doi.org/10.1007/BF00429996>.
22. Hinz, A., Hübscher, U., Brähler, E., Berth, H. Ist Gesundheit das höchste Gut? - Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage zur subjektiven Bedeutung von Gesundheit. *Das Gesundheitswesen* 2010; 72(12), 897–903. <http://doi.org/10.1055/s-0029-1246151>.
23. Lohaus, A., Ball, J. *Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern*. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG (Göttingen), 2006.
24. KiGGS Study Group. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der ersten Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 57(7), 2015. doi 10.1007/s00103-014-1973-9.
25. Fairbrother, H., Curtis, P., & Goyder, E. Making health information meaningful: Children's health literacy practices. *SSM - Population Health* 2016; 2: 476–484. <http://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.06.005>.
26. Okan, Orkan, P. Pinheiro, P. Zamora, U. Bauer. Health Literacy bei Kindern und Jugendlichen: Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand." *Bundesgesundheitsblatt -*

Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2015; 58(9): 930–941. doi:10.1007/s00103-015-2199-1.

27. Damm, L., Leiss, U., Habeler, W., Habeler, U. (Hg.)  
Ärztliche Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen. LIT-Verlag. Reihe: Medizin Bd. 17, 2014.

28. Abel T, Hofmann K, Ackermann S, Bucher S, Sakarya S.  
Health literacy among young adults: a short survey tool for public health and health promotion research. Health Promotion International. 2014. doi: 10.1093/heapro/dat096.

29. OECD. Pisa 2012 Ergebnisse. Ländernotiz Österreich. OECD, Paris, 2012.

Hinweis: Dieser Beitrag stellt im Wesentlichen eine Zusammenfassung des Forschungsberichts Maier, G., Felder-Puig, R. (2017): Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen. Herausforderungen und Überblick zum aktuellen Stand der Forschung. Wien: Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, verfügbar unter [www.ifgp.at](http://www.ifgp.at).

**Interessenkonflikt:** Der Autor erklärt, dass bei der Erstellung des Beitrags keine Interessenkonflikte im Sinne der Empfehlungen des International Committee of Medical Journal Editors bestanden.



Mag. Gunter Maier, BA  
Gesundheit Österreich GmbH  
Stubenring 6  
1010 Wien

[gunter.maier@goeg.at](mailto:gunter.maier@goeg.at)