

Bigga, Regine

## **Ressourcen – Gesundheit zwischen Eigenverantwortung und gesellschaftlicher Verantwortung**

*Haushalt in Bildung & Forschung 11 (2022) 1, S. 25-41*



Quellenangabe/ Reference:

Bigga, Regine: Ressourcen – Gesundheit zwischen Eigenverantwortung und gesellschaftlicher Verantwortung - In: Haushalt in Bildung & Forschung 11 (2022) 1, S. 25-41 - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-294714 - DOI: 10.25656/01:29471; 10.3224/hibifo.v11i1.02

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-294714>

<https://doi.org/10.25656/01:29471>

in Kooperation mit / in cooperation with:



<https://www.budrich.de>

### **Nutzungsbedingungen**

Dieses Dokument steht unter folgender Creative Commons-Lizenz: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de> - Sie dürfen das Werk bzw. den Inhalt vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen sowie Abwandlungen und Bearbeitungen des Werkes bzw. Inhaltes anfertigen, solange Sie den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Terms of use**

This document is published under following Creative Commons-Licence: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en> - You may copy, distribute and render this document accessible, make adaptations of this work or its contents accessible to the public as long as you attribute the work in the manner specified by the author or licensor.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



### **Kontakt / Contact:**

**peDOCS**

DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation

Informationszentrum (IZ) Bildung

E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)

Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

Mitglied der

  
Leibniz-Gemeinschaft

---

Regine Bigga

## **Ressourcen – Gesundheit zwischen Eigenverantwortung und gesellschaftlicher Verantwortung**

Die Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit und Wohlergehen wird in vielen Diskursen als alleinige Aufgabe des Individuums angesehen. Die Ressource Gesundheit hängt vom individuellem Verhalten ab, aber auch von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Es wird der Frage nachgegangen, welche äußeren Bedingungen sich negativ oder positiv auf die Bildung der Ressource Gesundheit auswirken.

**Schlüsselwörter:** Gesundheit, Arbeitsbedingungen, nachhaltige Stadtentwicklung, Migration und Digitalisierung

### **Resources – the health between self-reliance and social responsibility**

In many discourses, the production and maintenance of health and well-being are seen as the sole responsibility of the individual. Health as a resource depends on individual behaviour, but also societal conditions. The question is examined, which external conditions have a negative or positive effect on the formation of health as a resource.

**Keywords:** health, working conditions, sustainable urban development, migration and digitalization

---

## **1 Gesundheit als Ressource**

In der alltäglichen Lebensführung wird Gesundheit von den Menschen selbst geschaffen. Gesundheit als Ressource wird aber ebenso durch die Rahmenbedingungen einer jeweiligen Gesellschaft hergestellt, erhalten oder auch beeinträchtigt. Klaus Hurrelmann und Matthias Richter definieren Gesundheit als

*den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 147)*

Das Recht auf Gesundheit, gute Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen in einer demokratischen Gesellschaft ohne sexistische oder rassistische Diskriminierung findet sich in vielen internationalen Vereinbarungen (UN Menschenrechtscharta, Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland oder Agenda 2030 mit ihren 17 Zielen für die Gestaltung einer nachhaltigen Gesellschaft). Deutlich wird an diesen Vereinbarungen, dass in den jeweiligen Gesellschaften viele Politikbereiche gefordert sind, um diese weitgesteckten Ziele zu erreichen, die für ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters unerlässlich sind.

Gesundheit als Ressource ist abhängig von den materiellen und immateriellen Ressourcen (Humanvermögen), über die ein Haushalt verfügt oder auch nicht. Die personalen Ressourcen (Eigenschaften und Kompetenzen einer Person, wie Bildung, Kohärenzgefühl, Arbeitsvermögen, Lebenseinstellung, Umgang mit Zeit, Haushaltsführungskompetenz, usw.) sind wiederum notwendig, um Gesundheit als Ressource auszubilden. Damit Gesundheit als Ressource ausgebildet werden kann, sind wiederum soziale Ressourcen notwendig, die von anderen Menschen und deren Unterstützung (Familie, Freunde, Netzwerke) abhängen (Schlegel-Matthies & Methfessel, 2009, S. 3 f.). Während der Covid-19-Pandemie sind dies zum Beispiel Menschen aus der Nachbarschaft, die sich verantwortlich für andere fühlen und deshalb für einen Haushalt einkaufen, der in Quarantäne ist oder dessen Mitglieder an Covid-19 erkrankt sind. Ohne Lebensmittel oder auch emotionale Unterstützung wird die Wiederherstellung der Ressource Gesundheit weniger gut gelingen.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beabsichtigt die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung durch verschiedene Aktivitäten zu stärken, u. a. über das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention und seit 2020 mit dem „Nationalen Gesundheitsportal“. „Gesundheitskompetenz bzw. Health Literacy“ umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden. Gesundheitskompetenz ermöglicht es, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und gesundheitsprägende soziale Lebensbedingungen (zu Hause, im Wohnumfeld, am Arbeitsplatz in der Gesellschaft) zu identifizieren. Sie spielt bei der Gesunderhaltung und Krankheitsbewältigung eine wichtige Rolle (vgl. BMG).

In der öffentlichen Diskussion wird in erster Linie den Akteurinnen und Akteuren im Haushalt häufig allein die Verantwortung für „ihre“ Gesundheit zugeschrieben. Haushalte sollen ihren Lebensstil gesundheitsförderlich(er) gestalten, um die Ressource Gesundheit zu entfalten. Was als „richtiges“ Verhalten angesehen wird, wird von den gelebten gesundheitlichen Leitbildern und Lebensstilen der gesellschaftlichen Mittel- und Oberschicht bestimmt, die in den Institutionen des Gesundheitswesens tätig sind (Häußler, 2015, S. 36 f.). Vorrangig wird an die Akteur:innen im Haushalt appelliert etwas an „ihrem“ Ernährungs- und Bewegungsverhalten und an „ihrem“ Gewicht“ zu ändern, um insbesondere ernäh-

rungsmitbedingte Erkrankungen zu verhindern oder eine Besserung herbeizuführen (Hauner 2016).

Das sog. Fehlverhalten wird zum Teil auf mangelndes Wissen oder einen unreflektierten Lebensstil der Individuen zurückgeführt. Konkrete Hinweise zur Verhältnisprävention in Betrieben, Kommunen etc. oder einer veränderten Gesetzgebung fehlen zumeist.

