HERAUSRAGENDE MASTERARBEITEN AM DISC

FACHBEREICH Sozialwissenschaften

STUDIENGANG Human Resources - Personalentwicklung

MASTERARBEIT

Entwicklung von Gesundheitskompetenz im Betrieb

AUTOR/IN

Maike Martens

TECHNISCHE UNIVERSITÄT KAISERSLAUTERN

DISTANCE AND INDEPENDENT STUDIES CENTER

Inhaltsverzeichnis

I. Abbildungsverzeichnis III

II. Tabellenverzeichnis III

1 Einleitung ..... - 1 -

1.1 VORGEHEN ..... - 2 -

2 Kompetenz ..... - 3 -

2.1 KOMPETENZBEGRIFF ..... - 3 -
2.2 DIE STRUKTURIERUNG VON KOMPETENZ ..... - 5 -
2.3 DIE HERAUSFORDERUNG ..... - 6 -
2.4 ZUSAMMENFASSEND: ERKENNTNISSE ZU KOMPETENZ: ..... - 7 -

3 Die Kompetenzentwicklung ..... - 7 -

3.1 DIE KOMPETENZSTUFEN ..... - 8 -
3.1.1 Wissensaufbau ..... - 9 -
3.1.2 Qualifikation ..... - 10 -
3.1.3 Wissenstransfer in die Praxis – Wertekommunikation ..... - 10 -
3.1.4 Kompetenzentwicklung - Wertinteriorisation ..... - 10 -
3.2 DER DIDAKTISCHE RAHMEN DER ERMÖGLICHUNG ..... - 11 -
3.2.1 Entwicklung der Kompetenz auf mehreren Ebenen ..... - 14 -
3.2.2 Anforderung an die Personalentwicklung ..... - 15 -
3.3 ZUSAMMENFASSEND: ERKENNTNISSE ZU KOMPETENZENTWICKLUNG: ..... - 16 -

4 Gesundheitskompetenz ..... - 17 -

4.1 BEGRIFF ..... - 18 -
4.2 INHALT, STRUKTUR UND DEFINITION ..... - 19 -
4.3 ZUSAMMENFASSEND: ERKENNTNISSE ZU GESUNDHEITSKOMPETENZ: ..... - 26 -

5 Entwicklung von Gesundheitskompetenz ..... - 27 -

5.1 DIE STUFEN DER GESUNDHEITSKOMPETENZENTWICKLUNG ..... - 27 -
5.1.1 Wissen – Health Literacy – aufbauen und entwickeln ..... - 27 -
5.1.2 Qualifikation ..... - 28 -
5.1.3 Wertekommunikation ..... - 29 -
5.1.4 Wertinteriorisation – Selbstbezogene Kompetenzen entwickeln ..... - 31 -
5.2 ZUSAMMENFASSEND: STUFEN DER GESUNDHEITSKOMPETENZENTWICKLUNG. - 33 -
5.3 DER RAHMEN DER ERMÖGLICHUNG ..... - 34 -
5.3.1 Organisationale Gesundheitskompetenz entwickeln ..... - 36 -
5.3.2 Anforderungen an die Personalentwicklung ..... - 38 -
5.4 GRENZEN DER ENTWICKLUNG VON GESUNDHEITSKOMPETENZ ..... - 40 -

6 Zusammenfassend:Erkenntnisse zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz- 42 -

6.1 BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN ..... - 42 -
6.2 ERFOLGSFAKTOREN FÜR DIE ENTWICKLUNG VON GESUNDHEITSKOMPETENZ . - 46 -

7 Handlungsempfehlungen zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz ..... - 48 -

7.1 MAKROEBENE – ORGANISATORISCHE FAKTOREN ..... - 48 -

7.2 ORGANISATION UND PERSONAL ..... - 51 -
7.3 PERSONALENTWICKLUNG ..... - 53 -
7.4 MIKROEBENE – MITARBEITENDE ..... - 55 -
7.5 EIN LERNARRANGEMENT ZUR ENTWICKLUNG VON GESUNDHEITSKOMPETENZ - 56 -
7.5.1 Ziele des Lernarrangements: ..... - 56 -
7.5.2 Rahmen der Ermöglichung schaffen ..... - 57 -
7.5.3 Die Leitplanken ..... - 58 -
7.5.4 Didaktisches Konzept – Hilfsfragen und Antworten ..... - 59 -
7.5.5 Reflexion, Qualität oder empirische Forschung ..... - 62 -
8 Aktueller Forschungsstand - Ausblick ..... - 64 -
9 Fazit ..... - 67 -
10 Literaturverzeichnis ..... - 68 -
11 Erklärung ..... - 74 -
12 Anhang - 74-

I. Abbildungsverzeichnis

ABB. 3-1 DIE STUFEN DES KOMPETENZLERNENS IN DER PRAXIS - 9 -
ABB. 6-1 GESUNDHEITSKOMPETENZ NACH (LENARTZ, 2012, S. 22) - 43 -
ABB. 6-2 VERSTÄNDNIS VON GESUNDHEITSKOMPETENZ IM BETRIEB - 45 -
ABB. 6-3 ENTWICKLUNG INDIVIDUELLER GESUNDHEITSKOMPETENZ - 44 -

II. Tabellenverzeichnis

TAB. 1: BETRIEBLICHES LERNEN IM KONTEXT - 14 -
TAB. 2: MODELLE ZU HEALTH LITERACY UND GESUNDHEITSKOMPETENZ IM VERGLEICH - 24 -
TAB. 3: BETRIEBLICHES LERNEN ZUR GESUNDHEITSKOMPETENZ - 47 -

Zur besseren Lesbarkeit sind die Abbildungen 6-2 und 6-3, sowie die Tabellen 2 und 3 im Anhang vergrößert dargestellt.

1 Einleitung

Globalisierter Wettbewerb, demografischer Wandel und Digitalisierung sind Trends, die Arbeitgeber und Beschäftigte vor neue Herausforderungen stellen. „Es werden künftig nur Unternehmen innovativ, wettbewerbsfähig und erfolgreich sein, denen es gelingt, qualifizierte Fachkräfte zu gewinnen, sowie ihre Beschäftigten zu motivieren, an sich zu binden und ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten“ (INQA, 2017). Dazu gehört auch die gesundheitliche Situation aller Beschäftigten[1].

Vermehrt wird über den Begriff Gesundheitskompetenz, nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auch im beruflichen Umfeld gesprochen. Die Hoffnung, die sich dabei mit dem Begriff Gesundheitskompetenz verbindet, ist die bewusste, optimierende Beeinflussung des individuellen Gesundheitsverhaltens und damit die Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Menschen. Diese Hoffnung besteht auf vielen Ebenen: der Gesellschaft, dem Gesundheitswesen, den Organisationen und bei jedem einzelnen Individuum.

Gesundheit rückt zunehmend in den Mittelpunkt politischer und wirtschaftlicher Betrachtungen, die sogenannte Gesundheitsgesellschaft verändert die Rollen der beteiligten Institutionen und rückt die Verantwortung für Gesundheit auch bei den Arbeitsbedingungen in den Mittelpunkt der Betrachtung (vgl. Kickbusch, 2006, S. 55). Zudem ist die Eigenverantwortung und Gesundheitskompetenz der Erwerbstätigen gefordert und die Arbeitgeber sollen deren Kompetenz-Stärkung forcieren (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017, S. 137).

Aus betrieblicher Sicht stellt Gesundheitskompetenz daher ein neues Ziel dar. Dabei ist eine Abgrenzung zu bisherigen betrieblichen Begriffen wie Gesundheitsförderung oder Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) vorzunehmen[2]. Ebenso besteht die Notwendigkeit, Gesundheitskompetenz zu identifizieren und mit Blick auf die sehr persönliche, individuelle Gesundheit der Mitarbeitenden die betrieblichen Grenzen der

[1] Im Sinne einer geschlechtergerechten Sprache wird vornehmlich eine neurale Form gewählt (z.B. die Mitarbeitenden); zu besseren Lesbarkeit wird in einigen Fällen die männliche Form verwandt (der Mitarbeiter), damit sind selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

[2] Gesundheitsaktionen und Gesundheitsförderung im Rahmen betrieblicher Maßnahmen zielen beispielsweise auf den Arbeits- und Gesundheitsschutz, der Verbesserung der allgemeinen Gesundheit der Mitarbeitenden und in geringem Maße auch auf deren Gesundheitsverhalten, zum Beispiel bei Suchtverhalten oder Ernährung und Bewegung.

Beeinflussung und der Machbarkeit zu betrachten. Für Organisationen, Betriebe oder Unternehmen[3] - im Lebensraum Arbeit- stellen sich folgende Fragen:

Kann eine Entwicklung von Gesundheitskompetenz im Betrieb unterstützt werden?

Aus Sicht der Autorin wird vermutet, dass eine Entwicklung ebenso unterstützt werden kann, wie bei anderen beruflichen Kompetenzen auch. Daher wird die These aufgestellt, dass die Entwicklung der Gesundheitskompetenz im betrieblichen Umfeld unterstützt werden kann.

Wie kann der Betrieb die Entwicklung positiv beeinflussen?

Aus Sicht der Autorin wird vermutet, dass Faktoren aufgezeigt werden können, die eine Entwicklung von Gesundheitskompetenz im Betrieb positiv beeinflussen. Darüber hinaus könnte die betriebliche Personalentwicklung durch didaktisch fundierte Angebote die individuelle Entwicklung von Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter unterstützen.

1.1 Vorgehen

Eine explorative Literaturrecherche in Fachbüchern, Fachzeitschriften, im Internet und Studienbriefen zeigt die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Thema auf. Die Recherche und Aufarbeitung von Modellen, Konzepten und weiteren wichtigen Grundlagen verläuft über eine Suchrichtung von Modellen zu Kompetenz und Kompetenzentwicklung auf betrieblicher Ebene, zu Gesundheitskompetenz sowie Hinweisen zu individueller Gesundheitskompetenzentwicklung auf betrieblicher Ebene und zu betrieblichen Rahmenbedingungen zum Kompetenzlernen von Gesundheit und Sicherheit. Dabei steht die betrieblicher Ebene im Vordergrund. Ziel der Arbeit ist nicht die Suche nach richtigen oder wahrheitsgetreuen Erkenntnissen, dies kann aufgrund der betrieblichen und individuell unterschiedlichen Situationen nicht geleistet werden. Vielmehr werden die bisherigen wissenschaftlichen Arbeiten in einer stetigen Auseinandersetzung mit der Fragestellung über nützliche Erklärungen und praxisorientierte Impulse für eine Entwicklung der Gesundheitskompetenz untersucht. Das deduktive Vorgehen wurde gewählt, um wissenschaftlich gesicherte Erfolgsfaktoren und möglicherweise Handlungsempfehlungen sowie didaktisch fundierte Maßnahmen im Betrieb ableiten zu können.

[3] Die Begriffe Organisation, Betrieb und Unternehmen werden in dieser Arbeit synonym verwendet.

Eine (berufliche) Kompetenzbildung ist theoretisch erforscht und praktisch in vielen Betrieben schon etabliert. Es soll zunächst untersucht werden, ob die bisherigen Erkenntnisse in Bezug auf berufliche Kompetenz und Kompetenzentwicklung als betriebliche Zielrichtung auf die Gesundheitskompetenz und die Entwicklung der Gesundheitskompetenz im Betrieb übertragen werden können. Deshalb wird zunächst ein Verständnis für Kompetenz und Kompetenzentwicklung geschaffen, bevor die Gesundheitskompetenz und ihre Entwicklung im Betrieb im Mittelpunkt stehen. Dies soll erreicht werden, indem wissenschaftliche Erkenntnisse zu den genannten Begriffen, Inhalten und Strukturen sowie zu den Prozessen und Rahmenbedingungen der Entwicklung gesammelt, gegenübergestellt und bewertet werden.

Anschließend werden die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den didaktischen Möglichkeiten zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz anhand des Prozesses zur betrieblichen Kompetenzentwicklung (Kompetenzstufen) aufgezeigt. Diese strukturierte Zusammenführung und Aufbereitung bietet die Möglichkeit, Erfolgsfaktoren abzuleiten, die eine Grundlage für betriebliche Handlungsempfehlungen bilden. Die Handlungsempfehlungen sollen für die betriebliche Praxis Impulse und konkrete Herangehensweisen bieten. Zusätzlich wird ein didaktisch fundiertes Lernarrangement als betriebliches Beispiel skizziert. Für betrieblichen Akteure bietet sich die Möglichkeit, dieses Beispiel im eigenen Betrieb direkt umzusetzen.

Zur Beantwortung der Fragestellungen ist es zuerst erforderlich, ein Verständnis von Kompetenz und Kompetenzentwicklung aufzuzeigen, um es im Verlauf der Arbeit der Gesundheitskompetenz und ihrer Entwicklung gegenüberstellen zu können. Wie im folgenden Kapitel (2) deutlich wird, grenzt die Blickrichtung dieser Arbeit (auf den betrieblichen Bereich) die Auswahl der wissenschaftlichen Modelle und Quellen ein. Zusätzlich werden nur solche Quellen beleuchtet, die einen Beitrag zum Thema Gesundheitskompetenz liefern können.

2 Kompetenz

2.1 Kompetenzbegriff

Vonken (2005, S.19) sieht den Beginn der Kompetenz in einem der wohl einflussreichsten und frühesten Ansätze aus der Sprachtheorie und -philosophie der Linguistik von Noam Chomsky (1970). Er zitiert ihn mit seiner Definition von Kompetenz als „die Kenntnis des Sprecher-Hörers von seiner Sprache", während Performanz „der aktuelle Gebrauch der Sprache in konkreten Situationen" ist (Chomsky,1970, S.14 zitiert

nach Vonken, 2005, S. 20). Es wird wissenschaftlich kontrovers diskutiert, was es beinhaltet, kompetent zu sein, ob man eine Kompetenz besitzen kann, bzw. ob Kompetenz erworben und wie sie erfasst werden (vgl. Brödel, 2002, S. 40). Die Bildungsdiskussion erstreckt sich über Strömungen des berufspädagogischen, des erwachsenenpädagogischen, des psychologischen bzw. arbeitspsychologischen und des betriebs- bzw. personalwirtschaftlichen Diskurses um das Erwachsenenlernen (vgl. Arnold, 2002, S. 30). Die Beschreibung von Weinert (2001) findet sich in verschiedenen Werken wieder:

> Man versteht „unter Kompetenzen die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können“ (Weinert, 2001, S. 27).

Im Gegensatz dazu wird im Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) Kompetenz im Sinne der Übernahme von Verantwortung und Selbstständigkeit beschrieben:

> „In the context of EQF, competence is described in terms of responsibility and autonomy, Level 7 - Manage and transform work or study contexts that are complex, unpredictable and require new strategic approaches; take responsibility for contributing to professional knowledge and practice and/or for reviewing the strategic performance of teams“ (European Commission, 2017).

Der Europäische Qualifikationsrahmen (EQR) versucht ebenso wie der daraus abgeleitete Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) eine Vergleichbarkeit von bescheinigten und zertifizierten Kompetenzen oder Abschlüssen herzustellen. Damit geht von beiden eine gewisse Strahlkraft für die berufliche Kompetenz aus.

Kompetenz wird in den oben genannten Definitionen häufig im Zusammenhang mit den Begriffen Wissen, persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten, Kenntnisse, Fertigkeiten sowie Bereitschaft des Einzelnen, Verantwortung und Selbstständigkeit, Verhalten und Handlungskompetenz genannt. Darüber hinaus werden vereinzelt auch Verhaltensweisen und persönlichkeitsnahe Merkmale mit in den Kompetenzbegriff einbezogen. Erpenbeck und von Rosenstiel (2007) sprechen auch von Selbstorganisationsdispositionen, wenn sie beschreiben, dass Kompetenzen Fähigkeiten sind, in offenen, unüberschaubaren, komplexen, dynamischen und zuweilen chaotischen Situationen kreativ und selbstorganisiert zu handeln (vgl. Erpenbeck & von Rosenstiel, 2007).

In der beruflichen Perspektive stellt Vonken (2005, S.39) so etwas wie einen Mainstream zugunsten eines Kompetenzbegriffes rund um Erpenbeck fest, der sich an die

arbeitspsychologischen Kompetenztheorien anlehnt und „die Kompetenz als Steuerungsmechanismus menschlichen Handelns in Verbindung mit der Bereitschaft zu Handeln und emotionalen sowie wertbezogenen Aspekten“ versteht.

Kompetenz ist ein Konstrukt, welches Menschen Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten ebenso wie ein Wollen und eine Motivation zur Handlung zuschreibt. Performanz ist das beobachtbare Produkt der Kompetenz, welches über die beobachtbare Handlung den gewünschten Output darstellt. Die Handlung als Performanz setzt ein Handeln wollen voraus. (vgl. Hamacher, Eickholt, Lenartz, & Blanco, 2012, S. 57; Vonken, 2005, S. 52) Das Kompetenzkonstrukt meint den gesamten Menschen mit seiner gesamten Persönlichkeit und schließt auch die individuellen Persönlichkeitsaspekte ein (vgl. Vonken, 2005, S. 38).

Im Gegensatz zur Kompetenz bleibt die Qualifikation in der Regel über längere Zeit bestehen und verliert nicht ihre Gültigkeit oder ihre Wertigkeit. Die Qualifikation wird von einer dritten Stelle definiert, geprüft oder bescheinigt; eine Einbeziehung von Motivation, oder von Persönlichkeitsaspekten ist nicht notwendig. Deshalb ist die Qualifikation fremdbezogen. (vgl. Arnold, 2000; Erpenbeck, Grote, & Sauter, 2017, S. XVII)).

2.2 Die Strukturierung von Kompetenz

Es gibt unter anderem Kompetenztypen,-klassen, -bereiche, -dimensionen, -gruppen, -facetten, -formen, -komponenten oder -arten. Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob sich ein Konstrukt wie Kompetenz theoretisch überhaupt derart strukturieren lässt, oder ob nicht vielmehr mit zunehmender Unterteilung nur Aspekte der Kompetenz gemeint sein können (vgl. Vonken, 2005, S. 55). Eine einheitliche Strukturierung fehlt ebenso wie eine valide Abgrenzung und empirische Untersuchungen zu den angrenzenden Begriffen wie Leistung, Fähigkeit, Begabung, Eignung, Tüchtigkeit, Talent, Lernen, Wissen und Intelligenz (vgl. Wilhelm & Nickolaus, 2013).

Erpenbeck und Sauter (2015, S.87) identifizieren beispielsweise vier Kompetenzklassen als Bereiche zu denken und zu handeln: personale Kompetenzen, aktivitätsorientierte Kompetenzen, fachlich-methodische Kompetenzen und sozial-kommunikative Kompetenzen. Die weitere Strukturierung und Zuordnung von Kompetenzklassen führt zum Beispiel bei Heyse und Erpenbeck (2009) zu einem Kompetenzatlas mit 64 Kompetenzen, die für ein betriebliches Kompetenzmodell und zur Kompetenzmessung genutzt werden können. Mehrere Kompetenzen werden zusammengefasst und beleuchten die jeweiligen Situationen und Arbeitsbereiche, in denen sich die Handlung

zeigen soll (vgl. ebd., S. 88). Die Strukturierung und Messung von Kompetenzen spielt für diese Arbeit eine untergeordnete Rolle; im Kapitel 5.1.3.2 wird kurz auf die Messung von Gesundheitskompetenz eingegangen.

Kompetenzen sind situationsbezogen zu betrachten und können nur im Zusammenhang mit den konkreten Herausforderungen bewertet werden. Um konkrete Situationen und Bereiche betrachten zu können, in denen sich Kompetenzen zeigen, wird von Hamacher et al. (2012, S. 27) unter anderem die Aufteilung der Kompetenzen nach Kompetenzfeldern, Handlungsfeldern (zum Beispiel Arbeit oder Familie) und inhaltsbezogenen Aspekten (zum Beispiel Gesundheit oder Sprachen) vorgenommen. Übertragen auf diese Arbeit, bewegt sich das Thema im Handlungsfeld Arbeit mit dem Aspekt Gesundheit.

2.3 Die Herausforderung

Die Bewertung von Handlungen, von Fähigkeiten und Fertigkeiten oder von Motivation der Mitarbeitenden im betrieblichen Umfeld erfolgt durch Führungskräfte und/oder durch Kollegen. Damit schreiben Außenstehende dem Handelnden Kompetenz zu (oder eben nicht). Nur der Handelnde selbst kann allerdings beurteilen, ob er handeln will und wie bewusst sein Handeln ist. Die Wissenschaft betont deshalb, dass Kompetenz subjektzentriert ist (vgl. Vonken, 2005, S. 51; Arnold, 2017, S. 99). Dies stellt für die betriebliche Praxis eine erhebliche Herausforderung dar, da Kompetenzen nicht in gleichem Maße transparent und vergleichbar sind, wie zum Beispiel Qualifikationen. In unterschiedlichster Zielrichtung, Güte und Ausprägung werden Verfahren, Checklisten, Dokumentationen entwickelt und eingesetzt mit dem Ziel, die Performanz, Fähigkeiten, Eigenschaften und Kompetenzen sichtbar zu machen, zu bewerten und Hinweise zur Entwicklung zu identifizieren. Eine aktuelle Auswahl von vorhandenen, praktisch erprobten Instrumenten findet sich im Handbuch Kompetenzmessung (Erpenbeck, Grote, & Sauter, 2017).

Eine weitere Herausforderung besteht in der Bewertung der gezeigten Handlungen der Mitarbeitenden. Das eigene Wertesystem dient jedem Handelnden dazu, die in der unvorhergesehenen Situation erforderlichen richtigen Entscheidungen zu treffen. Stimmen die eigenen Werte nicht mit denen des Betriebes in dieser Situation überein, kommt es zu unterschiedlichen Bewertungen und Spannungen. Kritiker sehen die Intention der Kompetenz auf wirtschaftliche Wertschöpfung begrenzt und bezweifeln

sogar eine humanitäre, auf Selbstbestimmung ausgerichtete, Nutzung des Kompetenzbegriffs (vgl. Geißler & Orthey, 2002, S. 72).

2.4 Zusammenfassend: Erkenntnisse zu Kompetenz:

Was ist Kompetenz?

Es besteht Einigkeit darüber, dass Kompetenz ein Konstrukt ist, welches Menschen Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten ebenso wie ein Wollen und eine Motivation zur Handlung zuschreibt. Folgendes Verständnis wird dieser Arbeit zugrunde gelegt: Kompetenzen sind Fähigkeiten in offenen, unüberschaubaren, komplexen, dynamischen und zuweilen chaotischen Situationen kreativ und selbstorganisiert zu handeln (Selbstorganisationsdispositionen) (vgl. Erpenbeck & von Rosenstiel, 2007, Vorwort).

Die Kompetenz ist subjektzentriert. Nur der Mensch selbst kann seine Bildung vorantreiben, seine Motivation, seine verinnerlichten Werte beurteilen, und doch wird Kompetenz von außen bewertet, gemessen und beurteilt.

Im Hinblick auf die Forschungsfrage fällt auf, dass in keinem der für den betrieblichen Bereich betrachteten Kompetenzmodelle, -strukturierungen, Kompetenzatlas oder Kompetenzmessverfahren die Zielrichtung Gesundheit, körperliche Ressourcen oder Beschäftigungsfähigkeit als mögliche Kompetenz oder auch als Teilaspekt oder als Handlungsfeld in Betracht gezogen wird. Das bisherige Fehlen könnte Indiz dafür sein, dass Kompetenz auf wirtschaftliche Interessen bezogen ist (vgl. Geißler & Orthey, 2002, S. 72) oder Gesundheit im betrieblichen geprägten Rahmen eine eher neue Zielrichtung ist (vgl. Kickbusch, 2006, S. 5).

Im folgenden Kapitel (3) werden Erkenntnisse und Modelle zur Entstehung und Entwicklung von Kompetenz im betrieblichen Umfeld untersucht. Dabei zeigt sich, dass die Wissenschaftler um Erpenbeck und Arnold in diesem Bereich seit Jahren grundlegende und umfangreiche Forschungen vornehmen. Sie werden deshalb vorrangig zum Erkenntnisgewinn herangezogen, die Auswahl der Quellen ist aber nicht auf sie beschränkt.

3 Die Kompetenzentwicklung

„Die Grundlage der Veränderung und Entwicklung bildet das Lernen“ (Erpenbeck, Grote, & Sauter, 2017, S. XVIII). Dabei steht nicht die Art des Lernens im Fokus, welche wir mit den bisherigen Erfahrungen aus der Schule oder der Hochschule verbinden. Kompetenzentwicklung ist vielmehr ein lebensbegleitender Prozess, der sich durch

individuelle Entwicklungsprozesse ganz unterschiedlich strukturierte Formen des Lernens sucht. Kompetenz entsteht in verschiedenen Lernformen, -orten und Zusammenhängen. Es sind oft die langfristigen Lernprozesse, auf denen kompetentes Handeln basiert und die sich auf die Kompetenzentwicklung auswirken. (vgl. Hamacher et al., 2012, S. 82)

Besonders wichtig erscheint im Zusammenhang der Arbeit, dass sich das Ergebnis von Kompetenz als zielgerichtetes und bewusstes Handeln deutlich vom Verhalten unterscheidet, welches ohne eine kritische Reflexion erfolgt. Erforderlich sind deshalb Lernprozesse, die durch regelmäßige Fokussierung auf die eigenen Lernerfahrungen unterstützt werden, z.B. durch eine reflexive Bildung (vgl. Arnold, 2017, S. 103). Außerdem wird Handeln maßgeblich durch Emotionen bestimmt. Deshalb ist es für Kompetenzentwicklungsprozesse notwendig, „kognitive und emotionale Strukturen und Prozesse aktiv und nachhaltig zu verändern“ (Erpenbeck & Sauter, 2015 b, S. 19). „Kompetenzen können nicht entwickelt oder gar erzeugt werden, ihre Reifung kann aber gefördert werden“ (Arnold, 2017, S. 111). „Kompetenzen können nicht gelehrt, sondern deren Entwicklung nur ermöglicht werden“ (Erpenbeck, Grote, & Sauter, 2017, S. XIII).

Die Anforderungen für Betriebe, zur Entwicklung von Kompetenz beizutragen, beschränken sich damit nicht auf die Zurverfügungstellung von Unterrichtsräumen oder Lehrpersonal. Die betriebliche Bildung sollte sich um eine didaktisch-methodische Planung und Konzeption bemühen (vgl. Erpenbeck & Sauter, 2015, S. 21).

