Gesundheit und Gesellschaft

Torsten M. Bollweg · Janine Bröder
Paulo Pinheiro *Hrsg.*

Health Literacy im Kindes- und Jugendalter

Ein- und Ausblicke

Springer VS

Gesundheit und Gesellschaft

Reihe herausgegeben von

Ullrich Bauer, Fakultät für Erziehungswissenschaft, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Matthias Richter, Institut für Medizinische Soziologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

Uwe H. Bittlingmayer, Institut für Soziologie, Pädagogische Hochschule Freiburg, Freiburg, Deutschland

Der Forschungsgegenstand Gesundheit ist trotz reichhaltiger Anknüpfungspunkte zu einer Vielzahl sozialwissenschaftlicher Forschungsfelder – z. B. Sozialstrukturanalyse, Lebensverlaufsforschung, Alterssoziologie, Sozialisationsforschung, politische Soziologie, Kindheits- und Jugendforschung – in den Referenzprofessionen bisher kaum präsent. Komplementär dazu schöpfen die Gesundheitswissenschaften und Public Health, die eher anwendungsbezogen arbeiten, die verfügbare sozialwissenschaftliche Expertise kaum ernsthaft ab. Die Reihe „Gesundheit und Gesellschaft“ setzt an diesem Vermittlungsdefizit an und systematisiert eine sozialwissenschaftliche Perspektive auf Gesundheit. Die Beiträge der Buchreihe umfassen theoretische und empirische Zugänge, die sich in der Schnittmenge sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Forschung befinden. Inhaltliche Schwerpunkte sind die detaillierte Analyse u. a. von Gesundheitskonzepten, gesundheitlicher Ungleichheit und Gesundheitspolitik.

Weitere Bände in der Reihe http://www.springer.com/series/12229

Torsten M. Bollweg · Janine Bröder · Paulo Pinheiro
(Hrsg.)

Health Literacy im Kindes- und Jugendalter

Ein- und Ausblicke

Springer VS

Hrsg.
Torsten M. Bollweg
Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft
Bielefeld, Deutschland

Janine Bröder
Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft
Bielefeld, Deutschland

Paulo Pinheiro
Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft
Bielefeld, Deutschland

ISSN 2626-6172 ISSN 2626-6180 (electronic)
Gesundheit und Gesellschaft
ISBN 978-3-658-29815-9 ISBN 978-3-658-29816-6 (eBook)
https://doi.org/10.1007/978-3-658-29816-6

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.
Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Katrin Emmerich
Springer VS ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Inhaltsverzeichnis

Health Literacy im Kindes- und Jugendalter – ein Streifzug 1
Paulo Pinheiro, Torsten M. Bollweg und Janine Bröder

Theoretische und empirische Grundlagen von Health Literacy im Kindes- und Jugendalter

Von Chicago 1958 bis Shanghai 2016: Ein Rückblick auf zentrale Entwicklungstrends in der Geschichte der Gesundheitskompetenz 11
Orkan Okan und Paulo Pinheiro

Definitionen und Konzepte von Health Literacy – Überblick und Einordnung 39
Kristine Sørensen

Health Literacy von Kindern und Jugendlichen: entwicklungsbezogene Überlegungen 55
Janine Bröder und Graça S. Carvalho

Gesundheitskompetenz messen bei Kindern: aktuelle Ansätze und Herausforderungen 73
Torsten M. Bollweg und Orkan Okan

Health Literacy im Jugendalter: Anforderungen an Messinstrumente 99
Susanne Jordan, Olga Domanska und Anne-Kathrin Loer

Im Dialog: Aktuelle Perspektiven zu Theorien & Messmethoden der Health Literacy 117
Kristine Sørensen, Jürgen Pelikan, Janine Bröder und Torsten M. Bollweg

Mental Health Literacy – konzeptionelle Überlegungen und ein multi-perspektivischer Blick auf Kinder psychisch erkrankter Eltern

Eine Einführung in das Konzept Mental Health Literacy 145
Anthony F. Jorm

Im Dialog: Zur Berücksichtigung zielgruppenspezifischer Besonderheiten bei der Betrachtung der Mental Health Literacy von Kindern psychisch erkrankter Eltern 161
Ullrich Bauer, Albert Lenz und Janine Bröder

Ein empirischer Blick auf das Konzept „Mental Health Literacy" im Fokus von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil 175
Dirk Bruland, Patricia Graf und Elena Groß

Lernen zu verstehen – Durch Psychoedukation die mentale Gesundheitskompetenz von Kindern psychisch erkrankter Eltern stärken 193
Torben Reher, Patricia Graf und Albert Lenz

Förderung psychischer Gesundheit von Schüler*innen: ein ganzheitlicher Schulansatz basierend auf Mental Health Literacy 207
Sandra Kirchhoff

Media und eHealth Literacy im Kindes- und Jugendalter

Der Umgang mit Gesundheitsbotschaften aus traditionellen und digitalen Medien – Media Health Literacy und digitale Gesundheitskompetenz 225
Isabella Bertschi und Diane Levin-Zamir

Neuen Medien und digitale Gesundheitsinformationen im Alltag von weiblichen Jugendlichen mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland 239
Zeynep Islertas

Konzipierung und Messung von eHealth Literacy bei Jugendlichen – Welche Stärken und Grenzen weisen das Lily Modell und seine Operationalisierung hierbei auf? 253
Zeynep Islertas

Health Literacy als Voraussetzung für balancierte digitale Mediennutzung am Beispiel einer Präventionsmaßnahme für das Vorschul- und Grundschulalter 271
Lea Kuntz, Simone Flaig, Paula Bleckmann, Hanna Schwendemann, Thomas Mößle, Jasmin Zimmer und Eva Maria Bitzer

Im Dialog: Die Rolle von Medien und Gesundheit in der Jugendphase: Reduktion oder Reproduktion von Ungleichheiten? 285
Diane Levin-Zamir, Uwe H. Bittlingmayer und Janine Bröder

Der HLCA Verbund: Forschungsstrukturen, Verbundorganisation und projektrelevante Querschnittsthemen

Der HLCA-Forschungsverbund 2015–2021 301
Orkan Okan, Uwe H. Bittlingmayer, Eva Maria Bitzer, Maren A. Jochimsen, Susanne Jordan, Fabian Kessl, Albert Lenz, Paulo Pinheiro, Jürgen Wasem und Ullrich Bauer

Im Dialog: Interdisziplinär und kommunikativ?! Wissenschaftsmanagement am Beispiel des HLCA-Forschungsverbunds 327
Maike Müller, Julia-Lena Reinermann und Torsten M. Bollweg

Mut zu zukunftsfähiger Wissenschaft – zur Integration der Geschlechterperspektive in die Health Literacy Forschung 337
Maren A. Jochimsen und Judith Hendricks

Eine gesundheitsökonomische Perspektive auf Health Literacy im Kindes- und Jugendalter 359
Jürgen Wasem und Janine Biermann-Stallwitz

Health Literacy im Kindes- und Jugendalter – Ausblick, Impulse und Perspektiven

Health Literacy in der Kindheit und Jugend: Analyse des aktuellen Diskurses und damit verbundene Herausforderungen und konzeptionelle Überlegungen 373
Janine Bröder

„Health literacy is linked to literacy“: Eine Betrachtung der im Forschungsdiskurs zu Health Literacy berücksichtigten und unberücksichtigten Beiträge aus der Literacy Forschung 393
Paulo Pinheiro

Die soziale Einbettung von Gesundheitskompetenz 417
Ullrich Bauer

Die Einbettung von Health Literacy in das Paradigma der Salutogenese 437
Luís Saboga-Nunes, Uwe H. Bittlingmayer, Marlene Pieper und Orkan Okan

Gesundheitskompetenz für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen? Inklusion als ernstzunehmende Herausforderung für die Gesundheitskompetenz 461
Uwe H. Bittlingmayer, Paulo Pinheiro und Diana Sahrai

Health Literacy in der Praxis der Sozialen Arbeit 483
Laura Bader, Lena Gemander, Wietke Sophie Herdejürgen, Sonja Hölzl, Maria Hoffmann und Johanna Salewski

Im Dialog: Gesundheitliche Bildung, Gesundheitskompetenz und gesundheitsfördernde Schulen 503
Malcolm Thomas, Dirk Bruland und Torsten M. Bollweg

Die ethischen Grundlagen für die Entwicklung von Health Literacy in Schulen 523
Leena Paakkari und Shanti George

Kinder als aktiv Mitgestaltende in Health Literacy Forschung und Praxis? Von Rhetorik zu Rechten 549
Emma Bond und Vanessa Rawlings

Die natürliche Neugier von Kindern als Grundlage für das Children's International Press Centre (CIPC) 563
Elise Sijthoff

Stimmen aus dem Off: Interdisziplinäre Forschungsperspektiven auf die Gesundheitskompetenz von Kindern aus der Mitte eines informellen Netzwerks 575
Paulo Pinheiro, Shanti George, Orkan Okan, Elise Sijthoff, Uwe H. Bittlingmayer, Rahel Kahlert, Almas Merchant, Dirk Bruland, Janine Bröder und Ullrich Bauer

IUHPE Positionspapier zur Gesundheitskompetenz: eine praktische Vision für eine gesundheitskompetente Welt 599
Diane Levin-Zamir

Autorenverzeichnis

Laura Bader Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Paderborn, Paderborn, Deutschland

Prof. Dr. Ullrich Bauer Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft, Bielefeld, Deutschland

Isabella Bertschi Universität Zürich, Psychologisches Institut, Zürich, Schweiz

Dr. Janine Biermann-Stallwitz Universität Duisburg-Essen, Lehrstuhl für Medizinmanagement, Essen, Deutschland

Prof. Dr. Uwe H. Bittlingmayer Pädagogische Hochschule Freiburg, Institut für Soziologie, Freiburg, Deutschland

Prof. Dr. Eva Maria Bitzer Pädagogische Hochschule Freiburg, Abteilung Public Health and Health Education, Freiburg, Deutschland

Prof. Dr. Paula Bleckmann Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft, Fachbereich Bildungswissenschaft, Alfter, Deutschland

