

# Was Gesundheitspädagogik zur Gesundheitskompetenz beitragen kann

von Manfred Cassens<sup>1</sup> und Robert Dengler<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**Gesundheitspädagogik erfasst die Teilbereiche Bildung und Erziehung.** Während sich Gesundheitserziehung in den Settings der Kindheit und Jugend mittlerweile relativ gut etablieren konnte, zeigt sich bei ärztlichen beziehungsweise medizinischen Interventionen, dass didaktische Elemente allenfalls im Rahmen von *shared decision making* etabliert, aber von umfassend pädagogischen Konzeptionen weitgehend entfernt sind. Dies wäre mit Hinblick auf eine symmetrische und autonome Entscheidungsfindung jedoch dringend indiziert.

**Schlüsselwörter:** Gesundheitsbildung, Gesundheitserziehung, Bildungstheorie, gemeinsame Entscheidungsfindung, Risikokommunikation

**Health pedagogy covers the subareas promotion and education.** While health education in the settings of childhood and youth has meanwhile become relatively well established, a look at medical interventions shows that didactic elements are at best established within the framework of *shared decision making*. These elements are far from comprehensive pedagogical conceptions. However, this would be urgently indicated in terms of symmetric and autonomous decision-making.

**Keywords:** health promotion, health education, educational theory, shared decision making, risk communication

## 1 Denktraditionen und ihre Defizite

Im Zusammenhang von Gesundheitspädagogik treffen das medizinische und das sozialwissenschaftliche Paradigma in all ihrer grundlegenden Konflikthaftigkeit aufeinander. Seit der Ende des 19. Jahrhunderts einsetzenden „naturwissenschaftlichen Wende“ (Cassens 2014) dominiert in der Medizin die bis in die Gegenwart hinein an autoregulativen Defiziten orientierte Theorie der Pathogenese. In der Pädagogik setzte im selben Zeitfenster das von der philosophischen Aufklärung geprägte Jahrhundert der „deutschen Klassik“ ein. Es wurde begleitet von der Bildungstheorie, die sich parallel zur tradierten Erziehungstheorie etablierte. Semantische Unterschiede, welche eingangs vielleicht trivial scheinen mögen, legen heute zwei weitgehend inhomogen wirkende Denktraditionen offen, die bis zu der damaligen Wende kaum vorhanden waren. So wird in der Medizin sogar im Kontext von Gesundheitsförderung und primärer Prävention vom „Patienten“ gesprochen; zur Erinnerung: *patiens* bedeutet

wörtlich übersetzt „geduldig“, „ausharrend“ und gar „ertragend“. Dies führte dazu, dass der unvergessene Medizinhistoriker Heinrich Schipperges bereits 1985 den „Abschied vom *homo patiens*“ forderte (Schipperges 1985). Aus erzieherischer Tradition heraus etablierte sich in mehreren Sozialwissenschaften, insbesondere in der sozialen Arbeit, der kaum weniger defizitorientierte Terminus Klient, der mit den Begriffen „Schutzbefohlener“ und „Schützling“ oder aber gänzlich defizitorientiert mit „Bursche“ und „Gehilfe“ übersetzt werden kann.

Diese eingehend lediglich kursorisch offengelegte semantische Diskussion legt zwei Varianten von defizitorientierten Denktraditionen offen, die versinnbildlichen, dass im Kontext gegenwärtiger und zukunftsorientierter Anforderungen an gesundheitliche Kommunikation ein keineswegs ausschließlich semantischer Paradigmenwechsel zu überwinden ist. Dieser notwendige Wandel muss grundsätzlich darauf ausgerichtet sein, im Sinne von Bildung das Gegen-

<sup>1</sup> Prof. Dr. phil. habil. Manfred Cassens, FOM Hochschule · Arnulfstraße 30 · 80335 München · Telefon: 089 20245220 · E-Mail: manfred.cassens@fom.de

<sup>2</sup> Prof. Dr. med. Robert Dengler, FOM Hochschule · Arnulfstraße 30 · 80335 München · Telefon: 089 20245220 · E-Mail: robert.dengler@fom.de

über als einen symmetrischen, autonomen, selbstreflexiven und selbsttätigen Interaktionspartner zu interpretieren. Im Kontext effektiveren *empowerments* zu mehr Gesundheitskompetenz rücken anstatt etabliert paternalistischer Paradigmen diejenigen Konzepte in den Vordergrund, welche mit Gesundheitsbildung assoziiert werden müssen. Die im Zusammenhang relevante Tatsache, dass Gesundheitsbildung, -erziehung, -beratung und auch gesundheitliche Information und Aufklärung unter dem Dachterminus der Gesundheitspädagogik vereint sind, ist in der einschlägigen Literatur mehrfach dokumentiert (Wulforth 2002, Zwick 2004).

Der Vollständigkeit halber sei vermerkt, dass der mittlerweile allgemein etablierte Begriff Gesundheitsförderung die eigentlich inhaltlich substantzierenden Begriffe Bildung und Erziehung infolge der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung unverständlich abgelöst hat. Dieser weitgehend unreflektiert forcierte Prozess ist insbesondere vor dem ausschließlich im deutschen Sprachraum existierenden Bildungsbegriff ein besonderer Verlust.