DGE, Krankenkassen, die BZgA, Initiativen und Projekte, versuchen daher über gedruckte Informationsmaterialien oder über Internetportale diese Wissenslücken zu füllen. Die Informationsmaterialien sind häufig jedoch nicht barrierefrei, denn die Empfehlungen und Ratschläge orientieren sich zumeist an einem „traditionell deutschen, bürgerlichen Milieu“.

Im Rahmen des Nationalen Aktionsplan In FORM wurden Materialien entwickelt, um insbesondere Menschen mit Diabetes TYP II, mit Übergewicht oder mit Erkrankungen, die durch Bewegungsmangel mitverursacht wurden, zu erreichen. Damit Menschen in ihrem alltäglichen Verhalten zu Veränderungen angeregt und unterstützt werden, werden und wurden Kurse und Informationsangebote für entsprechende Zielgruppen entwickelt. Die Förderung eines „gesunden Lebensstils“ wird dabei als wichtige Aufgabe von Bund, Ländern und Kommunen gesehen (u. a. In FORM). Die Informationsbroschüren und Angebote auf Internet-Portalen sprechen jedoch hauptsächlich bildungsaffine Haushalte der Mittelschicht an. Über entsprechende Projektmittel wurden auch Kurse und Programme für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene angeboten. Diese Art von Unterstützungen kann auch weiterhin über das Präventionsgesetz finanziert und angeboten werden (Bundestag, 2016).

Es geht in vielen Projekten und Aktionen im Wesentlichen um die Unterstützung des individuellen Verhaltens. „Gesundheit ist zwar vom Individuum erlebbar, sie ist aber keineswegs nur ein individuelles Phänomen; sie wird nicht nur subjektiv hergestellt, sondern auch sozial bestimmt“ (Faltermaier, 2020). In der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion wird darauf verwiesen, dass die Ressource Gesundheit hergestellt werden kann, wenn Individuen ihr Verhalten ändern oder ihre eigenen Ressourcen besser nutzen. Aber auf der anderen Seite müssen ebenso krankmachende gesellschaftliche Verhältnisse betrachtet und verändert werden (Wilkinson und Pickett, 2009; Wippermann, 2011; Ohlbrecht, 2010; Hurrelmann, 2010; Raacke, 2014). Studien weisen darauf hin, je höher der sozioökonomische Status ist, desto höher ist die Lebenserwartung und desto geringer der Grad an Erkrankungen im Vergleich zu Menschen mit einem schlechten sozioökonomischen Status (RKI, 2015; Bartig et al., 2021, S. 58 ff.). Im Sinne der Herstellung von Gerechtigkeit sollten Maßnahmen entwickelt werden, soziale Ungleichheit zu vermindern.

Arbeitsbedingungen oder eine wenig nachhaltige Stadtentwicklung mit Lärm- und Luftverschmutzung nehmen von außen Einfluss auf die Gesundheit und sind

kaum durch individuelles Verhalten zu verändern, sondern nur durch gesetzliche Regelungen zum Umwelt- oder Arbeitsschutz (Dragano, 2016; Fehr, 2020).

Im ersten Bericht zum Gesundheitsstatus Schwarzer Menschen in Deutschland, dem sog. Afrozensus, wurde festgestellt, dass ihre medizinische Versorgung schlechter ist als die von weißen Menschen in Deutschland. Der Afrozensus kommt zum Schluss, dass bei 15 Prozent der Befragten eine Inanspruchnahme medizinischer Versorgung nicht erfolgt, aufgrund hoher strukturelle Zugangsbarrieren und rassistischer Erfahrungen mit Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitssystem (Aikins et al., 2021, S. 151 f.). Insgesamt sind Menschen mit Migrationserfahrung z. T. mit einem wenig kultursensiblen Gesundheitssystem konfrontiert (BZgA, 2016).

Viele Menschen haben zugleich aufgrund eines mangelnden kulturellen und / oder ökonomischen Kapitals einen eingeschränkten Zugang zu digitalen Angeboten, die einen Beitrag zur Aufrechterhaltung oder zur Stärkung ihrer Gesundheit liefern.

Im Folgenden soll daher aufgezeigt werden, wie sich die gesellschaftliche Rahmenbedingungen auf die Gesundheit der Menschen im Haushalt auswirken und welche Konsequenzen dies für die Individuen hat, aber auch welche Anforderungen sich daraus für gesellschaftliches Handeln ergeben.

## **2 Arbeitsleben und Gesundheit**

Ein Großteil der materiellen Ressourcen der Haushalte wird über Erwerbsarbeit generiert. Erwerbsarbeit sichert nicht nur den Lebensunterhalt und eröffnet Möglichkeiten der Lebensgestaltung und der gesellschaftlichen Teilhabe. Erwerbsarbeit gibt den Haushalten auch Zeitstrukturen vor, die sich positiv, aber auch negativ auf ihre Gesundheit auswirken können. Beschäftigungsunsicherheit, unangemessenes Einkommen, eine zu geringe Rente oder das Wissen um eine ungerechte Entlohnung, wenn an gleicher Stelle neben festangestellten Beschäftigten, Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter oder Werkvertragsarbeitsnehmerinnen und -arbeitnehmer tätig sind, können krank machen und Lebenschancen schmälern.

Zeitstrukturen sind einerseits für viele Menschen zentral, um zu einer gelingenden Lebensführung zu kommen. Auf der anderen Seite können lange oder ungünstige Arbeitszeiten zu Erkrankungen führen. Zeit- und Leistungsdruck, Doppelbelastung durch Beruf und Alltag werden von Berufstätigen als Stressfaktoren genannt. Personen, die Bewältigungsstrategien entwickelt und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten haben, können mit Stress in der Regel besser umgehen. In der Arbeitsmedizin werden verhältnispräventive Maßnahmen (veränderte Arbeitsorganisation) und verhaltenspräventive Maßnahmen (Methoden der Stressbewältigung, Konfliktlösungsstrategien) empfohlen (Habermann-Horstmeier et al., 2021, S. 360 ff.). Nach einer Studie der Österreichischen Arbeiterkammer nehmen 18 Prozent

der gestressten Beschäftigten Aufputsch- oder Beruhigungsmittel, bei denjenigen ohne Zeitstress sind es neun Prozent (Arbeiterkammer Oberösterreich, 2020).

Beschäftigte mit überlangen Arbeitszeiten und Beschäftigte in atypischen Beschäftigungsverhältnissen sehen sich in ihrem persönlichen Wohlbefinden beeinträchtigt und beschreiben ihre Work-Life-Balance als mittel bis schlecht. Diesen Beschäftigten fehlt häufig die Zeit, um soziale Netzwerke zu pflegen (z. B. die Teilnahme an einem Fest), Freizeitaktivitäten und Hobbys mit anderen zu gestalten oder an Sportangeboten teilzunehmen, die der Stärkung der Gesundheit dienen. Erwerbsarbeit wiederum ermöglicht soziale Kontakte, die sich positiv auf die Festigung der Ressource Gesundheit auswirken können.

