Prof. Dr. PH Ullrich Bauer
Orkan Okan
Prof. Dr. rer. pol. Klaus Hurrelmann

Fokus Gesundheitskompetenz

Stärkung der Gesundheitskompetenz im Bildungssektor

Am 19. Februar 2018 wurde der „Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ (NAP) der Öffentlichkeit vorgestellt (Schaeffer et al., 2018). Nach dem Vorbild anderer Länder werden darin die wichtigsten Herausforderungen für eine Verbesserung der Gesundheitsbildung der Bevölkerung und die Förderung der Gesundheitskommunikation des professionellen Personals in Bildungs- und Versorgungseinrichtungen aufgelistet (s. Abb. 1 und 2) und anschließend gezielte Empfehlungen ausgesprochen. Finanziell wurde das Vorhaben von der Robert Bosch Stiftung, dem AOK Bundesverband, der Universität Bielefeld und der Hertie School of Governance in Berlin unterstützt. Es steht unter der Leitung von Prof. Dr. Doris Schaeffer, Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Prof. Dr. Ullrich Bauer und Dr. Kai Kolpatzik. Der nachfolgende Beitrag befasst sich mit der ersten der 15 Empfehlungen des NAP, die sich auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz im Bildungssektor konzentriert.

Zusammenfassung

Am 19. Februar 2018 wurde der „Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ (NAP) der Öffentlichkeit vorgestellt. Darin werden die wichtigsten Herausforderungen für eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung aufgelistet, gezielte Empfehlungen ausgesprochen und Handlungsfelder zur Umsetzung definiert. Gesundheitskompetenz ist ein vergleichsweise junges Forschungsfeld, in dem die Zielgruppen der Kinder und Jugendlichen vor allem im Zusammenhang mit Bildung und Erziehung gegenwärtig durch Wissenschaft und Politik vermehrt Aufmerksamkeit erhalten. Der Blick in die Debatte verdeutlicht einerseits, dass die Stärkung von Gesundheitswissen und Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter als Schlüsselthema für die pädagogische Arbeit in den Einrichtungen des Erziehungs- und Bildungssystems gilt. Andererseits wird jedoch auch deutlich, in der Praxis ist das Thema Gesundheitskompetenz noch nicht zur Gänze angekommen, obwohl sich junge Menschen wünschen, dass der Umgang mit Gesundheit gezielt in Schule und Bildung thematisiert würde. Vor diesen Hintergründen führt der vorliegende Beitrag in die Thematik Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen ein und stellt die erste Empfehlung des Aktionsplans vor: „Das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage versetzen, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen.“ Folglich müssten im Rahmen dieser Strategie alle Institutionen des Erziehungs- und Bildungssystems berücksichtigt werden von den Kindertageseinrichtungen über Schulen hin zu Einrichtungen der Erwachsenenbildung. Die Umsetzung dieser Strategie erfordert zudem eine nachhaltige bildungs- und gesundheitspolitische Unterstützung, um einen effektive Ausführung in der Praxis zu gewährleisten.

Schlüsselwörter

Gesundheitskompetenz, Nationaler Aktionsplan, Erziehung und Bildung, Kinder und Jugendliche, Prävention und Intervention, Policy

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.05.18.1866-0533.2099

>> Das Krankheitsspektrum heutiger Gesellschaften ist durch einen anhaltenden Wandel von Infektions- und Akuterkrankungen zu lang andauernden und sich überlagernden chronischen Erkrankungen gekennzeichnet. Im Bereich der chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zeichnet sich wiederum seit zwei Jahrzehnten eine Verlagerung von eher somatischen hin zu eher psycho- und soziosomatischen Störungen ab. Dies wird auch für die Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland durch die Basiserhebung des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) des Robert Koch-Institutes bestätigt (RKI, 2008). Sie zeigt eine deutliche Verschiebung von akuten zu chronischen Erkrankungen (z. B. Allergien, Diabetes, Asthma) und von somatischen hin zu psychischen Auffälligkeiten (z. B. Drogen- und Arzneimittelmissbrauch, Depression, Aufmerksamkeitsstörungen, Essstörungen) auf. Dieser Trend konnte von der KiGGs Folgeerhebung (1. Welle) bestätigt werden (RKI, 2014) und spiegelt sich demnach auch in den kürzlich veröffentlichten Ergebnissen der 2. Welle wider (RKI, 2018).

Die gesundheitlichen Lebenschancen für Kinder und Jugendliche in Deutschland sind dabei sozial ungleich verteilt. So folgen zum Beispiel die Prävalenz von Verkehrsunfällen, somatischen Krankheiten, Entwicklungsstörungen, Übergewicht und Adipositas, Essstörungen und psychischen Auffälligkeiten einem sozialen Gradienten: Kinder aus sozial benachteiligten Familienverhältnissen sind erhöhten gesundheitlichen Risiken ausgesetzt (Lampert et al., 2010).

Dennoch bilden das Kindes- und vor allem das Jugendalter mehr oder weniger „sichere“ Zeiträume, in denen die Gesundheit im Vergleich zu anderen Perioden im Lebenslauf relativ geschützt ist. Das macht es allerdings auch schwer, eine geeignete motivationale Basis für Ansätze der Gesundheitsbildung zu finden, denn ein subjektives Bewusstsein von Beeinträchtigung durch Krankheiten fehlt weitgehend. So sind in den jüngeren Bevölkerungsgruppen die Wissenslücken besonders groß, wie der Gesundheitsreport 2017 zeigt (Stada, 2017). Vor allem Jugendliche und junge Erwachsene informieren sich nicht aktiv, weil sie das Thema Gesundheit noch nicht für wirklich dringend halten. Sie glauben, Körper und Psyche selbstverständlich im Griff zu haben. Die große Mehrheit von ihnen muss sich auch tatsächlich keine Gedanken über Krankheit, Versorgungsabläufe und Medikamente machen. Im weiteren Verlauf des Lebens rächt sich dies, denn dann können sich körperliche und psychische Beeinträchtigungen so stark zuspitzen, dass junge Leute durch die Fülle der Anforderungen und nicht zuletzt auch durch die Kompliziertheit der Versorgung irritiert sind.

Im Stada-Gesundheitsreport zeigt sich übrigens auch der interessante Befund, dass junge Frauen deutlich sensibler als junge Männer sind. Sie informieren sich häufiger über Gesundheitsthemen, schätzen ihr Wissen besser ein und haben tatsächlich am Ende auf insgesamt immer noch niedrigem Niveau auch einen besseren Kenntnisstand. Das macht deutlich, dass sie sich bereits im jungen Alter mehr Gedanken um das eigene körperliche und psychische Wohlbefinden machen als junge Männer. Das setzt sich im weiteren Verlauf des Lebens und auch bei der Berufswahl fort. Zurzeit strömen immer mehr junge Frauen in die Gesundheitsberufe, allen voran in die Medizin (oder: den Arztberuf). Gesundheit wird zukünftig ein Feld sein, dass von Frauen dominiert wird.

Vor diesen und weiteren Hintergründen erfreut sich Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen in der Forschung zusehends größerer Bedeutung (Okan et al., 2018; Bröder et al., 2017). Dennoch liegen bislang erst wenige aussagekräftige Daten



Abb. 1: Gesundheitskompetenz als Fähigkeit im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen (Abbildung aus dem NAP, Schaeffer et al., 2018).

vor, die Forschung steht in Deutschland praktisch noch am Anfang. Allerdings kann von einigen interessanten Entwicklungen aus der internationalen Forschung berichtet werden. So ist in der Health Behaviour in School-aged Children Studie (HBSC) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) neuerdings eine Skala zur Messung der Gesundheitskompetenz in den Fragebogen integriert, um insbesondere Assoziationen mit dem Gesundheitsverhalten bei Schulkindern zu untersuchen (Paakkari et al., 2018). In der Studie wurden Siebt- und Neuntklässler befragt und für Finnland zeigen die Auswertungen, dass 30% der Jugendlichen ihre Gesundheitskompetenz als gut einschätzen, 60% eher moderat und 10% als niedrig. Mädchen schätzen ihre Gesundheitskompetenz dabei höher ein als Jungen und Ältere besser als die Jüngeren. Mit detaillierten Ergebnissen aus der HBSC-Studie, auch für weitere Länder, kann demnach in nächster Zeit gerechnet werden.

In Taiwan wurde kürzlich die weltweit größte Studie zur Messung der Gesundheitskompetenz durchgeführt. Dabei wurden in 2.400 Schulen über 160.000 Schülerinnen und Schüler der 6. Klasse (11 bis 12 Jahre) befragt (Shih et al., 2016). Während bei 44% der Kinder eine hohe oder mittlere Gesundheitskompetenz ermittelt werden konnte, lagen die Werte für eine niedrige (26,6%) oder sehr niedrige (29,5%) Gesundheitskompetenz bei 56%. Darüber hinaus belegen zahlreiche Studien aus verschiedenen Ländern, dass eine niedrige Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichen gesundheitsriskanten Verhaltensweisen assoziiert ist (vgl. Fleary et al., 2018), so z. B. mit Alkohol- und Tabakkonsum, ungesundem Ernährungsverhalten und geringer körperlicher Aktivität. Überdies konnten in verschiedenen Studien bei Kindern und Jugendlichen Assoziationen zwischen geringer Gesundheitskompetenz und höheren Body-Mass-Index-Werten bzw. Übergewicht und Adipositas festgestellt werden (Shih et al., 2016; Lam & Yang, 2014; Chari et al., 2014; Sharif & Blank, 2010).

Die Forschung zur Gesundheitskompetenz in Kindheit und Jugend wächst gegenwärtig an und berücksichtigt dabei auch weitere Kontexte, wie etwa Internet- und Mediennutzung (Ghaddar et al., 2012), psychische Gesundheit und Stigma (Kutcher et al., 2015) und chronische Erkrankungen (Chisolm et al., 2015, 2011). Zahlreiche Studien untersuchen auch die elterliche Gesundheitskompetenz als Annäherung für das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand ihrer Kinder (Keim-Malpass et al., 2015). Durchgängig sprechen sich die Autorinnen und Autoren dieser Studien dafür aus, die Stärkung der Gesundheitskompetenz in den schulischen Bildungsbetrieb zu integrieren.

Ein früher Beginn des Erwerbs von Gesundheitswissen und Gesundheitskompetenz ist eine wichtige Ausgangsbedingung, um das Eintreten chronischer Erkrankungen zu verhindern, zeitlich aufzuschieben oder einen gelingenden Umgang mit diesen Erkrankungen zu ermöglichen. Ähnlich wird es auch in Ansätzen der Gesundheitsförderung betont, in denen die hohe Bedeutung der Lebensphasen Kindheit und Jugend für die Vermittlung von gesundheitsrelevantem Wissen und das Erlernen eines kritischen Umgangs mit Informationen unterstrichen wird (Hurrelmann et al., 2014; Ravens-Sieberer & Ottova, 2012; Wulfhorst & Hurrelmann, 2009). An die dort geführte Auseinandersetzung ist die Diskussion über die Förderung von Gesundheitskompetenz anschlussfähig.

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz stellt eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe dar, die zunehmend an Bedeutung gewinnt. Das Erziehungs- und Bildungssystem ist hier besonders gefordert, denn Bildung stärkt die kognitiven, sprachlichen und literalen Fähigkeiten, zugleich aber auch die Möglichkeit und die Fähigkeit, mit gesundheitsrelevanten Informationen umzugehen und sich gesundheitskompetent und -förderlich zu verhalten.

Erste Ansätze zur Umsetzung praxisrelevanter Maßnahmen

Die Förderung von Gesundheitswissen und Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter gilt aus allen diesen Gründen als Schlüsselthema für die pädagogische Arbeit in den Einrichtungen des Erziehungs- und Bildungssystems (WHO, 2017; McDaid, 2016). Es ist offensichtlich, dass die Bedeutung der frühen Lebensphasen für die weitere Entwicklung von Gesundheit und Wohlbefinden und für die Stärkung von Gesundheitskompetenz zentral ist. Dies gilt sowohl für die Handlungs-



Abb. 2: Gesundheitskompetenz von Individuen und Strukturen (Abbildung aus dem NAP, Schaeffer et al., 2018).

ebene, auf der unterschiedliche Umgangsweisen mit Gesundheit geschult werden, als auch für die Ebene der sozialen Strukturen und Kontexte, die individuelles Gesundheitsverhalten leiten, steuern oder verhindern können.

In der Praxis kommt der Vermittlung gesundheitlicher Themen jedoch nach wie vor ein zu geringer Stellenwert zu. Beispielsweise berichtet im Stada-Gesundheitsreport (2017) nur ein knappes Viertel der befragten 18 bis 25 Jahren alten jungen Leute, in der Schule etwas über Volkskrankheiten, Vorbeugung/Prävention oder das Gesundheitssystem erfahren zu haben. Insgesamt sagen 69%, dass Gesundheit in der Schule keine wichtige Rolle spielt. Noch am besten schneiden die Themen Verhütung, Ernährung und Zahngesundheit ab. Junge Leute wünschen sich deswegen mit der überwältigenden Mehrheit von 80% ein eigenes Fach oder zumindest eine starke systematische Integration von gesundheitlichen Themen in verschiedene Fächer. Zwei Drittel von ihnen wollen etwas über Vorbeugung/Prävention erfahren. Das ist bemerkenswert: Die jungen Erwachsenen plädieren selbst dafür, dass sie systematisch und strukturiert auf das Thema vorbereitet werden. Auch die Defizite im Wissen um das Funktionieren des Gesundheitssystems sind ihnen bewusst, auch hier wünschen sie sich strukturierte und zuverlässige schulische Informationen.

Dagegen ist die schulische Gesundheitsbildung bislang defizitär – auch in Deutschland. Gesundheitskompetenz taucht in der pädagogischen Literatur erstmals in den 1970er Jahren im Kontext schulischer Konzepte zur Gesundheitserziehung in der US-ameri-

Literatur

Australian Curriculum, Assessment and Reporting Authority. (2012). Shape of the Australian Curriculum: Health and Physical Education (Draft), Sydney: ACARA.

Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., ... & Pinheiro, P. (2017). Health Literacy in Children and Adolescents – results from a systematic literature review of definitions, concepts, and models. BMC Public Health. 17(1), 361.

Chari, R., Warsh, J., Ketterer, T., Hossain, J. & Sharif, I. (2014). Association between health literacy and child and adolescent obesity. Patient education and counseling, 94(1), 61-66.

Chisolm, D., Johnson, L. & McAlearney, A. (2011). What makes teens start using and keep using health information websites? A mixed model analysis of teen with chronic illnesses. Telemed E-Health. 17:324–8.

Chisolm, D.J., Sarkar, M., Kelleher, K.J. & Sanders, L.M. (2015). Predictors of health literacy and numeracy concordance among adolescents with special health care needs and their parents. Journal of health communication, 20(sup2), 43-49.

Deutscher Bundestag. (2015). Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Prä-ventionsgesetz – PrävG) vom 17. Juli 2015, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2015.

Finnish national board of education. (2014). National core curriculum for basic education 2014. Helsinki: Next Print.

Fleary, S.A., Joseph, P. & Pappagianopoulos, J. E. (2018). Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. Journal of adolescence, 62, 116-127.

Ghaddar, S.F, Valerio, M.A., Garcia, C.M. & Hansen, L. (2012). Adolescent health literacy: the importance of credible sources for online health information. J Sch Health. 82(1),28-36.

Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.). (2014). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Huber, Bern.

Joint Committee on National Health Education Standards. (1995). National Health Education Standards: Achieving Health Literacy. Atlanta, GA: American Cancer Society.

Keim-Malpass, J., Letzkus, L.C. & Kennedy, C. (2015). Parent/caregiver health literacy among children with special health care needs: a systematic review of the literature. BMC pediatrics, 15(1), 92.

Kultusministerkonferenz (KMK). (2012). Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012. Sekretariat der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland.

Kutcher, S., Bagnell, A. & Wei, Y. (2015). Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 24(2), 233-244.

Lam, L.T. & Yang, L. (2014). Is low health literacy associated with overweight and obesity in adolescents: an epidemiology study in a 12–16 years old population, Nanning, China, 2012. Archives of Public Health, 72(1), 11.

Lampert, T., Hagen, C. & Heizmann, B. (2010). Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

McDaid, D. (2016). Investing in health literacy. Policy briefs and summaries, World Health Organization. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A.M., Kindig, D.A. & Committee on health literacy, National Research Council (Hrsg.). (2004). Health literacy: a prescription to end confusion, The National Academies Press, Washington DC.

Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. Health Promot Int. 13:349-364.

Okan O, Lopes, E., Bollweg. T.M., Bröder, J., Messer, ... & Pinheiro, P. (2018). Generic health literacy measurement instruments for children and adolescents: a systematic review of the literature. BMC Public Health, 18(1), 166.

Paakkari, O., Torppa, M., Villberg, J., Kannas, L. & Paakkari, L. (2018). Subjective health literacy among school-aged children. Health Education, 118(2), 182-195.

Ravens-Sieberer, U. & Ottova, V. (2012). Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland: Erkenntnisse aus der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)- WHO- Jugendgesundheitsstudie 2002-2010. Gesundheitswesen, 74(Suppl. 1), 4-7.

Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.). (2008). Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin.

Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.). (2014). Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland-2013 (KIGGS1). Aktualisierte Fassung. RKI, Berlin.

Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.). (2018). KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse aus Querschnitt- und Kohortenanalysen. Journal of Health Monitoring 3(1). RKI, Berlin

Rowlands, G., Russell, S., O'Donnell, A., Kaner, E., Trezona, A., Rademakers, J. & Nutbeam, D. (2018). What is the evidence on existing policies and linked activities and their effectiveness for improving health literacy at national, regional and organizational levels in the WHO European Region? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 57).

Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. & Kolpatzik, K. (Hrsg.). (2018). Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart.

Sharif, I. & Blank, A.E. (2010). Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children. Patient Education and Counseling 79(1): 43–48.

Shih, S.F., Liu, C.H., Liao, L.L. & Osborne, R.H. (2016). Health literacy and the determinants of obesity: a population-based survey of sixth grade school children in Taiwan. BMC public health, 16(1), 1.

Simonds, S.K. (1974). Health education as social policy. Proceedings of the Will Rogers Conf on Health Education, Saranac Lake, NY June 22–23, 1973. Health Education Monographs 2(Supplement 1):1–10.

Stada (2017). Gesundheitsreport 2017. Nachhilfe nötig: Muss Gesundheit Schule machen? Die Gesundheitsbildung junger Erwachsener in Deutschland. STADA Arzneimittel AG, Bad Vilbel.

St Leger, L. (2001). Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. Health Promot Int. 16(2), 197-205.

World Health Organization (WHO). (2017). Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Health Promot Int. vol. 32, no. 1, pp. 7–8.

Wulfhorst, B. & Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2009). Handbuch der Gesundheitserziehung. Bern



Abb. 3: Gesundheitskompetenz als gesamtgesellschaftliche Aufgabe (Abbildung aus dem NAP, Schaeffer et al., 2018).

kanischen Diskussion auf (Simonds, 1974). Das für die Lehr- und Lernpläne in der schulischen Gesundheitserziehung in den USA verantwortliche Joint Committee on National Health Education Standards (NHES) präsentierte im Jahr 1995 den Bericht „Achieving Health Literacy" (Joint Committee on NHES, 1995). Darin wird Gesundheitskompetenz als gesundheitsbezogene Informations- und Problemlösekompetenz definiert, in didaktische Unterrichtsmaßnahmen der Gesundheitsbildung überführt und mit konkreten Lernzielen verbunden. Ähnlich wie die Empfehlungen der Kultusministerkonferenz (KMK, 2012) in Deutschland sind diese Standards jedoch nicht bindend. Obwohl die Bedeutung von Gesundheitskompetenz für die Gesundheitssozialisation im Kindes- und Jugendalter immer wieder unterstrichen wurde, blieb die praktische Verankerung in der schulischen Gesundheitsbildung und daher auch der erhoffte Effekt zunächst aus (Nielsen-Bohlman et al., 2004).

Die WHO bezog Gesundheitskompetenz bereits in den 1990er Jahren in ihre Strategie zur Gesundheitsförderung als gesundheitsbezogene Bildung ein (Nutbeam, 1998). Zugleich wurde Gesundheitskompetenz eng mit dem WHO-Ansatz der „Gesundheitsfördernden Schule" verknüpft (St Leger, 2001). Mittlerweile liegen neben dem US-amerikanischen auch Schullehrpläne für Gesundheitskompetenz in Finnland (Finnish national board of education 2014) und Australien (Australian Curriculum, Assessment and Reporting Authority, 2012) vor. In diesem Zusammenhang hat die WHO nun für die Europäische Region einen Evidenzbericht zur Förderung der Gesundheitskompetenz an Schulen und im Bildungswesen veröffentlicht und empfiehlt darin, Gesundheitskompetenz im laufenden Bildungsbetrieb zu verankern (McDaid, 2016).

In einem weiteren Evidenzbericht, veröffentlicht durch das Health Evidence Network (HEN), das durch das WHO-Regionalbüro für Europa im Rahmen der Europäische Gesundheitsinformations-Initiative (EHII) koordiniert wird, werden insgesamt 46 gesundheitspolitische Maßnahmen und Strategien für 19 europäische Länder zur Stärkung der Gesundheitskompetenz identifiziert (Rowlands et al., 2018).

In zahlreichen dieser Ansätze wird Gesundheitskompetenz innerhalb der nationalen Erziehungs- und Bildungssysteme als zentrales Handlungsfeld früher Präventionsmaßnahmen definiert. Dennoch stellen Kinder und Jugendliche aus populationsbezogener Perspektive eine nach wie vor zu wenig beachtete Zielgruppe dar.

Aus diesem Grund wird auch im NAP empfohlen, das Thema Gesundheitskompetenz fest in den Lehrplänen von gesundheitsbezogenen Beratungs- und Bildungsangeboten in Schulen zu verankern und ganz allgemein die Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte bei den organisatorischen Abläufen in Schulen vorzunehmen. Die herausragende Position des Erziehungs- und Bildungssystems bei der Vermittlung von Gesundheitskompetenz wird ausdrücklich unterstrichen und darauf hingewiesen, dass die in den Kindertageseinrichtungen, Schulen, außerschulischen Bildungseinrichtungen, Hochschulen, Volkshochschulen und anderen Einrichtungen der Aus-, Fort- und Weiterbildung tätigen Professionen viel zur Förderung der Gesundheitskompetenz beitragen können. Ebenso wird angemahnt, die Implementations- und Evaluationsforschung in diesem Bereich auszubauen.

Strategien zur weiteren Förderung der Gesundheitskompetenz im Bildungssystem

Die erste Empfehlung des „Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz" bezieht sich auf das Handlungsfeld „Lebenswelten" (s. Abb. 3) und lautet (Schaeffer et al., 2018, S. 31):

„Das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage versetzen, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen."

Für die Umsetzung dieser Empfehlung müssen folgende, abgestimmte Strategien adressiert werden:

- „Gesundheitskompetenz fest in den Bildungs- und Lehrplänen von Kindertagesstätten, Grundschulen, weiterführenden Schulen, Hochschulen, Jugendbildungs- und beruflichen Ausbildungseinrichtungen sowie in der Erwachsenenbildung verankern.
- Projektwochen zur Gesundheitskompetenz in Kindertageseinrichtungen, Schulen und anderen Bildungseinrichtungen durchführen und Gesundheit langfristig möglichst als Schulfach etablieren, auf jeden Fall aber als fächerübergreifenden Querschnittsaspekt verbindlich in den Unterricht integrieren.
- Erste Hilfe verbunden mit psychischer, pflegerischer und medizinischer Beratung in Form der Schulgesundheitspflege institutionell in den Erziehungs- und Bildungsinstitutionen verankern.
- Mitarbeiter von Erziehungs- und Bildungseinrichtungen durch Weiterbildungen in die Lage versetzen, gezielt zur Förderung der Gesundheitskompetenz beizutragen" (Schaeffer et al., 2018, S. 32).

Die Expertinnen und Experten des ersten Workshops haben für die Umsetzung und Realisierung der ersten Empfehlung zur Förderung der Gesundheitskompetenz im Erziehungs- und Bildungssystem drei strategische Vorschläge erarbeitet, die zudem in den Kontext der fünf Prinzipien der Umsetzung, die im NAP vorgeschlagen sind, gesetzt werden müssen (s. Abb. 4):



Abb. 4: Umsetzungsprinzipien im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (Abbildung aus dem NAP, Schaeffer et al., 2018).

Erstens: *Die Stärkung der Gesundheitskompetenz sollte früh im Lebenslauf in den Einrichtungen der Kindertagesstätten und Schulen beginnen*, sich über den gesamten Lebenslauf hinweg fortsetzen und die Einrichtungen der Erwachsenenbildung einbeziehen. Die in den letzten Jahren schon erfolgreich umgesetzten Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung sollten entsprechend ergänzt werden.

Begründung: Durch die Verabschiedung des Präventionsgesetzes im Jahr 2015 besteht in Deutschland ein rechtlich verbindlicher Rahmen, in den Ansätze zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Bildungseinrichtungen integriert werden können (Deutscher Bundestag, 2015). Dabei ist wichtig, deutlich herauszuarbeiten, dass die Förderung von Gesundheitskompetenz über die bestehenden Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung hinausgeht und die bisher vernachlässigten Fähigkeiten und Fertigkeiten des Findens, Verstehens, Beurteilens und Anwendens von gesundheitsrelevanten Informationen in den Vordergrund stellt. Der Erwerb dieser Kompetenz ist in modernen Wissens- und Informationsgesellschaften essenziell, um das Alltagsleben gestalten, die Gesundheit erhalten und fördern und auch, um Gesundheitsbeeinträchtigungen und Krankheiten bewältigen zu können.

Zweitens: *Die Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung hat durch die Digitalisierung aller Lebensbereiche und die damit einhergehende nahezu unbegrenzte Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen über digitale Medien eine herausragende Bedeutung erlangt*. Ein adäquater Umgang mit Informationen und besonders auch mit Gesundheitsinformationen wird mehr und mehr zu einer Schlüsselkompetenz in der Wissensgesellschaft.

Begründung: Durch das besondere Augenmerk auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz kann im Erziehungs- und Bildungssystem ein verstärkter Akzent auf die kognitiven, sprachlichen und „literalen" Fähigkeiten des Lesens, Schreibens und Rechnens gesetzt werden. Eine Stärkung der Gesundheitskompetenz verlangt die Schulung derjenigen Fertigkeiten, die es ermöglichen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden. Diese Schulung ist in der heutigen Lebenswelt von extrem großer Wichtigkeit geworden, weil die Fülle an digital verfügbaren Informationen unermesslich gestiegen, die Fähigkeit zu deren Verarbeitung aber nicht angemessen mitgewachsen ist. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz hilft den Bildungseinrichtungen also dabei, den Kern ihres Bildungsauftrags zu erfüllen.

Drittens: *Um konkrete Strategien zur Stärkung der Gesundheitskompetenz umzusetzen, sollte direkt an die im Vorschulbereich, im Schulbereich und in der Erwachsenenbildung bereits differenziert ausgearbeiteten Empfehlungen angeknüpft werden*.

Begründung: In den Kitas sollten nach dieser Empfehlung in den Bildungsplänen neben der Stärkung von Basiskompetenzen (Lebenskompetenzen im Sinne der WHO und der EU) auch der gesundheitsspezifische Kompetenz- und Wissenserwerb als bedeutsam integriert werden, um so früh wie möglich im Lebenslauf mit der Förderung der Gesundheitskompetenz zu beginnen.

In den Schulen sollte, so die Expertinnen und Experten des Workshops, an die Empfehlungen der KMK aus dem Jahr 2012 angeknüpft werden (KMK, 2012). Gesundheitsförderung und Prävention werden dort „als grundlegende Aufgaben schulischer und außerschulischer Arbeit wahrgenommen" (S. 3), die „Schülerinnen und Schülern, Lehrkräften und dem sonstigen pädagogischen Personal die Möglichkeit eröffnen, Kompetenzen zu gesunden Lebensweisen und zu einer gesundheitsfördernden Gestaltung ihrer Umwelt zu erwerben" (S. 3). Diese Vorgaben sollten um den Aspekt der Gesundheitskompetenz erweitert und entsprechend aktualisiert und fortgeschrieben werden.

In der Erwachsenenbildung kann, so die Expertinnen und Experten des Workshops, der für die Erwachsenenbildung ohnehin maßgebliche Aspekt der Alphabetisierung und Grundbildung wieder stärker betont werden. Viele Strukturen der Erwachsenenbildung weisen eine Nähe zur Erwerbstätigkeit auf, sodass hier auch der Übergang in den Arbeitsmarkt und damit das Thema der Gesundheitskompetenz in der Arbeitswelt, einschließlich der Probleme von Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen, aufgegriffen werden kann. <<

Improving health literacy in education

On 19 February 2018, the „National Action Plan on Health literacy" was presented to the public. The plan highlights the most important challenges in relation to improving health literacy in the population, it includes specific recommendations on how to strengthen health literacy and defines several fields of action for implementing the plan`s strategy.
Health literacy is still a relatively new field of study within which children and adolescents are getting increased attention by research and policy efforts, especially in context of education. In the recent discussion, strengthening health knowledge and health literacy in children and adolescents is considered as a key target area for pedagogical work that should be facilitated within the institutions of the education system. However, currently health literacy is not being sufficiently addressed in educational practice, although young people express that they would like to learn more about health in school education, including the skills and knowledge necessary to manage health.
In this context, the purpose of this article is to briefly introduce the recent discussion regarding health literacy among children and adolescents and to present the first recommendation of the German National Action Plan, which is to „Enable the education system to promote health literacy early in life". Consequently, such strategy must consider action within all institutions and settings of the education system, including kindergartens, schools and the adult education system. The implementation of this strategy also requires sustained educational and health policy support to ensure effective implementation in practice.

Keywords

Health literacy, national action plan, education and bildung, children and adolescents, prevention and intervention, policy

Autorenerklärung

Es bestehen keine Interessenkonflikte. Die Arbeit von Orkan Okan wurde sowohl durch die Universität Bielefeld unterstützt als auch durch Zuwendungen des BMBF im Rahmen des Drittmittelprojektes „Health Literacy in Childhood and Adolescence (HLCA)" (FKZ 01EL1424A). Prof. Dr. Ullrich Bauer ist Verbundleiter des HLCA-Verbundes und Teil der Projektleitung im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Prof. Dr. Klaus Hurrelmann ist Teil der Projektleitung im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz.

Zitationshinweis

Bauer, U., Okan, O., Hurrelmannn, K.: „Stärkung der Gesundheitskompetenz im Bildungssektor", in: „Monitor Versorgungsforschung" 05/18, S. 47-52, doi: 10.24945/MVF.05.18.1866-0533.2099

Prof. Dr. PH Ullrich Bauer
ist Professor für Sozialisationsforschung an der Fakultät für Erziehungswissenschaften und Leiter des Zentrums für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter der Universität Bielefeld. Seine Forschung konzentriert sich besonders auf das Thema der gesundheitsbezogenen Sozialisation und der Eröffnung von Lebenschancen in unterschiedlichen Zielgruppen der Gesundheit- und Bildungsförderung. Kontakt: ullrich.bauer@uni-bielefeld.de



Orkan Okan
ist Erziehungswissenschaftler mit dem Schwerpunkt Bildungs-, Sozialisations- und Gesundheitsforschung im Kindes- und Jugendalter. Er ist Doktorand an der Universität Bielefeld und arbeitet seit 2015 im nationalen Forschungsverbund „Health Literacy in Childhood and Adolescence (HLCA)" als wissenschaftlicher Mitarbeiter und Projektmanager.
Kontakt: orkan.okan@uni-bielefeld.de



Prof. Dr. rer. pol. Klaus Hurrelmann
ist Sozialwissenschaftler mit dem Schwerpunkt Jugend-, Bildungs- und Gesundheitsforschung. Er wurde 1975 zum Professor an der Universität Essen ernannt und wechselte 1979 an die Universität Bielefeld. Seit 2009 arbeitet er als Senior Professor of Public Health and Education an der Hertie School of Governance in Berlin.
Kontakt: Hurrelmann@hertie-school.org