Torsten M. Bollweg Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft, Bielefeld, Deutschland

Prof. Dr. Emma Bond University of Suffolk, Graduate School, Ipswich, England

Janine Bröder Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft, Bielefeld, Deutschland

Dr. Dirk Bruland Fachhochschule Bielefeld, Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich, Bielefeld, Deutschland

Prof. Dr. Graça S. Carvalho University of Minho, Research Centre on Child Studies CIEC-UM, Braga, Portugal

Olga Domanska Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin, Deutschland

Simone Flaig Pädagogische Hochschule Freiburg, Abteilung Public Health and Health Education, Freiburg, Deutschland

Lena Gemander Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Paderborn, Paderborn, Deutschland

Shanti George WISHES Network, Amsterdam, Niederlande

Dr. Patricia Graf Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft, Bielefeld, Deutschland

Elena Groß Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft, Bielefeld, Deutschland

Judith Hendricks Universität Duisburg-Essen, Institut für Soziologie, Duisburg, Deutschland

Wietke Sophie Herdejürgen Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Paderborn, Paderborn, Deutschland

Maria Hoffmann Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Paderborn, Paderborn, Deutschland

Sonja Hölzl Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Paderborn, Paderborn, Deutschland

Zeynep Islertas Pädagogische Hochschule Freiburg, Institut für Soziologie, Freiburg, Deutschland

Dr. Maren A. Jochimsen Universität Duisburg-Essen, Essener Kolleg für Geschlechterforschung, Essen, Deutschland

Dr. Susanne Jordan Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin, Deutschland

Prof. Dr. Anthony F. Jorm University of Melbourne, Melbourne School of Population and Global Health, Centre for Mental Health, Melbourne, Australien

Dr. Rahel Kahlert European Centre for Social Welfare Policy and Research, Wien, Österreich

Prof. Dr. Fabian Kessl Bergische Universität Wuppertal, Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften, Fach Erziehungswissenschaft, Wuppertal, Deutschland

Sandra Kirchhoff Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft, Bielefeld, Deutschland

Lea Kuntz Pädagogische Hochschule Freiburg, Abteilung Public Health and Health Education, Freiburg, Deutschland

Prof. Dr. Albert Lenz Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Institut für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie, Paderborn, Deutschland

Prof. Dr. Diane Levin-Zamir University of Haifa, School of Public Health, Haifa, Israel & Clalit Health Services, Department of Health Education and Promotion, Tel Aviv, Israel

Anne-Kathrin Loer Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin, Deutschland

Almas Merchant Medizinische Universität Wien, Innere Medizin I, Abteilung für Onkologie, Wien, Österreich

Prof. Dr. Thomas Mößle Hochschule für Polizei Baden-Württemberg, Fakultät II - Kriminalwissenschaften, Villingen-Schwenningen, Deutschland

Dr. Maike Müller Universität Duisburg-Essen, Zentrum für Medizinische Biotechnologie, Essen, Deutschland

Dr. Orkan Okan Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft, Bielefeld, Deutschland

Dr. Leena Paakkari University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health Sciences, Research Center for Health Promotion, Jyväskylä, Finnland

Prof. Dr. Jürgen Pelikan Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Österreich

Marlene Pieper Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft, Bielefeld, Deutschland

Dr. Paulo Pinheiro Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft, Bielefeld, Deutschland

Vanessa Rawlings University of Suffolk, Graduate School, Ipswich, England

Torben Reher Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Institut für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie, Paderborn, Deutschland

Dr. Julia-Lena Reinermann Kulturwissenschaftliches Institut Essen, Essen, Deutschland

Prof. Dr. Luís Saboga-Nunes Pädagogische Hochschule Freiburg, Institut für Soziologie, Freiburg, Deutschland

Prof. Dr. Diana Sahrai Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Pädagogische Hochschule, Institut Spezielle Pädagogik und Psychologie, Muttenz, Schweiz

Johanna Salewski Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Paderborn, Paderborn, Deutschland

Dr. Hanna Schwendemann Pädagogische Hochschule Freiburg, Abteilung Public Health and Health Education, Freiburg, Deutschland

Elise Sijthoff WISHES Network, Amsterdam, Niederlande & Fysio Educatief, Amsterdam, Niederlande

Dr. Kristine Sørensen Global Health Literacy Academy, Risskov, Dänemark

Prof. Dr. Malcolm Thomas Aberystwyth University, School of Education, Aberystwyth, Wales

Prof. Dr. Jürgen Wasem Universität Duisburg-Essen, Lehrstuhl für Medizinmanagement, Essen, Deutschland

Jasmin Zimmer Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft, Fachbereich Bildungswissenschaft, Alfter, Deutschland

Stimmen aus dem Off: Interdisziplinäre Forschungsperspektiven auf die Gesundheitskompetenz von Kindern aus der Mitte eines informellen Netzwerks

Paulo Pinheiro, Shanti George, Orkan Okan, Elise Sijthoff, Uwe H. Bittlingmayer, Rahel Kahlert, Almas Merchant, Dirk Bruland, Janine Bröder und Ullrich Bauer

Der vorliegende Beitrag basiert auf einem Aufsatz der Autorengruppe, der 2020 im von Saboga-Nunes et al. herausgegebenen und von SpringerVS verlegten Buch „Connecting Different Perspectives: New Approaches, New Insights on Health Literacy Research" veröffentlicht werden wird (Pinheiro et al. 2020). Bei der aktuellen Fassung auf Deutsch handelt es sich um eine übersetzte und leicht gekürzte Version des ursprünglichen Beitrags. Übersetzung aus dem Englischen: Paulo Pinheiro und Marlene Pieper.

P. Pinheiro (✉) · O. Okan · J. Bröder · U. Bauer
Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland
E-Mail: paulo.pinheiro@uni-bielefeld.de

S. George · E. Sijthoff
WISHES Network, Amsterdam, Niederlande

U. H. Bittlingmayer
Pädagogische Hochschule Freiburg, Freiburg, Deutschland

R. Kahlert
European Centre for Social Welfare Policy and Research, Wien, Österreich

A. Merchant
Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

D. Bruland
Fachhochschule Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

T. M. Bollweg et al. (Hrsg.), *Health Literacy im Kindes- und Jugendalter,*
Gesundheit und Gesellschaft, https://doi.org/10.1007/978-3-658-29816-6_32

1 Vorbemerkung

Das folgende Kapitel zeichnet auf, was eher selten zu Papier gebracht wird: Den lebhaften und meist verbalen Austausch, der sich zwischen Forschenden, die in verwandten Bereichen arbeiten, bei offeneren und flüchtigeren Zusammenkünften ergibt. Im vorliegenden Fall war der Anlass eine Vorkonferenz mit dem Titel „Recognizing Children and Young People as Active Citizens within Health Literacy: Theory and Practice across Europe", die im Rahmen der dritten Europäischen Health Literacy Conference im November 2015 gemeinsam vom Netzwerk „Working together Internationally on Social development and Health in Every School and Family (WISHES)" und dem Verbundprojekt „Health Literacy in Childhood and Adolescence (HLCA)" organisiert und durchgeführt worden ist.

Die Entstehung des vorliegenden Beitrags illustriert möglicherweise das, was Steven Johnson (2010) in seinem Buch „Where Good Ideas Come From" beschreibt. Johnson identifiziert darin den Besprechungstisch als den „Ground Zero of Innovation" (S. 61). Hier – so Johnson – entstehen Ideen in fluiden Netzwerken, in denen das Zusammenführen und Rekombinieren von Gedanken geschätzt sowie der Blick für viele miteinander verbundene Umgebungen geöffnet werden (Johnson 2010, S. 21).

Eine wesentliche Schlussfolgerung aus der Vorkonferenz war der einhellig artikulierte Bedarf nach erweiterten Forschungsperspektiven und alternativen Zugängen für eine Diskussion über die Gesundheitskompetenz von Kindern. Ein erster Schritt lag in der gemeinsamen Verschriftlichung der vorgetragenen Perspektiven und embryonalen Argumente. Somit liegt dem Kapitel das Motiv zugrunde, die Ansammlung von ersten Ideen, Hinweisen und Assoziationen zu bündeln und dadurch eher zu sensibilisieren als zu verallgemeinern (vgl. Wiener und Rosenwald 1993, S. 33). Eine Überprüfung und Ausformulierung der zur Verfügung gestellten Impulse setzt voraus, dass der Prozess mit weiteren eher offenen und zur Diskussion einladenden Treffen fortgeführt wird und den Dialog zwischen Menschen fördert, die in verschiedenen Fachbereichen versiert sind – mit all den damit einhergehenden Übersetzungsschwierigkeiten (Johnson 2010, S. 171).

Der vorliegende Beitrag hat seinen Platz neben anderen in diesem Sammelband, indem er einige „Stimmen auf dem Weg" während der ersten Phase des

HLCA-Verbundprojekts aufgreift. Der Fokus liegt stärker auf dem Festhalten von Ideen anhand breiter Pinselstriche als auf der Verdichtung einer breit angelegten Diskussion.