Die Gestaltung der Arbeitswelt hat einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (Dragano, 2016). Nicht jede Belastung wirkt sich negativ auf Gesundheit aus. Risiken für die Gesundheit der Einzelnen entstehen dann, wenn technische oder organisatorische Maßnahmen am Arbeitsplatz nicht ausreichen und die körperlichen und psychischen Belastungsgrenzen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer überschritten wird (RKI, 2015, S. 158; Techniker Krankenkasse, 2020, S. 72).

Ein Teil der Erkrankungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder sogar ein vorzeitiger Tod von Beschäftigten sind auf Berufskrankheiten (z. B. Lärmschwerhörigkeit, Hautkrebs berufsbedingt), arbeitsassoziierte Erkrankungen (Kopfschmerzen, Rückenprobleme, Erkrankungen am Bewegungsapparat durch die Arbeitsplatzgestaltung im Betrieb, z. B. an der Kasse oder am Computer, Überforderung und Stress mit Stressfolgeerkrankungen, psychosoziale Erkrankungen), Arbeits- und Wegeunfälle sowie auf die Arbeitsbedingungen am Arbeitsplatz zurückzuführen (Dragano, 2016; Habermann-Horstmeier et al., 2021).

Die Gestaltung des Arbeitslebens und die Bedingungen am Arbeitsplatz haben sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Im 19. und 20. Jahrhundert führten schwere körperliche Arbeit, Umgang mit Schadstoffen, Lärm, überlange Arbeitszeiten, wenig oder gar kein Arbeitsschutz zu Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten oder arbeitsassoziierten Krankheiten. Über sozialpolitische (Kompensation von Einkommensverlusten infolge von Krankheiten) und gewerkschaftliche Aktivitäten veränderten sich die Länge des Arbeitstages und die Wochenarbeitszeit sowie die Zeiten zur Erholung. Gleiches gilt für die Bedingungen am Arbeitsplatz selbst durch Einführung von mehr Arbeitsschutz (Ergonomische Gestaltung des Arbeitsplatzes, Lärmschutz).

Umweltpolitische Maßnahmen, wie Grenzwerte für die Einleitung von Schadstoffen in Wasser, Boden und Luft, führten dazu, dass Arbeitsprozesse in den Betrieben anders organisiert werden mussten. Als ein Beispiel kann der Umgang mit Azofarbstoffen angeführt werden. Azofarbstoffe wurden zum Einfärben verschiedener Bedarfsgegenstände und Textilien genutzt. Die Verwendung von Azofarbstoffen, die als toxisch bzw. krebserzeugend eingestuft werden, ist mittlerweile in Europa und in Deutschland durch die Bedarfsgegenstände-Verordnung verboten.

Trotzdem wird bei Kontrollen immer wieder festgestellt, dass Produkte Azofarbstoffe enthalten, die außerhalb Europas produziert wurden und auf den deutschen Markt kommen. An diesem Beispiel wird deutlich, dass erst die Festsetzung von Grenzwerten über Verordnungen oder Gesetze zur Entwicklung weniger gesundheitsbeeinträchtigender Verfahren in der Produktion führt, die letztendlich weniger gesundheitliche Bedrohungen für Beschäftigte sowie für Verbraucherinnen und Verbraucher mit sich bringen.

Muskel-Skeletterkrankungen werden häufig allein darauf zurückgeführt, dass sich die Menschen in unserer Gesellschaft zu wenig bewegen. Jedoch üben immer mehr Beschäftigte eine zunehmend einseitig sitzende Tätigkeit aus oder arbeiten in mechanischen Zwangshaltungen, beides ist vielfach ursächlich für Muskel-Skeletterkrankungen (Hartman 2010). Eine individuelle Verantwortung dafür tragen die Akteur:innen also nur bedingt.

In größeren Betrieben und Institutionen haben sich in den letzten Jahren ein betriebliches Gesundheitsmanagement und eine betriebliche Gesundheitsförderung entwickelt, um Menschen direkt am Arbeitsplatz in ihrer Gesundheit zu stärken. So können zum Beispiel Beschäftigte an Universitäten in der Mittagszeit ein Sportangebot buchen, dieses Angebot besteht jedoch nicht für das Reinigungspersonal der Universität, das über Fremdfirma beschäftigt wird, um Kosten zu sparen. Mit anderen Worten, betriebliche Angebote zur Gesundheitsförderung erreichen zumeist Menschen in unsicheren und prekären Beschäftigungsverhältnissen nicht.

Bei der Befragung des DGB zur „Guten Arbeit“ geben 43 Prozent der Befragten an, dass die Arbeitsintensität sehr zugenommen hat und nur 31 Prozent sagen aus, dass es nicht zu einer Zunahme gekommen ist (DGB, 2017). Technisierung, Digitalisierung sowie gestiegene psychosozialen Arbeitsanforderungen und Belastungen (Arbeitsverdichtung und Entgrenzung von Arbeit) haben in den letzten Jahren zu Fehlzeiten aufgrund psychischer Belastungen und in manchen Fällen schlussendlich zu Erwerbsminderungsrenten geführt (RKI, 2015).

Menschen mit Gesundheitsproblemen haben größere Schwierigkeiten, an ihrem Arbeitsplatz zu verbleiben oder einen neuen zu finden. Personen, die erwerbslos oder von Erwerbslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit sind bedroht sind, fühlen sich häufig stressbelastet und weisen ein deutlich höheres Risiko für psychische Erkrankungen auf als erwerbstätige Männer und Frauen in ungefährdeten Beschäftigungsverhältnissen (RKI, 2015, S.149 ff. u. S. 166).

Um gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen auf der betrieblichen Ebene mitzugestalten, benötigen Beschäftigte Wissen über Präventionsangebote sowie Wissen über die Reduktion psychischer und körperlicher Belastungen am Arbeitsplatz. Damit sie die Ressource Gesundheit am Arbeitsplatz stärken und nicht beeinträchtigen, benötigen sie außerdem soziale und fachliche Kompetenzen, um ihre Interessen gegenüber dem Arbeitsgeber selbst zu vertreten, oder Kenntnisse über Institutionen (Betriebsrat, Gewerkschaften, Gleichstellungsbüros, Antidiskriminie-

rungsstellen etc.), die sie ggf. bei der Umsetzung ihrer Rechte unterstützen oder bei einer beruflichen Umorientierung stärken (Ohlbrecht, 2018, S. 147).