## 2 Gesundheitspädagogik: eine Standortbestimmung

Pädagogik ist einer der Begriffe, die aus dem öffentlichen Sprachgebrauch weitgehend verschwunden zu sein scheinen. Anstelle dessen sind Synonyme aus dem Umfeld von Förderung, Begleitung, Hilfestellung, *empowerment* oder aber auch Beratung getreten. Intention dieses Beitrags ist es keinesfalls, eine reflexive Entwicklungsanalyse dieses bedauernswerten Ist-Zustandes zu erfassen, sondern vielmehr Aufgabenfelder und Anforderungen an eine Disziplin zu entwickeln, die eine existenzielle Notwendigkeit im Kanon aller Humanwissenschaften – und somit auch der Medizin – darstellt. Gerade im Kontext von Gesundheit bedarf Pädagogik einer grundlegend akademischen Professionalität mit einer daraus resultierenden hohen Umsetzungsqualität. Gesundheitspädagogik ist in stringenter Ableitung daraus eine Umsetzungs- und Praxiswissenschaft. Entgegen ihrer Etymologie erfasst Pädagogik mittlerweile keineswegs mehr ausschließlich das „Führen“ und „Anleiten“ in den Lebenswelten der Kindheit. Was durch Förderung, Begleitung und Beratung überdeckt zu werden scheint, ist das Genuine von Pädagogik: das gezielte Einwirken in Form von Erziehung und Bildung. Dabei handelt es sich, wie der weitere Verlauf des Beitrages zeigen wird, keineswegs um Synonyme, die beliebig verwendet werden können. Gesundheitspädagogik integriert als pädagogische Teildisziplin die Kernelemente Erziehung und Bildung mit dem Ziel der lebenslangen Förderung von gesundheitlichen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Einstellungen zur Ausprägung individueller Gesundheitskompetenz. Wesentliche konzeptionelle Ansätze sind im Praxisfeld einerseits die Beratung und

andererseits die Intervention, bestehend aus den Kernelementen Korrektur und/oder Förderung. Gesundheitspädagogische Inhalte im Praxisfeld bestehen aus der gesundheitsförderlichen Quadriga körperlicher Aktivität, Ernährung, Resilienz und Kommunikation. Als Wissenschaftsdisziplin basiert die Gesundheitspädagogik sowohl auf der anthropologischen Tradition als auch auf den Methoden der gesundheitswissenschaftlichen Salutemologie und denen der empirischen Sozialforschung. Der Terminus Salutemologie existiert noch nicht, wäre aber indiziert, um eines der zentralen Probleme der Gesundheitsberichterstattung zu durchbrechen: Die größtenteils epidemiologische Datenbasis, die eben kaum Aussagen über die Gesundheit zulässt. Ziel der Gesundheitspädagogik ist es, innerhalb der Interdisziplin Gesundheitswissenschaften Fragen der settingspezifischen Didaktik und Mathematik adäquat zu beantworten, um somit pädagogische Effekte hinsichtlich der individuellen Schlüsselkompetenz Gesundheit nachweisen zu können. Gesundheit ist hierbei aktuell noch ein vages und hochgradig individuelles Konstrukt, das lediglich über Indikatoren gemessen werden kann. Methodisch kompliziert dies die gesundheitswissenschaftliche Salutemologie gegenüber der medizinischen Epidemiologie.

## 3 Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung

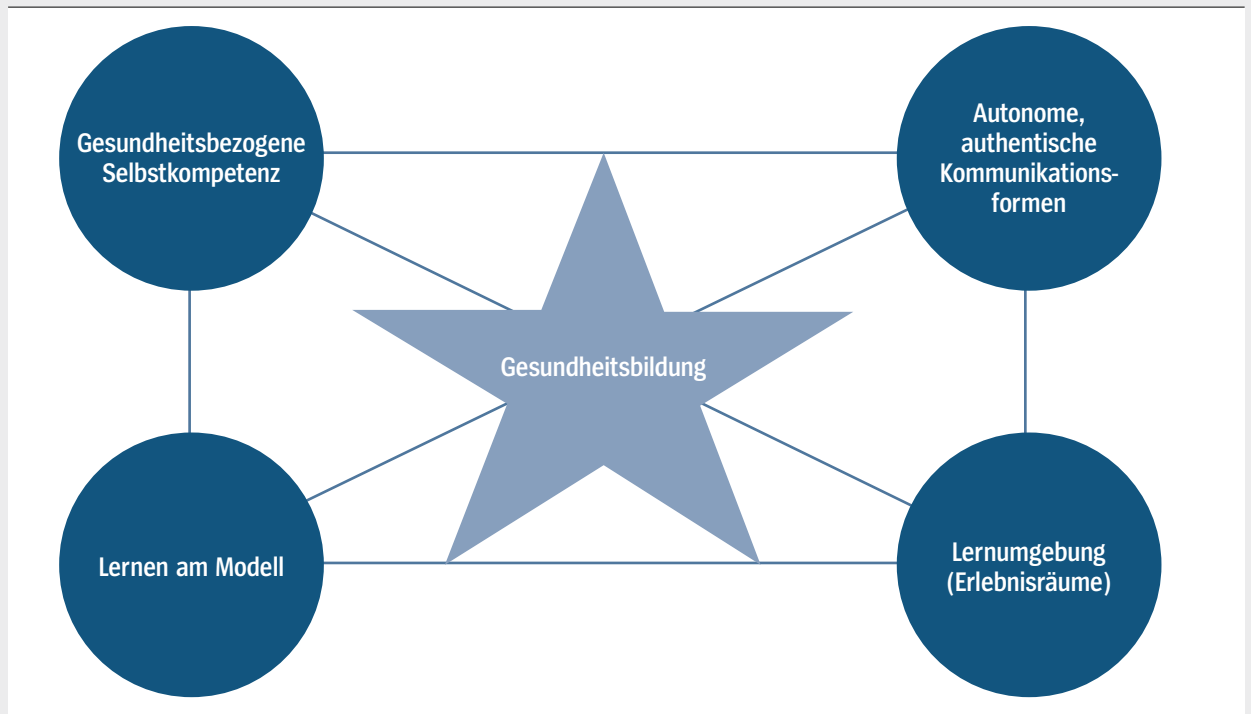
Der schweizerische Entwicklungsbiologe und Zoologe Adolf Portmann bezeichnete den Menschen treffend als „sekundären Nesthocker“ (Portmann 1939), der sich vereinfacht ausgedrückt durch vier Merkmale von Nestflüchtern und primären Nesthockern unterscheidet:

- wenig spezialisierter Körperbau,
- geringe Entwicklung des Gehirns,
- hilfloser Zustand des Neugeborenen im Geburtsmoment und
- gering ausgeprägte Sinnesorgane im postnatalen Stadium (Portmann 1939).

Im Zusammenhang mit der daraus resultierenden Erziehungsnotwendigkeit kommt der Pädagoge Klaus Prange in aller Deutlichkeit zum Schluss, dass Erziehung das „ein und ganze Thema der Pädagogik“ sei (Prange 2000). Mag der Begriff auch nahezu in Vergessenheit geraten sein, so ist er im Rahmen einer gelungenen gesundheitsbezogenen Sozialisation doch von grundlegender Bedeutung. Denn: Gesundheitserziehung beinhaltet die auf pädagogischer Transformation beruhende, auf die Schlüsselkompetenz Gesundheit zielgerichtete (und somit asymmetrische) Aufforderung und Anleitung zu gesundheitlicher Selbsttätigkeit. Problematisch ist in diesem Zusammenhang stets die normative Setzung von Gesundheits- als Erziehungszielen. Das angeleitete Erlernen von Körper-, insbesondere

ABBILDUNG 1

### Gesundheitsbildung im Fokus von Gesundheitspädagogik: Von der Fremd- zur Selbstautorität



Bei der Gesundheitsbildung sind vor allem gesundheitsbezogene Selbstkompetenzen aufzubauen. Dabei helfen das Lernen am Modell, authentische Kommunikationsformen sowie Erlebnisräume, die das gestalterische Erarbeiten von Inhalten fördern.

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Knörzer 1994; Grafik: G+G Wissenschaft 2018

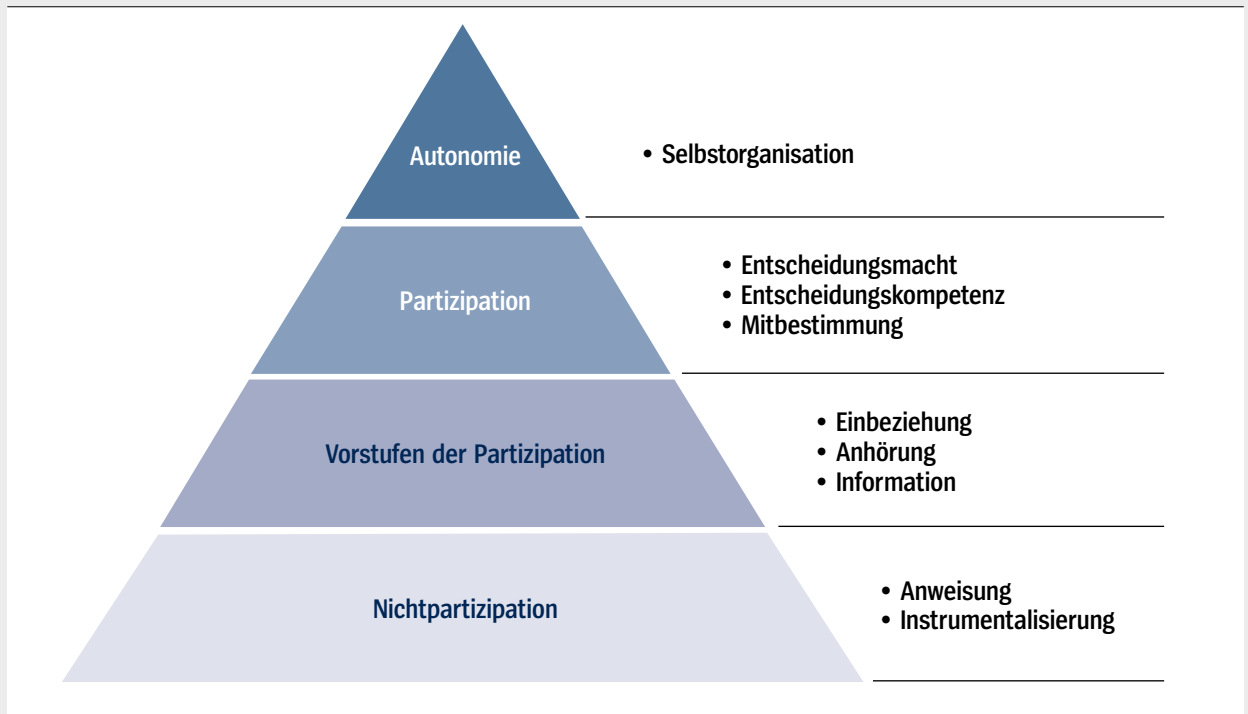
Mund- und Handhygiene, in den Settings Kinderkrippe und Kindergarten steht exemplarisch für einen konfliktfreien, altersadäquaten Entwicklungsschritt, der normativ, konditionierend und auf der Basis von Asymmetrie gelehrt und erlernt werden muss. Auch wird im Erwachsenenalter kaum jemand eine anfängliche Psychoedukation auf Basis einer Alkohol-Diagnose (F10.2) in Zweifel stellen wollen. Beide Beispiele zeigen den gerechtfertigten Bedarf an Erziehung für den sekundären Nesthocker auf. Generell stellt sich aber die Frage, wann Fremdautorität zur Selbstautorität werden muss, sodass das gesundheitspädagogische Ziel eines rezeptiven, zu spontaner Leiblichkeit fähigen, sich in Freiheit für seinen Lebensstil entscheidenden Menschen, Versicherten oder Patienten erreicht ist, der sich adäquat und in Bezug auf seine eigene Geschichtlichkeit zur Gesundheit artikulieren kann. Hier kann ausschließlich Bildung ansetzen, nicht Beratung oder Erziehung und keinesfalls Förderung.