2 Einleitung

Eine systematische Annäherung an das Thema Gesundheitskompetenz (Health Literacy) im Kindesalter kann mit dem Vorhaben erfolgen, die dem Thema zu Grunde liegenden Hauptkonstrukte – namentlich Gesundheit (Health), Alphabetisierung und Grundbildung (Literacy) sowie Kindheit – einer umfassenden Betrachtung zu unterziehen. Ein solches Vorgehen ermöglicht die Öffnung für alternative Perspektiven und somit eine Kontrastierung mit den etablierten Denkfiguren, die das Verständnis über Gesundheitskompetenz in Forschung und Praxis prägen. So ist z. B. davon auszugehen, dass von neueren Erkenntnissen aus der Kindheitssoziologie oder den sogenannten New Literacy Studies Impulse ausgehen, die ein Überdenken und ggfs. eine veränderte Ausrichtung aktueller Ansätze zur Gesundheitskompetenz in der Kindheit erforderlich machen (z. B. Fairbrother et al. 2016). Gesundheitskompetenz wird dadurch als etwas begriffen, das mehr als die Verarbeitung von Gesundheitsinformationen durch Individuen beinhaltet und nicht hinreichend mittels vertikaler Kategorien von z. B. „hoher“ und „niedriger“ Gesundheitskompetenz mess- und bewertbar ist. Hierbei geraten dann auch Fragen nach sozialen und kulturellen Kontexten und sozial bedingten Ungleichheiten stärker in das Blickfeld. Zugänge, die an Erkenntnisse aus den New Literacy Studies anschließen, legen z. B. nahe, die Gesundheitskompetenz im Rahmen von Ereignissen und Situationen zu erfassen, in denen Lesen und Schreiben eine Rolle spielt, um die damit verbundenen sozialen Praktiken zu analysieren. Hierdurch wird u. a. der Betrachtung von Sinngebungsprozessen, die bei Kindern während des Umgangs mit schriftsprachlich vermittelten Inhalten stattfinden, mehr Raum zugewiesen. Gesundheitskompetenz kann im Zusammenhang mit Konzepten wie active citizenship oder (Selbst-)Reflexion zudem als Selbst-Bildung/Erziehung durch Coaching und kooperatives Lernen begriffen und untersucht werden.

Das Gegenstandsfeld erfährt durch die Etablierung des deutschsprachigen Begriffs Gesundheitskompetenz bereits eine Konturierung, die ausblendet, dass die international dominierende Begriffskombination Health Literacy

sich auf Phänomene bezieht, die nicht direkt beobachtbar sind und die durch die soziale Praxis unter den Bedingungen der sozialen Realitäten entstehen. Beschreibungen der Gesundheitskompetenz als „komplexes soziales Konstrukt“ (Pleasant 2014) unterstützen eine solche Perspektive. In diesem Kapitel wird der Blick auf Gesundheitskompetenz zudem auf die Lebensphase der Kindheit ausgerichtet und adressiert somit drei komplexe soziale Konstrukte: a) Gesundheit, b) Literacy (Alphabetisierung und Grundbildung), c) Kindheit. Darüber hinaus wird die Argumentation von der Annahme geleitet, dass sich die Ausarbeitung einer tragfähigen Konstruktion der „Gesundheitskompetenz im Kindesalter“ auch auf öffentliche Diskussionen auswirkt, wenn z. B. Verantwortlichkeiten für die Förderung von Gesundheitskompetenz oder die Ausgestaltung von politischen Handlungsstrategien und Praxisprogrammen thematisiert werden.

Ein Ausgangspunkt für die Entfaltung von Ideen und Argumenten stellt die Klärung der im wissenschaftlichen Feld vorherrschenden Vorstellungen darüber dar, wie Gesundheitskompetenz für die Kindheitsphase gegenwärtig begriffen und konzipiert wird. Diese kann auf der Grundlage von zwei Literaturübersichtsarbeiten, die 2015 von einigen der Autor*innen initiiert und mittlerweile veröffentlicht worden sind (Bröder et al. 2017; Okan et al. 2018), vorgenommen werden.

Die systematische Sichtung der Fachliteratur ergab 32 Verweise auf Theorien und Konzepte und weitere 15 Verweise auf den methodischen Bereich. In der Gesamtschau lassen sich folgende Gemeinsamkeiten im gegenwärtigen Verständnis von Gesundheitskompetenz im Kindesalter herausstellen:

1. Im Vordergrund stehen vor allem personale Merkmale, die als erforderlich erachtet werden, um auf gesellschaftliche und situative Anforderungen reagieren zu können. In Kurzform geht es darum, wie Gesundheitsinformationen unter dem Aspekt von Mindestanforderungen für die Gesundheit von Kindern gesammelt, verstanden, bewertet und angewendet werden. Die konzeptionelle Ausrichtung der Gesundheitskompetenz in der Kindheit ähnelt dabei weitgehend dem Gros an Definitionen und Konzeptualisierungen für Erwachsene, wo a) die Gesundheitskompetenz vornehmlich im Individuum angesiedelt wird, b) rationales Denken und Handeln in den Mittelpunkt gestellt werden und c) eine Bewertung von Fähigkeiten durch den Abgleich mit externen Anforderungen erfolgt.

2. Soziale und kulturelle Bedingungen oder Lebenswelten werden weithin als relevant anerkannt, jedoch ist der damit verbundene Diskurs weit weniger aufbereitet als die Ausführungen zu personalen Attributen.
3. Die Kindheit unterscheidet sich vom Erwachsenenalter in der Regel durch den Bezug auf entwicklungsbezogene Belange und Aufgaben, wobei mehr auf Konzepte der Entwicklungspsychologie und weniger auf soziologische Ansätze zurückgegriffen wird. Eine Orientierung von Gesundheitskompetenz an die altersbezogenen Entwicklungsphasen nach Piaget liegt z. B. vor. Weitere Ansätze, die systematisch der Frage nachgehen, wie, wann und unter welchen Umständen Kinder Gesundheitskompetenz entwickeln und Wissen erwerben, liegen lediglich vereinzelt vor.
4. Bei der Bewertung der Gesundheitskompetenz werden personenbezogene Merkmale tendenziell in Form von hierarchischen Rangfolgesystemen bewertet, die zwischen hohen und niedrigen (oder angemessenen und unzureichenden) Niveaus unterscheiden. Es gibt kaum Beurteilungen der Gesundheitskompetenz von Kindern im Schulalter, die Sachverhalte ohne vergleichende Klassifizierungen bewerten.

Zweifellos liegen Argumente vor, welche die voranstehend skizzierte Rahmung stützen. Einer Affirmation wird hier jedoch die skeptische Einschätzung vorangestellt, dass das dadurch abgebildete Verständnis von Gesundheitskompetenz für das Kindesalter weder umfassend noch hinreichend ausfällt. Eine weitergehende Betrachtung setzt dabei an die den Gegenstand konstituierenden Hauptkonstrukte an, von denen ausgehend einige Überlegungen entwickelt werden, die als Herausforderung an das gängige Verständnis von Gesundheitskompetenz in der Kindheit verstanden werden können.

Nachfolgend wird argumentiert, dass

- das gegenwärtige Verständnis von Gesundheitskompetenz im Kindesalter vor allem auf Perspektiven aus der Gesundheitsforschung aufbaut und von einer Anreicherung mit Perspektiven, die in der Kindheits- sowie Literacy-Forschung berücksichtigt werden, profitieren kann.
- sich die Analyse der Gesundheitskompetenz im gleichen Maße auf Sinngebungsprozesse und unterschiedliche Modi der Schriftsprache wie auf die Verwendung und Verarbeitung von Gesundheitsinformationen beziehen sollte.
- die Beobachtungseinheit, die auf das Individuum ausgerichtet ist, eine Verlagerung auf Ereignisse und Praktiken erfährt, um die mit

Gesundheitskompetenz verbundenen sozialen Praktiken sichtbar zu machen, personen- und kontextbezogene Determinanten zu identifizieren und soziale Hintergrundstrukturen adäquat zu berücksichtigen.
- die Messung und Bewertung der Gesundheitskompetenz im Kindesalter fast ausschließlich über vertikale bzw. hierarchische Verfahren erfolgt, die Vergleiche anstreben, und es sich empfiehlt, horizontale bzw. nicht hierarchische Erhebungsverfahren zu entwickeln, die qualitative Ausprägungen sichtbar macht.

Die Leitaussagen werden im Anschluss wie folgt erörtert: Der erste Abschnitt erklärt, dass es bei der Gesundheitskompetenz in der Kindheit genauso um Gesundheit wie um Kindheit und Literacy geht. Abschnitt zwei veranschaulicht, warum Gesundheitskompetenz mehr ist als die individuelle Verarbeitung von Gesundheitsinformationen. In Abschnitt drei wird erörtert, warum es für ein umfassendes Verständnis von Gesundheitskompetenz hilfreich ist, einen Bezugsrahmen zu bedienen, der auf Ereignisse und damit verbundene soziale Praktiken ausgerichtet ist. Abschnitt vier legt abschließend dar, warum die Erhebung und Bewertung der Gesundheitskompetenz über vertikale Verfahren hinaus erweitert werden muss.

3 Bei der Gesundheitskompetenz im Kindesalter geht es gleichermaßen um Gesundheit, Literacy (Alphabetisierung und Grundbildung) und Kindheit

Die gegenwärtigen konzeptuellen Ansätze zur Gesundheitskompetenz im Kindesalter haben sich vor allem in Feldern der Gesundheitsforschung entwickelt, insbesondere im Bereich der Gesundheitsversorgung und der öffentlichen Gesundheit. Noch nicht umfassend berücksichtigt und diskutiert wird ein breites Spektrum an Erkenntnissen aus der Kindheits- und Literacy-Forschung, die wertvolle Impulse zum Überdenken der derzeitigen Konzepte der Gesundheitskompetenz im Kindesalter bieten. Kindheitsforschung adressiert eine Vielzahl von Dimensionen, deren Betrachtung ausgehend von psychologischen (z. B. Grusec und Hastings 2006; Denzin 2009) bis hin zu soziologischen Perspektiven (z. B. Hurrelmann et al. 2015) erfolgt. Die Literacy-Forschung umfasst ein ähnlich breites Spektrum an Perspektiven, darunter beispielsweise kognitive, psycholinguistische und soziokulturelle Ansätze (Kennedy et al. 2012). Angesichts der ausgeprägten Ausrichtung der gegenwärtigen Konzipierung von Gesundheitskompetenz an Perspektiven

aus der Gesundheitsforschung und der damit einhergehenden Vernachlässigung weiterer wichtiger Bezugspunkte, kann hier beispielsweise auf Forschungsarbeiten in der Kindheitssoziologie (Brady et al. 2015) oder auf die New Literacy Studies (Street 2003) als alternative Zugänge hingewiesen werden.