### 3 Luftverschmutzung

Die viertgrößte gesundheitliche Belastung sind Atemwegsbelastungen, die durch Stickoxide und Feinstäube (PM<sub>10</sub>, PM<sub>2,5</sub>) hervorgerufen werden. Verantwortlich für die Produktion der Belastung sind Industrie, Landwirtschaft, Straßenverkehr, Müllverbrennung und Energiegewinnung. PM<sub>2,5</sub> kann zu Arteriosklerose führen, Geburten beeinträchtigen, bei Kindern Atemwegserkrankungen auslösen und letztendlich auch zu Lungenkrebs führen (WHO und Europäische Kommission, 2013). In Deutschland sterben ungefähr 70.000 Menschen jährlich vorzeitig in Folge von Luftverschmutzungen.

Luftverschmutzungen beeinflussen das vegetative Nervensystem, lösen oxidativen Stress sowie lokale Entzündungen in den Atemwegen aus und können zu Herzinfarkten und Schlaganfällen führen. Studien zeigen auch, dass die Entstehung von Krebs oder ein Diabetes mellitus durch Luftverschmutzung begünstigt wird. Kinder, die an stark befahrenen Straßen leben, erkranken häufig an Asthma bronchiale (Künzli et al., 2021, 314 f.). Alle diese Erkrankungen führen zu einer verkürzten Lebenserwartung und belasten das Gesundheitssystem (Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte) sowie die Solidargemeinschaft.

Tab. 1: Grenzwerte Luftverschmutzung (Quelle: Tagesschau vom 22.09.2021)

<b>Neue WHO Leitlinien (Jahresmittel-Werte)</b>			
<b>Luftschadstoff</b>	<b>WHO 2005</b>	<b>WHO 2021</b>	<b>EU-Grenzwert</b>
Stickstoffdioxid	40 µg/m <sup>3</sup>	10 µg/m <sup>3</sup>	40 µg/m <sup>3</sup>
PM <sub>2,5</sub> -Feinstaub	10 µg/m <sup>3</sup>	5 µg/m <sup>3</sup>	25 µg/m <sup>3</sup>
PM <sub>10</sub> -Feinstaub	20 µg/m <sup>3</sup>	15 µg/m <sup>3</sup>	40 µg/m <sup>3</sup>

Die Luftqualität in Deutschland hat sich in den letzten Jahren zwar aufgrund der Grenzwertvorgaben der EU verbessert, doch die aktuell gültigen Grenzwerte sind noch zu hoch. Die WHO hat 2021 neue Grenzwerte vorgeschlagen, wie sie auch von Umweltverbänden und Gesundheitswissenschaftler:innen gefordert werden. Maximal fünf Mikrogramm PM pro Kubikmeter sind gesundheitlich vertretbar, so die WHO 2021 (vgl. Tab. 1). In Deutschland wird dieser Wert nur in wenigen Regionen (Teile von Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern und bundesweit in einigen Gemeinden) nicht überschritten (Messdaten zu Feinstäuben auf der Seite der Kachelmann Wetter GmbH).

Nur in engen Grenzen können die Akteur:innen im Haushalt durch ein verändertes Konsum- und Mobilitätsverhalten zur Reduktion der Luftverschmutzung beitragen. Verhaltensänderungen sind zum Teil nicht möglich, weil Mieter:innen



zum Beispiel wenig Einfluss auf die Wärmeisolierung von Wohnhäusern haben. Die Reduktion von privaten PKW-Fahrten ist in ländlichen Regionen für viele Menschen nicht realisierbar, weil es keine funktionierende Infrastruktur für einen umweltverträglichen öffentlichen Nahverkehr gibt oder Arbeitszeiten vor der Inbetriebnahme von Bussen und Bahnen liegen. Eine differenziertere Betrachtung des Themas Mobilität ist in der öffentlichen Diskussion auch darum dringend geboten. Der Bundestag sollte möglichst schnell eine bessere Luftreinhaltepolitik und neue Grenzwerte gemäß der WHO-Vorgaben beschließen. Neben einer Reduktion der Schadstoffemissionen bedarf es darüber hinaus einer veränderten Verkehrspolitik, die zu einer Reduzierung des Straßenverkehrs führt. Ein Ergebnis könnte die Steigerung der Lebensqualität durch Verbesserung der Luftqualität und Verminderung von Lärmbelastigung in vielen Wohnquartieren sein, in denen insbesondere Menschen in armutsgefährdeten oder armen Haushalten leben (Künzli et al., 2021, S. 318).

## 4 Lärmbelastung

Leben mit Lärm hat einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit jeder einzelnen Person. Ab 40 Dezibel (dB) können Lärm- und Konzentrationsstörungen auftreten. Bei dauerhaftem Lärm von 50 dB besteht zudem das Risiko einer Herz- und Kreislauf-Erkrankung.

An Hauptverkehrsstraßen wird nachts häufig eine krankmachende Belastung von 60 dB erreicht, in ruhigen Wohnstraßen sind es nur 40 dB. Manipulierte Fahrzeuge erreichen sogar bis zu 100 dB und werden als unerträglicher Lärm wahrgenommen.

Am Arbeitsplatz findet sich Lärm sowohl an Produktionsarbeitsplätzen als auch an Dienstleistungsarbeitsplätzen. In Studien wurde festgestellt, dass z. B. in Kindertagesstätten regelmäßig eine Lärmbelastigung von über 100 dB messbar ist. In der Arbeitsschutzverordnung wird ab 85 dB von einem Schädigungsbereich gesprochen, der zur dauerhaften Gefährdung des Gehörs führt (Claßen, 2013; Röögli et al., 2021). An Produktionsarbeitsplätzen muss daher ein Gehörschutz getragen werden. Lärm in Kindertageseinrichtungen lässt sich im Wesentlichen nur durch bau- und raumakustische Maßnahmen im Innenraum, organisatorische (Lärmpausen oder weniger Kinder pro Raum) und pädagogische Maßnahmen begegnen, die vom Arbeitgeber umzusetzen sind.

Das Umweltbundesamt stellte fest, dass der motorisierte Verkehr auf Straßen, Schienen und in der Luft neben Industrielärm und Nachbarschaftslärm die größte Lärmquelle ist. Lärm ist außerdem eine häufige Ursache von Nachbarschaftsstreitigkeiten.