Wie bereits die englischen Keywords zeigen, sucht man den Terminus Bildung in anderen Kultur- und Sprachräumen ver-

geblich. Es ist ein ausschließlich deutscher Begriff, der seit dem spätmittelalterlichen Meister Eckhart dokumentiert ist und von den pädagogischen Klassikern Johann Friedrich Herbarth und Wilhelm von Humboldt während der Aufklärung des späten 18. Jahrhunderts in die Pädagogik eingeführt wurde. Mit Hinblick auf die didaktische Konzeption beziehungsweise die gesundheitsbildnerische Transformation von Faktenwissen, die zu gesteigerter Gesundheitskompetenz führen sollen, sind aus gesundheitsbildnerischer Perspektive in Anlehnung an Wolfgang Knörzer (1994) folgende vier Aspekte zu beachten (Abbildung 1):

- Die Entwicklung von gesundheitsbezogenen Selbstkompetenzen muss im Vordergrund stehen, wie dies bei den Konzepten des selbstgesteuerten Lernens (unter anderem Konrad und Traub 2010) oder des damit verbundenen selbstorganisierten Lernens für das schulische Setting didaktisch konzipiert wurde. Diesem Ansatz gegenüber tritt das rein informativ-educative Vermitteln von Inhalten zurück.
- Lernen am Modell steht bei Konzepten der Gesundheitsbil-

## ABBILDUNG 2

Didaktisch relevante Hierarchieebenen auf dem Weg zum *shared decision making*

Ziel des *shared decision making* ist es, Patienten dazu zu befähigen, sich in medizinischen Kontexten selbst zu organisieren. Es genügt nicht, wenn die Patienten den Anweisungen des Arztes folgen. Sie müssen einbezogen werden und Entscheidungskompetenzen entwickeln, um autonom mitbestimmen zu können.

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Wright 2012; Grafik: G+G Wissenschaft 2018

derung im Vordergrund. Modellhaftes, Exemplarisches muss dabei so sorgsam selektiert werden, dass ein Transfer auf den elementaren Gegenstandsbereich durch „mittlere Anstrengung“ des Lerners erreicht werden kann. Lehrende geben hierbei Hilfestellung und konstruktive Unterstützung.

- Die Entwicklung autonomer, authentischer Kommunikationsformen wird bei Gesundheitsbildung im Hinblick auf die Gesundheitskompetenz genauso zentral berücksichtigt wie sensible Körpererfahrungen.
- Die Lernumgebung ist bei Gesundheitsbildung ebenfalls von hoher Relevanz: Grundlage für selbstgesteuertes oder selbst organisiertes Lernen sind Erlebnisräume, in denen gestalterisches Erarbeiten von Inhalten möglich ist.

Die WHO-Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986) dokumentiert in ihrer Praxisausrichtung nicht nur die Absicht, von staatlicher Seite aus das etablierte, rein präventive Denken zu überwinden, um sich aufgrund der epidemiologischen Wende der Förderung von Gesundheit zuzuwenden. Gesundheit wurde seit diesem Zeitpunkt wieder verstärkt zum Gegenstand

pädagogischer Theorie-Praxis-Kontexte (unter anderem Haug 1991; Homfeld 1994). Weitere grundlegende Meilensteine in Richtung einer Repädagogisierung von Gesundheit wurden vom „Forum Gesundheitsziele Deutschland“ im Jahre 2003 in Form von zwei der damals fünf nationalen Gesundheitsziele gesetzt: „Gesund aufwachsen“ und „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ weisen einen direkten pädagogischen Bezug auf. Dem folgte im Juni 2004 ein gemeinsamer Beschluss der Jugendminister- und Kultusministerkonferenz über Bildungsziele in Tageseinrichtungen des Elementarbereichs. Frühe Bildung umfasst seither ausdrücklich „Körper, Bewegung, Gesundheit“ als durchgängiges Prinzip im Alltag von Kindertageseinrichtungen (RKI 2015). Abschließend ist aus jüngster Vergangenheit der vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen entwickelte „Leitfaden Prävention“ (2014) zu erwähnen, der für die genannten Settings spezielle Förderkriterien enthält. Mit Aussagen wie „Es handelt sich um gesundheitsfördernde Projekte/ Maßnahmen zur integrierten Förderung von Bildung und Gesundheit in Kitas mit verhaltens- und verhältnispräventiver