Um Unterstützung ableiten und konzipieren zu können, ist es wichtig zu wissen, in welchen Schritten oder Stufen die individuelle Kompetenzentwicklung erfolgt. Aus diesem Wissen können dann entsprechende Unterstützung zur (individuellen) Kompetenzentwicklung abgeleitet und konzipiert werden. Die im Folgenden dargestellten Kompetenzstufen bieten hierfür einen entsprechenden theoretischen Rahmen mit dem Fokus auf eine didaktisch-methodische Unterstützung durch den Betrieb

3.1 Die Kompetenzstufen

Grundsätzlich kann kein Mitarbeitender durch Außenstehende entwickelt werden, sondern seine Entwicklung kann lediglich unterstützt, vorbereitet, didaktisch aufbereitet oder motivational begleitet werden. Kompetenzentwicklung erfolgt in mehreren Stufen:

1. Wissensaufbau: Selbstorganisierter Aufbau des formellen Wissens sowie der Methoden und Instrumente

2. Qualifikation: Selbstorganisierte Sicherung des aufgebauten Wissens
3. Wissenstransfer in die Praxis: Anwendung des erworbenen Wissens im eigenen Arbeitsbereich
4. Kompetenzentwicklung: Im Prozess der Arbeit und in Projekten sowie im Netz. (vgl. Erpenbeck & Sauter, 2015 b, S. 21)

Abbildung 3-1 Die Stufen des Kompetenzlernens in der Praxis (Erpenbeck & Sauter, 2015, S.21)

Das selbstorganisierte Lernen nimmt bei den vier Stufen einen großen Stellenwert ein, daher ist die Motivation zum Lernen und zur eigenen Kompetenzentwicklung Voraussetzung für eine gelingende Kompetenzentwicklung. Wie muss man sich Kompetenzentwicklung in den einzelnen Stufen vorstellen?

3.1.1 Wissensaufbau

Die Aktivität der Kompetenzentwicklung erfolgt durch den Menschen, der sich sein Wissen aktiv aneignet. Aus konstruktivistischer Sichtweise erfolgt die Einbettung und Vernetzung der aufgenommenen Inhalte und Bewertung des neuen Wissens mit bereits

vorhandenen Erfahrungen und Vorwissen aktiv durch den Lerner. „Wissen ist die Kombination von Daten und Informationen, unter Einbeziehung von Expertenmeinungen, Fähigkeiten und Erfahrungen mit dem Ergebnis einer verbesserten Entscheidungsfindung. Wissen kann explizit und/oder implizit, persönlich und/oder kollektiv sein“ (Erpenbeck & Sauter, 2015 b, S. 3). Eine Verzahnung des impliziten und expliziten Wissens durch Reflexion des Praxiswissens führt dabei zu kompetentes Handeln (vgl. Hamacher et al., 2012, S. 86).

3.1.2 Qualifikation

Das Wissen und die Fertigkeiten werden in der nächsten Stufe weiter vertieft und gesichert. Durch Übungen und Praxisaufgaben wird das Wissen angewendet und Routinen werden aufgebaut. Eine vertiefte Einordnung von neuem Wissen entsteht durch das Anwenden und das Verstehen im Kontext der bisherigen Routinen. In der allgemeinen Bildungslandschaft erhalten Teilnehmer von Qualifikationen nach dieser Stufe Zertifikate oder Urkunden, in denen ihre Kenntnisse und Fertigkeiten bescheinigt werden. Die Persönlichkeit und die Umgebung des Lernenden werden erst in der nächsten Stufe der Kompetenzentwicklung relevant.

3.1.3 Wissenstransfer in die Praxis – Wertekommunikation

Im Wissenstransfer begegnen dem Lernenden ähnliche, oder neue Aufgaben mit anderen Anforderungen. Indem eine Bewertung und eine Einordnung in bereits vorhandene Wertesysteme stattfinden, wird in der dritten Stufe das aufgenommene Wissen in bereits bestehende Wissensarchitekturen aufgenommen. Hierzu sind eine individuelle Bewertung und eine Neubewertung von alten Verhaltensweisen notwendig (vgl. Arnold, 2014, S. 137). Kompetentes Handeln erfordert eine Selbstreflexion und ein gesundes Maß an Selbstbewusstsein in Bezug auf die anzuwendenden Werte und Normen. Diese Werte müssen am Arbeitsplatz und im Betrieb, in echten beruflichen Situationen, kommuniziert und nachgehalten werden (vgl. Erpenbeck & Sauter, 2015, S. 83).

3.1.4 Kompetenzentwicklung - Wertinteriorisation

Aus der betrieblichen Perspektive können Erfahrungen mit Problemstellungen aus der Arbeit auch nur im betrieblichen Kontext verortet werden. Die mit Kompetenz zu meisternden komplexen Situationen können sich also nur im Prozess der Arbeit ausreichend darstellen.

> „In Wahrheit ist die Aneignung von Kompetenzen mit der sogenannten Interiorisation, von Regeln, Werten und Normen zu eigenen Emotionen und Motivationen verbunden. Das geschieht nur im unmittelbaren geistigen oder körperlichen Handeln, unter der Notwendigkeit, Widersprüche, Konflikte, Verunsicherungen auszuhalten, die dadurch entstehenden Dissonanzen und Labilisierungen schöpferisch zu verarbeiten und so zu neuen Emotionen und Motivationen zu gelangen. Regeln, Werte und Normen bilden die Kerne von Kompetenzen. Werden sie interiorisiert – während zugleich das notwendige Sachwissen erworben wird – sprechen wir von Kompetenzentwicklung“ (Erpenbeck & Sauter, 2015 b, S. VII).

In den Stufen der Kompetenzentwicklung (siehe Abbildung 3-1) schließt sich der Stufe Wertinteriorisation die Stufe Wissensaufbau an, da durch sie immer neues Wissen die bisherige Kompetenz beeinflusst und entwickelt wird. Der Kreis, bzw. das Rad schließt sich. Aus der Idee des Rades kann darüber hinaus abgeleitet werden, dass Impulse und Einstiegsmöglichkeiten in die Kompetenzentwicklung in jeder Stufe erfolgen können. Zum Beispiel kann durch eine individuelle Werteveränderung zur Gesundheit (wegen einer akuten Krankheit) das Bedürfnis entstehen, zusätzlich Wissen aufnehmen zu wollen, Qualifikationen zu erwerben und somit die eigene Kompetenzentwicklung voranzutreiben.

Da die individuelle Entwicklung nicht losgelöst von den Verhältnissen im Betrieb und der didaktisch-methodischen Planung von Lernprozessen betrachtet werden kann, werden die Impulse und Erkenntnisse zu diesem Abschnitt (3.1) gemeinsam mit den Erkenntnissen aus dem folgenden Abschnitt (3.2) am Ende des Kapitels zur Entwicklung der Kompetenz zusammengefasst (s.Kap.3.3). Im folgenden Abschnitt werden zunächst nützliche Impulse für das betriebliche Lernen, für eine kompetenzorientierte Didaktik und kompetenzfördernde Lernformen beleuchtet, bevor die Rahmenbedingungen auf mehrere Ebenen ausgeführt untersucht werden.

3.2 Der didaktische Rahmen der Ermöglichung

Die Herausforderung für die Gestaltung innovativer betrieblicher Lernsysteme liegt darin, einen Lernrahmen zu schaffen, der selbstorganisierte Lernprozesse aller Beteiligten ermöglicht. Dazu ist eine Entwicklung der betrieblichen Bildung notwendig, die sich öffnet für Kritik, die sich hinterfragt und sich selbst reflektiert. Arnold (2017, S. 98) macht die bestehende Herausforderung deutlich, indem er formuliert: „Eine Pädagogik der Anleitung zur Selbstentwicklung ist paradox.“ Daher plädiert er für eine veränderte Lernkultur, die dem Individuum mehr Freiraum bietet. Dabei sollte betriebliche Bildung nur im Rahmen einer pädagogischen Professionalität agieren (vgl. Arnold, 2014, S. 25).

Die Kriterien für einzusetzende Lernarrangements ergeben sich aus der Didaktik, die sich mit der Angemessenheit, Nützlichkeit und Umsetzbarkeit von Methoden beschäftigt (vgl. Arnold, 2014, S. 128). Es wird nach Lernformen gesucht, die Kompetenzentwicklung ermöglichen, denn „eine von außen initiierte Kompetenzentwicklung kann letztlich nur so erfolgreich sein, wie es derjenige, dessen Kompetenz entwickelt werden soll, zulässt“ (Vonken, 2005, S. 53). Dem informellen Lernen wird für die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz hohe Bedeutung beigemessen, denn es orientiert sich an Inhalten der Arbeit und an Arbeitsabläufen (vgl. Dehnbostel, 18./19.09.2003, S. 10). Zusätzlich ist in der betrieblichen Praxis die Hinwendung zu einer ganzheitlichen persönlichen Entwicklung der Selbstorganisationsdispositionen der Mitarbeitenden notwendig. Die Herausforderung besteht darin, das Lernen am Arbeitsplatz so zu begleiten und zu gestalten, dass die Organisationsentwicklungsprozesse und die Veränderungen im Unternehmen integriert werden und gleichzeitig die individuelle Kompetenzentwicklung ermöglicht wird. Arnold Arnold (2017, S. 111) spricht von Singularitätsdidaktik, wenn er eine konsequente Teilnehmerorientierung im Lernprozess fordert. Persönlichkeitsbildung oder der Aufbau von Selbstlern- und Selbstorganisationskompetenzen in betrieblichen Settings ist noch neu und nicht hinreichend erforscht. Strukturen, Methoden und Prozesse, Führungs- und Unternehmenskultur, Haltung in der Didaktik, pädagogische Individualisierungsstrategien sowie digitale Lernumgebungen sind für diese Zielrichtung notwendig (vgl. ebd., S. 111).

Zunehmend finden wissenschaftliche Ansätze mehr Raum, die Mitarbeiter im betrieblichen Umfeld mehr beteiligen, mehr Verantwortung übertragen. Empowerment wird übersetzt mit Ermächtigung und untersucht im Rahmen von Führungsverhalten und Führungstheorien die Freiräume zwischen Führungskraft und Mitarbeitende.

> „Ein ermächtigendes Führungsverhalten zielt auf die Selbstentwicklung der Geführten und Teammitglieder. Die Führungskraft gewährt hoch qualifzierten Wissensarbeitern und Fachkräften jenen erwünschten Freiraum, welchen es zur Förderung von Kreativität, Innovation und Höchstleistungen benötigt. Auf Basis hoher fachlicher Kompetenzen und Autonomie wird die aufgabenbezogene intrinsische Motivation gefördert und Flow-Zustände können vermehrt auftreten. Empowering Leadership kommt einem zentralen Wunsch von hoch qualifzierten Wissensarbeitern („Leading Einsteins“) entgegen, dem Bedürfnis nach Selbstverwirklichung, Autonomie und Selbstkontrolle“ (Furtner, 2017, S. 1).

Als Grundlage des Empowerments gilt der Self-Leadership-Ansatz, hinter dem die Forderung steht, Führungskräfte (und in der konsequenten Folge auch Mitarbeitende) sollten sich in erster Linie selbst führen können (vgl. Furtner, 2017, S. 4).

Weiterbildung muss sich mit den Räumen selbstorganisierten Lernens beschäftigen, in denen vielfältige Zugänge in einem Klima der Wertschätzung angeboten werden (vgl. Arnold, 2017, S. 111). Die Gestaltung von solchen Räumen selbstorganisierten Lernens wird beeinflusst durch mehrere Trends und Erkenntnisse, die auch Auswirkung auf Handlungsempfehlungen und Lernarrangements zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz im Betrieb haben (siehe Kapitel 5):

Zum einen sind Digitalisierung und Informationstechniken zum Treiber der Entwicklung auf fast allen Gebieten geworden. Der Markt an digitalen Lernangeboten wächst, der Trend zur zunehmenden Vernetzung und zum Lernen von Computern wird mit dem Schlagwort Arbeitswelt oder Industrie 4.0 beschrieben. In dieser Entwicklung bieten sich Chancen des Lernens, die heute noch nicht abschließend greifbar sind. Der Lernpartner Computer könnte das Erfahrungswissen aus früheren Entscheidungen des Lernens extrahieren, es sichtbar machen und reflektieren (vgl. Erpenbeck, 2017, S. 127).

Des Weiteren lassen die neurobiologischen Erkenntnisse uns unsere Verhaltensweisen und Wirkungszusammenhänge besser verstehen. Die Modellierung des Gehirns durch die Selbstorganisationstheorie zeigt, dass Lernen mit emotionalen Bewertungen und mit Werten zusammen gespeichert werden. Moderne neurobiologische Forschungen zeigen, „dass im Gehirn drei limbische Ebenen sozial-emotional zusammenwirken. Eine vierte, die kognitiv-sprachlich-rationale Ebene hat von sich aus keinen Einfluss auf unser Handeln und damit auf unsere Kompetenzen, sondern immer nur in Verbindung mit den anderen Ebenen“ (ebd., S. 124). Selbstorganisiertes Lernen ist also zwingend mit emotionalen Erfahrungen verbunden.

Darüber hinaus sind kooperatives und kollaboratives Lernen Zukunftstrends, die durch neue Informationstechnologien möglich und weiterentwickelt werden. Gemeinsames Arbeiten und Austauschen in virtuellen Räumen ermöglicht darüber hinaus die Bildung von betriebsinternen oder betriebsübergreifenden Wissensnetzwerken. Digitale Lernangebote bieten die Möglichkeit der Verbindung und neue Lernwege, die sowohl die kognitiv-relationalen Ebene, als auch die sozial-kommunikativen Ebenen des Menschen berühren. Georg Siemens als Erfinder und Verfechter von großen Online-Seminaren (Massive Open Online Cources-Mooc`s) prägte den Begriff des Konnektivismus, um deutlich zu machen, dass Lernende über den Austausch im Netz nicht nur Wissen

weitergeben, sondern auch emotional und sozial angesprochen und eingebunden werden (vgl. Erpenbeck, 2017, S. 125; McAuley, Stewart, Siemens, & Cormier, 2010).

3.2.1 Entwicklung der Kompetenz auf mehreren Ebenen

Bisher wurde ausschließlich die Entwicklung der individuellen Kompetenzentwicklung beleuchtet. Eine Diskussion über Kompetenzen und Kompetenzentwicklung, die dem Zusammenspiel von Individuen, Organisationen und Gesellschaft Rechnung trägt, kann allerdings auch auf der Ebene des Individuums (Mikro), der Ebene der Organisation und interorganisationaler Netzwerke (Meso) sowie auf der Ebene der Institutionen bzw. der Gesellschaft (Makro) geführt werden (vgl. Windeler & Sydow, 2014, S. 9). Ein Verständnis für die Faktoren im betrieblichen Lernen wird benötigt, um die Erfolgsfaktoren für die Entwicklung von Gesundheitskompetenz einordnen zu können. Betriebliches Lernen als dynamische Entwicklung verzahnt sich in einem inner- und überbetrieblichen System:

	Gesellschaftlicher Rahmen	Technologischer Rahmen	Wirtschaftlicher Rahmen	Politischer und rechtlicher Rahmen
Mesoebene	Arbeit und Lernen als Werte in der Gesellschaft	Technische Infrastruktur und Nutzungsmöglichkeiten	Wirtschaftl. Situation des Landes und der Branche	Gesellschaftliche Akzeptanz von Kompetenzen
Makroebene	Unternehmenskultur und Reflexivität	Unternehmens-IT	Unternehmensstrategie Managementtheorie	Projekt- und Veränderungsmanagem ent
Organisation und Personal	Lernkultur der Selbstorganisation	Lerninfrastruktur	Kompetenzprofile Kompetenzmodell	Ermöglichungsdidaktik
Personalentwicklung	Personalentwicklung Kompetenzentwicklung	E-Learning-Lösungen und Social Media	Individuelle Kompetenzziele	Wissens- und Qualifikationsziele
Mikroebene	Selbstorganisierte Kompetenzentwicklung über individuelle Lernprozesse durch Kooperatives Lernen Kollaboratives Arbeiten und Lernen Soziales Training und Formelles Lernen Soziales und Informelles Lernen			

Tabelle 1: Betriebliches Lernen im Kontext

In Anlehnung an (Erpenbeck & Sauter, 2015, S. 3)

Die Ebenen sind mit einander verwoben und beeinflussen sich gegenseitig (vgl. ebd., S.14). Dieser Mehrebenenansatz spielt auch in der Betrachtung der Gesundheitskompetenz eine Rolle (siehe Kapitel 6.3). Die hier eingefügten Ebenen Organisation und Personal, sowie Personalentwicklung sind Bestandteil der

Makroebene. Die aufgefächerte Darstellung ermöglicht eine detaillierte betriebliche Zuordnung der Zuständigkeiten für Rahmenbedingungen und Aufgaben in Bezug auf betriebliches Lernen. Die Darstellung kann betriebsspezifisch angepasst werden.

Nicht nur das Individuum lernt und entwickelt Kompetenzen, sondern auch die Organisation strebt eine hohe Kompetenz an und lernt dazu. Managementtheorien bauen auf sogenannten Kernkompetenzen, die das Unternehmen im Markt erfolgreicher werden lassen, denn die individuellen Kompetenzen der Mitarbeitenden haben Auswirkungen auf die zusammenfassende Bewertung der einzelnen (personellen) Ressourcen im Betrieb und damit auf die organisationalen Kompetenzen (vgl. Ortmann, 2014, S. 40).

In den organisationstheoretischen Diskussionen, Theorieansätzen und Management-konzepten rund um organisationale Kompetenz finden sich die gleichen Begriffe wieder, die auch in der individuellen Kompetenz genutzt werden. Dabei ist die organisationale Kompetenz eng mit dem Thema Wissensmanagement, Strukturen und Prozessen verbunden. Die Erfahrungen und Erwartungen werden in Organisationen wie in Netzwerken meistens besser bzw. nachhaltiger gespeichert (vgl. Windeler & Sydow, 2014, S. 12/13). Die organisationstypischen Werte und deren Interiorisation in die Strukturen, alltäglichen Prozesse, Routinen und Strategien spielen eine entscheidende Rolle. Zur Verzahnung der Ebenen kann eine Führung beitragen, die sich reflektiert und die die Mitarbeitenden ermächtigt, sich an Unternehmenswerten zu beteiligen (vgl. Arnold, 2014, S. 137; Arnold, 2017, S. 103; Beck, 2005, S. 103)

Gesellschaftliche Kompetenz (Mesoebene) als Kompetenz für Arbeitskräfte in der deutschen Gesellschaft wird ebenfalls diskutiert und im internationalen Wettbewerb gefordert (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017). Die vielfältigen gesellschaftlichen, technologischen und sozialen Aspekte, die auf die Kompetenz(entwicklung) von Arbeitnehmern und Betrieben wirken, sind nicht Gegenstand dieser Arbeit.

3.2.2 Anforderung an die Personalentwicklung

Im Zuge der Entwicklung von Kompetenzen werden an die Personalentwicklung neue Anforderungen gestellt. Als betriebliche Personalentwicklung bezeichnet man „sämtliche Bemühungen eines Unternehmens, die Kompetenzen ihrer Mitarbeiter zu entwickeln (…). Für die betriebliche Personalentwicklung spielt die Didaktik in der Weiterbildung eine herausragende Rolle" (Arnold, 2014, S. 135). Die Konzeption und didaktische

Ausarbeitung von Angeboten wird dort ebenso professionell durchgeführt, wie die Lernbegleitung von Teilnehmern. Dabei spielt es keine Rolle, ob Auszubildende, Mitarbeiter oder Führungskräfte teilnehmen. Der Personalentwickler wird mehr und mehr zum Kompetenzcoach und wächst aus der Rolle des traditionellen Lehrers oder Ausbilders heraus. Die Methoden der Begleitung von Kompetenzentwicklungsprozessen durch Coaches sollten dabei vielfältig sein (vgl. Erpenbeck & Sauter, 2015 b, S. 28) Insbesondere Modelle und Grundlagen der individuellen Verhaltensänderung (auch zu Gesundheitsverhalten) fließen in diese Methoden ein. Ermöglichungsdidaktik (als eine Variante systemisch-konstruktivistischer Didaktik) erfordert einen Umgang mit Ambivalenzen auf Seiten der Personalentwickler. Evaluations- und Qualitätssicherungsverfahren helfen eher Sinn für das Handeln zu finden als etwas darüber auszusagen, was die Teilnehmenden tatsächlich gelernt haben (vgl. Arnold & Schüßler, 2011, S. 154).

3.3 Zusammenfassend: Erkenntnisse zu Kompetenzentwicklung:

Wie erfolgt Kompetenzentwicklung?

- Kompetenzentwicklung erfolgt in mehreren Stufen (siehe Abb. 3-1) im Prozess der Arbeit und in Projekten sowie im Netz.
- Kompetenzentwicklung im Betrieb sollte so gestaltet sein, dass die Aneignung von Kompetenzen mit der sogenannten Interiorisation von Regeln, Werten und Normen zu eigenen Emotionen und Motivationen verbunden wird.
- Hierzu müssen Räume des Lernens gestaltet werden, die Lernen ermöglichen (didaktischer Ermöglichungsrahmen). Formelles Lernen nimmt nur einen Teil der notwendigen Didaktik ein, die geprägt ist durch Wertschätzung und Ressourcenorientierung. Informelles Lernen im Prozess der Arbeit ist wichtiger Bestandteil des Kompetenzlernens.
- Personalentwicklung nimmt eine neue Rolle als Lernbegleiter, Kompetenzcoach oder Begleiter für Veränderungen (Change Agents) wahr.
- Kompetenzentwicklung kann nur gelingen, wenn auf den vier Dimensionen der betrieblichen Bildung (Organisationsentwicklung, Teamentwicklung, Lernentwicklung und Personalentwicklung) eine abgestimmte Entwicklung im Betrieb erfolgt und vorangetrieben wird (vgl. Krämer-Stürzl, 2015, S. 109).

Nachdem ein für den betrieblichen Bereich grundlegendes Verständnis von Kompetenz und Kompetenzentwicklung aufgezeigt wurde, werden die wissenschaftlichen

Grundlagen von Gesundheit, Gesundheitskompetenz und der Entwicklung von Gesundheitskompetenz in den nächsten Kapiteln (4 und 5) betrachtet.

4 Gesundheitskompetenz

Die Reihenfolge der hier aufgeführten Modelle und Hinweise ist inhaltlich strukturiert und ergibt sich aus einer zunächst grundlegenden Betrachtung (historisch meistens auch frühere Quellen) der Gesundheitskompetenz und folgt der Richtung zum näheren Bezug zur Entwicklung im betrieblichen Umfeld (historisch bedingt auch meistens spätere Quellen).

Der Begriff Gesundheitskompetenz ist verbunden mit der Hoffnung, dass die Menschen ihre gesundheitliche Situation positiv beeinflussen können. Er impliziert auch die Hoffnung, dass die Menschen dies auch wollen und entsprechend ihre Handlungen danach ausrichten. Diese Hoffnung besteht auf gesellschaftlicher, beruflicher und/oder individueller Ebene und zeigt sich in der Vielzahl von Ratgebern, Zeitschriften und Büchern zum Thema Gesundheit, Psychologie, Ernährung und Bewegung. Die gesundheitliche Situation hängt dabei eng mit dem zugrundeliegenden Gesundheitsbegriff zusammen. Eine Definition von Gesundheit wird z.B. von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gegeben. Sie formuliert Gesundheit als: „Zustand des vollständigen körperlichen, sozialen und geistigen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen“ (Kickbusch & Nutbeam, 1998). Im Rahmen von öffentlicher Gesundheitsförderung wird Gesundheit weniger als abstrakter Status sondern inzwischen eher als Mittel zum Zweck betrachtet, als funktionale Ressource, die es den Menschen erlaubt, individuell, sozial und wirtschaftlich produktiv zu sein. Die Ottawa Charta für Gesundheitsförderung stellt ein positives Konzept für die Gesundheitsförderung vor, welches soziale und persönliche Ressourcen, sowie körperliche Fähigkeiten betont (vgl. Kickbusch & Nutbeam, 1998).

Die Bandbreite der persönlichen, sozialen, wirtschaftlichen und ökologischen Faktoren, die den Gesundheitszustand von Einzelpersonen oder Mitarbeitende beeinflussen, ist vielfältig und interaktiv. So erzeugen Faktoren wie Einkommen und sozialer Status, Bildung, Zugang zu geeigneten Gesundheitsdiensten und die physischen Umgebungen in Kombination mit unterschiedliche Lebensbedingungen, Auswirkungen auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten (vgl. Quenzel & Schaeffer, 2016, S. 91).

Genetische Dispositionen, Geschlecht und Alter stellen dabei den Kern von Gesundheit dar, sind jedoch unbeeinflussbare, feste Determinanten. Andere Faktoren, wie

beispielsweise Bildung oder Lebens- und Arbeitsbedingungen können hingegen potenziell modifiziert werden, um so einen positiven Einfluss auf die Gesundheit auszuüben (vgl. Richter & Hurrelmann, 2015).

4.1 Begriff

Der aus dem angloamerikanischen Raum stammende Begriff Health Literacy wird im deutschsprachigen Raum mit Gesundheitskompetenz übersetzt. Der Begriff Health Literacy wurde anfänglich, d.h. seit den 1970er-Jahren, überwiegend im Rahmen der schulischen Gesundheitserziehung (Bildung zu Gesundheitsfragen) verwendet. Er steht zunächst für die allgemeine Lese- und Schreibfähigkeiten von Individuen in Zusammenhang mit Gesundheitsinformationen und zielt auf eine Verbesserung des Patientenwissens, auf eine verstärkte Therapietreue (Compliance) und eine aufgeklärte Handlung im Gesundheitswesen ab. Im angloamerikanischen Raum sind empirische Studien und weltweite wissenschaftliche Untersuchungen bereits sehr viel früher durchgeführt worden als in Europa oder im deutschsprachigen Raum. Erst in jüngerer Vergangenheit liegen Ergebnisse aus Europa oder Deutschland, etwa in Form von Untersuchungen an vulnerablen Bevölkerungsgruppen vor (vgl. Quenzel & Schaeffer, 2016).

Die wohl einflussreichste Definition von Health Literacy gibt die Weltgesundheitsorganisation (WHO): „Health Literacy stellt die kognitiven und sozialen Fähigkeiten dar, mit denen Menschen ihre Gesundheit fördern können. Diese Fähigkeiten bestimmen die Motivation und die Fertigkeiten von Personen bezüglich ihres Zugangs und des Verstehens von Informationen“ (Kickbusch & Nutbeam, World Health Organization (WHO), 1998).

Health Literacy bedeutet, dass ein Niveau an Wissen, persönlichen Fähigkeiten und Vertrauen erreicht wird, um Maßnahmen zu ergreifen, die die Gesundheit, den Lebensstil und die Lebensbedingungen von Menschen und Gemeinschaften verbessern. Durch die Verbesserung des Zugangs der Menschen zu Gesundheitsinformationen und ihrer Fähigkeit, sie effektiv zu nutzen, werden Menschen ermächtigt und sind weniger abhängig von den Gegebenheiten, wie zum Beispiel von Lebensmittelproduktion oder Gesundheitsversorgung (vgl. Kickbusch & Nutbeam, World Health Organization (WHO), 1998).

