

Ein Postulat zur Förderung individueller Gesundheitskompetenz.

Überlegungen im Anschluss an die

Narrative Ethik

Martina Schmidhuber

Österreichische Kommentare
zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik
(IERM Working Paper Nr.20)
Januar 2026



Österreichische Kommentare zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik (IERM Working Paper Nr.20)

Januar 2026

herausgegeben vom

Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien

in Kooperation mit den Professuren für

Health Care Ethics und Medizinrecht am Institut für Staats- und Verwaltungsrecht, Universität Wien

© bei dem Autor/der Autorin

ISSN: 2960-5946 (Online)

Redaktion: ierm@univie.ac.at

Homepage: <http://https://ierm.univie.ac.at/ierm-working-papers/>

Die Österreichischen Kommentare zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik – IERM Working Papers – sind eine Diskussionsplattform, auf der virulente Themen aus dem Bereich der Medizin-, Pflege- und Bioethik wie auch aus dem Bereich des Medizinrechts publiziert werden. Die IERM-Working-Papers sind Werkstattberichte bzw. Diskussionsanregungen zu gesellschaftlichen, rechtlichen, normativen und ethischen Fragestellungen aus Philosophie und Ethik, Theologie und Medizin sowie aus den Sozial- und Kulturwissenschaften. Ein aktueller Schwerpunkt sind interdisziplinäre Reflexionen bzw. Lösungs- oder Handlungsansätze im Kontext des österreichischen Gesundheitswesens.

*Die Reihe wird von Mitgliedern des IERM gemeinsam mit Kolleg*innen aus dem Feld der Bioethik in Österreich redaktionell betreut und herausgegeben.*

Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien
Spitalgasse 2-4, 1090 Wien

Zitationsvorschlag: Martina, Schmidhuber (2026): „Ein Postulat zur Förderung individueller Gesundheitskompetenz. Überlegungen im Anschluss an die Narrative Ethik“ Österreichische Kommentare zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik (IERM Working Paper), Nummer 20, Wien.

Ein Postulat zur Förderung individueller Gesundheitskompetenz.

Überlegungen im Anschluss an die Narrative Ethik

Vorsorgeuntersuchungen, häufige Krankenstände in Unternehmen und Gerechtigkeit im Gesundheitssystem sind wichtige Themen im gesundheitspolitischen Diskurs. Wie können Menschen gesund bleiben oder zu ihrer eigenen Genesung beitragen? Das hat u.a. mit individueller Gesundheitskompetenz zu tun, die im Folgenden erörtert und deren Förderung unter Einbeziehung eines ethischen Ansatzes postuliert wird. Dafür wird in einem ersten Schritt erläutert, was unter Gesundheitskompetenz bzw. Health Literacy – es handelt sich hierbei um Synonyme – zu verstehen ist. Danach werde ich auf zwei Ebenen zeigen, warum es einen Wert hat, Gesundheitskompetenz zu fördern. In einem dritten Schritt werde ich exemplarisch darstellen, wo die Herausforderungen in der Förderung von Gesundheitskompetenz liegen, denen nicht immer Rechnung getragen wird. Mein Vorschlag ist deshalb in einem weiteren Schritt, Narrative Ethik in die Förderung von Health Literacy zu integrieren.

Individuelle Gesundheitskompetenz für ein gerechtes Gesundheitssystem

Worum handelt es sich, wenn wir von Gesundheitskompetenz bzw. Health Literacy sprechen?

„Health Literacy implies the achievement of a level of knowledge, personal skills and confidence to take action to improve personal and community health by changing personal life styles and living conditions.“ (WHO 1998, 10)

so die WHO in ihrem Health Promotion Glossary von 1998.

Auch in aktueller deutschsprachiger Literatur wird dieses Konzept von Health Literacy aufgegriffen und es wird konstatiert, dass es zielgruppenspezifischer Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Individuen bedarf. Darüber hinaus wird betont, dass die Verbesserung von Gesundheitskompetenz die individuelle Selbstbestimmung respektieren muss und in diesem Sinne Hilfe zur Selbsthilfe sein muss. Hier wird also vor einem paternalistischen Vorgehen implizit gewarnt.¹

Dennoch gibt es Kritik am Health Literacy-Konzept, wie etwa den Einwand, es würde die Verantwortung auf das Individuum abgewälzt. Andere Stimmen im Diskurs warnen vor einem Gesundheitswahn (Manfred Lütz 2013). Caroline Welsh wiederum diagnostiziert im Anschluss an Juli Zehs Gesundheitsdystopie „Corpus Delicti“ (2010) die Gefahr, einer Verurteilung von

¹ Einen umfassenden Band mit vielen Perspektiven haben etwa Doris Schaeffer und Jürgen Pelikan 2017 vorgelegt: Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven.

Menschen, die sich nicht gesundheitsbewusst verhalten, wodurch eine gesellschaftliche Stigmatisierung dieser Menschen provoziert werden könnte (2016).² Gewiss, die Förderung von Gesundheitskompetenz sollte keine Lebensfeindlichkeit implizieren, sondern – ganz im Gegenteil – das Leben der Individuen lebenswerter machen. Ich sehe deshalb – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – auf zwei Ebenen gute Gründe, Health Literacy zu fördern.

Zum Einen auf der gesellschaftlichen Ebene: Es gibt viele Krankheiten, die nicht vermeidbar sind, z.B. Erbkrankheiten, Alzheimer, andere neurodegenerative Erkrankungen wie Multisystematrophie (MSA), chronische Krankheiten, aber auch unverschuldeten Unfälle. Die Idee unseres Solidarsystems ist, die Kosten (zum Großteil) zu übernehmen, damit Menschen mit diesen Schicksalen und ihren Angehörigen zumindest nicht in finanzielle Nöte geraten. Die Ressourcen sind allerdings begrenzt, deshalb ist es umso wesentlicher, sorgsam mit diesen Ressourcen umzugehen. Zudem würden soziale Ungleichheiten im Gesundheitssystem reduziert, wenn möglichst viele Menschen gesundheitskompetent sind. Denn Studien zeigen, dass sozioökonomisch benachteiligte Menschen häufiger von eingeschränkter Gesundheit und geringerer Gesundheitskompetenz betroffen sind.

Zum Anderen ist auf der individuellen Ebene die Bedeutung von Selbstbestimmung zu nennen, die mit Gesundheitskompetenz einhergeht: Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden verhilft Menschen zu einem selbstbestimmteren Leben in ihren Gesundheitsbelangen. Die eigene Gesundheit bis zu einem gewissen Grad selbst in die Hand nehmen zu können, weil man weiß, was gesundheitsförderlich ist und sich dadurch auch wohler zu fühlen, erhöht wiederum die individuelle gesundheitsbezogene Lebensqualität. Auch Menschen mit chronischen Erkrankungen, die eine hohe Gesundheitskompetenz in Bezug auf ihre chronische Erkrankung erlangt haben, sprechen von einer höheren Lebensqualität (Christe et al., 2023).

Ein Blick auf verschiedene Websites zum Thema zeigt, dass bei der Förderung von Gesundheitskompetenz vor allem Schulungen und Kurse angeboten werden, entweder für Berufsgruppen, die das erworbene Wissen in ihrer täglichen Arbeit an die Zielgruppen weitergeben sollen, z.B. Sozialarbeiter:innen und Pädagog:innen oder es werden für die Zielgruppe selbst Kurse,

² Es sollte nach Welsh „Sorge getragen werden, dass der Einzelne menschenrechtlich vor diskriminierenden Aspekten einer auf Risikominimierung hin ausgerichteten Krankheitsprävention geschützt ist. Sie ergeben sich aus der normativen Stoßrichtung der Argumentation, die eine moralische Wertung (oder über Krankenkassen eine ökonomische Benachteiligung) von abweichendem, nicht gesundheitsbewusstem Verhalten nahelegt und damit Gefahr läuft, eine Stigmatisierung der Betroffenen zu fördern.“ Welsh 2016, 220.

Broschüren u.ä. angeboten, z.B. für ältere Menschen die Broschüre: „Mein Arztgespräch – Fragen und Antworten“ oder Kurse für digitale Medienkompetenz. Auch wenn die Partizipation der Zielgruppen in Projekten zur Förderung von Gesundheitskompetenz als wichtig erachtet wird, scheinen sie die Zielgruppe zu wenig zu erreichen. Denn der European Health Literacy Population Survey 2019-2021 zeigt, dass Befragte Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen aufweisen. Die Erhebung der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (Giebler et al. 2021) zeigt, dass 33 % der österreichischen Bevölkerung im Durchschnitt Schwierigkeiten damit haben, sich im Gesundheitssystem zu orientieren, ein Problem stellt dabei auch der Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen dar. Es scheint also zu wenig auf die Individuen eingegangen zu werden, um den Herausforderungen der Gesundheitskompetenzförderung Rechnung tragen zu können.

Herausforderungen bei der Förderung von Gesundheitskompetenz

Wie verhält es sich mit jenen Personen, die nicht zu der Gruppe mit geringen sozioökonomischen Ressourcen zählen, das Wissen über Gesundheit und die Fähigkeit zur Umsetzung in hohem Ausmaß besitzen, aber möglicherweise nicht genug Motivation oder keine Zeit zur Umsetzung finden? Ein Beispiel: Laut dem epidemiologischen Suchtsurvey (2019) rauchen in Deutschland ca. 23 % der Erwachsenen; man weiß, darunter sind auch Menschen, die in Gesundheitsberufen arbeiten. Wie ist dieses Verhalten möglich, obwohl das Wissen über die Folgen von Rauchen besteht?

Es lohnt sich, hier genauer hinzuschauen und die noch immer hochaktuelle Theorie der kognitiven Dissonanz des Sozialpsychologen Leon Festinger aus den 1950er-Jahren zu bemühen: Menschen haben ein Bedürfnis nach Widerspruchsfreiheit in ihrem Denken und Handeln. Entsteht eine Dissonanz zwischen der eigentlichen Einstellung und dem Handeln, dann erzeugt dies eine Spannung, die als unangenehm wahrgenommen wird, der Wunsch nach Auflösung der Dissonanz besteht, um ein stabiles Selbstbild zu erhalten. Bleiben wir beim Beispiel eines Rauchers, der in einem Gesundheitsberuf tätig ist und der sehr gut weiß, wie schädlich rauchen ist. Möglicherweise löst er die kognitive Dissonanz so auf, dass er sich sagt, dass er dafür fast jeden Morgen joggt oder an seinen freien Tagen auf den Berg geht, aber die Zigaretten wegen seines stressigen Berufs einfach braucht. Dieses einfache Beispiel zeigt: es steht immer eine individuelle Geschichte hinter dem nicht gesundheitsfördernden Verhalten.

Eine weitere Herausforderung in der Förderung von Gesundheitskompetenz ist das Erreichen von Menschen mit Migrationsgeschichte. Laut Statistik Austria (2025) haben knapp 28 Prozent

der in Österreich lebenden Bevölkerung einen Migrationshintergrund. Bei der Förderung der Gesundheitskompetenz handelt es sich um grundlegende Hürden wie die Sprache. Beim direkten Arzt-Patienten-Gespräch, in dem Gesundheitsinformationen vermittelt werden, müssen neben dem Verbalen auch nonverbale Unterschiede in der Kommunikation berücksichtigt werden. So wird die Proxemik, also die interpersonelle Distanz, in diversen Regionen der Welt unterschiedlich empfunden. Manche Menschen wiederum könnten schwer empfänglich für Gesundheitsinformationen sein, weil für sie bestimmte Erkrankungen ein Tabu sind, z.B. psychische Erkrankungen. Die Folge ist häufig eine starke Somatisierung. Darüber hinaus ist das subjektive Krankheitsverständnis zu berücksichtigen. So werden etwa Demenzerkrankungen in der Türkei eher als „im Lebenslauf zu erwartende Alterserscheinung“ (Tezcan-Güntekin 2018, 223) und nicht als Erkrankungen angesehen. Das hat zur Folge, dass Menschen mit türkischer Migrationsgeschichte zum Teil auch in Deutschland kaum Unterstützung annehmen, weil die Demenz nicht als Erkrankung wahrgenommen wird. Im Kontext von Migration zeigt sich also, dass die Förderung von Gesundheitskompetenz anders gestaltet werden muss, als bei autochthonen Bürgerinnen und Bürgern, weil die Geschichten der Menschen berücksichtigt werden müssen, die bestimmte Werte und Vorstellungen implizieren.

Ein weiteres Beispiel für eine Herausforderung sind Young Carers. Bei dieser Gruppe handelt es sich um Kinder und Jugendliche, die ihre pflegebedürftigen erwachsenen Angehörigen betreuen oder pflegen. Dabei kann es sich um psychische, physische oder auch Suchterkrankungen handeln. In Österreich gibt es etwa 42.000 Young Carers, die aber eine versteckte Gruppe sind. Deshalb gibt es auch noch relativ wenig Forschung zu dieser Gruppe junger Menschen (Schmidhuber et al. 2022; Kropf et al. 2025). Young Carers leisten einen großen Beitrag zur informellen Pflege, haben meist schon in einem sehr jungen Lebensalter ein hohes Verantwortungsgefühl und auch ein ausgeprägtes Wissen über gesundheitliche Themen. Sie sind allerdings schwer für ihre eigene Gesundheitskompetenz-Förderung zu erreichen, weil sie oftmals ihre ganze Freizeit in die Fürsorge der betreuungs- oder pflegebedürftigen Person investieren, für die sie sich verantwortlich fühlen. Bräuchte ein Young Carer für sich selbst einen Arzttermin aufgrund von körperlichen Beschwerden, kann es sein, dass er aufgrund der vielen Alltagsaufgaben (Schule, Haushalt, Pflege) nicht die Möglichkeit sieht, sich die Zeit dafür zu nehmen. Digitale Tools könnten hier eine Form sein, Young Carers mit hilfreichen Tipps und Möglichkeiten zum Austausch zu unterstützen. Diese müssen jedoch so gestaltet sein, dass sie auch bei Young Carers ankommen. Denn die individuellen Geschichten der Young Carers sind ausschlaggebend dafür, was sie brauchen und was sie sich für ihre eigene Gesundheit wünschen.

Narrative Ethik zur Förderung individueller Gesundheitskompetenz

Diese Beispiele zeigen, dass die Förderung von Gesundheitskompetenz mit dem Ziel eines gerechteren Gesundheitszugangs auf viele verschiedene individuelle Lebensformen eingehen muss, um von den Individuen auch als sinnvoll und umsetzbar wahrgenommen zu werden. Dabei ist stets darauf zu achten, auch diese gerade genannten Gruppen nicht als homogene Gruppen zu verstehen, sondern zu berücksichtigen, dass es sich dabei um Individuen mit ihren je eigenen Lebensgeschichten handelt, die zu einer Gruppe aufgrund von Gemeinsamkeiten zusammengefasst werden. Die Besonderheiten von Lebensgeschichten scheinen noch zu wenig in der Förderung von Gesundheitskompetenz berücksichtigt zu werden. Ich schlage deshalb vor, Narrative Ethik zu integrieren.

Denn die Narrative Ethik legt ein spezielles Augenmerk auf die Besonderheiten der individuellen Geschichten. Die Geschichten können aus Film, Literatur oder von realen Personen stammen. Narrative Ethik reflektiert „die hermeneutischen, identitätstheoretischen und erzähltheoretischen Implikationen von gelebter und erzählter Moral sowie der Ethik selbst“, so Hille Haker (2007, 6).

Narrative Ethik ist in der Theologie sowie in Medizin- und Bioethik schon länger präsent. So weist etwa der Moraltheologe Dietmar Mieth darauf hin, dass die Narrative Ethik die moralisch wichtige Kategorie der Erfahrung mit rationalem Handeln und Identitätsbildung verbindet (Mieth 2002). Im Band „Narrative Ethik in der Klinikseelsorge“ (2023) von Christoph Mandry und Gwendolin Wanderer werden Fällerzählungen analysiert. Ich selbst habe in meiner Forschung zur „Ethik der Demenz“ Erzählungen von Angehörigen von Menschen mit Demenz in der Literatur untersucht, um so einen Zugang zu einer möglichen Lebensqualität und der Identität von Menschen mit Demenz zu gewinnen.³ In der „Narrativen Bioethik“ geht es vor allem um schwierige Entscheidungen am Krankenbett, die Erzählungen von Patient:innen stehen im Mittelpunkt.

³ Vgl. z.B. meinen Artikel: Alzheimer-Demenz und Lebensqualität – ein Widerspruch? Ein narrativer Zugang zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz (2016).

2014 publizierte die Bioethikerin Martha Montello einen Hastings Center Special Report zu „Narrative Ethics: The Role of Stories in Bioethics“. Sie konstatiert:

„By carefully reading or listening to other people’ stories, we can begin to recognize what matters – matters overwhelmingly – to those who tell them, to unique individuals, living within their own particular moral worlds, now faced with difficult choice.“ (Montello 2014, 6)

Die Narrative Ethik folgt, um mit Frank Mathwig zu sprechen, dem Grundsatz „Hin zu den Menschen“ (2007, 6). Es geht in der Narrativen Ethik um eine „Aufwertung der Lebenswelt“ (Ebd., 7) in philosophischen Diskursen. Das bedeutet nicht, sich von Normen in der Ethik verabschieden zu müssen, sondern vielmehr diese Normen nicht als gesetzt und unwiderruflich zu verstehen, ohne die Lebenswelten der Individuen zu berücksichtigen.

In Anbetracht der Tatsache, dass sich über ein Drittel der Menschen in Österreich bei der Suche, beim Beurteilen und beim Umsetzen von Gesundheitsinformationen nicht adäquat zurechtfinden, ist es aus ethischer Sicht erforderlich, zu verstehen, warum das so ist.

Ich bin deshalb davon überzeugt, dass es ein Gewinn für die Förderung von Gesundheitskompetenz ist, wenn die Geschichten der Individuen eine Bedeutung in der Health Literacy-Förderung bekämen, um ihre „eigene moralische Welt“ wie Montello sagt, zu verstehen. Ist es ein für uns fremdes Krankheitsverständnis? Gibt es Tabus? Ist die Familiensituation so herausfordernd, dass kein Self-Caring möglich scheint? Spielen Stressfaktoren eine so große Rolle im Leben, dass wider besseres Wissen die eigene Gesundheit vernachlässigt wird? All dies können wir nur erfahren, wenn wir den Menschen mit ihren Geschichten zuhören.

Im Sprechen über die eigene Geschichte kann sich zudem der oder die Erzählende möglicherweise über Inkongruenzen und Brüche in ihrer Geschichte bewusst werden. Die erzählende Person lässt in diesem Zuge also nicht nur die zuhörende Person über ihre Geschichte reflektieren, sondern wird auch selbst darüber in Reflexion gehen können. Ein nicht gesundheitsförderndes Verhalten wird ihr vielleicht erst im Gespräch oder im Aufschreiben über die eigene Geschichte bewusst. Die Narration könnte also auch einen mäeutischen Effekt haben.

Die maßgebliche Frage lautet: Was brauchen Menschen, um Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden? Es gilt zu klären, welche Werte und welches Urteilen Menschen sich in ihrer individuellen Lebensgeschichte zu eigen gemacht haben, um zu verstehen, warum sie sich (selbstbestimmt) gesundheitsbewusst verhalten. Dabei muss al-

lerdings auch berücksichtigt werden, dass sich auch problematische oder fehlende Werte haus-kristallisieren können, was allerdings auch ernst genommen und geprüft werden muss. Frank Mathwig (2007) konstatiert, dass Narrative Ethik den Blick dafür schärfen kann, dass wir immer mit einer Realität zu rechnen zu haben, die sich nicht in Normen fassen lässt. Wesentlich ist, einen Zugang zu den Individuen zu finden, den ganzen Menschen zu sehen und Gesundheitskompetenzförderung nicht lediglich Top-down zu betreiben.

So lässt sich manches individuelles, gesundheitsförderndes Verhalten nur verstehen, wenn auch die Lebensgeschichte der Individuen berücksichtigt wird: Nimmt eine Frau Mammographie in Anspruch, weil sie bei ihrer Mutter erlebt hat, dass ihr die Früherkennung möglicherweise das Leben gerettet hat? Hat ein Young Carer eine Online-Gruppe als Selbsthilfegruppe initiiert und fühlt sich seither nicht mehr so einsam und deprimiert, weil ein niederschwelliger, regelmäßiger Austausch mit anderen Young Carers möglich ist? Hat die zuständige Ärztin eines aus der Türkei stammenden Mannes mit Demenz auch eine türkische Migrationsgeschichte, sodass sich der Mann und seine pflegende Angehörige gut bei ihr aufgehoben fühlen und Empfehlungen besser annehmen können als von jemandem ohne Migrationsgeschichte? Haben Flyer über Zahngesundheit im Wartezimmer der Hausärztin eine junge, alleinerziehende Mutter dazu bewogen, mit ihren Kindern regelmäßig den Kontrolltermin beim Zahnarzt wahrzunehmen?

Schlussüberlegungen

Nur wenn nicht davon ausgegangen wird, dass alle Menschen auf die gleiche Art und Weise erreicht werden, kann jede einzelne Person in ihrer Health Literacy gestärkt werden. Narrative Ethik in die Förderung von Gesundheitskompetenz zu integrieren, trägt den Lebenswelten der Individuen Rechnung und ermöglicht es, Gerechtigkeit im Gesundheitssystem zu stärken. Um dies umsetzen zu können, ist es unabdingbar, empirische Forschung zu unterstützen, die sich genau dieses Themas zur Aufgabe macht.

Literatur:

Christe, Katharina/Schmidhuber, Martina/Costa, Ursula, *Stärkung von Lebensqualität und Teilhabe aus Sicht von Menschen mit Multipler Sklerose. Mögliche Implikationen für die Ergotherapie*, in: Ergoscience 18 (4) 2023, 141-148.

Festinger, Leon, *Theorie der Kognitiven Dissonanz*, Bern 2012.

Griebler, Robert/Straßmayr, Christa/Mikšová, Dominika/Link, Thomas/Nowak, Peter und die Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK, *Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS19-AT*, Wien 2021.

Haker, Hille, (2007). *Narrative Bioethik – Ethik des biomedizinischen Erzählers*, in: Narrative Ethik. Das Gute und das Böse erzählen, Berlin 2007, 253-271.

International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL, Wien 2021.

Kropf, Mario/Unterweger, Laura/Schmidhuber, Martina, *Young Carers in Österreich. Eine Übersicht über den Status quo*, in: Linzer WiEGe-Reihe. Beiträge zu Wirtschaft – Ethik – Gesellschaft, Band 12, Linz 2025:

https://ku-linz.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/WiEGe/LiWiRei_Band_12_Kropf-et-al.pdf (Zugriff am 07.01.2026)

Lütz, Manfred, *Lebenslust. Wider die Diät-Sadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult*, München 2013.

Mandry, Christoph/Wanderer, Gwendolin (Hg.), *Narrative Ethik in der Klinikseelsorge. Ethische und theologische Analysen und Diskussionen von Fallerzählungen*, Stuttgart 2023.

Mathwig, Frank, *Zwischen Sein und Bewusstsein. Narrative Aspekte Angewandter Ethik mit einem Seitenblick auf die Sterbehilfediskussion*, in: konstruktiv. Narrative Ethik 40/2007, 5-7.

Mieth, Dietmar, *Rationalität und Narrative Ethik. Eine Erweiterung der rationalen Zugänge in der Ethik*, in: Karafyllis, Nicole C./Schmidt Jan C. (Hg.), Zugänge zur Rationlität der Zukunft, Berlin 2002.

Montello, Martha, *Narrative Ethics. The Role of Stories in Bioethics*, in: The Hastings Center Report (Special Report) 44 (1), 2014, 2-6.

Schaeffer, Doris/Pelikan, Jürgen M. (Hg.), *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*, Bern 2017.

Schmidhuber, Martina/Gremsl, Thomas/Reitegger, Franziska/Oberreßl, Carmen, *Young Carers: Plädoyer für mehr Forschung für eine versteckte Gruppe*. Österreichische Kommentare zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik. IERM Working Paper Nr. 9, Wien 2022:
https://www.ierm.at/fileadmin/user_upload/i_ierm/Working_Papers/WP_9_-_Schmidhuber_et_al_-_Young_Carers.pdf (Zugriff am 07.01.2026)

Schmidhuber, Martina, *Alzheimer-Demenz und Lebensqualität – ein Widerspruch? Ein narrativer Zugang zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz*, in: Kovács, László/Kipke, Roland/Lutz, Ralf (Hg.), *Lebensqualität in der Medizin*, Wiesbaden 2016, 273-286.

Seitz, Nicki Nils, et al., *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018. Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf Konsumabhängigkeit und -missbrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018*, München 2019.

Statistik Austria, *Statistisches Jahrbuch Migration & Integration. Zahlen, Daten, Indikatoren*, Wien 2025:

https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Migration-Integration_2025.pdf (Zugriff am 07.01.2026)

Tezcan-Güntekin, Hürrem, *Demenzerkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund und ethische Konflikte im medizinischen und pflegerischen Alltag*, in: Ethik in der Medizin (30) 2018, 221-235.

Welsh, Caroline, *Brauchen wir ein Recht auf Krankheit? Historische und theoretische Überlegungen im Anschluss an Juli Zehs Roman Corpus Delicti*, Bielefeld 2016, 215-238.

World Health Organization, *Health Promotion Glossary*, Genf 1998.

Zeh, Juli, *Corpus Delicti. Ein Prozess*, München 2010.

Autorin:

Dr.ⁱⁿ Martina Schmidhuber, MBA

Leiterin People & Culture bei Künig GmbH/Vorsitzende der Vivea Ethikkommission,
Maximilianstraße 7, 6330 Kufstein, Österreich

E-Mail: m.schmidhuber@kuenig.at

<https://www.kuenig.at/>