Ausrichtung“ (*GKV-Spitzenverband 2014*) ist ein direkter gesundheitsbildnerischer Bezug somit explizit. Bals et al. legten diesbezüglich bereits 2008 mit einem Herausgeberwerk einen inhaltlichen Überblick über gesundheitsfördernde Ansätze in arrivierten pädagogischen Settings vor (*2008*). Dieser wird mit aktuelleren ökonomischen Daten des „Präventionsberichtes 2016“ untermauert: Insgesamt wurden im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes im ersten Berichtsjahr 38 Millionen Euro allein in die Unterstützung von Kitas und Grundschulen mit Fokus „soziale Brennpunkte“ investiert und dabei 2.513.213 Menschen erreicht (*GKVS und MDS 2016, 35*). Schließlich wurden mit der bundesweiten Einrichtung von Kitas und Ganztagschulen wichtige Impulse für Gesundheitsbildung und gesundheitliche Chancengleichheit im Kindesalter gesetzt. Erste diesbezügliche Ergebnisse sollten mit der zweiten Welle der KiGGS-Studie erwartet werden können.

## 4 Shared decision making: Ansatz auf dem Weg zur Gesundheitsbildung

Auch im medizinischen Setting von Diagnostik und Therapie werden die gesundheitspädagogischen Notwendigkeiten dringlicher und zugleich offensichtlicher. So bezeichnet der Terminus „partizipative Entscheidungsfindung“, besser bekannt unter seinem englischen Synonym *shared decision making* (SDM, Abbildung 2), einen symmetrischen Interaktionsprozess, der es dem Patienten auf der Basis geteilter, evidenzbasierter Informationen ermöglicht, gemeinsam mit dem Arzt zu einer Entscheidung zu kommen, die seinen geklärten Präferenzen entsprechen (*Klemperer 2015, 15*). Der Kern von SDM besteht aus der angestrebten Realisierung von Autonomie und Selbstbestimmung, zweier Grundlagen der Bildungstheorie. SDM grenzt sich somit bereits sowohl vom klassischen paternalistischen Modell als auch vom informierten oder Konsumentenmodell (*informed consent*) ab, wobei im Ersteren medizinische Aspekte vom Arzt dem Patienten mitgeteilt und dieser um Einwilligung gebeten wird; im zweiten Konstrukt kommuniziert der Arzt ebenfalls die medizinischen Informationen, dieser wägt dann allein oder mit anderen ab und entscheidet. SDM kann demgegenüber in drei Gesprächsphasen untergliedert werden (*Elwyn et al. 2012*):

- *team talk*,
- *option talk* und
- *decision talk*.

Hierbei stellt sich die Frage, ob und, wenn ja, inwieweit die weiter oben dargestellten Aspekte von Gesundheitsbildung mit diesem Konzept tatsächlich bereits erfasst werden. Relativ schnell wird dann augenscheinlich, dass in Anlehnung an Knörzers Konzept lediglich die dritte von vier Dimensionen gesundheitsbildnerischen Handelns erfasst wird: Die Entwicklung autonomer, authentischer Kommu-

nikationsformen wird hier im Hinblick auf gesundheitsbildnerische Didaktik zentral akzentuiert, ebenso sensible Körpererfahrungen. Die Entwicklung gesundheitsbezogener Selbstkompetenzen wird jedoch allenfalls tangential entwickelt. Die Berücksichtigung der pädagogisch-bildnerisch relevanten Dimensionen „Lernen am Modell“ und „Lernumgebungen“ ist beim Konzept der SDM noch keinesfalls gesichert.

Gerade im ärztlichen und therapeutischen Kontext ist gesundheitspädagogische Handlungskompetenz hochgradig indiziert; dies, weil diese Experten keinesfalls ausschließlich in präventivem Kontext aufgesucht werden. Ärzte und Therapeuten geben in durchaus bildnerischem Gesamtsetting Entscheidungshilfen. Sie unterstützen die Vorbereitung, Kommunikation und gemeinsame Entscheidungsfindung. Die gegebenen Informationen sollten im vorliegenden Kontext verständlich, evidenzbasiert und ergebnisoffen sein; potenzielle Optionen (Behandlung versus Nichtbehandlung, Therapie 1 versus Therapie 2 etc.) sowie Nutzen, Schaden, Risiko, Unsicherheiten, Outcomes sollten ergebnisoffen darlegt werden. Eine Vielzahl an Formaten – etwa Merkblätter, Broschüren, Computerprogramme, DVDs, interaktive Tools, soziale Netzwerke – steht hierzu im Kontext von Gesundheitsaufklärung bereits zur Verfügung. Als Beispiel für Entscheidungshilfen sei an dieser Stelle exemplarisch der „Ottawa Personal Decision Guide“ genannt (siehe Tabelle 1). Bei Untersuchungen der Auswirkungen auf die Dauer der Konsultation beziehungsweise des Gesprächs zeigte sich teils ein unveränderter Zeitaufwand sowie eine Verlängerung im Median um 2 sowie 2,5 Minuten im Vergleich zu konventioneller Kommunikation (*Stacey et al. 2014*). Dabei erscheint es durchaus möglich, dass Patienten, welche die Vorteile von SDM erfahren, später im Behandlungsverlauf weniger Konsultationszeit benötigen, was einen Bildungserfolg nahelegt.

