

Gesundheitskompetenz, Lebenskompetenzen und die Suchtprävention

2018-4
Jg. 44
S. 5-13

Das Konzept der Gesundheitskompetenz wird in der Fachliteratur zu Public Health und allgemeiner Gesundheitsförderung umfassend genutzt und diskutiert. In diesem Text wird aus einer interdisziplinären Perspektive geprüft, inwiefern sich das Konzept der Gesundheitskompetenz vom Konzept der Lebenskompetenzen unterscheidet, das sowohl in der Gesundheitsförderung als auch in der Suchtprävention als theoretische Grundlage genutzt wird.¹

MARTIN HAFEN

Sozialarbeiter HFS und Soziologe Dr. phil., Dozent an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, Werftstr. 1, CH-6002 Luzern, Tel. +41 (0)41 367 48 81, martin.hafen@hslu.ch, www.fen.ch

Das Konzept der Gesundheitskompetenz gewinnt in Public Health zunehmend an Bedeutung (Abel & Sommerhalder 2007). Die Gesundheitskompetenz eines Menschen prägt seinen Lebensstil und damit sein Gesundheitsverhalten. In der Suchtprävention wiederum sind Konzepte wie Lebens- oder Risikokompetenz von Bedeutung, die mit der Gesundheitskompetenz in Verbindung gebracht werden können. Das lässt vermuten, dass das Konzept der Gesundheitskompetenz auch für die Suchtprävention von Bedeutung sein könnte. Es gibt auch einzelne empirische Befunde, die diese Hypothese unterstützen. So weisen etwa Chisolm et al. (2014) nach, dass die Gesundheitskompetenz von Teenagern einen Einfluss darauf hat, wie sie die Wirkung ihres Alkoholkonsums einschätzen. Eine gut ausgebildete Gesundheitskompetenz wirkt einer allzu positiven Erwartung der Alkoholkonsumwirkung entgegen, was zu einer Reduktion der konsumierten Alkoholmenge beiträgt.

Das Ziel dieses Textes ist zu prüfen, ob das Konzept der Gesundheitskompetenz in der Suchtprävention umfassender als theoretische Grundlage genutzt werden sollte, als dies heute geschieht. Da in der Fachwelt bis heute kein Konsens im Hinblick auf die Frage besteht, was unter «Gesundheitskompetenz» ge-

nau zu verstehen ist (Soellner et al. 2010: 104), werden zuerst die wichtigsten Definitionen von Gesundheitskompetenz vorgestellt. Weiter wird das Konzept aus wissenssoziologischer, neurobiologischer und system- resp. strukturtheoretischer Perspektive analysiert und ein Blick auf die Entstehungsbedingungen von Gesundheitskompetenz geworfen. In der Folge wird das Konzept der Gesundheitskompetenz mit den Kompetenzkonzepten in Zusammenhang gestellt, die in der Suchtprävention genutzt werden (Lebenskompetenz, Risikokompetenz). Abschliessend wird die Frage diskutiert, wie das Konzept der Gesundheitskompetenz für die Suchtprävention nutzbar gemacht werden könnte und welche Konsequenzen sich auf Massnahmenebene für die Verhaltens- und die Verhältnisprävention ableiten lassen.

Definitionen von Gesundheitskompetenz

Nach Soellner et al. (2010: 104) lassen sich zwei grundsätzliche Verständnisse von Gesundheitskompetenz unterscheiden: das klinische und das Public-Health-Verständnis. Während das klinische Verständnis den Fokus auf die Fähigkeit beschränkt, medizinische Informationen wie Beipackzettel zu Medikamenten lesen und verstehen zu

können, ist das Public-Health-Verständnis breiter gefasst. Als Beispiel dafür lässt sich die viel zitierte Definition von Kickbusch (2006: 70) anführen: «Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, im Markt und auf politischer Ebene.»

Nutbeam (2000) unterscheidet drei Stufen der Gesundheitskompetenz: die Stufe der funktionalen Kompetenzen wie Lesen und Schreiben; die Stufe der kommunikativen Gesundheitskompetenz, die ein aktives Teilnehmen an und Interpretieren von gesundheitsrelevanten Diskursen ermöglicht, sowie die Stufe der kritischen Gesundheitskompetenz, die eine ausgedehnte Kontrolle über die individuellen Lebenssituationen ermöglicht. Soellner et al. (2010: 105) weisen darauf, dass nur die erste Stufe von Nutbeams Modell empirisch hinreichend erforscht sei und dem Modell auch vorgeworfen werde, nichts wirklich Neues zur Diskussion beizutragen. Soellner et al. (2010: 110) schlagen in der Folge ein eigenes Modell vor, das sie von einer umfangreichen Befragung von Gesundheitsexpertinnen und -experten herleiten. Sie unterscheiden dabei drei zentrale Di-

mensionen von Gesundheitskompetenz: «grundlegende Fertigkeiten» (literacy/ numeracy), «Wissen» (zur Gesundheit und zum Gesundheitssystem) und «Motivation» mit der Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme. Diese drei Dimensionen resultieren in der Hauptdimension der «Handlungskompetenz», die folgende Teilkompetenzen umfasst:

- Navigieren und Handeln im Gesundheitswesen
- Kommunikation und Kooperation
- Informationsbeschaffung und -verarbeitung
- Selbstwahrnehmung und -regulation

Dieses partizipativ erarbeitete Modell integriert nach Einschätzung von Soellner et al. (2010: 111f.) die bestehenden Modelle zu einem ganzheitlicheren Ansatz. Das bringe die Schwierigkeit der empirischen Überprüfung mit sich. Dieser könne jedoch dadurch begegnet werden, dass für die einzelnen Teilbereiche ausgehend vom Gesamtmodell Untermodelle erarbeitet werden, die dann empirisch überprüfbar sind.

Abel und Sommerhalder (2007: 4) schliesslich bringen in ihrer Auseinandersetzung mit dem Konzept zwei Aspekte mit ins Spiel, die in den anderen Definitionen höchstens ansatzweise beachtet werden. Zum einen stellen sie einen Bezug von Gesundheitskompetenz und Empowerment her. Sie sehen Gesundheitskompetenz als Komponente von Empowerment-Prozessen von Individuen und sozialen Systemen (wie Organisationen, Gruppen, Familien), die durch Gesundheitsfachleute angestossen werden. Zum andern verweisen Abel und Sommerhalder auf den Umstand, dass Gesundheitskompetenz durch lebenslange Lern- und Sozialisationsprozesse entsteht und die soziokulturellen und sozioökonomischen Lebensbedingungen die Chancen der Entwicklung von Gesundheitskompetenz prägen.

