

Gesundheitskompetenzförderliche Rahmenbedingungen in berufsbildenden Kontexten ganzheitlich denken

Janine Michele

Abstract

Genau wie die Bildungschancen sind in Deutschland auch die Gesundheitschancen von Heranwachsenden eng an einen sozialen Gradienten gekoppelt. Dies wirkt sich nicht nur auf den Gesundheitszustand und die subjektiv wahrgenommene Gesundheit aus, sondern erschwert zudem die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und Sozialisationsprozessen sowie das Erzielen von Lernerfolgen. Aus einer emanzipatorischen Perspektive heraus benötigen die Heranwachsenden Fertigkeiten und Fähigkeiten für einen informierten und reflektierten Umgang mit der eigenen Gesundheit – also Gesundheitskompetenzen. Hierfür braucht es unter anderem ein sensibilisiertes, empowerndes berufsbildendes System, in dem gesundheitskompetentes Handeln ermöglicht und gefördert wird. Bislang wird dies jedoch in berufsbildenden Kontexten, trotz bildungspolitischer Forderungen und forschungstheoretischer Anknüpfbarkeit, kaum umgesetzt. Im folgenden Beitrag soll deswegen herausgearbeitet werden, inwiefern Gesundheitskompetenzförderung angesichts des demographischen Wandels, Inklusionsbestreben und Gemeinschaftlichkeit als Zukunftsaufgabe der beruflichen Bildung verstanden werden kann. Auf dieser Basis wird eruiert, wie das Konzept *Health Literacy* im Sinne einer *Futures Literacy* zur Ausgestaltung gesundheitskompetenzförderlicher Rahmenbedingungen in der beruflichen Bildung beitragen kann. Hierfür werden handlungspraktische Implikationen abgeleitet, die sich sowohl auf verhaltens- als auch auf verhältnisbezogene Dimensionen beziehen.

Schlüsselwörter: Berufliche Bildung, Chancengerechtigkeit, Diversität, Empowerment, Gesundheitskompetenz

1 Einleitung

Die eigene Gesundheit ist – ob beruflich oder im Privaten – schon immer ein Thema, dem die Menschen zwar viel Aufmerksamkeit schenken, häufig jedoch erst, wenn sie eingeschränkt oder zumindest bedroht ist (vgl. Vogelgesang et al. 2018, 146). Dies spiegelt sich beispielsweise in der Wahrnehmung von Gesundheits- und Verhaltenspräventionsmaßnahmen wider. Während Gesundheit früher primär ein „wünschenswerter Zustand“ (ebd.) war, stellt sie heute ein gleichermaßen individuelles wie öffentliches Gut dar, welches auf Basis eines ausdifferenzierten Gesundheitssystems (wieder-)hergestellt, aufrechterhalten und gefördert werden soll. Dabei geht es nicht nur um die Abwesenheit körperlicher Beschwerden, sondern auch um mentale und soziale Aspekte des Wohlbefindens (vgl. WHO 1986). Wenngleich der Zugang, zumindest in den Industrienationen, zwar faktisch allen Bürger:innen gleichermaßen offensteht, ist die Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen sozial stark ungerecht verteilt. So haben Menschen aus sozial unterprivilegierten Lebensverhältnissen häufiger einen schlechteren Zugang zu medizinischer Versorgung, einen schlechteren Gesundheitszustand und tendieren zu einem schädlicheren Gesundheitsverhalten (Lampert et al. 2019, 302). Diese potenziell vermeidbaren und ungerechten Unterschiede in der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung haben eine erhöhte Morbidität und statistisch frühere Mortalität zur Folge (vgl. Brand 2019, 454). Auch in der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit setzt sich dieser soziale Gradient fort. Eine europaweite Studie zeigt über 22 Länder hinweg, dass die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands der höchst privilegierten Bildungs- bzw. Einkommenskohorte mindestens 20 % höher (teilweise doppelt so hoch) lag, wie die der am wenigsten privilegierten (vgl. Dorner 2021, 188). In Ergänzung zur Morbidität und Mortalität wird deutlich, dass sich der sozioökonomische Status nicht ausschließlich in der Messung von Krankheit, sondern gleichermaßen in Gesundheitsindikatoren niederschlägt (vgl. ebd.). Genau wie Bildung, Geld oder Prestige ist also auch Gesundheit ein sozial ungleich verteiltes Gut. Zugespitzt schreibt dazu auch Kickbusch: „Der Tod [...] ist eine soziale Krankheit. Wenn du arm bist, bist du auch krank und stirbst früher“ (2001, 137). Dies hat bereits im Kindes- und Jugendalter folgenschwere Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene, aber auch auf die bildungsbezogene Entwicklung. Insbesondere hier stellt der allgemeine Gesundheitszustand eine maßgebliche Ressource zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, dem Durchlaufen eines erfolgreichen Sozialisationsprozesses und auch für

den eigenen Bildungserfolg dar (vgl. Okan/Pinheiro/Bauer 2019, 62; vgl. Michele/Gillen/Steuber 2022, 2). Zwar stellt das Kindes- und Jugendalter im Verhältnis häufig eine *weitestgehend gesunde Lebensphase* dar, jedoch ist (wenn auch erst) in den letzten Jahren die politische und wissenschaftliche Sensibilität für die Tatsache gestiegen, dass sich bereits hier eine alarmierende Kopplung des Gesundheitszustands entlang eines sozialen Gradienten feststellen lässt (Tuppat 2020, 26; Currie/Shields/Price 2007, 213ff.; Lampert/Richter 2009, 209ff.). Auf diese Weise entstehen und bestehen gesundheits- und bildungsbezogene Chancenungleichheiten, die durch weitere intersektionelle Diskriminierungsmechanismen gestützt werden. Dabei müssen neben klassischen Stratifizierungsfaktoren, wie dem Geschlecht, der Wohnregion, der Ethnizität und Migrationserfahrung, der Religionszugehörigkeit und dem Sozialkapital als *equity stratifiers*, auch Faktoren wie Behinderungen oder die Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit in die Betrachtung eingebunden werden (vgl. Nutbeam 1998; vgl. Brand 2019, 449ff.). Wenngleich bislang konkrete kindheits- und jugendzentrierte Theorien zur Erklärung gesundheitsbezogener Chancenungleichheit fehlen, sind die Indikatoren, die Bezüge zur Bildungsgerechtigkeit zulassen, gravierend (vgl. Tuppat 2020, 27). Umso deutlicher ist darauf zu verweisen, dass das Thema auch im Kontext beruflicher Bildung auf forschungstheoretischer und handlungspraktischer Ebene bislang nur sporadisch Beachtung findet.

In Verbindung mit gesundheitsbezogener Chancenungleichheit und dem Bestreben nach Prävention und Gesundheitsförderung wird seit einigen Jahren vermehrt auf das Konzept der Gesundheitskompetenz eingegangen. Gesundheitskompetenz befasst sich dabei maßgeblich mit den Fähigkeiten, den Fertigkeiten, dem Wissen und der Motivation, die ein Individuum benötigt, um gesundheitsrelevante Informationen adäquat finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können (Bitzer/Sørensen 2018, 754). So dient sie als basale Fähigkeit zur Unterstützung im Umgang mit Gesundheitswissen und kann als ein Ergebnis von Bildungs- und Sozialisationsprozessen verstanden werden (Kirchhoff/Okan 2022, 795ff.). Insbesondere im Kontext von Gesundheitskompetenzförderung kommt dabei dem *Empowerment* von z. B. Schüler:innen, Patient:innen, Arbeitnehmer:innen oder auch pädagogischem Personal eine besondere Bedeutung zu. Damit jedoch gesundheitskompetentes Verhalten ausgeübt werden kann, gilt es das komplexe Zusammenwirken zwischen dem Individuum und der Umwelt einzubeziehungen (ebd.). Inwieweit gesundheitskompetentes Handeln möglich ist, hängt entscheidend davon ab, inwiefern das Zusammenspiel zwischen den individuellen Ressourcen eines Individuums im Kontext situativer Anfor-

derungen und der Responsivität der damit verbundenen Systeme gelingt (vgl. ebd., 796; vgl. Dierks/Schäffer 2023, 494). Angesichts Herausforderungen wie beispielsweise der COVID 19-Pandemie oder dem veränderten Mediennutzungs- und Informationsbeschaffungsverhalten Jüngerer nimmt auch bildungspolitisch die Wahrnehmung der Relevanz von Gesundheitskompetenz(-förderung) stetig zu. Unter anderem spiegelt sich dies in Empfehlungen wie dem Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz oder der Allianz Gesundheitskompetenz und Schule wider (Okan et al. 2021; vgl. Schaeffer et al. 2018). Auch hier zielen Forschungsansätze und konkrete Fördermaßnahmen zumeist lediglich auf die primäre oder sekundäre Bildung und die entsprechenden Bildungsinstitutionen ab. So fehlt es seitens des berufsbildenden Sektors erheblich an systematischer Einbindung von Gesundheitskompetenzförderung und konzeptueller Erschließung des Gesundheitskompetenzbegriffs aus berufspädagogischer Perspektive. Als Schnittstelle zwischen Ausbildungs- und Wirtschaftssektor ist die berufliche Bildung dabei zum einen in der Verantwortung zu einer adäquaten sozioökonomischen Positionierung innerhalb der Gesellschaft beizutragen. Zum anderen bietet sich durch die systemimmanente Heterogenität der Schüler:innenschaften im berufsbildenden Kontext (Gillen/Koschmann 2013, 172) aber auch großes Potential, um vulnerable Personen und Risikogruppen zu erreichen und gesundheitsbezogenes Wissen in handlungsorientierten Lehr-Lernsituationen zu vermitteln.

Auch wenn erste bildungspolitische und forschungstheoretische Bemühungen und Forderungen vorliegen (siehe u. a. Schaeffer et al. 2018; Okan et al. 2021), fehlt es derzeit im Bildungssystem dennoch an flächendeckenden Konzepten zur Gesundheitskompetenzförderung, wobei die berufliche Bildung ebenfalls eklatante blinde Flecken aufweist. Auf der anderen Seite steht gerade hier die Entwicklung umfassender Handlungskompetenz als das oberste Ziel der berufsschulischen Ausbildung. Neben der Ausbildung von Fach-, Human- und Sozialkompetenz gehört es dabei zum konkreten Bildungsauftrag „für Gesunderhaltung und Unfallgefahren [zu] sensibilisier[en]“ (KMK 2021, 14). Auch in diesem Zug wird die wachsende Sensibilität für gesundheitsbezogene Themen im Kontext beruflicher Anforderungen deutlich, wenngleich fraglich bleibt, inwieweit berufsschulische Kontexte selbst einbezogen werden. Es bieten sich also Ansatzpunkte sowie eine breite Bedarfslage für eine gezielte Gesundheitskompetenzförderung in berufsbildenden Institutionen.

Der vorliegende Beitrag soll deswegen aufzeigen:

- 1) inwieweit Gesundheits(-kompetenz)förderung und die Bewältigung gesundheitsbezogener Herausforderungen als Handlungsfeld der Zukunft zu verstehen sind und warum dies insbesondere unter der Perspektive von (gesundheitsbezogener) Chancengleichheit betrachtet werden muss,
- 2) wie das Konzept der Gesundheitskompetenz im Verständnis von Futures Literacy für Schüler:innen und Lehrkräfte Anwendung in der beruflichen Bildung finden kann und an welchen Stellen aktuell Anfälligkeiten für blinde Flecken bestehen,
- 3) welche Implikationen auf der Mesoebene getroffen werden können, um gesundheitskompetenzförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die bestehenden Ungleichheiten und diskriminierenden Strukturen in berufsbildenden Institutionen entgegenwirken.

Die Ziele des Beitrags stehen unter der Prämisse, gesundheitsbezogene Chancengerechtigkeit als erstrebenswerten Zustand in berufsbildenden Settings zu begünstigen. Um dies zu legitimieren, soll im nächsten Schritt zunächst offengelegt werden, was unter gesundheitsbezogener Chancengerechtigkeit im Kontext von Berufsbildung verstanden wird und wieso dieses Ziel aus einer berufsbildenden, aber vor allem aus einer *inklusiven Haltung* heraus, als Zukunftsaufgabe eingeordnet wird.

2 Erhöhung gesundheitsbezogener Chancengerechtigkeit als Zukunftsaufgabe

Mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wurde 1986 in den Gesundheitswissenschaften ein Paradigmenwechsel eingeleitet. Durch die Verlagerung des Fokus von der Erkrankung (Pathogenese) auf die Gesundheit (Salutogenese), wandelte sich auch die damit einhergehende Haltung von der Problemzentrierung hin zur Ressourcenorientierung (Geene 2021, 617ff.). In dem Ablösen von „Feuerwehreinsätzen“ durch eine „Gärtnermentalität“ (ebd., 618) drückt sich gleichermaßen der gesamtgesellschaftliche Trend zur Individualisierung und Selbstverwirklichung aus. Verbunden damit sind konzeptuelle Entwicklungen, Modelle und Strategien wie Ressourcen-Resilienz-Ansätze, Selbstwirksamkeitserwartung oder auch Health Literacy (vgl. ebd.). Damit einher geht ein insgesamt komplexeres Verständnis von Gesundheit und Erkrankung und ihr Verhältnis zueinander. So hat sich den letzten Jahrzehnten verstärkt ein multidimensionales Konzept

durchgesetzt. Neben den körperlichen werden auch emotionale, mentale, soziale, spirituelle oder verhaltensbezogene Dimensionen des individuellen Handlungsvermögens umfasst. Auch die WHO hat das Konzept der subjektiven Gesundheit aufgegriffen und konkretisiert die Wechselwirkung zwischen Subjekt und Umwelt. Danach definiert sich die subjektive Lebensqualität einer Person über ihre Position im Leben in Abhängigkeit von Kultur, Normen und Werten ihres Bezugssystems (vgl. WHOQL Group 1995, in Bullinger 2000, 15). In diesem Zusammenhang wird explizit die Wechselwirkung zwischen physischer Gesundheit, dem psychologischen Wohlbefinden und den sozialen Einflussfaktoren betont. Hinzu kommt der Einbezug der Autonomie des Individuums in Zusammenhang mit den Eigenschaften seiner Umwelt (vgl. ebd.). Übergreifend zeigt sich, dass subjektive Gesundheit ein latentes Merkmal und, ebenso wie Kompetenz, nicht direkt mess- oder beobachtbar ist.

Im Rahmen der Ottawa-Charta wird die Definition im Jahr 1986 zusätzlich zu den personenbezogenen Aspekten um gesellschaftliche und politische Implikationen erweitert. So heißt es, dass:

„Gesundheit [...] von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt [wird]: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände ausüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ (WHO 1986)

In diesem Sinne lässt sich das Verhältnis von Krankheit (Krank-Sein) und Gesundheit (Gesund-Sein) als multidimensionales Prozessmodell verstehen, welches sich von der Normvorstellung des „Gesund-Seins“ (Faltermajer 2017, 7) löst und sowohl physische, psychische und soziale Faktoren als Entstehungsbedingungen und Entwicklungsfaktoren für den individuellen Gesundheitszustand einbezieht. Gleichermäßen deutet sich in dieser Verbindung zwischen Individuum und Umwelt auch das Potenzial für Ungleichheiten hinsichtlich Ressourcen, Herausforderungen und Möglichkeiten an, die sich entsprechend auf die gesundheitlichen Chancen des bzw. der Einzelnen auswirken. Um im Bild von Geene (2021, 618) zu bleiben: Ein Brand lässt sich immer gleichermaßen löschen, nur schaltet im Zweifelsfall weiterhin niemand den Herd aus. Um eine Pflanze zum Wachsen zu bringen, kommt es hingegen auf individuelle Faktoren an. Dabei kann ein

schattiger Standort zwar schlechte Voraussetzungen stellen, sich aber durch individuelle Anpassungsfähigkeit und gute Pflege kompensieren lassen.

Was lässt sich nun jedoch konkret unter einer Ungleichheit hinsichtlich gesundheitlicher Chancen begreifen? Um dies anhand greifbarer Parameter zu verdeutlichen, hat die WHO Commission on Social Determinants of Health das Rahmenmodell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit vorgelegt (Solar/Irwin 2010; Brand 2019, 448). Dabei werden sowohl die soziale Stratifizierung, unterschiedliche Expositionen, die Vulnerabilität und damit einhergehende, individuell unterschiedliche Folgen als zentrale Mechanismen benannt (vgl. ebd.). In diesem Verständnis wird einer Person abhängig von den geltenden gesellschaftlichen Regeln, Normen und Verhältnissen eine sozialstrukturelle Rolle zugewiesen. Dies wiederum beeinflusst das Ausmaß, in dem sie unterschiedlichen gesundheitsschädigenden Ursachen ausgesetzt ist. Dadurch wird sie mehr oder weniger vulnerabel (vgl. ebd.). Inwieweit wir in den jeweiligen Strukturen ein Leben in *guter Gesundheit* führen können, hängt von zahlreichen Determinanten ab. Diese sind zum Teil biologischer Natur und beziehen sich z. B. auf unser Alter, Geschlecht oder unsere Erbanlagen; ein maßgeblicher Einfluss besteht jedoch auch in Faktoren, die außerhalb dessen liegen (vgl. Dahlgren/Whitehead 1991, 11). Darunter fallen neben gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen und dem Lebensstil auch soziale und kommunale Netzwerke genauso wie Lebens- und Arbeitsbedingungen des Individuums (vgl. ebd.). Des Weiteren müssen auch die allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt wie gesellschaftlicher Wohlstand, Krieg und Frieden sowie Umweltfaktoren einbezogen werden, um ein ganzheitliches Bild von Mikro-, Meso- und Makroebene zu gewinnen (vgl. Dahlgren/Whitehead 1991, 11).

Insgesamt lässt sich ein Großteil gesundheitlicher Ungleichheiten also auf sozioökonomische Unterschiede zurückführen und wird damit sozial verursacht. Es handelt sich um eine direkte Wirkrichtung (soziale Kausation). Andersherum besteht über materielle Ressourcen und psychosoziale sowie verhaltensbezogene Faktoren zugleich ein indirekter Einfluss sozioökonomischer Faktoren (vgl. Brand 2019, 448). Gesundheitliche Ungleichheit beschreibt dabei vermeidbare und ungerechte Differenzierungen in der Gesundheit oder der Versorgung sozialstruktureller Gruppen (vgl. ebd., 454). Einflussnahme auf den sozioökonomischen Status und die Stärkung gesundheitsbezogener Kompetenzen stellen Möglichkeiten zur mittelbaren Einflussnahme auf die Gesundheitschancen dar, die es in berufsbildenden Kontexten zu berücksichtigen gilt. Umso bedeutsamer ist es, Gesundheit

aus einem *bio-psycho-sozialen Verständnis* heraus zu betrachten und die Wechselwirkung zwischen Subjekt und Umwelt vor dem Hintergrund des Empowerments und der inklusiven Gestaltung pädagogischer Wirkräume aufzugreifen.

3 Gesundheitskompetenz als Futures Literacy in berufsbildenden Kontexten

Seit den 1990er Jahren hat die Diskussion um Gesundheitskompetenz (ursprünglich Health Literacy) unter Forscher:innen, Praktiker:innen und politischen Entscheidungsträger:innen verschiedenster Disziplinen in einem hohen Maße an Relevanzzuschreibung gewonnen. Dies schlägt sich insbesondere im medizinischen Versorgungssystem nieder. Aufgrund einer signifikanten Anzahl an Nutzer:innen, die lediglich über schlechte bis unzureichende Kompetenzen verfügen, um die bestehenden Angebote wahrzunehmen und der damit einhergehenden niedrigeren Compliance, hat die Popularität von Gesundheitskompetenz als Forschungsgegenstand deutlich zugenommen. Auf der anderen Seite haben die zunehmend komplexen Alltagsstrukturen, die generellem gesundheitskompetenten Handeln entgegenwirken, dazu geführt, dass auch aus der Perspektive von Public Health ein Interessenzuwachs gegenüber dem Forschungsgegenstand stattgefunden hat. In dieser Diskussion lag der Fokus jedoch zunächst fast ausschließlich auf der Zielgruppe der Erwachsenen (vgl. Okan et al. 2019, 68). Ein wesentlicher Grund für diesen offensichtlichen Bedeutungszuwachs ist das Potenzial, das der Gesundheitskompetenz zugeschrieben wird, um individuelle und gruppenbezogene Unterschiede bei verschiedenen gesundheitlichen Outcomes zu verstehen, zu erklären und zu bekämpfen (vgl. Okan et al. 2019, xxi). Diese Relevanz bestätigte sich erst jüngst in den Ergebnissen des HLS-GER 2,¹ wonach 58,8 % der deutschen Bevölkerung eine problematische oder inadäquate Gesundheitskompetenz ausweisen (Schäffer et al. 2021, 21).

Unter Gesundheitskompetenz lassen sich die kognitiven, sozialen und motivationalen Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Individuums fassen, die dazu beitragen sich eigenständig Zugang zu gesundheitsbezogenen Informationen zu verschaffen und diese so verstehen und nutzen zu können,

1 Der zweite Health Literacy Survey Germany (HLS-GER 2) dient der Gesundheitskompetenzmessung der Bevölkerung in Deutschland und ist Teil des internationalen Health Literacy-Surveys (HLS).

dass sie zur Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und/oder der Gesundheitsförderung beitragen (vgl. Dierks 2017, 2; Bitzer/Sørensen 2018, 754).

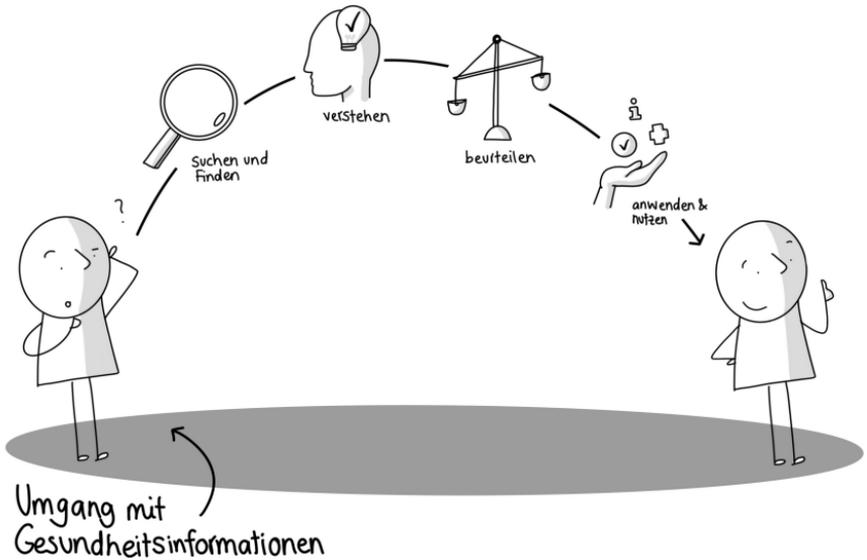


Abbildung 1: Umgang mit Gesundheitsinformationen (eigene Darstellung – illustriert von Paula Föhr, 2023)

Im Fokus der Definition steht dabei ein Vierschritt aus 1) Finden/Zugang verschaffen, 2) Verstehen, 3) Beurteilen und 4) dem Anwenden können von gesundheitsrelevanten und gesundheitsbezogenen Informationen und gesundheitsbezogenem Wissen (vgl. ebd.). Das Finden (Access) bezieht sich dabei auf die Fähigkeit Gesundheitsinformationen suchen und identifizieren zu können. Dies wird u. a. durch das Verständnis, den Zeitpunkt der Kommunikation oder die Glaubwürdigkeit beeinflusst (Sørensen et al. 2012, 3). Das Verstehen (Understand) referiert auf das inhaltlich korrekte Auffassen von Gesundheitsinformationen. Dies kann z. B. durch den erwarteten Nutzen, Vorerfahrungen oder die Fähigkeit Zusammenhänge zu interpretieren beeinflusst werden. Das darauf aufbauende Beurteilen (Appraise) beschreibt die Fähigkeit Gesundheitsinformationen korrekt interpretieren, einzuordnen und hinsichtlich ihres Wahrheitsgehalts prüfen zu können. Das Anwenden (Apply) bezieht sich schließlich auf das konkrete Umsetzen in Bezug auf die eigene Person. Dies geht mit einer entspre-

chenden Entscheidungsfindung und Kommunikationsfähigkeit einher (vgl. ebd.).

Dieser Vierschritt findet sich auch in dem Verständnis der WHO wieder, wonach Gesundheitskompetenz zu verstehen ist als „the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health“ (Nutbeam 1998, 357).

Zurückführend auf den Ausgangsbegriff der Health Literacy, fordert dies zudem entsprechende literale und alphanumerische Fähigkeiten. So schreibt auch das European Health Consortium:

„Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Literalität und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern.“ (Sørensen et al. 2012, 3, In: dt. Fassung Pelikan/Ganahl 2017, 94)

Durch den *Literacy*-Begriff bietet sich zugleich Anschlussfähigkeit zur *Futures Literacy* oder auch Zukunftsgestaltungskompetenz. Mit dem Bezug zur Literalität referieren sowohl die Gesundheits- als auch die Zukunftsgestaltungskompetenz auf alphanumerische Fähigkeiten und Fertigkeiten, die es dem Individuum erlauben, sich Zugang zur Welt zu verschaffen und sich diese so zu erschließen (vgl. UNESCO 2021). Die Zukunftsgestaltungskompetenz beschreibt dabei Fähigkeiten und Fertigkeiten, die ein Individuum benötigt, um sich an sich verändernde Bedingungen und Anforderungen anzupassen und die eigene Zukunft aktiv gestalten zu können (vgl. ebd.) Dazu gehört auch die Fähigkeit, neuen Herausforderungen zu begegnen, sie zu bewältigen und sich in diesem Zuge weiterentwickeln zu können. Dies erfordert die Fähigkeit, über die vergangene Zeit zu reflektieren, die Gegenwart zu verstehen und ihr einen Sinn zu geben und dieses reflektierte Wissen zu nutzen, um die Zukunft zu antizipieren (vgl. Karlsen 2021, 1).

Für die Einordnung von Gesundheitskompetenz als Zukunftsgestaltungskompetenz finden sich verschiedene Ansätze. Hinsichtlich der forschungstheoretischen Anschlussfähigkeit, bietet sich neben dem Literacy-Ursprung auch das zugrundeliegende Dualitätsprinzip aus Mensch-Umwelt-Interaktion an. Dies verdeutlicht, dass Gesundheitskompetenz stets

auch in einem relationalen Kontext zu betrachten ist und durch eine Interdependenz zwischen Individuum und den strukturellen Gegebenheiten bedingt wird (vgl. Okan et al. 2019, 80; Michele et al. 2022, 10).

Ein zentraler Aspekt der Zukunftsgestaltungskompetenz setzt an der Reflexionsfähigkeit der Individuen und ihrer Fähigkeit zur Gestaltung der eigenen Lebensrealität an (vgl. Karlsen 2021, 2). An dieser Stelle bietet die Gesundheitskompetenzforschung durch die Unterscheidung zwischen individueller und organisationaler Gesundheitskompetenz einen möglichen Operationalisierungsansatz an. Mit dem Blick auf die organisationale Gesundheitskompetenz erweitert sich die Perspektive dabei auf die Rahmenbedingungen, Methoden und Aktivitäten von Organisationen, wie z. B. Versorgungseinrichtungen, Gesundheits- und Sozialsysteme oder auch Bildungsinstitutionen und -systeme. Auf diese Weise wird aufgezeigt, wie die individuelle Gesundheitskompetenz durch die Einbindung struktureller Rahmenbedingungen unterstützt werden kann (vgl. Messer/Murau 2022, 1).

Wenn es also um Zukunftskompetenzen und deren Förderung in berufsbildenden Kontexten geht, erweist sich die Berücksichtigung von Gesundheitskompetenz nicht bloß aus ökonomischer, sondern vielmehr auch aus Perspektive von Bildungs- und Chancengerechtigkeit als beachtenswerte Variable. Vor diesem Hintergrund soll anhand exemplarischer Zugänge hervorgehoben werden, welche Herausforderungen, Chancen und Legitimationsgrundlagen für die Gesundheitskompetenzförderung im Kontext beruflicher Bildung bestehen.

3.1 Gesundheitskompetenzförderung als Auftrag für Bildungsinstitutionen

Mit dem „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ (NAP) wurde 2018 durch das Bundesministerium für Gesundheit ein konkreter Leitfaden für Politik, Wissenschaft und Praxis auf den Weg gebracht, in dem die Förderung von Gesundheitskompetenz in Deutschland forciert wird (vgl. Schaeffer et al. 2018). Das erste Strategiepapier der Empfehlungen des NAP fordert dabei: „[d]as Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage [zu] versetzen, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen“ (Hurrelmann/Bauer/Schaeffer 2018, 3). Den Institutionen des Bildungs- und Erziehungssystems wird dabei eine signifikante Rolle für die Gesundheitskompetenzentwicklung von Kindern und Jugendlichen zugeschrieben. Diese Verantwortung gilt es zu unterstreichen, insbe-

sondere da es bisher an einer abgestimmten Strategie mangelt (vgl. ebd.). Gesundheitsbezogene Maßnahmen orientieren sich dabei immer noch überwiegend am Präventionsparadigma und nutzen Bildungsinstitutionen als Einrichtungen, in denen die gesamte Bevölkerung adressiert wird. Auch den berufsbildenden Schulen und Ausbildungsbetrieben kommt dabei eine zentrale Rolle für die Gesundheits(-kompetenz)förderung zu (vgl. Zöllner/Tutschner 2014, 7). Dabei gilt es zusätzlich zu beachten, dass die institutionellen Konditionen und pädagogischen Aufträge in den verschiedenen Settings stark variieren (vgl. Michele et al. 2022, 17).

3.2 Demographischer Wandel

Auch vor dem Hintergrund der aktuellen demographischen Herausforderungen zeigt sich: Neben dem regional und branchenspezifisch variierenden Fachkräftemangel, den sich wandelnden Anforderungen durch Digitalisierung und Arbeit 4.0 und der zunehmenden Akademisierung zählt ein adäquater Umgang mit zunehmender Heterogenität und einem wachsenden Inklusionsbedarf (vgl. Münk/Scheiermann 2018, 82) zu den wichtigsten Aufgaben. Hinzu kommen die konstant hohen Einmündungsraten in das Übergangssystem des berufsbildenden Sektors (vgl. Kohlrausch/Isler 2022, 9). In der Konsequenz agieren pädagogische Fachkräfte an berufsbildenden Institutionen also mit Schüler:innen, die hinsichtlich ihrer Ressourcen, Umstände und Perspektiven stark unterschiedliche Voraussetzungen mitbringen. Übergeordnet müssen in diesem Kontext auch sinkende Geburtenraten, der Anstieg des Durchschnittsalters sowie Migrationsdynamiken berücksichtigt werden (vgl. Destatis 2023). Vor diesem Hintergrund gilt es zwei Aspekte hinsichtlich der Gesundheitskompetenzförderung im Kontext des demographischen Wandels zu berücksichtigen: Zum einen muss auf die wachsende Heterogenität von Lerngruppen reagiert werden, wenn es um die Konzeption von Fördermaßnahmen und die Ausgestaltung von gesundheitskompetenzförderlichen Rahmenbedingungen geht. Mit dem ansteigenden Durchschnittsalter der Bevölkerung und der damit einhergehenden Anfälligkeit für gesundheitliche Probleme steigt zum anderen auch die Notwendigkeit, sich mit versorgungs- und gesundheitsbezogenen Fragestellungen auseinanderzusetzen (vgl. ebd.). Dies beinhaltet u. a. Fragen nach dem Schutz, der Aufrechterhaltung und der Förderung der eigenen Gesundheit und der Employability. An dieser Stelle kann die

Gesundheitskompetenz im Sinne einer *emanzipatorischen Zukunftsgestaltungskompetenz* eine zentrale Funktion einnehmen.

3.3 Verzahnung von Wirtschafts- und Bildungssystem als Gestaltungschance

Die berufliche Bildung wird durch das Zusammenspiel von Bildungs- und Wirtschaftssystem charakterisiert. Durch diese Schnittstelle lässt sich neben der schulischen auch die betriebliche Gesundheits(-kompetenz)förderung als ein weiteres verwandtes Interessenfeld identifizieren. Angesichts aktueller Herausforderungen wie Tertiarisierung, Digitalisierung, Subjektivierung und Entgrenzung von Arbeit sehen sich Erwerbstätige mit einem Belastungsstrukturwandel konfrontiert, der u. a. anderem auch die Gesundheitsrisiken rapide verändert (vgl. Elkeles et al. 2013, 202ff.). Je nach Kontext gilt es dabei jedoch Intentionen wie etwa die gesundheitskompetente Lebensgestaltung von Arbeitnehmer:innen im Sinne der Fachkräftesicherung für den eigenen Betrieb mit dem Fokus auf dem Erhalt von Employability kritisch zu hinterfragen (vgl. Zöllner/Tutschner 2014, 25). Dies beinhaltet auch die Frage nach der Zugänglichkeit von Maßnahmen. Dennoch verweist z. B. der NAP wiederum auch hier auf das Potenzial von Gesundheitskompetenzförderung im Kontext von Erwachsenenbildung (vgl. Hurrelmann et al. 2018, 6). Mit ihrer Tradition in Alphabetisierungs- und Grundbildungskontexten lassen sich Konzepte auch hier auf Erwerbskontexte übertragen. Dies ermöglicht es auf Herausforderungen von Menschen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen oder vulnerablen Gruppen einzugehen und die Zielgruppen in ihrer eigenen Gesundheitskompetenz zu stärken (vgl. ebd.).

3.4 Forschungsdesiderat

Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen ist bisher lediglich rudimentär erforscht (vgl. Okan et al. 2019, 63). Dies spiegelt sich sowohl in den vorliegenden Konzepten und Modellen aber auch in den Messinstrumenten und Förderansätzen wider und hat dementsprechend einen direkten Einfluss auf die Handlungspraxis. Diese Erwachsenenorientierung liegt jedoch in den Ursprüngen des Konstrukts begründet. *Health Literacy* findet ihre Wurzeln in der US-amerikanischen Alphabetisierungs- und

Grundbildungsdebatte, sodass die Frage nach dem Verhältnis von Literalität und Gesundheit Erwachsener lange im Zentrum stand. Auch die Tatsache, dass Heranwachsende aus Perspektive der Versorgungsforschung nicht als Primärnutzende des Gesundheitssystems verstanden wurden, hat dazu beigetragen, dass zunächst kein Fokus auf einer entsprechenden Gesundheitskompetenzforschung lag (vgl. ebd., 68).

Die Gesundheit Heranwachsender ist also unweigerlich an Sozialisations-, Lern-, Arbeits- und Bildungsprozesse gekoppelt und ist somit Teil berufs-pädagogischer Wirkungsräume (vgl. Michele et al. 2022, 19). Doch wie kann der Erwerb von Gesundheitskompetenz langfristig einen Weg in berufsbildende Strukturen finden?

4 Gesundheitskompetenzen fördern und Handlungsräume schaffen – Theoretische Ansätze und praktische Implikationen

Für die Vermittlung von Gesundheitswissen und Gesundheitskompetenz wird Bildungsinstitutionen eine zentrale Rolle zugeschrieben. Folgt man den Ergebnissen des letzten Stada-Jugendreports (2017), gibt jedoch nur ein Viertel der 18- bis 25-jährigen Befragten an, in der Schule überhaupt mit Gesundheitsthemen wie Volkskrankheiten, Vorbeugung/Prävention oder dem Gesundheitssystem in Berührung gekommen zu sein. 69 % der Befragten äußern hingegen, dass Gesundheit keine Rolle gespielt habe (vgl. Bauer/Okan/Hurrelmann 2018, 49). Bemerkenswert scheint dabei jedoch, dass 80 % ein eigenes Fach oder eine starke Verzahnung von gesundheitsbezogenen Themen in Schulstrukturen begrüßen würden.

Ausgehend von dem Konzept der organisationalen Gesundheitskompetenz finden sich exemplarische verhältnisorientierte Ansätze für gesundheitskompetenzförderliche Schulentwicklung. Dazu zählt u. a. das Projekt GeKoOrg (Gesundheitskompetente Organisation Schule) des Bundesministeriums für Gesundheit, welches entsprechende Standards zur Konzeption organisationaler Gesundheitskompetenz in Bildungsinstitutionen erarbeitet hat (vgl. Okan/Kirchhoff 2022, 797). Konkret werden dabei acht Standards vorgeschlagen, die es erlauben, Gesundheitskompetenz als ein ganzheitliches Konzept in unterschiedliche Ebenen und Sektoren von Schulsettings zu implementieren. Diese Standards werden im Folgenden als Ausgangspunkt herangezogen um spezifisch auf Institutionen des berufsbildenden Systems einzugehen. Übergreifend wird dabei die *Berücksichtigung*

von Gesundheitskompetenz im Schulleitbild bzw. der Schulphilosophie benannt (vgl. ebd., 799). Auf diese Weise kann gewährleistet werden, dass die Schulleitung und das pädagogische Personal die Relevanz von Gesundheitskompetenz(-förderung) für ihre Schüler:innen und für sich selbst anerkennen. Dies setzt voraus, dass Schule als ein Raum gewürdigt wird, der gesundheitskompetentes Handeln ermöglicht und fördert. Eine entscheidende Funktion liegt dabei in der Einbindung des Leitungspersonals und der Trägerschaften. Durch ihre Schlüsselfunktionen kann maßgeblich zur Etablierung in die Leitlinien beigetragen werden. Daran anschließend wird die *Verortung von Gesundheitskompetenz als Teil der Schulentwicklung und der Schulorganisation* als Standard empfohlen (vgl. ebd.) Dazu gehört die Bereitstellung personeller, monetärer und zeitlicher Ressourcen um z. B. explizite Ansprechpersonen zu bestimmen oder inner- und außercurriculare Maßnahmen zur Gesundheitskompetenzförderung zu etablieren (vgl. ebd.). Exemplarisch kann hierfür der Einsatz von School Nurses nach dem dänischen Vorbild genannt werden. Auch die AWO Potsdam und die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung erproben derzeit im Modellversuch den Einsatz von Pflegefachkräften in Schulen (vgl. Hurlmann et al. 2018, 6). Ferner lassen sich durch infrastrukturelle und schularchitektonische Anpassungen, z. B. Bewegungsangebote, Rückzugs- und Ruheräume, angepasste Lehr-Lernflächen, zur Erprobung und Einübung gesundheitskompetenzförderlicher Handlungsroutrinen beitragen. Eng in Verbindung damit steht die *Förderung und Stärkung von Gesundheitskompetenz im Schulalltag*. Durch die konkrete Um- und Ausgestaltung des Schulalltags sollen die Schüler:innen im pädagogischen Schutzraum der Schule ermutigt werden, eigenständig gesundheitskompetent zu handeln. Dafür bedarf es eines gesamtheitlichen Zusammenwirkens von beispielsweise methodisch-didaktischer Unterrichtsgestaltung, binnendifferenzierter und diversitätssensibler Bereitstellung von Gesundheitsinformationen und gesundheitskompetentem Vorbildhandeln seitens des pädagogischen Personals (vgl. Okan/Kirchhoff 2022, 797). Hinzu kommt *die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Schüler:innen* im Schul- und Unterrichtsetting. So sollen Lehr-Lerngelegenheiten geschaffen werden, die es erlauben Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erwerben, um einen kompetenten Umgang mit gesundheitsbezogenem Wissen aufzubauen. Hierbei wird die Relevanz der medialen Vielfalt und einer bedarfs- und neigungsgerechten Gestaltung der Materialien betont. Dementsprechend lässt sich das Themenfeld Gesundheitskompetenz in seiner didaktischen und curricularen Einbettung im Sinne eines Querschnittsthemas verstehen und im Kontext

von Prävention und schulischer Gesundheitsförderung mit weiteren übergreifenden Themenfeldern und Fachbereichen verbinden. Eng verbundene Themenfelder wie z. B. (digitale) Medienbildung (vgl. Okan/Kirchhoff 2022, 800) ließen sich im Kontext berufsbildender Schulen durch die Lernfeldsystematik in handlungsorientierte und lebensweltbezogene Kontexte integrieren. Exemplarisch würden sich praxisorientierte Lerninhalte wie etwa Gesundheitsvorsorge, ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, Suchtprävention oder Arbeits- und Gesundheitsschutz anbieten. Als inhärenter Teil des Systems gehört auch die Förderung der Gesundheitskompetenz und des *gesundheitskompetenten Verhaltens des pädagogischen Personals und der Schulleitung* zu den obligatorischen Handlungsfeldern einer gesundheitskompetenzförderlichen Bildungsinstitution. Neben der Ermöglichung von Fort- und Weiterbildungen und der Stärkung zur Fähigkeit der Gesundheitskompetenzvermittlung bedarf es demnach auch einer Schulkultur, die an der Gesundheitskompetenz des Schulteams selbst ansetzt. Basale Voraussetzung dafür ist die Sensibilisierung für die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden. Die Brisanz dieser Leitlinie wird insbesondere vor dem Hintergrund deutlich, als dass derzeit ca. die Hälfte aller Lehrkräfte über keine ausreichende Gesundheitskompetenz verfügt (39,3 % problematisch; 10,6 % inadäquat) (vgl. Hartmann/Rückmann/Tannen 2020, 1171). In diesem Kontext erweist sich die Berufsgruppe der Lehrkräfte zudem besonders gefährdet für chronischen Stress und die Entwicklung von psychischen Erkrankungen (vgl. Michele et al. 2022, 17; vgl. Albrecht 2016, 11). In diesem Zuge gilt es auch Faktoren wie den sich verschärfenden Lehrkräftemangel, welcher insbesondere auch Mangelfachrichtungen der berufsbildenden Schulen betrifft (vgl. SWK 2023, 6), oder die zunehmende Entgrenzung von Arbeit als Stressoren zu berücksichtigen.

Um die Stärkung der Gesundheitskompetenz sowohl seitens der Schüler:innen und des Schulteams zu verstetigen, wird im sechsten Standard *die verständliche, gesundheitskompetenzorientierte Kommunikation* betont. Als Grundlage müssen die kommunikativen und literalen Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt werden, die für Kommunikations- und Informationsprozesse über gesundheitsbezogene Themen notwendig sind. Durch den Schulalltag und die Unterrichtssettings müssen Schüler:innen z. B. in die Lage versetzt werden, eigene gesundheitsbezogene Fragestellungen und Interessen zu adressieren, problemlösendes Denken in Bezug auf gesundheitsbezogene Fragestellungen zu fördern oder auch den Umgang mit Informationen kritisch zu hinterfragen. Darüber hinaus gilt es auch gesundheitsbezogene Gespräche und Kommunikationswege nach außen,

z. B. mit Erziehungsberechtigten, mit Betrieben und mit Kooperationspartner:innen, verständlich, konstruktiv und kooperativ zu gestalten. An dieser Stelle setzt auch der siebte Standard zur *Stärkung der Gesundheitskompetenz im Schulumfeld an* (vgl. Okan/Kirchhoff 2022, 800). Hierbei werden der doppelte Mehrwert und die besondere Bedeutung des außerschulischen Umfelds für die Schüler:innen hervorgehoben. Externe Strukturen, in denen gesundheitskompetentes Verhalten ausgelebt und eingeübt werden kann, lassen sich somit potenziell in die schulische Gesundheitsförderung und Präventionsarbeit integrieren, sodass Synergieeffekte für die verschiedenen Lebenswelten der Schüler:innen entstehen können. Insbesondere im berufsbildenden Kontext bietet sich dabei die gemeinsame Gestaltung von Lernortkooperationen als zusätzliche Möglichkeit an, um theoretisches und handlungspraktisches Wissen zu verknüpfen und gesundheitsbezogene mit berufsspezifischen Elementen zu verbinden (vgl. Kerres/Wissing 2021, 44). Durch intra- und interprofessionale Formen der Zusammenarbeit lassen sich in der Kooperation unterschiedliche Intensitätsstufen erzielen, die auch auf die Förderung von gesundheitsbezogenen Zielen ausgerichtet werden können. Hinsichtlich der Ausgestaltung können die Beziehungen dabei von einem gegenseitigen Informieren über gemeinschaftliches Abstimmen bis hin zu einem Zusammenwirken variieren (vgl. ebd., 46). Auch über die Lernorte hinaus bedarf es bei einem gesundheitskompetenzförderlichen Schulnetzwerk der Einbindung von schulischen und außerschulischen Gesundheitsdiensten (Schulsozialarbeit, Schulpsycholog:innen, Ärzt:innen) und Bezugspersonen der Schüler:innen (vgl. Okan/Kirchhoff 2022, 800). Auf dieser Grundlage stellt schließlich der achte Standard das übergreifende *Vernetzen und die Zusammenarbeit* zum Thema Gesundheitskompetenz in den Vordergrund. Dabei liegt der Fokus explizit auf dem externen Schulumfeld und beinhaltet den Erfahrungsaustausch und die Kooperation mit (über-)regionalen Netzwerken und Verbänden des Gesundheits- und Versorgungssektors.

Schulen müssen also zunächst als Institutionen verstanden werden, die ihre Abläufe, Strukturen und Rahmenbedingungen so konzipieren und ausgestalten, dass Gesundheitskompetenz entwickelt, gefördert und als Performanz gezeigt wird (vgl. Okan/Kirchhoff 2021, 800ff.). Ziel dabei ist es, alle Personen in der Schule (z. B. Schüler:innen, Lehrkräfte, pädagogisches Personal, etc.) und des erweiterten Schulumfelds (Erziehungsberechtigte, Kooperationspartner:innen, Betriebe, etc.) für den Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen zu befähigen und gesundheitskompetentes Handeln zu fördern. Institutionen beruflicher Bildung bieten dabei

aufgrund ihrer curricularen Struktur und systemischer Voraussetzungen vielversprechende Ansatzpunkte und Potenziale für Operationalisierungen verhaltens- und verhältnisorientierter Ansätze an.



Abbildung 2: Individuelle Gesundheitskompetenz in Wechselwirkung mit gesundheitskompetenzförderlichen Rahmenbedingungen (eigene Darstellung – illustriert von Paula Föhr, 2023)

5 Fazit

Gesundheitliche und bildungsbezogene Chancenungleichheiten durchziehen die gesamte Sozialstruktur einer Gesellschaft (vgl. Okan et al. 2019, 47) und stellen auch in der beruflichen Bildung und ihren Institutionen ein Kernproblem dar. Je unterprivilegierter die Lebensverhältnisse eines Menschen, desto gravierender sind die gesundheitlichen Belastungssituationen und riskanten Verhaltensweisen, desto schlechter ist die medizinische Versorgung, desto höher sind Morbidität und Mortalität (vgl. Lampert et al. 2019, 155). Dies steht in direkter Wechselwirkung mit Sozialisationsprozessen, der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und dem Lern- und Bildungserfolg von Heranwachsenden und wird durch weitere intersektionale Diskriminierungsmechanismen gestützt. Als Sozialisationsinstanzen haben berufsbildende Institutionen nicht nur die Möglichkeit, sondern vielmehr den bildungspolitischen Auftrag, entsprechend zu reagieren und zu intervenieren. Dabei ist es ausschlaggebend, Schüler:innen die Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln, um selbstbestimmt und reflektiert

gesundheitsbezogene Entscheidungen treffen zu können (vgl. Bitzer/Sørensen 2018, 754). Konkrete Ansatzpunkte dafür finden sich spätestens mit der Verabschiedung des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz (vgl. Hurrelmann et al. 2018). Trotz naheliegender Anschlussfähigkeit, beispielsweise in den didaktischen und curricularen Konzepten oder hinsichtlich der Heterogenität der potenziellen Zielgruppen und einer hohen Bedarfslage (z. B. durch soziodemographische Trends, Arbeitsmarktanforderungen, unzureichender Lehrkräftegesundheit, o. ä.) bestehen nahezu keine strukturierten Ansätze. Auch wenn gesundheitsbezogenes Verhalten bereits früh erlernt und verfestigt wird, wäre es in Hinblick auf die Förderung von Chancengerechtigkeit fatal, die berufsbildenden Institutionen aus dem Blick zu verlieren. Durch ihre Schnittstelle zwischen Bildungs- und Wirtschaftssektor lassen sich hier gesundheitsbezogenes Wissen und gesundheitskompetenzförderliche Lehr-Lerninhalte in handlungs- und berufsbezogenen Kontexten vermitteln und somit direkt an die Lebenswelten der Schüler:innen anknüpfen. Durch den Aufbau der entsprechenden gesundheitskompetenzförderlichen Rahmenbedingungen können berufsbildende Kontexte dementsprechend dazu beitragen, dass sich Schüler:innen eine eigene gesundheitskompetente Haltung im Rahmen ihrer beruflichen Handlungskompetenz aneignen. Auch konzeptuell verweisen dabei z. B. das Lernfeldkonzept sowie die (klassische) Lernortdualität und Praxisnähe der beruflichen Bildung auf Möglichkeiten der Gesundheitskompetenzförderung. Insbesondere gilt es dabei den Stellenwert hinsichtlich der Heterogenität der Schüler:innenschaft hervorzuheben, wobei ein breites Spektrum an (z. T. vulnerablen) Zielgruppen erreicht werden kann.

Es gilt also gesundheitsbezogene Chancenungleichheiten mitsamt der Kopplung an die Bildungschancen als strukturelles Problem des berufsbildenden Systems wahrzunehmen. In der Konsequenz müssen Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass sie durch die Vermittlung von Gesundheitskompetenz zur eigenverantwortlichen, emanzipierten Gestaltung des beruflichen und privaten Alltags sowie der Zukunft befähigen. Berücksichtigt man gesellschaftliche Herausforderungen des demographischen Wandels oder Anforderungen durch den Wandel von Arbeit und Beruf, so muss die Vermittlung von Gesundheitskompetenz im Kontext beruflicher Handlungsfähigkeit inkludiert sein. Durch dieses Empowerment kann Gesundheitskompetenz im Sinne einer emanzipatorischen Zukunftsgestaltungskompetenz dazu beitragen, dass gesundheitsbezogene Chancenungleichheiten in Kontexten beruflicher Bildung überwunden werden.

Literatur

- Albrecht, C. (2016): Belastungserleben bei Lehrkräften und Ärzten. Neue Ansätze für berufsgruppenspezifische Prävention. Bad Heilbrunn.
- Bauer U./Okan O./Hurrelmann K. (2018): Stärkung der Gesundheitskompetenz im Bildungssektor. In: *Monitor Versorgungsforschung*, 11, H. 5, 47-52.
- Bitzer, E. M./Sørensen, K. (2018): Gesundheitskompetenz – Health Literacy. In: *Gesundheitswesen*. H. 80, 754-766.
- Brand, T. (2019): Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. In: Haring, R. (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften*. Wiesbaden, 445-456.
- Bullinger, M. (2000): Lebensqualität: Aktueller Stand und neuere Entwicklungen der aktuellen Lebensqualitätsforschung. In: Ravens-Sieberer, U./ Cieza, A. (Hrsg.): *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzept – Methoden – Anwendung*. Landsberg. 13-24.
- Currie, A./Shields, M. A./Price, S. W. (2007): The child health/family income gradient: Evidence from England. *Journal of Health Economics*, H. 26, 213-232.
- Dahlgren, G./Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote social equity and health. Stockholm Institute for Future Studies. Stockholm.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023): Demographischer Wandel. Online: https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/_inhalt.html (16.05.2023).
- Dierks, M.-L. (2017): Gesundheitskompetenz - Was ist das? In: *Public Health Forum*, 25, H. 1, 2-5.
- Dierks, M.-L./Schaeffer, D. (2023): Gesundheitskompetenz in Deutschland. In: Schwartz, F. W./Walter, U./Siegrist, J./Kolip, P./Leidl, R./Busse, R./Amelung, V./Dierks, M.-L. (Hrsg.): *Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, 490-500.
- Dorner, T. E. (2021): Sozioökonomischer Status – Bedeutung und Implikation für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann, M./Mohokum, M. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung*. Wiesbaden, 185-197.
- Elkeles, T./Beck, D./Girbig, M./Seidler, A. (2023): Arbeitende und Arbeitslose. In: Schwartz, F. W./Walter, U./Siegrist, J./Kolip, P./Leidl, R./Busse, R./Amelung, V./Dierks, M.-L. (Hrsg.): *Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, 199-206.
- Faltermaier, T. (2023): *Gesundheitspsychologie*. 3. Auflage, Stuttgart.
- Geene, R. (2021): Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen. In: Tiemann, M./Mohokum, M. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung*. Wiesbaden, 617-626.
- Gillen, J./Koschmann, A. (2013): Diversity Education als Forschungs- und Handlungsfeld der Berufspädagogik. Perspektiven und Herausforderungen. In: Hauenschild, K./Robak, S./Sievers, I. (Hrsg.): *Diversity Education. Zugänge – Perspektiven – Beispiele*. Frankfurt a. M., 170-182.

- Hartmann, A./Rückmann, J./Tannen, A. (2020): Individuelle Gesundheitskompetenz von Lehrkräften und deren (Un)sicherheit im Umgang mit chronisch erkrankten Schulkindern und Notfallsituationen. In: Bundesgesundheitsblatt, H. 63, 1168-1176.
- Hurrelmann, K./Bauer, U./Schaeffer, D. (2018): Strategiepapier #1 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage versetzen, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen. Berlin.
- Karlsen, J. E. (2021): Futures literacy in the loop. In: European Journal of Futures Research Heft 9/17, 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40309-021-00187-y>
- Kerres, A./Wissing, C. (2021): Lernortkooperation gemeinsam gestalten. Pflegezeitschrift 74, 44-46.
- Kirchhoff, S./Okan, O. (2022): Gesundheitskompetente Schule: Konzeptentwicklung für organisationale Gesundheitskompetenz in der Schule. Bundesgesundheitsblatt, 795-802.
- Kickbusch, I. (2001): Gesundheitsförderung und internationale Gesundheitspolitik. In: Gesundheitswesen, H. 63, 137-139.
- Kohlrausch, B./Islertas, Z. (2022): Das Übergangssystem – Übergänge mit System? In: Bauer, U./Bittlingmayer, U. H./Scherr, A. (Hrsg.): Handbuch Bildungs- und Erziehungssoziologie. Wiesbaden, 1-17.
- Lampert, T./Hoebel, J./Kuntz, B./Waldhauer, J. (2019): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Haring, R. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Wiesbaden, 155-164.
- Lampert, T./Richter, M. (2009): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden, 209-230.
- Messer, M./Murau, T. (2022): Förderung organisationaler Gesundheitskompetenz aus Sicht von Pflegefachpersonen. Ergebnisse einer qualitativen Studie. In: Prävention Gesundheitsförderung. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00993-7>
- Michele, J./Gillen, J./Steuber, A. (2022): Berufliche Bildung und chronische Erkrankung – Erhöhung der Chancengerechtigkeit durch die Förderung von individueller und organisationaler Gesundheitskompetenz. In: bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, Ausgabe 42, 1-26. Online: https://www.bwpat.de/ausgabe42/michele_et_al_bwpat42.pdf (31.07.2023).
- Münk, D./Scheiermann, G. (2018): Das berufsbildende Schulwesen im Zeichen des demographischen Wandels. In: Friese, M. (Hrsg.): Arbeitslehre und Berufsorientierung modernisieren. Analysen und Konzepte im Wandel von Arbeit, Beruf und Lebenswelt. Bielefeld, 81-98.
- Nutbeam, D. (1998): Health promotion glossary, Health Promotion International. Oxford.
- Okan, O./Dadaczynski, K./Koller, U./Braun, V./Hurrelmann, K. (2021): Allianz Gesundheitskompetenz und Schule. Entwicklung von 100 Leuchtturmschulen bis zum Jahr 2025: ein Visionspapier. Hochschule Fulda, Fulda.
- Okan, O./Kirchhoff, S. (2022): Gesundheitskompetente Schule: Konzeptentwicklung für organisationale Gesundheitskompetenz in der Schule. In: Bundesgesundheitsblatt, H. 65, 795-802.

- Okan, O./Pinheiro, P./Bauer, U. (2019): Gesundheit, gesundheitliche Ungleichheiten und die Rolle der Gesundheitskompetenz: Der Blick auf das Kindes- und Jugendalter. In: Pundt, J./Cacace, M. (Hrsg.): Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit. Bremen, 61-98.
- Pelikan, J. M./Ganahl, K. (2017): Die europäische Gesundheitskompetenzstudie. Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In: Schaeffer, D./Pelikan, J. M. (Hrsg.): Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Bern, 93-126.
- Schaeffer, D./Hurrelmann, K./Bauer, U./Kolpatzik, K. (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Online: <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de> (16.05.2023).
- Solar, O./Irwin, A. (2010): A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper. WHO Document Production Services, Genf.
- Sørensen, K./Van den Broucke, S./Fullam, J./Doyle, G./Pelikan, J./Slonska, Z./Brand, H. (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health Ausgabe 12, Artikel 80. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Ständige Konferenz der Kultusminister in der Bundesrepublik Deutschland (KMK) (2021): Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Online: https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2021/2021_06_17-GEP-Handreichung.pdf (16.05.2023).
- Ständige Wissenschaftliche Kommission der Kultusministerkonferenz (SWK) (2022): Empfehlungen zum Umgang mit dem akuten Lehrkräftemangel. Stellungnahme der Ständigen Wissenschaftlichen Kommission der Kultusministerkonferenz (SWK). Online: <http://dx.doi.org/10.25656/01:25857> (16.05.2023).
- Tuppat, J. (2020): Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Bildungserfolg – Die intergenerationale Transmission von Bildungschancen durch Gesundheit. Wiesbaden.
- UNESCO (2021): Futures Literacy – An essential competency for the 21st century. Online: <https://en.unesco.org/futuresliteracy/about> (16.05.2023).
- Vogelgesang, W./Kopp, J./Jacob, R./Hahn, A. (2018): Demographischer Wandel, Alterung, medizinische Versorgung. In: Vogelgesang, W./Kopp, J./Jacob, R./Hahn, A. (Hrsg.): Stadt – Land – Fluss. Sozialer Wandel im regionalen Kontext. Wiesbaden, 145-165.
- WHO (Weltgesundheitsorganisation) (1986): Ottawa Charta of Health Promotion. Ottawa.
- WHOQOL Group (1995): The World Health Organization Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. H. 41, 1403-1409.
- Zöller, M./Tutschner, H. (2014): Gesundheitskompetenz im Kontext beruflicher Bildung – für nachhaltige Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit. Schriftenreihe des Bundesinstituts für Berufsbildung, Bonn. Online: https://www.bibb.de/dienst/daprod/procdocs/pdf/eb_42358.pdf (16.05.2023).