## 5 Gesprächsführung und (Risiko-)Kommunikation

Die Kommunikation und Besprechung von Risiken und Unsicherheiten kann als weiteres zentrales Element gesundheitspädagogischen ärztlichen und therapeutischen Alltagshandelns identifiziert werden. Bei Risiken geht es darum, die Wahrscheinlichkeiten zu vermitteln, mit der erwünschte und unerwünschte Behandlungsergebnisse/Outcomes/Endpunkte zu erwarten sind. Dabei werden quantitative (numerische) Informationen (*odds ratios, relative risks*) mit dem Ziel vermittelt, dem Patienten realistische Erwartungen über Eintrittswahrscheinlichkeiten zu vermitteln. Die Erkenntnisse über die patientenseitige emotionale Bewertung dieser Wahrscheinlichkeiten ist ein in der Folge wichtiges Element für das

TABELLE 1

## Ottawa Personal Decision Guide

## 1. Um welche Entscheidung geht es?

- Vor welcher Entscheidung stehen Sie?
- Warum müssen Sie diese Entscheidung treffen?
- Bis wann müssen Sie sich entscheiden?
- Wie weit sind Sie mit Ihrer Entscheidung?

## 2. Welche Möglichkeiten haben Sie?

## Wer kann Sie unterstützen?

- Notieren Sie die verschiedenen Möglichkeiten.
- Ergänzen Sie die wichtigsten Vor- und Nachteile.
- Erwägen Sie, wie wichtig Ihnen die Vor- und Nachteile sind.
- Wer ist noch an der Entscheidung beteiligt?
- Welche Möglichkeit bevorzugt diese Person?
- Übt diese Person Druck auf Sie aus?
- Wie kann diese Person Sie unterstützen?
- Welche Rolle möchten Sie selbst bei der Entscheidung einnehmen?

## 3. Was benötigen Sie für Ihre Entscheidung?

- Kennen Sie die Vor- und Nachteile der einzelnen Möglichkeiten?
- Ist Ihnen klar, welche Vor- und Nachteile Ihnen am wichtigsten sind?
- Bekommen Sie ausreichend Unterstützung und Beratung, um eine Wahl treffen zu können?
- Haben Sie das Gefühl, dass Sie die für Sie beste Wahl getroffen haben?

4. Was fehlt Ihnen noch für die Entscheidung?  
Was könnte Ihnen bei der Vorbereitung helfen?

- Finden Sie mehr über die verschiedenen Möglichkeiten heraus.
- Schreiben Sie Ihre Fragen auf.
- Notieren Sie, wo Sie die Antworten darauf bekommen.
- Sprechen Sie mit Menschen, die die Vor- und Nachteile aus eigener Erfahrung kennen.
- Sprechen Sie mit anderen, die eine solche Entscheidung getroffen haben.
- Lesen Sie Erfahrungsberichte darüber, was für andere besonders wichtig war.
- Besprechen Sie mit anderen, was für sie selbst am wichtigsten ist.
- Besprechen Sie die Möglichkeiten mit einer Vertrauensperson.
- Suchen Sie sich Unterstützung für Ihre Wahl.
- Wenn Sie sich von anderen unter Druck gesetzt fühlen: Konzentrieren Sie sich auf die Meinungen der wichtigsten Personen.
- Besprechen Sie diese Entscheidungshilfe mit anderen.
- Bitten Sie andere darum, diese Entscheidungshilfe auszufüllen. In welchen Punkten stimmen Sie überein? Beschaffen Sie gegebenenfalls weitere Informationen. Hören Sie sich gegenseitig zu, was ihnen am wichtigsten ist.
- Suchen Sie eine neutrale Person, die Ihnen und anderen Beteiligten hilft.
- Weitere Faktoren, die Ihnen die Wahl erschweren
- Schreiben Sie auf, was Sie sonst noch benötigen.

Der „Ottawa Personal Decision Guide“ (in Anlehnung an O'Connor et al.) ist ein Beispiel für eine strukturierte Hilfestellung für Patienten. Er dokumentiert die Absicht, dem Betroffenen einen Leitfaden an die Hand zu geben, der wichtige Aspekte für seine individuelle, autonome Entscheidung beinhaltet.

weitere pädagogische Vorgehen. Die Fähigkeit, Wahrscheinlichkeiten zu verstehen, wird im Englischen mit *risk literacy* bezeichnet. Dabei ist das Zahlenverständnis (*numeracy*) entsprechend dem Bildungsgrad unterschiedlich entwickelt. Auch Ärzte zeigen hinsichtlich des Zahlenverständnisses deutliche Bildungsunterschiede (*Gigerenzer et al. 2008, 53–96*). Im Rahmen des pädagogischen Transformationsprozesses sollten einige didaktische Aspekte im Kontext von Risikokommunikation beachtet werden:

- Das absolute Risiko wird besser verstanden und ist aussagekräftiger als das relative Risiko.
- Informationen und Wahrscheinlichkeiten sollten sowohl numerisch als auch grafisch präsentiert werden.