Die unbewussten Aspekte von Gesundheitskompetenz

Alle hier vorgestellten Modelle betrachten Gesundheitskompetenz als «wissensbasierte Kompetenz [...], die primär durch Kultur, Bildung und Erziehung vermittelt wird» (Soellner et al. 2010: 105). Wissen wird dabei in allen

Definitionen als bewusstes Wissen und Gesundheitskompetenz als kognitive Kompetenz verstanden. Besonders deutlich wird diese kognitive Ausrichtung in Kickbuschs Definition von Gesundheitskompetenz als «Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken». Nach Luhmann (2000: 233) ist eine Entscheidung eine bewusste Wahl für (oder gegen) etwas und zwar – und das ist besonders wichtig – vor dem Hintergrund anderer Wahlmöglichkeiten.

Nun gibt es aber viele gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, die wohl mit dem Konzept der (Gesundheits-)Kompetenz umschrieben werden können, aber nicht auf bewusste Entscheidungen zurückzuführen sind. Entsprechend ist – um die berühmte Unterscheidung von Polanyi (1967) aufzugreifen – für das Gesundheitsverhalten nicht nur das explizite (oder deklarative), sondern auch das implizite (oder prozedurale) Wissen (tacit knowledge) von Bedeutung. Dieses Wissen ist z. B. immer dann relevant, wenn man sich gesundheitsförderlich verhält, ohne dass dieses Verhalten bewusst ist oder gar mit Blick auf seine günstige Wirkung auf die Gesundheit erfolgt. Wenn Abel und Bruhin (2003: 129) Gesundheitskompetenz als «wissensbasierte Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung» bezeichnen, dann macht es aus der hier verfolgten Optik Sinn, das Konzept der Gesundheitskompetenz nicht nur auf das explizite Wissen und damit die bewusste Entscheidung zur «gesunden Wahl» («healthy choice») zu beschränken, sondern auch unbewusste Aspekte einer gesundheitsförderlichen Lebensführung einzubeziehen, die auf implizitem Wissen gründen.

Die neurobiologische Forschung hilft dabei, diesen Einbezug des impliziten (und damit: prozeduralen) Wissens in das Konzept der Gesundheitskompetenz weiter zu begründen. So führt Roth (2012: 84f.) aus, dass nur die Prozesse im assoziativen Cortex (einem Bereich der Grosshirnrinde) bewusst wahrgenommen werden. Das ist der Bereich in dem die bewussten Entscheidungen getroffen werden. Auf der anderen Seite erfolgen ganz viele Prozesse des Ge-

hirns unbewusst. Dabei ist vor allem das limbische System im Innern des Gehirns von Bedeutung, weil hier die emotionale Prägung menschlichen Erlebens erfolgt, die (auch) für das Gesundheitshandeln von elementarer Wichtigkeit ist. Die Kognitionspsychologie (Kahnemann 2012) wiederum belegt anhand zahlreicher Experimente, wie stark unser Denken und Handeln durch Verzerrungen und ausgeblendete Widersprüche geprägt ist, was dazu führt, dass unsere scheinbare Rationalität in vielen Fällen alles andere als rational oder vernünftig ist.

Gesundheitskompetenz als Möglichkeitsspielraum

Wir gehen also in leichter Abwandlung der oben ausgeführten Definition von Kickbusch davon aus, dass der Begriff «Gesundheitskompetenz» die Fähigkeit eines Menschen umschreibt, sich im Alltag gesundheitsförderlich zu verhalten, ungeachtet ob die Verhaltensweisen auf bewusste Entscheidungen (auf die «gesunde Wahl») zurückgeführt werden können oder unbewusst erfolgen. Die aktuelle Gesundheitskompetenz eines Menschen kann dabei als das Ergebnis aller diesbezüglichen Erfahrungen bezeichnet werden, die dieser Mensch im Laufe seines Lebens gemacht hat. Sie entspricht in diesem Sinn einem immens komplexen Bündel von neuronalen und psychischen Strukturen, die sich im Laufe des Lebens gebildet haben. Strukturen werden in der Systemtheorie als Möglichkeitsspielräume bezeichnet (Luhmann 1994: 384). Sie sind gleichzeitig das Resultat und die Grundlage unbewusster und bewusster Informationsverarbeitung, die im Rahmen der Auseinandersetzung mit der relevanten Umwelt erfolgt. Oder um es in den Worten von Hüther und Krens (2008: 79) aus der Perspektive der Neurobiologie auszudrücken:

«Man kann mit Hilfe seines Gehirns gar nichts Neues lernen, sondern immer nur etwas Neues hinzulernen. Das hat einen sehr einfachen Grund: Neues kann im Gehirn nur verankert werden, indem es mit etwas verbunden wird, das bereits vorhanden ist, das also bereits vorher erlernt worden ist. Das gilt für Erwachsene ebenso wie für Kinder.»

Die verfügbaren neuronalen und die psychischen Strukturen bilden demnach zu jedem Zeitpunkt die Basis für die Bildung von neuen Strukturen. Der Prozess dieser Neubildung kann ganz allgemein formuliert als (bewusstes oder unbewusstes) Lernen bezeichnet werden (Hafen 2013: 23). Je komplexer der Strukturreichtum in einem System ist, desto schwieriger ist es, mittels isolierter Interventionsversuche substanzielle Strukturanpassungen (Lernprozesse) in diesem System zu bewirken. Darum ist es im Erwachsenenalter so schwierig, «sich und andere zu ändern» (Roth 2012).

Diese These der eingeschränkten Veränderbarkeit von strukturreichen Systemen gilt auch für die Gesundheitskompetenz und den eng damit verbundenen gesundheitsrelevanten Lebensstil. Die Aussicht, mit reiner Informationsvermittlung über Broschüren oder Kampagnen substanzielle Veränderungen im Gesundheitsverhalten erreichen zu können, ist mit Blick auf die hier dargelegten theoretischen Begründungen und die vorliegende empirische Evidenz relativ gering. Jedes Individuum entwickelt sich von Beginn an in Auseinandersetzung mit seiner relevanten Umwelt. Dieser gewinnt es (bewusst oder unbewusst) laufend Information ab und baut Strukturen wie die Gesundheitskompetenz auf. Je mehr Information es verarbeitet hat oder anders formuliert: je mehr Erfahrungen es im Rahmen der Auseinandersetzung mit der Umwelt gemacht hat, desto solider sind die Strukturen und desto schwieriger können sie von aussen verändert werden.

Was bedeutet dies für Prävention und Gesundheitsförderung? Zu beachten ist, dass die Massnahmen dieser Disziplinen nicht nur auf eine Verbesserung der individuellen Gesundheitskompetenz und damit auf eine Veränderung des Lebensstils, sondern auch auf eine Veränderung der sozialen und infrastrukturellen Möglichkeitsbedingungen für eine «gesunde Wahl» ausgerichtet sein sollten (Schulte-Abel & Schneider 2012: 102). Etwas anders formuliert: Gesundheitskompetenz umfasst nicht nur das individuelle «Können» (frz. «savoir»); sie muss auch die (Umwelt-)Bedingungen der Möglichkeit gesundheits-

kompetent Handelns (frz. «pouvoir») berücksichtigen. Im Supermarkt kostengünstiges Gemüse an prominenter Stelle anzubieten oder eine fussgängerfreundliche Verkehrspolitik zu etablieren, sind in diesem Sinn wirkungsvollere Strategien als die massenmedial verbreitete Aufforderung, regelmässig Gemüse zu verzehren oder sich mehr zu bewegen. Diese Umweltbedingungen sind auch entscheidend, wenn wir nach den Entstehungsbedingungen der Gesundheitskompetenz fragen – eine Frage, die unvermeidbar ist, wenn man die eben beschriebenen Grundlagen des Strukturaufbaus in Systemen ernst nimmt.

Die Bedeutung der frühen Kindheit

Wenn wir davon ausgehen, dass neue Strukturen immer auf Basis bestehender Strukturen gebildet werden, dann liegt der Schluss nahe, dass die zuerst gebildeten Strukturen im Leben eines Menschen von besonderer Bedeutung sind. Diese Erkenntnis ist nicht neu, und sie findet nicht nur in der Neurobiologie, sondern auch in der Entwicklungspsychologie, der Tiefenpsychologie, der Stressforschung und in vielen andern wissenschaftlichen Disziplinen umfassende Bestätigung. Damit rückt die frühe Kindheit in den Fokus von Prävention und Gesundheitsförderung (Schulte-Abel & Schneider 2012: 102). Die entsprechende These ist, dass viele der wichtigsten Schutz- und Belastungsfaktoren ihren Ursprung in der frühen Kindheit haben und dass es entsprechend eine wirkungsvolle Strategie ist, im ersten Lebensabschnitt (d. h. von der Schwangerschaft bis zum Alter von vier bis fünf Jahren) möglichst günstige Entwicklungsbedingungen bereitzustellen.

Mit Blick auf die Prävention ist also dafür zu sorgen, dass ein Kind in dieser Lebensphase möglichst wenig Stress ausgesetzt ist und möglichst viele Schutzfaktoren erwerben kann, die seine Resilienz (die Widerstandsfähigkeit gegenüber späteren Belastungen) stärken (Hafen 2014/2015). Viele dieser Schutzfaktoren können ohne weiteres als Elemente einer umfassenden Gesundheitskompetenz bezeichnet werden, die nicht das bewusste, sondern auch das unbewusste Verhalten prägt. Beispiele für solche Kompetenzen sind die Selbstwirksamkeitserwartung,

die Selbstregulationskompetenz, die Stressverarbeitungsfähigkeit, das Kohärenzgefühl, die Sozialkompetenz, das Einfühlungsvermögen und weitere Kompetenzen, die ein Kind dabei unterstützen, den Herausforderungen des Lebens zu begegnen, ohne krank zu werden. Die Stärkung dieser Kompetenzen kann nur gelingen, wenn – ganz im Sinne des Konzepts der Gesundheitsförderung – die sozialen und physikalisch-materiellen Umweltbedingungen in den relevanten Settings (Familie, Wohnumgebung, Spielgruppe, Kindertagesstätte etc.) entsprechend gestaltet werden. Die positiven Auswirkungen einer gut gelingenden frühen Lebensphase auf das weitere Leben eines Menschen sind in zahlreichen sorgfältig durchgeführten Langzeitstudien belegt (Vgl. etwa Heckmann & Masterov 2007).

Gesundheitskompetenz als Lebenskompetenz

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass es Sinn machen kann, die Gesundheitskompetenz breiter zu fassen, d. h. nicht nur als die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen. Vielmehr können ihr alle Kompetenzen zugeordnet werden, welche einen Einfluss auf das gesundheitsrelevante Verhalten haben, ihre Wirkung aber in der Regel unbewusst entfalten. Diese Kompetenzen (und damit auch die Gesundheitskompetenz an sich) können – noch breiter gefasst – ganz generell den «Lebenskompetenzen» zugeordnet werden, die in der Suchtprävention oft im Fokus von entsprechenden Programmen stehen. Schauen wir uns die Definition von Lebenskompetenzen der WHO (1998: 15) an:

«Lebenskompetenzen sind Fähigkeiten für ein anpassungsfähiges und konstruktives Verhalten, das den Individuen ermöglicht, angemessen mit den Anforderungen und Herausforderungen des Alltags umzugehen.»

Die Lebenskompetenzen setzen sich gemäss der WHO aus personalen, interpersonellen (also sozialen), kognitiven und körperlichen Kompetenzen zusammen. Diese Kompetenzen helfen den Menschen, ihr Leben aktiv zu gestalten und die Kapazität aufzubauen, mit den Um-



weltbedingungen zurechtzukommen und die Umwelt auch zu verändern. Als Beispiele nennt die WHO: Entscheidungen fällen, Probleme lösen, kreatives Denken, kritisches Denken, Selbsterkenntnis, Empathie, kommunikative Kompetenzen, Kompetenzen für interpersonale Beziehung, emotionale Kompetenz oder die Fähigkeit, Stress zu regulieren. Die WHO-Kompetenzen finden auch in der Praxis ihren Niederschlag, etwa im Lebenskompetenzentwicklungskonzept, das im Rahmen des Aargauer Gesundheitsförderungsprogramms «Gsund und zwäg i de Schuel» entwickelt wurde (Departemente BKS/DGS 2012).

Diese Beispiele aus dem WHO-Glossar für Gesundheitsförderung (1998) zeigen, dass das Konzept der Lebenskompetenzen alle Fähigkeiten umfasst, die für ein gelingendes Leben von Bedeutung sind. In diesem Sinn bestätigt sich, dass dieses Konzept auch das Konzept der Gesundheitskompetenz umfasst, da die Gesundheit ein wichtiger Aspekt des Lebens ist. Das zeigt sich auch daran, dass zwar ein Leben ohne Gesundheit, aber keine Gesundheit ohne Leben möglich ist. Unter den oben erwähnten Beispielen von Lebenskompetenzen handelt es sich bei einigen um eigentliche Gesundheitskompetenzen, etwa bei der Fähigkeit, Stress zu regulieren. Ob aber die Fähigkeit, Probleme zu lösen und kreativ oder kritisch zu denken, einen positiven Einfluss auf die Gesundheit hat, wäre eine empirische Frage, die mit entsprechenden Studien zu klären wäre. Nutbeams Rede von «kritischer Gesundheitskompetenz» legt nahe, dass sich durchaus gut begründete Bezüge herstellen lassen.

Selbstverständlich stellt sich bei der Zuordnung der Gesundheitskompetenz zu den Lebenskompetenzen die Frage, wie man Gesundheit definiert. Sieht man sie primär als Abwesenheit von Krankheit, dann entsprechen die Gesundheitskompetenzen den oben beschriebenen bewussten und unbewussten Fähigkeiten, welche die Menschen vor Krankheiten schützen. Definiert man Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern auch als vollständiges psychisches, körperliches und soziales Wohlbefinden wie die WHO und das Netzwerk Bildung und Gesundheit,

dann erweitert sich die Zahl der Kompetenzen, welche Gesundheit ermöglichen. Insgesamt lässt sich sagen, dass es sich sowohl bei den Lebens- als auch bei den Gesundheitskompetenzen um individuelle Schutzfaktoren handelt, wobei fehlende Kompetenzen ganz schnell zu Risikofaktoren für die allgemeine oder gesundheitliche Entwicklung werden können. Schliesslich ist erneut darauf hinzuweisen, dass die Gesundheitskompetenz genauso wie die umfassenden Lebenskompetenzen von den Umweltbedingungen abhängen. Wie am Beispiel der frühen Kindheit gezeigt, umfassen die sozialen Systeme (Settings) in der Lebenswelt eines Menschen Risikofaktoren (Stressoren), welche die individuellen Lebens- und Gesundheitskompetenzen herausfordern. Auf der anderen Seite bieten sie auch Schutzfaktoren wie soziale Unterstützung, Wertschätzung, emotionale Zuwendung etc., welche diese Kompetenzen ergänzen und gleichzeitig zu ihrem Aufbau beitragen.

Risikokompetenz als Lebens- und Gesundheitskompetenz

Wir haben weiter oben mit Bezug auf Luhmann (2000: 233) argumentiert, dass eine Entscheidung eine bewusste Wahl für (oder gegen) etwas ist und zwar – und das ist besonders wichtig – vor dem Hintergrund anderer Wahlmöglichkeiten. Das Gegenstück der «gesunden Entscheidung», der «healthy choice», ist in diesem Sinn nicht selten eine ungesunde und damit auch riskante Wahl. Risikokompetenz kann entsprechend als Schutzfaktor angesehen werden, der sowohl im Hinblick auf Suchtbildung als auch für die Gesundheit im Allgemeinen und für ein gelingendes Leben von Bedeutung ist. Sie entspricht der Fähigkeit, Risiken angemessen einzuschätzen und das Verhalten dieser Einschätzung anzupassen, ohne den Risiken grundsätzlich auszuweichen. Die Risikoforschung (etwa Gigerenzer 2013) zeigt, dass sich auch die Fähigkeit, riskante Entscheidungen «richtig» zu fällen, nicht auf Bewusstsein reduzieren lässt. Oft sind die im Rahmen des Entscheidungsprozesses fokussierten Phänomene viel zu komplex, als dass man im Sinne der ökonomischen Rational-Choice-Theorie Vor- und Nachteile des eigenen Entschei-

dungshandelns einander systematisch gegenüberstellen und sich dann für die günstigere Variante entscheiden kann. Was man braucht sind «Heuristiken», erfahrungsbedingte Faustregeln, die einem helfen, die «richtige» Entscheidung «aus dem Bauch heraus» (intuitiv) zu treffen. Diese Bauchentscheidungen helfen, die Komplexität der Entscheidungssituation zu reduzieren, weil man weiss, was zu tun ist, ohne die Gründe dafür zu kennen. Das spart einerseits Zeit, andererseits hilft es, das eingeschränkte Gesichtsfeld der bewussten Beobachtung zu erweitern. Die Forschung zeigt, dass diese Art, Entscheidungen zu fällen, statistisch gesehen auch nachweislich bessere Ergebnisse bewirkt, wenn sie auf einer ausreichenden Menge von entsprechenden Erfahrungen gründet (Kahneman 2012).

Selbstverständlich hängt die Risikokompetenz eines Menschen nicht nur davon ab, ob Entscheidungen mit viel oder mit wenig Intuition gefällt werden. Bauchentscheidungen (z. B. bei der Partnerwahl) können auch kontinuierlich falsch sein, und gerade Jugendliche in der Pubertät treffen, bedingt durch die neuronalen Umstellungen im Gehirn, oft «aus dem Bauch heraus» die (zumindest aus der Perspektive der Gesundheitsfachleute) riskante und nicht die gesunde Wahl. Die Risikokompetenz entwickelt sich wie die anderen Lebens- und Gesundheitskompetenzen im Laufe des Lebens eines Menschen, und auch hier werden die Grundlagen in der frühen Kindheit gelegt, denn dort setzen die ersten Erfahrungen mit dem (bewussten oder unbewussten) Treffen von Entscheidungen ein. Entsprechend kann auch diese Kompetenz bereits in der frühen Kindheit gefördert werden (Ruhe 2013).

Bei alledem ist zu beachten, dass auch die Risikovermeidung Risiken mit sich bringen kann, für Jugendliche z. B. das Risiko, aus einer Gruppe ausgeschlossen zu werden, wenn man sich an risikoreichen Aktivitäten wie Mutproben oder Rauschtrinken nicht beteiligt. Zudem kann die «gesunde Wahl» selbst zu einer Obsession werden, die alles andere als gesundheitsförderlich ist, so wie das z. B. bei einer Orthorexie (dem krankhaften Zwang, sich «gesund» zu ernähren)

der Fall ist. Schliesslich können nicht nur die Entscheidungen von Individuen als mehr oder weniger risikokompetent beobachtet werden, sondern die Entscheidungen, die durch soziale Systeme getätigt werden. Als Beispiel kann das wachsende Sicherheitsbedürfnis in pädagogischen Kontexten angeführt werden, wo immer mehr Tätigkeiten von Kindern (auf Bäume klettern, mit dem Fahrrad zur Schule fahren etc.) aus Gründen der Risikovermeidung eingeschränkt werden und nicht beachtet wird, dass die Einschränkungen selbst (meist längerfristige) Risiken mit sich bringen, weil Kinder gewisse Erfahrungen nicht machen können (Hafen 2013).

Die Konsequenzen für die Suchtprävention

Der Bezug dieser erweiterten Fassung von Gesundheitskompetenz zur Suchtprävention ist einfach herzustellen. Niemand würde bestreiten, dass die «Fähigkeit, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken» auch für die Prävention von Sucht wertvoll ist. Das gilt auch für die als Lebenskompetenzen bezeichneten «Fähigkeiten für ein anpassungsfähiges und konstruktives Verhalten, das den Individuen ermöglicht, angemessen mit den Anforderungen und Herausforderungen des Alltags umzugehen». Für die Suchtprävention sind diese umfassenden Konzepte der Lebens- oder der Gesundheitskompetenz insofern von Bedeutung, als die meisten der Teilkompetenzen Faktoren entsprechen, die auch vor Sucht schützen. Einige davon wurden beispielhaft angeführt: die Selbstwirksamkeitserwartung, die Stressregulationskompetenz, die Fähigkeit zur Selbstregulation und die Risikokompetenz. Welche Lebens- und Gesundheitskompetenzen für die Suchtprävention neben den genannten Kompetenzen von Bedeutung sind, ist letztlich eine empirische Frage. Sobald der wissenschaftliche Nachweis gelingt, dass Kompetenzen wie kreatives Denken, kritisches Denken, Selbsterkenntnis, Empathie etc. statistisch gesehen dazu beitragen, dass ein Mensch nicht süchtig wird, dann wird diese Kompetenz zu einem präventionsrelevanten Schutzfaktor. Erst wenn dieser Nachweis erbracht ist, kann man sich

der Frage widmen, ob und mit welchen Massnahmen diese Faktoren bei welchen Zielpersonen gefördert werden können.

Evidenzbasierte Suchtprävention

Etwas anders formuliert kann man sagen, dass Lebens- oder Gesundheitskompetenzen für die Suchtprävention nur dann von Bedeutung sind, wenn sie sich im Rahmen einer empirisch belegten (ätiologischen) Theorie der Suchtentstehung verorten lassen. Dies ist nicht gegeben, wenn die Suchtprävention von einer allgemeinen Definition von Gesundheits- oder Lebenskompetenz ausgeht. Diese Definitionen sind zu komplex für eine Operationalisierung, was u. a. auch damit zusammenhängt, dass die Begriffe «Leben» und «Gesundheit» (gerade in der Fassung der WHO) eine immense Zahl an Aspekten umfassen. Der Funktionsbereich der Suchtprävention ist viel stärker eingeschränkt. Es geht um die Verhinderung von Sucht, und diese kann nur gelingen, wenn die relevanten Einflussfaktoren bekannt und klar definiert sind.

Wie bei andern Präventionsthemen reicht es für eine erfolgreiche Suchtprävention nicht aus, die Schutzfaktoren zu kennen; sie benötigt auch Wissen zu den relevanten Risikofaktoren. Zudem kann sich Suchtprävention nicht auf individuelle (psychische und körperliche) Faktoren wie die Selbstwirksamkeitserwartung und die genetische Disposition für eine Suchterkrankung beschränken, sondern muss auch die sozialen und physikalisch-materiellen Einflussfaktoren (z. B. Gruppendruck oder die Beschaffenheit von Suchtmitteln) in ihre Überlegungen einbeziehen. Die Ätiologie der Sucht ist für eine evidenzbasierte Suchtprävention (Hoff et al. 2014) entscheidend: Nur, wenn bekannt ist, welche Risikofaktoren zur Suchtbildung beitragen und welche Schutzfaktoren vor der Suchtentstehung schützen, können die Zielgruppen und die zielführenden Methoden bestimmt werden, um der Suchtbildung effizient entgegenzuwirken. Stark generalisierende Konzepte zu so schwierig bestimmbar Phänomenen wie «Leben» oder «Gesundheit» erscheinen vergleichsweise wenig nützlich und verleiten dazu, Massnahmen zu stark individuumsorientiert auszurichten und

den Risikofaktoren zu wenig Beachtung zu schenken.

Die Konsequenzen auf der Ebene der Massnahmen

Die Ausführungen zum Kompetenzbegriff und zur Entwicklung und den Entwicklungsbedingungen der Gesundheitskompetenz resp. der Lebenskompetenzen haben angedeutet, dass eine konsequente Evidenzbasierung umfangreiche Auswirkungen auf der Massnahmenebene hat. Es rücken dann Handlungs- und auch Politikbereiche in den Fokus, die oft nicht oder nur indirekt mit Prävention und Gesundheitsförderung und ihren Massnahmen in Zusammenhang gestellt werden. Zum Abschluss des Textes sollen zwei dieser Bereiche näher angeschaut werden, die für die Entwicklung der Lebenskompetenzen sowie der Gesundheits- und Risikokompetenz von besonderer Bedeutung sind: die frühe Kindheit und die Schule. In der Folge wird geschaut, welche Möglichkeiten die Suchtprävention auf unterschiedlichen Ebenen hat, die Förderung der suchtpreventionsrelevanten Lebens- und Gesundheitskompetenzen zu unterstützen.

Die Förderung von Lebens- und Gesundheitskompetenzen in der frühen Kindheit...

Die oben dargelegten theoretischen Überlegungen zur Bedeutung früh gebildeter Strukturen und die reichlich vorhandene empirische Evidenz deuten darauf hin, dass die Grundlagen der meisten Lebens- oder Gesundheitskompetenzen in der frühen Kindheit gelegt werden (Hafen 2017). Qualitativ hochstehende Massnahmen zur Förderung von kleinen Kindern und ihren Familien im Rahmen von Kindertagesstätten, sozialpädagogischer Familienbegleitung, Sozialhilfe etc. erweisen sich in dieser Hinsicht als höchst wirkungsvoll und insbesondere auch kosteneffizient. Das gilt ganz speziell, wenn sie sich an Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien richten (Heckman & Masterov 2007; Barnett 2011; Hafen 2014, 2015). Es handelt sich dabei um genuin settingorientierte Massnahmen, die sich in der Regel nicht direkt an die Kinder richten, sondern auf eine möglichst entwicklungsfördernde Gestaltung der

sozialen und der räumlichen Lebenswelt der Kinder ausgerichtet sind. Die Förderung der Kinder erfolgt in diesem Sinn durch eine strukturelle (Kinderzulagen, Elternschaftsurlaub, familienfreundliche Arbeitszeitmodelle, Verkehrspolitik, Sozialraumgestaltung etc.) und professionelle Unterstützung der Familien (medizinische Betreuung, sozialpädagogische Familienbegleitung, Sozialhilfe etc.), aber auch durch ein Angebot an qualitativ hochstehender familienergänzender Kinderbetreuung, die den Familien und den Kindern zugutekommt (Hafen 2015). Dadurch verändert sich die relevante Umwelt der Kinder, was zu verbesserten kognitiven, sozialen und emotionalen Kompetenzen führt, die Schulkarriere und den Berufseinstieg begünstigt und die Wahrscheinlichkeit von unterschiedlichen sozialen und gesundheitlichen Problemen und auch von Suchterkrankungen reduziert (vgl. dazu etwa Anderson et al. 2010). Dabei ist zu beachten, dass über diesen settingorientierten Zugang nicht nur die Kompetenzen der Kinder gefördert werden, sondern auch darauf geachtet wird, dass stressauslösende Risikofaktoren wie emotionale Vernachlässigung oder Gewalt in der Familie so weit wie möglich reduziert werden, denn wie viele Schutzfaktoren hat auch eine hohe Stressbelastung in der frühen Kindheit Auswirkungen auf das ganze Leben (Shonkoff & Garner 2012). Insgesamt werden die Lebens- und Gesundheitskompetenzen von kleinen Kindern also nicht primär bei diesen direkt gefördert, sondern dadurch, dass seine relevante Umwelt möglichst stressfrei und anregungsreich gestaltet ist und mit tragenden Beziehungen bereichert wird.

... und in der Schule

Selbstverständlich kann sich die Förderung von Lebens- und Gesundheitskompetenzen nicht auf die frühe Kindheit beschränken. Die Fähigkeit zu lernen, hört mit dem Erreichen des fünften Altersjahrs nicht einfach auf. Das gilt auch für den Erwerb von Lebens- und Gesundheitskompetenzen. Kinder stehen wie Erwachsene unablässig in Kontakt mit ihrer Umwelt und gewinnen dieser Umwelt Information ab, die zu erwünschten oder weniger erwünschten Lernprozessen führt (Hafen 2013). Bei

den Kindern und Jugendlichen ist insbesondere die dynamische Weiterentwicklung des Gehirns ein wichtiger Faktor, der den Kompetenzaufbau beeinflusst. Die Gehirnentwicklung von Kindern und Jugendlichen entspricht einem hochkomplexen Prozess, der durch soziale, körperliche und psychische Faktoren beeinflusst wird und individuell sehr unterschiedlich erfolgen kann (Blakemore 2012).

Als soziale Umwelt spielt die Schule eine entscheidende Rolle. Der neue Lehrplan 21 zeigt, dass der Förderung von Lebenskompetenzen wie Selbstwahrnehmung, Gefühlsbewältigung, Empathie, Kritisches Denken, Kreatives Denken, Fähigkeit zur Stressbewältigung, Kommunikationsfertigkeit, Fertigkeit, Entscheidungen zu treffen, Problemlösefertigkeit und Beziehungsfähigkeit in Zukunft mehr Gewicht zugemessen werden soll als bis anhin (Departemente BKS & DGS 2012). Die Frage ist, ob die Förderung dieser Kompetenzen, die zu einem grossen Teil auch Gesundheitskompetenzen darstellen, in den bestehenden Schulstrukturen wirklich nachhaltig möglich ist. Der frühe Selektionsdruck, die auf Fehlervermeidung ausgerichteten Prüfungen, die hohe Bedeutung des Auswendiglernens im Hinblick auf diese Prüfungen, der isolierte Fächerunterricht, die Trennung der Schüler und Schülerinnen in unterschiedliche Leistungsniveaus, das Fehlen von Ganztageschulen, die zu grossen Schulklassen – all dies sind Faktoren, welche die Förderung der genannten Lebenskompetenzen erschweren (Bauer 2007). Lebens- und Gesundheitskompetenzen lassen sich bekanntlich nicht unterrichten. Vielmehr basieren sie auf erfahrungsbedingten Lernprozessen und diese sind nur möglich, wenn «sie in «eigener Regie», also selbstgewollt, selbstgesucht oder sozusagen «selbstorganisiert» gemacht wurden. «Wer also genau das fördern möchte, wem genau die Entwicklung dieser <Lebenskompetenzen> am Herzen liegt, der erkennt sofort, dass es hierfür, neben liebevollen und respektvollen Vorbildern und Begleitern, vor allem Räume braucht, in denen diese Erfahrungen gemacht werden können. Erlebnisräume und Freiräume» (Hüther & Pilz 2012: 5).

Was es braucht, um solche Erfahrungsräume in der Schule nicht nur punktuell zu ermöglichen, ist – um es mit den Worten des Bildungsforschers Ken Robinson (2015) zu formulieren – nicht eine Reformation des Schulwesens, sondern eine eigentliche Revolution. Da eine solche Revolution wohl in einzelnen (meist privaten) Schulen, nicht aber im schweizerischen Schulsystem im Gange oder wenigstens erwartbar ist, liegt es an den einzelnen Schulhäusern, die Frei- und Erlebnisräume auszuweiten, so weit wie dies in den gegebenen Rahmenbedingungen möglich ist. Diese Möglichkeiten bestehen. Sie werden in immer mehr Schulen auch genutzt und durch Programme wie «gesund und zwäg i de Schuel» (Departemente BKS & DGS 2012) oder «Gesundheitsfördernde Schulen»² auch tatkräftig unterstützt. Diese Möglichkeiten umfassen eine gesundheitsfördernde Umwelt sowie selbstbestimmtes Lernen, fächerübergreifenden Unterricht, Projektarbeiten, Ausflüge, Schultheater und viele weitere Formen, die nicht nur den Ansprüchen der Lerntheorie genügen, sondern auch den Zielen einer Suchtprävention gerecht werden, welche die Förderung von Lebens- und Gesundheitskompetenzen anstrebt.

Der Beitrag der Suchtprävention

Angesichts der Bedeutung der Frühen Förderung für die körperliche und psychosoziale Gesundheit eines Menschen stellt sich die Frage, welche Bedeutung der «traditionellen» Suchtprävention noch zukommt. Beim Abschnitt zur Schule hat sich gezeigt, dass das Lernen und die Entwicklung auch nach dem Ende der frühen Kindheit weitergehen und dass die Schule im Hinblick auf die Entwicklung von Lebens- und Gesundheitskompetenzen eine hoch relevante und bei weitem nicht immer nur günstige Umwelt darstellt. Die Suchtprävention unterstützt schon heute viele Schulen mit Programmen zur Lebenskompetenzförderung dabei, erwünschte Lernprozesse im Bereich der Lebens- und Gesundheitskompetenzen aktiv zu fördern und unerwünschte zu verhindern, und es gibt keinen Grund dafür, dass sie das in Zukunft nicht mehr tun sollte. Bei einigen dieser Programme

konnte auch eine Wirkung auf den Suchtmittelkonsum belegt werden, vor allem, wenn sie in Kombination mit andern Programmen durchgeführt werden (Bühler & Thurl 2013: 8). Dazu kommt, dass sich das Verhältnis der Kinder und Jugendlichen zu Suchtmitteln und verhaltensbezogenen Süchten zu verändern beginnt. Die allgemeine Gesundheits- und Entwicklungsförderung wird dann immer mehr zu einer themenspezifischen Suchtprävention, die zunehmend auch Aspekte der Früherkennung und der Frühintervention umfasst. Selbstregulation bezieht sich dann nicht mehr so sehr auf das verlockende Marshmallow auf dem Teller wie in der berühmten Untersuchung zur Selbstregulation von kleinen Kindern (Moffit et al. 2011), sondern auf den Umgang mit dem Smartphone und den Konsum von Alkohol oder Cannabis. Und die Schulung von Risikokompetenz kann sich dann ganz spezifisch auf die Kompetenz im Umgang mit psychoaktiven Substanzen beziehen. Hierfür braucht es die Fach- und Methodenkompetenz, welche die Suchtprävention zu bieten hat.

Es ist klar, dass die diesbezüglichen Handlungsmöglichkeiten der Suchtprävention nicht auf das Setting Schule beschränkt sind. Die suchtpreventionsrelevanten Risiko- und Schutzfaktoren können überall dort angegangen werden, wo die Suchtprävention im Kontakt mit den Jugendlichen steht (z. B. im Kontext der offenen Jugendarbeit) oder dort, wo sie die Möglichkeit hat, indirekt auf die Entstehungsbedingungen der Kompetenzentwicklung einzuwirken. Das kann bei der Arbeit mit Familien der Fall sein, aber auch im Kontakt mit den Behörden, wenn es darum geht, in einer Gemeinde Rahmenbedingungen bereitzustellen, welche die Entwicklung der entsprechenden Lebens- und Gesundheitskompetenzen begünstigen.

Abschliessende Bemerkungen

Ob die Förderung von Lebens- und Gesundheitskompetenzen, allgemeine Gesundheitsförderung oder die Verhinderung von Sucht angestrebt wird: Die Ziele und Massnahmen sind in mancher Hinsicht deckungsgleich und die Fach-

leute tun gut daran, ihre Massnahmen aufeinander abzustimmen und sich im Kontakt mit Auftrag- und Geldgebern zu solidarisieren und so wenig wie möglich zu konkurrieren. Je konsistenter und kohärenter die suchtpreventionsrelevanten Impulse auf den Ebenen der frühen Kindheit, der Schule, des Gemeinwesens etc. sind, die durch die Suchtpreventionsfachleute und andere Akteure erbracht werden, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit für Synergieeffekte und damit auch für eine erhöhte Nachhaltigkeit und Wirkung der einzelnen Massnahmen.

Andererseits ist zu empfehlen, dass die Suchtprävention ihre Identität weiter stärkt, trotz der vielfältigen Ziele, die sie mit Aktivitäten zur Förderung der Lebenskompetenzen, der Gesundheitskompetenz oder der Gesundheit im Allgemeinen gemeinsam hat. Der Weg dazu kann nur über die Evidenzbasierung führen. Die Suchtprävention hat gegenüber der Gesundheitsförderung den grossen Vorteil, dass ihr Funktionsbereich klar eingegrenzt ist. Ihr Ziel ist die Verhinderung von Sucht, und dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn klar (was heisst: wissenschaftlich belegt) ist, welche Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit der Suchtbildung erhöhen und welche Schutzfaktoren vor dem Einfluss dieser Risikofaktoren schützen. Das Konzept der Gesundheitskompetenz ist in diesem Sinn für die Suchtprävention nur dann von Bedeutung, wenn bekannt ist, welche Aspekte der Gesundheitskompetenz als Schutzfaktoren vor der Suchtentstehung schützen. Das Gleiche gilt für das Konzept der Lebenskompetenzen. Erst wenn diese Schutzfaktoren identifiziert sind, kann danach gefragt werden, in welchen Settings, bei welchen Zielgruppen und mit welchen Methoden sie gefördert werden können.

Wie mehrfach gezeigt, kann sich die Suchtprävention nicht auf die Förderung von Schutzfaktoren beschränken. Sie muss auch die Risikofaktoren beachten, welche die Wahrscheinlichkeit der Entstehung von Sucht erhöhen. Da diese Risikofaktoren bei weitem nicht nur bei den Individuen zu verorten sind, rücken settingorientierte Aktivitäten noch wei-

ter in den Vordergrund. Diese wiederum sind auch von Bedeutung, wenn es darum geht, die Entstehungsbedingungen der Lebens- und Gesundheitskompetenzen günstig zu beeinflussen. Mit ihrem Wissen und ihrer methodischen Kompetenz kann die Suchtprävention Familien, Schulen, Behörden, Gruppen und andere Systeme in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen dabei unterstützen, die für die Suchtprävention relevanten Lebens- und Gesundheitskompetenzen zu fördern.

Da sich Menschen als selbstorganisierende Systeme nicht wie Maschinen steuern lassen und zudem von vielen anderen Umweltfaktoren (Werbung, KollegInnen, Schulstress, Preise für Suchtmittel etc.) beeinflusst werden, sind die Erfolge auf den unterschiedlichen Ebenen nicht garantiert, aber sie werden durch evidenzbasierte und gut aufeinander abgestimmte Massnahmen wahrscheinlicher gemacht. Dabei ist immer auch möglich, dass die Massnahmen bei einzelnen Kindern und Jugendlichen auch zu negativen Nebenwirkungen führen können, etwa dann, wenn die Aufklärung über die schädigende Wirkung von Substanzen das Bedürfnis auslöst, diese Substanzen auszuprobieren. Evidenzbasierung in der Suchtprävention ist entsprechend kein Königsweg, der die Suchtprobleme einfach aus der Welt schafft. Sie ist jedoch eine professionelle Notwendigkeit auf allen beschriebenen Ebenen, auf denen Massnahmen gegen die Suchtbildung ergriffen werden können.

Literatur

- Abel, Thomas/Sommerhalder, Kathrin (2007): Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung. Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: Universität Bern, Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- Abel, Thomas/Bruhin, Eva (2003): Health Literacy / Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. S. 128-131 in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Schwabenstein a. d. Selz; Peter Sabo.
- Anderson, Kathryn H./Foster, James E./Frisvold, David E. (2010): Investing in health: The long-term impact of Head Start on smoking. *Economic Inquiry* 48(3): 587-602.

- Barnett, W. Steven (2011): Effectiveness of Early Educational Intervention. *Science* 333: 975-978.
- Bauer, Joachim (2007): *Lob der Schule. Sieben Perspektiven für Schüler, Lehrer und Eltern.* Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Blakemore, Sarah-Jayne (2012): Imaging brain development: The adolescent brain. *NeuroImage* 61: 397-406.
- Bühler, Anneke/Thrul, Johannes (2013): *Expertise zur Suchtprävention. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der «Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs».* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Chisolm, Deena J./Manganello, Jennifer A./Kelleher, Kelly J./Marshall, Michael P. (2014): Health literacy, alcohol expectancies, and alcohol use behaviors in teens. *Patient Education and Counseling* 97(2): 291-296.
- Departemente BKS – Bildung, Kultur und Sport/ DGS – Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau (Hrsg.) (2012): *Schwerpunktprogramm «gesund und zwägi de Schuel».* Aarau: BKS/DGS.
- Gigerenzer, Gerd (2013): *Risiko: Wie man die richtigen Entscheidungen trifft.* München: Bertelsmann.
- Hafen, Martin (2013): *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis.* 2. vollst. überarb. Aufl., Heidelberg: Carl Auer.
- Hafen, Martin (2014): *«Better Together» - Prävention durch Frühe Förderung. Präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren. Überarbeitete und erweiterte Version des Schlussberichtes zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit.* Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Hafen, Martin (2015): *Zur Bedeutung professioneller Arbeit im Kleinkindbereich – ein Argumentarium mit Blick auf theoretische Überlegungen, empirische Evidenz und erfolgreiche Praxis.* Bericht im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Bern/Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz (vor Veröffentlichung).
- Hafen, Martin (2017): Die Entwicklung der Gesundheitskompetenz in der frühen Kindheit. *Public Health Forum* 25/1: 81-83.
- Heckman, James J./Masterov, Dimitriy V. (2007): The Productivity Argument for Investing in Young Children. *Review of Agricultural Economic* 29 (3): 446-493.
- Hoff, Tanja/Klein, Michael/Arnaud, Nicolas/Bühler, Anneke/Hafen, Martin/Kalke, Jens/Lagemann, Christoph/Moesgen, Diana/Schulte-Derne, Frank/Wolstein, Jörg (2014): *Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen.* Köln: Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung der Katholischen Hochschule NRW, Abt. Köln.
- Hüther, Gerald/Krens, Inge (2008): *Das Geheimnis der ersten neun Monate. Unsere frühesten Prägungen.* Weinheim und Basel: Beltz.
- Hüther, Gerald/Pilz, Jürgen (2012): *Nicht die Schule, sondern das Gehirn ist der Ort, wo gelernt wird.* proJugend 4/12: 4-9.
- Kahnemann, Daniel (2012): *Schnelles Denken, langsames Denken.* München: Siedler.
- Kickbusch, Ilona (2006): *Die Gesundheitsgesellschaft.* Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Luhmann, Niklas (1994): *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie.* 5. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (2000): *Organisation und Entscheidung.* Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Moffitt, Terrie E./Arseneault, Louise/Belsky, Daniel/Caspi, Avshalom (2011): A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 108(7): 2693-2698.
- Nutbeam, Dan (2000): Health Literacy as a public goal. *Health Promotion International* 15 (3): 259-267.
- Polanyi, Michael (1967): *The tacit dimension.* New York: Anchor Books.
- Robinson, Ken (2015): *Creative Schools: The grassroots revolution that's transforming education.* In Zus. arbeit mit Lou Aronica. New York: Viking.
- Roth, Gerhard (2012): *Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten. Warum es so schwierig ist, sich und andere zu verändern.* 7. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ruhe, Inke (2013): *Mehr Sicherheit für die Kleinsten. Gefahrenbewusstsein und Risikokompetenz fördern in der Krippe.* klein&gross, Zeitschrift für Frühpädagogik 7/2013: 28-31.
- Shonkoff, Jack P./Garner, Andrew S. (2012): *The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress.* *Pediatrics* 129: e232-e246.
- Soellner, Renate/Huber, Stefan/Lenartz, Norbert/Rudinger, Georg (2010): *Facetten der Gesundheitskompetenz – eine Expertenbefragung.* *Zeitschrift für Pädagogik* 56 Beiheft 56: 104-114.
- WHO – World Health Organization (Hrsg.) (1998): *Health Promotion Glossary.* Geneva: WHO.

Endnoten

- ¹ Ich danke meinen Kolleginnen und Kollegen aus der Schweizer Delegation des Forums Suchtprävention Deutschland, Österreich, Schweiz, Südtirol für die sorgfältige Durchsicht der ersten Fassung dieses Textes und die konstruktiven Anregungen.
- ² www.radix.ch/Gesunde-Schule/