Die bestehenden Modelle von Health Literacy werden geprägt von der unterschiedlichen Sichtweise und damit einhergehenden unterschiedlichen Untersuchungsmethoden.

Dabei werden sowohl risikoorientierte Sichtweisen als auch ressourcenorientierte Sichtweisen gewürdigt. Dabei eröffnet der Blick auf die Ressourcen mehr Möglichkeiten, die Fähigkeiten und Fertigkeiten zu betrachten, zu messen oder zu entwickeln. Eine wissenschaftliche Auseinandersetzung, über die enge Kopplung mit der Alphabetisierung hinaus, ist noch notwendig (vgl. Nutbeam, 2008, S.2078).

Sørensen, Van den Broucke, Fullham, Doyle und Pelikan betrachten siebzehn unterschiedliche Definitionen von Health Literacy und konkretisieren den Begriff auf europäischer Ebene, auf den die HLS-EU-Fragebögen aufbauen: „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, Van den Broucke, Fullam, Doyle, & Pelikan, 2012, S. 3).

Eine systematische Auseinandersetzung mit den inhaltlichen und praktischen Konsequenzen der vorhandenen Definitionen und einer einheitlichen Begriffsbestimmung für Health Literacy fehlt bisher. Gesundheitskompetenz als Übersetzung wird unbewusst synonym, oder bewusst synonym oder abweichend davon definiert. Aus diesem Grunde werden Health Literacy und Gesundheitskompetenz im nächsten Abschnitt (4.2) näher beleuchtet.

4.2 Inhalt, Struktur und Definition

Mehrere Modelle zur Health Literacy und zur Gesundheitskompetenz werden nun kurz mit ihren Inhalten und Strukturen skizziert, um sie anschließend im Hinblick auf die Entwicklung im Betrieb gegenüberzustellen. Dies erfolgt mit dem Ziel, Gemeinsamkeiten der Modelle sichtbar zu machen, die Begriffe zu schärfen und ein Verständnis für die zentralen Begriffe dieser Arbeit zu schaffen. Zur besseren Übersicht werden die Namen der Forscher und die von ihnen fokussierten Begriffe in diesem Abschnitt textlich hervorgehoben.

Die wohl am häufigsten zitierte Definition und Struktur von **Health Literacy** stammt von **Don Nutbeam (2008)**, er untersuchte Ausprägungen und definierte drei Formen. „Die

1. Funktionale Form: Grundfertigkeiten im Lesen und Schreiben, die es ermöglichen, im Alltag zu funktionieren; beispielsweise das Verstehen von gesundheitsrelevanten Informationen.

2. Interaktive Form: fortgeschrittene kognitive und soziale Fertigkeiten, die zur aktiven Teilnahme am Leben notwendig sind. Dazu gehören insbesondere Informationsbeschaffung und -austausch mittels Kommunikation und die Umsetzung dieser Informationen in den Lebensalltag; beispielsweise Informationsbeschaffung zu gesundheitsförderlichen Themen im sozialen Umfeld.
3. Kritische Form: fortgeschrittene kognitive und soziale Fertigkeiten, die es ermöglichen, Informationen kritisch zu analysieren und diese im Sinne einer verbesserten Lebensbewältigung optimal zu nutzen; einschließlich einer kritischen Auseinandersetzung mit Empfehlungen für eine gesunde Lebensführung“ (Abel, Sommerhalder, & Bruhin, Bundeszentrale für gesundheitliche Auflärung (BZgA), 2015 übersetzt Nutbeam, 2008, S. 2075).

Forscher um **Kristine Sørensen** (2012) untersuchten im Rahmen des **Health Literacy** Projekt European (HLS-EU) zahlreiche Publikationen und definierten folgende vier Health Literacy-Abstufungen, die sich in mehreren empirischen Studien niederschlagen:

1. die Fähigkeit Gesundheitsinformationen zu suchen, zu finden und zu erhalten;
2. die Fähigkeit, die Gesundheitsinformationen, auf die zugegriffen wird; zu verstehen;
3. die Fähigkeit die Gesundheitsinformationen, auf die zugegriffen wurde, zu interpretieren, zu filtern, zu beurteilen und auszuwerten; und
4. die Fähigkeit zu kommunizieren und aufgrund der Informationen eine Entscheidung bezüglich der Aufrechterhaltung und Verbesserung der eigenen Gesundheit zu treffen (vgl. Sørensen, Van den Broucke, Fullam, Doyle, & Pelikan, 2012, S. 9).

Nach einer Untersuchung in Deutschland liegt die Vermutung nahe, dass durch eine Erhöhung der Gesundheitskompetenz durchaus Verhaltensänderungen erzielt werden könnten (vgl. Quenzel & Schaeffer, 2016, S. 94). Inwieweit diese Ergebnisse übertragbar sind auf Mitarbeitende eines Betriebes, in dem das Niveau der Erwachsenen im Arbeitsverhältnis und mit Ausbildung als höher betrachtet werden kann als bei den untersuchten Bevölkerungsgruppen, darf diskutiert werden.

Über den Ansatz Health Literacy hinaus wurden in den letzten Jahren einige Modelle zu Gesundheitskompetenz im deutschsprachigen Raum entwickelt.

Huber, Lenartz, Rudinger und Soellner (2010) untersuchten im Rahmen des Schwerpunktprogrammes „Kompetenzmodelle zur Erfassung individueller Lernergebnisse und zur Bilanzierung von Bildungsprozessen“ der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DGF) die Zielrichtung „**Gesundheitskompetenz** –

Modellbildung und Validierung“ anhand einer Expertenbefragung. Aufbauend auf dem kognitiv-orientierten Kompetenzbegriff betrachten sie diejenigen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die notwendig sind, um gesundheitskompetent entscheiden und handeln zu können. Sie bezeichnen Kompetenzen als kontextspezifische kognitive Leistungsdispositionen, die sich funktional auf bestimmte Klassen von Situationen und Anforderungen beziehen lassen. Dabei wird die Gesundheitskompetenz aus dem Blickwinkel der schulischen Bildung und dessen Kompetenzverständnis unter der Rubrik naturwissenschaftliche Kompetenzen eingeordnet. Gesundheitskompetenz wird von ihnen als eine Sammlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten definiert, über die jemand 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 (vgl. Huber, Lenartz, Rudinger, & Soellner, 2010, S. 1/2). Aus ihren Ergebnissen der Expertenbefragung leiteten sie ein hypothetisches Strukturmodell der Gesundheitskompetenz ab. Diesem liegt ein kognitiv-orientierte Kompetenzbegriff mit einem Schwerpunkt auf Wissen zugrunde.

Hofmann (2010) leitet analog einem allgemeinen Kompetenzmodell (nicht eingegrenzt auf kognitive Leistungsdispositionen) ein **Gesundheitskompetenz**modell ab, welches als Basis für betriebsspezifische Interventionsfelder dient. Sie sieht dabei sowohl die individuelle als auch die organisationale Verantwortung für die Entwicklung von Gesundheitskompetenz (Hofmann, 2010).

Kriegesmann, Kottmann, Masurek und Nowak (2005) betten die Kompetenz zur Gesundheit in ihr Konzept der nachhaltigen **Employability** ein. Es vernetzt die Kompetenz zur Handlung mit der Kompetenz zur Gesundheit über die Einbindung in das berufliche und soziale Umfeld, sowie über eine organisatorische, technische und soziale Kopplung. Die Kompetenz zur Gesundheit setzt sich analog der Handlungskompetenz aus den Bereichen Handlungsfähigkeit und Handlungsbereitschaft zusammen (vgl. Kriegesmann, Kottmann, Masurek, & Nowak, 2005, S. 33).

Ein Modell, welches Kompetenz beeinhaltet, ist das gut untersuchte und durch empirische Studien nachgewiesene Modell der Arbeitsfähigkeit. Wegen seiner thematischen Nähe zur Gesundheitskompetenz findet es hier Einzug. In einer Studie zum Thema Altern in Norwegen untersuchten **Ilmarinen, Tuomi und Seitsamo (1981)** Menschen mit der Fragestellung - Wie gut ist der Arbeiter gegenwärtig, sowie in naher Zukunft und wie fähig ist er, seine Arbeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen, Gesundheit und geistige Ressourcen ausführen zu können? Hierzu entwickelten sie den

work ability index (WAI), der in klinischen und empirischen Studien bestätigt wurde (Ilmarinen, Tuomi, & Seitsamo, 2005, S. 1). Zur Arbeitsfähigkeit tragen unter anderem die Komponenten Gesundheit (als funktionelle Kapazität), Kompetenz (als Kenntnisse und Fertigkeiten) und Werte (als Einstellungen und Motivation) bei. Die Kompetenz ist in diesem Zusammenhang nicht auf Gesundheitskompetenz beschränkt, sondern meint die berufsspezifischen Kompetenzen. Die Bedeutung der Kompetenz für die Arbeitsfähigkeit nimmt nach Hasselhorn & Freude (2007, S. 10) zu.

Für die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) entwickelten **Hamacher und Wittmann (2005)** ein Modell, welches auf ein übergreifendes Verständnis von Handlungskompetenz aufbaut. Sie verzichten 2005 bewusst auf eine Definition von **Handlungskompetenz** zugunsten eines integrierten Modells **für Sicherheits- und Gesundheitsschutz**. Die Entwicklung eines Rasters zur Beschreibung von Handlungskompetenzen zu Sicherheit und Gesundheit war das Ziel der Studie. Dieses kann als Instrument für die Ausgestaltung der jeweiligen Situation/Rolle im Betrieb genutzt werden (vgl. Hamacher & Wittmann, 2005, S. 32).

Als Komponenten der **Sicherheits- und Gesundheitskompetenz** werden von **Hamacher, Eickholt, Lenartz und Blanco (2012)** Fähigkeiten (explizites und implizites Wissen), Fertigkeiten, Bereitschaft (Werte, Normen, Einstellungen, Volitionen), Emotionen und Persönlichkeitseigenschaften identifiziert (vgl. Hamacher et al. 2012, S. 59).

Lenartz (2012) setzt in seiner empirischen Untersuchung zur **Gesundheitskompetenz und Selbstregulation** auf diese Studien auf und überträgt seine Erkenntnisse auf Erwachsene und spätere Lebensphasen. Er nimmt hierzu insbesondere Bezug auf die Modelle von Nutbeam (2008) bei seiner Unterteilung in Basis und weiterentwickelte Fähigkeiten, die im Outcome (Gesundheitsverhalten und Gesundheit) münden. Dabei sieht er als Basisfähigkeiten die Bereiche gesundheitsbezogenes Grundwissen und gesundheitsbezogene Grundfertigkeiten, insbesondere einer auf den Gesundheitsbereich bezogene Lese-, Rechen-, Schreibfertigkeit. Zusammen mit förderlichen Persönlichkeitsmerkmalen bedingen sie die Entwicklung weiterentwickelter Fähigkeiten. Sie sind somit Voraussetzungen für eine Weiterentwicklung zur Gesundheitskompetenz. Die erste Ebene der weiterentwickelten Fähigkeiten bilden die Selbstwahrnehmung und eine aktive Verantwortungsübernahme, die zusammen weitere Fähigkeiten aktivieren. Sie bilden die perceptiv-reflektive (Selbstwahrnehmung) und motivational-kognitive (Verantwortungsübernahme) Basis der Gesundheitskompetenz. Die darauffolgenden

Fähigkeiten sind stärker handlungsorientiert und ermöglichen direkt ein gesundheitsförderliches Verhalten. Dazu gehören die Fähigkeiten zur Selbstregulation, zur Selbstkontrolle, zur Kommunikation und Kooperation, sowie zum Umgang mit Gesundheitsinformationen. Eine bessere psychische und physische Gesundheit, sowie Wohlbefinden und ein gesundheitsförderliches Verhalten sind die Zielgrößen der Gesundheitskompetenz. (vgl. Lenartz, 2012, S. 139)

Um Aspekte und Hinweise für die Entwicklung der Gesundheitskompetenz ableiten zu können, werden die Inhalte dieser Modelle zu Health Literacy und Gesundheitskompetenz von der Autorin in Tabelle 2 gegenübergestellt. Mit Blick auf die These dieser Arbeit bieten die Stufen zur Entwicklung von Kompetenz eine passende Orientierungsgröße. Dabei erfolgte die Zuordnung der einzelnen Inhalte der untersuchten Modelle anhand ihrer sinngemäßen Verwendung im Modell. Die Stufen der Kompetenzentwicklung bilden die Orientierungslinien im Vergleich. So wurden neben den Bezeichnungen der Modelle die verwendeten Begriffe für

- Wissen,
- Qualifikation
- Transfer – Wertkommunikation sowie
- Wertinterisorisation Performanz Handlung zugeordnet.

Stufen/Quelle	Nutbeam 2008	Sørensen et al. 2012	Huber et al. 2010	Lenartz 2012	Hofmann 2010	Kriegesmann et al. 2005	Illmarinen et al. 2005	Hamacher et al. 2012
Bezeichnung	Health Literacy	Health Literacy	Gesundheits-kompetenz	Gesundheits-kompetenz	Gesundheits-kompetenz	Kompetenz einer nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit	Work ability	Kompetenz zu Sicherheit und Gesundheit
Wissen	Funktionale Form	Fähigkeit	Wissen	Basisfertigkeiten	Kognitive Ebene	Handlungsfähigkeit	Competence	Fähigkeiten
	Grundfertigkeiten im Lesen und Schreiben, z.B. Verstehen von gesundheitsrelevanten Informationen	Informationen suchen, finden und erhalten	System Gesundheit	Grundwissen und Grundfertigkeiten insbesondere Lese-, Rechen-, und Schreibfertigkeit	Sachkenntnis über verhaltens- und verhältnisbezogene Gesundheitsrisiken, Gesundheitsstrategien, Methoden und Instrumente	Explizites und implizites Wissen, Fertigkeiten	Basic and vocational education, Skills	Explizites und implizites Wissen
Qualifikation	Interaktive Form	Fähigkeit	Grundlegende Fertigkeiten	Weiterentwickelte Fähigkeiten				Fertigkeiten
	Kognitive und soziale Fertigkeiten, insbesondere Informationsbeschaffung und -austausch und Umsetzung	Informationen verstehen	Numeracy/Literacy	Verantwortungs-übernahme und Selbstwahrnehmung strahlen auf den Umgang mit Gesundheitsinforma-tionen, die Selbstkontrolle, die Selbstregulation sowie auf die Kommunikation und Kooperation aus				
Transfer – Wertekommunikation	Kritische Form	Fähigkeit	Motivation		Affektive Ebene	Handlungsbereitschaft	Value	Bereitschaft
	Kognitive und soziale Fertigkeiten, kritische Auseinandersetzung mit Empfehlung	Informationen zu interpretieren, zu filtern, zu beurteilen und auszuwerten, Fähigkeit zu kommunizieren und Entscheidungen bezüglich Aufrechterhaltung und Verbesserung zu treffen	Verantwortungsübernahme		Begreifen von Gesundheit als Wert, Bereitschaft zur kritischen Reflexion und Engagement	Werte, Normen, Verantwortungsübernahme, Kontrollüberzeugung sowie Emotionen; intrinsische und extrinsische Motivation	Joy of work, enthusiasm	Werte, Normen, Einstellungen, Volitionen sowie Persönlichkeitseigenschaften
Wertinteriorisation Performanz Handlung			Handlungskompetenz mit Navigieren und Handeln im Gesundheitssystem, Kommunikation und Kooperation, Informationsbeschaffung und -verarbeitung, Selbstwahrnehmung und -regulation	Gesundheitskompe-tenz ermöglicht Gesundheitsverhalten- determiniert es aber nicht zwangsläufig	Praktische Fertigkeiten als Beherrschen gesundheitsdienlicher Strategien und Methoden sowie die Nutzung von Hilfsmitteln	Individuelle Handlungskompetenz bzw. individuelle Gesundheitskompetenz	Arbeitsfähigkeit	Handlungskompetenz im Bereich Sicherheit und Gesundheit

Tabelle 2:Modelle zu Health Literacy und Gesundheitskompetenz im Vergleich

Erkenntnisse und Ableitungen aus der Gegenüberstellung der Modelle (Tabelle 2):

- Wissen: Alle Modelle enthalten die Stufe Wissen (in unterschiedlichen Ausprägungen) als notwendige Disposition.
- Qualifikation: Alle Modelle sehen darüber hinaus Fähigkeiten und Fertigkeiten als notwendig an. Zur Kategorie Qualifikationen eindeutig zuzuordnende Fähigkeiten liegen vor bei Nutbeam (2008), Sørensen et al. (2012) und Huber et al. (2010). Bei den Modellen von Hofmann (2010), Kriegesmann et al. (2005), Illmarinen et al. (1981) und Hamacher und Wittmann (2005) wird der Aspekt der Qualifikation nicht abgegrenzt vom Aspekt Wissen. Bei Lennartz (2012) ist eine Überschneidung zur nächsten Stufe vorhanden.
- Wissenstransfer-Wertkommunikation: Alle Modelle beinhalten die (kritische) Auseinandersetzung und die Bewertung sowie Verantwortungsübernahme. Bei Sørensen et al. (2012) ist das Treffen von Entscheidungen in diese Stufe einzuordnen.
- Wertinteriorisation – Handlung: Die Handlung als Performanz ist Inhalt bei den Modellen zur Gesundheitskompetenz von Huber et al. (2010), Lenartz (2012), Hofmann (2010), Kriegesmann et al. (2005), Illmarinen et al. (1981) und Hamacher und Wittmann (2005).

Die Gegenüberstellung zeigt, dass etliche Inhalte in den Modellen übereinstimmen. Zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz in den Stufen Wissen, Qualifikation und Wissenstransfer kann somit auf die Forschung rund um Health Literacy zurückgegriffen werden. Es wird deutlich, dass die Health Literacy-Abstufungen zwar die Bewertung und Entscheidung zu Gesundheitsinformationen beinhalten, allerdings nicht die Handlung thematisieren. Kritische Betrachtungen, Kommunikation und Entscheidungen zu fällen, bedeutet noch nicht, auch danach zu handeln. Eine echte Performance im Sinne einer Handlung wird vielleicht aus den Modellen erwartet und manchmal interpretiert (vgl. Abel, Sommerhalder, & Bruhin, 2015), stellt aber nicht das Ziel von Health Literacy dar.

Gesundheitskompetenz geht daher weiter als Health Literacy. Gesundheitskompetenz als kognitive Leistungsdispositionen beinhalten nach Huber et al. (2010) und Lenartz (2012) darüber hinaus weiterentwickelte Fähigkeiten wie Verantwortungsübernahme, Selbst-wahrnehmung, Selbstregulation, Selbstkontrolle und Handeln im Gesundheitssystem. Bei den beruflich orientierten Modellen von Hofmann (2010), Kriegesmann et al. (2005), Illmarinen et al. (1981), sowie Hamacher und Wittmann

(2005) steht die Handlungskompetenz und die Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsbewältigung als Performanz im Vordergrund der Modelle und nicht das Wissen der Health Literacy. Im betrieblichen Umfeld stellt die Handlung die erste Prämisse zum Umgang mit und zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz dar. Eine Orientierung an den Modellen mit Handlungsorientierung ist für diese Arbeit daher wichtig.

4.3 Zusammenfassend: Erkenntnisse zu Gesundheitskompetenz:

- „Health Literacy ist mit Alphabetisierung verbunden und bringt das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen der Menschen mit sich, um Zugang zu Gesundheitsinformationen zu erhalten, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, um Urteile zu fällen und im Alltag Entscheidungen zu treffen, die sich auf das Gesundheitswesen, die Krankheitsvorbeugung und die Gesundheitsförderung beziehen, mit dem Ziel die Lebensqualität im Lebensverlauf zu erhalten oder zu verbessern“ (Sørensen, Van den Broucke, Fullam, Doyle, & Pelikan, 2012). Im Verlauf dieser Arbeit wird nun dieses Verständnis für Health Literacy genutzt.
- Gesundheitskompetenz geht weiter als Health Literacy. Gesundheitskompetenz beinhalten darüber hinaus weiterentwickelte Fähigkeiten wie Verantwortungsübernahme, Selbstwahrnehmung, Selbstregulation, Selbstkontrolle und Handeln im Gesundheitssystem.
- Für die weitere Arbeit wird ein umfassender Begriff der Gesundheitskompetenz zugrunde gelegt, der zum Handlungsfeld Arbeit die größten Übereinstimmungen und Verankerungen aufweist und die aufgezeigten verschiedenen Aspekte im Kapitel 4 vereint: Kompetenz ist die Fähigkeit zur selbstorganisierten und kreativen Bewältigung komplexer Anforderungen in spezifischen Situationen (in Anlehnung an Erpenbeck & von Rosenstiel, 2007). Dabei zeigt sich Gesundheitskompetenz durch die kompetente Handlung und Anwendung der Fähigkeiten in komplexen gesundheitlich geprägten Situationen. Gesundheitskompetenz stellt damit keine eigene oder gesonderte Kompetenzkategorie dar, sondern beinhaltet personale, aktivitätsbezogene, fachlich-methodische und sozial-kommunikative Kompetenzen, die zu Selbstorganisationsdispositionen zusammenschmelzen.
- Forschungen zu Health Literacy können zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz insbesondere in den Bereichen Wissen, Qualifikation und Wissenstransfer herangezogen werden. Forschungen zur Gesundheitskompetenz

stehen für zusätzliche Hinweise in den Bereichen selbstbezogene Komponenten, Wertinteriorisation und Performanz zur Verfügung.

Im folgenden Kapitel (5) wird der individuelle Prozess der Entwicklung von Gesundheitskompetenz beleuchtet. Zur Begründung der These dieser Arbeit werden wissenschaftliche Erkenntnisse und didaktische Impulse zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz aufgezeigt. Die Stufen des Kompetenzlernens (s. Abb.3-1) gelten dabei als Orientierungsgröße und Struktur des Entwicklungsprozesses. Aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen werden Erfolgsfaktoren abgeleitet, die eine Grundlage für die später entwickelten Handlungsempfehlungen darstellen.

5 Entwicklung von Gesundheitskompetenz

Bei Betrachtung der Entwicklung von Gesundheitskompetenz ist zunächst interessant, welche Inhalte in den einzelnen Stufen des Kompetenzlernens (Abbildung 3-1) Beachtung finden können, welche didaktischen Präferenzen bereits untersucht wurden, aber auch, welche Herausforderungen sich in den einzelnen Stufen ergeben. Ergänzend zu diesem Modell werden relevante Theorien und Modelle rund um das Gesundheitsverhalten auf nützliche Aspekte untersucht, bevor Hinweise zum didaktischen Ermöglichungsrahmen für die Entwicklung von Gesundheitskompetenz beleuchtet werden. Die kritische Auseinandersetzung mit den Grenzen der Entwicklung von Gesundheitskompetenz im Betrieb bilden den Abschluss des Kapitels (5.4) und das Ende des wissenschaftlichen Suchvorgangs.
Zu Aspekten der folgenden Abschnitte werden Stichworte (in kursiver Schrift, zum Ende der jeweiligen Absätze) genannt, die zu Erfolgsfaktoren (siehe Kap. 6.2) abgeleitet, die Grundlage der Handlungsempfehlungen (siehe Kap. 7) bilden.

5.1 Die Stufen der Gesundheitskompetenzentwicklung

Zunächst sind es die Stufen der Wissensaneignung, der Aufnahme und Bildung von Gesundheitswissen, die zu betrachten sind. Wie aus der Gegenüberstellung im Abschnitt 4.2 abgeleitet, kann für die ersten Stufen auf die bisherige Forschung zu Health Literacy zurückgegriffen werden.

5.1.1 Wissen – Health Literacy – aufbauen und entwickeln

Die Förderung von Health Literacy erfolgt bisher im Umfeld der Gesellschaft und nationaler, sowie globaler Entwicklungsprogramme. Dabei sind die zentralen Public Health Technologien die Gesundheitserziehung und -bildung in Schulen und

pädagogischen Systemen. Sie sollen Gesundheitskompetenz auf Mikroebene erhöhen. Die Unterrichtung von Gesundheitsthematiken z.B. in Schulen allein wird allerdings als unzureichend angesehen, um den gewünschten Outcome zu erreichen. Die Entwicklung mit Erwerb durch informelles Lernen in gesunden Verhältnissen soll verstärkt im öffentlichen Raum ermöglicht werden (vgl. Bitzer & Spörhase, 2015, S. 24). *Stichworte: strukturierte Gesundheitsförderung und Prävention*

In dieser Stufe bieten sich Module pädagogischer Wissensvermittlung an. Wissensbildung kann in verschiedenen Räumen ermöglicht werden und zunehmend auch mit digitalen Technologien erfolgen. Digital-Health Anwendungen, die dem Bürger Wissen in Bezug auf sein Gesundheits- oder Krankheitsanliegen verfügbar machen, stehen oftmals für alle Zielgruppen kostenlos als Web-Anwendungen zur Verfügung und unterstützen die Entwicklung von Gesundheitskompetenz (vgl. Knöppler, Neisecke, & Nölke, 2016, S. 13). *Stichwort: gesundes Wissensmanagement*

Bitzer und Spörhase (2015, S 31) zeigen die Inhalte von Gesundheitskompetenzbildung auf, die den Stufen des Kompetenzlernens im Folgenden zugeordnet werden (a-g):

a) Wissen von Fakten, Konventionen und Benennungen rund um Gesundheit
b) Wissen von Begriffen und Prinzipien rund um Gesundheit.

5.1.2 Qualifikation

Betrachtet man die Inhalte der Health Literacy und der Gesundheitskompetenz, so stehen folgende Aspekte in der Stufe Qualifikation im Fokus:

c) Verstehen von Begriffen und Prinzipien rund um Gesundheit
d) Verstehen von Begriffen und Prinzipien im Gesundheitswesen (Mesoebene).