- Die Reihenfolge kann die Wahrnehmung, Bewertung und Entscheidung beeinflussen: Das zuletzt genannte Element wird stärker wahrgenommen und gewinnt ein höheres Gewicht als zuerst genannte.
- Bei mehreren Endpunkten sollten ihre *odds* beziehungsweise *risks* in einer Tabelle zusammenfassend visualisiert werden.
- Weniger Informationen können effektiver sein und prävenieren Überfrachtung.
- Es sollte auf *framing* (unterschiedliche Rahmen) geachtet werden. So führt die positive Darstellung eines Risikos (beispielsweise: 90 Prozent überleben) zu einer niedrigeren Risikobewertung als dessen negative Präsentation (also: 10 Prozent sterben).



Bei Unsicherheiten handelt es sich um Situationen, in denen mögliche Konsequenzen und die mit ihnen behafteten Eintrittswahrscheinlichkeiten nicht bekannt sind. Risiken sind bekannt und darstellbar, Unsicherheiten sind unklar, was das Risiko (*odds, risk ratio*) angeht. Risiken sollten daher verständlich verbal beschrieben werden. Oftmals scheinen Statistiken, Risiken und Unsicherheiten zudem irreführend interpretiert zu werden, sodass Patienten gar in eine bestimmte Entscheidungsrichtung (zum Beispiel Zustimmung zu einer Früherkennungsmaßnahme, Operation oder Chemotherapie) gedrängt zu werden scheinen. Durch eine selektive Auswahl wird entgegen pädagogischer Prinzipien in der Behandlungspraxis häufig eine Überschätzung des Nutzens und eine Unterschätzung des Schadens bewirkt (*Hinneburg und Jenny 2017*). Beim Gespräch über Vorsorge-, Früherkennungs- beziehungsweise Screening-Untersuchungen sollte demgegenüber jedoch exemplarisch für das onkologische Setting Folgendes aus gesundheitspädagogisch didaktischer Perspektive beachtet werden (*Koch und Mühlhauser 2008*):

- ausgeglichene Informationen über Nutzen, Schaden und Effekt der Nichtteilnahme,
- Aufklärung über falsch-negative und falsch-positive Befunde,
- ergebnisoffene, symmetrische Kommunikation über Teilnahme/Nicht-Teilnahme an einer Therapie vor dem Hintergrund, dass das persönliche Risiko und der Nutzen überschätzt, der Schaden beziehungsweise ein fehlender Nutzen unterschätzt werden,
- Einladungen beziehungsweise Informationen über die Untersuchung sollten als Angebot formuliert werden und nicht den Eindruck einer Einberufung erwecken.

Hilfreich können zum Beispiel die sogenannten Faktenboxen sein, wie sie das Harding-Zentrum für Risikokompetenz am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung bereitstellt. Diese erlauben es, Risiken transparent und laienverständlich zu kommunizieren. Sie präsentieren die ver-

fügbare Evidenz klar und verständlich. Es wird ein ausgewogener Überblick über Nutzen und Schaden angegeben (*Hinneburg und Jenny 2017*). Der Einsatz von Entscheidungshilfen kann also dazu beitragen, feststehende Rollen und Erwartungen aufzubrechen, Missverständnisse zu minimieren und damit die Kommunikation zu verbessern.

## 6 Fazit

Für eine dringend indizierte gesundheitspädagogische Transformation in allen Settings können zweifelsfrei erste wichtige Rahmenbedingungen erkannt werden. Der Bogen reicht von nationalen Gesundheitszielen bis hin zum Präventionsgesetz. Doch: Wer in Deutschland kennt denn die nationalen Gesundheitsziele? Wie viele Patienten sind kompetent, um SDM tatsächlich symmetrisch zu realisieren und Faktenboxen auszuwerten? Die in der Fläche noch viel zu heterogenen und allzu häufig auf Eigeninitiative verantwortungsvoller Erzieherinnen und Erzieher basierenden Impulse in den Settings der Kindheit können ausschließlich als erste und ansatzweise gesundheitspädagogische Bemühungen identifiziert werden. Diesen fehlt einerseits eine didaktische Grundkonzeption im Sinne von Bildung und andererseits die pädagogische Professionalität. Gesundheitspädagogik ist keine Querschnitts- oder „Jedermann“-Kompetenz, die durch Ansätze, wie sie hier beschrieben wurden, geschaffen werden kann. Um das geforderte Ziel von mehr Gesundheitskompetenz zu erreichen, ist mehr Professionalität gefordert, die Helfenden dabei hilft, didaktisch wertvoll in den Settings von Gesundheitsförderung und Prävention zu agieren. Wirklich widersinnig ist das Ganze da, wo Gesundheitspädagogik als wissenschaftliche Teil- oder auch Interdisziplin nach erfolgreicher Akademisierung noch viel zu häufig nicht zu adäquaten beruflichen Tätigkeiten führt, weil keine Stellen existieren. Wie kann das sein – 32 Jahre nach Ratifizierung der Ottawa-Charta?