Die Auswirkungen des Umgebungslärms sind zumeist Schlafstörungen. Damit sich Menschen gut regenerieren können, bedarf es ungestörten Schlafes. Umge-

bungslärm beeinflusst jedoch die Schlafqualität, d. h., die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit kann nur bedingt über Nacht wiederhergestellt werden. Kinder, die dauerhaftem Lärm ausgesetzt sind, leiden sehr häufig an Konzentrationsproblemen (Rööslı et al., 2021, S. 339). Studien zeigen einen „Zusammenhang zwischen der Lärmbelastung am Wohnort und dem Risiko, einen Diabetes mellitus zu entwickeln“ (ebd.).

Lärmbelastung muss zuallererst an den Entstehungsorten durch technische oder organisatorische Maßnahmen verhindert werden. Haushalte können dies z. B. beim Kauf von elektrischen Geräten berücksichtigen. So entsteht unnötiger Nachbarschaftslärm durch die Nutzung von Rasenmähern oder Laubbläsern (i. d. R. eine Lärmbelästigung von über 100 dB), die zumeist die Lärmgrenzwerte nach der "Geräte- und Maschinenlärmschutzverordnung" überschreiten. Haushalte sollten beim Kauf daher auf den Schallleistungspegel (LWA) achten. Eine bessere öffentliche Information hinsichtlich der Lärmbelastung durch Konsumgüter steht noch aus.

Umgebungslärm kann in der Regel nur durch entsprechende gesetzliche Richtwerte und Lärmschutzverordnungen reduziert werden. Besonders muss die Lärmbelästigung durch Verkehrslärm eingeschränkt werden.

## 5 Nachhaltige Stadtentwicklung und Gesundheit

Wohnen bietet den Rahmen zur Erfüllung der Haushaltsfunktionen und für die alltägliche Lebensführung (Leicht-Eckardt, 2003). Das Grundrecht auf Wohnen wird für viele Menschen jedoch immer schwerer realisierbar. Bundesweit sind insbesondere in innerstädtischen Quartieren die Mieten im letzten Jahrzehnt überproportional gestiegen, sodass viele Haushalte gezwungen sind, entweder sehr beengt zu leben oder an den Stadtrand bzw. in das ländliche Umland zu ziehen. Damit sind dann wieder Belastungen durch zusätzliche Mobilität verbunden.

Wollen Städte ein gesundheitsförderliches Leben für alle Bewohnerinnen und Bewohner schaffen, ist mehr soziale Gerechtigkeit, Klima- und Umweltschutz sowie gesellschaftliche Partizipation notwendig. Diese Forderung entspricht dem 11. Ziel der Agenda 2030: „Nachhaltige Städte und Gemeinden schaffen. Städte und Siedlungen inklusiv, sicher widerstandsfähig und nachhaltig machen“ (BMZ).

In der Gesundheitspolitik des Bundes sowie der Städte und Gemeinden wird bislang zu wenig der Zusammenhang zwischen Stadt- und Raumentwicklung und Gesundheit gesehen. Damit eine gesundheitsförderliche Lebensweise entwickelt werden kann, müssen Städte dem unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Unterstützungsbedarf der dort lebenden Menschen in den verschiedenen sozialen Milieus, Altersgruppen sowie Lebensphasen und Lebenslagen gerecht werden. Es geht um die Bereitstellung von medizinischer Versorgung, Gesundheitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitssektor sowie Steuerung der gesund-

heitsrelevanten Strukturen und Prozesse außerhalb des Gesundheitssektors. Die Ressource Gesundheit kann gestärkt werden durch (Fehr, 2020):

- städtebauliche Planungen hinsichtlich Wohnungsbau
- Verhinderung von Gentrifizierung
- raumplanerische Planung hinsichtlich öffentlicher Plätze – Grünflächen – Wasser – Treffpunkte zur Freizeitgestaltung und Erholung, Orte zum Spielen und Bewegen von Kindern und Jugendlichen in der Stadt und auf dem Land
- städtischen Umweltschutz
- Verkehrsplanung
- Aktivitäten zur Reduktion von Luftverschmutzung
- Beseitigung oder Reduktion von Lärmquellen
- Soziale Arbeit (Obdachlosen- und Flüchtlingshilfe, Frauenhäuser)

Auf der Ebene der Verhältnisprävention kommt sowohl der Kommunalpolitik als auch der Bundespolitik eine wichtige Rolle zu, da sie bei der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten im Zuge gesundheitsfördernder Daseinsvorsorge steuernd und gestaltend in Prozesse eingreift und bestenfalls die Bürgerinnen und Bürger in Gestaltungsprozesse einbindet (AGGSE, 2020).

## 6 Kulturelle Diversität sehen

In der Bundesrepublik Deutschland hatten im Jahr 2020 laut Statistischem Bundesamt 21,9 Millionen Menschen und somit 26,7 Prozent der Bevölkerung in Deutschland einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt, o. D.). Hierbei handelt es sich allerdings nicht um eine homogene Gruppe hinsichtlich sozialer Lage und Lebensstil. Vielmehr hat ein Teil der Personen direkte Migrationserfahrung und der andere Teil hat keine eigene Migrationserfahrung. In diesem Viertel der Bevölkerung finden sich außerdem unterschiedliche soziale Milieus mit unterschiedlichem ökonomischen und kulturellem Kapital.

Im Gesundheitswesen, in der medizinischen und pflegerischen Versorgung ist diese Gruppe in den letzten Jahrzehnten kaum gesehen worden (BZgA, 2016). Erst in den letzten Jahren entwickelt sich ein Problembewusstsein, dass es mögliche Zugangsbarrieren für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit zum Gesundheitssystem geben kann, weil es sprachliche Barrieren gibt oder Kenntnisse über das Gesundheitssystem fehlen. In Integrationskursen werden Informationen zum Gesundheitssystem gegeben. Das Bundesministerium für Gesundheit hat in den letzten Jahren auf den demographischen Wandel reagiert und das Internetportal „Migration und Gesundheit“ (<https://www.migration-gesundheit.bund.de>) eingerichtet. Hier finden sich mehrsprachige Informationen zur COVID-19-Pandemie, zum Gesundheitswesen in Deutschland, zu Leistungen der Kranken- und Pflege-

versicherung sowie Informationen zu Sucht und Drogen. Das Material unterstützt insbesondere die Arbeit von Multiplikator:innen in Beratungsstellen.

Eine kultursensible Aus- und Weiterbildung des medizinischen und pflegerischen Personals findet bislang aber kaum statt, wengleich erste Ansätze zu Veränderungen zu verzeichnen sind (BZgA, 2016). Diskriminierendes und rassistisches Verhalten von Personal im Gesundheitswesen ist leider zu beklagen, es wirkt sich zusätzlich negativ auf die Gesundheit der davon betroffenen Personen aus (Aikins et al., 2021).

Besondere psychische Belastungen, denen Kinder, Jugendliche und Erwachsene ausgesetzt sind, weil sie nicht über einen gesicherten Aufenthaltstitel verfügen oder Verwandte (Eltern, Partner oder Partnerinnen, Großeltern) keine Besuchsvisa erhalten, werden von Lehrkräften oder medizinischem Personal häufig nicht gesehen, ebenso Diskriminierungserfahrungen oder Alltagsrassismus (Mehl et al., 2021). Es ist belastend, nicht zu wissen, wie es der Schwester in Afghanistan geht, die eine talibankritische Haltung hat, oder Freund:innen, die nicht mehr die Schule oder Universität besuchen dürfen. Für Lehrkräfte heißt es deshalb, genau zu überlegen, ob Annahmen und Sätze im Unterricht wie, „wir haben keine Kriegs- und Fluchterfahrungen wie unsere Vorfahren“ von einigen Lernenden nicht als Verletzung empfunden werden. Weitere Faktoren, welche die psychische Gesundheit beeinflussen können, sind:

- Sich nicht in einem neuen Land mit einer „fremden“ Kultur auszukennen
- Traumatische Erfahrungen im Herkunftsland oder auf der Flucht
- Belastungen durch Entwurzelung
- Trennung von der Familie oder dem Partner/der Partnerin
- Konfrontation eigener kultureller Werte mit denen des Ziellandes
- Stress durch den Akkulturationsprozess
- wirtschaftliche und finanzielle Belastungen
- Unsicherheiten hinsichtlich der Lebensbedingungen, der Wohnverhältnisse
- Stigmatisierungen (Mehl et al., 2020).

Stress, der durch die Anpassung an einen neuen kulturellen Kontext entsteht, ist geringer, wenn Personen „sowohl die (eigene) Identität bewahren können als auch intensiven Kontakt zu Angehörigen anderer Kulturen pflegen (Integration)“ (Gröschke, 2020, S. 12).

Migrations- und Fluchterfahrungen haben jedoch nicht unbedingt nur negative Auswirkungen auf die Gesundheit, sie können sich auch positiv auf die Gesundheit auswirken, wenn die Erfahrung, widrige Lebensumstände mit Entschlossenheit und dem Glauben an die eigene innere Stärke und Widerstandskraft bewältigt zu haben, als Ausdruck von Resilienz wahrgenommen wird (Gröschke, 2020; Mehl et al., 2020). Mehl et al. (2020, S. 12) sprechen sich dafür aus, „migrierten und geflüchte-

ten Personen gegenüber eine ressourcen- statt defizitorientierte Haltung einzunehmen“.

## 7 Digitalisierung als Chance und als Barriere

Immer mehr Gesundheitsdienstleistungen werden über Angebote im Internet geregelt, sei es die Corona-Warnapp, der Nachweis über den Impfstatus, die Buchung eines Termins bei einem Impfzentrum oder einer Praxis sowie die elektronische Patientenakte. Damit dies für die betroffenen Personen überhaupt bzw. gut gelingen kann, sind materielle Ressourcen notwendig, um entsprechende elektronischen Endgeräte zu erwerben und zu unterhalten. Darüber hinaus ist Wissen erforderlich, um diese Geräte zu bedienen, Informationen zu bewerten und letztendlich Entscheidungen bezüglich der eigenen Gesundheit zu treffen.

Gruppen, die nicht über die dafür notwendigen Ressourcen verfügen, werden zunehmend hinsichtlich ihrer Gesundheit benachteiligt. Auf der Verhältnisebene ist hier zu überlegen, wie dem Ausschluss dieser Menschen begegnet werden kann, sei es über materielle Angebote oder über entsprechende Bildung.

Personen, die über die dafür erforderlichen Kenntnisse verfügen, können sich über Internetportale, z. B. BMG, Krankenkassen oder Selbsthilfegruppen, informieren und somit Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheit reflektierter treffen. Da viele Angebote nicht barrierefrei sind und eine Grundvoraussetzung die Beherrschung der deutschen Schriftsprache ist, sind jedoch viele Menschen in der Gesellschaft von diesen Informationsangeboten abgekoppelt. Auf den Seiten des BMG finden sich mittlerweile auch Informationen in leichter Sprache oder in Fremdsprachen, die Beratungsstellen in ihrer Arbeit unterstützen können. Nur informierte Personen können sicher Entscheidungen hinsichtlich ihrer Gesundheit treffen. Das BMG hat bei einer Befragung festgestellt, dass sich 76 Prozent der Befragten über Broschüren von Krankenkassen informieren und rund 69 Prozent der Befragten im Internet nach Informationen suchen. Je jünger die Altersgruppe, desto mehr Informationen werden im Internet gesucht (RKI, 2019).

Ein reflektierter Umgang mit Informationen zu Gesundheit ist daher unabdingbar für eine gerechte Gesellschaft. Wohin Desinformation über unreflektierte Mediennutzung führt, lässt sich in der aktuellen COVID-19-Pandemie beobachten.

## 8 Fazit

Haushaltsbezogene Bildung ist geeignet, die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit sowie Eigenverantwortlichkeit der Einzelnen zu stärken (Thiele-Wittig 2003). Dies bedeutet jedoch nicht, dass Gesundheit als Ressource in der alleinigen Verantwortung der Individuen liegt. Die KMK-Empfehlung zur Gesundheitsförderung greift zu kurz, da hier eher die individuelle Verantwortlichkeit in der Herausbil-

derung von Gesundheit gesehen wird, indem gesundheitsbewusste Menschen Verantwortung für ihre eigene physische, psychische und mentale Gesundheit übernehmen sollen (KMK, 2012, S. 2). Die Befähigung zur Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit ist zwar Bestandteil der Allgemeinbildung, die auf Selbstbestimmung, Mitbestimmung und Solidaritätsfähigkeit abzielt (Klafki, 1985). Gesellschaftliche Rahmenbedingungen für die Stärkung, Verhinderung oder Herausbildung der Ressource Gesundheit müssen aber ebenso Gegenstand der schulischen Gesundheitsbildung sein. Eine Thematisierung der Verhältnisdimension von Gesundheit kann gut über Nachhaltigkeitsthemen erreicht werden.

Schule hat den Auftrag dazu beizutragen, dass Lernende die notwendigen Kenntnisse und Kompetenzen erlangen, um eine nachhaltige und zukunftsfähige Gesellschaft mitzugestalten, dazu gehört auch die Auseinandersetzung mit den sogenannten 17 globalen Nachhaltigkeitszielen (Sustainable Development Goals) in einer Bildung für nachhaltige Entwicklung (Deutsche UNESCO Kommission und BMBF, 2021).

Im Kontext schulischer haushaltsbezogener Bildung sind Kompetenzen anzubahnen, die mit dazu beitragen, dass Lernende Gesundheitsnormen und ihre soziale Verortung erkennen und reflektieren können (Häußler, 2015, S. 39). Damit Schülerinnen und Schüler gesundheitsförderliche Handlungsoptionen herausbilden können, muss Unterricht dazu beitragen, dass die Bedeutung des individuellen Handelns in der Herausbildung und Aufrechterhaltung von Gesundheit erkannt wird. Dabei ist es wichtig zu erkennen, dass Werte über Gesundheit gesellschaftlich konstruiert werden. Um selbstbestimmt Entscheidungen treffen zu können, ist die Befähigung zur Hinterfragung von Werten und Empfehlungen ein zentrales Ziel (Schlegel-Matthies 2015, S. 26).

Die Wiederbelebung des Themas „Wohnen“ bietet für die haushaltsbezogene Bildung eine interessante Chance, um den Zusammenhang von individuellem Haushaltshandeln, materiellen Bedingungen der Haushalte (Erwerbsarbeit: Arbeitsbedingungen und Entlohnung), Gesundheit, gelingende Work-Life-Balance, Freizeitverhalten, Infrastrukturen (Gesundheitsversorgung, Naherholung, Mobilität, städtebauliche und verkehrspolitische Bedingungen, etc.) im Unterricht zu erarbeiten (Leicht-Eckardt 2003).

Wenn die Einflüsse von Arbeitsbedingungen, Diskriminierungen, Umwelt-, Sozial-, Wirtschafts- und Verkehrspolitik auf Gesundheit im Unterricht thematisiert werden, können gesellschaftliche Verhältnisse erkennbar und verstehbar werden, kann Empowerment entwickelt und Ohnmachtsgefühlen entgegengewirkt werden. Hierzu gehört, eine gewalt- und diskriminierungsfreie Kommunikation führen zu können, vermeintliche Autoritäten zu hinterfragen, die Bedeutung sozialer Netzwerke zu erkennen, Probleme als Herausforderung zu begreifen und Handlungsfähigkeit über den Umgang mit Problemen zu gewinnen. Ein Beitrag zur Entwicklung von Resilienz kann das problemorientierte Lernen (poL oder problem based learning) bieten. Ausgehend von einer definierten Problemstellung werden

dahinterstehende Probleme identifiziert, Wissen angeeignet und letztendlich Problemlösungen entwickelt.

## Literatur

- Aikins, M. A.; Bremberger, T.; Aikins, J. K.; Gyamerah, D. & Yıldırım-Calıman, D. (2021). *Afrozensus 2021. Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland*. [www.afrozensus.de](http://www.afrozensus.de).
- Arbeiterkammer Oberösterreich (2020). *Der Österreichische Arbeitsklima Index. Viele Beschäftigte greifen wegen zu hoher Arbeitsbelastungen zu Medikamenten*.  
[https://www.gesundearbeit.at/cms/V02/V02\\_0.a/1342636326679/home/viele-beschaeftigte-greifen-wegen-zu-hoher-arbeitsbelastungen-zu-medikamenten](https://www.gesundearbeit.at/cms/V02/V02_0.a/1342636326679/home/viele-beschaeftigte-greifen-wegen-zu-hoher-arbeitsbelastungen-zu-medikamenten).
- Arbeitsgruppe Gesundheitsfördernde Gemeinde- und Stadtentwicklung (AGGSE) (2020). *Empfehlungen für eine gesundheitsfördernde und nachhaltige Stadtentwicklung – Fünf Thesen der Arbeitsgruppe Gesundheitsfördernde Gemeinde- und Stadtentwicklung*. Berlin. <https://difu.de/arbeitsgruppe-gesundheitsfoerdernde-gemeinde-und-stadtentwicklung>.
- Bartig, S., Kalkum, D., Le, H. M. & Lewicki, A. (2021). *Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen*.  
<https://www.antidiskriminierungsstelle.de>.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz*.  
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2020/fachtagung-gesundheitskompetenz.html>
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ). *SDG 11: Nachhaltige Städte und Gemeinden*. <https://www.bmz.de/de/agenda-2030/sdg-11>
- Bundestag (2016). *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention* (Präventionsgesetz – PräVG). [www.bundestag.de](http://www.bundestag.de)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (Hrsg.) (2016). Kultursensibilität in der gesundheitlichen Aufklärung – Kulturelle Unterschiede in der Kommunikation: Barrieren, Chancen, Lösungswege. *Gesundheitsförderung konkret* 23. BZgA.
- Claßen, T. (2013). Lärm macht krank – Gesundheitliche Wirkungen von Lärmbelastungen in Städten. *Informationen zur Raumentwicklung*, (3), 223-234.  
[https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/izr/2013/3/Inhalt/DL\\_Classen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/izr/2013/3/Inhalt/DL_Classen.pdf?__blob=publicationFile&v=3).
- Deutsche UNESCO Kommission und Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2021). *Berliner Erklärung zur Bildung für nachhaltige Entwicklung*.

- <https://www.unesco.de/sites/default/files/2021-05/Berliner%20Erkl%C3%A4rung%20f%C3%BCr%20BNE.pdf>
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (2017). *DGB-Index Gute Arbeit. Wie die Beschäftigten die Arbeitsbedingungen in Deutschland beurteilen*. [http://index-gute-arbeit.dgb.de/dgb-index-gute-arbeit/was-ist-der-index\\_](http://index-gute-arbeit.dgb.de/dgb-index-gute-arbeit/was-ist-der-index_)
- Dragano, N. (2016). Arbeit und Gesundheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.). *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 167-182). Springer VS. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9_11)
- Faltermaier, T. (2020). *Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit*. BZgA Leitbegriffe. <https://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i119-2.0>
- Fehr, R. (2020). *Urban health / StadtGesundheit*. BZgA. <https://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i124-1.0>
- Gröschke, D. 2020. Fähigkeiten und Kompetenzen im Umgang mit Stress in interkulturellen und globalen Settings. In T. Ringeisen, P. Genkova, F. T. L. Leong (Hrsg.), *Handbuch Stress und Kultur* (S. 473-488). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-27825-0\\_27-1](https://doi.org/10.1007/978-3-658-27825-0_27-1).
- Habermann-Horstmeier, L., Schmid K., Pletscher C. & Klien, C. (2021). Arbeit und Gesundheit. In M. Egger, O. Razum & A. Rieder (Hrsg.), *Public Health Kompakt* (4. Aufl.; S. 343-386). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110673708-007>
- Hartmann, B. (2010). Arbeitsbezogene Muskel-Skelett-Erkrankungen – eine Herausforderung für die Arbeitsmedizin und Arbeitswissenschaften. *Zbl Arbeitsmed* 60. 366–373. <https://doi.org/10.1007/BF03344315>
- Hauer, H. (2016). S3-Leitlinie: Prävention und Therapie der Adipositas. *Bayerisches Ärzteblatt* 7-8/344-350. [https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2016/07/einzelpdf/BAB\\_7-8\\_344\\_350.pdf](https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2016/07/einzelpdf/BAB_7-8_344_350.pdf)
- Häubler, A. (2015). Lässt sich Gesundheit lehren? In *Haushalt in Bildung & Forschung*. 4 (2), 31-42. <https://doi.org/10.3224/hibifo.v4i2.19495>
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung*. Beltz Juventa.
- Hurrelmann, K. (2010). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Juventa.
- Klafki, W. (1985). *Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Beiträge zur kritisch-konstruktiven Didaktik*. Beltz
- Kultusministerkonferenz (KMK) (2012). *KMK-Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule*. [https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen\\_beschluesse/2012/2012\\_11\\_15-Gesundheitsempfehlung.pdf](https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlung.pdf)
- Künzli, N., Hoffmann, B. & Habermann-Horstmeier, L. (2021). Materielle Umwelt und Gesundheit. Luft. In M. Egger, O. Razum & A. Rieder (Hrsg.),



- Public Health Kompakt*. (4. Aufl.; S. 310-320). De Gruyter.  
<https://doi.org/10.1515/9783110673708>.
- Leicht-Eckardt, E. (2003). Wohnen – (k)ein Thema in Hauswirtschaft und Haushaltswissenschaft. In Methfessel, B. & Schlegel-Matthies, K. (Hrsg.), *Fokus Haushalt. Beiträge zur Sozioökonomie des Haushalts* (S. 153-162). Schneider.
- Mehl, S.; Gilodi, A. & Albert, I. (2021). Resilienz im Kontext von Migration und Flucht. In T. Ringeisen, P. Genkova, F. T. L. Leong. (Hrsg.), *Handbuch Stress und Kultur* (S.795-809). Springer.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-658-27825-0\\_39-1](https://doi.org/10.1007/978-3-658-27825-0_39-1).
- Ohlbrecht, H. (2018): Arbeitswelt und Gesundheit: Ein gesundheitssoziologischer Blick auf die Herausforderungen der Arbeitswelt 4.0. In H. Ohlbrecht, A. & Seltrecht (Hrsg.). *Medizinische Soziologie trifft medizinische Pädagogik* (S. 117-137). Springer VS. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-18816-0\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-658-18816-0_6)
- Ohlbrecht, H. (2010): Soziale Exklusionsbedrohung, Armut und Gesundheit in Familien. Zu den veränderten Lebensbedingungen alltäglicher Lebensführung. In H. Ohlbrecht & H. Schönberger (Hrsg.), *Gesundheit als Familienaufgabe. Zum Verhältnis von Autonomie und staatlicher Intervention* (S. 47-67). Juventa.
- Raacke, G. (2014). „Wer früher stirbt, ist selbst schuld!“ – Ein kritischer Blick auf das aktuelle Gesundheitsregime. *Haushalt in Bildung & Forschung*, 3(4), 69-80. <https://doi.org/10.3224/hibifo.v3i4.17334>
- Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.) (2019). *Sachbericht. Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung* (KomPaS). RKI.  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/2019-08-01\\_Sachbericht\\_KomPaS.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/2019-08-01_Sachbericht_KomPaS.pdf).
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2015) *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI. <https://www.gbe-bund.de/pdf/gesber2015.pdf>.
- Röösli, M. Seider, A. & Hutter, H.-P. (2021). Materielle Umwelt und Gesundheit. Lärm. In M. Egger, O. Razum, & A. Rieder (Hrsg.), *Public Health Kompakt* (4. Aufl.; S. 334-342). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110673708>.
- Schlegel-Matthies, K. (2015). Gesundheit und Selbstverantwortung – Was kann und was sollte gelehrt werden? *Haushalt in Bildung & Forschung*, 4(2), 18-30. <https://doi.org/10.3224/hibifo.v4i2.19494>
- Schlegel-Matthies, K. & Methfessel, B. (2009). Ressourcen – Vielfalt. Zusammenwirken und Lebensqualität. *Haushalt & Bildung*, 86(2), 21-24.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (o. D.). *Migration und Integration*. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/_inhalt.html)

- Tagesschau (2021). *Grenzwerte für Luftverschmutzung WHO verschärft Empfehlungen massiv*. 22.09.2021. <https://www.tagesschau.de/investigativ/ndr/who-luftverschmutzung-111.html>.
- Thiele-Wittig, M. (2003). Kompetent im Alltag: Bildung für Haushalt und Familie. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.), *Politik und Zeitgeschichte. Bd. 9 Aktivierende Gesellschaftspolitik*. 3-6. [www.bpb.de/apuz/27765/aktivierende-gesellschaftspolitik](http://www.bpb.de/apuz/27765/aktivierende-gesellschaftspolitik).
- World Health Organisation (WHO) und EUROPÄISCHE KOMMISSION (2013). *Umwelt: Unlängst nachgewiesene Gesundheitsrisiken der Luftverschmutzung erfordern energischere EU-Politik für Luftqualität*. [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/IP\\_13\\_72](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/IP_13_72).
- Wilkinson, R. G. & Pickett, K. (2009). *Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind*. Tolkemitt.
- Wippermann, C. & Möller-Slawinski, H. (2011). Die Studie: Gesundheit und Krankheit im Alltag sozialer Milieus. In Wippermann, C., Arnold, N. Möller-Slawinski, H., Borchard, M. & Marx, P. *Chancengerechtigkeit im Gesundheitssystem*. (S. 25-116). VS. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-92871-5\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-531-92871-5_2)

## Verfasserin

Regine Bigga

Institut für Ernährung, Konsum und Gesundheit  
Department Sport & Gesundheit  
Fakultät für Naturwissenschaften der Universität Paderborn  
Warburger Str. 100  
D-33098 Paderborn  
E-Mail: [bigga@mail.upb.de](mailto:bigga@mail.upb.de)