

HealthBox

Gesunder Lebensstil durch Bildung

Hintergrundinformationen für Erwachsenen-
bildnerInnen zur Nutzung der Health Box

Alessia Fabbro
Elisabeth Frankus
Carina Kekäle
Diane Lawson
Bodil Mygind Madsen
Ines Polzin
Maren Satke
Irina Stanciu
Niels Christian F.
Vestergaard
Sabine Wiemann



Diese Veröffentlichung ist ein Health Box-Produkt (Projektnummer: 503146-LLP-1-2009-1-AT-GRUNDTVIG-GMP). Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Veröffentlichung spiegelt lediglich die Ansichten der Autoren/Autorinnen wider; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben.

dieBerater[®]
Unternehmen Mensch

Healthbox
Gesunder Lebensstil durch Bildung

AutorInnen:

Alessia Fabbro
Elisabeth Frankus
Carina Kekäle
Diane Lawson
Bodil Mygind Madsen
Ines Polzin
Maren Satke
Irina Stanciu
Niels Christian F. Vestergaard
Sabine Wiemann

Redaktion: Elisabeth Frankus

Produktion: word up Werbeagentur

Herausgeber: *die Berater*[®]
Unternehmensberatungsgesellschaft mbH

© 2011 *die Berater*[®]
Unternehmensberatungsgesellschaft mbH
Wipplingerstraße 32/23–26, 1010 Wien
www.dieberater.com

ISBN: 978-3-9502970-9-6

Deutsche Übersetzung der Originalausgabe:
Health Box: Healthy Lifestyle through Education
Background information for adult educators implementing the Health Box
ISBN 978-3-9502970-8-9
„die Berater“ Unternehmensberatungsgesellschaft mbH



die Berater[®]
Österreich
www.dieberater.com

Projektpartner



BUPNET
Deutschland
www.bupnet.de



Århus social- og sundhedsskole
Dänemark
www.sosuaarhus-international.com



YA!
Finnland
www.yrkesakademien.fi



Università delle LiberEtà del Fvg
Italien
www.libereta-fvg.it



Fundatia Ecologica Green
Rumänien
www.feg.ro



Doncaster College
Großbritannien
www.don.ac.uk

HealthBox

Gesunder Lebensstil durch Bildung

Hintergrundinformationen für ErwachsenenbildnerInnen
zur Nutzung der Health Box

1.	Einleitung	2	3.5.1	Alkoholmissbrauch	7	5.2	Die Rolle des/der KursleiterIn und die Entscheidung für die Health Box-Anwendung	26
2.	Die Health Box und ihre Vorstellung eines „Gesunden Europas“	2	3.5.2	Ungesunde Ernährung	8	5.2.1	Die Flexibilität der Health Box und ihr möglicher Einfluss auf Beschäftigungsfähigkeit	26
2.1	Die Idee eines „Gesunden Europas“ und die Folge für den Arbeitsmarkt	3	3.5.3	Bewegungsmangel	9	5.2.2	Erreichbarkeit sozioökonomisch benachteiligter Menschen im Bereich der Erwachsenenbildung..	26
3.	Lebensstil und Lebensstilkrankheiten	3	3.5.4	Rauchen	12	5.2.3	Soziale Verantwortung von ErwachsenenbildnerInnen	27
3.1	Definition von Lebensstil	3	3.5.6	Substanzmissbrauch	17	5.2.4	Wissenstransfer von Gesundheitsthemen	27
3.1.1	Einflussfaktoren auf den Lebensstil	4	4.	Sozioökonomisch benachteiligte Menschen	19	5.2.5	Mögliche Hindernisse für die Health Box-Anwendung aus dem Blickwinkel des/der KursleiterIn....	28
3.2	Gesundes Leben: Was macht ein gesundes Leben in Europa aus? ...	4	4.1	Allgemeine Definition von benachteiligten Menschen in Europa	19	5.3	Erwartete Ergebnisse der Health Box-Anwendung	28
3.2.1	Unterscheidung zwischen gesund und ungesund	4	4.2	Hindernisse für Verhaltensveränderungen	20	5.3.1	Kurzzeitveränderungen auf der individuellen und zwischenmenschlichen Ebene	28
3.3	Definition von Lebensstilkrankheiten	4	5.	Bildung als Mittel zur Reduzierung von Lebensstilkrankheiten unter sozioökonomisch benachteiligten Lernenden	21	5.3.2	Langzeitfolgen auf der individuellen und zwischenmenschlichen Ebene	29
3.3.1	Einflussfaktoren auf Lebensstilkrankheiten	5	5.1	Verschiedene Lernumgebungen mit besonderer Berücksichtigung des Lernkontextes der Health Box	23			
3.4	Hauptbedürfnisse im Hinblick auf Lebensstilkrankheiten in den Partnerländern des Health Box-Projekts	5	5.1.1	Platz und Raum für Austausch – voneinander lernen	24			
3.5	Verhaltensmuster, die zu Lebensstilkrankheiten führen	6	5.1.1.1	Ein theoretischer Exkurs zu formeller, non-formeller und informeller Ausbildung	24			
			5.1.1.2	Folgen für das Health Box-Projekt	25			

1. Einleitung

„Auch wenn Gesundheit nicht alles ist – ohne Gesundheit ist alles nichts.“

Arthur Schopenhauer (1788–1860)

Es ist allgemein bekannt, dass ein gesunder Lebensstil viele positive Auswirkungen auf das Leben eines Menschen hat, die schlussendlich zu einem höheren persönlichen Gefühl des Wohlempfindens und erhöhter Lebenserwartung führen. Daher ist Gesundheit ein wichtiges, einen jeden mehr oder weniger betreffendes Thema – je nachdem, wie groß das Ausmaß der ihr zuerkannten Bedeutung ist.

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass ein gesunder oder weniger gesunder Lebensstil des/der Einzelnen von verschiedenen Faktoren abhängt, wie zum Beispiel dem Einfluss des sozialen Umfeldes (Vorbilder in der Familie und unter Gleichaltrigen), Bildungsstand, Stellung im Beruf, Einkommen oder Medien. Darauf basierend ist es nicht überraschend, dass sozioökonomisch benachteiligte Menschen, d. h. zum Beispiel solche mit einem niedrigen Bildungsstand oder einem Migrationshintergrund, zu der Gruppe mit dem höchsten Risiko auf ein ungesundes Leben gehören.

Wenn die Frage aufkommt, wie die Gesundheit der Bevölkerung verbessert werden kann, müssen die vorgenannten Einflussfaktoren in Betracht gezogen und Aktivitäten hier angesiedelt werden. Das ist der Grund dafür, warum viele bestehende Gesundheitskampagnen oder andere Initiativen, die mit dem Thema Gesundheit befasst sind, versuchen, die Individuen auf verschiedene Weisen und in verschiedenen Settings zu erreichen.

Von diesem Blickwinkel aus scheint die Herangehensweise nicht neu zu sein, Bildung als eine Methode dafür zu benutzen, das Gesundheitsverhalten der Lernenden zu verbessern. Doch die Besonderheit der Health Box-Strategie ist hierbei, dass die Zielgruppe – sozioökonomisch benachteiligte Menschen – unmittelbar in ihrer Lernumgebung angesprochen wird (z. B. in arbeitsmarktorientierten Trainings).

Diese Broschüre wurde als Bestandteil der Health Box entwickelt und richtet sich an ErwachsenenbildnerInnen, die mit dieser Zielgruppe

zusammenarbeiten, AusbildungsanbieterInnen, EntscheidungsträgerInnen und Multiplikatoren in der Erwachsenenbildung, Regierungs-, Sozial- und Arbeitsmarktorganisationen, Dachverbände und Netzwerke der Erwachsenenbildung sowie die Öffentlichkeit. Sie stellt das Health Box-Projekt und seine Vorstellung eines „gesunden Europas“ (Kapitel 2) kurz vor und bietet Informationen zu den Konzepten Lebensstil und Lebensstilkrankheiten (Kapitel 3). Im selben Abschnitt werden zudem typische Verhaltensmuster vorgestellt, die zu einigen dieser Lebensstilkrankheiten in Europa führen.

Der Begriff „sozial-ökonomisch benachteiligte Personen“, der für die Hauptzielgruppe der Health Box verwendet wird, wird im folgenden Kapitel erklärt (4). Der letzte Teil dieser Informationsbroschüre (Kapitel 5) beschäftigt sich mit dem Thema „Bildung als Mittel zur Reduzierung von Lebensstilkrankheiten“. Die Rolle des Kursleiters bzw. der Kursleiterin in der Arbeit mit der Health Box sowie zu erwartende Ergebnisse bei ihrer Umsetzung werden beschrieben.

2. Die Health Box und ihre Vorstellung eines „Gesunden Europas“

Die Health Box, die im gleichnamigen EU-finanzierten Projekt (www.healthbox.eu) entwickelt wurde, besteht aus verschiedenen Trainingsmaterialien wie Informationsblättern, kurzen Präsentationen, Tools zur Selbstreflexion, kleinen Spielen, Rollenspielen, Simulationen und gelenkten Diskussionen, die sich mit den Themen Alkoholmissbrauch, (un)gesunde Ernährung, körperliche (In-)Aktivität, Rauchen, Stress und Substanzmissbrauch beschäftigen. Zudem befinden sich kleine praktische Übungen für den Einsatz in Seminaren und visuelles Material in der Health Box. Ergänzt wird dies durch diese Broschüre, die dem/der KursleiterIn grundlegende Informationen sowohl zu Lebensstilkrankheiten im Allgemeinen bietet als auch zu solchen, die durch das aufgeführte Fehlverhalten ausgelöst werden.

Das Health Box-Projektteam ist sich bewusst, dass Kenntnisse über ungesunde Verhaltensmuster wie Rauchen, Alkoholkonsum, Drogeneinnahme oder andere Themen der Health Box weit verbreitet sind.

Trotzdem können häufig viele kleine zusätzliche Hinweise (durch Wissen und/oder Spiele) genau den Anstoß geben, der benötigt wird, um eben die Motivation zu schaffen, die für eine positive Entwicklung notwendig ist.

Die Health Box folgt einem allgemeinen Ansatz und verspricht ein beachtliches Anwendungs- und Transferpotenzial, was bedeutet, dass die kleinen Lerneinheiten leicht in bestehende Kurse und Trainingsprogramme zu anderen Themen als Gesundheit integriert werden können.

Die Health Box folgt nicht nur der Vorstellung eines „Gesunden Europas“, sondern unterstützt und fördert zudem positive Veränderungen der Gesundheitssituation von Menschen, wo immer auch möglich.

2.1 Die Idee eines „Gesunden Europas“ und die Folge für den Arbeitsmarkt

Das Gesamtziel des Health Box-Projektes – die Umsetzung von Gesundheitsthemen in der Erwachsenenbildung – besteht darin, ein gesundes Europa zu fördern, einschließlich der Reduzierung so genannter Lebensstilkrankheiten unter seinen Einwohnern – besonders unter der am meisten betroffenen Gruppe – sozial-ökonomisch benachteiligte Personen mit einem niedrigen Bildungsstand und/oder Migrationshintergrund. Je mehr KursleiterInnen und ErwachsenenbildnerInnen der Bedarf an solcher Unterstützung bewusst wird, desto einfacher wird der Beginn des Veränderungsprozesses sein. Obwohl das Erreichen dieses Ziels einige Zeit in Anspruch nehmen wird, kann Health Box als ein bedeutender Schritt in diese Richtung verstanden werden.

Aus der Sicht des Arbeitsmarktes ist der Bedarf an Menschen hoch, die einerseits berufliche Fachkompetenz und Fähigkeiten sowie andererseits körperliche und mentale Stärken mitbringen, die sie tragbar für das Berufsleben machen.

Eine Reihe europäischer Studien zeigt, dass Menschen, die Übergewichtig sind, rauchen oder aus anderen Gründen nachlässig mit ihrer Gesundheit umgehen, dann ausgewählt werden, wenn Firmen Stellen streichen. Dies geschieht bekanntermaßen in Ländern, in denen es illegal ist, aus den o. a. Gründen zu entlassen. Die Herausforderung für eine Menge an ‚sozial schwachen‘ ArbeitnehmerInnen ist daher

nicht nur ihr Mangel an fachlichen Qualifikationen und Fähigkeiten, sondern auch ihr allgemeiner Gesundheitszustand. Das bedeutet, dass ArbeitgeberInnen bevorzugt ArbeitnehmerInnen mit den wenigsten Krankheitstagen und solche, die mit der geringsten Fehlerquote über den Tag hinweg am produktivsten sein können, anstellen und behalten.

Health Box zielt darauf ab, sozioökonomisch benachteiligte Personen in verschiedenen Ausbildungssituationen zu unterstützen. Dies ist darauf ausgerichtet, die Beschäftigungsfähigkeit der Person zu verbessern und sie zu überzeugen, gesunden Lebensgewohnheiten nachzugehen. Demnach liegt Health Box das Verständnis zugrunde, dass nicht nur eine berufliche Qualifikation entscheidend ist, um entweder ins Arbeitsleben zurückzukehren oder sich dort zu behaupten. ArbeitgeberInnen achten stattdessen auch auf grundlegende körperliche und mentale Fähigkeiten, die für die Erfüllung von arbeitsbezogenen Aufgaben erforderlich sind. Das bedeutet, dass Menschen nicht nur ermutigt werden, ein gesünderes Leben zu führen, sondern auch dazu, aus der Gesundheitsperspektive wieder „fit für den Beruf“ zu werden.

3. Lebensstil und Lebensstilkrankheiten

3.1 Definition von Lebensstil

Lebensstil ist ein Begriff zur Beschreibung der Lebensweise eines Menschen. Er bezeichnet eine stabile und regelmäßige Struktur im täglichen Leben. Eine Reihe von Verhaltensweisen, Selbstempfinden und ein Gefühl der Zugehörigkeit, für das diese Verhaltensweisen stehen, werden gemeinsam verwendet, um einen gegebenen Lebensstil zu definieren (Geißler 2002).¹

Ein Lebensstil ist ein charakteristisches Bündel von Verhaltensweisen, das sowohl für einen selbst als auch für andere zu einer gegebenen Zeit und an gegebenem Ort Sinn ergibt, einschließlich

1 Geißler, R. (2002), Die Sozialstruktur Deutschlands. Die gesellschaftliche Entwicklung vor und nach der Wiedervereinigung, 3. Aufl. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 126 ff. [http://en.wikipedia.org/wiki/Lifestyle_\(sociology\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Lifestyle_(sociology)) 19.9.2010

sozialer Beziehungen, Konsum, Unterhaltung und Kleidung. Die Verhaltensweisen und Methoden innerhalb von Lebensstilen sind eine Mischung aus Angewohnheiten, herkömmlichen Handlungswegen und begründeten Handlungen.

Ein Lebensstil spiegelt typischerweise auch die Haltung, Werte oder Weltanschauung eines Individuums wider. Daher ist ein Lebensstil ein Mittel, um das Selbstempfinden und kulturelle Symbole zu gestalten, die mit der persönlichen Identität übereinstimmen. Nicht alle Aspekte eines Lebensstils sind ganz freiwillig. Umgebende soziale und technische Systeme können die Lebensstilentscheidungen, die dem Individuum zur Verfügung stehen, und die Symbole, die sie/er auf andere und sich projizieren kann, begrenzen.

3.1.1 Einflussfaktoren auf den Lebensstil

Studien während der 90er-Jahre zeigten, dass die „freie Wahl“ des Lebensstils immer mehr durch objektive Lebensbedingungen wie etwa Alter, Bildungsgrad, Position im Arbeitsleben, Einkommen und Geschlecht eingeschränkt ist (Geißler, 2002). Abgesehen davon wird der Lebensstil stark von externen Lebensumständen und der Kultur bestimmt, in der ein Mensch sich befindet. Empirische Ergebnisse zeigen, dass Lebensstile zumeist in einer sozialen Klasse gehäuft vorkommen.

Die Health Box basiert auf der Idee, dass Menschen, die aus mehreren Gründen sozioökonomisch benachteiligt sind (MigrantInnen, Arbeitslose, Personen mit niedrigem Bildungsniveau etc.) einen bestimmten Lebensstil entwickeln. Die Art des Lebensstils kann von den verfügbaren Mitteln (Einkommen, Ausbildung, Informationen, soziale Kontakte etc.) beeinflusst werden.

3.2 Gesundes Leben: Was macht ein gesundes Leben in Europa aus?

Den die Lebensführung beeinflussenden Faktoren ähneln auch jene Determinanten, die gesunde Lebensführung beeinflussen:

- Alter
- Bildung
- Geschlecht
- Einkommen

- Familienstand und Anzahl der Kinder
- Position im Berufsleben

Aus dem soziologischen Blickwinkel stellt eine Einstellung zu gesundem Leben nicht die Lebensführung des/der Einzelnen dar, sondern ist eine wichtige Komponente der so genannten „gesunden Lebensführung“.²

3.2.1 Unterscheidung zwischen gesund und ungesund

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Gesundheit ein Zustand von vollständigem körperlichem, mentalem und sozialem Wohlbefinden. Gesundheit ist dabei interessanterweise nicht schlicht als Abwesenheit von Krankheit definiert. Die tatsächliche Definition von gesundem Leben sind Schritte, Handlungen und Strategien, um optimale Gesundheit zu erreichen. Bei gesundem Leben geht es um das Übernehmen von Verantwortung und das Treffen von intelligenten Gesundheitsentscheidungen – heute und in der Zukunft.³

Eine gesunde Lebensführung basiert auf Folgendem:

- **gesunde und ausgewogene Ernährung**
- **körperliche Aktivität**
- **emotionales und geistiges Wohlbefinden**
- **Vermeidung von Gesundheitsrisiken**

Das Vernachlässigen dieser grundlegenden Regeln in Kombination mit folgenden Gewohnheiten wie Rauchen, regelmäßigem Alkoholkonsum oder Drogenmissbrauch können als **ungesunde Lebensführung bezeichnet** werden.

3.3 Definition von Lebensstilkrankheiten

Lebensstilkrankheiten (auch manchmal Langlebigkeitskrankheiten oder Zivilisationskrankheiten genannt) sind Krankheiten, die bei zunehmender Industrialisierung von Ländern und längerer Lebensdauer der Menschen an Häufigkeit zuzunehmen scheinen. Es sind solche Krankheiten, die mit der Art und Weise verbunden sind, wie

2 Hradil, S. (2009) in: Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Richter Matthias, Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) 2. Auflage

3 <http://www.healthy-holistic-living.com/Definition-of-HealthyLiving.html#ixzz13egfy400>

ein Mensch oder eine Gruppe von Menschen lebt. Zu den Lebensstilkrankheiten gehören Arteriosklerose, Herzkrankheit und Schlaganfall, Adipositas, Typ-2-Diabetes, Depression sowie mit Rauchen, Alkohol und Drogenmissbrauch verbundene Krankheiten.

Der grundlegende Beweis für die Existenz von Lebensstilkrankheiten sind die statistisch nachgewiesenen unterschiedlichen Krankheitsvorkommen und Todesursachen in verschiedenen Nationen und Kulturen.⁴

3.3.1 Einflussfaktoren auf Lebensstilkrankheiten

Ernährung und Lebensstil sind Hauptfaktoren, von denen man annimmt, dass sie die Anfälligkeit für viele Krankheiten beeinflussen. Drogenmissbrauch, das Rauchen und Alkoholkonsum sowie Bewegungsmangel können zudem das Risiko erhöhen, insbesondere zu einem späteren Zeitpunkt im Leben bestimmte Krankheiten zu entwickeln. Regelmäßige körperliche Aktivität hilft dabei, Adipositas, Herzkrankheiten, Bluthochdruck, Diabetes, Darmkrebs und vorzeitige Sterblichkeit zu vermeiden.

Alternative Gesundheitsinterpretationen legen nahe, dass solche Lebensstilkrankheiten ein Ergebnis unangemessener Beziehungen zwischen Menschen und ihrer Umgebung sind. Der Beginn von entartenden Krankheiten ist heimtückisch, sie brauchen Jahre zum Entstehen, doch einmal diagnostiziert, sind sie nicht schnell geheilt.⁵

3.4 Hauptbedürfnisse im Hinblick auf Lebensstilkrankheiten in den Partnerländern des Health Box-Projekts

Lebensstilkrankheiten bestehen anerkanntermaßen in allen Partnerländern, die am Health Box-Projekt beteiligt sind: Italien, Österreich, Dänemark, Finnland, Großbritannien, Rumänien und Deutschland.⁶

Die häufigsten Lebensstilkrankheiten sind: **kardiovaskuläre Erkrankungen** (von allen Partnern erwähnt: Italien, Österreich, Dänemark, Finnland, Großbritannien, Rumänien und Deutschland); **Alkoholismus** (Italien, Großbritannien, Deutschland, Österreich und Rumänien); **Depression** (Italien, Österreich, Großbritannien, Deutschland und Rumänien) und **Diabetes** (Österreich, Finnland, Dänemark und Großbritannien).

Länder, die Alkoholismus nicht als Lebensstilkrankheit aufführen, weisen darauf hin, dass Alkohol einer der Auslöser für Herzkrankheiten sein könnte. Trotz der Tatsache, dass Dänemark und Finnland Depressionen nicht explizit als Lebensstilkrankheit erwähnen, weisen die Länder auf psychiatrische Störungen (Dänemark) und eine Zunahme von mentalem Stress (Finnland) hin.

Ungesunde Ernährung, Rauchen und Bewegungsmangel scheinen, wie bereits erwähnt, eine Schlüsselrolle in der Entwicklung von Lebensstilkrankheiten zu spielen.

Hier muss Rumäniens Situation näher betrachtet werden: Seit 1989 scheint die Sterblichkeit aufgrund der oben genannten Gründe mit einem explosionsartigen Anstieg von sozialem Stress verbunden zu sein; ein Zustand, der entsteht, wenn Menschen Schwierigkeiten haben, auf neue und unerwartete Situationen zu reagieren.

In der Tat leiden Menschen im Allgemeinen an Lebensstilkrankheiten, doch benachteiligte Gruppen zeigen eine höhere Wahrscheinlichkeit, betroffen zu werden: SeniorInnen, Arbeitslose, Obdachlose, MigrantInnen. Bildung, die finanzielle Situation, Beschäftigung, Alter und Zugang zu Informationen sind entscheidende Faktoren für die Entwicklung der Krankheiten (weitere Informationen siehe Kapitel 4.2 „Hindernisse für Verhaltensveränderungen“).

4 <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=38316>
http://en.wikipedia.org/wiki/Lifestyle_diseases, 27.10.2010

5 http://www.wordiq.com/definition/Lifestyle_diseases

6 Bedürfnisanalyse/Recherche „Health Box“

Die Hauptbedürfnisse innerhalb der identifizierten Zielgruppen in Bezug auf Lebensstilkrankheiten lauten:

- Schärfung der Wahrnehmung und Bereitstellung von Informationen
- Unterstützung individuell und in der Gruppe
- Einfühlsame Herangehensweise
- Schaffung von Anreizen für die Teilnahme an Gesundheitsförderungsaktivitäten
- Betrachtung von Umweltaspekten

Alle diese Bedürfnisse wurden bei der Entwicklung der Health Box-Übungen in Betracht gezogen. Um den Hauptbedürfnissen unserer Zielgruppe im Projekt zu folgen, werden die Informationen auf eine Weise vermittelt, die Lernende dazu anregt, Kontrolle über ihre Gewohnheiten und Lebensführung zu erlangen – und die positiven und negativen Aspekte in ihrem Leben zu überdenken.

3.5 Verhaltensmuster, die zu Lebensstilkrankheiten führen

Das heutige Europa weist ein hohes Vorkommen von Krankheiten wie Krebs, Diabetes, kardiovaskuläre Krankheiten, adipöse Störungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen auf, die **zurückgeführt** werden können auf die Zusammenwirkung verschiedener genetischer, **Umwelt- und besonderer Lebensführungsfaktoren, einschließlich Rauchen, Alkoholmissbrauch, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel.**

Eine kardiovaskuläre Erkrankung (CVD) ist eine typische Lebensstilkrankheit, da sie mit der Lebensführung eines Menschen eng verbunden ist. Sie betrifft das Herz und die umgebenden Blutgefäße und kann viele Formen annehmen, wie etwa hohen Blutdruck, koronare Arterienkrankheit, Herzkrankheit und Schlaganfall. CVD ist die größte Todesursache in der EU und verantwortlich für schätzungsweise 40 % der Sterbefälle bzw. zwei Millionen Sterbefälle pro Jahr.⁷

Die folgende Darstellung zeigt die häufigsten Gesundheitsrisikofaktoren verbunden mit den zehn führenden Krankheiten und Verletzungen in Europa.

Risiko-faktor	% DALYs		Krankheiten/ Verletzungen	% DALYs
Tabak	12.2		Ischämische Herz-krankheit	9.4
Blutdruck	10.9		Unipolare depres-sive Störungen	7.2
Alkohol	9.2		Zerebro-vaskuläre Krankheit	6.0
Cholesterin	7.6		Alkohol-verwendungs-störung	3.5
Über-gewicht	7.4		Demenz und andere Störungen des Zentral-nervensystems	3.0
Niedriger Obst-/ Gemüse-konsum	3.9		Taubheit	2.8
Bewe-gungs-mangel	3.3		Chronisch obstruktive Lungen-erkrankung	2.6
Illegale Drogen	1.8		Straßenverkehrs-verletzung	2.5
Unge-schützter Sex	0.8		Osteoarthritis	2.5
Eisen-mangel	0.7		Luftröhren-/ Bronchien-/ Lungenkrebs	2.4

- > 1–24 % Bevölkerung zurechenbarer Anteil
- - - - -> 25–49 % Bevölkerung zurechenbarer Anteil
- > 50 %+ Bevölkerung zurechenbarer Anteil

Abbildung 1 : Hauptbelastung der Krankheit – 10 ausgewählte Risikofaktoren und 10 führende Krankheiten und Verletzungen, 2000 (WHO, 2002d)

7 http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/index_en.htm

Der erste Schritt des Health Box-Projekts war es, Dokumentenrecherche zu den häufigsten Lebensstilkrankheiten in den Projekt-Partnerländern durchzuführen, auf die sich dann das Health Box-Übungsmaterial konzentrieren sollte. Die Hauptthemen wurden in den folgenden Kategorien zusammengefasst:

- Alkoholmissbrauch
- Ungesunde Ernährung
- Bewegungsmangel
- Rauchen
- Stress
- Substanzmissbrauch

3.5.1 Alkoholmissbrauch

Alkohol ist ein zentrales öffentliches Gesundheits- und soziales Anliegen in der ganzen Europäischen Union. Europa weist den höchsten Anteil an TrinkerInnen in der Welt, den meisten Alkoholkonsum pro Kopf und einen hohen Grad an alkoholbezogenen Schäden auf.

Die meisten EuropäerInnen trinken Alkohol, doch 55 Millionen Erwachsene (15 %) verzichten darauf. Zieht man dies und undokumentierten Konsum in Betracht, erreicht der Konsum pro TrinkerIn 15 Liter pro Jahr. **Ungefähr die Hälfte der AlkoholkonsumentInnen in der EU trinkt 1- bis 3-mal pro Woche.**

In jeder jemals untersuchten Kultur gibt es grundsätzlich bei Männern eine höhere Wahrscheinlichkeit zu trinken und dabei mehr zu trinken als bei Frauen, wobei das Risikoverhalten ausgeprägter ist. Obwohl viele Frauen den Alkoholkonsum aufgeben, wenn sie schwanger sind, trinkt eine erhebliche Prozentzahl (25 % bis 50 %) weiter – einige fahren bis zu einem gefährlichen Niveau mit dem Trinken fort. Muster im Trinkverhalten können auch hinsichtlich des sozioökonomischen Status' (SES) erkannt werden – bei Menschen mit einem niedrigen SES ist es weniger wahrscheinlich, dass sie überhaupt Alkohol trinken. Trotz einer komplizierten Situation bzgl. einiger Aspekte des Trinkens (einige Werte zeigen entgegengesetzte Trends bei Männern und Frauen) sind das „Sich betrinken“ und Alkoholabhängigkeit beide wahrscheinlicher unter TrinkerInnen mit niedrigerem SES.

Nahezu alle 15- bis 16-jährigen SchülerInnen (>90 %) haben bereits Alkohol getrunken, im Durchschnitt beginnen sie mit dem Trinken

Partnerland	Mehrmals in der Woche/ einmal in der Woche
Österreich	36 %
Dänemark	22 %
Finnland	22 %
Deutschland	36 %
Italien	30 %
Rumänien	39 %
Großbritannien	34 %
Europäischer Durchschnitt	29 %

Tabelle 1: Wie oft in den letzten zwölf Monaten haben Sie fünf oder mehr Getränke bei einer Gelegenheit zu sich genommen? (Resultate für Health Box-Partnerländer, die auf Daten des Eurobarometer 331, Einstellungen gegenüber Alkohol, 2010, basieren)⁸

im Alter von 12 Jahren und werden zum ersten Mal mit 14 Jahren betrunken.

Schädlicher bzw. gefährlicher Alkoholkonsum ist der drittgrößte Risikofaktor für einen schlechten Gesundheitszustand und pro Jahr verantwortlich für 195.000 Todesfälle sowie vorzeitige Sterblichkeit bei 12 % der Männer und 2 % der Frauen.⁹

Die Konsequenzen von schädlichem bzw. gefährlichem Alkoholkonsum schließen auch eine beträchtliche Anzahl von Todesfällen auf den Straßen der EU mit ein sowie breite soziale Auswirkungen wie Gewalt, Rowdytum, Kriminalität, familiäre Probleme, soziale Ausgrenzung und niedrige Arbeitsproduktivität.

⁸ Bezüglich dieser auf den folgenden Seiten präsentierten statistischen Daten muss in Betracht gezogen werden, dass verschiedene Fragearten zu verschiedenen statistischen Resultaten führen können – was nicht notwendigerweise die reale Situation in einem Land widerspiegelt.

⁹ Eurobarometer Special 331, 2010:
http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ebs_331_en.pdf

Abgesehen davon, dass er eine abhängig machende Droge ist, ist **Alkohol eine Ursache von etwa 60 verschiedenen Krankheiten und Zuständen**, u. a. Verletzungen, mentale und Verhaltensstörungen, gastrointestinale Leiden, Krebs, kardiovaskuläre Krankheiten, immunologische Störungen, Lungenerkrankungen, Skelett- und Muskelerkrankungen, Fruchtbarkeitsstörungen und vorgeburtliche Schäden einschließlich eines erhöhten Risikos von Frühgeburten und niedrigem Geburtsgewicht. Für die meisten Zustände erhöht Alkohol das Risiko auf dosisabhängige Weise, wobei gilt: Je höher der Alkoholkonsum, desto größer das Risiko.

Die Häufigkeit und das Ausmaß von episodischem schwerem Trinken sind von besonderer Bedeutung für die Risikozunahme von Verletzungen und bestimmten kardiovaskulären Krankheiten (koronare Herzkrankheit und Schlaganfall). Eine kleine Dosis Alkohol reduziert das Herzkrankheitsrisiko, obgleich das genaue Ausmaß der Risikominderung und der Grad des Alkoholkonsums, bei dem die größte Reduzierung erfolgt, noch immer diskutiert werden. Höherwertige Studien, die auch andere Einflüsse erfassen, stellen weniger Risiko fest und geben an, dass das reduzierte Risiko bei einem niedrigeren Alkoholkonsum auftritt. Das Risiko kann am besten mit durchschnittlich 10 g Alkohol (einem Getränk) alle zwei Tage gemindert werden.

Die Auswirkung auf die Gesundheit durch Alkoholkonsum ist den EU-BürgerInnen sehr gut bekannt: **97 % der Befragten, die ins Eurobarometer 331/2010 einbezogen wurden, erkennen, dass Alkohol schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann.** Fast alle Befragten glauben, dass Alkohol zu Lebererkrankungen beitragen kann, aber nur zwei von dreien sind sich der Krebsrisiken bewusst (67 %).

Aber diese Studien zeigen auch, dass dieses hohe Niveau der Risikowahrnehmung nicht notwendigerweise vollständiges Wissen und Verständnis des Zusammenhangs zwischen Trinken und Leberkrankheiten anzeigt. Es gibt immer noch eine Lücke im Verständnis der Öffentlichkeit, zum Beispiel Grad und Muster des Trinkens betreffend, die das Risiko erhöhen, oder die Beschaffenheit und Behandelbarkeit von Lebererkrankungen.

Aktivitäten und Übungen in der Health Box zum Thema „Alkoholmissbrauch“

Alle Aktivitäten und Übungen, die in der Health Box zur Verfügung gestellt werden, zielen darauf ab, die Lernenden anzuleiten, ihren Alkoholkonsum auf verantwortungsvolle und gemäßigte Weise zu handhaben. Die Lernaktivitäten

- ermutigen Lernende, über ihren Alkoholkonsum und ihre Motivation, regelmäßig Alkohol zu trinken, nachzudenken
- schärfen die Wahrnehmung sowohl für die körperlichen als auch die sozialen Auswirkungen von Alkoholkonsum
- bieten Informationen über Gesundheitsauswirkungen von Alkohol kombiniert mit Informationen über die finanzielle Belastung durch alkoholische Getränke
- regen Lernende an, über gesunde Alternativen nachzudenken.

3.5.2 Ungesunde Ernährung

Im heutigen Europa sind sechs der sieben größten Risikofaktoren für vorzeitigen Tod – Bluthochdruck, Cholesterin, hoher BMI (Body-Mass-Index), nicht ausreichender Obst- und Gemüsekonsum, Bewegungsmangel und Alkoholmissbrauch – damit verbunden, wie wir essen, trinken und uns bewegen.¹⁰ Die BürgerInnen der Europäischen Union bewegen sich zu wenig und konsumieren zu viel: zu viel Energie, zu viele Kalorien, zu viel Fett, Zucker und Salz.

In den letzten drei Jahrzehnten ist das Niveau von Übergewicht und Adipositas in der EU-Bevölkerung dramatisch angestiegen. Dies gilt besonders für Kinder, bei denen die geschätzte Verbreitung von Übergewicht im Jahr 2006 bei 30 % lag. Das ist ein Anzeichen für einen sich verschlechternden Trend zu falscher Ernährung und niedriger körperlicher Aktivität in der gesamten Bevölkerung der EU, wodurch eine Zunahme chronischer Zustände wie kardiovaskuläre Krankheit, Bluthochdruck, Typ-2-Diabetes, Schlaganfall, bestimmte Krebsarten,

¹⁰ http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/policy/index_en.htm

Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates und sogar eine Reihe geistiger Gesundheitsprobleme erwartet werden kann.¹¹

Der Anstieg der Adipositas verläuft parallel zum wachsenden Anteil an übergewichtigen Menschen. Man schätzt, dass die Hälfte der erwachsenen EU-Bevölkerung und ein Viertel der Schulkinder übergewichtig sind.

Ein geläufiger Maßstab für einen adipösen Menschen ist der Body-Mass-Index (BMI). Ein BMI über 30 bemisst einen adipösen Menschen, während ein BMI über 25 als übergewichtig klassifiziert wird.

$$\text{Body Mass Index} = \frac{\text{Gewicht in Kilogramm}}{\text{Höhe in Metern hoch zwei}}$$

Es gibt drei hauptsächliche Faktoren, die zu Adipositas führen:

1. **Schlechte Ernährung:** In der gesamten EU werden ungefähr 500 Kalorien pro Tag mehr konsumiert als vor 40 Jahren.
2. **Mangel an Bewegung:** Mehr als eine/r von drei EU-BürgerInnen treibt in seiner/ihrer Freizeit keinen Sport, der/die durchschnittliche EuropäerIn verbringt über fünf Stunden pro Tag sitzend.
3. **Genetische Gründe:** Zum Beispiel kann das Fehlen des vom Fettgewebe abgesonderten Hormons Leptin, das das Gehirn über die Menge des gespeicherten Fetts informiert, ernste Adipositas auslösen.

Das Eurobarometer 64.3 zum Thema Gesundheit und Essen fand heraus, dass der **Lebensstil von EU-BürgerInnen offensichtlich das Haupthindernis für gesundes Essen ist**. In der Europäischen Union sind Zeit (31 %) und ein Mangel an Kontrolle darüber, was man isst (27 %), die beiden Hauptgründe, die angegeben werden, um die Schwierigkeit gesunder Ernährung zu erklären. Andere genannte Gründe lauten:

- Gesundes Essen ist fade und unappetitlich (23 %)
- Mangel an Informationen über das Essen, das ich zu mir nehme (16 %)

11 http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_en.pdf: Weißbuch zur Strategie für Europa über Ernährung, Übergewicht und mit Fettleibigkeit verbundene Gesundheitsthemen (2007, Kommission der Europäischen Gemeinschaften)

- Informationen über gesunde Ernährung sind widersprüchlich und verwirrend (15 %)
- Mangel an Informationen darüber, was eine gesunde Ernährung ausmacht (12 %)

Aktivitäten und Übungen in der Health Box zum Thema „Ungesunde Ernährung“

Basierend auf diesen als Hindernisse für eine gesunde Ernährung genannten Gründen zielen die Übungen und Aktivitäten in der Health Box auf der einen Seite darauf ab, Informationen für eine gesunde Ernährung bereit zu stellen. Auf der anderen Seite zeigt eine Menge praktischer Übungen den Lernenden, wie man seine Ernährungsgewohnheiten verändern kann, ohne eine Menge Zeit und Geld investieren zu müssen.

Die Aktivitäten bezwecken Folgendes:

- Reflexion und Diskussion über Ernährungsthemen
- Schärfung der Wahrnehmung hinsichtlich Ernährungsverhalten, Konsequenzen
- Förderung der Selbstanalyse in Bezug auf die Verbindungen zwischen Lebensführung und Ernährung
- Anregen von positiven Einstellungen gegenüber gesunder Lebensführung
- Förderung von gesunden Alternativen und Optionen

3.5.3 Bewegungsmangel

Körperliche Betätigung ist eine wichtige Gesundheitsdeterminante. Ein Mangel hieran wird mit der Entwicklung von vielen der bedeutendsten nicht-kommunizierbaren Krankheiten in Verbindung gebracht. Es wird zunehmend deutlich, dass Bewegungsmangel ein globales Gesundheitsthema ist.

Körperliche Betätigung wird als jedwede körperliche Bewegung definiert, die von der Skelettmuskulatur produziert wird, was in Energieverbrauch oberhalb des Ruheniveaus resultiert. Die Gesundheit

verbessernde körperliche Betätigung wird als jedwede Form von körperlicher Betätigung definiert, die ohne übermäßigen Schaden oder Risiko der Gesundheit und Fitness nützt.

Für die EU-Mitgliedstaaten deuten die Ergebnisse des **Eurobarometer 2009** an, dass eine deutliche **Mehrheit der EU-BürgerInnen (65 %) einer Form körperlicher Betätigung mindestens einmal pro Woche nachgeht**. Weit mehr Menschen gehen „informeller“ körperlicher Betätigung nach (wie Radfahren, Laufen, Tanzen oder Gartenarbeiten), statt organisiert Sportarten zu betreiben. Einerseits ist der **positive Aspekt, dass 27 % der befragten Personen angeben, dass sie regelmäßig körperlichen Betätigungen nachgehen (mindestens 5-mal pro Woche)**. Andererseits gibt es eine besorgniserregende Statistik aus der Perspektive der öffentlichen Gesundheit: **14 % der EU-BürgerInnen sind körperlich untätig** – und geben an, dass sie „keiner“ Form körperlicher Aktivität nachgehen, während 20 % angeben, dass sie nur selten aktiv sind.¹²

Partnerland	Keine körperliche Betätigung
Österreich	5 %
Dänemark	4 %
Finnland	4 %
Deutschland	6 %
Italien	33 %
Rumänien	27 %
Großbritannien	12 %
Europäischer Durchschnitt	14 %

Tabelle 2: Prozentsatz von EU-BürgerInnen, die keinerlei körperlicher Betätigung nachgehen. (Ergebnisse von Health Box-Partnerländern, basierend auf Daten des Eurobarometer 334, Sportarten und körperliche Betätigung, 2010)

Körperliche Betätigung und ihre Konsequenzen für das Individuum und die Gesellschaft:

- Körperliche Betätigung hat vorteilhafte Auswirkungen auf Beginn und Entwicklung verschiedener chronischer Krankheiten und Zustände. Unter anderem reduziert sie das Risiko von Herzkrankheit, Schlaganfall, Übergewicht und Adipositas, Typ-2-Diabetes, Darmkrebs, Brustkrebs und Depression. Sie fördert die Gesundheit des Bewegungsapparats und das seelische Wohlbefinden.
- Ein körperlich aktiver Lebensstil hat positive Auswirkungen auf Gemeinschaften und Gesellschaften. Neben Gesundheitsvorteilen gibt es positive Auswirkungen auf Gemeinschaften und Gesellschaften, die mit aktiver Lebensführung verbunden werden, wie:
 - die Gelegenheit, mit anderen zu interagieren, mit der Gemeinschaft und der Umwelt;
 - die Möglichkeit, neue Fähigkeiten zu entwickeln und Menschen kennenzulernen.
 - möglicherweise die Unterstützung, Kriminalitätsraten und asoziales Verhalten zu reduzieren;
- Am allerwichtigsten ist, dass körperliche Betätigung mit anderem positivem Gesundheitsverhalten in Verbindung gebracht wird (z. B. gesunde Ernährung und Nichtrauchen) und auch andere Verhaltensänderungen vermittelt.

Gesundheitsfördernde körperliche Betätigung ist jegliche Form von körperlicher Betätigung, die die Gesundheit und Fitness ohne übermäßigen Schaden oder Risiko fördert. Das können alle täglichen Aktivitäten sein und kann, muss aber nicht zwangsläufig, Sport einschließen.

Wie oben erwähnt, zieht es die Mehrheit der EU-BürgerInnen vor, körperlicher Betätigung in einer ungezwungenen Umgebung anstatt in organisierten Sportarten nachzugehen. Demnach benutzen diejenigen UmfrageteilnehmerInnen im Eurobarometer 2009, die angeben, dass sie Sport treiben oder sich körperlich betätigen, Parks oder andere Außenbereiche (48 % trainieren hier) oder schlicht die Fahrt zu und von der Arbeit, Schule oder Geschäften.

12 SPECIAL Eurobarometer 334 "Sport and Physical Activity", 2009: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_en.pdf

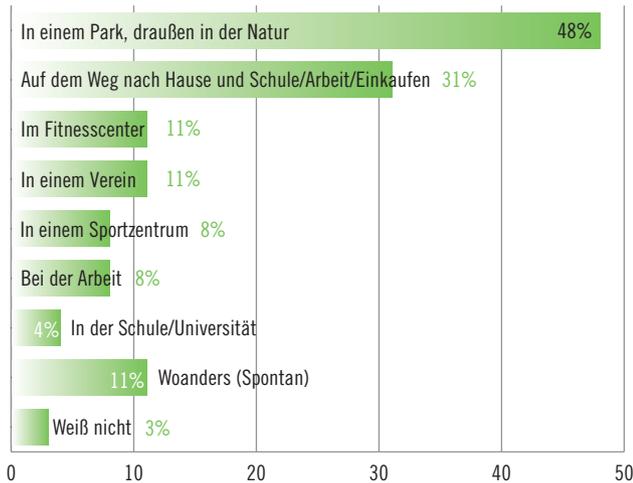


Abbildung 2: Wo treiben EU-BürgerInnen Sport oder betätigen sich körperlich?

Die städtische Umwelt ist ein sehr wichtiger **Faktor, der körperliche Betätigung beeinflusst**. Die städtisch bebaute Umwelt und tägliche Beförderung gehören zu den wichtigsten Hindernissen oder Förderern täglicher körperlicher Betätigung. Mögliche Verkehrsunfälle können ein gewichtiger Grund sein, dass Eltern Kindern nicht erlauben, zur Schule zu laufen, mit dem Rad zu fahren oder draußen zu spielen – insbesondere in städtischen Umgebungen. Vermeidungsstrategien sollten sich auf sichere städtische Umgebungen konzentrieren, um es BürgerInnen zu ermöglichen, die positiven Effekte eines körperlich aktiven Lebens zu erleben (Cavill et al., 2006).

Fördernde Faktoren	Hinderliche Faktoren
Verfügbarkeit von Fahrradwegen oder Wanderwegen	
Nahe Verbindung zur Natur oder grüne offene Flächen	
Einkaufszentren und Versorgungseinrichtungen in unmittelbarer Nähe von Wohngebieten	Einkaufszentren und Versorgungseinrichtungen, zu denen mit dem Auto gefahren werden muss
Verfügbarkeit von Treppen in öffentlichen Gebäuden	Verfügbarkeit von Rolltreppen und Aufzügen in öffentlichen Gebäuden
Verfügbarkeit von Freizeiteinrichtungen, Sporteinrichtungen	

Tabelle 3: Fördernde und hinderliche Faktoren körperlicher Betätigung in städtischen Gegenden¹³

Die Bedingungen am Arbeitsplatz beeinflussen den Umfang körperlicher Betätigung, der Menschen während der Arbeit nachgehen. Erwachsene verbringen einen großen Teil ihrer Wachzeit pro Tag am Arbeitsplatz, sind jedoch zumeist während dieser Zeit sehr wenig körperlich aktiv.

Obwohl sie weniger einflussreich als Umweltfaktoren sind, spielen **persönliche und psychologische Faktoren** auch in einem körperlich aktiven Leben eine Rolle.

13 http://www.euphix.org/object_document/05430n27422.html

Fördernde Faktoren	Hinderliche Faktoren
Selbstwirksamkeit (Glauben an die eigene Fähigkeit, aktiv zu sein)	Empfinden von Zeitmangel
Absicht und Freude an einer Übung	Empfinden, das man nicht „der sportliche Typ ist“ (besonders für Frauen)
Stand der wahrgenommenen Gesundheit oder Fitness	Bedenken über eigene Sicherheit
Selbstmotivation	Sich zu müde fühlen oder bevorzugen, sich in der Freizeit auszuruhen und zu entspannen
Soziale Unterstützung	Selbstwahrnehmungen (zum Beispiel annehmen, dass man bereits aktiv genug ist)
Erwartung des Nutzens einer Übung	
Wahrgenommener Nutzen	

Tabelle 4: Fördernde und hinderliche Faktoren körperlicher Betätigung – persönliche und psychologische Faktoren¹⁴

Die Gesundheit oder Fitness zu verbessern ist eine der Hauptmotivationen für Menschen, körperlicher Betätigung oder Sport nachzugehen. Es folgen motivierende Faktoren wie „entspannen“, „Spaß haben“, aber auch die Verbesserung der körperlichen Leistung und des Aussehens.¹⁵

14 http://www.euphix.org/object_document/o5430n27422.html

15 Special Eurobarometer 334 Physical activities and sports 2009, p.29

Aktivitäten und Übungen in der Health Box zum Thema „Bewegungsmangel“

Die Übungen und Diskussionen über körperliche Betätigung in der Health Box beabsichtigen, Lernende zu ermutigen, ihre Angewohnheiten hinsichtlich körperlicher Betätigung zu besprechen und zu reflektieren. Die Übungen wollen

- die Wahrnehmung für die Bedeutung von körperlichen Betätigungen in Verbindung mit Gesundheit schärfen
- Möglichkeiten für Lernende aufzeigen, Einrichtungen und Umgebungen für Aktivitäten zu verwenden
- Lernende dafür sensibilisieren, was mit ihrem Körper passiert, wenn sie aktiver sind
- Lernende aktivieren, indem sie ermutigt werden, gemeinsam zu trainieren /Gruppenaktivitäten durchzuführen
- kostengünstige Lösungen für die interessantesten körperlichen Betätigungen aufzeigen

3.5.4 Rauchen

Tabakkonsum ist die größte einzelne Ursache vermeidbarer Todesfälle in der EU. Durch die zunehmende Wahrnehmung seiner schädlichen Auswirkungen arbeitet die EU daran, die Menschen daran zu hindern, mit dem Rauchen anzufangen, RaucherInnen beim Aufhören zu helfen, Menschen vor der Einwirkung von Tabakrauch zu schützen sowie Tabakwerbung und -vermarktung zu begrenzen.

Trotz beachtlicher Fortschritte ist die Anzahl der RaucherInnen in der EU immer noch hoch – ungefähr ein Drittel der Bevölkerung. Die begleitenden Gesundheitsprobleme schließen etwa 650.000 Todesfälle jedes Jahr ein, die mit Rauchen in Verbindung gebracht werden. Fast die Hälfte der Sterbefälle treten im Alter zwischen 35 und 69 ein, was weit unter der durchschnittlichen Lebenserwartung liegt. Das Eurobarometer 332 (2009)¹⁶ gibt an, dass ein Drittel der BürgerInnen in der Europäischen Union (29%) gegenwärtig Zigaretten, Pfeife oder Zigarren rauchen. Fast die Hälfte der TeilnehmerInnen dieser Forschungsarbeit behaupten, dass sie niemals geraucht haben, während der Rest mit dem Rauchen aufgehört hat (22%).

Rauchen schädigt nahezu jedes Organ im menschlichen Körper, was ein breites Spektrum an Krankheiten – auch chronischer Art – auslöst.

16 http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eb332_en.pdf

Arten von Krebs <ul style="list-style-type: none"> ■ Lunge ■ Mund und Hals: Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf ■ Speiseröhre (Plattenepithelkarzinom und Drüsenkrebs) ■ Magen ■ Bauchspeicheldrüse ■ Harnblase ■ Niere (Nierenbecken- und Nierenzellkarzinom) ■ Gebärmutterhals ■ Brustkrebs ■ Knochenmark (myeloische Leukämie) Nasenhöhlen ■ Nasennebenhöhlen ■ Leber 	Atemwegserkrankungen und nachteilige Gesundheitsauswirkungen <ul style="list-style-type: none"> ■ Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ■ Akute Atemwegserkrankungen, inkl. Bronchitis und Lungenentzündung ■ Verschlimmerung und schlechte Kontrolle von Asthma ■ beeinträchtigt Lungenwachstum und erhöhtes Risiko von Atemwegserkrankungen bei Kindern und jungen Menschen, die Zigarettenrauch ausgesetzt sind
Kardiovaskuläre Krankheiten und nachteilige Gesundheitsauswirkungen <ul style="list-style-type: none"> ■ Koronare Herzerkrankung ■ Zerebrovaskuläre Krankheit ■ Aortenaneurysma ■ Periphere arterielle Verschlusskrankheit 	Auswirkungen auf mütterliche und kindliche Gesundheit <p>Rauchen in der Schwangerschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Schwangerschaftskomplikationen ■ Frühgeburt ■ Fötale Wachstumsverzögerung und niedriges Geburtsgewicht ■ Zunehmende Wahrscheinlichkeit Kindheitsasthma zu entwickeln <p>Passivrauchen und Kinder</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Plötzlicher Kindstod (SIDS) ■ Erhöhte Rate von Atemwegsinfektionen
Andere Krankheiten und nachteilige Gesundheitsfolgen	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Magengeschwür ■ Linsentrübung ■ Parodontitis ■ Zwölffingerdarmgeschwür ■ Schlechte Wundheilung ■ Risikofaktor für Diabetes und Verschlimmerung der Symptome ■ Reduzierte Fruchtbarkeit bei Männern und Frauen ■ Früherer Beginn der Wechseljahre ■ Morbus Crohn ■ Osteoporose ■ Impotenz ■ Frühzeitige Hautalterung 	

Tabelle 5: Krankheiten und nachteilige Gesundheitsauswirkungen, die durch Rauchen ausgelöst werden. Nach „Tabak oder Gesundheit in der Europäischen Union“ (Quellen: ASPECT, 2004 und ASH)¹⁷

17 http://www.euphix.org/object_document/o4758n27423.html

Nicht nur aktives Rauchen, sondern auch das passive Einatmen von umgebendem Tabakrauch (ETS) hat nachteilige Gesundheitsauswirkungen zur Folge, einschließlich Lungenkrebs, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und kardiovaskulärer Krankheit (CVD). Es wird geschätzt, dass jedes Jahr 79.500 Menschen in der EU als Folge von Passivrauchen sterben.

Rauchen spielt eine wichtige Rolle bei frühzeitigem Tod. In der EU macht die vorzeitige Sterblichkeit ein Drittel der gesamten Sterblichkeit aus, wobei die Todesrate bei Männern zweimal so hoch wie bei Frauen ist. Laut einer über einen Zeitraum von 50 Jahren durchgeführten Studie leben RaucherInnen zehn Jahre kürzer als ihre nicht-rauchenden AltersgenossInnen (Doll et al., 2004).

Tabak ist der führende Grund für die Belastung durch Krankheiten in der EU. Der Begriff Belastung durch Krankheiten bezeichnet den Abstand zwischen dem aktuellen Gesundheitszustand und einer idealen Situation, in der jeder bis ins hohe Alter frei von Krankheit und Behinderung lebt. Tabak wird sowohl mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung und Lungenkrebs stark verbunden und ist bekannt dafür, sich mit anderen Risikofaktoren zu kombinieren und die ischämische Herzkrankheit und zerebrovaskuläre Krankheit auszulösen.

Die Auswirkung der tabakbedingten Erkrankungs- und Sterberate auf die Gesellschaft kann wie folgt ausgedrückt werden:

- direkte Kosten, verbunden mit Gesundheitsfürsorge (Klinikaufenthalt, ambulante Pflege, verschreibungspflichtige Medikamente, häusliche Krankenpflege und Pflegeheim-Dienstleistungen) für mit dem Rauchen verbundene Krankheiten unter RaucherInnen und Passivrauch(SHS)-Opfern; und
- indirekte Kosten, verbunden mit dem Verlust von Humankapital aufgrund von Tabak zurechenbaren frühzeitigen Todesfällen, Produktivitätsverlusten, unbezahlten Einkommenssteuern und Beiträgen zur Sozialversicherung von RaucherInnen, Passivrauchopfer/-patientInnen und Betreuten, die sich ansonsten in bezahlten Beschäftigungen befinden würden (informelle Pflege).¹⁸

Sozialdemografisch betrachtet sind RaucherInnen eher männlich als weiblich, unter 54 Jahre alt und stammen aus den unteren sozialen Gruppen (Eurobarometer Spezial 332, Tabak). Bezogen auf die Beschäftigung ist das Rauchen verbreiteter unter Arbeitslosen (52 %) als unter Arbeitenden, wohingegen sich unter den angestellten HandwerkerInnen (mit fast vier von zehn) die meisten RaucherInnen befinden.

Im Durchschnitt rauchen EU-RaucherInnen 14,4 Zigaretten pro Tag.

Partnerland	Zigaretten pro Tag
Österreich	17,7
Dänemark	14,6
Finnland	12,8
Deutschland	14,7
Italien	13,0
Rumänien	15,0
Großbritannien	14,6

Tabelle 6: Der durchschnittliche tägliche Konsum von Tabak in den Health Box-Partnerländern (basierend auf Daten vom Eurobarometer 3332, Tabak, 2009)

Im Durchschnitt **haben fast drei von zehn RaucherInnen in der gesamten EU** mindestens einmal in den letzten zwölf Monaten (28 %) **versucht, mit dem Rauchen aufzuhören**. Fast die Hälfte derjenigen, die versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören, hat dies häufiger als einmal versucht. Die Hauptmotivation, mit dem Rauchen aufzuhören, ist die persönliche Gesundheit.

¹⁸ <http://www.euphix.org/>



Abbildung 3: Motivierende Faktoren darüber nachzudenken, mit dem Rauchen aufzuhören, während der letzten zwölf Monate unter EU-BürgerInnen (Eurobarometer 332 über Tabak 2009)

Der primäre Motivationsfaktor – die Sorge um die Gesundheit – ist unter 25- bis 54-jährigen gut Ausgebildeten am weitesten verbreitet. Obwohl sie auch besorgt um ihre Gesundheit sind, ist der Rat eines/r Arztes/Ärztin oder anderer GesundheitsexpertInnen motivierender für eine andere Untergruppe: diejenigen, die über 55 Jahre alt sind, RentnerInnen und aus niedrigeren sozialen Gruppen Stammende.

Der zweitstärkste motivierende Faktor – Familie/PartnerInnen/FreundInnen – ist am meisten verbreitet unter 25- bis 54-Jährigen, ManagerInnen und niedrigeren sozialen Gruppen.

Der Tabakpreis ist am motivierendsten unter 40- bis 54-Jährigen, Selbstständigen, HandwerkerInnen und StudentInnen, wohingegen diejenigen, die am besorgtesten über die Auswirkung ihres Rauchs auf NichtraucherInnen sind, wahrscheinlich Frauen sind, selbstständig, Hausfrauen oder zu niedrigeren sozialen Gruppen gehören.

Detailliertere Informationen und statistische Daten über die einzelnen Länder werden im Eurobarometer Spezial 332 über Tabak, 2009 zur Verfügung gestellt:

http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332_en.pdf

Aktivitäten und Übungen in der Health Box zum Thema „Rauchen“

Die Aktivitäten zum Thema „Rauchen“ in der Health Box

- ermutigen Lernende, ihre verschiedenen Einstellungen gegenüber Rauchen, ihre Rauchgewohnheiten und die Bedeutung von Rauchen für unsere Gesellschaft zu diskutieren
- stellen Informationen darüber zur Verfügung, wie Tabak den Gesundheitszustand beeinflusst
- regen Menschen dazu an, über die Konsequenzen und die möglichen Vorteile der Änderung ihres Rauchverhaltens nachzudenken.

3.5.5 Stress

Stress kann positiv oder negativ sein. Bei diesem Verständnis wird eine Unterscheidung zwischen Eustress und Distress getroffen. Eustress kann als gesunder Stress verstanden werden, das Gefühl von Erfüllung oder andere positive Gefühle weckt, wohingegen Distress die am häufigsten erwähnte Art von Stress ist und negative Auswirkungen hat. Eustress ist eine positive Form von Stress, gewöhnlich verbunden mit erwünschten Ereignissen im Leben einer Person. Beide können gleichermaßen anstrengend für den Körper sein und sind von Natur aus kumulativ je nach der Art und Weise, wie sich ein Mensch an eine Veränderung anpasst, die er ausgelöst hat. Der Körper selbst kann zwischen Distress und Eustress physiologisch nicht unterscheiden.¹⁹

Wenn in der Health Box von Stress die Rede ist, bezieht dieser sich immer auf die negative Variante, den Distress, der durch Einflüsse wie Arbeit, Schule, Gleichaltrige oder MitarbeiterInnen, Familie und Tod erzeugt werden kann. Andere Einflüsse variieren mit dem Alter. Menschen unter anhaltendem Distress haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, psychisch oder körperlich krank zu werden. Stress, der von Arbeitsbedingungen ausgelöst wird – was für die meisten Menschen der Haupteinflussfaktor für Stress ist –, beinhaltet einen

¹⁹ <http://en.wikipedia.org/wiki/Eustress>

Mangel an Kontrolle über die Arbeit, unangemessene Forderungen, die an ArbeitnehmerInnen gestellt werden, und einen Mangel an Unterstützung durch KollegInnen und die Betriebsführung. Aber nicht nur Umstände, die mit Arbeit in Verbindung stehen, können Stress auslösen.

Menschen erleben Stress, wenn sie wahrnehmen, dass es ein **Ungleichgewicht gibt zwischen den Forderungen, die an sie gestellt werden, und den Hilfsmitteln, die sie zur Bewältigung dieser Forderungen zur Verfügung haben**. Obwohl die Erfahrung von Stress mentaler Natur ist, beeinflusst Stress auch die körperliche Gesundheit von Menschen.²⁰

Es gibt bei verschiedenen Individuen unterschiedliche Reaktionen auf dieselben Umstände. Manche Menschen können besser mit hohen Anforderungen zurechtkommen als andere. Es ist die subjektive Bewertung des/der Einzelnen und seiner/ihrer Situation, die hier wichtig ist. Es ist nicht möglich, von der Situation allein auf die Menge an Stress zu schließen, die sie auslösen könnte.

Die Stresserfahrung kann verändern, wie eine Person fühlt, denkt und sich verhält. Auf der individuellen Ebene umfassen die Symptome:

- emotionale Reaktionen (Reizbarkeit, Angst, Schlafprobleme, Depression, Hypochondrie, Entfremdung, vollkommene Erschöpfung, Familienbeziehungsprobleme);
- Wahrnehmungsreaktionen (Schwierigkeiten sich zu konzentrieren, zu erinnern, neue Dinge zu lernen, Entscheidungen zu fällen);
- Verhaltensreaktionen (Missbrauch von Drogen, Alkohol und Tabak; destruktives Verhalten), und
- physiologische Reaktionen (Rückenprobleme, geschwächtes Immunsystem, Magengeschwür, Herzprobleme, Bluthochdruck).

Mit Stress verbundene Krankheiten

Stress hat das Potenzial, die Empfänglichkeit einer Person für verschiedene Krankheiten zu beeinflussen. Er kann auch das Vorschreiten von Krankheiten beschleunigen – dies kann sich von Erkältung bis Krebs erstrecken. Es gibt eine Verbindung zwischen unserem Entwicklungsprozess und der Reaktion auf Stress in unserem Körper. In der Urzeit waren Menschen andauernd von ihrer Umgebung bedroht

und sahen sich mit körperlichen Bedrohungen von Tieren und Natur konfrontiert. Die Menschen haben mit der Zeit gelernt, mit körperlichen Belastungen umzugehen. Das Herz pumpt das Blut schneller und unser Körper ist bereit, den bevorstehenden Herausforderungen zu trotzen. Die Kampf-oder-Flucht-Reaktion wird durch die Ausschüttung von Adrenalin ausgelöst und ist somit auch Bestandteil unseres Entwicklungsprozesses.

Das Problem entsteht jedoch, wenn der Körper zwar vorbereitet, aber unfähig ist, den Gefahren zu trotzen.

Es gibt verschiedene Determinanten für mit Stress verbundene Krankheiten. WissenschaftlerInnen sind zu dem Ergebnis gekommen, Menschen in zwei verschiedene Typen zu klassifizieren:

1. **Menschen, die konkurrenzstark sind und über einen gewissen Antrieb verfügen**. Dies sind ambitionierte Menschen, die bereit sind, in ihr Herz und ihre Seele zu investieren. Solche Menschen sind zielorientiert, hochkonzentriert und oft als arbeitswütig bekannt. Sie sind jederzeit Stress ausgesetzt.
2. Andererseits gibt es **Menschen, die kaum einen Fokus im Leben haben, die arbeitslos sein können oder schlicht selbstgefällig**. Sie können auch genauso anfällig für Stress sein. Dies hängt tatsächlich von der Belastbarkeit ab.

Eine auf Stress bezogene Ordnung ist sehr subjektiv, da verschiedene Menschen über verschiedene Stresstoleranz verfügen. Wenn der Stress die Toleranzstufe überschreitet, droht stressbezogene Unordnung.²¹

Menschen finden oft Wege, mit Stress umzugehen – auf sowohl negative als auch positive Weise. Beispiele für positive Wege sind Musikhören, Entspannungsübungen, Sportarten und ähnliche gesunde Ablenkungen. Negative Wege sind oft Drogen, Alkohol und Ärger, die zu Abhängigkeiten und später zu mehr Stress führen. Die Health Box konzentriert sich auf die Unterstützung von Lernenden, ihre persönliche Stressvermeidungsstrategie zu finden.

²⁰ <http://osha.europa.eu/en/topics/stress>

²¹ <http://www.stressrelatedillness.com/stress-related-illness-and-disorder.html>

Aktivitäten und Übungen in der Health Box zum Thema „Stress“

Abgesehen davon, dass Informationen über die charakteristischsten Symptome von Stress und die Auswirkung auf die persönliche Gesundheitssituation zur Verfügung gestellt werden, konzentrieren sich die Health Box-Aktivitäten auf die Entwicklung neuer Strategien, um zu lernen zu entspannen. Um dieses Ziel zu erreichen, enthalten diese Übungen:

- das Schaffen von Bewusstsein für konkrete Situationen, die Stress/Entspannung auslösen
- Diskussionen, wie Stresssituationen vermieden werden können
- die Schärfung der Wahrnehmung für die tatsächlichen, auf Stress bezogenen Reaktionen und Verhaltensweisen
- einen humorvollen Gruppenansatz

3.5.6 Substanzmissbrauch

Das Europäische Überwachungszentrum für Drogen und Drogenabhängigkeit (EMCDDA) schätzt, dass Drogenmissbrauch in der EU pro Jahr für 6500 bis zu 9000 Todesfälle (durch Überdosis) verantwortlich ist. Die Injektion ist auch ein Haupttransportmittel für blutübertragene Infektionen wie HIV/AIDS und Hepatitis B und C. Das Vorkommen von HIV unter Injizierenden sank zwischen 2001 und 2005, aber machte 2005 immer noch etwa 3500 neue Fälle aus.²²

Es folgt eine kurze Übersicht über die geläufigsten illegalen Drogen in der EU:

Cannabis

Die Verwendung von Cannabis in Europa hat sich im letzten Jahrzehnt beträchtlich entwickelt, ebenso die Debatte darüber, wie angemessen auf den weit verbreiteten Konsum dieser Droge reagiert werden kann. In den meisten Ländern ist der Cannabisgebrauch während der 1990er- und frühen 2000er-Jahre angestiegen. Außerdem haben die letzten Jahre ein wachsendes Verständnis der Auswirkungen auf das öffentliche Gesundheitssystem durch den weit verbreiteten und Langzeitgebrauch dieser Droge gezeigt. Die Zunahme der Behandlungen deutet klar auf mit Cannabis in Verbindung stehende Probleme hin.

Amphetamine, Ecstasy und halluzinogene Substanzen

Amphetamine (ein allgemeiner Begriff, der sowohl Amphetamin als auch Methamphetamin einschließt) und Ecstasy gehören zu den geläufigsten verwendeten illegalen Drogen in Europa. Bezogen auf die absoluten Zahlen könnte der Kokaingebrauch höher liegen, aber seine geografische Konzentration bedeutet, dass in vielen Ländern nach Cannabis entweder Ecstasy oder Amphetamine die am zweithäufigsten gebrauchten illegalen Substanzen sind.

Kokain und Crack

Während des letzten Jahrzehnts wurde in der Europäischen Union ein Gesamtanstieg des Kokaingebrauchs und der Kokainbeschlagnahmen beobachtet, obwohl dies weitgehend auf westliche Mitgliedstaaten beschränkt war und bedeutende Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern bestehen. Die verfügbaren Daten weisen zudem eine beachtliche Vielfalt unter KokainbenutzerInnen auf – sowohl im Sinne von Gebrauchsmustern als auch im sozio-demografischen Sinne. Jene, die nur gelegentlich mit der Substanz experimentieren, bilden die größte Gruppe. Eine andere Gruppe umfasst sozial integrierte regelmäßige BenutzerInnen, die in einigen Ländern aus einer relativ großen Anzahl junger Menschen gebildet wird. Einige von ihnen intensivieren ihren Gebrauch von Kokain oder verwenden es über einen langen Zeitraum. Eine dritte Gruppe von Drogensüchtigen beinhaltet Mitglieder sozial ausgeschlossener Gruppen, einschließlich aktueller und ehemaliger Opiatbenutzer. Aufgrund der Profilvervielfalt unter KokainbenutzerInnen stellt die Beurteilung der Verbreitung der Verwendung der Droge, ihrer Gesundheits- und sozialen Folgen und der notwendigen Antworten viele Herausforderungen.

22 http://ec.europa.eu/health-eu/my_lifestyle/index_en.htm

Opiatgebrauch und Drogeninjektion

Heroingebrauch, hier insbesondere das Injizieren der Droge, wurde eng mit dem problematischen Drogengebrauch in Europa seit den 1970er-Jahren in Verbindung gebracht. Heutzutage ist diese Droge noch immer verantwortlich für den größten Anteil an der mit Drogengebrauch in der Europäischen Union verbundenen Erkrankungs- und Sterberate. Eine Abnahme des Heroingebrauchs und der dazugehörigen Probleme wurde in den letzten zehn Jahren beobachtet.

Drogenverwandte Infektionskrankheiten und Todesfälle

Infektionskrankheiten wie **HIV** und **Hepatitis B und C** gehören zu den ernstesten Gesundheitsfolgen des Drogengebrauchs. Sogar in Ländern, in denen die HIV-Häufigkeit bei Injektionsdrogensüchtigen niedrig ist, können **andere Infektionskrankheiten** einschließlich **Hepatitis A, B und C, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Tetanus, Botulismus und das humane T-Zell-lymphotrope Virus v. a.** unverhältnismäßig viele DrogenbenutzerInnen betreffen.

Drogengebrauch ist eine der Hauptursachen von Gesundheitsproblemen und Tod unter jungen Menschen in Europa. Das verdeutlicht eine internationale, von der EMCDDA unterstützte Studie, aus der hervorgeht, dass in sieben europäischen urbanen Regionen zwischen 10 % und 23 % der Sterblichkeit in der Altersgruppe von 15 bis 49 einer Opiatbenutzung zugeschrieben werden konnten.

Drogenbedingte Sterblichkeit umfasst Todesfälle, die direkt von der pharmakologischen Wirkung einer oder mehrerer Substanzen ausgelöst werden (drogeninduzierte Tode), und Todesfälle, die indirekt durch die Drogenbenutzung, oft mit anderen zusammenwirkenden Faktoren, ausgelöst werden (z.B. Unfälle). Bekannte Gründe für Todesfälle beinhalten akute Toxizität, Verkehrsunfälle, insbesondere, wenn sie mit Alkohol kombiniert sind (EMCDDA, 2007), Gewalt, Selbstmord unter bereits gefährdeten Menschen oder chronische Erkrankungen als Folge von wiederholtem Gebrauch (z. B. kardiovaskuläre Probleme bei Kokainbenutzern).

Ein Bericht zu einer Analyse (Flash Eurobarometer, Europäische Kommission, 2008) über junge Menschen und Drogen zeigt, dass die Mehrheit junger Menschen in der EU (15 bis 24 Jahre) sich des Risikos, das Drogen für die Gesundheit einer Person darstellen, bewusst sind. Besonders für Heroin, Kokain und Ecstasy wird das

Gesundheitsrisiko von fast allen Befragten als sicher angesehen: 98 %, 97 % bzw. 96 % sind sich bewusst, dass die Benutzung dieser Substanzen ein *mittleres* oder *hohes* Risiko für die Gesundheit eines Menschen bedeuten könnte.

Ein völlig anderes Bild wird von jungen Menschen in der Wahrnehmung der Gesundheitsrisiken, die mit **Cannabis** assoziiert werden, gezeigt. Obwohl acht von zehn der Befragten (82 %) das von Cannabis ausgehende Gesundheitsrisiko erkannten (mittel oder hoch), nahm nur die Hälfte (40 %) an, dass es für ihre persönliche Gesundheit ein hohes Risiko darstellt.²³ Dieser Glaube reflektiert das weit verbreitete Denken der eigenen Immunität hinsichtlich spezifischer Krankheiten oder Gesundheitsprobleme, was als eine Art Selbstsicherheitssystem verstanden werden kann.

Aktivitäten und Übungen in der Health Box zum Thema „Substanzmissbrauch“

Da das Thema Drogenmissbrauch sehr heikel ist, beinhalten die meisten der Health Box-Aktivitäten Spiele, Ratespiele und kreative Arbeit, um dieses Thema auf amüsante und zugängliche Weise zu bearbeiten.

Die Aktivitäten

- überprüfen das Verständnis von Drogen und Drogengebrauch unter den Lernenden
- informieren die Lernenden über einige grundlegende Fakten zu den Substanzen
- schärfen die Wahrnehmung zu den Drogentypen und ihren Auswirkungen
- stellen das Konzept positiver und negativer Entscheidungen vor
- helfen Lernenden die Folgen ihrer Entscheidungen zu identifizieren
- schaffen Bewusstsein für die Auswirkung von Substanzmissbrauch auf das Leben

²³ http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_233_en.pdf

4. Sozioökonomisch benachteiligte Menschen

4.1 Allgemeine Definition von benachteiligten Menschen in Europa

Da das Jahr 2010 das Europäische Jahr der Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung war, gibt es eine Menge europäischer Publikationen und Statistiken, die sich mit dem Thema soziale Ungleichheit, auch verbunden mit Gesundheitsungleichheit, beschäftigen. Auch wenn sich die Health Box nicht mit dem Thema Armut beschäftigt, gibt es eine Verbindung zur Armutsdefinition, da betroffene Menschen eine Reihe von **Nachteilen** durchleben, etwa durch

- Arbeitslosigkeit,
- niedriges Einkommen,
- schlechte Wohnverhältnisse,
- unangemessene Gesundheitsversorgung und
- Hindernisse in Bezug auf lebenslanges Lernen, Kultur, Sport und Erholung.

Sie werden häufig aufgrund ökonomischer, sozialer und kultureller Gründe von der Teilnahme an Aktivitäten ausgeschlossen.

Im Health Box-Kontext bedeutet der Begriff „sozioökonomisch benachteiligte Lernende“, dass diese Menschen benachteiligt sind hinsichtlich

- Beschäftigung und Stellung im Beruf,
- Einkommensniveau,
- Bildungsstand und
- durch verschiedene Formen sozialer Ausgrenzung.

Im Eurostat Report „Bekämpfen von Armut und sozialer Ausgrenzung (2010)“ ist der Begriff **soziale Ausgrenzung** definiert als

‘... ein Prozess, wodurch bestimmte Individuen an den Rand der Gesellschaft gedrückt und daran gehindert werden, sich aufgrund ihrer Armut, Mangel an grundlegenden Fähigkeiten und Möglichkeiten zum lebenslangen Lernen oder als ein Ergebnis von Diskriminierung voll zu beteiligen. Das distanziert sie von Berufs-, Einkommens- und Bildungsmöglichkeiten sowie sozialen und Gemeinschaftsnetzwerken und Aktivitäten. Sie haben kaum

Zugang zu Macht und Entscheidungsgremien und fühlen sich daher oft machtlos und unfähig, die Kontrolle über die Entscheidungen zu übernehmen, die ihr Leben von einem zum anderen Tag bestimmen.’

Soziale Ungleichheit umfasst eine Reihe von Ungleichheiten, die bedeuten, dass verschiedene Gruppen in der Gesellschaft nicht den gleichen sozialen Status haben. Soziale Ungleichheit ist eng verbunden mit sozialer Ausgrenzung, da sie Menschen einschränkt, sich voll und gleichberechtigt in der Gesellschaft zu beteiligen. Mangelnder Zugang zum Arbeitsmarkt ist eine Schlüsselform des Ausschlusses, am deutlichsten sichtbar in Form von Arbeitslosigkeit, was eine direkte Auswirkung auf Einkommensungleichheiten hat. Allerdings deckt Ausgrenzung eine Reihe von Themen von Geschlecht und ethnischer Gruppe über Staatsangehörigkeit bis hin zum Gesundheitszustand ab, um nur einige zu nennen.²⁴

Wissenschaftliche Nachforschungen zu Gesundheitsungleichheiten in Europa zeigen, dass nahezu sämtliche wichtigen Gesundheitsprobleme und Hauptgründe für frühzeitigen Tod wie kardiovaskuläre Krankheit und Krebs häufiger unter Menschen mit niedrigem Ausbildungsstand, niedrigerem Einkommen und geringerer Stellung im Beruf auftreten.

Gesundheitsungleichheit wird als systematischer und vermeidbarer Unterschied bei Gesundheitsergebnissen zwischen sozialen Gruppen angesehen, so **dass ärmere und/oder benachteiligtere Menschen eine höhere Wahrscheinlichkeit für Krankheiten und Behinderungen und kürzere Leben aufzeigen als jene, die wohlhabender sind.**

Europäische statistische Daten belegen auch die Tatsache, dass es einen Zusammenhang zwischen dem sozialen und dem Gesundheitsstatus einer Person gibt. Die europäischen Statistiken zu Einkommen und Lebensumständen (EU-SILC) von **Eurostat** beinhalten ein kleines Modul zur Gesundheit, einschließlich einer Frage zu chronischen (seit langem bestehenden) Krankheiten oder Leiden. Die Daten beziehen sich auf die Aussage der Befragten dazu, ob sie eine chronische (seit langer Zeit bestehende) Krankheit oder Leiden haben oder nicht. Die

24 http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-09-001/EN/KS-EP-09-001-EN.PDF

Daten werden nach Geschlecht, Altersgruppe, Aktivitätsstatus, Bildungsgrad und Einkommen unterteilt.²⁵

Verbunden mit dem **Faktor Bildung** verdeutlichen die Zahlen, dass eine seit langem bestehende chronische Krankheit nicht notwendigerweise mit dem Bildungsgrad abnimmt. Aber es ist ziemlich deutlich, dass der **EU-Durchschnittsprozentatz von Menschen, die von sich selbst behaupten, dass sie an seit langer Zeit bestehenden Krankheiten leiden, in den Bildungsniveaus 0 (58,1 %) und 1 (47,7 %) überrepräsentiert ist.**

In Verbindung mit dem Einkommen zeigt die europäische Statistik **eine zunehmende subjektive chronische Erkrankungsrate in den unteren Einkommensbereichen.**

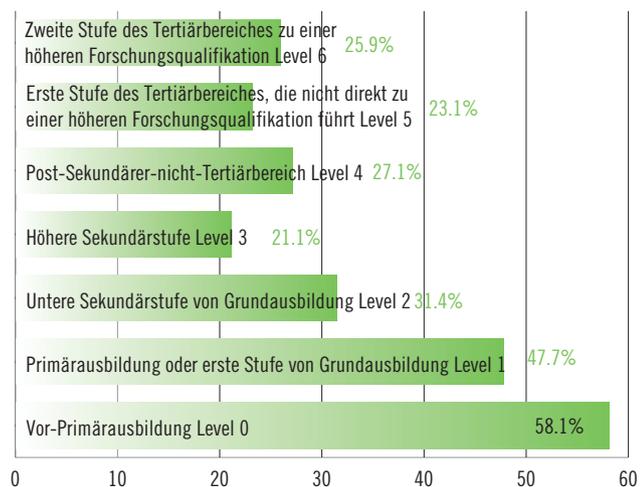


Abbildung 4: Subjektive chronische Erkrankungsrate: Menschen, die eine langjährige Krankheit oder Gesundheitsprobleme haben, nach Bildungsgrad, nach ISCED 1997 in 2008 (%) – EU27 europäischer Durchschnitt

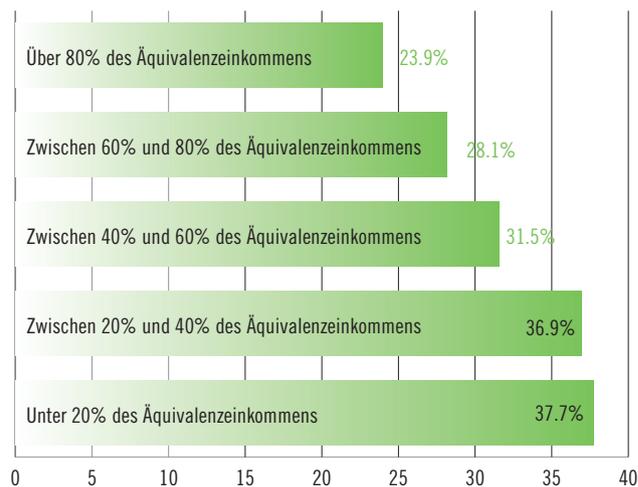


Abbildung 5: Subjektive chronische Erkrankungsrate: Menschen, die eine langjährige Krankheit oder Gesundheitsprobleme haben, nach Einkommen in 2008 (%) – EU27 europäischer Durchschnitt

Weitere statistische Informationen über den Gesundheitsstatus in europäischen Umfragen: http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm?echisub=24#echi3

4.2 Hindernisse für Verhaltensveränderungen

Wenn es darum geht, unseren Gesundheitszustand zu verbessern, scheint es, als ob die Mehrheit der Menschen ein grundlegendes Verständnis davon hat, was zu tun ist. Trotzdem scheint es verschiedene Einflussfaktoren zu geben, die den Beginn des Veränderungsprozesses schwierig machen. Das Unterstützen von (sozioökonomisch) benachteiligten Menschen, ihren ungesunden Lebensstil in einen gesünderen zu verändern, muss immer mit dem Schärfen der Wahrnehmung über die Auswirkung von gesundem Verhalten (mit der Hilfe von Informationen) Hand in Hand gehen. Außerdem ist individuelle Hilfe wichtig, wenn die Motivation nachlässt.

²⁵ http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/dissemination/echi/echi_43d_en.pdf

Auch verschiedene psychologische und soziale Faktoren, die das Verhalten von Menschen beeinflussen, dürfen nicht vergessen werden, da sie eine Unterbrechung schwieriger ungesunder Angewohnheiten verursachen können.

Selbst wenn Menschen über die ungesunden Aspekte des Rauchens, des Alkohol- und Drogenkonsums etc. Bescheid wissen, nehmen sie diese Lebensführungsrisiken weiterhin auf sich.

Soziale, kulturelle und Umweltfaktoren verstärken ungesunde Verhaltensweisen.

WissenschaftlerInnen, die Nachforschungen in diesem Feld anstellten, fanden unter anderem die folgenden Gründe:²⁶

- eine innewohnende menschliche Verdrängung
- Verlangen nach sozialer Akzeptanz. Wenn ein Verhalten sozial akzeptiert oder sogar als wünschenswert angesehen wird, neigen Menschen dazu, sich mit der Tatsache abzufinden, dass es schlecht für sie ist, da „es jeder tut“.
- Unfähigkeit, das Risiko wirklich zu begreifen
- individualistische Weltanschauung und die Fähigkeit, ungesunde Gewohnheiten zu rationalisieren, z.B. mit individuellen, handlungsunterstützenden Erfahrungen. „Bis jetzt hat es mir noch nicht geschadet...“
- genetische Prädisposition für Abhängigkeit

Menschen verändern nicht ihr Verhalten, weil sie die Informationen zu großen Risiken verpasst haben. Sie neigen stattdessen dazu, für das Jetzt und in die begrenzte Zukunft hinein zu leben, jedoch nicht langfristig.

Die meisten Verhaltensveränderungen wie Gewichtsabnahme oder Aufgabe des Rauchens umfassen sechs Schritte:²⁷

1. Vorüberlegung: Die Person bestreitet das Problem oder scheitert dabei, es zu erkennen.

2. Betrachtung: das Problem erkennen, ohne bereit zu sein, es zu verändern
3. Vorbereitung: sich für die Veränderung bereit machen
4. Handlung: Verhalten verändern
5. Pflege: nicht „vom Wagen fallen“
6. Terminierung: die letzte Stufe, die bedeutet, dass das Verhalten „gebändigt“ ist und nicht länger eine Bedrohung darstellt

Verhaltensveränderung ist ein Prozess, nicht eine unmittelbare Handlung. Der Hauptfokus der Health Box-Aktivitäten lautet, benachteiligte Lernende in den Phasen 1 und 2 zu erreichen mit dem Ziel, sie in die Phasen 3 und 4 zu führen – sich bereit zu machen für Veränderung und zu handeln! Die Phasen 5 und 6 stellen einen nachhaltigen „Erfolg“ der Verhaltensveränderung sicher – was einerseits das langfristige Gesamtziel des Health Box-Projekts ist, andererseits aber stärker von den Personen abhängt, die die Verhaltensmuster verändern wollen, als von den KursleiterInnen. Daher kann es keine Garantie geben, dass Personen, die mithilfe der Health Box ihren Weg zu einem gesünderen Leben aufnehmen, die letzten zwei Phasen innerhalb der Trainingszeit erreichen werden.

5. Bildung als Mittel zur Reduzierung von Lebensstilkrankheiten unter sozioökonomisch benachteiligten Lernenden

Verschiedene Umfragen zeigen, dass Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status häufig ungesund leben, häufiger erkranken und früher sterben. Diese Tatsache ist auch in so genannten entwickelten Ländern mit einem guten und zugänglichen Gesundheitssystem feststellbar.

Das Bildungsniveau hat bedeutende Auswirkungen auf die Gesundheit des Einzelnen: Je höher der Bildungsgrad, desto gesünder der Lebensstil. Das bedeutet zum Beispiel, dass die Gesundheitssituation

²⁶ http://www.livescience.com/health/061205_bad_habits.html

²⁷ Prochaska, J. (2006): Changing for Good: A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward, http://lacrossetribune.com/lifestyles/health-med-fit/article_8c5f21ae-fa4b-11de-ad16-001cc4c002e0.html

von Menschen, die nur über einen Regelschulabschluss verfügen, häufig schlechter ist als von jenen, die über einen Universitätsabschluss verfügen.

Dennoch führt Bildung allein nicht zu einem gesünderen Lebensstil, jedoch zu besserer Wahrnehmung und besseren Chancen. Sie führt auch zu einer besseren „Einstellung zum Lernen“ – in diesem Fall etwa, um sich ein gesünderes Leben anzugewöhnen.

Dies könnte als eine Erklärung angesehen werden, warum Gesundheit dennoch unabhängig von der Ausbildung eine subjektive Erfahrung und daher auch subjektiv definiert ist: Man könnte demnach sein Leben als gesund beurteilen, auch wenn eine andere Person denselben Lebensstil als ungesund einschätzt.

Das individuelle Gesundheitsverhalten hängt von den Lebens- und Gesundheitsbedingungen ab, also den existierenden kulturellen, ökonomischen, sozialen und ökologischen Umständen. Sie entscheiden, ob einer Person die notwendigen Vorbedingungen für eine gesunde Lebensführung zur Verfügung stehen: finanzielle Mittel, Ernährung, Arbeit, soziale Sicherheit, Anerkennung, Wahlmöglichkeiten und Bildung (Hurrelmann, 2006).²⁸

Die am Einkommen erkennbaren finanziellen Mittel sind besonders verflochten mit Bildung und Gesundheit: Je höher das Einkommen ist, desto besser ist der Zugang zu gesunder Lebensführung, wobei das Einkommen auch von der Bildung abhängt.

Hurrelmann (2006) beschreibt drei entscheidende, die Gesundheit bestimmende Faktoren:

- persönliche Faktoren wie genetische Bedingungen, körperliche und geistige Verfassung sowie ethnische Zugehörigkeit
- Verhaltensfaktoren wie Ernährung, körperliche Betätigung und Entspannung
- andere Faktoren wie sozioökonomischer Status, Bildung, ökonomische Situation, Gesundheitspflege



Abbildung 6: Drei die Gesundheit bestimmende Faktoren

Das Bildungsniveau hat offenbar bedeutende Auswirkungen auf die Gesundheit. Leider ist der Zugang zu Bildung in Europa unterschiedlich, was bedeutet, dass nicht jeder die Chance auf eine lange Ausbildungszeit hat. Hierfür gibt es verschiedene Gründe, so z. B. finanzielle, kulturelle oder andere Beschränkungen. Daher sind arme und unausgebildete Gruppen gefährdeter, was ungesunde Lebensgewohnheiten betrifft.

Den Menschen mit dem größten Bedarf eine grundlegende Gesundheitsausbildung bereitzustellen – sozioökonomisch benachteiligten Personen – zielt darauf ab, der Ausbreitung von Lebensstilkrankheiten innerhalb dieser Gruppe entgegenzuwirken, da Bildung nicht nur Wissenstransfer einschließt, sondern auch Selbstreflexion bzgl. des eigenen Verhaltens fördert.

Insbesondere sozioökonomisch benachteiligte Menschen mit geringerer Ausbildung und/oder Migrationshintergrund haben entweder keinen Zugang zu (Weiter- und Erwachsenen-)Bildung oder nehmen nicht am klassischen Gesundheitswesen oder an Gesundheitsbildung teil. Gründe hierfür könnten finanzielle Einschränkungen, kulturelle und/oder soziale Einflüsse oder mangelndes Interesse sein. Daher sollten diese Menschen ein spezielles Training erhalten, um ihre Lebensführung in puncto Gesundheit zu verbessern. Aus diesem Grund zielt die Health Box besonders auf diese Gruppen im non-

28 Hurrelmann, K. (2006), Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Juventa Verlag, Weinheim und München

formalen oder informellen Erwachsenenbildungsbereich ab, wie etwa am Arbeitsmarkt orientierte Trainingsprogramme, berufliche Trainingsseminare oder Kurse zu anderen Themen als Gesundheit.

ErwachsenenbildnerInnen, die mit den Zielgruppen in solchen Zusammenhängen arbeiten, sollen so mit Gesundheitsthemen und Trainingsmaterial für Gesundheitsförderung vertraut gemacht werden, das leicht in Kurse zu anderen Themen als Gesundheit integriert werden kann.

Das Projekt Health Box fördert Wissen, Einstellungen und Fähigkeiten, die dabei helfen können, Lebensstilkrankheiten zu ver-

hindern und gesunde Lebensgewohnheiten unter sozioökonomisch benachteiligten Erwachsenen, MigrantInnen und Erwachsenen mit einem niedrigen Bildungsniveau zu verbessern.

5.1 Verschiedene Lernumgebungen mit besonderer Berücksichtigung des Lernkontextes der Health Box

Die folgende Tabelle zeigt einige Lernumgebungen, mit denen sozioökonomisch benachteiligte Personen wahrscheinlicher erreicht, und Zielgruppen, die als typische Lernumfelder verstanden werden können, in denen die Health Box von Lehrenden eingesetzt werden könnte:

Sprach-, IKT-Kurse und Kurse mit gesundheitsbezogenen Themen für Frauen über 40 mit sozial und bildungsbeschränktem Hintergrund
Sprach- und IKT-Kurse für Männer über 50 auf niedrigem Bildungsniveau und wenig Zugang zu Bildung und sozialer Beteiligung
Diskussionsgruppen, Theaterwerkstätten und Beratungstraining für junge Erwachsene, die in sozial unterprivilegierten Gegenden leben
Diskussionsgruppen, Theaterwerkstätten und Beratungstraining für Erwachsene, für die Englisch eine Zweitsprache ist
Sprachkurse für MigrantInnen, die in die Gesellschaft und das Arbeitsleben integriert werden
Berufs- und/oder unterstützende Kurse für arbeitslose Menschen
Trainingskurs mit Mitwirkungsmöglichkeit und Berufsorientierungselementen für arbeitslose Menschen mit niedrigen Qualifikationen
Trainingskurs mit Mitwirkungsmöglichkeit und Berufsorientierungselementen für arbeitslose Frauen mit Migrationshintergrund
Spezielle Trainingsinitiativen/Kurse (Qualifikation für Fähigkeiten, Nachhilfe, Joborientierung) für Langzeitarbeitslose
Spezielle Trainingsinitiativen/Kurse (Qualifikation für Fähigkeiten, Nachhilfe, Joborientierung) für ältere arbeitslose Menschen
Qualifikationskurse (Baubereich und allgemeine Dienstleistungen) für arbeitslose Menschen, die im ländlichen Raum leben
Kochkurse für SeniorInnen und Arbeitslose, hauptsächlich Frauen
Kurse für Menschen, die an einer Krankheit über einen langen Zeitraum gelitten haben (bis zu einem Jahr) und nun in den Arbeitsmarkt zurückkehren müssen. Die Gründe, warum man den Arbeitsmarkt verlassen muss, sind in kleinem Ausmaß körperlich und in großem Ausmaß geistig oder sozial (Stress, Depression).
Vorbereitungskurse für MigrantInnen mit den Themen: Sprache, Gesellschaft, Pädagogik und Psychologie, Staatsbürgerkunde

Tabelle 7: Beispiele für Lernsituationen, in denen sozioökonomisch benachteiligte Personen erreicht werden können²⁹

29 Es gibt Beispiele für Lernsituationen, die unter anderem im italienischen, britischen, finnischen, deutschen, rumänischen, dänischen oder österreichischen Training im Health Box-Projekt benutzt wurden.

Die folgende Liste beschreibt typische Gesundheitsprobleme männlicher und weiblicher Auszubildender, die an arbeitsmarktorientierten Trainingsprogrammen oder an ähnlichen Trainingssituationen teilnehmen:

- unausgewogene Ernährung
- Drogenprobleme
- Alkoholsucht
- ungesunde Ernährung
- keine oder nur wenige körperliche Aktivität
- geistige Gesundheitsprobleme
- Übergewicht
- Nikotinsucht

So wie die Ausbildungsbedingungen variieren können, soll der/die KursleiterIn in der Lage sein, die Health Box-Ausbildungsmaterialien an die gegebenen Bedürfnisse und Umstände anzupassen. Das bedeutet, dass einige Übungen aufgrund der Lernsituation oder der Verständnissfähigkeiten der Auszubildenden u. U. nicht immer angemessen sind.

5.1.1 Platz und Raum für Austausch – voneinander lernen

Gemeinsames Lernen kann in einem formalen oder informellen Umfeld stattfinden:

5.1.1.1 Ein theoretischer Exkurs zu formeller, non-formeller und informeller Ausbildung

In Bezug auf mögliche menschliche Lernaktivitäten unterscheidet Sandhaas³⁰ (1986) zwischen *formeller Ausbildung*, *non-formeller Ausbildung*, *informeller Ausbildung* und *beiläufigem Lernen*.

Diese Kategorien wurden in den letzten 20 Jahren weiter definiert:

Formelle Ausbildung ist mit Schulen und (höheren) Ausbildungsinstitutionen verbunden. Die Ausbildung erfolgt auf der Basis eines standardisierten Lehrplans mit speziell ausgebildeten LehrerInnen. SchülerInnen und StudentInnen werden in altersbezogenen Klassen

gruppiert.³¹ Formelles Lernen führt zu anerkannten Abschlusszeugnissen und Qualifikationen.³²

In formellen Lernsituationen gibt es ein klares Bewusstsein hinsichtlich Bildungsabsicht und der damit verbundenen Rollen: StudentInnen erkennen sich selbst als solche an und haben ein Gefühl für ihre institutionellen Rollen, gleich ob sie diese Rolle angemessen ausfüllen oder nicht.

Schulausbildung ist selten mit dem „normalen“ Leben von StudentInnen und ihren Familien verbunden; in einigen Ländern haben StudentInnen nicht das Recht und die Macht, Mitbestimmungsstrukturen zu errichten und dadurch ihr Schulleben zu beeinflussen – das ist der Grund dafür, warum Realität und das Dasein als BürgerInnen außerhalb der Schule stattfinden.

Nicht-formelle Ausbildung umfasst alle Lernaktivitäten außerhalb der Schule, wobei sowohl Lernende als auch das Bildungspersonal die Absicht haben, zu lernen oder Wissen weiterzugeben. Diese Art von Ausbildung führt nicht zu formalisierten Zeugnissen. Sie könnte am Arbeitsplatz und durch Aktivitäten von gesellschaftlichen Organisationen und Gruppen (wie Jugendorganisationen, Gewerkschaften und politischen Parteien) oder durch Organisationen oder Dienste, die zur Ergänzung formeller Systeme eingerichtet wurden (wie Kunst-, Musik-, Sport- oder Nachhilfekurse zur Vorbereitung auf Prüfungen) durchgeführt werden.³³

Informelle Ausbildung ist charakterisiert durch die Tatsache, dass der Lernende oder das Bildungspersonal/die Informationsquelle beabsichtigt, einen Lernprozess einzuleiten – aber nicht beides gleichzeitig.³⁴ Es ist eine natürliche Begleitung des täglichen Lebens. Anders als formelles und non-formelles Lernen ist informelles Lernen nicht notwendigerweise absichtliches Lernen und könnte so durchaus vom Einzelnen nicht als etwas erkannt werden, das zu seinem Wissen und seinen Fähigkeiten beiträgt.³⁵

30 Sandhaas, B. (1986): Bildungsreformen. In: Haller, H.-D./Meyer, H. (Hrsg.): Ziele und Inhalte der Erziehung und des Unterrichts. Enzyklopädie Erziehungswissenschaft, Bd. 3 – Stuttgart

31 Evans, D.R. (1986), The planning of nonformal education, Paris

32 http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc52_en.htm

33 http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc52_en.htm

34 Evans, D.R. (1986), The planning of nonformal education, Paris

35 http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc52_en.htm

Watkins und Marsick (1992) schlugen in ihrem Werk „Theory of Informal and Incidental Learning in Organisations“³⁶ die folgenden Erklärungen und Unterscheidungen vor:

„Nicht-formelles Lernen“ ist die Sammelbezeichnung für alle Formen von Lernen, die in der gesamten Umwelt, außerhalb des formalisierten Bildungssystems, stattfinden. Es gibt ein breites Spektrum von teilweise variierenden Definitionen für den Begriff „informelles Lernen“.

Dieser erstreckt sich von einer Beschreibung als ungeplant, zwanglos, indirekt und oft unbewusstem Lernen bis hin zu Lernaktivitäten, die von den Lernenden ohne jegliche erzieherische Unterstützung selbst entwickelt werden, bis hin zu dem Vergleich mit „nicht-formellem Lernen“, d. h. der Definition für sämtliches Lernen, wie es (bewusst oder unbewusst) außerhalb des formalen Bildungssystems praktiziert wird.

Das bedeutet, dass informelles Lernen eine Form von instrumentalem Lernen ist, ein Mittel zum Zweck.

Der Zweck ist nicht – im Gegensatz zu formalem Lernen – das Lernen selbst, sondern die bessere Lösung für eine außerschulische Übung, eine Situationsanforderung, für ein Lebensproblem durch Lernen.

Informelles Lernen ist der Oberbegriff, der auch dieses zwanglose und unbewusste Lernen sowie ein bewusstes absichtliches Lernen außerhalb der Schule enthält – wobei der Übergang zwischen beiden Wegen in der Praxis fließend ist.

Da formelle Ausbildung größtenteils kontextfreies Lernen ist, ist informelles Lernen an einen spezifischen Zusammenhang gebunden; es verlangt meistens seine Einbindung in einen Realitätskontext, was zu konkreten Herausforderungen oder Aufgaben und als natürlich empfundenen Rückmeldungsverfahren führt („befindliches Lernen“).

Evans³⁷ charakterisierte den Begriff **„beiläufige Ausbildung“** als Lernen, das nicht beabsichtigt ist – weder vom Lernenden noch von der Informationsquelle.

36 Watkins, K. E., and Marsick, V. J. (1992), Towards a theory of informal and incidental learning in organizations. International journal of life long education. 11 (4), p. 287–300

37 Evans, D.R. (1986), The planning of nonformal education, Paris

5.1.1.2 Folgen für das Health Box-Projekt

Das Projekt zielt auf die Einführung von gesundem Leben und gesundheitsbezogener Ausbildung in eher nicht-formellen oder informellen Lernsituationen ab, um positive Auswirkungen für das Verhalten benachteiligter Zielgruppen zu erzeugen. Da Health Box eng mit „dem wirklichen Leben“ der NutznießerInnen und ihren realen Lebens- und Lernumständen verbunden ist, findet es außerhalb der „formellen“ Ausbildung statt.

Es ist wichtig festzustellen, dass „nicht-beabsichtigtes“ Lernen oder „beiläufiges Lernen“ außerhalb des Anwendungsbereichs des Health Box-Projektes liegt, da ein Ziel, Zweck oder eine angestrebte Kompetenz fehlt. Es gibt keinen Lernprozess im Sinne geführter Anweisung und es kann sogar kein messbares Arbeitsergebnis geben, da es nicht nachweisbar ist.

Overwien (2005) gibt an, dass wenn allgemein über informelle Lernprozesse nachgedacht wird, mindestens zwei Perspektiven in Betracht gezogen werden müssen:

1. Der Lernende ergreift die Initiative beim Lernen und entdeckt neue Inhalte und Umstände oder – von einem anderen Blickwinkel aus betrachtet – versucht eigene aufkommende Fragen aus seinem (täglichen Leben oder spezifischen) Zusammenhang heraus zu erklären,
2. Der zweite Aspekt steht in Verbindung mit Lernumgebung und -zusammenhang, die entscheidend den Lernprozess beeinflussen.³⁸

Aber laut der umfassenderen Definitionen, die von Sandhaas und Haller entwickelt wurden, findet Health Box in nicht-formellen und später auch informellen Lernumgebungen statt – vielleicht zuerst in Kursen beginnend, die dazu dienen, die Beschäftigungsfähigkeit zu verbessern und später (falls erfolgreich) auch eher informelle Lerngemeinschaften erzeugen, die gesundes Leben fördern, z. B. in gemeinsamen Kochaktivitäten.

Wenn Menschen selbstständig in formellen oder informellen Lernsituationen lernen, ist das Lernen voneinander immer ein wichtiger

38 Overwien, B. (2005), Stichwort: Informelles Lernen. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, Heft 3, S. 339–359

Bestandteil der Lernerfahrung. Die Möglichkeit zu haben, nicht nur Wissen, sondern auch Erfahrungen auszutauschen, kann eine bereichernde Erfahrung für sich selbst sein. Die Voraussetzung dafür ist jedoch, an jeglicher Art von Lernumgebung teilzunehmen. Die Möglichkeit, dies auch Menschen mit geringer Ausbildung und/oder Migrationshintergrund anzubieten, stimmt bereits mit dem Health Box-Ansatz überein: Sozioökonomisch benachteiligte Menschen sollen die Gelegenheit haben, einerseits neue gesundheitsbezogene Themen zu erlernen, die ihre zukünftigen Gesundheitsverhalten beeinflussen werden. Andererseits sollten diese Menschen genug Zeit und Raum haben, um ihre Erfahrungen dazu auszutauschen, wie Lebensgewohnheiten verändert werden können, wie mit dem Rauchen aufgehört werden kann oder körperliche Übungen im Alltag umgesetzt werden können. Mit anderen Personen und ihrer persönlichen Geschichte in Kontakt zu kommen, kann eine positive Unterstützung sein, auch in Bezug darauf, offener für neue Wege zu werden. Für das Gesundheitsverhalten wichtige Selbstbetrachtung kann eingeübt und verbessert werden, ebenso die Idee, ein Vorbild für andere TeilnehmerInnen zu sein.

5.2 Die Rolle des/der KursleiterIn und die Entscheidung für die Health Box-Anwendung

Das Gesamtziel der Health Box-Anwendung ist es, Menschen dazu anzuregen und zu unterstützen, mehr zu trainieren, gesünder zu essen, weniger Alkohol zu trinken, mit weniger Stress zu leben, das Rauchen aufzugeben oder zu reduzieren und Drogen zu konsumieren. Obwohl diese Verhaltensmuster gesund für jede/n und nicht nur für sozioökonomisch benachteiligte Menschen sind, kann es durchaus KursleiterInnen geben, die rauchen, gerne ein Bier pro Tag trinken oder sportliche Aktivität nicht mögen. Obwohl ihr Verhalten nicht mit dem Ziel der Health Box übereinstimmt, kann die Health Box auch von diesen ErwachsenenbildnerInnen verwendet werden: Zum Beispiel kann das Ansprechen der negativen Aspekte des Rauchens oder wie mit dieser Angewohnheit aufgehört werden, kann auch von einem/einer rauchenden KursleiterIn durchgeführt werden, denn darüber zu reden bedeutet nicht notwendigerweise, dass der/die KursleiterIn sich bremsen will. Im Gegenteil – der/die KursleiterIn sollte nicht die Rolle eines „Predigers“ einnehmen, sondern sich authentisch und professionell verhalten.

5.2.1 Die Flexibilität der Health Box und ihr möglicher Einfluss auf Beschäftigungsfähigkeit

Wie bereits erwähnt, wurde die Health Box so konstruiert, dass ihr Inhalt in jedem Kurs umgesetzt werden kann – auch bei Übungen, die nichts mit Gesundheit zu tun haben (siehe 5.1). Die Übungen sind flexibel in Bezug auf Struktur und Zeit. Das bedeutet, dass es keine vorgegebene Reihenfolge gibt, die eingehalten werden muss. Der/die KursleiterIn kann entscheiden, bis zu welchem Intensitätsgrad er/sie an den Themen arbeiten will (abhängig von der Flexibilität des Ausbildungslehrplans). Trotzdem lautet die wichtigste Voraussetzung, um die Health Box in informellen und nicht-formellen Trainings umzusetzen, dass die ErwachsenenbildnerInnen selbst vom Health Box-Inhalt und der positiven Auswirkung überzeugt sind. Falls das nicht der Fall ist, werden sie aus den entwickelten Materialien keine Aktivität anwenden.

Daher muss es den KursleiterInnen klar sein, dass die Health Box nicht nur (neue) wesentliche Informationen über Gesundheit und gesunde Lebensführung bereithält, sondern auch die Lernenden dazu anregen kann, ungesundes in gesünderes Verhalten zu verändern. Neben einem „besseren“ Gefühl kann die Verbesserung des Gesundheitszustands auch die Beschäftigungsfähigkeit verbessern: Je fitter und gesünder man sich fühlt, desto aktiver wird man, auch in Bezug auf Arbeitssuche und (daraufhin) die Arbeit. Ein ungesunder Lebensstil kann uns träge und inaktiv machen, wohingegen gesunde Lebensführung aktiviert und animiert. Besonders KursleiterInnen, die im arbeitsmarktverwandten Gebiet tätig sind, sollten dieses wichtige Thema im Blick behalten, während sie sich dafür oder dagegen entscheiden, die Health Box in ihren Kurs einzuführen.

5.2.2 Erreichbarkeit sozioökonomisch benachteiligter Menschen im Bereich der Erwachsenenbildung

Erwachsene, die sozioökonomisch benachteiligt sind, mit einem niedrigen Bildungsgrad und Migrationshintergrund gehören zu den Gruppen von Erwachsenen, die das größte Risiko haben, eine körperliche oder mentale Lebensstilkrankheit zu bekommen. Es ist jedoch eher unwahrscheinlich, dass diese Gruppen von Erwachsenen von Gesundheitsinformationskampagnen erreicht werden oder bereit sind, an gängiger Gesundheitsbildung teilzunehmen. Demnach muss jede Strategie bei der Unterstützung, einen gesunden Lebensstil zu

erlangen und damit Krankheit zu vermeiden, versuchen, diese schwer zu erreichenden Gruppen dort abzuholen, wo sie erreicht werden können, statt darauf zu warten, dass sie zu Gesundheitsseminaren kommen. Angemessene Situationen könnten arbeitsmarktorientierte Trainingsprogramme, berufliche Trainingsseminare, Abendkurse zu anderen Themen als Gesundheit oder informelle Gemeinschafts- oder Sozialarbeitsumgebungen sein.

5.2.3 Soziale Verantwortung von ErwachsenenbildnerInnen

Obwohl Erwachsene verantwortlich für ihren Gesundheitszustand sind, womit ihr Verhalten gegenüber gesunder Ernährung, Sportaktivitäten, Alkoholmissbrauch, Drogengebrauch oder Rauchen sowie der Stress in ihrem Leben gemeint ist, sollte der/die ErwachsenenbildnerIn in Situationen wie Arbeitsmarktseminaren einen Teil der sozialen Verantwortung übernehmen. Dies sollte nicht in dem Sinne passieren, dass den TrainingsteilnehmerInnen vorgeschrieben wird, wie sie sich zu verhalten haben und was es zu vermeiden gilt, sondern der/die KursleiterIn sollte sich wohl dabei fühlen, spezielle Gesundheitsthemen wie die zuvor erwähnten innerhalb der Lernumgebung anzusprechen. Soziale Verantwortung soll hier als „Augen offen halten“ verstanden werden und solches Verhalten, das einem Menschen schaden kann, zum Thema der Diskussion zu machen. Der/die KursleiterIn sollte nicht als elterliche oder gar bevormundende Figur gegenüber den Lernenden auftreten, sondern eher als objektiver Spiegel, der ungesunde Lebensgewohnheiten im Allgemeinen aufzeigt. Falls notwendig, sollte er/sie Lebensstilkrankheiten direkt mit den TrainingsteilnehmerInnen in Beziehung bringen.

Trotz der sozialen Verantwortung des/der KursleiterIn betonen die Health Box-Trainingsinterventionen selbst den Wert der Befähigung von benachteiligten Lernenden, damit sie die volle Verantwortung für ihr körperliches und geistiges Wohlempfinden übernehmen können. Diese Ermächtigung muss im Zusammenhang mit umfassender Gesundheitsversorgung und aktivem Dasein als Mitglied der Gesellschaft gesehen werden.

5.2.4 Wissenstransfer von Gesundheitsthemen

Die Health Box stellt einerseits wichtige Informationen über typische ungesunde Lebensstilgewohnheiten wie Rauchen, Alkoholkonsum, Substanzmissbrauch, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel oder Stress zur Verfügung. Andererseits denken die TrainingsteilnehmerInnen mithilfe der Health Box-Übungen über ihr persönliches Verhalten nach, über ihre täglichen Gewohnheiten und ihre Haltungen. Das bedeutet, dass sozioökonomisch benachteiligte Personen, die durch ErwachsenenbildnerInnen erreicht werden, nicht nur Wissen über allgemeine Lebensstilkrankheiten aufnehmen, die durch ungesunde Lebensgewohnheiten ausgelöst werden, sondern auch ihr eigenes tägliches Tun unter die Lupe nehmen.

Eines der Hauptziele der Health Box-Anwendung in der Erwachsenenbildung – besonders in Lern- und Trainingssituationen, an denen Menschen teilnehmen, die sich aufgrund ihres Bildungs-, Migrations- und/oder finanziellen Hintergrundes in ihrem Verhalten eingeschränkt fühlen – lautet, ein allgemeines Verständnis von Gesundheit, Lebensstil und Lebensstilkrankheiten zu vermitteln. Dies zielt gleichzeitig auf das Entgegenwirken gegen allseits bekannte Missverständnisse, falsche Mythen oder fehlende Informationen innerhalb der sozialen Gesellschaft ab, auch durch verschiedene Definitionen und Herangehensweisen hinsichtlich Gesundheit, Lebensstil und Lebensstilkrankheiten. Das Lehren und Erklären von themenbezogenen Aspekten verlangt aus der Perspektive des/der KursleiterIn nicht nur Interesse, sondern auch ein Minimum an Wissen über die genannten Themen.

Manchmal kann ein Training für KursleiterInnen notwendig sein, das darauf abzielt, (einige Aspekte) ihre(r) Lehrroutine zu verändern, denn nicht jede/r KursleiterIn wird vollständig von den Health Box-Themen überzeugt sein (z. B. wenn er/sie selber raucht und nicht mit dieser Gewohnheit aufhören will oder selber nicht viel Sport treibt etc.). In diesen Fällen ist es wichtig, die Lehrpersonen zu motivieren, indem Themen wie Reduzierung (Befreiung) von Alkohol, Drogen und Nikotinkonsum, gesunde Ernährung, körperliche Aktivität oder Stressvermeidung erwähnt werden und zu erklären, dass die Integration der Health Box in ihre Kurse positive Auswirkungen auf ihre Lernenden haben kann. Das kann eine von den ErwachsenenbildnerInnen zu bedenkende Reorganisation der Lektionen notwendig machen.

5.2.5 Mögliche Hindernisse für die Health Box-Anwendung aus dem Blickwinkel des/der KursleiterIn

Obwohl die Idee, kleine sich mit Gesundheitsthemen beschäftigende Übungen in die Erwachsenenbildung einzubauen, für viele KursleiterInnen, die mit sozioökonomisch benachteiligten Menschen arbeiten, sinnvoll sein wird, muss es nicht notwendigerweise so für die Lernenden sein. Das bedeutet, dass die LehrerInnen auf verschiedene Hindernisse treffen könnten, wie Mangel an Interesse am Thema, begrenzte Motivation, das Verhalten zu ändern etc., was diesen Integrationsprozess erschweren könnte. Man muss sich bewusst sein, dass nicht alle Menschen mit einem niedrigen Bildungsstand und/oder Migrationshintergrund sehr offen dafür sein werden, ihr tägliches (ungesundes) Verhalten zu ändern, denn die Health Box kann nur als unterstützendes Instrument für den/die KursleiterIn verstanden werden – es enthält das Trainingsmaterial und wichtige Informationen, das Lebensstilverhalten und daraus resultierende Krankheiten betreffend. Die Auszubildenden müssen einerseits vom/von der KursleiterIn von der Wichtigkeit der Gesundheit jeder/jedes Einzelnen überzeugt werden und andererseits von den lernenden TeilnehmerInnen selbst. Faktoren, die zur Abneigung gegen Veränderung beitragen, könnten kulturell oder traditionell bedingt sein („das Essen wurde immer mit Schmalz gekocht“, „Männer trinken immer Bier zum Abendessen in unserer Familie“ etc.), aber auch durch persönliches Denken. Menschen mit finanziellen Beschränkungen haben etwa oft die falsche Einschätzung, dass gesunde Ernährung teurer als ungesunde ist. Rauchen und Alkoholkonsum sind Einstellungen, die manchmal damit entschuldigt werden, dass sie der einzige „Spaß“ sind, den ein/e Arbeitslose/r noch hat. Daher kann die Motivation sehr niedrig sein, das Verhalten aufzugeben.

Auch die Autonomie und das Recht jeder/jedes Einzelnen zu entscheiden, wie sie/er leben will, müssen akzeptiert und von den KursleiterInnen beachtet werden, während sie die Health Box in bestehenden Trainingskursen umsetzen.

5.3 Erwartete Ergebnisse der Health Box-Anwendung

Konsequenzen, die von der Einführung der Health Box in die Erwachsenenbildung unter Teilnahme sozial benachteiligter Menschen erwartet werden, können neben keinen Veränderungen kurze, mittelfristige und Langzeitveränderungen sein. Die Reichweite hängt vor allem von

den Lernenden ab, aber auch der/die KursleiterIn und die anderen TeilnehmerInnen können sich gegenseitig nachhaltig beeinflussen. Es geht weniger darum, neues Wissen oder Informationen über gesunde Lebensführung zu erlangen, sondern über die Handlungsweise und Interaktion mit den Themen innerhalb der Gruppe. Das bedeutet, dass das Setzen eines allgemeinen Ziels für die Gruppe (Sport dreimal die Woche, mindestens 30 Minuten) oder der Versuch, ein Vorbild für andere zu sein (erzählen, wie „ich“ es empfunden habe, mit dem Rauchen aufzuhören, was war einfach – was war schwierig, welche Situationen verleiten zum Rauchen? etc.), im Laufe des Prozesses wichtig sein kann. Eine Gruppe, die sich mit einem Thema wie übermäßiger Alkoholkonsum oder Substanzmissbrauch beschäftigt, kann in den gegebenen Lernsituationen außerdem den Gruppenmitgliedern Zeit und Raum geben, nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch nachzudenken, indem das eigene Verhalten beobachtet wird. Abhängig von der Offenheit und Persönlichkeit der Lernenden sowie von den Kompetenzen des/der KursleiterIn kann das Behandeln solch spezieller Themen verschiedene Konsequenzen für die Health Box-Anwendung haben.

5.3.1 Kurzzeitveränderungen auf der individuellen und zwischenmenschlichen Ebene

Eine kurzzeitige Folge der Benutzung der Health Box können Veränderungen im (täglichen) Verhalten sein, die mehr oder weniger kurzlebig sind. Der/die Lernende verändert seine/ihre täglichen Gewohnheiten bezüglich Rauchen, Alkoholmissbrauch, Substanzmissbrauch, ungesunder Ernährung, stressvollem Leben und körperlicher Untätigkeit für eine nicht viel längere Dauer als jene des Trainingskurses, vielleicht etwas darüber hinaus. Hier kehren die TeilnehmerInnen nach kurzer Zeit zu ihren alten Gewohnheiten zurück, aber wahrscheinlich haben sie über ihr ungesundes Verhalten nachgedacht, was zu einem späteren Zeitpunkt zu Veränderungen führen könnte. Die Kurzzeitfolge (Verhaltensveränderung für eine kurze Zeit) könnte zudem Langzeitauswirkungen haben (nachhaltige Veränderung an einem späteren Punkt).

Wie oben erwähnt, spielt der Einfluss der Gruppe eine wichtige Rolle, wenn es zur Frage der Motivation kommt: Wenn man etwa anfängt, dem anderen von der Erfahrung bei Sportaktivitäten zu erzählen und wie Körperwahrnehmung und das Wohlempfinden beeinflusst wurden, besteht die Chance, dass andere auch mit körperlichen

Übungen beginnen. Einen Veränderungsprozess zu starten, scheint dann schwieriger zu sein, wenn kein externer Motivator wie eine Person zugegen ist. Daher können Kurzzeitveränderungen der Health Box – ähnlich zu Langzeitkonsequenzen – sehr stark von der Gruppendynamik und von der Beteiligung des/der KursleiterIn abhängen.

5.3.2 Langzeitfolgen auf der individuellen und zwischenmenschlichen Ebene

Langzeitfolgen von thematischen Trainingsprogrammen/Kursen, die sich auf Lebensstil und Lebensstilkrankheiten konzentrieren, an denen sozioökonomisch benachteiligte Lernende teilnehmen, dauern im Vergleich mit Kurzeffekten länger als die Lebenszeit der Trainings-/Lernkurse selbst. Hier erlangen die TeilnehmerInnen mehr als nur oberflächliche und kurzzeitige Motivationsfaktoren wie oben beschrieben. Obwohl die Tatsache, ein Vorbild in der Gruppe zu haben, ein hilfreicher Motivator sein kann, da neue Wege aus der Routine demonstriert werden können, muss auf Dauer jede Person ihren eigenen Motivationsfaktor finden, der bezogen auf gesündere Lebensführung zum Erfolg führt.

Dennoch spielen unterstützende Gruppen, die länger Bestand haben als der Trainingskurs – was informell eine Folge des Trainings sein kann oder formell etwa eine Gruppe wie die Anonymen Alkoholiker –, eine wichtige Rolle, besonders bei Alkohol, Drogen oder der Rauchentwöhnung. Hier machen gegenseitige Hilfe, Zeit für Erfahrungsaustausch und fachmännische Unterstützung die schwierigen Schritte oft leichter. Die Rolle des/der KursleiterIn beim Einführen solcher Gruppen, die nach der offiziellen Lernzeit weitergehen, ist hierbei entscheidend, da er/sie das Zusammengehörigkeitsgefühl gemeinsam mit den Teammitgliedern in der unsicheren Gruppenentstehungsphase stärken kann. Daher ist es nicht unbedingt notwendig, dass er/sie nach der Trainingsperiode in der Gruppe verbleibt, sofern die Gruppe ihre eigene Identität entwickelt hat. Gemeinschaftliches Lernen und Unterstützung (gemeinsam gesundes Essen kochen, gemeinsame körperliche Aktivitäten planen etc.) können sehr positive Auswirkungen im Sinne von Nachhaltigkeit haben.

Abgesehen davon hat ein gesunder Lebensstil, wie bereits erwähnt, eine positive Auswirkung auf die Beschäftigungsfähigkeit, da ein gesunder Körper nach Aktivität und mentaler oder körperlicher Arbeit verlangt.