Zahlreiche grundlegende Prozesse der kognitiven, physischen und sozial-emotionalen Entwicklung finden in der frühen, mittleren und späten Kindheit statt. Kinder sind daher intensiver als Erwachsene mit ihrer eigenen biologischen, kognitiven, psychologischen, emotionalen und sozialen Entwicklung beschäftigt. Sie sind fortlaufend dabei, sich selbst und die Welten, in denen sie leben, zu verstehen und auf interne wie externe Anforderungen zu reagieren. Während Kinder im Allgemeinen von Erwachsenen (zumeist Eltern) abhängig sind, um materielle Ressourcen oder soziale Unterstützung zu erhalten, sind sie doch genauso bereits aktive Akteur*innen in ihrer eigenen Sozialwelt (Brady et al. 2015). Eine Sichtweise, die Kinder als soziale Akteur*innen anerkennt, hebt kindheitsspezifische Perspektiven auf Gesundheit und Handlungen innerhalb unterschiedlicher sozialer Kontexte und Kulturen stärker hervor. Dieser Abschnitt weist auf das, was als „New Sociology of Childhood“ (neue Soziologie der Kindheit) bezeichnet wird, hin: Veränderte Perspektiven in der Kindheitsforschung (Prout 2011), in denen Kinder als „social beings“ (soziale Akteur*innen mit einer eigenen Handlungsfähigkeit) und nicht länger als „social becomings“ (gesellschaftlich Werdende, die wie leere Gefäße mit Wissen und Fähigkeiten angereichert werden müssen) (Alanen 1988), betrachtet werden. Kinder sind von struktureller Bedeutung für eine Gesellschaft (Qvortrup et al. 1994), obwohl sie gegenüber politischen und sozialen Strukturen relativ machtlos sind (Mayall 1998). Sie können als gesellschaftliche Minderheit und eigenständige Bevölkerungsgruppe verstanden werden, die die gleiche Aufmerksamkeit verdient wie andere gesellschaftliche Gruppen und Minderheiten (Mayall 1994). Kinder sind daher als soziale Akteur*innen anzuerkennen, die über Handlungsmächtigkeit und soziale Teilhabe bereits verfügen und als Mitgestalter*innen ihrer Lebenswelten auftreten (James und Prout 1990).

Das Leitbild der Kinder als soziale Akteur*innen (Bühler-Niederberger 2010) wird in die Generationenordnung eingefasst und adressiert daher u. a. auch die Konflikte und Spannungen, die in der Interaktion von Kindern mit der Erwachsenengeneration angesichts der ungleichen Verteilung von Handlungs- und Entscheidungsmacht zwischen Kindern und Erwachsenen auftreten (Huijsmans et al. 2014). Die Beschäftigung mit dem Handeln von Kindern innerhalb der Dynamik der Machtverhältnisse zwischen Kindern und Erwachsenen gewinnt an Bedeutung, wenn Konzepte der Gesundheitskompetenz die aktive Teilhabe von Kindern an Entscheidungen als eine zentrale Zielgröße definieren

(Borzekowski 2009). Derartige Perspektiven auf Gesundheitskompetenz ermöglichen es, Kinder als aktive Akteur*innen wahrzunehmen und bedingen, dass Kinder immer in Interaktion mit anderen Personen und in intergenerationellen Beziehungen gesehen werden. Betrachten wir abschließend ein Beispiel, in diesem Fall für die produktive Interaktion mit Lehrpersonen aus der Schule.

Lehrkräfte spielen eine bedeutende Rolle für die Entwicklung von Kindern. Sie sehen nahezu täglich Kinder, wodurch sie Verhaltensänderungen und gesundheitliche Probleme – darunter auch psychische Belastungen – frühzeitig wahrnehmen können, und in der Lage sind, belasteten Kindern Unterstützung anzubieten. Ein Forschungsprojekt des HLCA-Verbunds adressiert die psychischen Gesundheitskompetenz von Lehrpersonen und untersucht, wie sehr die Gesundheitskompetenz von Lehrerkräften sich auf Schüler*innen in der mittleren und späten Kindheit auswirkt, deren Eltern psychisch erkrankt sind (Bruland et al. 2016). Eine Relevanz des Themas liegt darin, dass Kinder von psychisch kranken Eltern einem höheren Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen ausgesetzt sind. Im schulischen Kontext kommt dem Wissen der Lehrkräfte über die häuslichen Lebensumstände der Kinder eine besondere Bedeutung zu. Kinder reagieren häufig auf familiäre Belastungen, die sich aus der psychischen Erkrankung ergeben, mit symptomatischem Verhalten. In ihrem Schulleben spiegeln sich die Belastungen sowie ihre Bewältigungsversuche wider, die sie von ihren Mitschüler*innen unterscheiden. Eine systematische Literaturrecherche ergab lediglich drei Studien, die sich speziell auf Lehrkräfte und Schulkinder mit psychisch kranken Eltern konzentrieren (Bruland et al. 2017). Die wenigen Daten verweisen auf die Schwierigkeiten, mit denen Lehrkräfte bei der Identifizierung belasteter Schüler*innen konfrontiert sind. Selbst wenn es ihnen gelingen sollte, Problemlagen zu erkennen, bleiben sie im weiteren Vorgehen und Umgang mit der Lebenssituation des Kindes verunsichert (Bibou-Nakou 2004; Reupert und Maybery 2007; Brockmann 2014). Erste Ergebnisse aus einer ersten qualitativen Untersuchung bestätigen diese Befunde und zeigen, wie unzureichend vorbereitet Lehrkräfte aufgrund fehlender Ausbildung oder Fachkenntnisse sind, um betroffenen Kindern strukturierte Hilfe zukommen zu lassen. In ihrer beruflichen Rolle liegt der Schwerpunkt zunehmend auf dem Wissenstransfer und der Lernförderung im Rahmen des Unterrichts in großen Klassen und nicht auf der individuellen Unterstützung bedürftiger Kinder. Unklarheiten bleiben weiterhin bestehen: Bieten Schulen hinreichend Raum, um die Gesundheit der Kinder zu fördern, und den Lehrerkräften ausreichend Möglichkeiten, auf die Lebensumstände ihre Schüler*innen einzugehen?

4 Gesundheitskompetenz ist interaktiv und geht über die Verarbeitung von Gesundheitsinformationen hinaus

Als Ergebnis einer kritischen Überprüfung von Definitionen und Konzepten zur Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter (Bröder et al. 2017; Okan et al. 2018) zeigt sich, dass ein gemeinsamer Schwerpunkt darin liegt, zu adressieren, wie Individuen handeln sollen, um vorgegebene Normen zu erfüllen, die für spezifische Situationen ausgewiesen werden. Ein solcher Fokus rückt individuelle Kompetenzen, Fertigkeiten oder Fähigkeiten in den Vordergrund, während soziale Praktiken der Gesundheitskompetenz vernachlässigt werden. Letzteres beinhaltet auch die Perspektive auf Prozesse, durch die gegebenen Informationen Sinn oder Bedeutungen zugewiesen werden. Mit der derzeitigen Ausrichtung werden weder Fragen, die über die persönlichen Voraussetzungen für Gesundheitskompetenz hinausgehen, noch die soziokulturellen Strukturen, in die Kinder und Erwachsene eingebettet sind, und ihre Effekte auf die Gesundheitskompetenz hinreichend berücksichtigt (Bröder et al. 2017).

Anders als bei der Forschung zur Gesundheitskompetenz (Health Literacy), in welcher der Fachbegriff der Sprache nur selten als Schlüsselbegriff herangezogen wird, befasst sich die Forschung zu Literacy (Alphabetisierung und Grundbildung) hauptsächlich mit Sprache und legt einen Schwerpunkt auf das Lesen und Schreiben. In der Forschung zur Gesundheitskompetenz wird stattdessen viel häufiger der Begriff der Gesundheitsinformation benutzt. Dieser Aspekt ist einer eingehenderen Betrachtung zu unterziehen, wobei zu argumentieren ist, dass ein enger Fokus auf Gesundheitsinformationen den analytischen Blick auf Prozesse der Informationsverarbeitung lenkt und den interaktiven Charakter, welcher der Gesundheitskompetenz innewohnt, vernachlässigt. Der Begriff Gesundheitsinformation erweist sich auch als nicht tragfähig genug, um der Frage nach der Rolle von Kontexten und Umwelten für Handlungen der Gesundheitskompetenz nachzugehen. Eine Annahme wäre, dass dies umfangreicher erfasst werden könnte, wenn der Begriff der Sprache in der Gesundheitskompetenzforschung zentraler platziert wäre. Unabhängig davon ist zu empfehlen, das Augenmerk weniger auf das zweckorientierte Nutzen von Gesundheitsinformationen und mehr auf Vorgänge zu richten, in denen die durch Lese- und Sprechakte vermittelten Inhalten mit Bedeutung und Sinn versehen werden.

Der Blick auf Prozesse der Sinnbildung im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz ermöglicht es, zu untersuchen, wie Kinder gesundheitsbezogene Aussagen interpretieren und ihnen Bedeutung zuweisen. Dies trifft ebenso auf Erwachsene zu, die für das Alltagsleben von Kindern von Bedeutung sind.

Definitionen und Konzeptualisierungen der Gesundheitskompetenz sind ein Ergebnis wissenschaftlicher Perspektiven. Ein solches Expert*innenkonzept betrachtet Gesundheitsinformationen als eine weitgehend objektive Größe oder neutrale Tatsache. Für zahlreiche gesundheitsbezogene Themen, insbesondere solche, die in der Gesundheitsförderung angesprochen werden, ist es jedoch schwierig, eine ausreichend strenge Evidenzbasis für die Inhalte und Informationen vorzufinden. Vielmehr ist davon auszugehen, dass Gesundheitsinformationen häufig eher normative Botschaften vermitteln, die implizieren, was eine Gesellschaft von ihren Mitgliedern oder Eltern von ihren Kindern erwarten. Es fehlt weiterhin ein differenziertes Wissen darüber, wie und durch wen Kinder Informationen erhalten, welche Quellen sie aktiv aufsuchen oder inwieweit Informationen so verfügbar gemacht werden, dass Kinder unterschiedlichen Alters damit umgehen können.

Ein wichtiger Meilenstein in der Soziologie der Kindheit war die Veröffentlichung des Buches „The Private Worlds of Dying Children" der Anthropologin Myra Bluebond-Langner im Jahr 1978. Ausgehend von ihren Studien mit unheilbar erkrankten Kindern im Alter von drei bis neun Jahren enthüllte sie, wie betroffene Kinder ihre Krankheit wahrnahmen, mit ihr umgingen und wie sie dazu in der Lage waren, die soziale Realität ihres unvermeidlichen Todes eigenständig zu konstruieren (Bluebond-Langner 1978). Heute zeigt sich, dass ihre Studie sowohl die Soziologie der Kindheit als auch eher deterministische Theorien über die Sozialisation von Kindern (Ryan 2008) grundlegend beeinflusst und verändert hat, indem sie die Potenziale von Kindern zur Verarbeitung und zum Verstehen von Realitäten deutlich gemacht hat. In ähnlicher Weise kann die Auseinandersetzung mit der Gesundheitskompetenz z. B. bei Kindern mit Behinderungen in erster Linie darin bestehen, Lernstrategien für den Umgang mit Stereotypen offenzulegen, die einen wichtigen Teil ihrer täglichen Erfahrung ausmachen, anstatt das Suchverhalten nach Gesundheitsinformationen zu fokussieren.

Modelle der Gesundheitskompetenz als Informationsverarbeitung verleiten dazu, eine unidirektionale Logik von Sender*innen zu Empfänger*innen zu bedienen. Diese steht im Gegensatz zur Interaktion zwischen Individuen und innerhalb von Organisationen wie Familien oder Schulen, in denen Kinder ihre Alltagsrealitäten und ihren Status mit Erwachsenen aushandeln (Bauer 2012; Alanen et al. 2015). Die intergenerationellen Beziehungen beinhalten ein ungleiches Machtverhältnis zugunsten der Erwachsenen, sodass Kinder in diesem Spannungsfeld täglich herausgefordert werden, ihren eigenen Status zu festigen und zu behaupten. Solche Verstetigungsprozesse und Aushandlungen sind für alle Kinder Bestandteil einer alltäglichen Praxis. Für eine Analyse solcher alltäg-

lichen Aushandlungen bieten Bourdieus Theorien von Feld, Habitus und Kapital einen hilfreichen Bezugsrahmen (siehe z. B. Bauer 2012), mit dem man auch dezidiert auf gesundheitsbezogenen soziale Praktiken von Kindern eingehen kann. Soziokulturelle Forschungsperspektiven auf Literacy (Street 1984, 2003; Papen 2009) bekräftigen dies mit dem Verweis auf die Relevanz von Bourdieus soziologischem Ansatz für das Verständnis von sozialen Interaktionen und Machtbeziehungen beim Lesen und Schreiben.

Eine Konzipierung der Gesundheitskompetenz im Kindesalter sollte daher von der Prämisse ausgehen, dass Kinder aktiv an Entscheidungsprozessen zu gesundheitsrelevanten Fragen teilnehmen. Gesundheitsstrategien sollten sich zudem stärker demokratischer Werte und Praktiken des alltäglichen Lebens bedienen, indem sie auf Augenhöhe kommunizieren sowie die Perspektiven und Äußerungen von Kindern wahrnehmen und würdigen. Es sollte eine Sensibilisierung dafür vorliegen, nicht ausschließlich auf die Sichtweisen von Erwachsenen auf die Kindheit zu achten. In diesem Zusammenhang kann folgendes Positivbeispiel aufgeführt werden:

Bereits vor rund fünfzehn Jahren wurde ein Curriculum, das im weitesten Sinne die Gesundheitskompetenz von Kindern sowie Kinder als soziale Akteur*innen adressiert, entwickelt (Sijthoff 2014). Die Entwicklung des Curriculums, die von einer Physiotherapeutin angestoßen wurde, folgte der Vorgabe, Menschen aller Altersgruppen zu ermöglichen, sich mittels physiotherapeutischen Angeboten im eigenen Körper wohl zu fühlen, an Stärken anzusetzen und an Grenzen zu arbeiten. Es erschien hierbei sinnvoll, das Angebot zunächst an Kinder zu richten, um sie frühzeitig darin zu unterstützen, den eigenen Körper zu verstehen und sinnvoll einzusetzen, und ein Programm auszuarbeiten, das in den Unterrichtsalltag im Klassenzimmer eingebracht werden konnte. Hierfür wurde ein Team aus Kinderphysiotherapeut*innen sowie Fachleuten für Arbeitslehre, Sprachförderung und Schauspiel gebildet. Das Ergebnis war das Programm „The Class Moves!“, das einen Lehrplan zur Gesundheitskompetenz für Kinder in der Grundschule beinhaltete. „The Class Moves!“ verfolgt das Ziel, gesunde körperliche Gewohnheiten durch Spiel, Pantomime und Gesang zu entwickeln und damit die kognitive Entwicklung und sozial-emotionale Offenheit zu fördern. Ein Element sind z. B. hier zehnminütige Pausen zu verschiedenen Zeiten des Schultages, von denen Lernimpulse ausgehen, sich regelmäßig aktiv zu bewegen und die mittel- und langfristig vorbeugen, stundenlang vor dem Computer zu sitzen. Das Programm ist schulklassenspezifisch ausgearbeitet und weist jedem der acht Monate eines Schuljahres ein Thema zu. Zu Beginn des Schuljahres lauten die Themen beispielsweise „Gefühle ausdrücken“ oder „Körperbewusstsein“. Übungsaufgaben

sind digital und in Form eines Wandkalenders verfügbar. Flankiert wird das Programm von einem niederschwellig aufbereiteten Handbuch, das Lehrkräften und weiteren Interessierten die Prinzipien der Übungen und des Entwicklungsprogramms vermittelt (Sijthoff 2014).

5 Für ein umfassendes Verständnis von Gesundheitskompetenz ist eine Ausrichtung an Ereignisse und die damit verbundene soziale Praxis erforderlich

Eine Verlagerung des Blicks auf die Gesundheitskompetenz hin zu Aspekten, welche die Prozesse der Zuschreibung von Bedeutung während des Lesens und Schreibens adressiert, hat Implikationen für die methodische Herangehensweise, die u. a. auch eine Änderungen der Untersuchungseinheit in den Raum stellt. In Anlehnung an soziokulturelle Literacy Perspektiven (z. B. Perry 2012) ist es naheliegend, die Beobachtungseinheit von personenbezogenen Merkmalen eines Kindes – wie es in der Gesundheitskompetenzforschung derzeit der Fall ist – auf Handlungsanlässe und -praktiken der Gesundheitskompetenz zu verlagern, in die Kinder involviert sind. Eine Anschlussmöglichkeit ergibt sich aus dem Ansatz der New Literacy Studies, wo der Bezugsrahmen um Literacy Ereignisse und Praktiken herum organisiert wird.

Ein mit Gesundheitskompetenz verbundenes Ereignis kann definiert werden als jede Gelegenheit, bei der beliebige Formen von Schriftsprache, die zur Übermittlung gesundheitsbezogener Mitteilungen verwendet werden, ein wesentlicher Bestandteil der Interaktionen der Teilnehmenden und ihrer Interpretationsprozesse sind (vgl. Street 2003; Heath 1983). Eine von Ereignissen ausgehende Untersuchung der Gesundheitskompetenz ermöglicht die Erfassung von Lese- und Schreibpraktiken, die hier als soziale Praktiken verstanden werden und abbilden, was Menschen tatsächlich tun, wenn sie Sprache verwenden. Ein Zugang über die Betrachtung der sozialen Praxis gibt nicht nur Auskunft über die Kompetenzen und Kenntnisse eines und einer Einzelnen, sondern ermöglicht auch Einblicke in Einstellungen und Dispositionen sowie Werte, Haltungen, Empfindungen und soziale Beziehungen. Eine Disposition ist z. B. eine personale Eigenschaft, die im vorliegenden Zusammenhang als ein Zustand der Handlungsbereitschaft oder eine Tendenz zum Handeln in einer bestimmten Weise verstanden werden kann. Dispositionen werden durch den sozialen Kontext, in den ein Kind eingebettet ist, beeinflusst und spiegeln den Einfluss sozialer Strukturen auf Prozesse der Bedeutungsgebung wider. Analysen der Gesundheitskompetenz,

die sich an Ereignissen und Praktiken sowie der Bedeutungsgebung orientieren, berücksichtigen sowohl die Handlungspräferenzen und -routinen als auch die Bedarfe eines bestimmten Kindes nach Gesundheitskompetenz.

Eine Betrachtung von Gesundheitskompetenz, die an Ereignisse und soziale Praktiken ansetzt, ermöglicht es, verschiedene Dimensionen zu adressieren:

1. Merkmale auf personaler Ebene (Fähigkeiten, Wissen, Überzeugungen, Dispositionen, Werte, Einstellungen, Affekte), die im Rahmen des Ereignisses als Handlungspraxis zum Vorschein treten, wenn Gesundheitsinformationen durch die Verwendung von Schriftsprache ent- und verschlüsselt werden. Die Analysen schließen den Blick auf mögliche Interaktionen, die sich zwischen dem Kind (in der Regel Empfänger von Informationen) und erwachsenen Personen (in der Regel Informationssender) abspielen können, mit ein;
2. Merkmale der in einem Ereignis verwendeten Sprachformen und Merkmale des gesundheitsbezogenen Inhalts der Sprache (z. B. Multimodalität, Zeichen und Symbole, Evidenz, Absichten und Zwecke);
3. Merkmale der Kontexte, in denen die Interaktionen stattfinden oder in denen die Handelnden eingebettet sind (kulturelle und soziale Merkmale des Kontextes, Wechsel- und Machtbeziehungen zwischen den handelnden Personen, Handlungsmöglichkeiten und Verwirklichungschancen).

Eine umfassende Perspektive auf das Thema Gesundheitskompetenz in der Kindheit sollte Möglichkeiten vorhalten, um zu erfassen, wie Kinder in sozialen Strukturen und im Verhältnis zu anderen sozialen Gruppen und Generationen positioniert und wahrgenommen werden (Huijsmans et al. 2014). Ein Zugang könnte in der systematischen Berücksichtigung handlungstheoretischer Ansätze liegen, um den Umgang von Kindern mit Gesundheit, Wohlbefinden und dem Gebrauch von Sprache im Alltag zu erklären. Ein theoretischer Rahmen, der die Gesundheitskompetenz an das Lebensalter anpasst, erfordert darüber hinaus die Berücksichtigung von Macht- und Wechselbeziehungen und der Art und Weise, wie Kinder in verschiedenen sozialen Kontexten (z. B. Familie, Gesundheitssystem, Schule) Gehör finden und berücksichtigt werden. Dies schließt unter anderem auch die Analyse ein, wie Kinder als soziale Gruppe in sozial-, bildungs- oder gesundheitspolitischen Strategien und Förderprogrammen abgebildet werden.

Ein Motiv von Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz sollte es sein, für jedes Kind die bestmögliche Balance zwischen Partizipation und Schutz zu ermitteln und zu verwirklichen. Kinder sind stärker als Erwachsene auf

Bezugspersonen (auch für die gesundheitliche Versorgung) angewiesen. Daher müssen die für die Kinder signifikanten Erwachsenen als Anbieter*innen von Informationen in die Analysen der Gesundheitskompetenz einbezogen werden. Donald Schön entwickelte das Konzept der reflexiven Praxis durch Selbsterziehung, unterstützt durch Coaching und kooperatives Lernen (Schön 1987), das von George (2013) adaptiert wurde, um die Beziehungen zwischen Kindern und den Erwachsenen, die ihnen am nächsten sind, zu untersuchen. Gesundheitskompetenz – insbesondere in der Kindheit, aber auch im Erwachsenenalter – kann gemäß George als reflexive Praxis und Selbstbildung dargestellt werden, die durch Coaching und kooperatives Lernen unterstützt werden und zu etwas führen, was sie als disziplinierte Freiheit innerhalb demokratischer Räume beschreibt (George 2013).

Die Frage nach empirischen Zugängen bleibt hierbei weitgehend offen. Erste Hinweise können beispielhaft aus einer kürzlich durchgeführten Studie mit Kindern der mittleren Schulstufe in Österreich, die als übergewichtig eingestuft wurden, gezogen werden. Die Studie benutzte Fokusgruppen statt Fragebögen, um die Perspektiven und Erwartungen von betroffenen Kindern und ihren Erziehungsberechtigten getrennt zu erfassen (Kahlert und Merchant 2015). Die Forschungsarbeiten waren darauf ausgerichtet, die Wahrnehmungen von Kindern, die an einem Programm zur Gewichtsreduktion durch Diät, körperliche Aktivität und Gruppentherapie teilgenommen hatten, zu erfassen. Über eine Erfassung von Barrieren und Anregungen für eine Verhaltensänderung hinaus, bezogen sich die Fragen darauf, wie Kinder und Familien das Programm erlebt hatten, worin die persönlichen Ziele der Kinder bestanden, inwieweit diese Ziele verwirklicht und welche Unterstützung von den erwachsenen Bezugspersonen geleistet werden konnten. Die Diskussionen in den Fokusgruppen zu Beginn und nach Abschluss des Programms ließen Motive erkennen, die über die Gewichtsreduktion, Ernährungsumstellung und körperliche Aktivität hinausgingen. Die Kinder antworteten mit der Formulierung von Zielen, die auf Teilnahme und Teilhabemöglichkeiten an Aktivitäten sowie auf eine Verbesserung des sozialen Zusammenlebens ausgerichtet waren, um Entwicklungen positiv zu gestalten, Freunde zu finden, mehr Spaß zu haben und Mobbing proaktiv zu bekämpfen. Erwachsene Erziehungsberechtigte achteten in erster Linie auf die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes ihrer Kinder und weniger auf Veränderungen im Sozialverhalten ihrer Kinder. Kahlert und Merchant (2015) diskutieren zudem den methodischen Mehrwert von Fokusgruppen, Einzel- oder Telefoninterviews, Tagebuchführung oder PhotoVoice für die Forschung mit Kindern jeden Alters.

6 Die empirische Erfassung der Gesundheitskompetenz sollte über Quantifizierungen und Klassifizierungen hinausgehen

Vertikale bzw. hierarchische Rangordnungssysteme dominieren die meisten Erhebungsinstrumente zur Gesundheitskompetenz von Kindern und spiegeln somit ein normatives Selbstverständnis der Konzeptualisierungen von Gesundheitskompetenz wider. Dabei werden Klassifizierungen von hohen oder niedrigen bzw. angemessenen oder unangemessenen Niveaus der Gesundheitskompetenz vorgenommen. Daraus folgt, dass Kinder, denen ein erhöhtes Gesundheitsrisiko zugeschrieben werden kann, identifiziert werden können. Solche Messverfahren blenden jedoch vielfältige Praktiken der Gesundheitskompetenz aus, die durch ein quantifizierendes und klassifizierendes Vorgehen nicht abgebildet werden können.

Die Herausforderungen und Grenzen der Messung und Bewertung der Gesundheitskompetenz von Kindern lassen sich hier beispielhaft anhand der Ergebnisse einer neueren Umfrage zur Mediengesundheitskompetenz illustrieren. In dieser Untersuchung wurde die Gesundheitskompetenz von rund 400 Schüler*innen (neunte und zehnte Klassen an Fach-, Berufs- und Förderschulen) mittels Selbstberichten und ausgewählten Fragen der deutschen Übersetzung des European Health Literacy Surveys erhoben (Gerdes et al. 2016). Etwa 75 % der Schüler*innen gaben an, dass es ihnen leicht oder sehr leicht falle, Gesundheitsinformationen aus verschiedenen Medienquellen zu finden und zu bewerten. Dieses Ergebnis mag überraschend sein, da die Befragten nicht an Schulen waren, die das höchste Bildungsniveau repräsentieren. Die in dieser Form erhobene Gesundheitskompetenz korrelierte nicht signifikant mit dem Schultyp, dem Geschlecht, dem sozialen und kulturellen Hintergrund oder der Schulleistung. Allerdings berichteten rund 25 % der Befragten über Schwierigkeiten bei der Suche und Bewertung von Gesundheitsinformationen, die über mediale Kanäle verbreitet werden. Konventionelle Ansätze der Gesundheitsförderung würden hier versuchen, diese letztgenannte Gruppe z. B. durch gezielte Informationskampagnen oder durch schulbasierte Lehrpläne zu mehr Gesundheitskompetenz zu befähigen (Empowerment). Mindestens drei Aspekte sollten hier angesprochen werden:

- Herkömmliche Ansätze orientieren sich eher an Einstellungen als an Verhaltensweisen. Ein Schulkind kann bei der Mediengesundheitskompetenz extrem schlechte Werte erzielen, kann aber auf gesunde Weise handeln. Ein

anderes Schulkind hat möglicherweise auch geringe Gesundheitskompetenz, jedoch nur deshalb, weil es sich der Schwierigkeiten bei der Entscheidung, was gesundes Verhalten ist, aufgrund widersprüchlicher Forschungsergebnisse im Gesundheitswesen sehr wohl bewusst ist. Dies kann sich ironischerweise mit den gängig verwendeten Messverfahren als geringe Gesundheitskompetenz niederschlagen. Umgekehrt können hohe Werte der Gesundheitskompetenz mit einem fehlenden Bewusstsein für die Komplexität der Bewertung von Gesundheitsinformationen zusammenhängen.

- Der Blick auf die 25 % der Personen mit niedrigen Werten erzeugt eine Zielgruppe. Eine solche Klassifizierung könnte die subjektive Selbstbeschreibung der Betroffenen sowie die Sichtweise anderer auf sie negativ beeinflussen. Die Identifizierung von Zielgruppen birgt die Gefahr, Einzelpersonen zusammenzulegen, die bis auf ein einziges Attribut (falls vorhanden) nur wenig gemeinsam haben.
- Die analytische Perspektive konzentriert sich auf bestimmte Defizite, deren Vorhandensein in diesem Fall innerhalb der 25 % der Befragten, die über Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen berichteten, angenommen wird.

Es erscheint plausibel, eine Erweiterung des derzeitig dominierenden Repertoires zur Erfassung der Gesundheitskompetenz um horizontale bzw. nicht-hierarchische Ansätze einzufordern. Vorüberlegungen hierzu betreffen die Frage nach den Bezugspunkten, die das Thema Gesundheit mit dem Gegenstand Literacy verknüpfen. Dies kann auf unterschiedliche Weise erfolgen. Gesundheit kann beispielsweise im Kontext der Versorgung oder Prävention von Krankheiten eingebettet sein. Hier stellt der Rückgriff auf biomedizinische bzw. pathogenetische Gesundheitsmodelle häufig eine erste Wahl dar, die zuvorderst auf Anforderungen, die an die Behandlung und das Risikomanagement von Krankheiten gestellt werden, um die Gesundheit wiederherzustellen oder Krankheiten zu vermeiden, reagiert. In einem solchen Rahmen zielen Prozesse der Gesundheitskompetenz darauf ab, wie lebensbedrohliche Situationen vermieden werden können und haben dadurch ein eher instruktiven Charakter, sodass die Erfassung der Gesundheitskompetenz in Form von vertikalen oder hierarchischen Klassifizierungen plausibel und gerechtfertigt erscheint.

Vulnerabilitäten und Suszeptibilitäten für gesundheitsabträgliche Determinanten variieren über den Lebenslauf. Kinder unterscheiden sich erheblich von der erwachsenen Bevölkerung und selbst innerhalb der eigenen Gruppe mit Bezug auf Krankheits- und Risikofaktorprofile. Der Begriff der Risikofaktoren schließt das Spektrum der sozialen Determinanten für Gesundheit und Wohlbefinden von

Kindern mit ein, sodass eine Perspektive auf gesundheitliche Ungleichheiten – einschließlich der Auswirkungen auf die Entwicklung, die Gesundheit und die Betreuung ressourcenschwacher Kinder – systematisch in den Diskussionen um Gesundheitskompetenz zu berücksichtigen ist. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern in Deutschland zeigen beispielsweise einen starken Zusammenhang zwischen einem niedrigen sozioökonomischen Status der Eltern und der Prävalenz von Übergewicht oder psychischen Problemen bei Kindern (Robert Koch-Institut 2015). Die Relevanz von Ressourcenverfügbarkeit impliziert, dass eine Förderung der Gesundheitskompetenz sowohl an personale als auch an soziale Faktoren, die auf das Leben der Kinder wirken, ansetzen sollte. Die Überlegungen hierzu sollten zudem auf Deutungsneigungen und Zuschreibungen eingehen, bei denen ressourcenschwache Kinder oder Eltern für scheinbar ungünstige Praktiken der Gesundheitskompetenz verantwortlich gemacht werden.

Der Gegenstand Gesundheit kann ebenso in einer von einer Krankheitsperspektive entkoppelten Weise thematisiert werden. Dies erfolgt z. B. unter Rückgriff auf soziale Gesundheitsmodelle, welche die sozialen Determinanten der Gesundheit und die Auswirkungen der sozialen Umwelt auf die Gesundheit adressieren. Soziale Gesundheitsmodelle überlappen sich mit salutogenen Ansätzen der Gesundheit. Diese definieren Gesundheit als Ressource und richten den Blick auf Faktoren und Prozesse, die Individuen unterstützen, auf Stimuli der internen und externen Umwelt so zu reagieren, dass Gesundheit gefördert wird. Grundlagen des Modells der Salutogenese sind u. a. die Verständlichkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit von internen und externen Anforderungen (siehe z. B. Antonovsky 1987) und die Annahme, dass jedes Gleichgewicht zwischen innerer und äußerer Umgebung das Ergebnis einer kritischen Bewertung innerer oder äußerer Reize ist. Werden einem Gesundheitskompetenzkonzept soziale oder salutogene Modelle der Gesundheit zugrunde gelegt, dann ist eine Profilierung naheliegender als eine Quantifizierung des Phänomens und erfordert daher den Einsatz horizontaler bzw. nicht-hierarchischer Verfahren der Erfassung der Gesundheitskompetenz.

Der salutogene Ansatz kann auch als analytische Folie für schriftsprachliche Ereignisse und Praktiken, die sich nicht explizit mit gesundheitsbezogenen Informationen befassen, verwendet werden, um die Praktiken selbst und ihren Beitrag zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden zu adressieren. Die Ausweitung der Erhebung von Gesundheitskompetenz über Fragebögen hinaus ermöglicht es auch, Personengruppen zu berücksichtigen, die in der Lage sind, die Welt um sie herum zu lesen, die aber (noch) nicht in der Lage sind, die Wörter in einem Fragebogen zu lesen und zu beantworten. Hierunter fallen z. B. Kinder

im Vorschulalter oder auch Menschen mit Lernschwierigkeiten. An dieser Stelle kann der Gegenstand Gesundheitskompetenz dann auch an den Inklusionsdiskurs anschließen.

7 Diskussion

Die dem Thema Gesundheitskompetenz (Health Literacy) im Kindesalter zugrunde liegenden, vielfältig auslegbaren Konstruktionen Gesundheit, Literacy und Kindheit wurden in der vorliegenden Ausarbeitung im Hinblick auf analytische Zugangsmöglichkeiten näher beleuchtet. Es wurde herausgestellt, dass der Gegenstand selbst (Gesundheitskompetenz im Kindesalter) gegenwärtig vor allem durch Perspektiven aus dem Gesundheitsbereich (Public Health, medizinische Versorgung) bestimmt wird, welche die Dimension Literacy dabei im Sinne der Verarbeitung von Informationen interpretieren und Kategorisierungen von Gesundheitskompetenz entlang einer vertikalen Achse von niedrig (unzureichend) bis hoch (angemessen) vornehmen. Mit der Gegenüberstellung der dominierenden Sichtweise auf Gesundheitskompetenz im Kindesalter mit analytischen Zugängen, die sich für die jeweilige Kerndimension vorfinden lassen, wurde ein breiter Zugriff auf das Thema bedient. Impulse für eine Öffnung und Anlässe für eine kritische Reflexion ergeben sich beispielsweise durch die Berücksichtigung von Perspektiven der Soziologie der Kindheit oder der „New Literacy Studies“. Bei Letzterer stehen Zieldimensionen wie Schriftsprache und Sinngebungsprozesse, die sich beim Lesen und Schreiben einstellen im Vordergrund; stärker als der Umgang mit Informationen. Zudem stellen hier die Ereignisse und damit verbundene soziale Praktiken eine alternative Beobachtungseinheit dar, die es ermöglicht, Zusammenhänge anders als in einer kompetenzbasierten Perspektive zu verstehen und die Gesundheitskompetenz von Kindern über eindimensionale Hierarchien einzuordnen.

Der konventionelle Ansatz erfasst die Gesundheitskompetenz, indem Fragebögen ausgehändigt und die Befragten anhand ihrer Antworten quantifiziert und klassifiziert werden. Quantitative Forschung auf der Grundlage zuverlässiger Fragebögen kann sehr nützlich sein, aber es besteht ein klarer Bedarf nach erweiterten Perspektiven, welche die vorhandenen, aber mit dem vorliegenden Messrepertoire nicht erfassbaren Kompetenzen von Kindern (und Erwachsenen) umfassen. Solche Ansätze berücksichtigen z. B. auch die Ressourcen von strukturell benachteiligten Menschen und schaffen die Grundlage für die Entwicklung alternativer politischer Handlungsansätze. Menschen – und damit auch Kinder – können Gesundheitskompetenz zudem nur dann ausüben, wenn

Möglichkeiten zur Ausübung gesundheitsbezogener Handlungen mit der Teilhabe an der täglichen Entscheidungsfindung einhergehen.

Vor diesem Hintergrund wurde erörtert, dass Gesundheitskompetenz genauso als Praxis des alltäglichen Lebens betrachtet werden kann. Hieran anknüpfend orientiert sich Gesundheitskompetenz somit auch an personalen und sozialen Handlungsgewohnheiten und -normen und geht auf die unterschiedlichen Verwirklichungsmöglichkeiten vor dem Hintergrund ungleicher Lebensbedingungen und Ressourcen ein. Als Argument wird angeführt, dass es den vorliegenden Konzepten zur Gesundheitskompetenz nicht gelingt, einen ausreichend umfassenden Blick auf die spezifischen Gegebenheiten von Kindern zu werfen, der imstande ist, Sichtweisen von Kindern widerzuspiegeln und sensibel für ihre Lebenswelten und Lebensbedingungen zu sein. Dies schließt ihre Bedarfe, ihre sozialen Positionierungen und ihre Vorstellungen von Gesundheit mit ein. Eine vergleichbare Kritik kann auch auf die verfügbaren Konzepte zur Gesundheitskompetenz in Bezug auf vulnerable Gruppen von Erwachsenen bezogen werden.

Ein vielversprechender Ansatz kann darin bestehen, Kinder im Rahmen der Gesundheitskompetenz als soziale Akteur*innen anzuerkennen. Dies kann beispielsweise im Rahmen einer Kinderrechtsperspektive, welche die Teilhabe von Kindern und ihr Recht auf Schutz in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander setzt, erfolgen und wäre weitgehend kompatibel mit Perspektiven der neueren Kindheitssoziologie, die Kinder als Mitkonstrukteur*innen ihrer Welt anerkennt (z. B. Bühler-Niederberger 2011). Eine systematischere Berücksichtigung von Perspektiven der Soziologie der Kindheit könnte für künftige theoretisch-konzeptionelle Arbeiten am Thema Gesundheitskompetenz neuartige/neuwertige Zugänge eröffnen, welche ein weitergehendes Verständnis über alltägliche Handlungen von Kindern, die sich auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken, sowie über die das Handeln bedingende Faktoren zu ermöglichen. Mit dem Argument für eine stärkere Sensibilisierung für Kinder als soziale Akteur*innen in der Betrachtung der Gesundheitskompetenz geht zudem einher, dass vom Überdenken der Konzepte zur Gesundheitskompetenz in Kindesalter ein Stimulus ausgehen kann, der die theoretisch-konzeptionellen Zugänge zur Gesundheitskompetenz für Erwachsene, die in ihren sozialen Kontexten relative Machtlosigkeit erleben, hinterfragt.

Kinder werden bei den Analysen ihrer Gesundheitskompetenz überwiegend ausgeschlossen, obwohl sie die Adressat*innen sind, die ihre Lebenswelten wahrhaftig vermitteln können. Die Lebensrealitäten von Kindern werden in Forschungsvorhaben jedoch eher selten aus einer Binnenperspektive heraus kennengelernt und vielmehr durch einen externen Expert*innenblick konzipiert, operationalisiert, gemessen und bewertet. Das methodische Vorgehen bleibt

daher ein wichtiger Kristallisationspunkt der Diskussion, der hier nur angestoßen werden kann mit dem abschließenden Verweis auf die Zielvorstellungen, die mit Gesundheitskompetenz verbunden werden.

Gesundheitskompetenz sollte einerseits die Entwicklung von Handlungsfähigkeiten ermöglichen, die Kinder dabei unterstützen, die eigenen Vorstellungen von einem gesunden Leben zu erkennen und mit Herausforderungen umzugehen, die Teil ihrer Lebensrealitäten sind. In diesem Sinne werden Kinder als sozial Handelnde gesehen. Gleichzeitig und andererseits wird dabei der Grundsatz anerkannt, dass Menschen die Unterstützung anderer benötigen, um ihre Vorstellungen von einem gesunden Leben zu entfalten und ihr Recht auf Teilnahme an Entscheidungen, die ihr Leben betreffen, zu verwirklichen. Die Anerkennung von Kindern als handlungsfähige Subjekte kann als wichtiger Teil des Bestrebens gesehen werden, Räume zu schaffen, in denen Kinder ihrem eigenen Weltverständnis folgen können. Hierdurch werden sie inspiriert, sich ihrer eigenen Gesundheit und der Gesundheit anderer in einer informierten, befähigten und ethisch verantwortbaren Weise zu nähern (Paakkari und Paakkari 2012; George 2013). Kinder sind dabei zu ermutigen und darin zu unterstützen, über die Gültigkeit und Zuverlässigkeit der Quellen und Inhalte von Gesundheitsinformationen nachzudenken, diese mit eigenen Bedürfnissen, Überzeugungen und Lebenssituationen in Bezug zu setzen und die Möglichkeiten der Anwendung von Informationen und Mitteilungen zu erkunden.

8 Nachtrag

Wenn Johnson über Kollisionen schreibt, die auftreten, wenn verschiedene Fachgebiete in einem gemeinsamen materiellen oder intellektuellen Raum zusammenkommen (2010, S. 163), bezieht er sich nicht nur auf formale Räume, sondern hebt auch Umgebungen hervor, in denen Ideen in einem spielerischen Umfeld herumgeworfen werden können (S. 169). Als Beispiel für innovative Knotenpunkte der intellektuellen Zusammenarbeit weist er auf die Rolle, die Kaffeehäuser in der Epoche der Aufklärung gespielt haben, hin (S. 228). Der vorliegende Beitrag kann als Anwendung von Johnsons Kaffeehausmodell der Kreativität (S. 169) auf eine Vorkonferenz interpretiert werden, die in einer disziplinübergreifenden Kaffeehausumgebung (S. 171) eingebettet war und der die vorgestellten Ideen und Argumente entsprungen sind. Abschließend erscheint es im Zusammenhang mit den Thema der Gesundheitskompetenz im Kindesalter angebracht, um Johnsons Empfehlung zu zitieren, auch weiterhin Kaffeehäuser

und andere liquide Netzwerke aufzusuchen, den thematischen Schnittstellen zu folgen und andere an eigenen Ideen anknüpfen zu lassen (S. 246).

Literatur

Alanen, L. (1988). Rethinking childhood. *Acta Sociologica, 31*(1), 53–67.

Alanen, L., Brooker, L., & Mayall, B. (2015). *Childhood with Bourdieu*. London: Palgrave Macmillan.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey Bass.

Bauer, U. (2012). *Sozialisation und Ungleichheit. Eine Hinführung*. Wiesbaden: VS Verlag.

Bibou-Nakou, I. (2004). Helping teachers to help children living with a mentally ill parent. Teachers' perceptions on identification and policy issues. *School Psychology International,* 24(1), 42–58.

Bluebond-Langner, M. (1978). *The private worlds of dying children*. Princeton: Princeton University Press.

Borzekowski, D. L. (2009). Considering children and health literacy: A theoretical approach. *Pediatrics, 124*(3), 282–S288.

Brady, G., Lowe, P., & Olin Lauritzen, S. (2015). Connecting a sociology of childhood perspective with the study of child health, illness and wellbeing: introduction. *Sociology of Health & Illness, 37*(2), 173–183.

Brockmann, E. (2014). Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Schule. Katalog der Deutschen Nationalbibliothek. http://d-nb.info/1069092843/34. Zugegriffen: 12. Aug. 2015.

Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Schlupp, S., Bollweg, T., Saboga-Nunes, L., Bond, E., Sorensen, K., Bitzer, E., Jordan, S., Domanska, O., Firnges, C., Carvalho, G., Bittlingmayer, U., Levin-Zamir, D., Pelikan, J., Sahrai, D., Lenz, A., Wahl, P., Thomas, M., Kessl, F., & Pinheiro, P. (2017). Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. *BMC Public Health, 17*(1), 1–25.

Bruland, D., Pinheiro, P., Bittligmayer, U. H., & Bauer, U. (2016). Teacher's Mental Health Literacy: Forschungsprojekt zur schulischen Gesundheitsförderung von Kindern psychisch erkrankter Eltern. *Prävention und Gesundheitsförderung, 11*(2), 73–79.

Bruland, D., Pinheiro, P., Bröder, J., Okan, O., Carvalho, G.S., Saboga-Nunes, L., Bond, E., Wahl, P., Fretian, A., & Bauer, U. (2017). Teachers supporting students with parents having mental health problems. A scoping review. *International Journal of Case Studies,* 6(9), 1–15.

Bühler-Niederberger, D. (2010). Introduction: Childhood sociology – Defining the state of the art and ensuring reflection. *Current Sociology, 58*(2), 155–164.

Bühler-Niederberger, D. (2011). *Lebensphase Kindheit: Theoretische Ansätze, Akteure und Handlungsräume*. Weinheim: Beltz Juventa.

Denzin, N. K. (2009). *Childhood socialization*. London: Aldine Transaction.

Fairbrother, H., Curtis, P., & Goyden, E. (2016). Making health information meaningful: children's health literacy practices. *SSM-Population Health, 2,* 476–484.

George, S. (2013). Children as self-educators, parents as coaches: Disciplined freedom and democratic spaces. Working Paper Series 2012–2013/III. University of Delhi. http://www.du.ac.in/du/uploads/Academics/centres_institutes/13032013_DSkothari_Working_paper_3.pdf. Zugegriffen: 22. Juni 2016.

Gerdes, J., Osipov, I., Bittlingmayer, U. H., Faßhauer, U., Riegel, C., & Immerfall, S. (2016) Die Entwicklung individueller Life Skills im Schuljahresverlauf. Pädagogische Hochschule Freiburg. https://www.ph-freiburg.de/fileadmin/dateien/fakultaet3/sozialwissenschaft/Soziologie/LiST_2._Zwischenbericht_Life_Skills-Entwicklung_im_Schuljahresverlauf.pdf. Zugegriffen: 23. Juni 2016.

Grusec, J. E., & Hastings, P. D. (Hrsg.). (2006). *Handbook of socialization. Theory and research*. New York: The Guilford Press.

Heath, S. B. (1983). *Ways with words: Language, life, and work in communities and classrooms*. Cambridge: Cambridge University Press.

Huijsmans, R., George, S., Gigengack, R., & Evers, S. (2014). Theorizing age and generation in development: A relational approach. *European Journal of Development Research, 26*(7), 163–174.

Hurrelmann, K., Bauer, U., Grundmann, M., & Walper, S. (Hrsg.). (2015). *Handbuch Sozialisationsforschung*. Weinheim: Beltz.

James, A., & Prout, A. (1990). *Constructing and reconstructing childhood: Contemporary issues in the sociological study of childhood*. London: Falmer Press.

Johnson, S. (2010). *Where good ideas come from: The natural history of innovation*. New York: Riverhead Books.

Kahlert, R., & Merchant, A. (2015). *Methods in health literacy as applied to children and young people: Focus group. Research report*. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderung.

Kennedy, E., Dunphy, E., Dwyer, B., Hayes, G., McPhillips, T., Marsh, J., O'Connor, M., & Shiel. G. (2012). *Literacy in early childhood and primary education (3-8 years). NCCA Research Report No. 15*. Dublin: National Council for Curriculum and Assessment.

Mayall, B. (Hrsg.). (1994). *Children's childhoods: Observed and experienced*. London: Falmer Press.

Mayall, B. (1998). Towards a sociology of child health. *Sociology of Health & Illness, 20*(3), 269–288.

Okan, O., Lopes, E., Bollweg, T. M., Bröder, J., Messer, M., Bruland, D., Bond, E., Carvalho, G. S., Sorensen, K., Saboga-Nunes, L., Levin-Zamir, D., Sahrai, D., Bittlingmayer, U. H., Pelikan, J., Thomas, M., Kessl, F., Bauer, U., & Pinheiro, P. (2018). Generic health literacy measurement instruments for children and adolescents: a systematic review of the literature. *BMC Public Health, 18*(1), 1–19.

Paakkari, L., & Paakkari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education, 112*(2), 133–152.

Papen, U. (2009). Literacy, learning and health – A social practices view of health literacy. *Literacy and Numeracy Studies,* 16(2) & 17(1), 19–34.

Perry, K. H. (2012). What is literacy? – A critical overview of sociocultural perspectives. *Journal of Language and Literacy Education, 8*(1), 50–71.

Pinheiro, P., George, S., Okan, O., Sijthoff, E., Bittlingmayer, U. H., Kahlert, R., Merchant, A., Bruland, D., Bröder, J., & Bauer, U. (2020). Towards new perspectives on health literacy for children: From 'health information' to recognizing young citizens' capacities for meaning-making (Debate from a 'liquid network'). In L. Saboga-Nunes, D. Sahrai, O. Okan, & U. H. Bittlingmayer (Hrsg.), *Connecting different perspectives: New approaches, new insights on health literacy research (im Erscheinen)*. Wiesbaden: Springer VS.

Pleasant, A. (2014). Advancing health literacy measurement: A pathway to better health and health system performance. *Journal of Health Communication, 19*(12), 1481–1496.

Prout, A. (2011). Taking a step away from modernity: Reconsidering the new sociology of childhood. *Global Studies of Childhood, 1*(1), 4–14.

Qvortrup, J., Bardy, M., Sgritta, G., & Wintersberger, H. (Hrsg.). (1994). *Childhood matters: Social theory, practice and politics*. Aldershot: Avebury.

Reupert, A., & Mayberry, D. (2007). Strategies and issues in supporting children whose parents have a mental illness within the school system. *School Psychology International, 28*(2), 195–205.

Robert, Koch-Institut (Hrsg.). (2015). *Gesundheit in Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut.

Ryan, P. J. (2008). How new is the „new" social study of childhood? The myth of a paradigm shift. *Journal of Interdisciplinary History, 38*(4), 553–576.

Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass.

Sijthoff, E. (2014). Exercising rights and active citizenship: Children, physical activity and learning – In the classroom and beyond. In M. Thomas (Hrsg.), *A child's world: Contemporary issues in education* (S. 39–58). Aberystwyth: Aberystwyth University.

Street, B. (1984). *Literacy in theory and practice*. New York: Cambridge University Press.

Street, B. (2003). What's „new" in new literacy studies? Critical approaches to literacy in theory and practice. *Current Issues in Comparative Education, 5*(2), 77–91.

Wiener, W., & Rosenwald, G. (1993). A moment's monument: The psychology of keeping a diary. In R. Josselson, & A. Lieblich (Hrsg.), *The Narrative Study of Lives* (S. 30–58). Newbury Park: Sage Publications.