Verstehen bedeutet die Einordnung gelernter Inhalte in das bisherige Wissen und in das Gesundheitssystem. In dieser Stufe der Entwicklung beginnt die Reflexion und Beobachtung der eigenen Gesundheit bzw. mit dem eigenen Gesundheits- und Lernverhalten. Didaktische Möglichkeiten zur Reflexion bieten sich durch Austausch von Informationen, Austausch in kooperativen Formen oder Digital Health Anwendungen, die gesundheits- und umweltbezogene Informationen punktuell erfassen und im persönlichen Kontext auswerten. Hierzu zählen auch kostenlose mobile Anwendungen, die eine differenzierte Entscheidungsgrundlage in Form von Einschätzungen, Bewertungen und Diagnosen bieten können (vgl. Knöppler et al., 2016). *Stichworte: kollaborative Plattformen, Lerninfrastruktur, Social Media und E-Health Lösungen*

Mit Blick auf die einzelnen Inhalte von Gesundheitswissen werden aber durchaus unterschiedliche Ansätze präferiert. So hat die kritische Health Literacy Auswirkungen auf die Methoden der Bildung und Kommunikation, sowie auf die Kompetenzen der Pädagogen und Lernbegleiter, damit diese die persönliche Erfahrung, Interaktion, Partizipation und kritische Analyse fördern können (vgl. Nutbeam, 2008, S. 2075). *Stichwort: Change-Agent bei gesunder Kompetenzentwicklung*

5.1.3 Wertekommunikation

Die kritische Auseinandersetzung mit Gesundheitswissen setzt eine individuelle Wertung und die Kommunikation von Werten voraus. Das Bewerten des Gelernten mündet in einer Anwendung des Gelernten in Arbeitssituationen. Daher ist das

e) Anwenden von Begriffen und Prinzipien in problemhaltigen Situationen im Prozess der Arbeit oder am Arbeitsplatz in dieser Stufe zugeordnet.

Digital Health Anwendungen können gesundheits- und umweltbezogene Informationen kontinuierlich erfassen, im persönlichen Kontext auswerten und darstellen. Es werden Betrachtungen und Überwachungen im Zeitablauf ermöglicht, automatisierte Rückmeldungen zur Motivation gegeben oder Informationen mit anderen Personen geteilt und über Netzwerke ausgetauscht. Eine Stärkung der Selbstwirksamkeit und Sicherheit kann bewirkt werden (vgl. Knöppler et al., 2016). *Stichworte: Kompetenzerleben, positive Bezogenheit*

Werte können nicht gelehrt werden, allerdings kann die Kommunikation im Betrieb zu den betrieblichen Werten in Bezug auf Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz den größtmöglichen Hebel an dieser Stelle nutzen. Führungskräfte und Management können über formale und informelle Wege ihre Werte kommunizieren und (vor-)leben, um die individuelle Wertelandschaft zu beeinflussen und im Sinne einer Gesundheitskompetenz zu fördern (vgl. Arnold, 2014, S. 96). *Stichworte: Unternehmenskultur, gesunde Führungskultur*

5.1.3.1 Reflexivität

Die Anwendung von gesundheitsrelevanten Methoden, Denkweisen und gesundheitsförderndem Verhalten in problemhaltigen Situationen erfordert die Auseinandersetzung mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und den eigenen Werten und Überzeugungen. Somit hat ein Vorhaben zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz die Werte, Normen, emotionalen Überzeugungen der Mitarbeitende zu Gesundheit mit einzubeziehen und diese bewusst zu machen. Noch

stärker ist in dieser Stufe eine Reflexion mit didaktischen Möglichkeiten zu unterstützen. Hierzu sind insbesondere Ansätze geeignet, die im Prozess der Arbeit beratungs- und betreuungsorientiert sind, wie etwa Coaching oder Mentoring (vgl. Krämer-Stürzl, 2015, S. 47).

Wie bereits in Kapitel 4 ausgeführt, sorgen individuelle psychische, physische und soziale Gegebenheiten, unterschiedliche familiäre, private, gesellschaftliche und manchmal politische und rechtliche Unterschiede bei den Mitarbeitenden für eine große Komplexität. Der salutogenetische Ansatz von Antonovsky (1996) (siehe Kapitel 5.3), die Lerner-Zentrierung (Arnold, 2014) oder der Singularitätsansatz (Arnold, 2017) fordern eine individuelle Entwicklung der Gesundheitskompetenz. Daher ist es ein individueller Einstieg in die Entwicklung von Gesundheitskompetenz zu bevorzugen. Ein Einstieg durch Reflexion des eigenen Verhaltens und der eigenen gesundheitlichen Situation, sowie der eigenen Überzeugung im Hinblick auf Gesundheit scheint dabei erfolgversprechend. Dehnbostel (18/19.09.2003, S.19) spricht von reflexiver Handlungsfähigkeit, wenn er fordert, dass sich jeder Handelnde mit seiner Performanz im Prozess der Arbeit hinterfragen sollte, um Kompetenz zu zeigen. Diese sollte auch für die gesundheitlichen Aspekte und für die Handlungen im Rahmen von Gesundheit und Sicherheit gelten. *Stichwort: Reflexivität*

5.1.3.2 Reflexion durch Messung von Gesundheitskompetenz

Eine Voraussetzung für gezielte Kompetenzentwicklungsprozesse ist nach Ansicht von Erpenbeck und Sauter (Erpenbeck & Sauter, 2015, S. 93) die Messung von gezeigten Kompetenzen. Eine Messung von Health Literacy zur Identifizierung von Handlungsfeldern erfolgt weltweit bereits seit Jahren. Der verkürzte deutsche Health Literacy Fragebogen (HLS-EU-Q16) wurde erst 2013 vom Robert Koch Institut erhoben. Dabei zeigt sich, dass „mehr als die Hälfte der Erwachsenen nur eine „ausreichende“ (55,8%) Health Literacy aufweisen. Für fast jede dritte Person ist eine „problematische“ (31,9%) und für nahezu jede achte Persona eine „inadäquate“ (12,3%) Health Literacy zu verzeichnen“ (Jordan & Hoebel, 2015, S. 944). Weniger als die Hälfte (45,3%) der Menschen in der Allgemeinbevölkerung in Nordrhein-Westfalen weisen eine inadäquate oder problematische Gesundheitskompetenz auf, bei vulnerablen Bevölkerungsschichten sind es mehr als 70% (vgl. Quenzel & Schaeffer, 2016, S. 94). Aus den Ergebnissen und Schlussfolgerungen wurden Aufforderungen an die Politik und die Gesellschaft gestellt, Health Literacy über ein erhöhtes Bildungsangebot, eine erhöhte Nutzerfreundlichkeit der Gesundheitssysteme sowie über politische

Umsetzungsstrategien die Gesundheitskompetenz in den betrachteten Bevölkerungsgruppen zu erhöhen (vgl. Messer, Vogt, Quenzel, & Schaeffer, 2016). Betriebe werden inzwischen als geeignete Plattform für Gesundheitsbildung angesehen, zumal sie im Rahmen ihrer Zukunftsfähigkeit selbst an gesunde Mitarbeiter interessiert sind. Die betrieblichen Messverfahren, meistens Fragebögen, sind daraufhin zu entwickeln. (Abel & Sommerhalder, 2015, S. 928). *Stichworte: Unternehmensstrategie, Gesundheitskompetenzmodell, formulierte Gesundheitskompetenzprofile*

5.1.4 Wertinteriorisation – Selbstbezogene Kompetenzen entwickeln

Die selbstbezogenen Komponenten der Gesundheitskompetenz werden der Stufe Wertinteriorisation zugeordnet, da in dieser Stufe die Auseinandersetzung zwischen bisherigen eigenen und neu aufgenommenen Werten erfolgt. In dieser Stufe steht das

f) Anwenden von gesundheitsrelevanten Methoden und Denkweisen in einer problemhaltigen Situation und die
g) Partizipation an Entscheidungen im gesellschaftlichen Raum sowie dem Wissen entsprechendes Handeln im Fokus (a-g) (vgl. Bitzer & Spörhase, 2015, S. 31).

Lenartz (2012) stellt in seinem Modell der Gesundheitskompetenz insbesondere die personenbezogenen Komponenten der Selbstwahrnehmung, der Verantwortungsübernahme für die Gesundheit, der gesundheitsförderlichen Selbstregulation und Selbstkontrolle in den Fokus. Dabei betont er, dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung so zu gestalten sind, dass sie darauf gerichtet sind, die subjektiven Begründungen für ein Gesundheitsverhalten im Sinne einer internalen Regulation zu fördern (vgl. Lenartz, 2012, S. 189). *Stichworte: Lernkultur der Selbstorganisation, Selbstbestimmtheit*

Digital Health Anwendungen unterstützen bei Veränderung von menschlichen Fähigkeiten, Verhaltensweisen durch Anleiten und Lehren, sowie von Gesundheitszuständen durch Intervention, Aktivität oder Therapie (vgl. Knöppler et al., 2016, S. 14). *Stichworte: Lerninfrastruktur, Lernmanagementsystem, digitale Möglichkeiten nutzen*

Hamacher sieht in der Stärkung der Methoden rund um Veränderungen ein geeignetes Instrument zur Gesundheitskompetenzentwicklung: „Methoden zur ganzheitlichen Gestaltung von Bedingungen und Bewältigung von Anforderungen (Gestaltungswissen, Gestaltungsfähigkeiten zu den Lebens- und Arbeitsbedingungen)“ und „Methoden zur Verbesserung der gesundheitlichen Ressourcen, Stärkung gesundheitlicher

Ressourcen (organisational und emotional) oder Lifestyle-Management, das gesundheitliche Aspekte einschließt“ gehören zur Gesundheitskompetenz (Hamacher et al., 2012, S. 63). *Stichworte: Gesundes Projekt- und Veränderungsmanagement, Veränderungsprozesse als Lernfelder*

Verschiedene Lernformen werden in den Werken zur betrieblichen Kompetenzentwicklung als wirksam hervorgehoben, die in dieser Stufe einzuordnen sind. Es wird verwiesen auf Erfahrungslernen, auf informelles und situiertes Lernen, auf Expertiselernen, sowie auf den didaktischen Ermöglichungsrahmen (vgl. Erpenbeck & Sauter, 2015, S. 106). *Stichwort: Ermöglichungsdidaktik*

Selbstmanagement ist ein Begriff, der im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz öfter genannt wird. Dabei ist Selbstmanagement kein Inhalt von Gesundheitskompetenz, sondern als Anwendung von verschiedenen Kompetenzen zu betrachten. Als potenzialorientiertes Selbstmanagement werden Kompetenzen bezeichnet, die das Management der eigenen Ressourcen zum Gegenstand haben. Hier geht es um den Aufbau, die Erhaltung und Weiterentwicklung von Puffern zur Gestaltung bzw. Bewältigung zukünftiger, noch unbekannter Aufgaben und den damit verbundenen Belastungen. Angesichts der diffusen Mechanismen der Ressourcenpflege und der unklaren Erfolgswirksamkeit ist dieser Bereich des Selbstmanagements allerdings bislang noch (forschungs-)methodisch noch kaum zugänglich (vgl. Kriegesmann et al., 2005, S. 50). Durch die Wertinteriorisation wird auch eine große Nähe zur Lebenskompetenz, den core life-skills der Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder zum Selbstmanagement (auch als Meta-Kompetenz bezeichnet) hergestellt (vgl. Kofahl & Trojan, 2015, S. 71; Lerch, 2016). Zur Entwicklung empfahl die WHO (1994) in Schulen die Betrachtung von psychologische Kompetenzen und Verhaltensverstärkung oder -veränderung als Grundlage für ein positives Gesundheitsverhalten. Sie beschreibt Kompetenzen, die es im Rahmen der Lebenskompetenzförderung zu vermitteln gilt. Dies sind zum Beispiel Selbstwahrnehmung, Empathie, kreatives und kritisches Denken sowie Gefühlsbewältigung und den Umgang mit Stress (vgl. World Health Organization, Division of Mental Health, 1994). *Stichwort: Selbstmanagement*

Selbstbezogene Kompetenzen spielen auch bei der Änderung des Gesundheitsverhaltens eine Rolle. Theorien und Modelle, die beschreiben, wie und unter welchen Bedingungen bestimmte Einflussfaktoren zusammenwirken und ein Kriterium (z. B. Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören oder tatsächliche Nikotinabstinenz) beeinflussen, werden im Lehrbuch Gesundheitspsychologie bewertet.

Furchtapelltheorien wie das Health Belief-Modell/HBM oder Protection Motivation Theory/PMT, sowie Theory of Reasoned Action/TRA, Theory of Planned Behavior«/TPB oder die Sozial - kognitive Theorie (SKT), Prozessmodelle wie das Rubikonmodell oder das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM) sowie Stufen- und Stadienmodelle wie Transtheoretical Model/TTM und Health Action Process Approach/HAPA werden dort beleuchtet. Zusammenfassend sollten bestimmte sozial-kognitiven Faktoren in einer guten Theorie zum Gesundheitsverhalten enthalten sein:

- Selbstwirksamkeitserwartung
- Ergebniserwartung
- Risikowahrnehmung
- Ziele und Pläne (vgl. Renneberg & Hammelstein, 2006, Kapitel 5; Storch & Krause, 2016). *Stichworte: individuelle Kompetenzziele, individuelle betriebliche Wissens- und qualifikationsziele*

Sie könnten im Rahmen der beratungs- und betreuungsintensiven Unterstützung des Einzelnen, im Coaching oder in der Kommunikation sowie in der Gestaltung der Lernarrangements Berücksichtigung finden. Insbesondere die Selbstwirksamkeitserwartung unterstützt die Gesundheitsförderlichkeit (vgl. Treier, 2016, S. 21). Die positive Umsetzung von (einmaliger) Verhaltensänderung stellt allerdings keine Kompetenzentwicklung dar, sondern kann nur ein Teil davon sein.

5.2 Zusammenfassend: Stufen der Gesundheitskompetenzentwicklung

Betrachtet man die Stufen des Gesundheitskompetenzlernens zusammenfassend, so stellen sich die didaktischen Aspekte einer Entwicklung von Gesundheitskompetenz wie folgt dar:

- Pädagogische Interventionen zur Unterstützung der Entwicklung sind insbesondere im Bereich Wissensvermittlung sinnvoll.
- Reflexive Methoden unterstützen die Einordnung des Wissens, die Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle im Prozess.
- Über Wissen und Fertigkeiten hinaus sind es insbesondere die selbstbezogenen Komponenten, deren Entwicklung durch Wertkommunikation im Betrieb unterstützt werden sollten.
- Health Literacy bildet sich in den ersten Stufen des Kompetenzlernens es ab und ragt ein wenig darüber hinaus.

- Die Stufen zum Kompetenzlernen können als Modell und als Verdeutlichung des Entwicklungsprozesses individueller Gesundheitskompetenz verwendet werden. Eine Konkretisierung auf die jeweils zu bewältigende Situation kann bei der Abgrenzung, bzw. beim Erreichen der einzelnen/der nächsten Stufen helfen.
- Die Theorien zum Gesundheitsverhalten können wertvolle Anregungen bei der Planung, Durchführung und Evaluierung von Aktionen und Maßnahmen im Betrieb geben. *Stichworte: Systemdenken vor Detailmaßnahmen*

Im folgenden Abschnitt 5.3 werden sowohl didaktische Aspekte eines Ermöglichungsrahmens, als auch wissenschaftliche Erkenntnisse zu Rahmenbedingungen auf der Makro- und Mesoebene untersucht. Dabei werden Wirkungen aufgezeigt und Einordnungen bzw. Abgrenzungen zu anderen Begriffen rund um Gesundheit und Sicherheit im Betrieb vorgenommen. Die Zielrichtung Gesundheitskompetenz soll damit geschärft werden. Die organisationale Gesundheitskompetenz wird dabei sowohl Entwicklungsziel als auch Teil der Maßnahmen sein können.

5.3 Der Rahmen der Ermöglichung

Die bereits im Abschnitt 3.2 aufgezeigten Aspekte zur Ermöglichung von selbstorganisiertem Lernen werden auf die individuelle Entwicklung von Gesundheitskompetenz übertragen, so dass eine erneute Nennung an dieser Stelle entfallen kann. Der Konfrontation mit offenen und unstrukturierten Situationen im Betrieb kommt eine wesentliche Bedeutung zu. „Mitarbeiter lernen dadurch, an neuen Problemen ihre bisherigen Interpretationen und Lösungsstrategien zu testen und ggf. neue Lösungsstrategien zu entwickeln“ (Arnold, 2014, S. 137). Gesunde Verhaltensweisen, also Gesundheitskompetenz im Prozess der Arbeit zeigen und umsetzen, kann nur in der Diskussion mit der konkreten betrieblichen Umwelt erfolgen. So sind als Beispiel regelmäßige (Ernährungs-)Pausen oder Bewegungs-Übungen am Arbeitsplatz durchaus in Konfrontation mit sich selbst, seinen Kollegen, dem ergonomischen Arbeitsplatz und der direkten Führungskraft zu testen und neue Lösungsstrategien zu entwickeln. Sich neue Denkweisen anzueignen und bisherige Routinen in Frage zu stellen (Ent-lernen) ist eine Aufgabe von Mitarbeitenden und Betrieben in der Kompetenzentwicklung (vgl. Schein, 1996, S. 6).

Eine Orientierung zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und zur Nutzung und Entwicklung der individuellen Ressourcen hängt eng mit dem Begriff der Salutogenese

zusammen, der in seiner Umsetzung eine konsequente, humanitäre Haltung zur Folge hat. Antonovsky (1996) prägte den Begriff der Salutogenese und warb für ein Umdenken, für eine grundsätzliche Betrachtung der Chancen und Erhaltung der Gesundheit, einer ganzheitlichen Betrachtung des Menschen und der Gesundheitsförderung:

> „A salutogenic orientation, then, as the basis for health promotion, directs both research and action efforts to encompass all persons, wherever they are on the continuum, and to focus on salutary factors. There is, however, a third significant implication of adopting such an orientation (…) The issue has a moral face. It is, I believe, impermissible to identify a rich, complex human being with a particular pathology, disability or characteristic (…) How can this person be helped to move toward greater health? -must relate to all aspects of the person“ (Antonovsky, 1996, S. 14).

Er entdeckt bei Menschen, die sich als sehr widerstandsfähig, bzw. resilient zeigen gegenüber Stress und andere gesundheitliche Beeinträchtigungen (über gesellschaftliche Strukturen und individuelle Gegebenheiten hinweg), ein Kohärenzgefühl mit dem Gefühl von Verstehbarkeit (sense of comprehensibility), dem Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigung (sense of manageability), mit dem Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness). Diese Komponente ist Antonovsky zufolge die wichtigste, denn ohne das Gefühl von Sinnhaftigkeit kann der Mensch das Leben als Last, sowie neue Aufgaben, Herausforderungen oder Schwierigkeiten als zusätzliche Qual empfinden. Ohne das Gefühl von Sinnhaftigkeit kann nach Antonovsky kein hoher Wert des gesamten Kohärenzgefühls entstehen (vgl. Antonovsky, 1996, S. 15). *Stichwort: Salutogenese*

Ein salutogenetischer Ansatz unterstreicht ebenso wie der Ansatz des Empowerments, dass die grundlegenden Ressourcen für die Entwicklung einer Gesundheitskompetenz bei den Beteiligten (Mitarbeitende wie Betrieb) vorhanden sind. Statt Fokussierung auf Fehlzeiten, rückt das Wohlbefinden und die Leistungskraft in den Fokus; statt dort anzusetzen, wo (individueller und betrieblicher) Schaden sich bereits manifestiert hat, setzt man zunehmend an den Potenzialen an. Die Gesundheitsförderung wird zunehmend systematisch, proaktiv und ganzheitlich betrieben (vgl. Hofmann, 2010, S. 43). Der Bedarf an Informationen, konkreten Ratschlägen, Tools und Seminaren wird von Autoren, Trainern und Wissenschaftlern gerne aufgenommen (z.B. www.do-care.de (Matyssek, 2018)).

Bei der strukturellen und prozessualen Umsetzung der Gesundheitsförderung lernen nicht nur die Mitarbeitenden, auch der Betrieb entwickelt Kompetenzen. „Organisationales Lernen zielt auf die alltäglichen Gebrauchstheorien („theoryin-use“)

der Organisationsmitglieder, d. h. auf ihre geteilten Deutungen und Visionen über die Routinen und Strategien im betrieblichen Alltag“ (Arnold, 2014, S. 137). *Stichworte: Empowerment, Gesunde Führung, Managementtheorie, Kompetenzorientierung*

Ob und wie gut dieser Kompetenzerwerb im Prozess der Arbeit gelingt, und ob diese Kompetenzen am Arbeitsplatz gezeigt werden, hängt in hohem Maße vom konkreten Arbeitsumfeld im Unternehmen ab. Über die Gestaltung der verschiedenen Komponenten des Arbeitssystems lässt sich ein lern- und kompetenzförderliches Arbeitsumfeld schaffen und sichtbar machen, indem der Umfang und die Qualität der Fähigkeiten und Fertigkeiten zu Sicherheit und Gesundheit befördert werden. Die das Lernen begünstigenden Elemente der Arbeitsgestaltung verschränken sich mit individuell vorhandenen Erfahrungen und Kompetenzen. Aufgrund der hohen Relevanz für den Lernenden knüpfen sie an dessen Bedürfnissen, Erfahrungen und Interessen an und bauen dabei auf dessen biografischen Hintergrund auf (vgl. Hamacher et al., 2012, S. 134) Die Autoren machen exemplarisch über mehrere Methoden deutlich, über welche Vielfalt an Möglichkeiten Informelles Lernen zu Gesundheit und Sicherheit in der Praxis verfügt werden kann. (vgl. ebd., S. 89 und Anhang I). *Stichworte: ergonomische Arbeitsplätze, Räume für Gesundheit*

Bei der Entwicklung von Health Literacy geht es nach Weltgesundheitsorganisation (WHO) nicht nur um die Verantwortungsübernahme des Einzelnen, sondern, dass Meso-, Makro- und Mikro-Ebene miteinander in Beziehung stehen (vgl. Nutbeam, Smith, & Tang, 2006). Management- und Führungsstrukturen sind daher Bestandteil der Gestaltungsfelder, darüber hinaus leisten die Strukturen und Prozesse weitere Beiträge zur Gesundheitskompetenzentwicklung des Betriebes.

5.3.1 Organisationale Gesundheitskompetenz entwickeln

Die Entwicklung von Gesundheitskompetenz ist oftmals bereits eingebettet in die Gesundheitsförderung des jeweiligen Betriebes, der Branche und des öffentlichen Raumes (vgl. Treier & Uhle, 2013, S. 422). Gesundheitsförderung als nationales, betriebliches, organisationales oder individuelles Ziel ist nicht einheitlich definiert, viele Akteure, Initiativen, Netzwerke usw. betätigen sich mit unterschiedlichen Zielrichtungen im Bereich Gesundheitsförderung. Mit dem Präventionsgesetz von 2015 in Deutschland wurde eine gesetzliche Grundlage für Gesundheitsförderung und Prävention geschaffen und der Aufbau einer Kooperations- und Koordinierungsstruktur vorgesehen (Nationale Präventionsstrategie, Nationale Präventionskonferenz, Präventionsbericht, Einigung auf

Gesundheitsziele) (vgl. Kaba-Schönstein & Trojan, 2017). *Stichwort: rechtlicher Rahmen für gesundes Arbeiten im Betrieb, Gesellschaftliche Akzeptanz von Gesundheitskompetenz*

In Stufen hat sich das Verständnis weiterentwickelt, vom Erlernen sicherheitsgerechtem Verhalten über die Entwicklung von Risikokompetenz zur Handlungskompetenz als eigeninitiatives, vorgreifendes Gestalten der Lebens- und Arbeitsbedingungen (vgl. Hamacher & Wittmann, 2005, S. 15/20).

Die Begriffe Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) werden in den wissenschaftlichen Studien nicht trennscharf und manchmal synonym verwendet, sie unterliegen auch den sich verändernden Blickwinkeln auf die Entwicklung der Gesundheit im beruflichen Kontext (vgl. Rosenbrock & Hartung, 2018).

Die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) nimmt mit Zielrichtung individuelle Gesundheit Maßnahmen der Verhaltensprävention in den Fokus und unterstützt Mitarbeitende durch zeitlich befristete Aktionen und Einzelmaßnahmen. Der Arbeitsplatz der Mitarbeitenden ist Ziel der Angebote rund um Ernährung, Bewegung, Stressmanagement oder zum Beispiel Raucherentwöhnung. Einen guten Überblick über die Entwicklung der nationalen und internationalen Aktionen zur Gesundheitsförderung im betrieblichen Umfeld findet man bei Chu et al (Chu, et al., 2000). *Stichwort: Akzeptanz von Gesundheitsverhalten im Betrieb*

Umfassender ist das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM), es möchte Organisationsziele so weit wie möglich mit denen der Belegschaft in Einklang bringen und gesunde Organisationsentwicklung betreiben: ein zielgerichtetes, betriebliches, nachhaltiges Handeln mit Einbindung der Mitarbeitenden über z.B. Steuerungskreise wird als erfolgversprechendes Vorgehen gesehen (vgl. Tintor, 2014, S. 67/68). Allgemein empfohlen wird ein abgestimmtes integriertes Vorgehen, welches sowohl die Veränderungsdynamiken des Betriebes, als auch bestehende Komponenten des Personalmanagements berücksichtigt. Eine Vorgehensweise mit Integration eines Prozesskreislaufes (zum Beispiel Plan-Do-Check-Act-Konzept) wird als erfolgreich angesehen. *Stichwort: Systemdenken vor Detailmaßnahmen.*

Um Belastungsreaktionen auf der Personenebene (zum Beispiel Depression, Gereiztheit, Schlafstörungen, Verspannungen, innere Kündigung und Burn-out, Müdigkeit) und auf der Organisationsebene (zum Beispiel geringes Commitment, abfallende Arbeitszufriedenheit, hohe Fehlzeiten, Qualitätsmängel und Fluktuation,

verringerte Produktivität) zu reduzieren, werden die Mitarbeitenden, die Kultur und die Arbeitsgestaltung als Ansatzpunkte für Maßnahmen identifiziert (vgl. Treier & Uhle, 2013, S. 65; Hofmann, 2010, S. 43). *Stichworte: Unternehmenskultur, Partizipation, sowie ergonomische Arbeitsplätze*

Von einem ganzheitlich ausgerichteten Gesundheitsmanagement (BGM) profitieren nicht nur die Mitarbeitenden, sondern auch das Unternehmen. Im Zuge von Maßnahmen werden didaktische und methodische Erfahrungen und Kompetenzen bei den betrieblich handelnden Personen und Institutionen erworben, die sich möglicherweise auf andere Kompetenzziele und Personalentwicklungsmaßnahmen übertragen lassen. „Die zentrale Fragestellung ist, wie die Arbeitsbedingungen gesund, sicher und motivierend und für Unternehmen und Institutionen auch in Zukunft rentabel gestaltet werden können.“ (INQA, 2017) *Stichwort: Lösungen im lebenslangen Lernen und BGM*

Zusätzlich zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz wurden Theorien und Modelle von der Autorin gesichtet, die sich im Rahmen von Gesundheitsförderung (Public Health) mit der Durchführung von erfolgversprechenden Maßnahmen beschäftigen. Darunter finden sich das PRECEDE/PROCEDE-Modell, das Transtheoretische Modell (siehe Abschnitt 5.1.4) oder das Health Action Process Approach - HAPA (Seibt, 2016, S. 2/4+7). Die Modelle und Theorien zur Änderung des Gesundheitsverhaltens sollten Teil einer Verhaltensprävention sein. Diese zielt häufig auf ein einmaliges Gesundheitsverhalten aufgrund bestimmter, geplanter Interventionen und dessen Auswirkungen (vgl. Renneberg & Hammelstein, 2006, S. 148). Gesundheitskompetenz geht über das einmalige Verhalten hinaus und zielt auf die Wiederholung einer Handlung in neuen unvorhergesehenen Situationen, deshalb entwickeln die Modelle keine besondere Strahlkraft auf diese Arbeit. Gleichwohl sollten sie zur Durchführung von Präventionsmaßnahmen Einfluss nehmen (vgl. ebd., S. 148).