## Literatur

**Bals T, Hanses A, Melzer W (2008):** Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings – Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Weinheim und München: Juventa

**Cassens M (2014):** Einführung in die Gesundheitspädagogik. Opladen und Toronto: UTB GmbH, 48–53

**Elwyn G et al. (2012):** Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 27, No. 10, 1361–1367

**Gigerenzer G et al. (2008):** Helping Doctors and Patients Make Sense of Health Statistics. *Psychological Science in the Public Interest*, Vol. 8, No. 2, 53–96

**GKV-Spitzenverband (2014):** Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014

**GKVS, MDS (GKV-Spitzenverband, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) (2016):** Präventionsbericht 2016 – Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2015

**Haug C (1994):** Gesundheitsbildung im Wandel. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

**Herold C, Herold M (2011):** Selbstorganisiertes Lernen in Schule und Beruf. Weinheim u. Basel: Beltz

**Hinneburg J, Jenny M (2017):** Informierte Entscheidungen. *Onkologische Pflege*, Jg. 7, Heft 2, 51–55

**Homfeld (Hrsg.) (1994):** Anleitungsbuch zur Gesundheitsbildung. Hohengehren: Schneider

**Klemperer D (2015):** Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften. Bern: Hogrefe

**Knörzer W (1994):** Ein systematisches Modell der Gesundheitsbildung. In: Knörzer W (Hrsg.): *Ganzheitliche Gesundheitsbildung in Theorie und Praxis*. Heidelberg: Haug, 49–71

**Koch K, Mühlhauser I (2008):** Stellungnahme: Kriterien zur

Erstellung von Patienteninformationen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen; [www.ebm-netzwerk.de](http://www.ebm-netzwerk.de) → Was wir tun → DNEbM-Fachbereiche → Patienteninformation & -beteiligung

**Konrad K, Traub S (2010):** Selbstgesteuertes Lernen. *Grundwissen und Tipps*. 2. Aufl. Hohengehren: Schneider

**O'Connor A M et al. (1998):** A Decision Aid for Women Considering Hormone Therapy after Menopause: Decision Support Framework and Evaluations. *Patient Education and Counseling*, Vol. 33, No. 3, 267–279

**Portmann A (1939):** Nesthocker und Nestflüchter als Entwicklungszustände von verschiedener Wertigkeit bei Vögeln und Säugern. *Revue suisse de Zoologie*, Band 46, 385–390

**Prange, K (2000):** Plädoyer für Erziehung. Hohengehren: Schneider

**RKI (Robert Koch-Institut) (2015):** Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. *Gesundheit in Deutschland*; [www.rki.de](http://www.rki.de) → Gesundheitsmonitoring → Gesundheitsberichterstattung → Gesundheit in Deutschland 2015

**Scheibler F, Schwantes U, Kampmann M, Pfaff H (2005):** Shared decision-making. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 5, Heft 1, 23–31

**Schipperges M (1985):** *Homo patiens – Zur Geschichte des kranken Menschen*. München: Piper

**Stacey D et al. (2014):** Decision Aids for People Facing Health Treatment or Screening Decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001431.pub5/full>

**Wright MT (2012):** Partizipation in der Praxis: die Herausforderung einer kritisch reflektierten Professionalität. In: Rosenbrock R, Hartung S (Hrsg.): *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Bern: Hans Huber Verlag, 91–101

**Wulfhorst B (2002):** *Theorie der Gesundheitspädagogik – Legitimation, Aufgabe und Funktion von Gesundheitserziehung*. Weinheim und München: Juventa, 37–55

**Zwick E (2004):** *Gesundheitspädagogik – Wege zur Konstituierung einer erziehungswissenschaftlichen Teildisziplin*. Münster: Lit Verlag, 26–33

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 8. Februar 2018)

## DIE AUTOREN



**Prof. Dr. phil. habil. Manfred Cassens,**

Jahrgang 1967, ist Dozent am Hochschulzentrum München der FOM Hochschule für Oekonomie & Management und Co-Direktor des im Februar 2016 gegründeten FOM-Instituts für Gesundheit & Soziales der FOM. Zudem ist Cassens an der Philosophisch-Pädagogischen Fakultät der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt tätig. Hinzukommen Aktivitäten als Gutachter internationaler Journale und bei der Nationalen Agentur Bildung für Europa beim Bundesinstitut für Berufsbildung. Die akademische Ausbildung bis zur Habilitation durchlief Cassens an der Universität der Bundeswehr München.



**Prof. Dr. med. Robert Dengler,**

Jahrgang 1958, ist ebenfalls Dozent am Hochschulzentrum München der FOM Hochschule für Oekonomie & Management und Mitglied des FOM-Instituts für Gesundheit & Soziales. Er promovierte an der Technischen Universität München und arbeitete zunächst in einem DFG-Sonderforschungsbereich an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinikum Innenstadt. Dort absolvierte er auch seine Weiterbildung zum Internisten. Seit 1997 ist er niedergelassener Onkologe, 2008 gründete er ein Consulting-Unternehmen. Er war sechs Jahre Vorstand im Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen.