

Gesundheit, Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz

Hintergrundinformationen für Lehrkräfte

Inhalt

Gesundheit: Mehr als die Abwesenheit von Krankheit	3
Gesundheit als staatliche Aufgabe	4
Gesundheitsstrategien in Deutschland und der Europäischen Union	4
Gesundheits- und Risikowahrnehmung	9
Gesundheit und Vorbeugung in der individuellen Wahrnehmung	9
Modelle und Konzepte aus wissenschaftlicher Sicht (Auswahl)	10
Gesundheitsförderung: Individuum, Gesellschaft, Politik	16
Selbstwahrnehmung, Fremdwahrnehmung, Verantwortung	16
Gesundheitsförderung als politisches Thema	20
Schule und Gesundheit: Gesundheitsförderung als hoheitliche Aufgabe	25
Gesundheitskompetenz: Informieren, bewerten, entscheiden	27
Definition und Bedeutung im Gesundheitswesen	27
Gesundheitskompetenz und Schule	29
Bildnachweise	31
Impressum	32



Gesundheit: Mehr als die Abwesenheit von Krankheit

Als 1948 die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) gegründet wurde, gaben ihr die Vereinten Nationen ein Ziel vor: den bestmöglichen Gesundheitszustand für alle Menschen zu erreichen, unabhängig von ihrer Herkunft, Religion oder politischen Einstellung, und auch unabhängig von wirtschaftlichen und sozialen Umständen.

Bestmöglicher Gesundheitszustand für alle Menschen

Das Ziel der "bestmöglichen Gesundheit für alle" hat sich seitdem nicht verändert.

Die Strategien, mit denen es in möglichst vielen Ländern erreicht werden soll, wurden dagegen über die Jahrzehnte weiterentwickelt.

Die WHO stellt regelmäßig aktualisierte Empfehlungen zur Verfügung, etwa zur Gesundheitsförderung oder zum Umgang mit Krankheiten. In ihren jeweils

auf vier Jahre angelegten Programmen definiert sie zudem bei Bedarf neue Teilziele, um aktuellen Entwicklungen und Erkenntnissen Rechnung zu tragen.

Als ein Meilenstein gilt die Erklärung von Alma-Ata (heute: Almaty) von 1978, in der die WHO eine neue Sicht auf das Thema Gesundheit festhält:

- Gesundheit darf demnach nicht nur als Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung definiert werden.
- Gesundheit ist zudem ein fundamentales Menschenrecht.

Die WHO formulierte in der Alma-Ata-Erklärung in aller Deutlichkeit, dass die Sicherstellung des bestmöglichen Gesundheitszustandes aller Bürgerinnen und Bürger eines Landes eine staatliche Aufgabe ist.

"Gesundheit ist ein Zustand von vollständigem physischem, geistigem und sozialem Wohlbefinden, der sich nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung auszeichnet."

*Weltgesundheitsorganisation WHO, 1978,
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>*

Gesundheit als staatliche Aufgabe

Die Verantwortung begrenzt die WHO allerdings nicht nur auf den Staat und seine Gesundheitsbehörden bzw. das Gesundheitswesen eines Landes: Gesundheit hat auch soziale und wirtschaftliche Aspekte, die gesundheitliche Absicherung und die Versorgung müssen finanziert werden. Dies alles betrifft deshalb auch die Sozial-, Wirtschafts- und Finanzpolitik eines Staates. In jüngerer Zeit ist noch der Aspekt der sauberen Umwelt als Grundvoraussetzung für Gesundheit hinzugekommen.

Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt allen Staaten umfassende nationale Gesundheitsziele, Strategien und Aktionspläne. Nur so lässt sich eine grundlegende Gesundheitsversorgung etablieren und verlässlich aufrechterhalten.

Die Erklärung von Alma-Ata sowie spätere WHO-Empfehlungen delegieren die Verantwortung für die nationale Gesundheit jedoch nicht ausschließlich an Staat bzw. Regierung: Auch Bürgerinnen und Bürger sollen die Möglichkeit haben, sich an der Planung und

Ausgestaltung der gesundheitlichen Absicherung und Versorgung zu beteiligen.

In ihrem aktuell gültigen 13. Rahmenprogramm hat die WHO folgende Zielvorgaben formuliert:

Bis 2023

- ist eine Milliarde Menschen weltweit umfassend krankenversichert,
- ist eine Milliarde Menschen weltweit besser vor gesundheitlichen Risiken geschützt und wird besser versorgt als bisher,
- ist eine Milliarde Menschen weltweit gesünder und fühlt sich wohler als zurzeit, etwa durch Zugang zu sauberem Wasser, durch bessere Luft, sichere Straßen, ausreichende Kinderernährung und besseren Schutz vor häuslicher Gewalt.
- Schon lange und immer noch gehört auch die Eindämmung des Tabakkonsums dazu.

Gesundheitsstrategien in Deutschland und der Europäischen Union

Vor rund 40 Jahren war die in der WHO-Erklärung formulierte Idee einer nationalen Verantwortung für die Gesundheit von Bürgerinnen und Bürgern in vielen Staaten etwas gänzlich Neues.

In Europa und auch in Deutschland gab es zwar schon seit dem Altertum einzelne Beispiele für eine staatliche Gesundheitspflege und öffentliche Hygienemaßnahmen: etwa öffentlich geplante und finanzierte Brunnen und Kanalisationen. Im frühen Mittelalter wurden Leprakranke in einigen Regionen nicht mehr nur einfach verjagt: Zu ihrer Versorgung entstanden in Italien und auch in Deutschland Leprospitäler und Hospize.

Auch das deutsche Sozialversicherungssystem zur Absicherung bei Krankheit, Unfällen, Invalidität und Alter entstand schon in den 1880er Jahren.

Ebenfalls noch im 19. Jahrhundert wurden erste Versuche unternommen, Krankheiten in der Bevölkerung zentral zu erfassen, möglichst zu verhindern oder zumindest Betroffene besser zu versorgen. 1899 wurde beispielsweise in Preußen erstmals die bevölkerungsbezogene Erfassung von Krebserkrankungen angeregt, und 1900 wurde das "Zentralkomitee zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit" gegründet.



In den meisten Staaten war Gesundheit allerdings noch bis ins 20. Jahrhundert eine Privatangelegenheit, für die jeder selbst verantwortlich blieb.

Heute hat die Mehrheit aller Staaten zwar nationale Gesundheitsziele. Aber in vielen Ländern ist die gesundheitliche Versorgung überwiegend privatwirtschaftlich organisiert. Auch die Absicherung für den Krankheitsfall wird häufig ganz oder überwiegend von kommerziellen Anbietern getragen; ein staatlich organisiertes Versicherungsangebot fehlt oder deckt nicht alle Risiken ab. In wirtschaftlich schwachen Ländern hängt die Gesundheitsversorgung vieler Bevölkerungsschichten stark von Spenden, ehrenamtlichem Engagement und der Unterstützung durch Nichtregierungsorganisationen ab (NGOs, englisch für Non-Governmental Organizations).

Gesundheitsziele in Deutschland

In der ehemaligen Bundesrepublik und der DDR gab es von der Gründung an Gesetze und Verordnungen zur Regelung des Gesundheitswesens. Sie betrafen die Organisation der gesundheitlichen Versorgung, die Angebote zur Vorbeugung und Früherkennung von Krankheiten und die Absicherung der Bürgerinnen und Bürger im Krankheitsfall, bei Unfällen und Invalidität. Seit der Wiedervereinigung 1990 wurde das Gesundheitssystem mehrfach reformiert und neue Gesetze regeln die gesundheitliche Vorbeugung, Versorgung und Absicherung. Nur einige Beispiele von vielen dafür sind

- die ab den 1990er Jahren entstandenen Gesetze zur Reform der Krankenversicherung, bis hin zur 2009 eingeführten Krankenversicherungspflicht für alle, und
- die 2013 im "Patientenrechtegesetz" gebündelten Regelungen, die unter anderem ein umfassendes Auskunftsrecht und das Mitentscheiden im Krankheitsfall garantieren.
- 2015 trat das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention in Kraft, welches sich wie die Patientenrechtegesetzgebung auf weitere gesetzliche Regelungen auswirkt, etwa auf das Sozialgesetzbuch V.
- Ein Beispiel für besondere Maßnahmen zur Bekämpfung weit verbreiteter Volkskrankheiten sind die 2013 in Kraft getretenen Gesetze

Zum Weiterlesen

- "Das Gesundheitswesen: Struktur, Angebote, Finanzierung"
- "Gesundheitsinformationen in Deutschland: Adressen und Linktipps"

Beide Texte als Hintergrundinformationen für Lehrkräfte unter <https://www.krebsinformationsdienst.de/service/fit-in-gesundheitsfragen/unterrichtsmaterialien-krebs.php>

zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung der Behandlung durch Krebsregister.

Im Jahr 2000 starteten das damalige Bundesministerium für Gesundheit und die Bundesländer eine Initiative, um als Steuerungsinstrument nationale Gesundheitsziele zu definieren (<https://gesundheitsziele.de/>).

In dem daraus entstandenen Kooperationsverbund engagieren sich derzeit über hundert Organisationen in der Weiterentwicklung von Strategien und Empfehlungen. Die diskutierten Ziele orientieren sich an Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation und sind auf deutsche Verhältnisse zugeschnitten.

Dazu gehören

- die Senkung der Erkrankungsraten typischer Volkskrankheiten wie Diabetes, Depressionen oder Brustkrebs sowie die Verbesserung der Behandlung Betroffener,
- die Gesundheit von Müttern und Kindern rund um die Geburt,
- die Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen,
- das Thema "Gesund älter werden",
- die Förderung von Gesundheitskompetenz,
- und, wie schon seit längerem, die Reduktion des Konsums von Tabak und Alkohol.

Auch bei der Verfolgung dieser Detailziele bezieht die Bundesregierung in der Regel weitere nichtstaatliche Partner mit ein, etwa Fachgesellschaften und Organisationen, die Patientinnen und Patienten vertreten.

Hier drei Beispiele:

- Nationaler Krebsplan (2008, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan.html>)

- InFORM, Nationaler Aktionsplan zur Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens (2008, <https://www.in-form.de>)
- Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz (2018, <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/>)

Gesundheitsziele in der Europäischen Union

In den ersten Verträgen zur wirtschaftlichen Zusammenarbeit innerhalb Europas kam das Thema Gesundheit noch nicht vor: So regelten die damaligen Mitgliedsstaaten Ende der 1950er lediglich Details zum grenzüberschreitenden Arbeiten und verpflichteten sich zum sozialen und gesundheitlichen Schutz von „Wander- und Gastarbeitern“.

Ein Meilenstein war das erste Aktionsprogramm zur Bekämpfung von Krebs: Es wurde 1985 von der Europäischen Kommission etabliert und sah erstmals in großem Umfang die EU-weite Vergabe von Fördermitteln für ein Thema der Gesundheitsforschung vor.

Mit der Gründung der EU in der heutigen Form und der Schaffung eines europäischen Binnenmarktes in den 1990er Jahren wurde deutlich, dass auch Dienstleistungen und Produkte aus dem Gesundheitsbereich einer EU-weiten Regelung bedurften.

In der Folge wurden viele gemeinsame Rahmenbedingungen geschaffen.

2002 gab es erstmals ein gemeinsames Aktionsprogramm mit Zielen für eine europäische Gesundheitspolitik. Der Gesundheitsschutz und die Prävention wurden ebenfalls zu EU-Themen. In den folgenden Jahren erarbeitete die EU gemeinsame Schutzrechte für Verbraucherinnen und Verbraucher sowie für Patientinnen und Patienten. Neu waren zum Beispiel auch gemeinsame Strategien zum Schutz vor Pandemien und anderen weltweiten Gesundheitsgefahren.

In der Europäischen Kommission ist das Thema Gesundheit im engeren Sinn bis 2024 bei der Kommissarin für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit angesiedelt. Relevante Themen werden auch von anderen Kommissariaten bearbeitet, etwa im Bereich der Forschungsförderung oder bei der grenzüberschreitenden Krankenversicherung von Berufstätigen.

Gesundheit in der EU

Die Verantwortung für das Thema Gesundheit liegt in der Europäischen Union weitgehend bei den Mitgliedsstaaten. Deshalb gibt es keine EU-Gesundheitspolitik im engeren Sinn. Doch für alle Fragen, die eine grenzüberschreitende Bedeutung haben, gibt es EU-weite Regelungen. Beispiele sind Abkommen über die Anerkennung gesetzlicher Krankenversicherungen oder die EU-weite Arzneimittelzulassung. Auch die Gesundheitsforschung, der Verbraucherschutz und der gesundheitsbezogene Umweltschutz sind EU-Themen. Prävention gewinnt zunehmend an Bedeutung:

"Die Prävention und Bekämpfung von Krankheiten gehören zu den zentralen Anliegen der EU im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Die Prävention erstreckt sich auf viele Bereiche und umfasst Impfungen, die Bekämpfung der Antibiotikaresistenz, Kampagnen gegen Krebs und eine verantwortungsvolle Kennzeichnung von Lebensmitteln"

Europäische Union 2022, zitiert nach

https://european-union.europa.eu/priorities-and-actions/actions-topic/health_de

Gesundheitsbezogene EU-Behörden

Gesundheit als europäisches Thema findet sich nicht nur bei der EU-Kommission, sondern auch bei den EU-Behörden wieder. Hier eine Auswahl:

- **Die Europäische Arzneimittelbehörde (European Medicines Agency, EMA)** ist für die EU-weite Arzneimittelprüfung zuständig (online unter <https://www.ema.europa.eu/>). Die EMA beurteilt Nutzen und Risiken neuer Arzneimittel anhand der vorhandenen Daten und liefert die wissenschaftliche Begründung für die Zulassungen in den EU-Mitgliedsländern oder die Ablehnung durch die EU-Kommission. Auch für die fortlaufende Überwachung ist die EMA zuständig. Dafür arbeitet sie eng mit den nationalen Arzneimittelbehörden zusammen. Die meisten Inhalte der EMA-Webseite stehen nur in englischer Sprache zur Verfügung. Arzneimittelinformationen zu EU-weit zugelassenen Medikamenten ("Beipackzettel") sind als PDF jedoch in allen EU-Sprachen verfügbar.
- **Das Europäische Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC)** ist für die Beobachtung und Untersuchung von Gesundheitsgefahren durch übertragbare Krankheiten zuständig. Ist Handlungsbedarf erkennbar, koordiniert das ECDC die entsprechenden Maßnahmen innerhalb der EU und stimmt sich mit den nationalen Behörden ab. Auch der Austausch von Fachwissen und die Schulung von Personal für den öffentlichen Gesundheitsdienst nach einheitlichen Standards liegen bei der ECDC, etwa im Umgang mit Epidemien und anderen grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren. Das ECDC informiert in englischer Sprache unter <https://www.ecdc.europa.eu/>.
- **Die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (European Food Safety Authority, EFSA)** wurde 2002 nach Lebensmittelskandalen gegründet, die durch grenzüberschreitend vermarktete Produkte nach und nach alle Mitgliedsländer betrafen. Sie informiert online unter <https://www.efsa.europa.eu/de>. Grundlage der Überwachung zum Verbraucherschutz, der wissenschaftlichen Beratung und der Kom-

munikation zu Risiken ist das gemeinsame EU-Lebensmittelrecht bzw. nachgeordnete Verordnungen.

- **Die Europäische Chemikalienagentur (European Chemicals Agency, ECHA)** ist zuständig für die Registrierung sowie die technische und wissenschaftliche Prüfung von Chemikalien aller Art. Dazu gehört auch das Erkennen und Regulieren möglicherweise schädlicher Stoffe, um Berufstätige, Verbraucherinnen und Verbraucher und ganz allgemein die Umwelt zu schützen. Die ECHA spielt eine wesentliche Rolle bei der Vorbereitung entsprechender Gesetze und Verordnungen, die auf dem europäischen Chemikaliengesetz REACH aufbauen. Unter <https://echa.europa.eu/de/> findet man zum Beispiel eine für alle frei zugängliche Chemikaliendatenbank mit Risikohinweisen.

Quellen

Die Weltgesundheitsinformation (WHO) informiert unter www.who.int. Allerdings gibt es die meisten Seiten nicht in Deutsch – auch die Informationen zu Deutschland als Mitglied sind zurzeit nur in Englisch zugänglich, unter <https://www.euro.who.int/en/countries/germany>.

Das WHO-Regionalbüro für Europa stellt umfangreiches Wissen und aktuelle Nachrichten zur Verfügung, mehr unter <https://www.euro.who.int/> (im Juli 2022 allerdings nur in englischer Sprache).

Das Europäische Arbeitsprogramm der WHO gilt noch bis 2025 und formuliert die Ziele des 13. Rahmenprogramms der WHO unter europäischen Gesichtspunkten, mehr unter <https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/european-programme-of-work/european-programme-of-work-20202025-united-action-for-better-health-in-europe>.

Bei der EU-Kommission ist Gesundheit derzeit kein einzelner Programmpunkt, sondern findet sich als Querschnittsthema in vielen Bereichen wieder, etwa beim Verbraucher- und Umweltschutz oder bei der Forschung. Nicht wenige Vorhaben der aktuellen Periode wurden jedoch aufgrund der Corona-Pandemie zurückgestellt. Einen Überblick bietet die EU unter https://european-union.europa.eu/priorities-and-actions/actions-topic/health_de.

Das aktuelle Programm zur Krebsbekämpfung findet sich unter https://ec.europa.eu/health/non-communicable-diseases/cancer_de.

Das Programm zur Diabetesforschung ist in englischer Sprache – mit dem Angebot einer maschinellen Übersetzung – abrufbar unter https://ec.europa.eu/info/research-and-innovation/research-area/health-research-and-innovation/diabetes_en.

Der AOK-Bundesverband stellt eine Chronik der EU-Gesundheitspolitik zur Verfügung, unter https://aok-bv.de/hintergrund/dossier/europa/index_15410.html.

Die Bundeszentrale für politische Bildung hat einen Überblick über die Gesundheitsstrategien und die Gesundheitspolitik der EU-Mitgliedsstaaten zusammengestellt. Dort findet sich auch ein – allerdings schon älteres – Modul zum Thema "Europäische Integration und deutsche Gesundheitspolitik", unter <https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/72905/gesundheitspolitik-in-europa/>.



Gesundheits- und Risikowahrnehmung

Gesundheit und Vorbeugung in der individuellen Wahrnehmung

Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit hat kognitive und emotionale Aspekte. Das gesundheitsbezogene Handeln der meisten Menschen wird deshalb nicht nur von ihrem individuellen Wissen und ihren Kompetenzen, sondern auch von ihren Gefühlen, ihren Erfahrungen und Erlebnissen bestimmt.

- **Wissen und Kompetenzen:** Studien zeigen, dass das Gesundheitsverhalten unter anderem von Bildung und Herkunft abhängt. Wer im Kindes- und Jugendalter eine gute Bildung erfährt, ist später meist auch in der Lage, sich aktiv zu Gesundheitsfragen zu informieren, und weiß eher, wie man bei der Suche nach Informationen, Anlaufstellen und Versorgungsmöglichkeiten vorgeht.
- **Emotionen und Erlebnisse:** Wer zum Beispiel schon als Kind selbst schwer erkrankt oder in der Familie mit Krankheit konfrontiert wird, wächst mit anderen Gefühlen und Einschätzungen zum Thema auf als jemand ohne solche Erlebnisse.

Prägend sind jedoch nicht nur die individuellen Faktoren. Auch der kulturelle Kontext bestimmt mit, was

Menschen für ihre Gesundheit tun und wie sie mit Krankheiten umgehen. Hier ein – zugegeben überspitztes – Beispiel: Machen Menschen einer bestimmten Kultur Verhexung oder den "bösen Blick" für den Ausbruch von Seuchen in ihrer Gemeinschaft verantwortlich? Dann wird sich ihr gesundheitliches Verhalten deutlich von dem von Gesellschaften unterscheiden, in denen man um die Existenz von Krankheitserregern sowie den Schutz durch Hygiene und Impfungen weiß.

Wie wichtig solche Einflussfaktoren sind, lässt sich auch daran zeigen, dass die Vermittlung von Wissen allein nicht ausreicht, um Menschen zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten zu bewegen: Selbst bei ausreichenden Kenntnissen und guter Verfügbarkeit entsprechender Möglichkeiten gelingt es vielen Menschen nicht, längerfristig einen gesundheitsbewussten Lebensstil beizubehalten. Denn für eine nachhaltige Motivation sind außer rein kognitiven auch soziale und emotionale Faktoren entscheidend. Aus diesem Zusammenspiel entstehen sowohl Kraftquellen wie auch Barrieren für die Akzeptanz gesundheitsbezogenen Wissens und dessen Anwendung im täglichen Leben.

Wie Menschen mit ihrer Gesundheit umgehen und welche Bedeutung sie gesundheitsförderlichem Verhalten beimessen, versuchen Expertinnen und Experten in Theorien und Modellen zu beschreiben. Aus gesundheitspsychologischer Sicht bieten solche Modelle nicht nur die Möglichkeit, das Gesundheitsverhalten von Individuen abzuschätzen. Sie zeigen auch Ansatzpunkte auf, wie sich Einstellungen und die individuelle Motivation zur Vorbeugung nachhaltig beeinflussen lassen. Und sie legen Grenzen offen, an die Menschen angesichts fehlender allgemeiner Ressourcen und ungünstiger Lebensverhältnisse stoßen können.

Gesundheitsförderung ist mehr als Prävention

Der Begriff wurde 1986 bei einer Konferenz der WHO geprägt. Gesundheitsförderung geht über die Vermeidung von Gesundheitsgefahren hinaus. Sie umfasst alle Maßnahmen, welche "die gesundheitliche Entfaltung" stärken. Konkret geht es deshalb nicht nur um die Vermeidung von Risiken und das Zurückdrängen von Krankheiten, sondern auch um die Stärkung von Ressourcen zur Gesunderhaltung und die Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen.

Modelle und Konzepte aus wissenschaftlicher Sicht (Auswahl)

Individuelle Krankheitskonzepte – der subjektive Blick

Die meisten Menschen in den westlichen Gesellschaften gehen heute davon aus, dass sie selbst zu ihrer Gesundheit beitragen können. In welchem Umfang und mit welchen Mitteln dies möglich ist, wird allerdings unterschiedlich eingeschätzt.

Daher unterscheiden Fachleute die wissenschaftlichen Konzepte von den individuellen Vorstellungen und bezeichnen letztere als Alltags- oder „Laien“-Theorien oder, weniger wertend, als „subjektive Krankheitstheorien“. Solche individuellen Vorstellungen können einen wesentlichen Einfluss darauf haben, wie Menschen sich gesundheitlich verhalten, wie sie sich schützen und welches Vertrauen sie in das Gesundheitswesen und seine Angebote haben.

Besonders gut untersucht sind subjektive Krankheitstheorien zu Krebs und einigen anderen schweren Krankheiten. Hier zwei Beispiele:

- In Deutschland geht laut verschiedener Erhebungen eine Mehrzahl der Menschen davon aus, dass Krebs durch Stress verursacht oder

Zum Weiterlesen

Welchen Stellenwert das Thema Gesundheit in der Vergangenheit wie auch heute hat, spiegelt sich in Erzählungen, Romanen und anderen Literaturformen wider: Der Text "Gesundheit und Krankheit in der Literatur" bietet Hintergrundinformationen für Lehrkräfte und Lesetipps für Schülerinnen und Schüler.

Download als PDF unter <https://www.krebsinformationsdienst.de/service/fit-in-gesundheitsfragen/reader-krankheit-in-der-literatur.pdf>

zumindest gefördert wird – obwohl ein direkter Zusammenhang trotz umfänglicher Forschung bisher nicht belegt werden konnte.

- Wer glaubt, dass Krebs vor allem durch Umweltgifte verursacht wird, kann vielleicht noch die Entscheidung für eine Operation mittragen. Eine Chemotherapie werden viele Menschen mit solchen Überzeugungen aber zumindest emotional ablehnen, da für sie die Behandlung nur eine weitere "Vergiftung" darstellen würde.

Ein Beispiel für eine sogenannte Schicksalstheorie ist innerhalb der Alltags- oder Laientheorien ein ausgeprägter Fatalismus in Gesundheitsfragen .

- Wer zum Beispiel davon ausgeht, dass Diabetes, die Zuckerkrankheit, eine zwangsläufige Alterserscheinung ist, gegen die man sowieso wenig tun kann, der wird sich kaum um Vorbeugung und bei ersten Symptomen auch nicht unbedingt um Änderungen des Lebensstils oder eine angemessene Behandlung bemühen.

Seit etwa dem 17. Jahrhundert setzte sich in der europäischen Medizin zunehmend ein naturwissenschaftlicher Ansatz durch. Je mehr man über die Entstehung von Erkrankungen lernte, die Pathogenese, desto mehr konzentrierte sich die Wahrnehmung von "gesundem" Verhalten auf die Vermeidung von Risiken. Als probate Mittel zur Verbesserung des Gesundheitszustandes galten Wissensvermittlung und Aufklärung.

Diese Vorstellungen flossen ab der Mitte des 20. Jahrhundert in wissenschaftlich fundierte sozialpsychologische Gesundheitstheorien ein. Mit ihrer Hilfe sollte das Gesundheitsverhalten von Menschen erklärt und nach Möglichkeit positiv beeinflusst werden.

Risiken erkennen:

Pathogenese und biomedizinische Perspektive

Das Health-Belief-Modell entstand schon in den 1950er Jahren. Dieses Modell setzt darauf, dass Menschen Gesundheitsgefahren nach Möglichkeit vermeiden werden, wenn sie ausreichende Informationen dazu haben. Im Health-Belief-Modell wurde erstmals versucht zu erklären, warum das objektivierbare Wissen oft nicht ausreicht, um Menschen zu einer gesundheitlichen Verhaltensänderung zu bewegen. Demnach beeinflussen folgende Faktoren die Motivation, gesund zu leben:

- Stuft man das individuell wahrgenommene Risiko überhaupt als so hoch ein, dass dies eine Veränderung rechtfertigt? Wird beispielsweise eine Krankheit als schwer oder harmlos eingeschätzt? Nimmt man sich selbst als gefährdet wahr, oder als nicht betroffen?
- Der individuell wahrgenommene Nutzen eines bestimmten Verhaltens für die eigene Person und die erwartete Effizienz der Risikovermeidung müssen höher eingestuft werden als die "Opfer" oder Anstrengungen, die dafür erbracht werden müssen – sonst "lohnt" sich die Verhaltensänderung aus subjektiver Sicht nicht.
- Vermeintliche oder echte Barrieren, die einer Verhaltensänderung entgegenstehen, spielen ebenfalls eine Rolle: fehlendes Geld für gesunde Ernährung oder zu wenig Zeit für Sport.

Das Health-Belief-Modell wurde insbesondere in den USA ab den 1950er Jahren zur Planung von Gesundheitskampagnen herangezogen, etwa, um die Teilnahme an der Tuberkulose-Vorsorge zu steigern.

Aus heutiger Sicht sind Modelle, bei denen es vor allem um das Aufzeigen von Risiken geht, sowie darauf aufbauende Präventionsprogramme allerdings nicht unkritisch.

Es hat sich gezeigt, dass die dabei viel genutzten "Furchtappelle" nur bedingt fruchten: Nicht wenige Menschen reagieren darauf eher mit Angst und mit Vermeidung – die Warnung wird ausgeblendet. Wird das Risiko als sehr hoch dargestellt, entsteht zudem ein Gefühl der Machtlosigkeit, und ohne weitere Hilfen und Anreize wird sich das Verhalten nicht ändern.

Bei zu häufiger Wiederholung werden viele selbst sehr konkrete Warnungen nach und nach ignoriert, oder sie schlagen sogar ins Gegenteil um: Der "Reiz des Verbotenen" verführt vor allem Jugendliche dazu, sich genau anders als erwünscht zu verhalten. Aktuelle Untersuchungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie bestätigen diesen abstumpfenden Effekt fortgesetzter Warnungen und Appelle.

Fachleute weisen darauf hin, dass das Health-Belief-Modell vor allem bei klaren Ursache-Wirkung-Zuschreibungen anwendbar ist, nicht aber bei komplexen Risikosituationen. Für auf der biomedizinischen Sichtweise aufbauenden Modelle gilt: Komplexere Zusammenhänge, subjektive Parameter für das allgemeine Wohlbefinden und weitere psychosoziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit werden zu wenig berücksichtigt. Die gesellschaftlichen Aspekte von Gesundheit und Krankheit sowie die politischen Rahmenbedingungen, die das Handeln fast aller Menschen ebenfalls bestimmen, fließen allenfalls als mögliche Barrieren für gesundheitsförderliches Handeln ein.

Unterrichtsmaterialien

Mehr zur Entstehung von Diabetes erfahren Schülerinnen und Schüler hier:

<https://www.diabinfo.de/schule-und-bildung/unterrichtsmaterial/klassische-unterrichtsmaterialien/lerneinheiten.html>

Wie Krebs entsteht, erläutern die Lerneinheiten im Themenfeld 2 unter

<https://www.krebsinformationsdienst.de/service/fit-in-gesundheitsfragen/unterrichtsmaterialien-krebs.php>

Die meisten Elemente des Health-Belief-Modells und ähnlicher Ansätze finden sich trotzdem noch in fast allen neueren Modellen wieder und bestimmen weiterhin die Planung von Gesundheitskampagnen. Das Health-Belief-Modell wird heute typischerweise mit anderen Modellen kombiniert, die psychosoziale

Einflussfaktoren und den historisch-sozialen Kontext stärker berücksichtigen. Mit dieser Kombination ist es möglich, den wahrgenommenen Nutzen und positive Aspekte gesundheitlichen Handelns gegenüber der Abschreckung durch die reine Risikoinformation mehr in den Vordergrund zu stellen.

Im Gleichgewicht bleiben: Die Salutogenese nach Antonovsky

Das Modell der Salutogenese wurde seit den 1970er Jahren von Aaron Antonovsky entwickelt und mehrfach erweitert. Antonovsky war es wichtig, einen Gegenentwurf zur "Pathogenese" zu entwickeln, also der rein mechanistisch bzw. biomedizinisch orientierten Sichtweise auf Krankheit, verursacht durch konkrete Auslöser und Heilung durch Beseitigung dieser Auslöser und ihrer Folgen. Sein Ziel war es, den Blick nicht nur auf die Krankheit und ihre Behandlung, sondern von vornherein auf die Erhaltung der Gesundheit zu wenden.

Er machte deutlich, dass Gesundheit ein komplexes Gefüge vieler Faktoren ist. Nicht nur Veranlagung und Konstitution bestimmen über die Gesundheit eines Menschen, sondern auch seine Ressourcen, sein Wissen, seine Kultur und Religion, ebenso wie seine Lebenserfahrungen und sein Gefühl, Herausforderungen selbst begegnen und erfolgreich bewältigen zu können.

- Gesundheit und Krankheit sind in diesem Modell ein Kontinuum, innerhalb dessen alle Menschen ein für sie stimmiges Gleichgewicht anstreben.

So lässt sich erklären, dass selbst chronisch Kranke ihr aktuelles Wohlbefinden nicht selten als "sehr gut" einstufen, während sich andere Personen mit – aus der Sicht der Pathogenese – harmlosen Erkrankungen schwer eingeschränkt sehen.

- Ob sich ein Mensch als gesund empfindet und gesundheitlichen Belastungen gut widerstehen kann, hängt davon ab, in welchem Umfang er sein Leben als verstehbar, als zu bewältigen und als sinnhaft begreift.

Wichtig ist Antonovskys Betonung der Widerstandskräfte, die jeder Mensch in sich hat. Dazu zählen im Modell der Salutogenese auch die langfristigen Lebenserfahrungen. So kann sich ein eigentlich negativer "Stressor" in der subjektiven Wahrnehmung sogar zum positiven Einflussfaktor wandeln: Widerstandskräfte wachsen durch die gelungene Bewältigung kritischer Lebensereignisse, einschließlich der von Krankheiten.

Kritisch betrachtet wird heute Antonovskys Definition und Verwendung der Begriffe "Stress" und "Stressoren". Er selbst hatte diese Bezeichnungen zwar in sehr allgemeiner Form und teilweise synonym mit "Belastung" und "Herausforderung" und sogar mit dem Einfluss von realen Risikofaktoren eingesetzt. Mit zunehmender Popularität der Salutogenese wurde Stress im engeren Sinn aber in der Öffentlichkeit häufig als Hauptursache vieler Erkrankungen verstanden – was sich aus wissenschaftlicher Sicht so nicht halten lässt.

Die Salutogenese ist zudem ein sehr komplexes Modell. Die wissenschaftliche Überprüfung ist schwierig. Trotzdem gilt sie wegen ihrer Ausrichtung auf positive Gesundheitsziele statt auf Warnungen sowie die Stärkung individueller Ressourcen als wichtiges Konzept für die Planung von Gesundheits- und Vorbeugungsprogrammen.

Ressourcen stärken: Das Resilienz-Modell

Die Resilienz- und Schutzfaktorenforschung hat in jüngerer Zeit stark an Bedeutung gewonnen. Das Resilienz-Modell stützt sich auf ältere Konzepte, insbesondere die Salutogenese, und erweitert sie. Auch dieses Modell stellt die Frage, was Menschen gesund erhält.

Schwerpunkt ist die Erforschung sogenannter Schutz-, Resilienz- oder Protektivfaktoren, welche die körperliche wie die psychische Gesundheit stärken, vor Risiken schützen oder deren Auswirkungen abmildern. Fachleute unterscheiden dabei zwischen der Sicht auf das Individuum und der Sicht auf Gruppen oder Gesellschaften:

Persönliche Schutzfaktoren:

- Das können individuelle Lebenskompetenzen sein, etwa das aus der Salutogenese bekannte Gefühl, Dinge bewältigen zu können und bereits positive Erfahrungen im Umgang mit Krisen etc. gemacht zu haben.
- Wichtig für die Resilienz sind aber auch körperliche Eigenschaften, wie etwa ein allgemein guter Gesundheitszustand oder ein starkes Immunsystem.

Soziale Schutzfaktoren:

Diese haben sowohl eine individuelle wie eine allgemeine Ebene – beide sind wichtige Ansatzpunkte für eine umfassende Gesundheitsförderung, die über die reine Prävention von Gesundheitsrisiken hinausgehen soll.

- Individuell bedeutsam ist das Fehlen oder Vorhandensein sozialer Kontakte und sozialer Unterstützung. Für Kinder spielen eine gute Bindung zu Eltern oder weiteren an der Erziehung beteiligten Personen eine Rolle, oder auch eindeutige Regeln in der Familie.

- Zu den allgemeinen sozialen Schutzfaktoren zählen unter anderem eine gesunde Umwelt und der Zugang zu angemessener Ernährung und Gesundheitsversorgung.

Die Resilienzforschung hat aufgezeigt, dass die allgemeinen Schutzfaktoren für die meisten Menschen von etwa gleicher Bedeutung sind.

Die Bedeutung persönlicher, individueller Schutzfaktoren lässt sich dagegen nicht so pauschal beurteilen. Hier ein Beispiel, das von Fachleuten angeführt wird: Soziale Unterstützung ist in der Regel positiv. Ein Zuviel kann jedoch auch negative Auswirkungen haben, etwa, wenn sich Menschen hilflos fühlen und nicht (mehr) an ihre eigenen Ressourcen glauben, weil man ihnen ständig alles abnimmt.

Man ging in der Resilienzforschung lange davon aus, dass persönliche Kompetenzen und Ressourcen vor allem in jungen Jahren geschaffen werden. Die Förderung der Resilienz hat deshalb insbesondere die Gesundheitsprogramme für Kinder, Jugendliche und ihre Familien in den letzten Jahren stark geprägt.

Heute weiß man, dass auch Erwachsene von der Stärkung ihrer persönlichen Ressourcen und Schutzfaktoren profitieren. Bei vielen Ansätzen werden Elemente des "Empowerments" integriert, also Gesundheitsmodellen, die auf die Stärkung der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit ("Du kannst das") und die Erweiterung persönlicher Kompetenzen setzen.

Für Kinder wie für Erwachsene ist die Resilienzförderung dann besonders erfolgreich, wenn sie zielgruppenspezifisch erfolgt: wenn sie also auf das individuelle "Setting" bzw. die "Lebenswelten" abzielt und die konkreten Rahmenbedingungen berücksichtigt, unter der Menschen jeweils leben.

Einstellungen kennen und verändern: Die Theorie des geplanten Verhaltens

Die "Theory of Planned Behavior (TPB)" oder "Theorie des geplanten Verhaltens" gilt als Beispiel für eines der neueren Modelle, die besonders auf verschiedene Einflussfaktoren für das menschliche Handeln zielen. Sie wurde zu Beginn der 1990er Jahre von Icek Ajzen unter Bezug auf seine älteren Modelle gemeinsam mit Martin Fishbein formuliert, dann unter anderem auch in Deutschland weiterentwickelt.

Heute gilt die "TPB" als eines der wichtigsten Konzepte für die Planung von Gesundheitskampagnen. Sie wurde von zahlreichen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aufgegriffen und kontinuierlich weiterentwickelt.

Ajzen und Fishbein setzten darauf, dass die sogenannte Intention der wichtigste Faktor für die Voraussage von Verhaltensänderungen ist.

Die Intention oder Bereitschaft einer Person, ihr Verhalten zu ändern, wird nach diesem Modell von ihrer Einstellung zur geplanten Verhaltensänderung – bis hin zu ihren persönlichen Wertvorstellungen – sowie den sozialen Normen zur jeweiligen Frage bestimmt. Wichtig ist außerdem ihre Erwartung, wie einfach oder schwierig die Verhaltensänderung sein wird, und welche Kontrolle sie selbst darauf ausüben.

Menschen setzen ein Verhalten also dann um, wenn sie eine starke Intention dazu haben und die Vorgehensweise aus ihrer Sicht weitgehend oder ganz selbst kontrollieren können.

Am Beispiel etwa einer Ernährungsumstellung könnte dies bedeuten:

- Jemand nimmt eine Änderung der Ernährungsgewohnheiten nur auf sich, wenn sie oder er die neue Ernährungsweise selbst positiv bewertet.
- Sehen andere Menschen, deren Meinung für diese Person besonders zählt, die Ernährungsumstellung ebenfalls positiv, wirkt sich dies fördernd aus: Private oder auch öffentliche Unterstützung bis hin zum Einfluss von "Influencern" steigern die Intention, etwas zu verändern.

Hinzu kommt die Einschätzung, welcher Aufwand betrieben werden muss, um sich zukünftig anders zu ernähren als bisher. Wird hier der eigene Handlungsspielraum als gering eingeschätzt ("die Zubereitung ist viel zu aufwändig, und die Zutaten kann ich mir nicht leisten"), kann daran selbst bei starker Intention eine Verhaltensänderung scheitern.

Wie wichtig die subjektive Kontrolle über ein Geschehen für Entscheidungen ist, zeigt sich etwa am Beispiel der Impfung gegen Humane Papillomviren: Eltern, die das Gefühl hatten, unerwünschte Impfreaktionen nicht zu überblicken und schon gar nicht selbst kontrollieren zu können, ließen ihre Kinder seltener impfen.

Kampagnen, die auf der Theorie des geplanten Verhaltens aufbauen, versuchen deshalb, nicht nur am Wissen oder den Vor- und Nachteilen einer Verhaltensänderung anzusetzen, sondern auch den subjektiven wie objektiven Handlungsspielraum der Zielgruppe zu erweitern ("Du kannst das, Du schaffst das", oder auch "Das haben wir gemeinsam im Griff").

Quellen und weiterführende Literatur

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Für die hier aufgezeigten Gesundheitsmodelle waren Texte der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die wesentliche Quelle. Zur Vertiefung einzelner Aspekte wurde ausgewählte weitere Fachliteratur genutzt.

Die BZgA bietet in ihren "Leitbegriffen der Gesundheit" sowie in weiteren Texten viele Hintergrundinformationen zum gesundheitlichen Verhalten, zu Verhaltenstheorien und Verhaltensdeterminanten. Beigefügt ist den einzelnen Artikeln jeweils eine Auswahl der von den Autorinnen und Autoren genutzten Fachliteratur. Hier angegeben ist der jeweils letzte Bearbeitungsstand der genutzten Texte. Sie wurden bei der Recherche für "Fit in Gesundheitsfragen" zuletzt im Juni 2022 abgerufen.

Faltermaier T (2020): Subjektive Gesundheit - Alltagskonzepte von Gesundheit, doi:10.17623/BZGA:224-i119-2.0, <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/subjektive-gesundheit-alltagskonzepte-von-gesundheit/>

Finne E, Gohres H, Seibt AC: Erklärungs- und Veränderungsmodelle Teil 1: doi:10.17623/BZGA:Q4-i012-2.0, abrufbar unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/erklarungs-und-veraenderungsmodelle-1-einstellungs-und-verhaltensanderung/>

Gohres H, Finne E, Seibt AC (2021): Erklärungs- und Veränderungsmodelle Teil 2, doi:10.17623/BZGA:Q4-i012-2.0, <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/erklarungs-und-veraenderungsmodelle-2-theoriebasierte-interventionsplanung/>

Hartung S, Rosenbrock R (2015): Settingansatz / Lebensweltansatz, doi:10.17623/BZGA:224-i106-1.0, <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/>

Holst J (2022): Biomedizinische Perspektive, doi:10.17623/BZGA:Q4-i006-2.0, <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/biomedizinische-perspektive/>

Resilienzforschung

Das Leibniz-Institut für Resilienzforschung in Mainz bietet auf seinen Internetseiten spannende Einblicke in die aktuelle Forschung, unter <https://lir-mainz.de/>. Dort werden unter anderem evidenzbasierte Konzepte zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Strategien zur Resilienzförderung und zum Umgang mit Belastungen entwickelt.

Risikofaktoren für Diabetes und Krebs

Das Diabetesinformationsportal diabinfo bietet unter <https://www.diabinfo.de/vorbeugen.html> die Auslöser von Diabetes Typ I und II, und zeigt auf, wie man vorbeugen kann.

Der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums bietet auf seinen Internetseiten einen Überblick über den Kenntnisstand zur Krebsursachenforschung, mehr unter <https://www.krebsinformationsdienst.de/vorbeugung/risiken/index.php>. Dort sind auch weitere Quellen aufgeführt.

Weitere Fachliteratur (Auswahl):

Ajzen I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

Hiller, B., Focke, F., Kriehoff-Henning, E. (2020). „Warum ich?“ Krebsursachen aus Patientensicht und die Fakten. In: Gaisser, A., Weg-Remers, S. (eds) *Patientenzentrierte Information in der onkologischen Versorgung*. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60461-8_2

Klemperer D (2020): Sozialmedizin - Public Health Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. 4. Auflage, Hofgrefe Verlag, Bern

Lippke, S., Renneberg, B. (2006). Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In: Renneberg, B., Hammelstein, P. (eds) *Gesundheitspsychologie*. Springer-Lehrbuch. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-47632-0_5

Rosenstock IM: The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. In: Becker MH et al. (1974): *The Health Belief Model and Personal Health Behaviour*. Health Education Monographs 2(4), 354-386 <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>

Rossmann, C., Reinhardt, A. & Weber, W. (2021): Empfehlungen für Kommunikationsmaßnahmen gegen die die Pandemiemüdigkeit bei Jugendlichen u. jungen Erwachsenen. Ergebnisse zweier Online- Befragungen und eines systematischen Literaturüberblicks. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:2021-FE-EKPJM>, online unter <https://www.bzga.de/forschung/studien/abgeschlossene-studien/studien-ab-1997/impfen-und-hygiene/empfehlungen-fuer-kommunikationsmassnahmen-gegen-die-pandemiemuedigkeit-bei-jugendlichen-und-jungen-erw/>

Union for International Cancer Control (2020): *International Public Opinion Survey on Cancer 2020*. <https://www.uicc.org/resources/world-cancer-day-2020-international-public-opinion-survey-cancer-2020> (zuletzt abgerufen 1.6.2022)

Weber W, Rossmann C (2019): Gesundheitsförderung aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive. In: Staats M, *Die Perspektive(n) der Gesundheitsförderung*, ISBN 978-3-7799-3850-7, Beltz Juventa, Weinheim, Basel

Weber, W, Rossmann, C.(2021). HPV-Impfverhalten erklären: Die Rolle von individuellen Werten in der Theory of Planned Behavior. In F. Sukalla, & C. Voigt (Hrsg.), *Risiken und Potenziale in der Gesundheitskommunikation: Beiträge zur Jahrestagung der DG-PuK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2020* (S. 99-107). Leipzig: Deutsche Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft e.V. <https://doi.org/10.21241/ssaoar.74695>



Gesundheitsförderung: Individuum, Gesellschaft, Politik

Selbstwahrnehmung, Fremdwahrnehmung, Verantwortung

Den eigenen Lebensstil ändern – das fällt vielen Menschen schwer. Welche Ansätze helfen dabei, den "inneren Schweinehund" zu überwinden? Wie kann man vorgehen, wenn man zwar weiß, was man eigentlich tun könnte, aber es nicht schafft, konkrete Schritte zu unternehmen? Alles nur eine Frage der Motivation?

Setzt man voraus, dass ausreichendes Wissen über die notwendige Verhaltensänderung vorhanden ist und dieser auch keine externen Barrieren entgegenstehen, gelangt man schnell zum Begriff der Motivation.

Die Psychologie unterscheidet die Selbstmotivation oder "intrinsische Motivation" von den äußeren Anreizen für eine Handlung. Diese Vorstellung vom eigenen Antrieb ist zwar nicht ganz trennscharf definiert.

Sie umfasst in den meisten Publikationen aber Merkmale wie "Interesse" und "Freude" an einer Tätigkeit oder "Selbstbelohnung", etwa durch ein Erfolgs- oder Kontrollgefühl.

Die Fähigkeit zur Selbstmotivation gehört in den Kontext der Selbstkontrolle und gilt heute in den meisten Gesellschaften als wichtiges Erziehungsziel. Unter gesundheitlichen Aspekten gilt: Selbstkontrolle stärkt das Gefühl der Selbstwirksamkeit und kann Menschen dabei helfen, sich aktiv mit ihrer Gesundheit auseinanderzusetzen.

Zur Förderung der Selbstmotivation wurden in den letzten Jahrzehnten mehrere Programme entwickelt. Zwei der bekannteren sind die "WOOP"-Methode und der "Health Action Process Approach (HAPA)".

WOOP steht für

- Wish (Wunsch)
- Outcome (Ergebnis)
- Obstacle (Hindernis)
- Plan (Plan)

Mehr zum Programm bietet die Seite <https://woopmylife.org/de/home>.

Eine Lerneinheit mit "WOOP" finden Sie hier: https://www.diabinfo.de/fileadmin/diabinfo/Schule_und_Bildung/LE_3.2_Sportverhalten_und_Motivation.pdf

Die WOOP-Methode

Die Biologin und Psychologin Gabriele Oettingen entwickelte vor rund 25 Jahren eine Kombination aus bekannten Ansätzen. Sie setzte auf das Bewusstmachen von Wünschen und Zielen im Kontrast zu möglichen Hindernissen, und sie fügte das bereits etablierte "Wenn-Dann"-Konzept hinzu. Zunächst wurde der Ansatz unter "Mentales Kontrastieren mit Implementierungs-Intentionen" bekannt. Später entstand der Name WOOP. Dabei steht

- **W** für das englische Wish oder Wunsch: Man benennt für sich selbst das Ziel oder den Wunsch möglichst konkret. Der Wunsch muss wichtig sein, er darf Herausforderungen bieten, aber er soll nicht völlig unrealistisch sein.
- **O** für Outcome oder Ergebnis: Man stellt sich vor, wie toll es wäre, das angestrebte Ziel in der Zukunft erreicht zu haben, und was damit an positiven Dingen verbunden sein wird.
- **O** für Obstacle oder Hindernis: Man klärt, welche Hindernisse bestehen oder noch auftreten könnten. Dabei sind die Barrieren am wichtigsten, die man selbst in sich trägt.
- **P** für Plan oder Strategie: Man legt sich einen Wenn-Dann-Plan zurecht, was man konkret tun wird, um ein solches Hindernis zu überwinden oder es von vornherein zu vermeiden.

WOOP wird heute als Gruppenkurs wie auch sehr umfangreich zur eigenständigen Umsetzung angeboten, zum Beispiel als individuelles Online-Training, etwa von Krankenkassen oder im betrieblichen Gesundheitsschutz. Die gesundheitlichen Ziele sind vielfältig, sie reichen von "mehr Sport treiben" oder "mehr schlafen" bis zu "weniger trinken, nicht rauchen" in der Suchtprävention.

In der Schule wurde und wird der Ansatz ebenfalls eingesetzt und seine Wirksamkeit evaluiert.

Allerdings liegt der Schwerpunkt der Studien bei Kindern und Jugendlichen bisher auf nicht gesundheitsbezogenen Zielen, sondern beispielsweise auf der zeitnahen Erledigung von Hausaufgaben.

Der "Health Action Process Approach"

Das auch als HAPA-Modell abgekürzte Programm setzt ähnlich wie WOOP auf die Stärkung der Selbstwirksamkeit. Es geht im Wesentlichen auf den Psychologen und Erziehungswissenschaftler Ralf Schwarzer und sein Team zurück. Das Modell geht davon aus, dass man zur Verhaltensänderung mehrere Schritte durchlaufen muss: eine Phase der Motivation und eine Phase der sogenannten Volition oder Willensbildung.

Zur Motivationsphase gehören

- das Wahrnehmen eines Risikos und die Einschätzung der eigenen Gefährdung,
- die Prüfung verschiedener Handlungsmöglichkeiten, ihrer Vor- und Nachteile,
- die wahrgenommene Selbstwirksamkeit, also die Zuversicht, Dinge überhaupt ändern und – trotz möglicher Hindernisse – neue Verhaltensweisen beibehalten zu können.

In der Volitionsphase geht es um die Umsetzung der Pläne und die Überwindung von Hindernissen:

- In Wenn-Dann-Plänen formuliert man konkrete Ziele und die notwendigen Schritte.
- Nach dem Start geht es darum, das neue Handeln zur Gewohnheit werden zu lassen und sich auch dafür Strategien zu überlegen.
- Im letzten Schritt wird analysiert, was gut geklappt hat und was nicht, und woran dies lag. So können Ziele und Strategien neu angepasst werden.

Zur Anwendung kommt der HAPA-Ansatz vor allem unter Anleitung, also innerhalb organisierter Gesundheitsprogramme und in Kursen: Viele Menschen profitieren davon, sich unter Anleitung möglicher Gesundheitsrisiken bewusst zu werden, ihren Handlungsspielraum kennenzulernen und innerhalb einer gewissen Zeitspanne Veränderungen umzusetzen. Ein weiterer Vorteil angeleiteter Übungen: Die Verantwortlichen haben in allen Phasen die Möglichkeit, Verhaltensänderungen der Zielgruppe aktiv zu unterstützen und die Selbstwirksamkeit von Teilnehmerinnen und Teilnehmern aktiv zu stärken.

In solchen Programmen ist die Wirksamkeit des HAPA-Modells umfangreich untersucht und in einer großen Anzahl von Publikationen dokumentiert worden.

Das "Zeitalter der Selbstoptimierung?"

Tipps und Aufrufe zur Selbstmotivation sind weit verbreitet, nicht nur im Gesundheitsbereich. Viele Ansätze können durchaus förderlich sein und nachweislich zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil führen.

Trotzdem gibt es auch Kritik an Ansätzen, die vorwiegend auf das Individuum und sein Verhalten zielen.

Von Trendforschern wurde das 21. Jahrhundert bereits zum "Zeitalter der Selbstoptimierung" ausgerufen, wie die Bundeszentrale für politische Bildung konstatiert:

- Eine Gesellschaft, in der immer mehr Menschen jeden Schritt digital mitzählen, jedes Gramm zu viel auf der Waage abgestraft wird und die Lebensmittelauswahl zum Statement wird, handelt normativ.
- Gesundheit wird zur Erfüllung einer gesellschaftlichen Pflicht.

Eine solche Gesellschaft muss darauf achten, die Verantwortung für die Gesundheit nicht allein auf das Individuum abzuladen und infolgedessen Krankheit als persönliches Versagen oder persönliche Schuld zu definieren. Gesundheitsexpertinnen und -experten haben dafür den Begriff "Blaming the victim" aus dem Englischen übernommen.

Die Gefahr einer solchen Sichtweise:

- Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten, etwa der seit längerem belegte Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit, bleiben unberücksichtigt.
- Die Verantwortung der Gesellschaft bzw. der Politik für die Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen und für einen angemessenen Zugang zu gesundheitlichen Ressourcen tritt in den Hintergrund.

Determinanten von Gesundheit (Hurrelmann u. Richter, 2018)

Was erhält eine Gesellschaft gesund?

Dazu gehören nicht nur individuelle, sondern auch gesellschaftliche und politische Einflussfaktoren.

Ansätze der Gesundheitsförderung sind deshalb nicht nur auf das Erkennen individueller Voraussetzungen wie etwa genetische Disposition, Geschlecht oder Alter begrenzt. Sie enden auch nicht beim Zurückdrängen von Krankheitsrisiken.

Ebenfalls wichtig ist die Verbesserung der sozialen, wirtschaftlichen und organisatorischen Bedingungen: der Lebens- und Arbeitsbedingungen, der Bildung und des Gesundheitssystems bzw. seiner Angebote und dem Zugang dazu.

Soziale, kulturelle oder umweltbezogene Ungleichheiten müssen dabei berücksichtigt werden.

Weitere Information und Quellen

(Auswahl)

Das Diabetesinformationsportal hilft beim Durchhalten, wenn man seinen Lebensstil zur Vorbeugung einer Zuckerkrankheit ändern möchte, mehr unter <https://www.diabinfo.de/vorbeugen/wie-motiviere-ich-mich/starthilfe-und-tipps.html>.

Ein Beispiel für viele Krankenkassenangebote sind auf der WOOP-Methode basierende Kurse innerhalb des TK-Gesundheits-Coach der Techniker Krankenkasse, mehr unter <https://www.tk.de/techniker/magazin/life-balance/motivation/woop-online-kurs-mentalstrategie-motivation-2096776>.

Fachliteratur

Bittlingmayer, U.H. (2008). *Blaming, Producing und Activating the Victim*. In: Hensen, G., Hensen, P. (eds) *Gesundheitswesen und Sozialstaat*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91010-9_9

Fenner F (2020) *Selbstoptimierung*. In "Bioethik", Bundeszentrale für politische Bildung, <https://www.bpb.de/themen/umwelt/bioethik/311818/selbstoptimierung/>, zuletzt abgerufen 25.5.2022

Franzkowiak P, Hurrelmann K (2018): *Gesundheit*. doi:10.17623/BZGA:224-i023-1.0, online unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alpha-betisches-verzeichnis/gesundheit/>

Hallmann J (2020) *Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung*. doi:10.17623/BZGA:224-i070-2.0, <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/lebenskompetenzen-und-kompetenz-foerderung/>

Hurrelmann K, Richter M (2018): *Determinanten von Gesundheit*. doi:10.17623/BZGA:224-i008-1.0, <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-von-gesundheit/>

Lampert T, Kuntz B (2019) : *Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse aus KiGGS Welle 2. Bundesgesundheitsbl* 2019 62:1263–1274,

Zur WOOP-Methode:

Loy LS, Wieber F, Gollwitzer PM, Oettingen G (2016). *Supporting Sustainable Food Consumption: Mental Contrasting with Implementation Intentions (MCII) Aligns Intentions and Behavior*. *Front Psychol.* 7:607. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00607>

Oettingen, G, & Gollwitzer, P. M. (2018). *Health behavior change by self-regulation of goal pursuit*. In D. de Ridder, M. Adriaanse, & K. Fujita (Eds.), *The Routledge international handbook of self-control in health and well-being* (pp. 418–430). New York, NY: Routledge.

Schweiger Gallo, I., Bieleke, M., Alonso, M. A., Gollwitzer, P. M., & Oettingen, G. (2018). *Downregulation of Anger by Mental Contrasting With Implementation Intentions (MCII)*. *Frontiers in psychology*, 9, 1838. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01838>

Zum HAPA-Modell:

Finne E, Gohres H, Seibt AC (2021): *Erklärungs- und Veränderungsmodelle Teil 1*: doi:10.17623/BZGA:Q4-i012-2.0, abrufbar unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/erklarungs-und-veraenderungsmodelle-1-einstellungs-und-verhaltensanderung/>

Schwarzer R (ohne Datum): <https://www.hapa-model.de/> (in englischer Sprache, zuletzt abgerufen 25.5.2022)

Gesundheitsförderung als politisches Thema

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat Gesundheit als wichtige Verantwortung für Regierungen bzw. Staaten definiert; auch Deutschland hat sich selbst nationale Gesundheitsziele gesetzt. Dementsprechend werden viele Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie die gesundheitliche Versorgung und Absicherung in Deutschland überwiegend von Institutionen verantwortet, die in gesetzlichem Auftrag handeln oder selbst im Geschäftsbereich von Bund, Ländern oder Kommunen liegen.

Schutz oder Bevormundung?

Die meisten Bürgerinnen und Bürgern bewerten die Idee der staatlichen Verantwortung positiv. Das betrifft nicht nur die Bereitstellung eines funktionierenden Gesundheitssystems oder die Absicherung bei Krankheit: Als wichtiges Beispiel gilt auch der vorbeugende Verbraucherschutz. Denn dass der Staat für sauberes Trinkwasser und sichere Lebensmittel verantwortlich ist, ist für viele Menschen in Deutschland selbstverständlich.

- Damit geht jedoch einher, dass in vielen Bereichen des Lebens – zumindest auf den ersten Blick – der Staat bzw. seine Organe definieren, was ein Gesundheitsrisiko ist und welche Maßnahmen zu seiner Abwendung geeignet sind.

Spätestens die Corona-Pandemie hat jedoch gezeigt, dass eine solche staatliche Verantwortung für Gesundheitsfragen je nach Sichtweise auch als staatliche Bevormundung interpretiert werden kann. Dies

gilt vor allem für die vergleichsweise seltene Situation, in der vorbeugende Maßnahmen oder der Schutz vor Risiken tatsächlich verbindlich und nicht freiwillig sind: etwa die Impfpflicht gegen Masern für Kinder als Zugangsvoraussetzung für die Schule oder den Kindergarten oder die Corona-Impfung für Beschäftigte im Gesundheitswesen. Noch vor wenigen Jahrzehnten waren die Einführung einer Gurtpflicht im Auto und später einer Helmpflicht für Motorräder typische "Aufreger über staatliche Bevormundung" in der Bevölkerung.

- Die absolut überwiegende Anzahl von Risikovorgaben und gesundheitsfördernden Maßnahmen in Deutschland beruht allerdings auf Freiwilligkeit. Das heißt: Ihre Umsetzung setzt die Akzeptanz in der Bevölkerung voraus.
- Verantwortliche Institutionen setzen daher auf Aufklärung, auf Informationen über Vor- und Nachteile sowie auf Anreize, entsprechenden Empfehlungen zu folgen.

Aufklärung und Information allein sind nur begrenzt effektiv: Für die Akzeptanz einer "verordneten" Maßnahme in der Bevölkerung spielt der wissenschaftliche Beweis für ihren Nutzen keineswegs die Hauptrolle.

- Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass nicht wenige Menschen nur bedingt auf die Expertise von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern vertrauen.

Nudging

Nudging bedeutet im Englischen "Anstupsen":

Menschen sollen dazu bewegt werden, ihr Verhalten zu ändern. Als Mittel werden Informationen, positive wie negative Anreize, Hilfsangebote und Strategien sowie vereinfachte Zugänge zu gesundheitsfördernden Maßnahmen eingesetzt. Ein Beispiel von vielen: die besondere Bewerbung gesunder Gerichte in der Betriebskantine, kostenlose Online-Programme von Krankenkassen, die zu mehr Bewegung anhalten oder die Stressbewältigung erleichtern.

Nudging kommt ohne Ge- oder Verbote aus:

„Harte“ Vorgaben, etwa eine Erhöhung der Tabaksteuer als Anstoß zum Rauchverzicht, gelten deshalb nicht als Nudging.

Ein Beispiel für Nudging für Schülerinnen und Schüler bietet die Lerneinheit "Gesunde Ernährung", zum Download unter <https://www.krebsinformationsdienst.de/service/fit-in-gesundheitsfragen/lerneinheit-gesunde-ernaehrung.pdf>.

Legitimation und Expertise

Welche Institutionen in Deutschland sind für die Bewertung gesundheitlicher Risiken, die Identifikation besonders vulnerabler Gruppen und die wissenschaftliche Begleitung von Maßnahmen zuständig?

Der gesetzliche Auftrag zu gesundheitsfördernden Maßnahmen kann von Bundestag und Bundesrat sowie den Landesparlamenten kommen. Die Kommunen können diesen Rahmen weiter ausgestalten. Einige Themen, insbesondere aus dem Bereich des gesundheitlichen Verbraucherschutzes, sind auch beim EU-Parlament angesiedelt.

- Gewählte Parlamentarierinnen und Parlamentarier handeln bei Entscheidungen zum Gesundheitsschutz im Auftrag der Bürgerinnen und Bürger.
- Wie der gesetzliche Rahmen für gesundheitliche Fragen aussehen soll, ist daher auch relevant für die eigene Wahlentscheidung.

Parlamente regeln, welche Entscheidungshoheit und welchen Handlungsspielraum die Regierungsorgane haben und welche staatliche Behörden oder Einrichtungen im gesetzlichen Auftrag notwendige Maßnahmen planen, ausführen und überwachen.

Diese Entscheidungsspielräume für Behörden und Institutionen sind im Alltag üblich, weil nicht jedes Detail des Gesundheitsschutzes als Vorlage zur Abstimmung für den Bundestag oder die Landesparlamente geeignet ist.

Im Krisenfall sind jedoch die Parlamente gefragt. Sie können nur durch den Beschluss einer "Notlage" die Entscheidungshoheit an Regierungsorgane abgeben. Jüngstes Beispiel dafür war die "epidemische Lage von nationaler Tragweite" zu Beginn der Corona-Pandemie.

Die Parlamente oder die legitimierten Behörden und Ämter entscheiden zudem, an welche Gremien oder Organisationen Aufgaben dauerhaft oder vorübergehend delegiert werden, etwa an Krankenkassen, Ärztekammern usw. Oder sie initiieren Gremien, "Runde Tische" usw., um nationale Gesundheitsziele (vergl. Seite 5) mit allen Beteiligten im Gesundheitswesen und mit Bürgerinnen und Bürgern gemeinsam weiterzuentwickeln.

- Die Parlamente setzen über ihre Entscheidungen zur staatlichen Forschungsförderung Anreize für die Forschung und die wissenschaftliche Begleitung von Projekten zu Gesundheitsrisiken und Gesundheitsförderung.
- Bundes- und Landesbehörden sowie die Fachinstitute in ihrem Geschäftsbereich verfügen über eigene wissenschaftliche Expertise und arbeiten den Regierungsorganen mit Fakten und Analysen zu.

Die Regierungsorgane können zudem noch weitere Formen der Politikberatung durch Expertinnen und Experten in Anspruch nehmen.

- So stehen insbesondere den Abgeordneten des Bundestages die "Wissenschaftlichen Dienste" zur Verfügung, um sich unabhängig von den Ministerien und Behörden informieren zu können. Die entsprechenden Gutachten sind frei zugänglich unter <https://www.bundestag.de/dokumente/analysen/> und können gezielt nach Gesundheitsthemen durchsucht werden.
- Auch die Landesparlamente verfügen über solche Einrichtungen.

Relevant für die Risikobewertung, den gesundheitlichen Verbraucherschutz sowie die Gesundheitsförderung sind zum Beispiel auch

- der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (<https://www.svr-gesundheit.de>),
- der Deutsche Ethikrat (<https://www.ethikrat.org>),
- der Corona-ExpertInnenrat (<https://www.bundesregierung.de/breg-de/bundesregierung/bundeskanzleramt/corona-expertinnenrat-der-bundesregierung>),
- der für einige spezielle Fragen zu Gesundheit auch das Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (<https://www.tab-beim-bundestag.de/>).

Zudem ist die freie Beauftragung von Sachverständigen möglich.

Beispiele: Risikobewertung und Gesundheitskommunikation

Die staatliche Risikobewertung und die Kommunikation gesundheitsförderlicher Maßnahmen sind bei mehreren Behörden und Einrichtungen mit Finanzierung durch Bund und/oder Länder angesiedelt. Sie alle haben die Aufgabe, Informationen nicht nur im Sinn einer Warnung an die Bevölkerung zu vermitteln. Sie sollen vielmehr den gesellschaftlichen Diskurs fördern und Bürgerinnen und Bürger an der Bewertung von Risiken und geeigneter Maßnahmen beteiligen.

Gesundheit und Gesundheitsschutz sind in Deutschland jedoch Themen, die auf vielen Ebenen behandelt werden, von der Kommune über Landkreise und Regierungsbezirke bis zum Bund bzw. der EU. Nichtstaatliche Organisationen sind in großem Umfang beteiligt, etwa die Krankenversicherungen, die Versorgungsanbieter im Gesundheitswesen, Fachgesellschaften, Stiftungen, Selbsthilfe-, Bürger- und Verbraucherorganisationen und viele weitere private Trägerinnen und Träger.

Daher werden hier nur einige wenige ausgewählte Einrichtungen vorgestellt.

Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR):

Das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) ist eine wissenschaftlich unabhängige Einrichtung im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL). Es berät die Bundesregierung und die Bundesländer zu Fragen der Lebensmittel-, Chemikalien- und Produktsicherheit. Das BfR betreibt eigene Forschung zu Themen, die in engem Zusammenhang mit seinen Bewertungsaufgaben stehen.

Abbildung:

Beispiel für ein Risikoprofil, das vom BfR für die allgemeine Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt wird (Tabelle "Coffee to go"-Becher mit Melamin-Formaldehyd-Harz, zitiert nach <https://www.bfr.bund.de/cm/343/gefaesse-aus-melamin-formaldehyd-harz.pdf>, Stand 25.11.2019)

 BfR-Risikoprofil: Gefäße aus Melamin-Formaldehyd-Harz wie „Coffee to go“ Becher aus „Bambusware“ können gesundheitlich bedenkliche Stoffe in heiße Lebensmittel abgeben (Stellungnahme Nr. 046/2019)						
A Betroffen sind	Allgemeinbevölkerung				Kinder	
B Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung bei täglichem Verzehr von heißen flüssigen Lebensmitteln aus MFH-Geschirr	Praktisch ausgeschlossen	Unwahrscheinlich	Möglich	Wahrscheinlich	Gesichert	
C Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung bei täglichem Verzehr von heißen flüssigen Lebensmitteln aus MFH-Geschirr	Keine Beeinträchtigung	Leichte Beeinträchtigung [reversibel/irreversibel]	Mittelschwere Beeinträchtigung irreversibel	Schwere Beeinträchtigung irreversibel		
D Aussagekraft der vorliegenden Daten	Hoch: Die wichtigsten Daten liegen vor und sind widerspruchsfrei		Mittel: Einige wichtige Daten fehlen oder sind widersprüchlich	Gering: Zahlreiche wichtige Daten fehlen oder sind widersprüchlich		
E Kontrollierbarkeit durch Verbraucher	Kontrolle nicht Notwendig	Kontrollierbar durch Vorsichtsmaßnahmen	Kontrollierbar durch Verzicht	Nicht kontrollierbar		

Erläuterungen

Das Risikoprofil soll das in der BfR-Stellungnahme beschriebene Risiko visualisieren. Es ist nicht dazu gedacht, Risikovergleiche anzustellen. Das Risikoprofil sollte nur im Zusammenhang mit der Stellungnahme gelesen werden.

Wie relevant ein Risiko für Bürgerinnen und Bürger ist, bewerten die Fachleute des BfR zum einen nach fachlichen Gesichtspunkten. Sie berücksichtigen zum anderen ausdrücklich die unterschiedliche Wahrnehmung von Risiken. Werden mögliche Gefahren in der Bevölkerung viel diskutiert, bietet das BfR dazu Hintergrundinformationen – auch wenn aus Experten-sicht dafür womöglich kein Anlass bestehen würde.

- Unter https://www.bfr.bund.de/de/risikokommunikation_am_bfr-1798.html informiert das Bundesinstitut über diese Vorgehensweise bei der Risikokommunikation.
- Für relevante Risikofaktoren in Lebensmitteln, Verbraucherprodukten und Chemikalien erstellt das BfR Risikoprofile, die auch aufbereitet als Grafik zur Verfügung stehen und sich für den Unterricht nutzen lassen. Einen Einstieg bietet die Seite unter https://www.bfr.bund.de/de/bfr_risikoprofil-133347.html.

Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL):

Das Amt ist eine selbständige Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft. Das BVL trägt mit vielfältigen Maßnahmen zur Lebensmittelsicherheit bei. Es spricht Zulassungen aus und koordiniert gemeinsam mit den Bundesländern Überwachungsprogramme. Im Rahmen des europäischen Schnellwarnsystems sorgt das BVL für den Informationsfluss zwischen der EU und den Bundesländern.

- Unter https://www.bvl.bund.de/DE/Aufgaben/aufgaben_node.html bietet das Bundesamt einen Überblick über seine Aufgaben, von der gesundheitlichen Vorbeugung bis hin zur Verbraucherinformation. Auch die Kontrolle des Online-Handels mit Lebensmitteln und Bedarfsgegenständen gehört zum Beispiel dazu.

- Über die Seite des BVL oder direkt unter <http://www.lebensmittelwarnung.de/> findet man aktuelle Produktwarnungen von Behörden und Rückrufe von Unternehmen zu Lebensmitteln und Bedarfsgegenständen, zu kosmetischen Produkten und sogar zu Tätowiermitteln. Gewarnt wird vor Produkten, die als gefährlich, ekelerregend oder als Verbrauchertäuschung eingestuft wurden, nachdem sie bereits in den Handel gelangt sind.

Robert-Koch-Institut (RKI):

Das RKI ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Es ist die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention und damit auch die zentrale Einrichtung des Bundes auf dem Gebiet der anwendungs- und maßnahmenorientierten biomedizinischen Forschung. Die Kernaufgaben des RKI sind die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere der Infektionskrankheiten. Am RKI sind sehr viele wichtige Aufgaben des Gesundheitsschutzes und des Monitorings der Gesundheit in Deutschland angesiedelt.

- Auf der Startseite <https://www.rki.de> gibt es Meldungen zu aktuellen Gesundheitsrisiken und die Empfehlungen, was man zum Schutz tun kann.
- Wichtige Informationen zu sehr vielen Themen – und damit auch einen Überblick über die Bandbreite des Gesundheitsschutzes beim RKI – findet man unter "Gesundheit von A bis Z" unter https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/GesundAZ_node.html.
- Die Ständige Impfkommision informiert unter https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/stiko_node.html.

Gesundheitswesen: Adressen und Linktipps

Weitere Links, die Schülerinnen und Schülern bei der "Navigation" durch das Gesundheitswesen unterstützen können, bietet das Projekt "Fit in Gesundheitsfragen" unter

<https://www.krebsinformationsdienst.de/service/fit-in-gesundheitsfragen/unterrichtsmaterialien-krebs.php>

Am RKI ist aber auch das bundesweite Gesundheitsmonitoring angesiedelt. Hier nur einige Beispiele:

- Wichtige Daten zur Prävention werden zur Verfügung gestellt unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Praevention/Praevention_node.html;jsessionid=B4F4C4C1DFDDF5B971067704F-978D3E9.internet081.
- Beispiele für das Monitoring zu bedeutsamen Volkskrankheiten sind die Diabetes-Surveillance unter <https://diabsurv.rki.de/Webs/Diabsurv/DE/startseite/startseite-node.html> oder die Dachdokumentation Krebs unter <https://www.krebsdaten.de>.
- Auch die Erfassung der Kindergesundheit in Deutschland gehört zu den Aufgaben. Unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Kinder_und_Jugendgesundheit/KiJuGesundheit_node.html finden man sowohl einen schnellen Überblick als auch viele Details und Studien.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):

Die Bundeszentrale ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Seit ihrer Gründung im Jahr 1967 verfolgt die BZgA das Ziel, Gesundheitsrisiken vorzubeugen und gesundheitsfördernde Lebensweisen

zu unterstützen. Das Verständnis von Gesundheit und Prävention ist im Wandel begriffen. Vor diesem Hintergrund gehört es auch zum Aufgabenbereich, eigenverantwortliches Gesundheitshandeln zu ermöglichen.

Die BZgA hat in den vergangenen Jahren eine große Reihe von Studien, Angeboten und Modellprojekten entwickelt, die sich auch an Kinder und Jugendliche und teilweise sogar direkt an Schulen richten. Hier nur eine kleine Auswahl:

- Ein Schwerpunkt ist die Suchtprävention für alle Altersgruppen, mit Infotelefonen, Flyern und umfänglichen weiteren Angeboten zu den Themen Rauchen, Alkohol und Drogenprävention, mehr unter <https://www.bzga.de/was-wir-tun/suchtpraevention/>.
- Informationen und Angebote zur Kinder- und Jugendgesundheit finden sich unter <https://www.bzga.de/was-wir-tun/kinder-und-jugendgesundheit/>.
- Unter <https://www.bzga.de/was-wir-tun/gesundheit-und-schule/> informiert die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung über ihre Angebote für Schulen. Darunter finden sich themenspezifische Medien zur Gesundheits-erziehung für Lehrerinnen und Lehrer ebenso wie Medien für Eltern und Erziehungsberechtigte, die den Schulunterricht begleiten können. Links führen zu themenverwandten Angeboten und Konzepten.

Quellen (Auswahl)

Die in diesem Kapitel aufgeführten Webseiten von Behörden und Institutionen bieten ihrerseits Listen und Links zu umfangreicher Fachliteratur zu Risikobewertung, Risikowahrnehmung und Risikokommunikation.

Das Bundesgesundheitsblatt hat in seiner 65. Ausgabe den Schwerpunkt "Risikokommunikation von Behörden - Herausforderung und Perspektiven", so der Titel des Editorials (Fiack, S., Kuhn, J. & Straff, W. Risikokommunikation von Behörden – Herausforderungen und Perspektiven. Bundesgesundheitsbl 65, 527–528 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03531-0>

Wie Menschen mit Risiken – nicht nur gesundheitlicher Art - umgehen und welche Rolle die öffentliche Diskussion für die Bewertung spielt, hat die Bundeszentrale für politische Bildung in mehreren

Schwerpunktartikeln und -texten dargelegt, unter <https://www.bpb.de/themen/medien-journalismus/netzdebatte/241828/risikogesellschaft/>.

Weitere Fachliteratur:

Nöcker G (2016): Gesundheitskommunikation und Kampagnen. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, doi:10.17623/BZGA:224-i056-1.0, <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitskommunikation-und-kampagnen/>, zuletzt abgerufen 25.5.2022

Schule und Gesundheit: Gesundheitsförderung als hoheitliche Aufgabe

Gesundheitsförderung ist ein wesentliches Ziel schulischer Bildung. Sie ist in den Lehrplänen aller Bundesländer verankert. Die Kultusministerkonferenz hat dazu festgehalten:

"Ziel einer guten und gesunden Schule ist es, die Gesundheitsressourcen und -potenziale aller Akteure in der Schule zu erhalten und zu stärken. Der Umgang mit der eigenen Gesundheit und der Gesundheit anderer gehört zu den Alltagskompetenzen, die Menschen auch in der Schule erlernen."

Prävention und Gesundheitsförderung zielen auf die Stärkung persönlicher Ressourcen und die Entwicklung von Schutzfaktoren ab. Die Entwicklung der entsprechenden Gesundheitskompetenz ist mit dem Ende der Schulzeit nicht abgeschlossen: Entsprechend der Definition der WHO ist dies vielmehr ein lebenslanger Prozess. Auch die deutsche Kultusministerkonferenz nimmt mit ihren Empfehlungen Bezug auf die WHO und ihr Konzept der "gesundheitsför-

dernden Schulen" als Ausgangspunkt für das weitere Leben.

Die folgende Übersicht bietet Linktipps zum Thema Gesundheitsförderung in der Schule. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und ersetzt auch nicht die Sichtung der jeweils gültigen Lehrpläne. Sie soll vielmehr die eigene Recherche erleichtern und die übergeordnete Motivation und Zielsetzung zum Thema abbilden. Im Anhang findet sich eine kleine Auswahl von Fachliteratur zum Thema.

Linktipp

Eine "Analyse der Lehr- und Bildungspläne der allgemeinbildenden Schulen - Lehr- und Lerninhalte zu Krebs und Diabetes" finden Sie unter <https://www.krebsinformationsdienst.de/service/fit-in-gesundheitsfragen/unterrichtsmaterialien-krebs.php>.

Kultusministerkonferenz der Länder (KMK): "Gesundheitserziehung"

Unter <https://www.kmk.org/themen/allgemeinbildende-schulen/weitere-unterrichtsinhalte-und-themen/gesundheitserziehung.html> bietet die KMK die jeweils gültigen Empfehlungen zum Thema Gesundheitserziehung. Dort ist auch eine Datenbank mit innovativen Projekten verlinkt, die sich gezielt nach dem Thema "Gesundheitsbildung" sowie nach Bundesland und Jahrgangsstufe durchsuchen lässt.

Diese Empfehlungen haben in einigen Bundesländern zur Etablierung des Programms "Gute gesunde Schule" geführt, das auch die Möglichkeit der Zertifizierung teilnehmender Schulen bietet. Ursprünglich entwickelt wurde das Programm von der Universität Lüneburg im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, mehr unter <https://www.bzga.de/was-wir-tun/gesundheitsbildung-und-schule/gute-gesunde-schule/>.

Landesprogramme der Kultusministerien und der Landesvereinigungen für Gesundheit

Viele Projekte auf Landesebene finden als Kooperationen mit Bundesbehörden oder mit weiteren regionalen Partnern statt. Beispiele für ein solches Projekt

ist etwa das Thema gesundheitliche Chancengleichheit, mehr unter <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/>. Einen Überblick zu den einzelnen Umsetzungen auf Länderebene gibt es hier: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/wir-in-den-laendern/>

Weitere Hintergründe und auch Kontaktinformationen bieten die Ländern jeweils hier (zuletzt geprüft Mai 2022):

Baden-Württemberg:

<http://praevention-in-der-schule-bw.de>

Bayern:

<https://www.ggs.bayern.de/>

Berlin:

<https://www.berlin.de/sen/bildung/unterstuetzung/praevention-in-der-schule/gesundheitsartikel.437806.php>

Brandenburg:

<https://mbjs.brandenburg.de/bildung/gute-schule/gute-gesunde-schule/gute-gesunde-schule-landesprogramm.html>

Bremen:

<https://www.gesundheitsamt.bremen.de/gesundheitsfachkraefte-an-schulen-gefaz-22434>

Hamburg:

<https://www.hag-gesundheit.de/arbeitsfelder/gesund-aufwachsen/gesunde-schule>

Hessen:

<https://kultusministerium.hessen.de/Unterricht/Schule-Gesundheit>

Mecklenburg-Vorpommern:

<http://www.gesundheitsfoerderung-mv.de/home/kinder-und-jugendliche/landesprogramm-gute-gesunde-schule/>

Niedersachsen:

https://www.mk.niedersachsen.de/startseite/schule/schulerinnen_und_schuler_eltern/gesundheitsforderung_pravention/gesundheitsforderung_in_schulen/gesundheitsfoerderung-und-praevention-6496.html

Nordrhein-Westfalen:

<https://www.bug-nrw.de/arbeitsfelder/gute-gesunde-schule>

Rheinland-Pfalz:

<https://gesundheitsfoerderung.bildung-rp.de/gute-gesunde-schule.html>

Saarland:

https://www.saarland.de/mbk/DE/portale/bildungsserver/themen/unterricht-und-bildungsthemengesundeschule/gesundeschule_node.html

Sachsen:

<https://www.schule.sachsen.de/gesundheitsfoerderung-5129.html>

Sachsen-Anhalt:

<https://mb.sachsen-anhalt.de/themen/faecheruebergreifende-themen/schulische-gesundheitsfoerderung/>

Schleswig-Holstein:

<https://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/IQSH/Arbeitsfelder/ZfP/zfp.html>

und

<https://lvgfsh.de/gesund-aufwachsen/>

Thüringen:

<https://www.schulportal-thueringen.de/gute-gesunde-schule>

GKV-Bündnis für Gesundheit - Gesundheitsförderung in der Schule

Bewegung, Ernährung, Resilienz und Stressbewältigung sowie Sucht- und Gewaltprävention: Mit diesen Themen sprechen die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland Kinder und Jugendliche in der Schule an.

Module mit Hintergründen und Empfehlungen bieten die Kassen über ihren Spitzenverband unter <https://www.gkv-buendnis.de/gesunde-lebenswelten/schule/themen-und-inhalte/themen-der-gesundheitsfoerderung-in-der-schule/> an.

An der Entwicklung und Umsetzung ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beteiligt. Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung werden ebenfalls gefördert.

Weiterführende Literatur (Auswahl)

Weltgesundheitsorganisation WHO: Unter https://www.who.int/health-topics/health-promoting-schools#tab=tab_1 sind die Ziele des Programms "Health Promoting Schools" sowie Publikationen zum Thema abrufbar, überwiegend in englischer Sprache.

Nöcker G (2017): *Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheits-erziehung, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. doi:10.17623/BZGA:224-i024-1.0, <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsliche-aufklaerung-und-gesundheitserziehung/>

Okan, O., Dadaczynski, K., Koller, U., Braun, V., Hurrelmann, K. (2021). *Gesundheitskompetenz und Schule. Entwicklung von 100 Leuchtturmschulen bis zum Jahr 2025. Ein Visionspapier*. Online verfügbar unter: <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/2021/02/12/visionspapier-allianz-gesundheitskompetenz-und-schule/>

Paulus P, Dadaczynski K (2020), *Gesundheitsförderung und Schule. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*, doi:10.17623/BZGA:224-i051-2.0, <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-schule/>

Paulus P, Witteriede H, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2008): *Schule – Gesundheit – Bildung: Bilanz und Perspektiven*, abrufbar unter https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/pdf/F2033-Zusammenfassung.pdf?__blob=publicationFile&v=1.



Gesundheitskompetenz: Informieren, bewerten, entscheiden, handeln

Definition und Bedeutung im Gesundheitswesen

Seit etwa den 1970er Jahren wurde der englische Begriff der "health literacy" im Deutschen zunehmend als "Gesundheitskompetenz" übersetzt.

Zunächst wurde diese Kompetenz vor allem als die Fähigkeit des Individuums definiert,

- (schriftliche) Gesundheitsinformationen zu finden,
- zu verstehen,
- die Relevanz für die eigene Lebenssituation zu beurteilen und
- das neue Wissen sinnvoll anzuwenden beziehungsweise als Grundlage für gesundheitlich relevante Entscheidungen zu nutzen.

Heutige Definitionen von Gesundheitskompetenz berücksichtigen nicht nur die individuelle Kompetenz,

sondern beziehen auch die gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen mit ein: Sie können förderlich wie hinderlich für gesundheitskompetente Entscheidungen sein. Deshalb unterscheiden viele Fachleute zwischen der „individuellen“ und der "organisationalen" Gesundheitskompetenz.

Linktipp

Mehr zum Thema "Gesundheitskompetenz und Medienkompetenz" unter dem Aspekt Schule finden Sie unter <https://www.krebsinformationsdienst.de/service/fit-in-gesundheitsfragen/unterrichtsmaterialien-krebs.php> zum Download.

Individuelle Gesundheitskompetenz

Die individuelle Gesundheitskompetenz bezieht sich auf die einzelne Person und ihr Handeln.

Sie wird längst nicht mehr nur an der Fähigkeit festgemacht, Informationen zu verstehen, also etwa an Sprachverständnis und Bildungsgrad. Viele Expertinnen und Experten nennen die Motivation, sich mit Gesundheitsthemen überhaupt aktiv und eigenverantwortlich auseinanderzusetzen, als weitere Voraussetzung für gesundheitskompetente Entscheidungen.

Die Förderung von Gesundheitskompetenz bezieht heute unter anderem auch den Umgang mit unterschiedlichen Medien mit ein.

- Es geht also nicht nur um die Fähigkeit, etwa die Arzneimittelinformation im "Beipackzettel" lesen zu können, zu verstehen und für die eigene Situation zu nutzen.
- Gesundheitskompetenz kann heute auch bedeuten, aus einer Fülle von Internet-Suchergebnissen das Richtige und Wichtige herauszufiltern, oder in einem Forum oder Chat neutrale Information von persönlicher Meinung zu unterscheiden und zuzuordnen, was für die eigene Situation relevant ist, und was nicht.
- Auch die selbständige Überwachung des eigenen Blutzuckers mit einer Gesundheits-App und die Insulingabe ohne ständige ärztliche Überwachung ist ein Beispiel dafür, wie hoch die Anforderungen an die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten heute sein können.

Organisationale Gesundheitskompetenz

Dieser Aspekt rückt die Verantwortung des Gesundheitswesens mehr ins Blickfeld. Demnach ist nicht allein jeder und jede Einzelne selbst dafür verantwortlich, wie er oder sie Zugang zum Gesundheitswesen und seinen Informationen erhält und diese je nach Situation verarbeiten kann.

- Die Schaffung von Gesundheitskompetenz wird auch als Aufgabe des Gesundheitssystems selbst und weiter auch als Aufgabe des Sozial- und Bildungssystems verstanden.
- Alle beteiligten Institutionen und Organisationen sind dafür verantwortlich, allen Menschen einen einfachen Zugang zu Gesundheitsinfor-

mationen zu bieten und sie in die Lage zu versetzen, diese leicht zu finden, zu verstehen, zu verarbeiten und umzusetzen.

Für diesen Ansatz ist nicht zuletzt die Erkenntnis entscheidend, dass auch Menschen mit hohem Bildungsgrad und eigentlich guter Gesundheitskompetenz zum Beispiel unter Stress Informationen nicht aufnehmen oder nicht ausreichend verarbeiten können.

Alle, die an ihrer Beratung und Behandlung beteiligt sind, müssen dies berücksichtigen und entsprechend reagieren:

- Wer möchte, dass Patientinnen und Patienten zum Beispiel ihren Blutzucker selbst messen, darf ihnen nicht nur die notwendigen Gerätschaften an die Hand geben, sondern muss ihnen auch Nutzen und Risiken erläutern sowie sie im Umgang damit schulen und sie zur Nutzung motivieren.

Adressaten für diese Definition der "organisationalen Gesundheitskompetenz" sind deshalb vor allem die Trägerinnen und Träger der gesundheitlichen Versorgung: Krankenhäuser, Arztpraxen und alle weiteren Einrichtungen müssen ihrerseits auf die Vermittlung verständlicher, gut zugänglicher und qualitativ hochwertiger Informationen achten. Sie müssen dafür sorgen, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über eine angemessene Kommunikationskompetenz verfügen – das Stichwort hierzu lautet "Kommunikation auf Augenhöhe".

Das Gesundheitswesen als solches ist dafür verantwortlich, die Unterschiede in den individuellen Fähigkeiten von Patientinnen und Patienten bzw. Nutzerinnen und Nutzern zu berücksichtigen und diese nicht zur Barriere werden zu lassen: weder für die Inanspruchnahme von Leistungen noch für das Mitentscheiden und Mithandeln.

Strategien und Angebote zur Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz bei jedermann wie bei Gruppen mit besonderem Bedarf gehören zu den gesamtgesellschaftlichen Aufgaben.

Aktionen und Initiativen in Deutschland (Auswahl)

Die Allianz für Gesundheitskompetenz entstand 2017 auf Initiative des damaligen Gesundheitsministeriums. Sie band außer den Ministerien und Behörden auf Bundes- und Landesebene viele weitere Akteure des Gesundheitswesens mit ein. Ziel war die Entwicklung von Projekten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz.

Drei Schwerpunkte wurden ausgewählt: Mehr Gesundheitskompetenz durch Gesundheitsbildung, die Schaffung verlässlicher Informationsangebote und die Förderung der Kommunikationskompetenz in Aus-, Weiter- und Fortbildung aller im Gesundheitswesen Tätigen. Weitere Informationen finden sich auf <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitskompetenz/allianz-fuer-gesundheitskompetenz.html>.

Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz ist ein Kooperationsprojekt der Universität Bielefeld und der Hertie School, gefördert von der Robert-Bosch-Stiftung. Der Plan wurde dem damaligen Bundesgesundheitsminister 2018 vorgelegt. Er ent-

hält 15 Empfehlungen von Expertinnen und Experten, um die Gesundheitskompetenz in Deutschland zu stärken, mehr unter <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/>.

Diese Empfehlungen wurden mit Strategiepapieren zu Schwerpunktthemen ergänzt. Dazu gehören beispielsweise Empfehlungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz im Erziehungs- und Bildungssystem oder als Teil der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, oder auch der Fokus auf die Gesundheitskompetenz von Migrantinnen und Migranten.

2021 kam das Visionspapier zur Allianz "Gesundheitskompetenz und Schule" hinzu, das auf einem Workshop aufbaut, mehr unter <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/2021/02/12/visionspapier-allianz-gesundheitskompetenz-und-schule/>.

Weitere Projekte und Linktipps sind über diese sowie die unten aufgeführten Quellen zu finden.

Gesundheitskompetenz und Schule

Die Förderung der Gesundheitskompetenz sollte möglichst bereits im Kindes- und Jugendalter beginnen, und ist deshalb auch eine schulische Aufgabe. Schulische Angebote können dazu beitragen, auch Kinder aus Familien zu erreichen, in denen Barrieren für ein gesundheitskompetentes Handeln bestehen, etwa durch mangelnde Sprachkenntnisse oder durch schwierige Familienverhältnisse.

Fachleute fordern nicht nur entsprechende Lehrpläne und Unterrichtsthemen zur Förderung der Gesundheitskompetenz. Auch hier wirkt sich die Idee der organisationalen Gesundheitskompetenz aus: Themen wie Alltagsgestaltung rund um die Schule, Aus-, Fort- und Weiterbildung der Schulteams, Kooperationen mit externen Akteuren und Investitionen bzw. die Bereitstellung entsprechender Ressourcen sind aus ihrer Sicht ebenso notwendig.

Die Förderung der Gesundheitskompetenz soll keine Zusatzbelastung für die Verantwortlichen in den Schulen sein, und auch keine zeitlich befristete Projektarbeit, sondern dauerhaft in den Schulalltag integriert werden.

Wege und Möglichkeiten, aber auch der notwendige Aufwand wurden und werden aktuell in Projekten entwickelt.

- Ein Beispiel ist etwa das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Modellprojekt "Gesundheitskompetente Schule: Organisationsentwicklung für die Stärkung der Gesundheitskompetenz im Setting Schule (GeKoOrg-Schule), mehr unter <https://gekoorg-schule.de/>.
- "Schools for Health in Europe" ist ein Netzwerk, um Kinder über die Schulen zu fördern und soziale Ungleichheiten bei Gesundheitsrisiken und der Gesundheitsbildung aufzufangen. Das Netzwerk wurde von der WHO initiiert und ist heute in 31 Ländern aktiv, mehr dazu in englischer Sprache unter <https://www.schoolsforhealth.org/>. Ansprechpartner für Deutschland finden sich hier <https://www.schoolsforhealth.org/about-us/member-countries/germany>.

Quellen und weiterführende Links

In den Forschungsverbänden HLCA I und II haben Universitäten, Pädagogische Hochschulen und als Bundesinstitut das Robert-Koch-Institut zur "Gesundheitlichen Grundbildung (Health Literacy) im Kindes- und Jugendalter (Children and Adolescents) als Ziel für Gesundheitsförderung und primäre Prävention" geforscht. Gefördert wurden die Vorhaben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Einen Überblick bieten die Internetseiten des BMBF unter <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/hlca-ii-gesundheitliche-grundbildung-health-literacy-hl-im-kindes-und-jugendalter-als-ziel-8960.php> und die eigentliche Projektseite unter <https://www.hlca-consortium.de/> (teilweise in englischer Sprache).

Das Robert-Koch-Institut (RKI) als Bundesinstitut stellt einen Überblick über die Forschung sowie eine Reihe von Studienpublikationen zur Gesundheitskompetenz von Jugendlichen zur Verfügung, unter https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/G/Gesundheitskompetenz/Gesundheitskompetenz_node.html.

Das Deutsche Netzwerk Gesundheitskompetenz (DNGK) hat 2019 ein Positionspapier zur Organisationalen Gesundheitskompetenz vorgelegt: Schaefer C, Bitzer EM, Dierks ML für den Vorstand des DNGK. Mehr Organisationale Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsversorgung bringen! Ein Positionspapier des DNGK. Köln, 15.11.2019. <https://dngk.de/gesundheitskompetenz/organisational-gesundheitskompetenz-positionspapier-2019/>.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet einen kurzen Überblick zum Thema in ihrer Sammlung "Leitbegriffe", unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/health-literacy-gesundheitskompetenz/>.

Schwerpunktheft zur Gesundheitskompetenz:

"Die Förderung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) - Eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz; Vol. 58, Ausgabe 9/2015, online unter <https://link.springer.com/journal/103/volumes-and-issues/58-9> (relevante Artikel sind frei zugänglich)

"Gesundheitskompetenz - sucht ihr noch oder versteht ihr schon?". Zeitschrift "Impulse für Gesundheitsförderung", Hrsg.: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.: Ausgabe 113, 4. Quartal 2021, online unter <https://www.gesundheit-nds.de/index.php/medien/impulse>

Weitere Fachartikel (Auswahl)

Bittlingmayer UH, Dadaczynski K, Sahrai D, van den Broucke S, Okan O (2020) Digitale Gesundheitskompetenz – Konzeptuelle Verortung, Erfassung und Förderung mit Fokus auf Kinder und Jugendliche. Bundesgesundheitsbl 63:176-184. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03087-6>

Kirchhoff, S., Okan, O. Gesundheitskompetente Schule: Konzeptentwicklung für organisationale Gesundheitskompetenz in der Schule. Bundesgesundheitsbl (2022). <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03546-7>

Rathmann et al.: „Tools zur Förderung der organisationalen Gesundheitskompetenz in Krankenhaus, Pflege und Eingliederungshilfe: eine systematische Übersicht“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/22), S. 67-71. https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Kurzfassungen_2022/MVF_01-22/MVF01-22_Rathmann-etal_Gesundheitskompetenz%20

Schaeffer, D./Gille, S./Vogt, D./Hurrelmann, K. (2021): National Action Plan Health Literacy in Germany origin, development and structure. Journal of Public Health: From Theory to Practice. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10389-021-01616-9>

Schmidt-Kaehler, S./Dadaczynski, K/Gille, S./Okan, O./Schellinger, A./Weigand, M./Schaeffer, D. (2021): Gesundheitskompetenz: Deutschland in der digitalen Aufholjagd. Einführung technologischer Innovationen greift zu kurz. Das Gesundheitswesen 83(05): 327-332. <https://doi.org/10.1055/a-1451-7587>.

Schaeffer, D./Gille, S. (2021): Gesundheitskompetenz im Zeitalter der Digitalisierung. Wo stehen wir? Prävention und Gesundheitsförderung. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00872-7>

Schulenkorf T, Krah V, Dadaczynski K, Okan O (2021) Addressing health literacy in schools in Germany: Concept analysis of the mandatory digital and media literacy school curriculum. Front Public Health 9:687389. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.687389>

Bildnachweise

Seite 3

© Pixabay/g0cac70b44

Seite 4

© elenabls/Shutterstock

Seite 9

© Petr Bonek/Shutterstock

Seite 16

© whitetag/Thinkstock

Seite 22

Screenshot Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR):

<https://www.bfr.bund.de/cm/343/gefaesse-aus-melamin-formaldehyd-harz.pdf>

Alle weiteren Abbildungen, Logos und Icons:

© Fit in Gesundheitsfragen, Krebsinformationsdienst, DKFZ

Impressum

Herausgeber

Krebsinformationsdienst

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)

Im Neuenheimer Feld 280

D-69120 Heidelberg

© Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum 2022

Autorin

Dr. sc. hum. Birgit Hiller; Krebsinformationsdienst, DKFZ Heidelberg

Redaktion

Dr. med. Susanne Weg-Remers, Julia Geulen, Dr. rer. nat. Karin Greulich-Bode,

Karen Herold, Dr. des. Winja Weber, Krebsinformationsdienst, DKFZ Heidelberg

Verantwortlich

Dr. med. Susanne Weg-Remers

Leiterin des Krebsinformationsdienstes, DKFZ Heidelberg

Für das Projekt „Fit in Gesundheitsfragen“

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)

Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg

www.krebsinformationsdienst.de/service/fit-in-gesundheitsfragen/projekt.php

Krebsinformationsdienst

Für Patienten, Angehörige und alle Ratsuchenden

Fragen zu Krebs? Wir sind für Sie da.

Telefon: 0800 – 420 30 40, kostenfrei täglich von 8.00 bis 20.00 Uhr

E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de

www.krebsinformationsdienst.de

Besuchen Sie uns auch auf Facebook, Instagram oder YouTube!

Helmholtz Munich

Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (GmbH), Abteilung Kommunikation

Ingolstädter Landstraße 1, 85764 Neuherberg

Telefon: 089 3187-2711

www.helmholtz-muenchen.de

www.diabinfo.de/schule-und-bildung.html