Betriebliche Gesundheitsförderung als Ziel des betrieblichen Bemühens beinhaltet bisher selten die Entwicklung betrieblicher oder organisatorischer Gesundheitskompetenz, hier besteht noch Forschungsbedarf.

5.3.2 Anforderungen an die Personalentwicklung

Im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und der betrieblichen Gesundheitsförderung ist die Personalentwicklung in vielen Betrieben bereits eingebunden. Die historische Entwicklung (von Risikobetrachtung zu Ressourcenbetrachtung) und eine veränderte Zielrichtung von Gesundheitsbildung (von

Lehren zu Ermöglichen) fordern von den Personalentwicklern im Hinblick auf eine notwendige Didaktik eine andere Rolle als bisher ab. Als betriebliche Lernbegleiter sollten sie über Individuierungs-, Didaktik-, Kooperations- und über Steuerungskompetenzen verfügen (vgl. Arnold, 2014, S. 83). Diese sind in Bezug auf Gesundheit mit Schwerpunkt Gesundheitsverhalten im Betrieb und ihren psychischen, physischen und sozialen Aspekten zu erweitern. Als Coach, Change-Agent oder Lernbegleiter nehmen Personalentwickler eine unterstützende Rolle wahr, die auf steigendes Gesundheitswissen, selbstbezogene Komponenten und auf die Motivation der Mitarbeitende gerichtet ist. Dazu gehört eine konsequente Haltung zu Empowerment und Salutogenese, die eine Ermöglichung von Kompetenzen unterstützt. Empathie und vertrauensvolles Verhalten ermöglichen eine offene Kommunikation über gesundheitlichen Ressourcen der Mitarbeitenden und deren Einsatzmöglichkeiten. Gespräche nach Rückkehr aus gesundheitlich schwierigen Situationen im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) sind Bestandteil der Prävention (vgl. Treier & Uhle, 2013, S. 126). Klinische Fachkenntnisse zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten, spezifische Fachkenntnisse zur Sicherheits- und Gesundheitsschutz im Betrieb, sowie Methodenkenntnisse, insbesondere zu Erklärungs- und Veränderungsmodellen im Gesundheitsverhalten, unterstützen die Aufgaben als Coach. Eine kritische Auseinandersetzung, sowie professionelles Agieren im Spannungsfeld zwischen betrieblicher Zielrichtung zur Optimierung der personellen Ressourcen und individueller Zielrichtung zum Selbstmanagement sichern die pädagogische Professionalität. *Stichworte: professionelle Pädagogik*, *Change Agent im betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM)*

Personalentwicklung hat auch die Aufgabe, neue digitale Methoden und Lernformen zu sichten und zu implementieren. Die 2016 auf dem Markt befindlichen Digital-Health-Anwendungen scheinen zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz geeignet, denn sie unterstützen bei folgenden Zielsetzungen: Stärkung der Gesundheitskompetenz, Analyse und Erkenntnis, indirekte Intervention und direkte Intervention (vgl. Knöppler et al., 2016, S. 66). *Stichwort: Konzeption, Durchführung und Evaluation von Gesundheits-Lernangeboten*

Die im Rahmen der Recherche festgestellten Herausforderungen und Grenzen einer betrieblichen Unterstützung zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz sollen im folgenden Abschnitt (5.3.3) dargestellt werden.

5.4 Grenzen der Entwicklung von Gesundheitskompetenz

Grenzen und Herausforderungen bestehen bezogen auf die individuelle Situation der Mitarbeitenden, aus systemischen Gesichtspunkten und im Hinblick auf inhaltliche Aspekte der Gesundheitskompetenz.

Individuelle Herausforderungen und Grenzen:

„Genetische Dispositionen, Geschlecht und Alter stellen den Kern von Gesundheit dar, sind jedoch unbeeinflussbare, feste Determinanten“ (Richter & Hurrelmann, 2015, S. 2). Die Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie die Faktoren individueller Lebensweise beeinflussen die Gesundheit nur zu einem Teil, daher kann eine Entwicklung von Gesundheitskompetenz nur begrenzt die Gesundheit beeinflussen (vgl. Dahlgren & Whitehaed, 1991, S. 11). Die Hoffnung auf direkte sichtbare Verbesserung der Gesundheit kann daher nur begrenzt durch eine Entwicklung von Gesundheitskompetenz erfüllt werden (vgl. Kriegesmann et al., 2005, S. 33).

Wesentliche Bausteine in der Kompetenzentwicklung stellen Dispositionen, Emotionen, Werte, Glaubenssätze und Normen dar, die bereits in Bezug auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der frühen Kindheit und im Umfeld Familie und Schule geprägt wurden. Die Beeinflussung im Erwachsenenalter stellt eine große Herausforderung dar und bedarf besonderer Anstrengungen aller Beteiligten (vgl. Arnold, 2005).

Motivation und Bereitschaft, an der eigenen Gesundheit zu arbeiten, sind individuell unterschiedlich, sie werden durch Werte beeinflusst. Werte verändern sich im Lebensverlauf, durch persönliche und berufliche Schicksalsschläge, durch eigene Erfolge und Bewältigung oder in der Gesellschaft durch allgemeine Werteveränderungen, durch Zunahmen von Vielfalt in der Belegschaft oder durch Internationalisierung der Aufgaben. Ein Betrieb hat nur begrenzt Möglichkeiten, den Wert des Gesundheitsverhaltens zu kommunizieren. Damit einher geht die Motivation der Mitarbeitenden, aktiv ihre Gesundheitskompetenz zu entwickeln.

Systemische Herausforderungen und Grenzen:

Hebt man die Bedeutung des Gesundheitsverhaltens hervor und vernachlässigt die strukturelle Einbettung der individuellen Lebensbedingungen, besteht die Gefahr einer individuellen Zuschreibung von Verantwortung, die tatsächlich gesellschaftlichen bzw. strukturellen Mechanismen zuzuordnen ist und keiner individuellen Kontrolle unterliegt. „blaming the victim“ ist der gebräuchliche Begriff dafür. Die Zuschreibung führt dazu, dass Personen in adäquater Weise als „defizitär“ klassifiziert und etikettiert werden (vgl. Richter & Hurrelmann, 2015; Kofahl & Trojan, 2015, S. 64/71; Lenartz, 2012, S. 142).

Im betrieblichen Kontext kann die Performanz, das gesundheitsbewusste Handeln zeitlich nur begrenzt beobachtet, wahrgenommen oder bewertet werden. Ob ein Mitarbeiter, der in seiner Freizeit raucht, aufgrund einer betrieblichen Initiative zur Gesundheitskompetenz sein Verhalten geändert hat, kann im Interesse einer Evaluation von Maßnahmen von Bedeutung sein, allerdings hat der Betrieb nur die im Betrieb maßgeblichen, für den Arbeitsplatz relevanten Verhaltensweisen zu beurteilen. Die Trennung zwischen betrieblichen und persönlichen Belangen wird zunehmend durch Arbeitnehmerrechte und Datenschutzrechte gesichert, die es den Betrieben erschweren, die Wirkung von Maßnahmen und Angeboten voll zu erfassen.

Ethische Überlegungen hinsichtlich der betrieblichen Formulierung von Anforderungen, die ein Selbstmanagement, selbstbezogene Komponenten oder individuelle Entscheidungen zu gesundheitlichem Verhalten betreffen, sollten offen im Betrieb diskutiert werden, bevor sie in Kompetenzprofile oder Kompetenzmodelle Einzug finden. Die Erwartungen können durchaus voneinander abweichen.

Im betrieblichen Kontext lassen sich verschiedenste sozial, technisch oder auch organisatorisch bedingte Barrieren ausmachen, die sicherheits- und gesundheitsbewussten Verhaltensweisen konterkarieren. Eine Bereitstellung von ausreichenden Ressourcen (wirtschaftliche Priorität) bedarf einer konsequenten Haltung zu Empowerment und Salutogenese (vgl. Kriegesmann et al., 2005, S. 33).

Inhaltliche Herausforderungen und Grenzen:

„Das Konstrukt Gesundheit ist unscharf und empirisch kaum fassbar“ (Renneberg & Hammelstein, 2006, S. 154). Die Herausforderung besteht in einer klaren Identifizierung und Benennung der Zielrichtung von betrieblichen Maßnahmen mit Hoffnung auf Messbarkeit des Erfolges.

Betriebe können allein mit bisherigen formellen Vermittlungsformen, Präsenzseminaren und einer Lehrerzentrierung keine Gesundheitskompetenz entwickeln, denn formalisiertes explizites Wissen ist über Medien transferierbar- und multiplizierbar, aber „gerade bei der Entwicklung von Gesundheitskompetenz stellt explizites Wissen jedoch ganz offensichtlich keine hinreichende Größe für entsprechendes Verhalten dar“ (Kriegesmann et al., 2005, S. 70). Eine Wandlung der betrieblichen Bemühungen zur Gesundheitsbildung ist notwendig. Die in dieser Arbeit formulierten Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen können dazu einen Beitrag leisten.

Die Erkenntnisse der bisherigen Recherche, den Gegenüberstellungen und Bewertungen sollen nun zusammengefasst gewürdigt werden.

6 Zusammenfassend: Erkenntnisse zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz

In diesem Kapitel werden die Erkenntnisse aus den wissenschaftlichen Betrachtungen der vorangegangenen Arbeit synergetisch von der Autorin zusammengeführt, grafisch aufbereitet und die Erkenntnisse mit der größten Bedeutung für die Beantwortung der Forschungsfragen herausgestellt.

6.1 Beantwortung der Forschungsfragen

Für die zu Beginn der Arbeit gestellten Forschungsfragen konnten Antworten abgeleitet und wissenschaftliche Begründungen gefunden werden. Auch wenn noch Forschung notwendig ist (siehe Kapitel 8), so sind die Fragen eindeutig zu beantworten.

Kann eine Entwicklung von Gesundheitskompetenz im Betrieb unterstützt werden?

Wissenschaftliche Erkenntnisse bezüglich Kompetenz und Kompetenzentwicklung als betriebliche Zielrichtung können auf Gesundheitskompetenz und die Entwicklung von Gesundheitskompetenz übertragen werden, da sich Gesundheitskompetenz als Ausdruck verschiedener Fähigkeiten, Fertigkeiten und selbstbezogenen Dispositionen (Selbstorganisationsdispositionen) zeigt: es gelten die grundlegenden Mechanismen der Kompetenzentwicklung.

Zu einem Gesundheitsverhalten und einer verbesserten Gesundheit führen insbesondere Fähigkeiten und Dispositionen

- zum Finden und die Aneignung von Wissen,
- zum Verstehen von Begriffen und Prinzipien,
- zur kritischen Auseinandersetzung mit gesundheitsrelevanten Informationen und Verhalten der eigenen Person und des gesellschaftlichen Umfeldes, sowie
- zum Anwenden der Informationen und deren Nutzung zur Entscheidungsfindung,
- wie Verantwortungsübernahme (für die eigene Gesundheit),
- wie Selbstwahrnehmung (und Reflexion),
- zum Umgang mit Gesundheitsinformationen,
- zur Selbstkontrolle,
- zur Selbstregulation,
- zur Kommunikation und Kooperation.

Gesundheitskompetenz ist mehr als Health Literacy, denn sie beinhaltet zusätzlich selbstbezogene Komponenten:

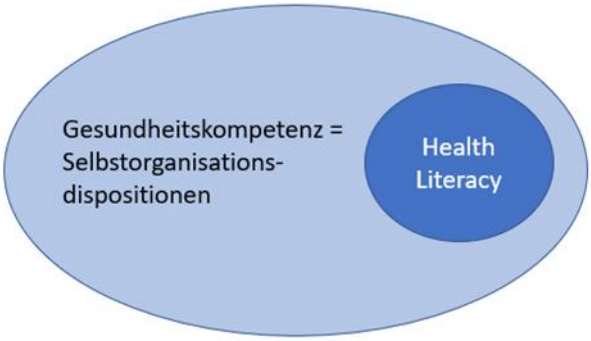

Abbildung 6-1: Gesundheitskompetenz
nach (Lenartz, 2012, S. 22)

Unterstützt werden die Selbstorganisationsdispositionen durch Haltungen oder innerpsychische Komponenten des Gesundheitshandelns wie die Handlungsbereitschaft, Selbstwirksamkeitserwartung, Ergebniserwartung, Risikowahrnehmung oder die Vereinbarung und Verfolgung von Zielen und Plänen zum Handeln (vgl. Renneberg & Hammelstein, 2006, Kapitel 5).
Hieraus ergeben sich verschiedene unterstützende Möglichkeiten und Ansätze zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz im Betrieb. Allein im Prozess der Gesundheitskompetenzentwicklung bestehen auf mehreren Stufen Einflussmöglichkeiten des Betriebes und der Mitarbeitenden.

Sichtbar wird der Prozess der Gesundheitskompetenzentwicklung anhand des Stufenmodells zum Kompetenzlernen:

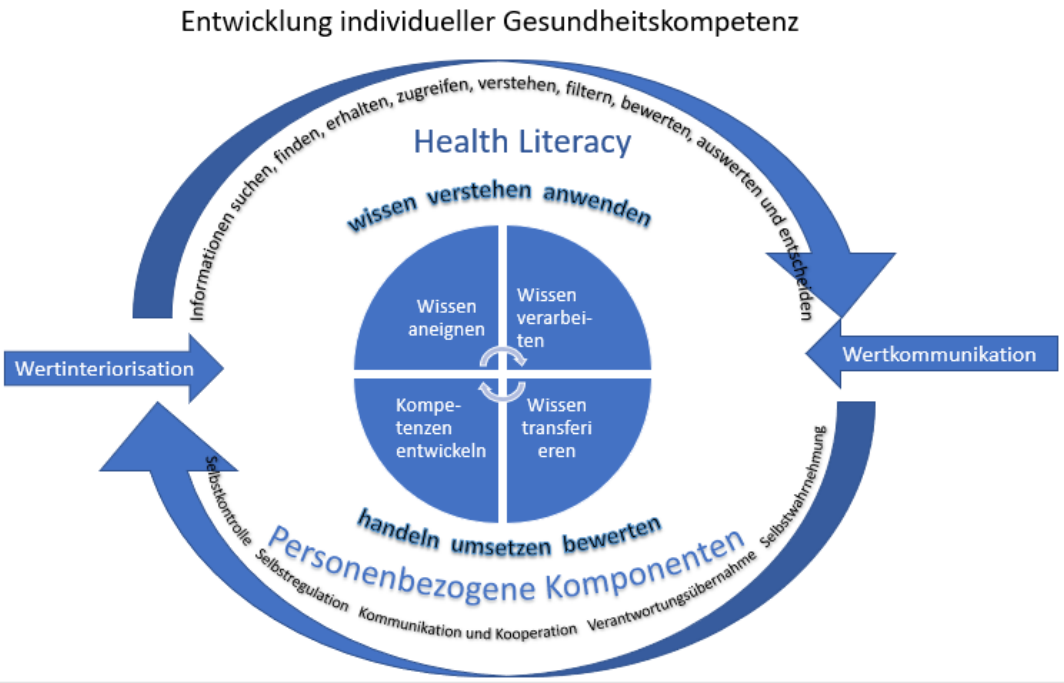

Abbildung 6-2: Entwicklung individueller Gesundheitskompetenz
Eigene Darstellung

Wissen (explizites, implizites und reflexives) stellt dabei eine grundlegende kognitiv geprägte Komponente der Gesundheitskompetenz dar. Ihre Entwicklung kann durch pädagogische Interventionen unterstützt werden. Darüber hinaus wirken sich personenbezogene Komponenten auf die Gesundheitskompetenz aus, deren Selbstbezogenheit und individuelle Konstellation, Variabilität, sowie Komplexität eine Beeinflussung durch pädagogischer Intervention nicht direkt zugänglich ist. Ihre Entwicklung im Betrieb ist noch wenig erforscht. Wichtiger Bestandteil einer Ermöglichung von Gesundheitskompetenz ist die Kommunikation und Interiorisation von Werten zu Gesundheit im betrieblichen Umfeld. Die Reflexion der personenbezogenen Komponenten und gesunden (Lern-)Handlungen ermöglicht den Mitarbeitenden, Erkenntnisse zu gewinnen und ihre selbstbezogenen Dispositionen zu entwickeln. Gesundheitskompetenz kann in bestehende betriebliche Kompetenzmodelle eingegliedert werden, indem die notwendigen Fähigkeiten und Kompetenzen beschrieben und ein gemeinsames Verständnis erarbeitet wird. Dabei ist die Betrachtung der konkreten Herausforderung und der konkreten Situation erforderlich, um Kompetenzentwicklungsbedarf über -profile für eine Gesundheitskompetenz zu erstellen.

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) kann als struktureller und prozessualer Ankerpunkt für Interventionen zur Entwicklung der Gesundheitskompetenz fungieren. Es lenkt, initiiert und evaluiert die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die die Mitarbeitende unterstützen sollen, selbstorganisiert ihre Gesundheitskompetenz zu entwickeln. Die folgende grafische Einordnung der Gesundheitskompetenz verdeutlicht das aktuelle Verständnis von betrieblicher Gesundheitsförderung. Die sich in Richtung (aufeinander zubewegend) und Größe verändernden Aspekte und Strukturen (als Kreise dargestellt) sind nicht starr und für alle Betriebe allgemeingültig. Wobei die wissenschaftliche Forderung für die Gesundheitskompetenz lautet: das Betriebliche Gesundheitsmanagement sollte sich weiter in Richtung salutogenetische Ansätze, eines Selbstmanagements und eines vorausschauenden Handelns zu verschieben. Ein bisheriges, aktuelles und zukünftiges konkretes betriebliches Verständnis lässt sich auf diese Weise grafisch anhand der Größen und Überschneidungen verdeutlichen. Die Grafik kann auch der Zielsetzung und innerbetrieblichen Diskussion dienen.

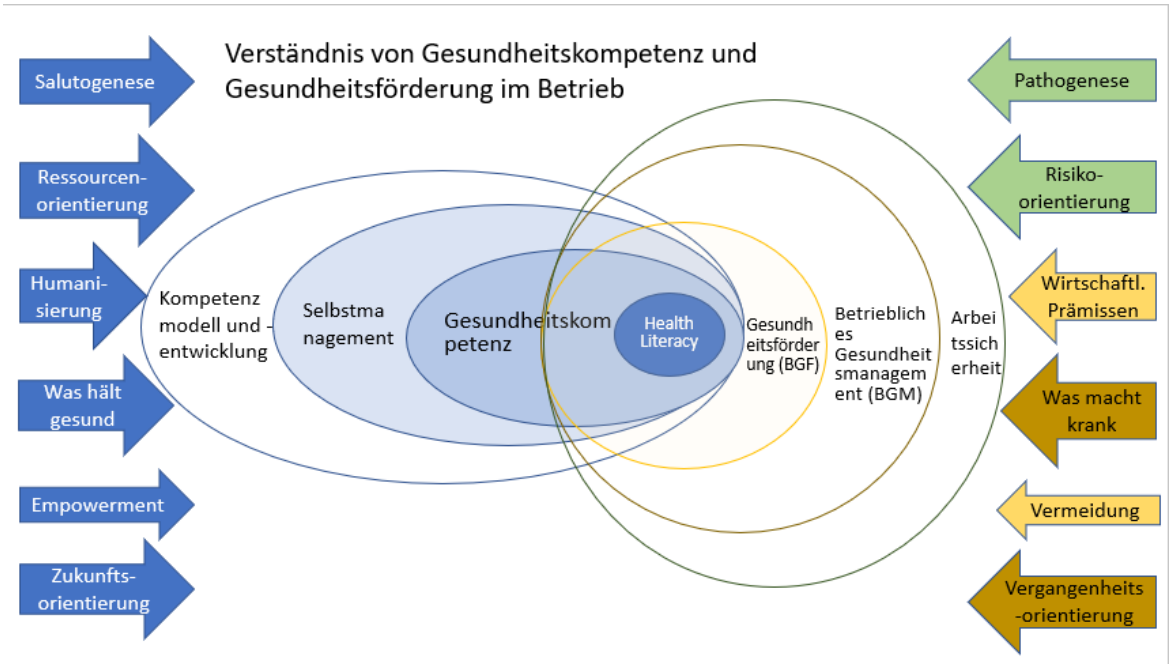

Abbildung 6-3: Verständnis von Gesundheitskompetenz im Betrieb
Eigene Darstellung

Wie kann der Betrieb die Entwicklung positiv beeinflussen?

Die sich aus einem planvollen, reflektierenden Vorgehen ergebenden Erkenntnisse im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) können die organisationalen Kompetenzen erhöhen, zum Beispiel in Bezug auf Projektmanagement, Wissensmanagement, Organisationsentwicklung, Gesundheitsverhalten, Führungskultur, Arbeitssicherheit oder Lernkultur.

Eine Haltung zur Salutogenese, Empowerment und Self-Leadership begünstigen die Entwicklung von individueller Gesundheitskompetenz, da sie auf die Stärkung der individuellen Ressourcen und auf eine Lerner-Zentrierung gerichtet sind. Die Schaffung eines didaktisch-methodischen Rahmens kann die Förderung oder Reifung von Gesundheitskompetenz ermöglichen. Er sollte ein selbstorganisiertes Lernen ebenso unterstützen wie informelles Lernen im Prozess der Arbeit. Die Gestaltung des Ermöglichungsrahmens wird dabei geleitet durch das Primat der Didaktik (vgl. Arnold & Schüßler, 2015, S. 76). Hierzu ist eine offene Lernkultur auf allen betrieblichen Ebenen strukturell und prozessual zu verankern und ins betriebliche Gesundheitsmanagement, der Führungskultur und dem Changemanagement zu integrieren.

Hamacher et al. (2012, Anhang 1) erarbeiteten ausführliche Kriterien und Parameter informellen Lernens am Arbeitsplatz, die als Auslöser, organisatorische Kontextfaktoren informeller Lernprozesse oder als Prinzipien und Kernelemente zum Lebenslangen Lernen gesehen werden. Darüber hinaus stellen sie die Themen Ernährung, Bewegung und Entspannung sowie Arbeitssicherheit und Möglichkeiten zur Balance von Beruf und Familie/Freizeit als weitere Lernfelder dar. Leitfragen für Betriebe können bei der Unterstützung der Lernenden helfen.

6.2 Erfolgsfaktoren für die Entwicklung von Gesundheitskompetenz

Die folgenden Erfolgsfaktoren unterstützen eine Entwicklung von Gesundheitskompetenz im Betrieb auf mehreren Ebenen. Anhand der aufgezeigten Strukturen des betrieblichen Lernens im Kontext (Tab. 1) ergeben sich für die Gesundheitskompetenz auf allen Ebenen Erfolgsfaktoren. Die Stichworte, die in den vorangegangenen Abschnitten (5.1 bis 5.3) bei den einzelnen Aspekten aufgezeigt wurden, werden nun als Erfolgsfaktoren zusammengeführt. Sie sollten im jeweiligen Betrieb konkretisiert und eventuell ergänzt werden, um ihre volle Wirkung entfalten zu können. Hierzu können auch die anschließend erarbeiteten und ausformulierten Handlungsempfehlungen in Kapitel 7 wertvolle Hilfestellung bieten.

Betriebliches Lernen zur Gesundheitskompetenz (eigene Darstellung)

Ebene / Rahmen	Gesellschaftlicher Rahmen	Technologischer Rahmen	Wirtschaftlicher Rahmen	Politischer und rechtlicher Rahmen
Mesoebene	Gesundheit, Lernen und Arbeit als Werte in der Gesellschaft, Akzeptanz von Gesundheits-verhalten im Betrieb	Technische Infrastruktur und Nutzungsmöglichkeiten, e-health, m-health, Netz- und Datensicherheit (personenbezogene Daten)	Wirtschaftl. Situation des Landes und der Branche, Ressourcen im Gesundheits-system für kompetenzorientierte Maßnahmen	Gesellschaftliche Akzeptanz von Gesundheitskompetenzen, strukturierte Gesundheitsförderung und Prävention, rechtlicher Rahmen für gesundes Arbeiten im Betrieb
Makroebene	Unternehmenskultur und Reflexivität, Professionelle Pädagogik, und Salutogenese, gesunde Führungskultur	Unternehmens-IT, kollaborative Plattformen, gesundes Wissensmanagement, Ergonomische Arbeitsplätze, Räume für Gesundheit	Unternehmensstrategie, Managementtheorie, Gesundheit als Unternehmensziel, Kompetenzorientierung, Empowerment, positiver Gesundheitsbegriff	Gesundes Projekt- und Veränderungsmanagement, Veränderungsprozesse als Lernfelder
Organisation und Personal	Lernkultur der Selbstorganisation, Selbstbestimmtheit, Kompetenzerleben, positive Bezogenheit	Lerninfrastruktur Lernmanagementsystem, digitale Möglichkeiten nutzen und kommunizieren	Gesundheitskompetenzmodell, formulierte Gesundheitskompetenzprofile	Partizipation der Mitarbeitenden, Systemdenken vor Detailmaßnahmen
Personalentwick-lung	Ermöglichungsdidaktik, Konzeption, Durchführung und Evaluation von Gesundheits-Lernangeboten, Selbstmanagement,	Social Media und E-Health Lösungen im lebenslangen Lernen und BGM	Individuelle Kompetenzziele, E-Coaching, Change-Agent bei gesunder Kompetenzentwicklung	Individuelle und betriebliche Wissens- und Qualifikationsziele, Change Agent im dem betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM)
Mikroebene	Selbstorganisierte Gesundheitskompetenzentwicklung über individuelle Lernprozesse durch Kooperatives Lernen, Kollaboratives Arbeiten und Lernen, Soziales Training und Formelles Lernen, Soziales und Informelles Lernen			

Tabelle 3: Betriebliches Lernen zur Gesundheitskompetenz

Aus den Erfolgsfaktoren, den Gegenüberstellungen und den Erkenntnissen der Recherche werden nun von der Autorin Handlungsempfehlungen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz im Betrieb abgeleitet.

7 Handlungsempfehlungen zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz im Betrieb

Die grundsätzlichen Mechanismen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) würden den Umfang der Arbeit übersteigen, daher sei auf die umfangreiche Beschreibung von Treier & Uhle (2013) verwiesen. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) stellt einerseits bereits durch seine Strukturen und Prozesse das Ergebnis einer Ausrichtung des Betriebes auf Gesundheit dar, andererseits kann es als Projektleiter und Initiator im Unternehmen eine Entwicklung von Gesundheitskompetenz entscheidend vorantreiben und ermöglichen. Die Stichworte (entlang der Erfolgsfaktoren aus Tabelle 3) sind als Zentrale Empfehlungen im Folgenden ausformuliert, nach Ebenen geordnet und in Rahmen gesetzt. Zusätzliche Erläuterungen und Beispiele finden sich jeweils darunter. Die Rahmenbedingungen auf der Mesoebene sind nicht Gegenstand dieser Arbeit.

7.1 Makroebene – Organisatorische Faktoren

Eine Schärfung hinsichtlich des gewünschten Zieles (Wohlbefinden, Gesundheit und Gesundheitskompetenz) ist erforderlich und Folgen für die Unternehmens-, Führungs- und Veränderungskultur sind mit der Geschäftsleitung zu diskutieren und zu beleuchten. Eine Hinwendung zu Salutogenese und einer kompetenzorientierten Sichtweise auf das Lernen zu Gesundheit muss durch die Geschäftsleitung als zentrale Aufgabe erkannt, aktiv unterstützt und vorgelebt werden. Ein einheitliches, humanes Menschenbild und eine ressourcenorientierte Haltung sind Voraussetzung für ein Gelingen. *Stichwort: Reflexivität, professionelle Pädagogik, Salutogenese und gesunde Führung.*

Eine Verankerung - zunächst des Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) als Projektleitung -, aber auch von Gesundheit und Wohlbefinden als Ziel des Handelns sollte auf allen Ebenen im Leitbild, in den Entscheidungsprozessen, in den Zielvereinbarungen und Stellenbeschreibungen der Führungskräfte erfolgen. Benennen und kommunizieren Sie Ihr Ziel: „Gesundheit und Wohlbefinden durch Entwicklung von Gesundheitskompetenz“

Führungskultur, Führungsstil und Führungskräfte sind entscheidende Faktoren zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz. Führungskräfte wirken mehrfach auf das Ziel ein und nehmen eine Schlüsselstellung in der Kompetenzentwicklung wahr. *Stichwort: gesunde Führungskultur.*

Führungskräfte und Management sollten selbst - als Vorbild - ein entsprechendes gesundheitsbewusstes Verhalten zeigen. Dazu ist eine Gesundheitskompetenz bei den Führungskräften notwendig, die sich oftmals erst entwickeln muss. Interventionen, Seminare und Sensibilisierungstrainings zu gesunder Führung sind erste Ansatzpunkte für eine Vorbereitung der Führungskräfte zu dem Thema Gesundheitskompetenz.

Führungskräfte begleiten die Lernprozesse der Mitarbeitenden und geben den Lernenden Rückmeldungen und Anregungen, vereinbaren Zwischenziele und coachen sie. Sie ermöglichen den Lernenden Freiräume und Reflexionsmöglichkeiten, pflegen eine Fehlerkultur und ermutigen im Prozess der Arbeit. Ist bereits ein Kompetenzmodell im Hause vorhanden, kann darauf aufgebaut werden. Eine Ausbildung, laufende Sensibilisierung und gezieltes Training der Führungskräfte ist sinnvoll, denn die Anforderungen, die an sie gestellt werden, sind hoch.

Führungskräfte stellen in der Unternehmenskommunikation, in den Strukturen und Prozessen der Veränderung Multiplikatoren dar. Daher sollte sich die Auswahl von Führungskräften auch daran orientieren, wie die Ziele des Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) umgesetzt und unterstützt werden. Zielvereinbarungen, Stellenbeschreibungen, Leistungsbeurteilungen oder Kompetenzprofile können passende Instrumente dafür sein.

Letztlich ist eine Gesundheitskompetenz durch Führungskräfte ebenso zu entwickeln wie durch alle Mitarbeitenden. Die Erwartungen an gesunder Führung sind zu spezifizieren.

Eine Sicherheits- und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung ermöglicht informelle Lernprozesse zu guter Ergonomie, sicherheitsorientiertem Verhalten und dem Minimieren von physischen und psychischen Belastungen. Analysen der Beanspruchungen und Anforderungen sowie der Belastungen und Ressourcen können Entwicklungen und Möglichkeiten auf organisationaler und individueller Ebene sichtbar machen. *Stichwort: Ergonomische Arbeitsplätze, Gefährdungsanalyse.*

Die Beachtung von Regeln und Vorschriften zu Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, zur ergonomischen Ausgestaltung der Arbeitsplätze, zur Gefährdungsanalyse zu einzelnen Arbeitsplätzen, zu regelmäßigen Begehungen und

Beratungen der Mitarbeitenden unterstützen den Lernprozess und sensibilisieren die Mitarbeitenden.

Die Gestaltung der Arbeitsorganisation, Verteilung der Aufgaben, Handlungsspielräume, Flexibilität, Möglichkeiten für Eigeninitiative, Sinnhaftigkeit der Aufgabe oder Kommunikations- und Netzwerkmöglichkeiten sind präventiv zu betrachten und mit den jeweiligen Führungskräften und den Mitarbeitenden gemeinsam zu beleuchten. Qualitätszirkel, Workshops oder teambezogene Formate des Austausches bieten sich hierzu an.

Haben die Mitarbeitenden die Möglichkeit ihre Arbeitszeit entsprechend ihre Lebenstätigkeiten flexibel zu gestalten? Eine Flexibilität von Arbeitszeit und Freizeit unterstützt die Wahrnehmung von gesunden Aktivitäten, von ausgleichenden Aktionen oder von Lernangeboten in der Freizeit.

Technologische Möglichkeiten für regelmäßigen, informellen oder gesteuerten Austausch zwischen den Mitarbeitenden im Betrieb zur Verfügung stellen. Dabei kollaborative IT-Plattformen und nachhaltiges Wissensmanagement ebenso in Betracht ziehen wie Räume für die Gesundheit zu schaffen*. Stichwort: Räume für Gesundheit.*

Stellen Sie Austauschmöglichkeiten zu Gesundheit bereit. Schaffen Sie Technologische Infrastruktur, öffnen Sie Gesundheitsthemen und geben Sie Ressourcen frei für Lerninfrastruktur, Ergonomie und Gesundheit. Stellen Sie eine ausreichende Internetanbindung sicher, damit Angebote zu Gesundheit und Sicherheit im Netz genutzt werden können und dürfen.

Das Ziel ist als Unternehmensziel zu definieren. Gesundheit wird als Potenzial im Unternehmen verstanden, Arbeitszufriedenheit und Wohlbefinden sind als Basis für Innovation und Kreativität erstrebenswert. Kompetenzorientierung und Empowerment sind dabei strategische Entscheidungen. *Stichwort: positiver Gesundheitsbegriff*, *Empowerment, Kompetenzorientierung.*

Stellen Sie Beziehung von Gesundheitskompetenz zum Kompetenzmodell des Unternehmens klar heraus. Gesundheitskompetenz kann als Kernkompetenz im Unternehmen dargestellt werden.

Projekt- und Veränderungsmanagement auf Gesundheit ausrichten. Veränderungen gehen vom Unternehmen aus, an denen sich die Betroffenen beteiligen können. *Stichwort: Veränderungsprozesse als Lernfelder, Gesundes Projekt- und Veränderungsmanagement*

Das Projekt- und Prozessmanagement sollte Gesundheits- und Sicherheitsthemen in den organisierten Veränderungsprozessen berücksichtigen, die betrieblichen Akteure rund um Gesundheit können hier verstärkt frühzeitig eingebunden werden.

Nehmen Sie Veränderungen des demographischen Wandels, durch Diversity, Internationalisierung von Betriebsteilen oder Werteveränderungen der Mitarbeitenden wahr und untersuchen Sie sie auf erforderliche Maßnahmen. Eine vorgreifende, präventive Betrachtung kann Auswirkungen auf die Gesundheitskompetenz und die Gesundheit der Mitarbeitenden entfalten. Ein fester Baustein des betrieblichen Projekt- und Veränderungsmanagements könnte die Beachtung der gesundheitlichen Aspekte, insbesondere neuer gesunder Lerninhalte für Mitarbeitende sein. Eine Checkliste mit Fragen zu den gesundheitlichen Auswirkungen der geplanten Veränderung kann helfen.

Veränderungen gehen auch von den Mitarbeitenden aus - im Laufe seiner Lebensphasen, an denen das Unternehmen beteiligt sein sollte. Eine Orientierung an individuellen Leistungsvoraussetzungen und Leistungswandel sollte als Lernfeld möglich sein. *Stichwort: Partizipation der Mitarbeitenden.*

Beteiligen Sie regelmäßig betroffene Mitarbeitende, dies sichert ein kontinuierliches Lernen und die Akzeptanz der Veränderungen und erleichtert selbstorganisiertes Lernen in veränderten Arbeitsprozessen oder -umgebungen.

Veränderungen der einzelnen Mitarbeitenden sollten durch Mitarbeitergespräche am Arbeitsplatz, Lernziele zu individuellen Gesundheitsthemen oder einem Betrieblichen Eingliederungsmanagement vertrauensvoll und offen thematisiert werden. Entwickeln Sie Prozesse und Instrumente hierzu.

7.2 Organisation und Personal

Eine lernförderliche Kultur zu Gesundheit schaffen, erhalten und fördern. Selbstorganisiertes Lernen als Kompetenzlernen einführen, etablieren und unterstützen. *Stichworte: Selbstbestimmtheit – Kompetenzerleben - positive Bezogenheit*

Manchmal herrscht in Unternehmen eine Lernkultur vor, die durch eine Konsumhaltung geprägt ist (evtl. durch jahrelange Befähigung und Qualifikation auf konkrete Arbeitsaufgaben). Schulisches und universitäres Präsenz-Lernen prägt das Lernverständnis; Gesundheitsförderung wird inzwischen vielfach assoziiert mit Rückentrainings und Schulungen. Diese Kultur gilt es zu verändern – behutsam, beharrlich und zunächst ergebnisoffen – Stellen Sie Beispiele über selbstorganisiertes,

lebenslanges Lernen oder die Vorteile von Kompetenzlernen und Gesundheitskompetenz im Unternehmen heraus.

Fördern Sie Mitarbeitende, die sich selbstorganisiert weitergebildet haben durch Arbeits-Freistellung oder finanzielle Förderung, Kommunizieren Sie deren Erfolge und machen Sie bereits bestehende Möglichkeiten selbstorganisierten Lernens zu Gesundheitsthemen sichtbar. Agieren Sie im Sinne einer Vertrauens- und Fehlerkultur, die Ausprobieren und Lernen beinhaltet. Stellen Sie teambildende Maßnahmen mit Gesundheitsthemen zur Verfügung und unterstützen Sie ein vertrauensvolles Miteinander. Ein beziehungserhaltendes Konfliktmanagement kann dabei hilfreich sein.

Lerninfrastruktur den technischen Möglichkeiten anpassen. Dabei (digitale) Wege ausprobieren, anbieten und erfolgreiche Nutzungen kommunizieren. Instrumente zum selbstorganisierten Lernen und dem Wissensmanagement zur Verfügung stellen. *Stichwort: Digitale Lernmöglichkeiten nutzen*

Regen Sie (digitale) Möglichkeiten des Austausches, des informellen Lernens, der Netzwerke und des Wissensmanagements im Unternehmen an und verfolgen Sie ein Leitbild einer Lernenden Organisation. Prüfen Sie Instrumente zur Reflexion und Wertebildung direkt im Prozess der Arbeit und implementieren sie. Führen Sie regelmäßige Rückkehr- und Mitarbeitergespräche ein.

Gesundheitskompetenz als Bestandteil eines Kompetenzmodells begreifen und kommunizieren. Kompetenzprofile erstellen bzw. die Anforderungen des Betriebes formulieren. Reflexionsmöglichkeiten zur Verfügung stellen und als fester Bestandteil der Kommunikationskultur implementieren. *Stichwort: Gesundheitskompetenzmodell und -profile, Reflexion*

Gliedern Sie Gesundheitskompetenz in ein bestehendes Kompetenzmodell ein oder konzipieren Sie ein separates Gesundheitskompetenzmodell als Kernkompetenz im Betrieb und beschreiben Sie dazu Erwartungen und beobachtbares Verhalten. Dies kann zum Beispiel als Leitsatz mit Verhaltensanker erfolgen.

Die Identifizierung und Formulierung der erwarteten Performanz in Bezug auf den konkreten Arbeitsplatz, den Job-level oder die Job-Familie sind möglich und hilfreich, wenn die Anforderungen sehr unterschiedlich sind (Arbeits- und Sicherheitsbestimmungen).

Im Rahmen der Prozesse des BGM ist das Ziel Gesundheit, Wohlbefinden und Gesundheitskompetenz zu kommunizieren und zu erläutern. Die Mitarbeitende sind bei der Identifizierung und Wahl von Handlungsfeldern, Maßnahmen oder Aktionen einzubeziehen. *Stichwort: Partizipation der Mitarbeitenden.*

Die Wertstellung von Gesundheit und Gesundheitskompetenz kann als fester Bestandteil durch Betriebsvereinbarungen oder Veranstaltungen dokumentiert werden.

Beteiligen Sie regelmäßig Mitarbeitende an der Bewertung von Ergebnissen, an der Identifizierung von Handlungsfeldern in den Einheiten und binden Sie sie bei der Konzeption und Durchführung von Aktionen ein. Die Akzeptanz für Veränderungsprozesse zum Gesundheitsverhalten kann somit über eine frühzeitige Partizipation positiv beeinflusst werden. Die Einbeziehung über die Betriebsräte oder über Formate wie Workshops, Themenwerkstätten oder Befragungen ist sinnvoll.

Das Ziel ist planvoll zu verfolgen: Grundsätzlich ist ein planvolles Vorgehen im Sinne eines Projektmanagements oder eines Handlungszyklus sinnvoll, damit Erkenntnisse und Ergebnisse dem Kompetenzaufbau der Mitarbeitenden und der Organisation/ des BGM dienen. *Stichwort: Systemdenken vor Detailmaßnahmen*

Ordnen Sie die Entwicklung von Gesundheitskompetenz in die Aufgaben, Projekte und Prozesse des BGM ein und prüfen Sie Maßnahmen im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) in Bezug auf ihren Beitrag zur Gesundheitskompetenz.

Implementieren Sie Qualitätsmessung und Evaluierung von Aktionen und Maßnahmen im Hinblick auf Gesundheitskompetenz.

7.3 Personalentwicklung

Formelle und informelle Angebote sowie Lernarrangements durch die Personalentwicklung konzipieren, unterbreiten, anbieten, durchführen und evaluieren. *Stichwort: Ermöglichungsdidaktik*

Konzipieren Sie Lernarrangements zum informellen und formellen Lernen und integrieren sie in bestehende Angebote. Initiieren Sie ein Vorschlagswesen oder Mitarbeiterbefragungen zu Gesundheitsthemen und integrieren Sie vorhandenes Gesundheitswissen ins Wissensmanagement.

Halten Sie Unsicherheiten in Bezug auf Evidenzorientierung aus und ermitteln Sie über Reflexionen der Lernarrangements die Sinnhaftigkeit und Nützlichkeit.

Pflegen Sie Netzwerke zu externen Partnern und nutzen Sie deren Möglichkeiten (Betriebsarzt, Krankenkassen, Berufsgenossenschaft, Trainern, Physiotherapeuten, Ernährungsberatern, Universitäten, Bildungseinrichtungen etc.).

Digitale und neue technologische Möglichkeiten im Bereich Gesundheit prüfen, ausprobieren und anbieten. Digital-Health-Anwendungen begleiten und kollaboratives Lernen im Netz fördern. *Stichworte: Social Media und E-Health Lösungen im lebenslangen Lernen und BGM fördern*

Eruieren, finden und bewerten Sie digitale Möglichkeiten der Gesundheitsbildung und lassen Sie dabei ausgehend vom Lerner-Ansatz verschiedene inhaltliche Zielrichtungen zu.

Ermöglichen Sie Netzwerke zu Lernzwecken in den Themen Gesundheit und Sicherheit und fördern Sie diese. Bieten Sie Räume und schaffen Sie Gelegenheiten zu Communities of practice, die Sie begleiten. Hierzu können Sie zunächst Gruppierungen bilden oder Möglichkeiten für informelle Gruppen anbieten und durch Ressourcen fördern.

Im Rahmen des BGM ist die Personalentwicklung konsequent einzubeziehen, um Synergieeffekte von lebenslangem Lernen, informellem Lernen und Gesundheitslernen zu nutzen. Eine Verknüpfung von Gesundheitsthemen mit anderen Lernzielen sollte kontinuierlich geprüft werden.

Eine aktive Teilnahme an Social-Media-Angeboten rund um Gesundheit sichert neueste Erkenntnisse und bietet einen Kompetenzaufbau der Personalentwickler.

Begleitung und Coaching der Mitarbeitenden bei Erreichung ihrer individuellen Gesundheitskompetenzziele, die sich aus den reflektierten Kompetenzprofilen ergeben. Dabei als Change-Agent fungieren und eine Hilfe zur Selbsthilfe anbieten. *Stichwort: Change Agent bei gesunder Kompetenzentwicklung.*

Geben Sie Hinweise auf externe Angebote zu Gesundheitscoaching und begleiten Sie bei Gesundheitsthemen, dabei beachten Sie die Grenzen zu therapeutischen Angeboten.

Personalentwickler können die Mitarbeitenden unterstützen, sich selbst zu verändern und deren gezielte Veränderung des Gesundheitsverhaltens begleiten. Werden Mitarbeitende vom Unternehmen unterstützt, wenn sie sich in ihrer Freizeit zu Gesundheitsthemen ehrenamtlich engagieren oder Fortbildungen besuchen?

Veränderungsprozesse der Mitarbeitenden in gesundheitlichen Situationen begleiten und deren Auswirkungen auf die Situation am Arbeitsplatz mit allen Beteiligten beleuchten. Im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) als Lernbegleiter, Moderator oder Ansprechpartner fungieren. *Stichwort: Change Agent im BEM.*

Beziehen Sie Personalentwicklung im Prozess des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) bei Bedarf ein. Erörtern Sie gemeinsam mit den Beteiligten die Möglichkeiten der Begleitung von Veränderungsprozessen bei den Mitarbeitenden, am Arbeitsplatz oder im Team.

Die Stärkung von gesundheitlichen Kompetenzen der Personalentwickler, z.B. als betriebliche Gesundheitsmanager, Sicherheitsbeauftragter, Physiotherapeuten, Heilpraktiker, Coaches ermöglicht die Begleitung von Mitarbeitenden und Teams in konkreten Fragestellungen. Personalentwicklern können gezielt Krankenrückkehrgespräche, Konfliktgespräche zu Gesundheitsthemen oder Mitarbeitergespräche in offenen Situationen mit Führungskräften aufbereiten und trainieren. Dies kann zusätzlich zur Senkung der Arbeitsunfähigkeitsquoten beitragen.

7.4 Mikroebene – Mitarbeitende

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit Handlungsempfehlungen zur individuellen Gesundheitskompetenzentwicklung, wie sie bereits im Kapitel 5 mit den Stufen des Kompetenzlernens skizziert wurden.

Selbstorganisiertes Lernen als Chance begreifen. *Stichwort: Selbstorganisierte Gesundheitskompetenzentwicklung über individuelle Lernprozesse*

Nutzen Sie als Mitarbeitende die Möglichkeiten der Reflexion im Betrieb und außerhalb des Betriebes zu Gesundheitsthemen. Hinterfragen Sie die reflektierten Ergebnisse und ordnen sie für sich ein. Identifizieren Sie über eine Prioritätensetzung mögliche Ziele für eine Kompetenzentwicklung. Setzen Sie sich Ziele, und setzen sie planvoll um. Greifen Sie dabei auf Hilfe und Unterstützung des Betriebes oder des privaten Umfeldes zurück. Informieren Sie sich über erfolgreiche Wege zur Überwindung von Hemmnissen oder bei Rückschlägen. Ziehen Sie kollaborative und digitale Möglichkeiten ebenso in Betracht wie Lernbegleitung oder Austauschmöglichkeiten. Fordern Sie aktiv Reflexionen ein, um eigene Verhaltensweisen zu verändern.

Nutzen Sie kooperatives Lernen zu Gesundheitsthemen mit Kollegen, Führungskräften, Betriebsärzten, Fachkräften für Arbeitssicherheit und anderen betrieblichen Personen.

Suchen Sie dabei Verbündete, Gruppen, Interessengemeinschaften und Kooperationen, um Vorteile zu generieren oder gemeinsam das Ziel eines gesunden Arbeitsplatzes zu erreichen. Sprechen Sie über Ihre Ziele und werben für einen gesunden Betrieb.
Nutzen Sie alle Möglichkeiten auch die eigenen Lernmethoden und Lernwege reflektieren und optimieren, dies kann mit den Führungskräften am Arbeitsplatz, Lernbegleiter der Personalentwicklung oder andere Personen geschehen.

Als zusätzlicher Beitrag zur Beantwortung der Forschungsfrage (Wie kann der Betrieb die Entwicklung von Gesundheitskompetenz positiv beeinflussen?) wird im folgenden Abschnitt (7.5) ein konkretes Lernarrangement aus den Impulsen und Erkenntnissen dieser Arbeit skizziert. Dabei wird versucht, über die Darstellung der Ziele, des didaktischen Rahmens der Ermöglichung, der Leitplanken sowie des didaktischen Konzeptes, das Lernarrangement zu beschreiben, bevor eine mögliche Qualitätssicherung oder empirische Forschung beschrieben wird.

7.5 Ein Lernarrangement zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz

Hinweise zu zielgerichteten Aktionen zum Erlernen oder Verändern des eigenen Gesundheitsverhaltens sowie Unterstützungen und Begleitungen finden sich im Internet vielfältig bei Krankenkassen und Ratgebern, externen Anbietern, Coaches, Trainern etc. Deshalb soll in diesem Lernarrangement darauf zurückgegriffen werden.

7.5.1 Ziele des Lernarrangements:

a) Mikroebene

- Die Förderung der Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden (Primärziel).
- Die Sensibilisierung für Angebote externer Gesundheitsexperten.
- Die Möglichkeit bereitstellen, ein neues Lernarrangement ausprobieren.
- Die digitalen Fähigkeiten fördern und Hemmschwellen abbauen.
- Die Kollaboration und den Austausch fördern.

b) Makroebene

- Die organisationale Gesundheitskompetenz steigern (Primärziel).
- Erkenntnisse zu den Angeboten externer Anbieter gewinnen.
- Bewertungen der Nutzer aufnehmen.
- Mögliche zukünftige Maßnahmen für das BGM in Betracht ziehen.
- Die Kommunikation mit den Mitarbeitenden stärken.

- Die Konzeption, Durchführung und Evaluation üben.
- Feedback zur Lernbegleitung einholen, analysieren und bewerten.
- Training für Personalentwickler als Lernbegleiter.
- Erkenntnisse zu Transfermöglichkeiten gewinnen.

7.5.2 Rahmen der Ermöglichung schaffen

Die Leitfragen ermöglichungsdidaktischer Kompetenz (vgl. Arnold, 2014, S. 40) geben Anregung zur Entwicklung des Lernarrangements.

Wie können vielfältige Zugänge zum Lerngegenstand vorbereitet und gestaltet werden? Es können digitale Zugänge über das Internet zu externen Angeboten, zum betriebsinternen Intranet, zu neuen digitalen Austauschplattformen sowie zu Präsenzseminaren und digitalen Angeboten ermöglicht werden.

Wie können Selbstlernkompetenzen gestärkt und Selbstwirksamkeitserleben ermöglicht werden? Es werden neue Erfahrungen ermöglicht in Bezug auf

- Teilnahme an Lernangeboten im Netz,
- Teilnahme an digitalem Austausch und digitalem Angebot, sowie
- Lernbegleitung, Motivation und Rückmeldung während des Lernens, sowie
- Reflexionsmöglichkeiten durch Zusatzangebote.

Wie kann der Lernende zum Ausdruck bringen, dass er den Lerngegenstand beherrscht? Er hat die Möglichkeit,

- seine Erfahrungen durch Blogs und Beiträge zu teilen,
- sich mit anderen Lernenden zu vernetzen, üben und auszutauschen,
- Vorschläge und Anforderungen für Zusatzangebote einzubringen
- mit seinem Vorgesetzten die Teilnahme zu reflektieren.

Wie kann der Lernende zeigen, dass er nicht nur fachliche, sondern auch soziale, methodische und emotionale Kompetenzen entwickeln konnte? Reflexion ist Teil des Lernarrangements in Form von

- wiederholten Themen in der Auftaktveranstaltung und den Online-Terminen,
- Inhalt zum Thema Zielsetzung und Gesundheitsverhalten,
- Beiträgen und Fragen in der Austauschplattform,
- Fragen weiterer Mitarbeitender in Bezug auf die Teilnahme an der Initiative.

7.5.3 Die Leitplanken

Rahmenbedingungen im Betrieb werden über die bereits ausgeführten Aspekte in Abschnitte 3.3 und 5.3 gewürdigt. Beispiele konkreter Formulierungen für Gesundheit, Gesundheitskompetenz und Verhaltensanker sind:

Gesundheit ist ein „Zustand des vollständigen körperlichen, sozialen und geistigen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen“ (Kickbusch & Nutbeam, World Health Organization (WHO), 1998)
Gesundheitskompetenz die Fähigkeit zur selbstorganisierten und kreativen Bewältigung und Anwendung der Fähigkeiten in komplexen gesundheitlich geprägten Situationen. Gesundheitskompetenz beinhaltet personale, aktivitätsbezogene, fachlich-methodische und sozial-kommunikative Kompetenzen, die zu Selbstorganisationsdispositionen zusammenschmelzen in Anlehnung an (Erpenbeck & von Rosenstiel, 2007)

<u>Gesundheitskompetenz</u>
Sorgt für Wohlbefinden und Gesundheit im Einklang mit den geltenden Arbeitsschutz- und Sicherheitsbestimmungen und baut das eigene Wissen sowie die eigenen Fähigkeiten, sich gesund zu verhalten, kontinuierlich aus.
Erkennt den Mehrwert von Gesundheit und Wohlbefinden und der Weiterentwicklung von Gesundheitskompetenz und sucht eigeninitiativ nach Möglichkeiten, das eigene Wissen sowie die Fähigkeiten zu erweitern. *Kennt die geltenden Regeln zu Arbeits- und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und wendet sie an. Nutzt die betrieblichen Freiräume zur Entwicklung des eigenen Gesundheitsverhaltens.* *Setzt sich mit den Themen gesunde Ernährung, Bewegung sowie Stress im Arbeitsalltag auseinander. Kennt Erfolgsfaktoren und nutzt Möglichkeiten zur Umsetzung am Arbeitsplatz.* *Macht sich die eigenen Stärken, Entwicklungsfelder, Motivationsgründe und gesunde Ziele bewusst und entwickelt realistische Pläne sowie Herangehensweisen sie zu erreichen.* *Bittet Andere um Feedback, um eigene Stärken und Entwicklungsfelder besser zu erkennen und zieht persönliche Lehren aus Erfolgen, Misserfolgen oder Rückschlägen.*

Sorgt für das eigene Wohlergehen und die eigene Gesundheit, indem Arbeitsanforderungen und private Bedürfnisse abgewägt werden und bewusst Zeit für beides eingeplant wird.

Ein allgemeines Ziel ist es, digitaler zu werden, mehr digitale Lösungen anzustreben und papierhafte Kommunikation im Betrieb zu vermeiden. Maßnahmen, bei denen Präsenz oder Seminare vor Ort notwendig sind, sollten nur flankierend eingesetzt werden. Der Fokus im Lernarrangement soll auf digitale Angebote externer Anbieter gelenkt werden. Diese sind ressourcenschonend, oftmals für die Mitarbeitenden kostenlos und passgenau auf ihre individuellen Ziele auszuwählen, zu nutzen und zu bewerten.
Weitere Unterstützung wird im Rahmen der Betreuung der Teilnehmer und Motivation im Lernarrangement über die Personalentwicklung angeboten.

7.5.4 Didaktisches Konzept – Hilfsfragen und Antworten

Zur Beschreibung des Lernarrangements werden Fragen zur Didaktik herangezogen die Jank und Meyer 2005 erarbeiteten. Zu finden sind sie bei (Frank & Iller, 2013) S. 33.

<u>1 - Wer (Zielgruppe)</u>

Zielgruppe des Lernsettings sind alle Mitarbeitende des Betriebes.
(Aus Kapazitätsgründen kann eine maximale Anzahl festgelegt werden – zum Beispiel 100 Teilnehmer pro Betreuer). Eine Auswahl wird entweder nach Datum der Anmeldung getroffen, oder nach der individuell gewählten Zielrichtung (Gesundheitsbereich). Dies ist erforderlich, um eine breite Streuung der Erkenntnisse zu bekommen (Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit und betriebsspezifische Zielrichtungen).

<u>2 - Was (Inhalte)</u>

Die Teilnehmer sollen selbstorganisiert und individuell Informationen und Angebote externer Anbieter zu einem Gesundheitsbereich wählen und an diesen teilnehmen können. Gewünscht und gefordert werden eine regelmäßige Kommunikation sowie ein Austausch über ihre gesammelten Erfahrungen und Lernfortschritte. Zielrichtungen können zum Beispiel sein: Ernährungskurse, Coach und Trainingsangebote, Beratungen oder Online-Tests, Apps und Anwendungen oder Fitness-Armbänder.
Flankierend werden Seminare und Angebote unterbreitet, mit dem Ziel:
selbstorganisiertes Lernen zu fördern, individuelle gesunde Zielfindung, Zielplanung und Zielerreichung zu üben/zu reflektieren, Selbstmanagement kennen zu lernen, Stressmanagement zu aktivieren oder gesunde (selbst-)Führung zu praktizieren

(angelehnt an die selbstbezogenen Kompetenzen im Stufenmodell zur Gesundheitskompetenzentwicklung.

Dabei können Präsenzseminare oder Online-Angebote zur Verfügung gestellt werden. Das Angebot richtet sich nach dem Bedarf der Lernenden und soll im Verlaufe des Lernarrangements erweitert oder verringert werden. So bildet sich ein anforderungsorientiertes Angebot.

3 - Von wem (Lehrende)

Begleitet und durchgeführt wird das Lernarrangement von der Personalentwicklung im Hause inklusiver Gesundheitsmanager. Die Begleitung der Teilnehmer erfolgt ebenfalls durch geschulte Lernbegleiter. Zusatzangebot können über externe Anbieter (Lehrende) genutzt werden. Zu den Anforderungen an die Personalentwicklung siehe Abschnitte 3.2.2 und 5.3.2.

4 - Wann (Zeitpunkte, Curricula)

Geplant und organisiert wird das Lernarrangement als Projekt mit Projektzeitplan, Vorlauf, Praxisphase und Nachbetrachtung. Der Startzeitpunkt ist frei wählbar, diskutiert werden kann eine positive Resonanz beim Start zum Jahresanfang (Unterstützung von guten Vorsätzen).

Die Projektphase ist variabel und richtet sich insbesondere an den zur Verfügung stehenden Kapazitäten für die Lernbegleitung aus. Einzuplanen ist eine Planungsphase inklusive Abstimmung mit den Personal- und Betriebsräten, eine Anmelde- und Durchführungsphase, wobei eine weitere, nachgelagerte Exploration nach 6 Monaten erfolgen kann, um die Nachhaltigkeit festzustellen.

Eine curriculare Festlegung der Inhalte ist nicht erforderlich und nicht gewünscht – genau hier wird Kompetenzentwicklung ermöglicht und gefordert. Eine Pilotphase kann mit einer eingegrenzten Zielrichtung sinnvoll sein (zum Beispiel Bewegung).

5 - Mit wem (Differenzierung vs. Integration, Sozialformen)

Teilnehmen können alle Mitarbeitende mit Zugang zum Internet. Eine Unterscheidung der Teilnehmer ist nicht notwendig. Eine Pilotphase kann mit einem Teilbereich des Betriebes beginnen.

Für die organisationale Kompetenz im BGM kann es interessant sein, welches Geschlecht, welches Alter, welche Position im Unternehmen, welche organisatorische Zugehörigkeit die freiwilligen Teilnehmer besitzen.

Da die Daten zur individuellen Gesundheit als besonders schützenswert anzusehen sind (Bundesdatenschutzgesetz), ist eine Erhebung und Speicherung zu bereits vorhandener

(Teil-)Kompetenz in Form von Wissen, Qualifikation oder anderen Selbstorganisationsdispositionen streng zu prüfen. Darüber hinaus ist die Qualität der Selbstauskunft in diesem sensiblen Bereich als kritisch einzustufen. Erwartet werden Anmeldungen aus unterschiedlichen Altersstufen, Organisationseinheiten und Hierarchiestufen, wobei eine Häufung bei Frauen und älteren Jahrgängen keine Überraschung wäre.

6 - Wo (Lernorte, Institutionen)

Geplant ist ein Auftakttreffen zum gegenseitigen Kennenlernen als Präsenzveranstaltung im Hause. Bei sehr hoher Anmeldezahl ist ein Splitting oder eine digitale Übertragung(Video) möglich. Zusatzangebote wie Seminare finden ebenfalls intern statt, können aber auch extern organisiert werden.

Andere Lernorte sind digital: interne oder externe Möglichkeiten zur Kollaboration, je nach vorhandenen technischen Möglichkeiten und bereits bekannten externen Anbietern. Die Teilnehmer sollten jederzeit die Möglichkeit haben, sich in Räumlichkeiten im Betrieb zu treffen und auszutauschen, selbstständig etwas zu initiieren.

7 - Wie (Methoden)

Ein didaktischer Ermöglichungsrahmen: der Rahmen zum selbstorganisierten Lernen wird zur Verfügung gestellt. Das Angebot wird in Form von Blended-Learning angeboten und beinhaltet eine Auftaktveranstaltung, Zielvereinbarungen, Lernbegleitung und Kollaboration mit Präsenzelementen. Eine kompetente Lernbegleitung steht für Fragen und Anregungen zur Verfügung und lenkt über verschiedene Kommunikationsmittel wie regelmäßige Online-Angebote, E-Mail, Telefon, Intranet oder Präsenztreffen die Durchführung des Arrangements. Das Selbstorganisierte Lernen der Teilnehmer erfolgt neben oder im Prozess der Arbeit. Zusatzangebote werden in verschiedenen Lernformen angeboten.

8 - Womit (Medien)

Eine freiwillige Anmeldung erfolgt über das hausinterne Intranet, hier findet auch die Haupt-Kommunikation statt.

Die Lernbegleitung kann Programme zur Videoaufzeichnung, Skype, Chats und Online-Seminaren ebenso nutzen wie Office-Programme zur Teilnehmerverwaltung oder Learningmanagementsysteme, sowie Telefonkonferenzen und Videos.

Die Erkenntnisse werden über eine hausinterne Wissens-Plattform gesammelt und veröffentlicht. Weitere kollaborative Medien sind nach Bedarf von den Teilnehmern zu wählen (Whatts-App, Chat, persönliche Treffen,)

9 - Wozu (Legitimation, Ziele) die verfolgt werden können

Die Teilnehmer können zusätzlichen Nutzen generieren (Ziele siehe oben), indem sie eine Begleitung und Förderung bei der Zielsetzung und bei der Umsetzung von gesundheitsrelevanten Informationen im Büro-/Lebensalltag bekommen, eine Vernetzung innerhalb des Unternehmens unter Kollegen erreichen, sowie Wissen und Qualifikation zur eigenen Gesundheit und zum eigenen Gesundheitsverhalten durch Zusatzangebote (während der Arbeitszeit) erlangen können. Darüber hinaus verschaffen sie sich eine bessere Position als Kunde (eine Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft) durch Ausweitung des Wissens über Angebote und Portale und eine bessere Position im Betrieb über die Veröffentlichung von Beiträgen im Intranet.

Um die Teilnahme am Lernarrangement attraktiver für die Mitarbeitenden zu machen, sind in der Erprobungsphase/Einführungsphase - neben einer anteiligen Übernahme von Kosten für digitale oder Zusatz-Angebote, Anreize wie z.B. Auslobung von Preisen oder Freizeitausgleich möglich. Die Entscheidung für einen Wettbewerb ist eher eine wirtschaftliche und kulturelle Frage des Unternehmens; die Sinnhaftigkeit sollte kritisch geprüft werden.

7.5.5 Reflexion, Qualität oder empirische Forschung

Je nach Lernkultur im Betrieb stellt sich die Frage nach Kosten/Nutzen, nach Erfolg/Misserfolg oder nach Input/Outcome dieses Lernarrangements. Hierzu ist zu prüfen, welche Auswertungen/Befragungen und Untersuchungen die Personalentwicklung anstellt, um diese Fragen sinnvoll zu beantworten. Mit Blick auf die Entscheidung und Gestaltung in pädagogischen Prozesse stellt Arnold (2014, S.34) fest: „Das einzig Evidente ist, dass es kaum evidente „Wenn …, dann …“-Gewissheiten gibt. Lernende reagieren ähnlich und unterschiedlich: Sie reagieren ähnlich, weil in ihnen dieselben hirnphysiologischen und psychologischen Mechanismen am Wirken sind; sie reagieren unterschiedlich, weil beim Lernen jeweils spezifische biografische und lebensweltliche Erfahrungen und körperliche Zustände mobilisiert werden“. Die Erwartung auf eine Vorhersagbarkeit und Überprüfbarkeit von Lernerfolgen im Rahmen von Kompetenzentwicklung kann nicht erfüllt werden. Allerdings gibt es verschiedene Möglichkeiten der Reflexion, von denen hier zwei ausgeführt werden. Zunächst wird der dreidimensionale Qualitätscheck vorgestellt, im Anschluss wird eine Möglichkeit sozialwissenschaftlicher Untersuchung aufgezeigt.

Dreidimensionaler Qualitätscheck

Im Rahmen eines dreidimensionalen Qualitätschecks werden auf der Input- und auf der Outcome-Ebene geeignete Kriterien definiert und Verfahren ermittelt (vgl. Arnold, 2014, S. 19). Es geht bei diesen Qualitätschecks weniger um eine statistisch exakte Erhebung und Interpretation von Daten als vielmehr um die nachvollziehbare Dokumentation der Erwartungen, die mit einer Maßnahme verbunden werden. Hierzu können Personalentwicklung und Teilnehmer aufbauend auf das Gesundheitskompetenzmodell eine Beschreibung bzw. präzise Kompetenzprofile erarbeiten, die sie im Rahmen des Lernarrangements entwickeln möchten. Es geht weiter um die nachvollziehbare Dokumentation der Begründungen des didaktischen Vorgehens mit seinen Möglichkeiten ist bereits als Überblick in diesem Kapitel erfolgt und kann in Bezug auf die Zusatzangebote und mögliche Lernprojekte der Teilnehmer erweitert werden. Und schließlich geht es um eine möglichst mehrperspektivische Erhebung von Feedbacks der Teilnehmenden, aber auch der Vertreter des jeweiligen Kontextes. Hierzu eigenen sich die folgenden Erhebungsmöglichkeiten auf mehreren Ebenen des Lernarrangements:

Möglichkeit einer empirischen Untersuchung

Im hier vorgeschlagenen Untersuchungsdesign wird versucht, Anhaltspunkte dafür zu finden, dass Informationen aufgenommen, verstanden und verarbeitet wurden, Wissen aufgebaut, Qualifikationen erworben und/oder ein Transfer in die Praxis erfolgen konnte. Ein lineares Vorgehen generiert aus dem Theoriekonstrukt der Kompetenz und der Gesundheitskompetenz die Hypothese, dass das geplante Lernarrangement die Gesundheitskompetenz der Teilnehmer verändern kann. Das Lernarrangement wird als Möglichkeit für die Teilnehmer konzipiert und angeboten, selbstorganisiert zu Lernen und sich Wissen anzueignen, zu üben und ihre Gesundheitskompetenz zu stärken. Ob mit dem Lernarrangement und mit seiner Durchführung die Gesundheitskompetenz verändert werden kann, ist Gegenstand der Untersuchung. Dabei lautet die Untersuchungsfrage (Ebene I): *Fördert die aktive Teilnahme an diesem Lernarrangement (zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz) die Gesundheitskompetenz der Teilnehmer?* Als Untersuchungsdesign wird vorgeschlagen, über einen (schriftlichen, anonymen, quantifizierbaren) Fragebogen eine gewählte strukturierte Befragung durchzuführen, da die gestellte Forschungsfrage eine Veränderung - quantitativer Art beleuchtet und es sich dabei um die Untersuchung eines Quasi-Experimentes handelt. Die Veränderung und das Verhalten in Bezug auf die individuelle Gesundheit werden nicht aus inhaltlicher Perspektive betrachtet (z.B. ob

eine Sucht besteht und wie erfolgreich eine Verhaltensänderung gewesen ist), sondern aus der reflektierenden Perspektive in Bezug auf das Teilnehmerverhalten (z.B. Ich konnte ausreichend Informationen beschaffen, ich habe die Informationen verstanden). Nicht die vorhandene Gesundheitskompetenz oder der Gesundheitszustand der Teilnehmer steht im Forschungsinteresse, sondern die Entwicklung seines Wissens, die Veränderung seines Informationsverständnisses, seines Verhaltens und seines Wollens in Bezug auf Gesundheit. Angelehnt an den deutschen Health Literacy Fragebogen (HLS-RW-Q) werden Fragen zur Health Literacy zusammengestellt, die eine empirisch gesicherte Datenbasis ergeben können (Messer, Vogt, Quenzel, & Schaeffer, 2016). Hierbei ist die Besonderheit des betrieblichen Umfeldes entscheidend für die Auswahl der Fragen.

Mit Bezug zur sozialwissenschaftlichen Organisationspädagogik sowie Organisationssoziologie soll eine weitere Ebene beleuchtet werden. Da die Organisation als Akteur der Durchführung des Lernarrangements ebenfalls ein Interesse an der Förderung ihrer organisationalen Kompetenzen hat, wird eine weitere Hypothese für die organisationale Makroebene (Ebene II) aufgestellt und mit der Frage untersucht: *Fördert die Durchführung des Lernarrangements (zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz) die Gesundheitskompetenz der Organisation?* Die Vielschichtigkeit der organisationalen Kompetenz zusammen mit der großen gegenseitigen Beeinflussung von Wissensmanagement, Organisationskultur, individuelle Kompetenz und Personalentwicklung lassen vermuten, dass eine schriftliche Befragung nicht das geeignete Erhebungsinstrument ist. Als Form der Auseinandersetzung und Bewertung bietet sich eine strukturierte Gruppendiskussion mit Akteuren des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und Führungskräften der Organisation an, bei der die Auswertungen aus Ebene I beleuchtet und weitere Handlungsoptionen der Organisation identifiziert werden können. Dies entspricht auch dem planvollen Vorgehen im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) im Betrieb.

8 Aktueller Forschungsstand - Ausblick

Empirisch belegte Modelle in der Forschung um Gesundheitskompetenz stützen sich auf Expertenbefragungen, Interviews und Herleitungen. Empirische Studien aus Betrieben zur gezielten Entwicklung von Gesundheitskompetenz liegen nicht vor. Untersuchungen zu Gesundheitskompetenz wurden bisher eher aus klinischer Sicht (Health Literacy), mit Blick auf die gesellschaftlichen Aufgaben des Gesundheitssystems, das Lese-, Schreib-

und Rechenvermögen von einzelnen Gruppen sowie die Bewältigungsmöglichkeiten als Patienten betrachtet. Es fehlen Forschungen zur Health Literacy im Lebensumfeld Betrieb.

Theorien und Modelle zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsverhalten beziehen sich bisher nicht auf Gesundheitskompetenz als Zielrichtung der betrieblichen Gesundheitsförderung und umgekehrt. Hier ist weitere Forschung notwendig, um die jeweiligen Modelle zu verzahnen und Handlungsansätze für das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) zu generieren.

Es fällt auf, dass in keinem der für den betrieblichen Bereich betrachteten Kompetenzmodelle, Kompetenzatlas oder Kompetenzmessverfahren die Zielrichtung Gesundheit, körperliche Ressourcen oder Beschäftigungsfähigkeit als mögliche Kompetenz oder als Teilaspekt oder als Handlungsfeld in Betracht gezogen wird. Dies spiegelt die recht junge wissenschaftliche Bewegung um Gesundheitskompetenz wieder, zeigt aber auch, dass das Konstrukt Kompetenz mehr auf die Verwertung von menschlichen Ressourcen als auf die menschlichen Ressourcen selbst gerichtet ist (anforderungsorientierte Kompetenz). Die im Kapitel 4 dargelegten Modelle und wissenschaftlichen Arbeiten zur Gesundheitskompetenz sind allesamt jüngeren Ursprungs, es besteht erheblicher Forschungsbedarf zur Gesundheitskompetenz als Zielrichtung betrieblicher Kompetenzentwicklung.

Den theoretischen Konstrukten der Gesundheitskompetenz fehlt es noch an Operationalisierbarkeit, um konkrete Erfolgsfaktoren, Handlungsempfehlungen oder Vorgehensweisen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) nachzuweisen. Allzu oft fehlen einheitliche Begrifflichkeiten (zu Gesundheit und Gesundheitskompetenz), notwendige Abgrenzung (zu Health Literacy), differenzierte Betrachtungen (zu selbstbezogene Kompetenzen) oder Beziehungen (zu Theorien und Modellen), daher können Ergebnisse von entsprechenden Studien nicht miteinander verglichen werden, um z.B. wirksame Verfahren zu identifizieren (vgl. Renneberg & Hammelstein, 2006, S. 154).

Die Erwartung an eine evidenzbasierte Entwicklung von Gesundheitskompetenz kann zurzeit noch nicht ausreichend Rechnung getragen werden. Es fehlen noch Erkenntnisse über Verfahren und Messgrößen zur Erfassung von Gesundheitsverhalten, von Gesundheitskompetenz und von Gesundheit. Zu sehr wird zurzeit der Blick aus pathogener Sicht auf Krankheiten, Arbeitsunfähigkeiten und gesundheitliche Beschwerden gelegt. Hier ist noch erheblicher Forschungsbedarf vorhanden, der zurzeit

auf Ebene der Public-Health-Bewegung auch erkannt und angegangen wird (vgl. Robert-Koch-Institut, 2016, S. 489; Lenartz, 2012, S. 175; Huber et al., 2010, S. 111). Allerdings sind Maßnahmen und Lernsettings, die auf Veränderung einer Vielzahl interagierender Einflussfaktoren bzw. Determinanten der Gesundheit inklusive des Gesundheitshandelns abzielen, kaum in einfachen linearen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen zu beschreiben (vgl. Elkeles & Broesskamp-Stone, 2016).

9 Fazit

Aus betrieblicher Sicht stellt die Entwicklung von Gesundheitskompetenz ein relativ neues Ziel dar, welches in Abgrenzung zu bisherigen betrieblich benutzten Begriffen wie Gesundheitsförderung (BGF) oder Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), identifiziert und in die betrieblichen Personal-Entwicklungssysteme einzugliedern ist. Es lohnt sich, Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine Entwicklung von Gesundheitskompetenz ermöglichen und damit Mitarbeitende in die Lage versetzen, ihr Wissen, ihre Fähigkeiten und Dispositionen selbstorganisiert zu reflektieren und entwickeln zu können. Diese Arbeit zeigt auf, dass Entwicklung von Gesundheitskompetenz ebenso im Betrieb angeregt, unterstützt und ermöglicht werden kann, wie berufliche Kompetenz. Dabei kommt der Kommunikation von gesunden Werten im Unternehmen, einer lernenden Unternehmens- und Gesundheitskultur, sowie einer ermächtigenden Führungskultur erhebliche Bedeutung zu. Bereits vorhandene betriebliche Kompetenzmodelle können ergänzt, angepasst oder für Gesundheitskompetenz entwickelt werden. Über die hier erarbeiteten Handlungsempfehlungen und das beispielhafte Lernarrangement besteht die Möglichkeit, wissenschaftlich gesicherte operationalisierte Aspekte aufzunehmen, um sie im eigenen Betrieb anzuwenden. Dabei stehen das Wissen, Verstehen und Anwenden von Gesundheitsinformationen ebenso im Fokus wie das Bewerten des Gelernten, das Umsetzen und bewusste Handeln im Sinne der Gesundheit. Gesundheitskompetenz beinhaltet personenbezogene Komponenten, wie Selbstwahrnehmung, Verantwortungsübernahme, Selbstregulation und Selbstkontrolle, die sich über Kommunikation und Kooperation positiv auf ein Gesundheitsverhalten auswirken. Die Einflussfaktoren und Veränderungspotenziale in den multifaktoriellen Prozessen rund um Gesundheit und der Veränderung von Gesundheitsverhalten sind noch zu wenig erforscht, um einfache Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge aufzeigen zu können, die direkt im Betrieb zu beeinflussen sind. Daher ist weitere Forschung notwendig, um gezielter die Entwicklung unterstützen zu können. Gesundheit rückt zunehmend in den Blickpunkt von Forschern, denn sie gilt inzwischen als (Lebens-)Ressource, genauso wie das Wohlbefinden der Mitarbeitenden als wichtiger betriebswirtschaftlicher Aspekt und Gesundheitskompetenz als Ziel von Lernen und Arbeiten im Betrieb erkannt wird. Unternehmen, die ihre Mitarbeitenden in der Entwicklung von Gesundheitskompetenz unterstützen, leisten einen wichtigen Beitrag für ihre eigene Zukunftsfähigkeit.

10 Literaturverzeichnis

Abel, T., & Sommerhalder, K. (23.07.2015). Gesundheitskompetenz/Health Literacy Das Konzept und seine Operationalisierung. (Springer-Verlag, Hrsg.) *Bundesgesundheitsblatt, 58*, S. 923-929. doi:https://doi.org/10.1007/s00103-015-2198-2

Abel, T., Sommerhalder, K., & Bruhin, E. (23.02.2015). *Bundeszentrale für gesundheitliche Auflärung (BZgA).* (BZgA, Hrsg.) doi:http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i065-1.0

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health. *Health Promotion International, 11*(1), S. 11-18. doi:https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11

Arnold, R. (Juni 2002). Von der Bildung zur Kompetenzentwicklung. (E. Nuissl, C. Schiersmann, & H. Siebert, Hrsg.) *Literatur- und Forschungsreport Weiterbildung, 49*(2), S. 26-38. Abgerufen am 28.01.2018 von http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/nuissl02_02.pdf#page=26

Arnold, R. (2005). *Die emotionale Konstruktion der Wirklichkeit* (Bd. Beiträge zu einer emotionspädagogischen Erwachsenenbildung). Baltmannsweiler.

Arnold, R. (2014). Personalentwicklung - eine Grundlage. *Studienbrief PE 0110 des Masterfernstudienganges Personalentwicklung*. Kaiserslautern, Rheinland-Pfalz: Technische Universität Kaiserslautern.

Arnold, R. (2017). Ermöglichungsdidaktik - Kriterien einer intransitiven Kompetenzförderung. In J. Erpenbeck, & W. Sauter, *Handbuch Kompetenzentwicklung im Netz. Bausteine einer neuen Lernwelt* (S. 93-113). Stuttgart: Schäffer-Pöschel Verlag.

Arnold, R., & Schüßler, I. (2011). Das Didaktische neu denken! Thesen zur Erwachsenendidaktik-inspiriert von Hans Tietgens. (W. Gieseke, & J. Ludwig, Hrsg.) *Erwachsenenpädagogischer Report, 16*, S. 151. Abgerufen am 01.01.2018 von https://edoc.hu-berlin.de/bitstream/handle/18452/3056/151.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Arnold, R., & Schüßler, I. (2015). *Ermöglichungsdidaktik: erwachsenenpädagogische Grundagen und Erfahrungen* (2 Ausg.). Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren GmbH.

Beck, S. (2005). *Skill-Management. Konzeption für die betriebliche Personalentwicklung.* Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag / GWV Verlage GmbH.

Bitzer, E.-M., & Spörhase, U. (2015). Was macht Menschen gesundheitskompetent? Kompetenzerwerb aus pädagogischer und public health Perspektive. In B. f. (BZaG) (Hrsg.), *Health Literacy/Gesundheitsförderung - wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen. Gesundheitsförderung konkret. 20*, S. 21-39. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Von https://www.researchgate.net/profile/Martin_Salaschek/publication/308326578_

Arbeitsgruppe_II_Kompetenzentwicklung_fordern/links/57e0e10208aec6ce9f28f713/Arbeitsgruppe-II-Kompetenzentwicklung-foerdern.pdf abgerufen

Brödel, R. (06 2002). Relationierungen zur Kompetenzdebatte. (E. Nuissl von Rein, C. Schiersmann, & H. Siebert, Hrsg.) *Report - Literatur- und Forschungsreport Weiterbildung, 49*, S. 39-47. Abgerufen am 28.01.2018 von http://www.die-bonn.de/id/471

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2017). *Weißbuch Arbeiten 4.0.* (A. G. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Hrsg.) Berlin. Abgerufen am 28.01.2018 von https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a883-weissbuch.pdf?__blob=publicationFile&v=4

Chu, C., Bruecker, G., Harris, N., Stitzel, A., Gan, X., Gu, X., & Dwyer, S. (01.06.2000). Health promotion workplaces - international settings development. (O. U. Press, Hrsg.) *Health promotion international, 15*, S. 155-167. doi:https://doi.org/10.1093/heapro/15.2.155

Dahlgren, G., & Whitehaed, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. *Backround dokument to WHO - Stragety Paper to Europe*. Stockholm: Institue future studies, institutet för Framtidsstudier. Abgerufen am 31.12.2017 von https://www.researchgate.net/profile/Goeran_Dahlgren/publication/5095964_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health_Background_document_to_WHO_-_Strategy_paper_for_Europe/links/569540f808aeab58a9a4d946.pdf

Dehnbostel, P. (18./19.09.2003). Informelles Lernen: Arbeitserfahrungen und Kompetenzerwerb aus berufspädagogischer Sicht. *4. Fachtagung des Programms "Schule-Wirtschaft/Arbeitsleben".* Neunkirchen/Pleiße. Abgerufen am 02.01.2018 von http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/2003vortrag_p_dehnbostel.pdf

Elkeles, T., & Broesskamp-Stone, U. (02. 03 2016). *Evidenzbasierte Gesundheitsförderung.* (B. f. (BZaG), Hrsg.) Abgerufen am 04.01.2018 von Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/evidenzbasierte-gesundheitsfoerderung/

Erpenbeck, J. (2017). Selbstorganisation, Neuropsychologie und Werte. In J. Erpenbeck, W. Sauter, J. Erpenbeck, & W. Sauter (Hrsg.), *Handbuch Kompetenzentwicklung im Netz - Bausteine einer neuen Lernwelt* (S. 116-131). Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.

Erpenbeck, J., & Sauter, W. (2015 b). *Wissen Werte und Kompetenzen in der Mitarbeiterentwicklung.* Wiesbaden: Springer Gabler.

Erpenbeck, J., & Sauter, W. (2015). Kompetenzentwicklung. *Studienbrief 0410 des Masterfernstudienganges Personalentwicklung*. Kaiserslautern, Rheinland-Pfalz, Deutschland: Technische Universität Kaiserslautern.

Erpenbeck, J., & von Rosenstiel, L. (2007). *Handbuch Kompetenzmessung, Vorbemerkung zur 2. Auflage* (2 Ausg.). Stuttgart: Schaeffer-Poeschel-Verlag.

Abgerufen am 28.01.2018 von
http://media.libri.de/shop/coverscans/628/6282457_LPROB.pdf

Erpenbeck, J., Grote, S., & Sauter, W. (2017). *Handbuch Kompetenzmessung* (3 Ausg.). (J. Erpenbeck, L. von Rosenstiel, S. Grote, & W. Sauter, Hrsg.) Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag für Wirtschaft Steuer Recht GmbH.

European Commission. (18.06.2017). *Descriptors defining levels in the European Qualifikation Frameworkf (EQF)*. (E. Commission, Herausgeber) Abgerufen am 28.01.2018 von Learning Opportunities and Qualifications in Europe: https://ec.europa.eu/ploteus/de/node/1440

Frank, S., & Iller, C. (April 2013). Kompetenzorientierung - mehr als ein didaktisches Prinzip. (D. I. E, Hrsg.) *Report. Zeitschrift für Weiterbildungsforschung*(36), S. 32-41. Abgerufen am 28.01.2018 von http://www.die-bonn.de/id/31179

Furtner, M. (2017). *Empowerment Leadership.* Wiesbaden: Springer Gabler Verlag. doi:10.1007/978-3-658-16060-9

Geißler, K. A., & Orthey, F. M. (06.2002). Kompetenz: Ein Begriff für das verwertbare Ungefähre. (E. Nuissl von Rein, C. Schiermann, & H. Siebert, Hrsg.) *Report - Literatur- und Forschungsreport Weiterbildung, 19*, S. 69-79. Abgerufen am 28.01.2018 von http://www.die-bonn.de/id/11871

Hamacher, W., & Wittmann, S. (2005). *Lebenslanges Lernen zum Erwerb von Handlungskompetenzen für Sicherheit und Gesundheit.* Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH. Abgerufen am 28.01.2018 von https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Schriftenreihe/Forschungsberichte/2005/Fb1052.html

Hamacher, W., Eickholt, C., Lenartz, N., & Blanco, S. (2012). *Sicherheits- und Gesundheitskompetenz durch informelles Arbeiten im Prozess der Arbeit.* BAuA, Arbeitsmedizin. Bonn/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Abgerufen am 28.01.2018 von https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/F2141.html

Hasselhorn, M., & Freude, G. (2007). Der Work Ability Index - ein Leitfaden. *Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmadizin (BAuA)*(Sonderschrift 87). (BAuA, Hrsg.) Dortmund/ Berlin/ Dresden: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH. Abgerufen am 28.01.2018 von https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Schriftenreihe/Sonderschriften/S87.html

Hofmann, H. (2010). Wege zum gesunden Unternehmen - Gesundheitskompetenz entwickeln. *Leitfaden für die Bildungspraxis, 42*. (H. Loebe, & E. Severing, Hrsg.) Bielefeld: w. Bertelsmann Verlag GmbH & Co KG.

Huber, S., Lenartz, N., Rudinger, G., & Soellner, R. (2010). Facetten der Gesundheitskompetenz - Eine Expertenbefragung. Projekt Gesundheitskompetenz. (E. Klieme, D. Leutner, & M. Kenk, Hrsg.) *Zeitschrift für Pädagogik, 56*(Beiheft), S. 104-114.

Ilmarinen, J., Tuomi, K., & Seitsamo, J. (2005). New dimensions of work ability. *International Congress Series 1280 (2005)* (S. 3-7). Helsinki, Finish Institute of Occupational Health: ICS-Elsevier. doi:10.1016/j.ics.2005.02.060

INQA, I. n. (21.12.2017). *Initiative Neue Qualität der Arbeit / Über uns*. Abgerufen am 28.01.2018 von Die Initiative kompakt: http://www.inqa.de/DE/Mitmachen-Die-Initiative/Ueber-uns/Die-Initiative-kompakt/inhalt.html

Jordan, S., & Hoebel, J. (31.07.2015). Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland - Ergebnisse der Studien "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA). (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Hrsg.) *Bundesgesundheitsblatt*, S. 942-950. doi:DOI 10.1007/s00103-015-2200-z

Kaba-Schönstein, L., & Trojan, A. (04. 01 2017). *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*. doi:http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i053-1.0

Kickbusch, I. (03.07.2006). Die Gesundheitsgesellschaft. *Vortrag an der Universität Lüneburg*. Lüneburg, Niedersachsen. Von http://www.uni-lueneburg.de/gesundheit/archiv/doku_tagung_030706/2006_Juli_Lueneburg_Kickbusch.pdf abgerufen

Kickbusch, I., & Nutbeam, D. (1998). *World Health Organization (WHO)*. Abgerufen am 10.10.2017 von Health Promotion Glossary: http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1

Knöppler, K., Neisecke, T., & Nölke, L. (Februar 2016). Digital-Health-Anwendungen für Bürger. Gütersloh, Nordrhein-Westfalen: Bertelsmann Stiftung GmbH. Abgerufen am 28.01.2018 von https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/digital-health-anwendungen-fuer-buerger/?tx_rsmbstpublications_pi2[filterPreis]=1&tx_rsmbstpublications_pi2[filterAusgabeart][5]=1&tx_rsmbstpublications_pi2[filterSprache][1]=1&tx_rsmbst

Kofahl, C., & Trojan, A. (2015). Health Literacy und Selbstmanagement. *Health Literacy/Gsundheitsförderung - Wissenschaftliche Definitionen, Empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen. Gesundheitsförderung kompakt. 20*, S. 61-77. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Abgerufen am 28.01.2018 von https://www.researchgate.net/profile/Martin_Salaschek/publication/308326578_Arbeitsgruppe_II_Kompetenzentwicklung_fordern/links/57e0e10208aec6ce9f28f713/Arbeitsgruppe-II-Kompetenzentwicklung-foerdern.pdf

Krämer-Stürzl, A. (2015). Aktuelle Entwicklungen in der Personalentwicklung. *Studienbrief PE 0120 des Masterfernstudienganges Personalentwicklung*. Kaiserslautern, Rheinland Pfalz, Deutschland: Technische Universität Kaiserslautern.

Kriegesmann, B., Kottmann, M., Masurek, L., & Nowak, U. (2005). *Kompetenz einer nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit.* Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH. Abgerufen am 28.01.2018 von https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Schriftenreihe/Forschungsberichte/2005/Fb1038.pdf?__blob=publicationFile&v=9

Lenartz, N. (2012). *Gesundheitskompetenz und Selbstregulation.* Göttingen: Bonn University Press, P&R unipress GmbH.

Lerch, S. (2016). *Selbstkompetenzen.* Wiesbaden: Springer Verlag GmbH.

Matyssek, A. K. (02.01.2018). *Do Care! - gesund führen und mehr*. Abgerufen am 28.01.2018 von https://www.do-care.de/

McAuley, A., Stewart, B., Siemens, G., & Cormier, D. (20.12.2010). The MOOC model for digital practice. *Knowledge synthesis Grants on the Digital Economy* (S. creative common). Charlottetown: University of Prince Edward. Abgerufen am 28.01.2018 von http://elearnspace.org/Articles/MOOC_Final.pdf

Messer, M., Vogt, D., Quenzel, G., & Schaeffer, D. (16.03.2016). Health Literacy bei vulnerablen Zielgruppen: Entwicklung und Konzeption des HLS-NRW-Q Fragebogens. Anlage zur Publikation Fragebogen. (J. Kugler, Hrsg.) *Prävention und Gesundheitsförderung, 11*(2), S. 110-116. doi:20.2007/s11553-016-0532-7

Nutbeam, D. (25.10.2008). The evolving concept of health literacy. (elsevier, Hrsg.) *Social Science & medizin, 67*, S. 2072-2078. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050

Nutbeam, D., Smith, B. J., & Tang, K. C. (2006). *World Health Organization (WHO).* doi:10.1093/heapro/dal033

Ortmann, G. (2014). Können und Haben, Geben und Nehmen. Kompetenzen als Ressourcen, Organisation und strategisches Management. In J. Sydow, A. Windeler, J. Sydow, & A. Windeler (Hrsg.), *Kompetenz - sozialtheoretische Perspektiven* (Reihe Organisation und Gesellschaft Ausg., S. 20-97). Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH. doi:10.1007/978-3-531-19939-9

Quenzel, G., & Schaeffer, D. (2016). *Health Literacy - Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen.* Gesundheitswissenschaften. Bielefeld: Universität Bielefeld. Abgerufen am 20.02.2017 von http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/publikationen/QuenzelSchaeffer_GesundheitskompetenzVulnerablerGruppen_Ergebnisbericht_2016.pdf

Renneberg, B., & Hammelstein, P. (2006). *Gesundheitspsychologie.* (P. Hammelstein, Hrsg.) Heidelberg: Springer Gabler Verlag.

Richter, M., & Hurrelmann, K. (10.03.2015). *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) .* (BZgA, Hrsg.) doi:http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i008-1.0

Robert-Koch-Institut. (2016). *Gesundheit in Deutschland.* Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut. doi:10.17886/rkipubl-2015-003-

Rosenbrock, R., & Hartung, S. (06.08.2018). *Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA).* (BZgA, Hrsg.) doi:http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i042-1.0

Schein, E. H. (1996). Kurt Lewins Change Theory in the Field an in the classroom: Notes toward a model of managed Learning1. *Systems Practice an Action Research, 9*(1), S. 27-47. Abgerufen am 02.01.2018 von

http://www.largescaleinterventions.com/documents/Lewin%27s%20theory%20for%20change.doc

Seibt, A. C. (25.04.2016). *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).* doi:http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i013-1.0

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., & Pelikan, J. (25.01.2012). *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models.* (B. P. Health, Hrsg.) doi:10.1186/1471-2458-12-80

Storch, M., & Krause, F. (2016). *Selbstmanagement - ressourcenorientiert.* Bern: Verlag Hans Huber.

Tintor, M. (2014). *Betriebliches Gesundheitsmanagement in Restrukturierungsprozessen.* Wiesbaden: Springer Fachmedien. doi:10.1007/978-3-658-10599-0

Treier, M. (2016). *Betriebliches Arbeitsfähigkeitsmanagement. Mehr als nur Gesundheitsförderung* (2 Ausg.). Wiesbaden: Springer Fachmedien. doi:10.1007/978-3-658-13102-9

Treier, M., & Uhle, T. (2013). *Betriebliches Gesundheitsmanagement.* Berlin / Heidelberg: SpringerMedizin, Springer Verlag. doi:10.1007/978-3-642-34367-4

Vonken, M. (2005). *Handlung und Kompetenz.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Weinert, F. E. (2001). *Leistungsmessung an Schulen* (3 Ausg., aktualisierte Auflage 2014). (F. E. Weinert, Hrsg.) München: Beltz Pädgogik.

Wilhelm, O., & Nickolaus, R. (2013). Was grenzt das Kompetenzkonzept von etablierten Kategorien wie Fähigkeit, Fertigkeit oder Intelliganz ab? *Zeitschrift für Erziehungswissenschaften, 16*, S. 23-26. doi:10.1007/s11618-013-0380-6

Windeler, A., & Sydow, J. (2014). *Kompetenz - Sozialtheoretische Perspektive.* (J. Sydow, Hrsg.) Wiesbaden: Springer VS.

World Health Organization, Division of Mental Health. (1994). *world health organization.* Abgerufen am 26.12.2017 von institutional repisitory for information sharing IRIS: http://www.who.int/iris/handle/10665/63552

11 Erklärung

Ich versichere, dass ich diese Masterarbeit selbstständig und unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Gez. Maike Martens

BY NC ND

12 Anhang

Zur besseren Lesbarkeit sind die Tabellen 2 und 3 sowie die Abbildungen 6-2 und 6-3 im Anhang vergrößert dargestellt

Abbildung 6-2

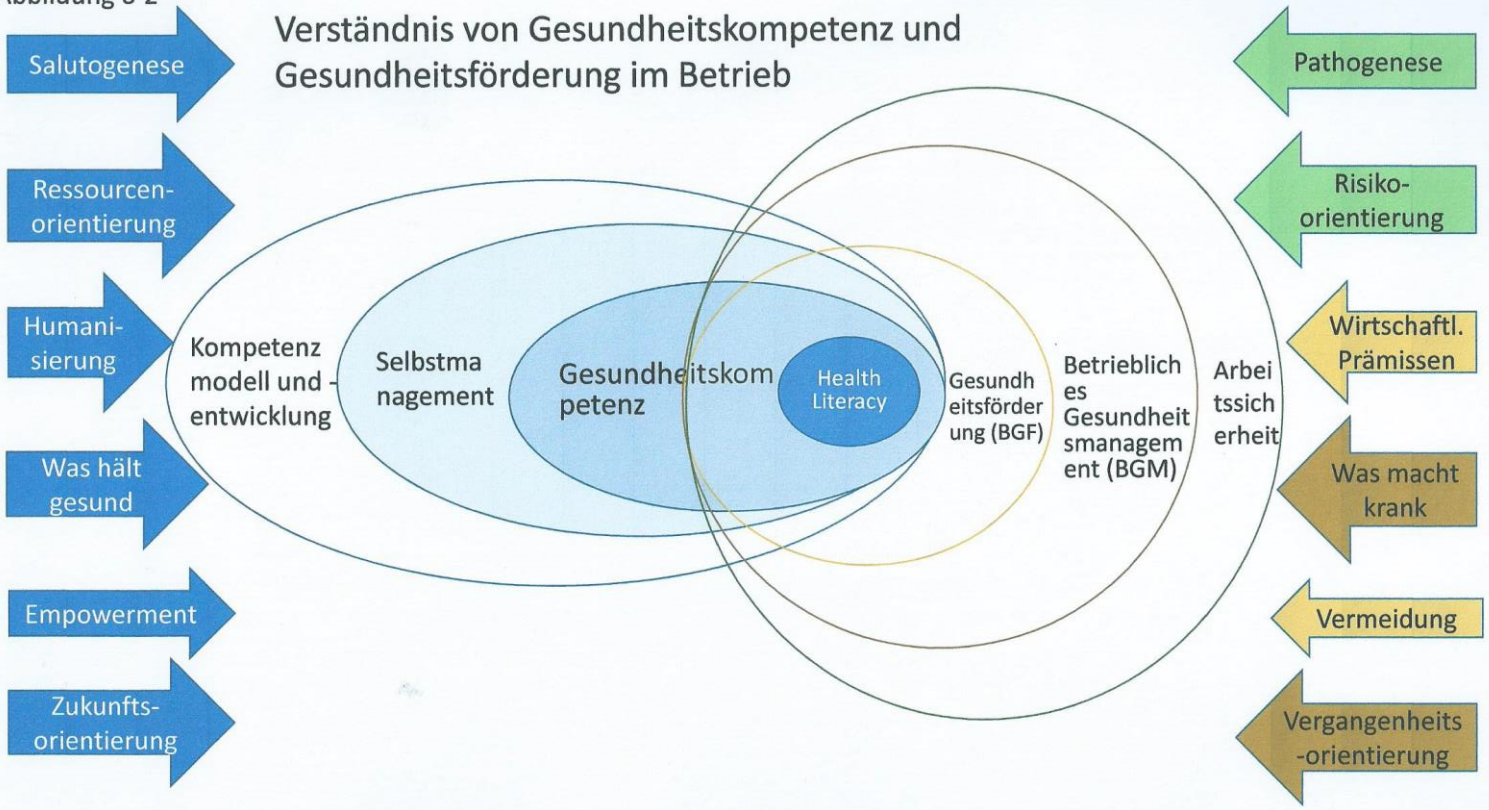

Abbildung 6-3

Entwicklung individueller Gesundheitskompetenz

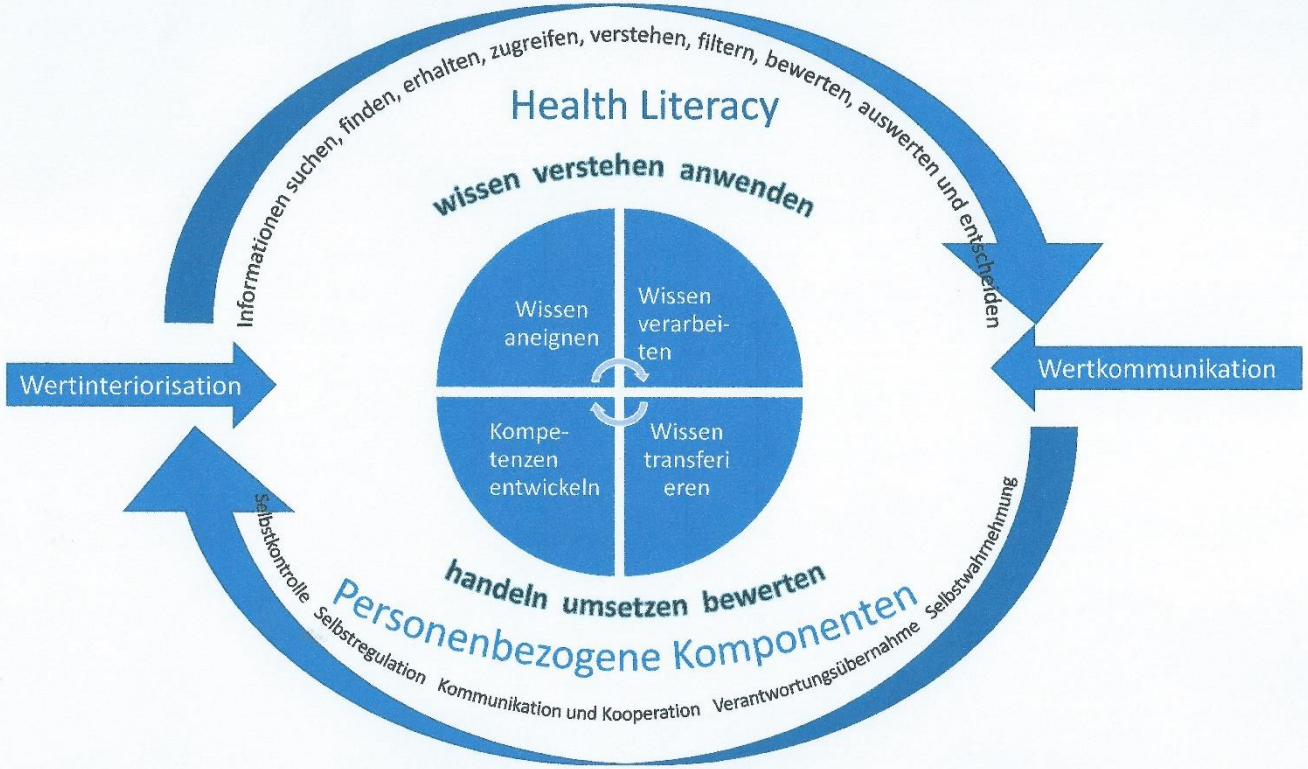

Tabelle 2: Modelle zu Health Literacy und Gesundheitskompetenz im Vergleich

Stufen/Quelle	Nutbeam 2008	Sørensen et al. 2012	Huber et al. 2010	Lenartz 2012	Hofmann 2010	Kriegesmann et al. 2005	Illmarinen et al. 2005	Hamacher et al. 2012
Bezeichnung	Health Literacy	Health Literacy	Gesundheits-kompetenz	Gesundheits-kompetenz	Gesundheits-kompetenz	Kompetenz einer nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit	Work ability	Kompetenz zu Sicherheit und Gesundheit
Wissen	Funktionale Form	Fähigkeit	Wissen	Basisfertigkeiten	Kognitive Ebene	Handlungsfähigkeit	Competence	Fähigkeiten
	Grundfertigkeiten im Lesen und Schreiben, z.B. Verstehen von gesundheitsrelevante n Informationen	Informationen suchen, finden und erhalten	System Gesundheit	Grundwissen und Grundfertigkeiten insbesondere Lese-, Rechen-, und Schreibfertigkeit	Sachkenntnis über verhaltens- und verhältnisbezogene Gesundheitsrisiken,G esundheitsstrategien, Methoden und Instrumente	Explizites und implizites Wissen, Fertigkeiten	Basic and vocational education, Skills	Explizites und implizites Wissen
Qualifikation	Interaktive Form	Fähigkeit	Grundlegende Fertigkeiten	Weiterentwickelte Fähigkeiten				Fertigkeiten
	Kognitive und soziale Fertigkeiten, insbesondere Informationsbeschaff ung und -austausch und Umsetzung	Informationen verstehen	Numeracy/Literacy	Verantwortungs-übernahme und Selbstwahrnehmung strahlen auf den Umgang mit Gesundheitsinforma-tionen, die Selbstkontrolle, die Selbstregulation sowie auf die Kommunikation und Kooperation aus				
Transfer – Werte-kommunikation	Kritische Form	Fähigkeit	Motivation		Affektive Ebene	Handlungsbereitschaft	Value	Bereitschaft
	Kognitive und soziale Fertigkeiten, kritische Auseinandersetzung mit Empfehlung	Informationen zu interpretieren, zu filtern, zu beurteilen und auszuwerten, Fähigkeit zu kommunizieren und Entscheidungen bezüglich Aufrechterhaltung und Verbesserung zu treffen	Verantwortungsübern ahme		Begreifen von Gesundheit als Wert, Bereitschaft zur kritischen Reflexion und Engagement	Werte, Normen, Verantwortungsübernahme, Kontrollüberzeugung sowie Emotionen; intrinsische und extrinsische Motivation	Joy of work, enthusiasm	Werte, Normen, Einstellungen, Volitionen sowie Persönlichkeitseigen schaften
Wertinteriorisation Performanz Handlung			Handlungskompeten z mit Navigieren und Handeln im Gesundheitssystem, Kommunikation und Kooperation, Informationsbeschaff ung und -verarbeitung, Selbstwahrnehmung und -regulation	Gesundheitskompe-tenz ermöglicht Gesundheitsverhalte n- determiniert es aber nicht zwangsläufig	Praktische Fertigkeiten als Beherrschen gesundheitsdienliche r Strategien und Methoden sowie die Nutzung von Hilfsmitteln	Individuelle Handlungskompetenz bzw. individuelle Gesundheitskompetenz	Arbeitsfähigkeit	Handlungskompeten z im Bereich Sicherheit und Gesundheit

Tabelle 3: Betriebliches Lernen zur Gesundheitskompetenz

Ebene / Rahmen	Gesellschaftlicher Rahmen	Technologischer Rahmen	Wirtschaftlicher Rahmen	Politischer und rechtlicher Rahmen
Mesoebene	Gesundheit, Lernen und Arbeit als Werte in der Gesellschaft, Akzeptanz von Gesundheits-verhalten im Betrieb	Technische Infrastruktur und Nutzungsmöglichkeiten, e-health, m-health, Netz- und Datensicherheit (personenbezogene Daten)	Wirtschaftl. Situation des Landes und der Branche, Ressourcen im Gesundheits-system für kompetenzorientierte Maßnahmen	Gesellschaftliche Akzeptanz von Gesundheitskompetenzen, strukturierte Gesundheitsförderung und Prävention, rechtlicher Rahmen für gesundes Arbeiten im Betrieb
Makroebene	Unternehmenskultur und Reflexivität, Professionelle Pädagogik, und Salutogenese, gesunde Führungskultur	Unternehmens-IT, kollaborative Plattformen, gesundes Wissensmanagement, Ergonomische Arbeitsplätze, Räume für Gesundheit	Unternehmensstrategie, Managementtheorie, Gesundheit als Unternehmensziel, Kompetenzorientierung, Empowerment, positiver Gesundheitsbegriff	Gesundes Projekt- und Veränderungsmanagement, Veränderungsprozesse als Lernfelder
Organisation und Personal	Lernkultur der Selbstorganisation, Selbstbestimmtheit, Kompetenzerleben, positive Bezogenheit	Lerninfrastruktur Lernmanagementsystem, digitale Möglichkeiten nutzen und kommunizieren	Gesundheitskompetenzmodell, formulierte Gesundheitskompetenzprofile	Partizipation der Mitarbeitenden, Systemdenken vor Detailmaßnahmen
Personalentwick-lung	Ermöglichungsdidaktik, Konzeption, Durchführung und Evaluation von Gesundheits- Lernangeboten, Selbstmanagement,	Social Media und E-Health Lösungen im lebenslangen Lernen und BGM	Individuelle Kompetenzziele, E-Coaching, Change-Agent bei gesunder Kompetenzentwicklung	Individuelle und betriebliche Wissens- und Qualifikationsziele, Change Agent im dem betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM)
Mikroebene	Selbstorganisierte Gesundheitskompetenzentwicklung über individuelle Lernprozesse durch Kooperatives Lernen, Kollaboratives Arbeiten und Lernen, Soziales Training und Formelles Lernen, Soziales und Informelles Lernen			