

**Agency & Gesundheit**  
**Eine triangulative Analyse**  
**biopsychosozialer Repräsentationen**  
**von Gesundheitstypen Jugendlicher**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. phil.) an der Fakultät für  
Erziehungswissenschaft, Universität Bielefeld

vorgelegt von Anna Lena Rademaker, Paderborn

Bielefeld im Februar 2016

Erster Gutachter: Prof. Dr. Holger Ziegler  
Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Klaus Peter Treumann



## **Danksagung**

Ich bedanke mich bei allen Menschen, die mich beim Schreiben dieser Arbeit inspiriert, unterstützt und mir verlässlich zur Seite gestanden haben.

Ein besonderer Dank geht an 482 Jugendliche: *„Eure Auskunft über eure Lebens- und Gesundheitswelt ist zum Herzstück dieser Arbeit geworden.“*



## Inhaltsverzeichnis

<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>1</b>
<b>1 DAS SOZIALE IN/AN DER GESUNDHEIT .....</b>	<b>3</b>
1.1 GESUNDHEIT ZUM GEGENSTAND .....	3
1.2 DAS <i>SOZIALE</i> IN/AN DER GESUNDHEIT IM WANDEL DER ZEIT .....	5
1.3 GESUNDHEITSBEZOGENE SOZIALE ARBEIT .....	8
1.3.1 <i>Rahmen</i> .....	9
1.3.2 <i>Handlungsbereiche</i> .....	14
1.3.3 <i>Basiskonzepte</i> .....	19
1.4 GESUNDHEITSFÖRDERNDE SOZIALE ARBEIT IN DER JUGENDPHASE.....	21
1.4.1 <i>Akteurs- und Lebensweltorientierung</i> .....	24
1.4.2 <i>Transdisziplinarität, Kooperation und Vernetzung</i> .....	29
1.5 ZUSAMMENFÜHRENDE ÜBERLEGUNGEN .....	32
<b>2 DIE LEBENSPHASE JUGEND.....</b>	<b>35</b>
2.1 GESUNDE ENTWICKLUNG .....	36
2.2 GESUNDHEITSBEZOGENE RESSOURCEN UND RISIKEN .....	39
2.3 GESCHLECHT UND GESUNDHEIT .....	40
2.4 GESUNDHEIT IN DER LEBENSPHASE JUGEND.....	43
2.4.1 <i>Biopsychosoziale Bewältigungsanforderungen</i> .....	45
2.4.2 <i>Relevanz von Entwicklungsaufgaben für das Wohlbefinden</i> .....	47
2.5 GESUNDHEITSBEZOGENE AGENCY .....	54
2.5.1 <i>Kohärenz und Kompetenz</i> .....	58
2.5.2 <i>(Be)Grenz(ung)en gesundheitsbezogener Agency</i> .....	61
2.6 FÖRDERUNG GESUNDHEITSBEZOGENER AGENCY JUGENDLICHER.....	72
<b>3 SUBJEKTORIENTIERTE ALLTAGSKONSTRUKTIONEN VON GESUNDHEIT .....</b>	<b>81</b>
3.1 SUBJEKTORIENTIERTE ALLTAGSKONSTRUKTION .....	82
3.1.1 <i>Empirische Datenbasis</i> .....	90
3.1.2 <i>Jugendspezifische Daten über Gesundheitskonstruktionen</i> .....	98
3.2 ANALYSE GESUNDHEITSBEZOGENER AGENCY JUGENDLICHER .....	109
<b>4 EIN KOMPLEXER GEGENSTAND BEDARF EINER KOMPLEXEN ERFASSUNG.....</b>	<b>113</b>
4.1 FORSCHUNGSDESIGN .....	115
4.1.1 <i>Part I: Fragebogen zur Lebens- und Gesundheitswelt</i> .....	117
4.1.2 <i>Part II: Gruppendiskussionen über Gesundheitsrepräsentation</i> .....	138

## Inhaltsverzeichnis

<b>5</b>	<b>GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSBEZOGENE HANDLUNGSKOMPETENZ.....</b>	<b>149</b>
5.1	BIOPSYCHOSOZIALE GESUNDHEIT .....	154
5.1.1	<i>Körperliches Wohlbefinden .....</i>	<i>154</i>
5.1.2	<i>Psychisches Wohlbefinden.....</i>	<i>161</i>
5.1.3	<i>Ein Strukturgleichungsmodell biopsychosozialer Gesundheit.....</i>	<i>171</i>
5.2	ENTWICKLUNGSAUFGABEN UND GESUNDHEIT .....	178
5.2.1	<i>Akzeptanz körperlicher Veränderungen .....</i>	<i>179</i>
5.2.2	<i>Aufbau sozialer Bindungen und Qualifikation.....</i>	<i>192</i>
5.2.3	<i>Regeneration.....</i>	<i>204</i>
5.2.4	<i>Partizipation.....</i>	<i>213</i>
5.3	KOHÄRENZ UND KOMPETENZ .....	216
5.3.1	<i>Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung .....</i>	<i>219</i>
5.3.2	<i>Kohärenzsinn.....</i>	<i>222</i>
5.3.3	<i>Gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung .....</i>	<i>224</i>
5.3.4	<i>Kohärenz, Kompetenz und gesunde Entwicklung .....</i>	<i>226</i>
5.4	SUBJEKTORIENTIERTE ALLTAGSKONSTRUKTIONEN VON GESUNDHEIT.....	232
5.5	GESUNDHEITSBEZOGENE AGENCY.....	246
<b>6</b>	<b>(BE)GRENZ(UNG)EN GESUNDHEITSBEZOGENER AGENCY .....</b>	<b>259</b>
6.1	STATISTISCH IDENTIFIZIERTE GESUNDHEITSTYPEN.....	260
6.2	REKONSTRUKTION TYPISCHER CHARAKTERISTIKA.....	268
6.2.1	<i>Diskursorganisation .....</i>	<i>270</i>
6.2.2	<i>Gesundheitsverständnis.....</i>	<i>273</i>
6.2.3	<i>Gesundheitsmotive und gesundheitsbezogene Handlungsstrategien.....</i>	<i>277</i>
6.2.4	<i>Diskussion der Gesundheitstypologie .....</i>	<i>299</i>
<b>7</b>	<b>KONTROLLE IST GUT ... BALANCE IST BESSER .....</b>	<b>307</b>
7.1	ANALYTISCHE DESIDERATE.....	315

## Inhaltsverzeichnis

<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>319</b>
<b>ANHANG.....</b>	<b>341</b>
A FRAGEBOGENLAYOUT .....	341
B IDENTIFIKATION EXTREMER WERTE UND FALLAUSSCHÜSSE.....	342
C LEITFADEN FÜR DIE FOKUSSIERTEN GRUPPENDISKUSSIONEN .....	344
D TRANSKRIPTIONSSYSTEM.....	345
E KODIERLEITFADEN FÜR DIE AUSWERTUNG DER GRUPPENDISKUSSIONEN .....	345
<i>E1 Kategorie: subjektorientierte Alltagskonstruktionen von Gesundheit aus dem     Fragebogen (F-LGj) .....</i>	<i>345</i>
<i>E2 Kategorie: Körper- und gesundheitsbezogene Achtsamkeit im Alltag aus dem     Fragebogen (F-LGj) .....</i>	<i>346</i>
<i>E3 Kategorie: (Mit)Sprache und Beteiligung an Themen, die eigene Gesundheit     betreffend aus dem Fragebogen (F-LGj) .....</i>	<i>346</i>
<i>E4 Kategorie: Entwicklungsaufgabe.....</i>	<i>346</i>
F ALTER UND RELIGIONSZUGEHÖRIGKEIT BEFRAGTER.....	347
G HAUPTKOMPONENTENMODELL ZUR ERFASSUNG SOZIOÖKONOMISCHEN KAPITALS BEFRAGTER .... .....	347
H KORRELATIONEN PSYCHISCHER UND PHYSISCHER GESUNDHEITSBEZOGENER LEBENSQUALITÄT .....	348
I HAUPTKOMPONENTENMODELL ZUR ERFASSUNG VON PRÄVALENZEN FÜR VERHALTENS AUFFÄLLIGKEITEN BEFRAGTER .....	349
J HAUPTKOMPONENTENMODELL ZUR ERFASSUNG DES VERTRAUENS IN DEN EIGENEN FREUNDKREIS.....	350
K HAUPTKOMPONENTENMODELL ZUR ERFASSUNG DER SOZIALEN BEZIEHUNGEN VON SCHÜLERINNEN .....	350
L HAUPTKOMPONENTENMODELL ZUR ERFASSUNG JUGENDTYPISCHER GESUNDHEITSBEZOGENER RISIKOVERHALTENSWEISEN .....	351
M HAUPTKOMPONENTENMODELL ZUR ERFASSUNG DER (MIT)SPRACHE BETEILIGTER BEI FRAGEN IHRE GESUNDHEIT BETREFFEND.....	351
N HAUPTKOMPONENTENMODELL ZUR ERFASSUNG SUBJEKTIVER GESUNDHEITS- UND KRANKHEITSDEFINITIONEN.....	352
O FRAGEBOGEN ZUR LEBENS- UND GESUNDHEITSWELT JUGENDLICHER (F-LGj) .....	353



## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ebenen gesundheitsfördernder Sozialer Arbeit nach eigener schematischer Darstellung (in Anlehnung an BMFSFJ 2009; Franzkowiak et al. 2011; Homfeldt 2010d; Keupp 2012; Naidoo/Wills 2010; Nair et al. 2015, 293ff.) .....	23
Tabelle 2: Die Relevanz von Entwicklungsaufgaben für das biopsychosoziale Wohlbefinden Jugendlicher (anlehnend an BMFSFJ 2009; Fend 2001; Hurrelmann 2007; Quenzel 2015). .....	50
Tabelle 3: Personale Bedingungen und kontextuelle Faktoren, die als Risiko- oder Schutzfaktoren bei jugendtypischen (Gesundheits)Risikoverhalten wirksam werden, nach Hurrelmann (2007) und Pinquart/Silbereisen (2010) (in eigener Darstellung). .....	53
Tabelle 4: Die Entwicklungsaufgaben in der Jugendphase (anlehnend an BMFSFJ 2009; Fend 2001; Hurrelmann 2007) im Rekurs auf Nussbaums vage Konzeption menschlicher Fähigkeiten (Nussbaum 2012) (in eigener Darstellung). .....	66
Tabelle 5: Die Entwicklungsaufgaben in der Jugendphase (anlehnend an BMFSFJ 2009; Fend 2001; Hurrelmann 2007) im Rekurs auf das Konzept positiver Jugendentwicklung (Lerner et al. 2007; ergänzt durch Homfeldt 2014b, Keupp 2013, Sørensen et al. 2012 und die Autorin) (in eigener Darstellung). .....	70
Tabelle 6: Die Relevanz von Entwicklungsaufgaben für das biopsychosoziale Wohlbefinden Jugendlicher (anlehnend an BMFSFJ 2009; Fend 2001; Hurrelmann 2007; Quenzel 2015) und konkrete förderungswürdige Kompetenzen zur Befähigung positiver Entwicklung in der Jugendphase (Lerner et al. 2007; ergänzt durch Homfeldt 2014b, Keupp 2013, Sørensen et al. 2012 und die Autorin), im Rekurs auf die Erreichbarkeit fundamentaler Grundfähigkeiten von Menschen (Nussbaum 2012) (in eigener Darstellung). .....	75
Tabelle 7: Zusammenfassung der empirischen Befunde subjektorientierter Alltagskonstruktionen junger Menschen in Anlehnung an Schmidt/Fröhling 1994 und Wiehe 2013. ....	96
Tabelle 8: Zusammenfassung der empirischen Befunde subjektorientierter Alltagskonstruktionen Jugendlicher in Anlehnung an Kolip 1997; Kolip/Nordlohne 1994; Flick/Rönisch 2008, 2011. ....	107
Tabelle 9: Skalenniveau, Merkmal und mögliche Rechenoperationen in Anlehnung an Backhaus et al. 2008, 2011. ....	129
Tabelle 10: TeilnehmerInnen an den Gruppendiskussionen mit prototypischen RepräsentantInnen der drei Gesundheitstypen. ....	143

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 11: Nettostichprobe (n=458) der Untersuchung nach erfolgter Datenbereinigung und Fallausschlüssen. ....	151
Tabelle 12: Mittelwertsangaben der Realwerte von Items zur Erfassung der Wohnverhältnisse, kulturellen und finanziellen Lage der Familien Befragter in Abhängigkeit der von ihnen besuchten Schulform. ....	153
Tabelle 13: Prozentuale Angaben über akute, chronische sowie psychosomatische Erkrankungserscheinungen befragter Jugendlicher nach ihrer Selbstauskunft. ....	159
Tabelle 14: Prozentuale Angaben zu den zusammengefassten Antwortkategorien „2-3 Mal“ und „4 Mal und häufiger“ nach Geschlechterdifferenz. ....	161
Tabelle 15: Hauptkomponente 1: subjektives alltägliches (habituelles) Wohlbefinden. ....	173
Tabelle 16: Hauptkomponente 2: Lebensfreude und Lebenszufriedenheit. ....	174
Tabelle 17: Hauptkomponente 3: körperliche Erkrankungen. ....	175
Tabelle 18: Hauptkomponente 4: Stimmungsniveau. ....	176
Tabelle 19: Hauptkomponente 5: körperliches Wohlbefinden. ....	177
Tabelle 20: Hauptkomponente 6: Gefühle von Einsamkeit und Zukunftssorgen. ....	178
Tabelle 21: Merkmale zur Erfassung eines Zusammenhangs von lebensphasentypischen Entwicklungsaufgaben und biopsychosozialer Gesundheit Jugendlicher in Anlehnung an Quenzel 2015. ....	179
Tabelle 22: Hauptkomponentenmodell zur Körperachtsamkeit und Gesundheitsfokussierung befragter Jugendlicher. ....	185
Tabelle 23: Hauptkomponentenmodell zur Erfassung des Familienklimas innerhalb der Herkunftsfamilien Befragter nach ihrer eigenen Einschätzung. ....	194
Tabelle 24: Hauptkomponentenmodell zur Erfassung der Wahrnehmung gesundheitsbezogener Handlungskompetenz befragter Jugendlicher. ....	218
Tabelle 25: Kodierleitfaden der Kategoriebildung der im Fragebogen erhobenen Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen befragter Jugendlicher anhand offener Satzergänzungsaufforderungen. ....	233
Tabelle 26: Kodierleitfaden zur Erfassung der Freitextantworten im Fragebogen über Lebenslaufdynamiken von Gesundheit. ....	244

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 27: Soziodemografische, kulturelle und ökonomische Merkmale in differenzierter Betrachtung der drei statistisch identifizierten Gesundheitstypen. ....	261
Tabelle 28: TeilnehmerInnen an den Gruppendiskussionen mit prototypischen RepräsentantInnen der drei Gesundheitstypen. ....	270
Tabelle 29: Zusammenfassender Vergleich der statistisch rekonstruierten Gesundheitstypen. .	301
Tabelle 30: Typische Merkmale des Gesundheitsverständnisses von Angehörigen der drei Gesundheitstypen. ....	303
Tabelle 31: Als typisch zu bezeichnende Gesundheitsmotive von Angehörigen der drei Gesundheitstypen. ....	304
Tabelle 32: Als typisch zu bezeichnende gesundheitsbezogene Handlungsstrategien von Angehörigen der drei Gesundheitstypen. ....	305



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ressourcenmodell in Anlehnung an Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2009 und Lenz 2011 (in eigener Darstellung). .....	56
Abbildung 2: Der Kohärenzsinn in Anlehnung an Antonovsky 1997 und Bengel et al. 2001 (in eigener Darstellung). .....	60
Abbildung 3: Modell einer subjektorientierten Jugendgesundheitsförderung und Prävention durch Stärkung gesundheitsbezogener Agency in der jugendlichen Lebenswelt (in eigener Darstellung). .....	63
Abbildung 4: Subjektive lebenslaufspezifische Entwicklungsdynamiken des Gesundheitsverlaufes in Anlehnung an Faltermaier et al. 1998; Faltermaier 2010a; Faltermaier/Brütt 2013. ....	87
Abbildung 5: Subjektorientierte Alltagskonstruktionen von Gesundheit in in Anlehnung an Faltermaier 1998, 2002, 2010a; Faltermaier/Brütt 2009, 2013; Faltermaier et al. 1998; Herzlich 1994. ....	89
Abbildung 6: Methodisches Vorgehen in der triangulativ ausgerichteten Untersuchung zur Erfassung von Lebens- und Gesundheitswelten Jugendlicher. ....	117
Abbildung 7: Annahmen des linearen Regressionsmodells. ....	135
Abbildung 8: Einzelne Indikatorvariablen zur Erfassung des körperlichen Wohlbefindens befragter Jungen und Mädchen. ....	155
Abbildung 9: Anzahl der wahrgenommenen akuten Erkrankungen in den vergangenen 12 Monaten nach Geschlechterverteilung. ....	158
Abbildung 10: Darstellung der Cantril Ladder, wie sie auch im Fragebogen abgebildet wurde. ....	170
Abbildung 11: Hauptkomponentenmodell der subjektiven Angaben biopsychosozialer Gesundheit befragter Jugendlicher. ....	172
Abbildung 12: Angaben Befragter über ihre Zufriedenheit mit ihrem eigenen Körperbild, differenziert nach Mädchen und Jungen. ....	180
Abbildung 13: Angaben Befragter zu Einzelitems über ihre öffentliche Körperaufmerksamkeit differenziert nach Mädchen und Jungen. ....	186
Abbildung 14: Angaben Befragter zu Einzelitems über ihre private Körperaufmerksamkeit differenziert nach Mädchen und Jungen. ....	187

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 15: Prozentuale Angaben Befragter auf Einzelitems zur Erfassung einer Lebensweise ohne besonderes ausgeprägtes Gesundheitsmotiv nach Geschlecht. ....	188
Abbildung 16: Prozentuale Angaben Befragter auf Einzelitems zur Erfassung einer Lebensweise mit ausgeprägtem Gesundheitsmotiv nach Geschlecht. ....	189
Abbildung 17: Matrix identifizierter Zusammenhänge einzelner gesundheitsbezogener Indikatoren und Merkmale der Entwicklungsaufgabe „Akzeptanz körperlicher Veränderungen“ in der Jugendphase in der Untersuchungspopulation (in eigener Darstellung). ....	190
Abbildung 18: Matrix identifizierter Zusammenhänge einzelner gesundheitsbezogener Indikatoren und Merkmale von Entwicklungsaufgaben des „Beziehungsaubaus“ und der „Qualifikation“ in der Jugendphase in der Untersuchungspopulation (eigene Darstellung). ....	202
Abbildung 19: Prozentuale Angaben der Befragten zu einzelnen Aussagen über jugendtypische gesundheitsbezogene Risikoverhaltensweisen nach Geschlecht. ....	206
Abbildung 20: Prozentuale Angaben zum Konsumverhalten Befragter, differenziert nach der von ihnen besuchten Schulform. ....	208
Abbildung 21: Matrix identifizierter Zusammenhänge einzelner gesundheitsbezogener Indikatoren und Merkmale von Entwicklungsaufgaben der „Regeneration“ in der Jugendphase in der Untersuchungspopulation (eigene Darstellung). ....	212
Abbildung 22: Prozentuale Angaben der vollen Zustimmung Befragter zu Einzelitems zur Erfassung der (Mit)Sprache Befragter bei Themen ihre eigene Gesundheit betreffend nach Geschlecht. ....	214
Abbildung 23: Matrix identifizierter Zusammenhänge einzelner gesundheitsbezogener Indikatoren und Merkmale von Entwicklungsaufgaben der gesundheitsbezogenen „Partizipation“ in der Jugendphase in der Untersuchungspopulation (eigene Darstellung). ....	215
Abbildung 24: Prozentuale Angaben der vollen Zustimmung befragter Jugendlicher zu einzelnen Indikatoren internaler gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugung in Geschlechterdifferenz. ....	220
Abbildung 25: Mittelwerte einzelner Items zur Erfassung der Wahrnehmung von Möglichkeiten der Einflussnahme auf die eigene Gesundheit. ....	225

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 26: Statistisch signifikante bivariate Korrelationen zwischen Merkmalen gesundheitsbezogener Agency und der biopsychosozialen Gesundheit Befragter.....	229
Abbildung 27: Durchschnittliche Anzahl der Benennung verschiedener Dimensionen bei der Beschreibung von Gesundheit und Krankheit befragter Jugendlicher.....	235
Abbildung 28: Prozentuale Verteilung der Häufigkeiten von Beschreibungen nach den sechs am häufigsten benannten Kategorien Befragter zu Gesundheit.....	236
Abbildung 29: Prozentuale Verteilung der Häufigkeiten von Beschreibungen nach den sechs am häufigsten benannten Kategorien Befragter zu Krankheit. ....	237
Abbildung 30: Prozentuale Verteilung der Benennung von Kategorien in den Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen Befragter.....	238
Abbildung 31: Prozentuale Angaben der höchsten Zustimmung zu exemplarischen Indikatorvariablen zur Erassung von Krankheitsdefinitionen befragter Jugendlicher. ....	241
Abbildung 32: Prozentuale Angaben der höchsten Zustimmung zu exemplarischen Indikatorvariablen zur Erfassung von Gesundheitsdefinitionen befragter Jugendlicher.....	241
Abbildung 33: Prozentuale Verteilung der Angaben zur Lebenslaufdynamik von Gesundheit differenziert nach ihrer Geschlechterverteilung.....	244
Abbildung 34: Theoriegeleitetes Empiriemodell gesundheitsbezogener Agency in ihrer soziokulturellen Verwobenheit der Jugendphase (eigene Darstellung). ....	249
Abbildung 35: Statistisches Modell der Einflussnahme von Merkmalen gesundheitsbezogener Handlungskompetenz auf einzelne Indikatoren der von Befragten vorgenommenen Einschätzung eigener biopsychosozialer Gesundheit. ....	251
Abbildung 36: Statistisches Modell der Einflussnahme von Merkmalen subjektorientierter Alltagskonstruktionen von Gesundheit auf einzelne Indikatoren gesundheitsbezogener Handlungskompetenz.....	255
Abbildung 37: Vergleich der z-transformierten Mittelwerte einzelner HK des der Typologie zugrunde liegenden Modells biopsychosozialer Gesundheit differenziert nach den drei identifizierten Clustertypen.....	262
Abbildung 38: Vergleich der Mittelwerte von Summenscores einzelner Merkmale des der Typologie zugrunde liegenden HK-Modells biopsychosozialer Gesundheit differenziert nach den drei identifizierten Clustertypen. ....	263

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 39: Vergleich der Mittelwerte von Summenscores einzelner Merkmale gesundheitsbezogener Handlungskompetenz differenziert nach den drei identifizierten Clustertypen.....	266
Abbildung 40: Ebenen der Förderung gesundheitsbezogener Agency in der Lebensphase Jugend in Anlehnung an die „Levels of Health Literacy“ (Nutbeam 2000) in eigener Darstellung. ....	311

## Abkürzungsverzeichnis

CA	Capability Approach
CLA	Clusteranalyse
FKA	Faktorenanalyse
F-LGJ	Fragebogen zur Lebens- und Gesundheitswelt Jugendlicher
GY	Gymnasium
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HKA	Hauptkomponentenanalyse
HLOC	Health Locus of Control
HS	Hauptschule
HSWBS	Habituelle subjektive Wohlbefindensskala
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KJB	Kinder- und Jugendbericht
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin Maß
m	bei Analysen von Fällen: männlich (bspw. 15% Jungen → m: 15%)
m	bei Kennwerten statistischer Analyseverfahren: Anzahl von Variablen (bspw. 4 Variablen → m=4)
MW	Mittelwert
n	Anzahl von Fällen
RKI	Robert-Koch-Institut
RS	Realschule
s	Streuung
sd	Standardabweichung
SE	Standardfehler
SOC	Sense of Coherence
SWE	Selbstwirksamkeitserwartung
w	weiblich
WHO	World Health Organization



## Einleitung

„Den allermeisten Mädchen und Jungen in Deutschland geht es gut. Im Jugendalter stehen sie sogar besser da als vor sechs Jahren“, lautet das Fazit des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey im Jahr 2013 (RKI 2013).

Dennoch birgt dieses noch so erfreuliche Ergebnis auch eine Schattenseite. Denn nur die *allermeisten* Jugendlichen fallen unter die konstatierten *health-winner*. Eine, wenn auch zahlenmäßig unterlegene, Gruppe von Jugendlichen zeigt demgegenüber vermehrte biopsychosoziale Beeinträchtigungen bis hin zu manifesten Störungen (vgl. RKI 2007, 2013; BMFSFJ 2009; WHO 2011) und verweist damit unumgänglich auf die Frage, was diese Jugendlichen von denjenigen, die als *gesund* gelten, unterscheidet. Was hilft Jugendlichen gesund zu bleiben bzw. ihre Gesundheit immer wieder gelingend herzustellen? Was hilft ihnen gesundheitskompetent zu handeln, sich selbst als handlungsmächtig zur Einflussnahme auf die eigene Gesundheit zu erleben? Was hilft Jugendlichen sich gesund zu entwickeln, erwachsen und älter zu werden?

Gesundheit als Thema der Kinder- und Jugendhilfe sollte, spätestens seit dem 13. Kinder- und Jugendbericht, nicht mehr hinterfragt, sondern als klar formulierter Auftrag verstanden werden. Mit Blick auf die dort konstatierte Relevanz einer Auseinandersetzung mit der biopsychosozialen Entwicklung Heranwachsender und daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen, orientiert sich die vorliegende Arbeit an der Frage, was Jugendlichen hilft gesund zu bleiben bzw. ihre Gesundheit immer wieder gelingend herzustellen. Ausgehend von jugendtypischen Entwicklungsaufgaben, wie bspw. der Akzeptanz körperlicher Veränderungen, werden verschiedene Zusammenhänge zur biopsychosozialen Gesundheit Jugendlicher aufgezeigt. Davon ausgehend stehen Fähigkeiten und Fertigkeiten im Fokus, die Jugendlichen helfen, sich selbst als kompetent zur Einflussnahme auf ihre Gesundheit zu erleben und sich in Form ihrer selbst wahrgenommenen gesundheitsbezogenen Handlungsmacht oder Agency konkretisieren. Diese gesundheitsbezogene Agency sollte jedoch, wie sich zeigen wird, nicht losgelöst von den subjektiven Vorstellungen Jugendlicher über Gesundheit, ihrem Umgang mit Gesundheit im Alltag sowie ihren Annahmen über den eigenen Körper und die Psyche betrachtet werden. Sie wird in, durch und mit der Lebensphase, dem Lebensstil und der Lebenswelt herausgebildet, begrenzt und ermöglicht. Gesundheitsbezogene Agency geht über individuelle Gesundheitskompetenz hinaus und sollte daher nicht losgelöst von ihrer Verwobenheit in soziokulturelle Strukturen analysiert werden. Die gezielte Förderung von gesundheitsbezogener Agency setzt ein Verständnis für die lebensweltlich wirksam werdenden Bedürfnisse, subjektiv erlebten Probleme, Herausforderungen, Bewältigungsstrategien und Vorstellungen Heranwachsender über Gesundheit voraus.



# 1 Das Soziale in/an der Gesundheit

## Chancen und Herausforderungen Sozialer Arbeit zur Förderung gesundheitsbezogener Handlungsfähigkeit in der Jugendphase

*„Der Ausgang einer starken vagen Konzeption ist der Mensch (...) diese Konzeption des Guten fußt auf gemeinsamen Mythen und Geschichten, die sowohl den Freunden als auch den Fremden erklären, was es bedeutet, ein Mensch und nicht etwas anderes zu sein.“*

*(Nussbaum 2012)*

### 1.1 Gesundheit zum Gegenstand

Spätestens seit Einführung des Konzeptes der Gesundheitsförderung, der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986), gewinnt das *Soziale* in/an der Gesundheit beträchtlich an Aufmerksamkeit im öffentlichen Diskurs. Gesundheitsförderung richtet sich an eine Förderung der individuellen und kollektiven Selbstbefähigung zur Gesundheit, der Kompetenzentwicklung, der Partizipation und dem Empowerment, ebenso wie dem Abbau sozial bedingter ungleich verteilter Gesundheitschancen (vgl. Franzkowiak 2011). Ziel ist es, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ (WHO 1986) Gesundheitsförderung orientiert sich an der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Menschen und Gesellschaften, im Ausdruck ihres *subjektiven* biopsychosozialen Wohlbefindens (vgl. WHO 1948). Sie intendiert die Stärkung von Gesundheitspotenzialen unter Berücksichtigung sozialer Determinanten von Gesundheit, die das individuelle und kollektive Repertoire gesundheitsfördernder Ressourcen bedingen und begrenzen. Nach der Maxime der Herstellung und Aufrechterhaltung gesundheitlicher Chancengleichheit, soll Gesundheitsförderung bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustands verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen schaffen, damit Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen (vgl. WHO 1986). Insbesondere die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten und Gemeinschaftsaktionen, die Förderung persönlicher Gesundheitskompetenzen sowie die Neuorientierung der Gesundheitsdienste, dienen diesem Ziel (vgl. ebenda). Gesundheitsförderung wird damit zur Querschnittsaufgabe einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die weit über das Gesundheitswesen hinausgeht. Dies zeigt sich deutlich auch für das Handlungsfeld Sozialer Arbeit. Eine große Vielzahl von sozialen Problemen Heranwachsender hängt eng mit ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität zusammen. Lebensstil und Lebenswelt nehmen Einfluss auf das biopsychosoziale Wohlbefinden. Der 13. KJB zeigte national sowie die Kinder- und Jugendgesundheitsberichterstattung auch mit Blick auf Europa und darüber hinaus auf, dass diese Zusammenhänge sich insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, die in sozial benachteiligten

Lebensverhältnissen aufwachsen, zeigen (vgl. BMFFSJ 2009; RKI 2007, 2013, 2015; WHO 2011). Darüber hinaus haben sich akute Erkrankungen zu chronischen und psychosomatischen Auffälligkeiten verschoben. Eine Entwicklung, die langfristige Beeinträchtigungen der Gesundheit Heranwachsender nach sich ziehen und sich in allen Lebensbereichen auswirken kann. Als Empfehlungen für die Kinder- und Jugendhilfe konstatiert der 13. KJB eine stärkere Beteiligung an einer qualitativen Verbesserung der gesundheitlichen Chancen von Kindern und Jugendlichen, eine nachhaltig wirksame Beteiligung der Kinder- und Jugendhilfe an der Gesundheitsförderung, den Auf- und Ausbau verbindlicher Kooperationen und Netzwerke der Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitsversorgung und Eingliederungshilfe sowie konkrete Herausforderungen an die Politik, zu formulieren (vgl. BMFFSJ 2009). „Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen muss ein Ziel fachlichen Handelns in der Kinder- und Jugendhilfe werden. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen darf nicht als Voraussetzung der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe verstanden werden; vielmehr muss die Frage im Mittelpunkt stehen, wie in dem jeweiligen Handlungsfeld, ggf. im Zusammenspiel mit anderen Akteuren, altersgerecht die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gefördert und gesundheitliche Belastungen vermieden werden können.“ (ebenda, 254) Insbesondere die Kinder- und Jugendhilfe mit ihrer konsequenten Akteurs- und Lebensweltorientierung sowie Kooperations- und Netzwerkkompetenz wird zum wichtigen Akteur, um Heranwachsenden ein möglichst hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sich auf die Verringerung gesundheitlicher Chancenungleichheit zu konzentrieren (vgl. Homfeldt 2010b). Gesundheitsförderung und Soziale Arbeit zeichnen sich dabei insbesondere durch ihre parallele Zielsetzung aus. Sie zielen auf eine Befähigung zu mehr Selbstbestimmung und Autonomie über das eigene Leben und die Gesundheit ab. Sie münden dabei in ähnlich gelagerter Gegenstandsbestimmung, Ungleichheiten und Benachteiligungen aufzudecken, zu analysieren und in den Fokus von Interventionen zu nehmen, um biopsychosoziales Wohlbefinden auf allen Ebenen und gemessen an persönlichen und kollektiven Maßstäben zu befördern. So zeichnen sich deutliche Parallelen spezifischer Merkmale von Gesundheitsförderung und Sozialer Arbeit ab. Diese Ähnlichkeiten bieten eine gehaltvolle Chance für die Stärkung einer gemeinsamen biopsychosozialen Befähigungsgerechtigkeit (vgl. Rademaker 2014), wenn die Überwindung von Disziplingrenzen zu einer gemeinsamen Zielorientierung (vgl. Gahleitner et al. 2012), die Etablierung akteursorientierter und nicht alleine problemfokussierter Komplexleistungen (vgl. Lenz 2014) und die konsequente Orientierung an den Bedürfnissen und Bedarfen von Heranwachsenden gelingt. Gleichzeitig birgt die Ähnlichkeit Sozialer Arbeit und Gesundheitsförderung die Gefahr einer *Verwässerung* von Disziplingrenzen. Gesundheitsförderung ist ein Konzept zur Herstellung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit, das im Rahmen *gesundheitsbezogener* Sozialer Arbeit Anschluss findet. Soziale Arbeit ist damit nicht per se Gesundheitsförderung, sondern Gesundheitsförderung, die im Rahmen Sozialer Arbeit durchgeführt wird. Hinzukommend ist eine zweite Gefährdung der

konzeptionellen Deutung hervorzuheben. Das Konzept der Gesundheitsförderung hat in den vergangenen Jahren eine deutliche Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit erreicht. In einer kritischen Würdigung des Begriffs „Gesundheitsgesellschaft“, den Homfeldt auf eine 2006 erschienene Monografie von Kickbusch zurückführt, macht er auf die nicht kritikfrei zu bewertende Wende öffentlicher Wahrnehmung auf Gesundheit aufmerksam: „Gesundheitsförderung zentriert sich dabei auf persönlich verantwortete Aktivitäten mit einer sich gleichzeitig ausdifferenzierenden Kommerzialisierung.“ (Homfeldt 2014, 4) Gesundheit werde so zu einer moralischen Last und entferne sich weit vom gesundheitsförderlichen Anliegen der Ottawa-Charta, füge sich dafür aber in die Gegebenheiten eines aktivierenden Sozialstaates ein, der dann fördert, wenn sich der Einzelne fordern lasse (ebenda). Gesundheit werde, insbesondere mit Blick auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen, denen eine Partizipation an Programmen der Gesundheitsförderung zumeist strukturell verwehrt bleibt, zu einer niemals erreichbaren Pflicht und zunehmend als Disziplinarmacht verstanden (vgl. ebenda).

Im folgenden Kapitel soll dieses Soziale in/an der Gesundheit konkretisiert und diskutiert werden. Mit kurzem Blick in die Historie Sozialer Arbeit werden Basiskonzepte und Handlungsbereiche einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit, wie sie hier verstanden wird, aufgezeigt. Ferner wird auf die Akteurs- und Lebensweltorientierung sowie Transdisziplinarität und Kooperation als potenzielle Stärken (gesundheitsbezogener) Sozialer Arbeit eingegangen, um schlussendlich aufzuzeigen, wie sich gesundheitsintentionale Zielsetzungen in der Sozialen Arbeit ableiten lassen. Durch das Hinzuziehen von Ideen des Health-Literacy-Diskurs wird schlussendlich mit Blick auf die als typisch geltenden Entwicklungsaufgaben in der Jugendphase aufgezeigt, wie die gesundheitsbezogene Agency Jugendlicher, vor dem Hintergrund gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit, gefördert werden kann. Im Fazit wird auf Implikationen einer subjektorientierten Forschungspraxis zur Analyse gesundheitsbezogener Agency in der Jugendphase verwiesen.

## **1.2 Das Soziale in/an der Gesundheit<sup>1</sup> im Wandel der Zeit**

Bei den heute verstärkten öffentlichen Diskursen um das *Soziale* in/an der Gesundheit handele es sich um keinerlei innovative Wende, sondern eher ein Wiederaufgreifen vergangener Themenschwerpunkte Sozialer Arbeit: unter Aufgaben *früher* Sozialer Arbeit wurden Gesundheitsfürsorge und Hygieneerziehung noch unter genuine Handlungsfelder sozialer Interventionen subsumiert (vgl. Franzkowiak et al. 2011). Und noch immer ist die Förderung individuellen *biopsychosozialen* Wohlbefindens, im ganzheitlichen Verständnis einer individuell wertgeschätzten Lebensbalance, als Gegenstand ihrer Profession zu verstehen (vgl. Ziegler 2009). Vor dem Hintergrund verstärkter öffentlicher Diskurse sozial bedingter gesundheitlicher Chancenungleichheit und einer damit einhergehenden *neuen Morbidität* sozial Benachteiligter

---

<sup>1</sup> Der Titel „Das Soziale in/an der Gesundheit“ ist zurückzuführen auf die Jahrestagung der Sektion Forschung (DGSA e.V.) in Kooperation mit der DVSG e.V. im Jahr 2012 an der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Paderborn.

(vgl. Homfeldt 2010b), überwindet das Soziale in/an der Gesundheit seit den 80er Jahren wieder zunehmend sein *Schattendasein* (vgl. Homfeldt 2010d, 2013). Gesundheitsfürsorge zählte um 1900 noch zu einem wesentlichen Segment Sozialer Arbeit, das sich in Deutschland jedoch insbesondere im und nach dem zweiten Weltkrieg und der dort praktizierten Gesundheitsfürsorge, die bis hin zur Rassenhygiene führte, immer weiter dem Kerngeschäft Sozialer Arbeit entfernte (vgl. Franzkowiak et al. 2011; Homfeldt 2010b, 2010d, 2013). Noch 1928 verweist Alice Salomon in ihrer „Grundlegung für das Gesamtgebiet der Wohlfahrtspflege“ auf die Zusammenhänge von Gesundheit im Kontext menschlicher Lebensführung, die heute so aktuell wie damals zu sein scheinen:

*„Aber es (die Wohlfahrtspflege) bezieht sich auf alle Seiten des menschlichen Daseins, auf alle menschlichen Bedürfnisse. (...) Sie soll nicht nur die materielle Lebenshaltung, sondern Gesundheit, geistiges und sittliches Leben unsern Kulturideen entsprechend erhöhen und vervollkommen. Sie hat es daher auch mit Erziehungs- und Bildungsaufgaben, gesundheitlicher Fürsorge und Förderung zu tun.“ (Salomon 1928, zit. nach Thole et al. 1998)*

Gesundheit scheint schon damals als wesentlicher Bestandteil menschlichen Daseins verstanden worden zu sein und bezog sich dementsprechend völlig selbstverständlich auch auf die gesellschaftliche Wohlfahrt. Wohlfahrt umfasst die Absicherung individueller Lebensführung und des Erwerbslebens, bezieht sich auf die körperliche und geistige Gesundheit und die Selbstbehauptung gegenüber der Umwelt (vgl. ebenda). Diese *Grundlegung Sozialer Arbeit* scheint sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts geändert zu haben. Das Soziale wird primär im Sozial- und das Körperlich-Psychische im Gesundheitswesen bearbeitet.

Mit Rückblick auf Fragmente der Geschichte von Gesundheit, repliziert sich Dualität von Sozialem und der Gesundheit. Insbesondere in den Arbeiten von Rene Descartes (\*1596) wird diese Differenzierung von Körper und Geist zugrunde gelegt. Descartes Philosophie war durchzogen von der konsequenten Idee zweier Substanzen, dem Geist als ein *unräumliches* und *unkörperliches* (intellektuelles) Denken und dem Körper als *durchsichtige* und *rationale* und damit *wahre* Erscheinungsform (vgl. Störig 2013). Die Arbeit von Descartes zieht eine folgenreiche Trennung nach sich – den Leib-Körper-Dualismus. Der Körperwelt wird Realität unterstellt und der menschliche Leib, in Abgrenzung zum Seelenleben, zu einer Maschine degradiert (vgl. ebenda). Folgenreich, da sich diese Denkweise weit verbreitet und zumindest in westlich-medizinisch orientierten Ländern noch bis heute ihre Nachwirkungen zeigt. Dem Objektivierbaren (Körperlichen) wird Wahrheit zugesprochen und dem Psychosozialen eher ein Randdasein, das in Verbindung mit dem Körperlichen existiert. Krankheit besteht, wenn ein dinglicher Stoff (*etwas*) *fehlt*, wenn das Körperliche unvollkommen, erkrankt oder mangelentwickelt ist und durch Hinzufügen eines anderen dinglichen Stoffes (*Medikament*) oder Veränderung der Organstruktur (*Operation*) wieder hergestellt werden muss (vgl.

Schramme 2012). Ein Einfluss psychosozialer Determinanten auf die Gesundheit, wie sie sich im Lebensstil und der Lebenswelt abbilden, wird vernachlässigt. In der westlichen Medizin findet diese Annahme Bestätigung und entwickelt sich exponentiell, mit zunehmender Spezialisierung sowie expandierenden Möglichkeiten medizinischer Forschung über die menschliche Anatomie. Folglich können Symptome noch differenzierter an mikroskopischen Veränderungen der Organstruktur festgemacht werden und drängen Erklärungsversuche psychosozialer Einflussfaktoren auf die Gesundheit immer mehr an die Seite: Dualität reproduziert sich, sodass das *Körperliche* vornehmlich im somatisch orientierten Gesundheitssektor, das *Soziale* im Sozialwesen behandelt wird (vgl. Hafen 2013). Ersteres orientiert sich stärker an *messbaren* Erkenntnissen und wertet das Objektiv-Körperliche gegenüber Einflüssen der sozialen Lebens- und Umwelt auf (ebenda). Im Sozialwesen hingegen sind Körper und Leib als soziale Realitäten wenig im Blick lebensweltorientierter Sozialer Arbeit (vgl. Homfeldt 2013). Auch nach deutlicher Betonung im 13. KJB findet eine körper- und leibbezogene Kinder- und Jugendhilfepraxis noch immer wenig Anklang (vgl. Homfeldt 2014). Das marktwirtschaftliche Potenzial des Gesundheitswesens nimmt massiv zu durch immer mehr Wissen über immer spezieller werdende Behandlungsmethoden und steigende Möglichkeiten der gen-, neuro- oder mikrobiologischen Forschung (vgl. Hafen 2013). Im Sozialwesen finden diese Erkenntnisse weniger Anklang. Hier werden eher den Dimensionen von Wissen und Denken legitime Zugangsmöglichkeiten für eine Analyse professionell geprägter Wirklichkeit zugerechnet (vgl. Homfeldt 2013).

Initiiert durch die ganzheitliche Definition von Gesundheit der WHO (1948) sowie die Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung (1986) beginnt eine somatische Wende. Psychosoziale Determinanten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Menschen werden wieder stärker hervorgehoben, mit dem Ziel, Menschen zu mehr individueller Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zu befähigen (WHO 1986). Es zeigt sich ein zunehmend verändertes Krankheitspanorama und erweitertes positives und ganzheitliches Gesundheitsverständnis (vgl. Homfeldt 2010d). Das *abgespalten* Körperliche, die Wirkkraft des Laienhelfersystems, der lebensweltlichen Einflüsse sowie der subjektiven Befindensebene gesundheitsbezogener Lebensqualität rücken wieder stärker in den öffentlichen Diskurs und damit in den Wirkkreis Sozialer Arbeit. Soziale Arbeit richtet sich unmittelbar an die Verbesserung von Lebenslagen und Lebensweisen auf der Ebene des Alltags. Sie kann damit als wichtige Profession verstanden werden, wenn es um die Verbesserung und (Wieder-)Herstellung von Gesundheit in der Lebenswelt von Menschen und Gemeinschaften geht (vgl. ebenda). Durch diese zunehmende Stärkung biopsychosozialer Perspektiven von Gesundheit, die mitunter dem Leib-Körperbezug in theoriebildender Hinsicht einen höheren Stellenwert beimessen sowie die vergangenen Gesundheitssurveys als Impulsgeber für die Gestaltung von Handlungspraxis, entwickelte sich eine Spezialisierung Sozialer Arbeit (vgl. Homfeldt 2013), die sich explizit anhand ihrer

*Gesundheitsintentionalität* (vgl. Witteriede 2014<sup>2</sup>) herleiten lässt. Soziale Arbeit mit einer Gesundheitsintention oder *gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (Homfeldt 2010d; 2013), wie sie im Folgenden benannt wird, nimmt den Gegenstand Sozialer Arbeit zum Ausgang, mit dem Ziel, sozial bedingter gesundheitsbezogener Chancenungerechtigkeit entgegenzusteuern und Menschen so zu mehr Selbstbestimmung über ihr biopsychosoziales Wohlbefinden zu befähigen.

Gesundheit findet wieder einen zunehmenden Einzug in den öffentlichen Diskurs des Sozialwesens. Ein stark öffentliches Interesse von Gesundheit in der Kinder- und Jugendhilfe sollte einerseits ein wichtiges und zentrales Anliegen der Profession sein, auf der anderen Seite aber auch immer mit einem kritischen Blick auf die mit der Öffentlichkeit einhergehende, marktwirtschaftliche Aufmerksamkeit werfen. Es stellt sich immer auch die Frage, „ob eine in den politischen Reaktionen artikulierte Sorge auf das Wohlergehen der Kinder und Jugendlichen gerichtet ist oder aber eher eine ökonomische Sorge im Vordergrund steht.“ (Homfeldt 2013, 17) Gesundheit weist, wie einleitend bereits konstatiert, ein nicht unwesentliches marktwirtschaftliches Potenzial auf und ist sie beeinträchtigt, eine nicht zu unterschätzende Gefahr für marktwirtschaftliche Systeme. Es bleibt also fraglich, mit welchem Ziel Gesundheit gefördert wird. Richtet sich das Interesse an die Befähigung von Menschen, ihre Gesundheitspotenziale zu entfalten, um sich gesund zu entwickeln oder dahingehend, die Marktwirtschaft anzukurbeln bzw. Gesellschaften vor kostenintensiven Gesundheitsleistungen zu schützen. Eine politische Intention, möglichst geringer Ausgaben für gesundheitliche und soziale Leistungen schließt den Gedanken gesundheitsbezogener Befähigungsgerechtigkeit nicht pauschal aus. Leider kann aber ebenso wenig davon ausgegangen werden, dass dieser Gedanke gesundheitsbezogene Befähigungsgerechtigkeit pauschal impliziert. Als Aufgabe von gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit sollte dieser Aspekt daher ausdrücklich aufgegriffen und vor ihren Professionellen anwaltschaftlich, für die Rechte von insbesondere benachteiligten Menschen in der Gemeinschaft, in der Öffentlichkeit aufgegriffen und vertreten werden.

### **1.3 Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit**

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit betont die soziale Funktion von Gesundheit und Krankheit in ganz spezifischer Weise. Sie versteht sich als Vermittlerin zwischen kranken, gesundheitlich benachteiligten, gefährdeten oder marginalisierten Personen, Gemeinschaften und

---

<sup>2</sup> Witteriede vertritt im Diskurs von Sozialer Arbeit und Gesundheit die Großschreibung der Begrifflichkeit „Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (GSA)“ und verweist damit m.E. nach auf die Etablierung einer eigenen Fachsozialarbeit. Fraglich bleibt, ob die gewählte Akzentuierung, neben einer Profilierung, dazu beiträgt, Schwierigkeiten, die im aktuellen Diskurs eigentlich überwunden werden sollen, wieder zu reproduzieren. Hierunter sind bspw. integrative (Teil-)Leistungen (vgl. Lenz 2014), der Abbau von Kooperationshemmnissen (vgl. Gahleitner/Homfeldt 2013; Homfeldt 2010b, 2010d, 2012; van Santen/Seckinger 2003) und die Fokussierung auf Akteure in ihrer Lebenswelt als handlungsfähige Subjekte zu verstehen. Diese Perspektive fußt eher auf einer gemeinsamen lebenslagen-, lebenswelt- und ressourcenorientierten Arbeitslogik, die sich an dem emanzipatorischen Ziel von Befähigung, Selbstbestimmung und Autonomie Sozialer Arbeit orientiert. In der vorliegenden Arbeit wird die Betrachtung *gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit* daher in, zwar spezialisierter – gesundheitsintentionaler – Form Sozialer Arbeit, aber nicht als differente Fachsozialarbeit favorisiert. Gesundheit wird als ein wesentlicher und wichtiger Teil im Leben von Menschen betrachtet, der nicht von Sozialer Arbeit zu differenzieren erachtet wird, sondern sich auch in in ihren originären Konzepten wiederfindet.

Gesellschaften, mit dem Ziel, zu mehr Teilhabe zu befähigen (vgl. Homfeldt 2010d). Ihre wesentlichen Aufgabenfelder erstrecken sich weit über das Gesundheitswesen hinaus in den Stadtteil, die Schule, den Betrieb und die Familie (vgl. ebenda). Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit stellt a.) ihre Spezifika vor dem Hintergrund eines *allgemeinen* Gegenstands Sozialer Arbeit heraus und b.) selbst einen Rahmen für ein eigenes Handlungs- und Forschungsfeld (vgl. ebenda). Dieser Rahmen werde vor dem Hintergrund der stetig steigenden Zahlen von Professionellen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen und denjenigen, die in einem Arbeitsfeld mit explizit ausgewiesenem Gesundheitsbezug tätig sind, zunehmend wichtiger. Mittlerweile sind rund 25% aller Professionellen in der Sozialen Arbeit in Feldern des Gesundheitswesens mit diversen Aufgabenprofilen, von der Gesundheitshilfe, Gesundheitsförderung und -prävention, Gesundheitsversorgung bis hin zur Gesundheitsberichterstattung, beschäftigt (vgl. Homfeldt 2010d). Sie sind beratend, betreuend, therapeutisch-intervenierend, psychosozial-diagnostisch, in gesundheitsfördernden Aktivitäten in Settings, in der gesundheitspolitischen und sozialräumlichen Arbeit und vielen weiteren Aufgabenprofilen tätig (vgl. ebenda; Gahleitner et al. 2012; Gahleitner/Homfeldt 2013).

### **1.3.1 Rahmen**

(a) In dieser Arbeit wird Soziale Arbeit in Anlehnung an Thole als „sozialpädagogisches Projekt“ (Thole 2010, 19) verstanden, indem sich Ansätze aus verschiedenen Theorien, Denktraditionen und Grundannahmen zusammenfinden. Die folgende Theorieskizze stellt einen Präferenzrahmen dar, mit dem Anliegen, hiesigen Ausführungen ein Fundament zu bieten und weiteren Überlegungen zu einer gesundheitsbezogenen Kinder- und Jugendhilfepraxis als Ausgang zu dienen. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, ebenso wenig wie den Anspruch einer umfassenden Gegenstandsbestimmung. Diese finden sich in einschlägigen Handbüchern, wie beispielsweise dem bereits oben benannten „Grundriss Sozialer Arbeit“ von Werner Thole. Von dem dort deklarierten Projektcharakter ausgehend, erscheint ein Verständnis Sozialer Arbeit als *reflexive Sozialpädagogik*, wie es Dewe und Otto darlegen, anschlussfähig (vgl. ebenda 2010). Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit dient der Aufklärung über soziale Probleme und Entwicklungen sowie deren reflexiver Betrachtung in der Lebenswirklichkeit ihrer AdressatInnen. Sie ist demzufolge auf ein diskursives Wissen angewiesen, „das nicht nur wissenschaftlich, sondern immer auch sozialkulturell und lebenspraktisch rückzubinden ist an die situativen Bedingungen der sozialen Handlungsvollzüge und Handlungsprobleme“ von AdressatInnen (Dewe/Otto 2010, 197). Konflikte, Mängellagen und soziale Probleme, die sich insbesondere in sozial bedingter Chancenungerechtigkeit äußern, stehen in diskursiver Wechselwirkung mit individuellen, gesellschaftlichen, strukturellen, politischen und darüber hinaus globalen sozialen Entwicklungen und Herausforderungen einzelner Menschen sowie ganzer Gesellschaften. Sie können demzufolge auch nur vor diesem Hintergrund wissenschaftlich bestimmt, analysiert, bearbeitet und evaluiert werden. Eine

wesentliche Herausforderung für die Soziale Arbeit versteht sich demnach im Verstehen situativer Gegebenheiten der Lebens- und Handlungspraxis sozialer Akteure, in ihrer real erlebten Lebens- und Alltagswelt, also dem, wie AdressatInnen Sozialer Arbeit sich selbst über ihre Lebenswelt äußern. „Diese Äußerungen verweisen auf ihr Verständnis von ihrem Leben, auf ihre Selbstdeutung, auf ihre Lebensgeschichte, wie sie sich im Durchgang durch unterschiedliche Erfahrungen aufgeschichtet hat.“ (Thiersch 2013, 24) Sie entwickeln sich vor dem Hintergrund von Erfahrungen in verschiedenen Lebensfeldern und bilden sich in Lebens-themen, der individuellen „Hierarchie von Dringlichkeiten und Bedeutsamkeiten und jene Wahrnehmungs- und Handlungsstrategien, die die Bewältigung der sich stellenden Aufgaben bestimmen und die Erwartungsmuster in Bezug auf Selbstachtung und Selbstzweifel, auf Erfolg oder Misserfolg, auf Können und Nichtkönnen bestimmen.“ (ebenda) Diese Form lebens-weltlich orientierter Sozialer Arbeit bedient sich empirischer Forschung als Mediator zwischen professioneller Disziplin und Praxis und den Daseinswelten ihrer AdressatInnen. In Form fortwährender, reflexiver und kritischer Analyse sozialer Entwicklungen und Herausforderungen von Lebensthemen einzelner Menschen versucht sie, wissenschaftliche Theoriebildung und professionelle Praxis rekursiv und unentwegt voranzutreiben (vgl. Sommerfeld 2011). Theorien vermögen es, die situative Modellierung eines Ausschnitts sozialer Wirklichkeit zu beschreiben. Sie beruhen auf etablierten Wissensbeständen, die jedoch immer wieder an der realen Lebenswirklichkeit von AdressatInnen Sozialer Arbeit zu überprüfen sind. Soziale Arbeit müsse sich an den lebensweltlichen Erfahrungen orientieren, sie zugleich respektieren und kritisieren, und von diesen Orientierungen ausgehend professionelle Handlungsmuster bestimmen (vgl. Thiersch 2013). Dies gelingt ihr mit empirischen Beobachtungsverfahren, -instrumenten, Datenerhebungsmethoden und analytischen Verfahren, mit denen sie Zusammenhänge herstellt, um die soziale Welt immer wieder neu zu erschließen (vgl. Sommerfeld 2011). So gewonnenes empirisches Wissen über die besonderen biografischen Ausprägungen alltagsweltlicher Lebensbedingungen von AdressatInnen Sozialer Arbeit kann dazu beitragen, Menschen in ihren je individuell differierenden Lebensprojekten sozialstrukturell, milieuspezifisch und individuell zu verstehen und darauf rekursiv Bezug zu nehmen (vgl. Dewe/Otto 2010). Soziale Arbeit richtet sich nicht alleine auf eine faire Absicherung und Verteilung von Ressourcen und Möglichkeiten, sondern darüber hinaus auf die real und situativ er- und gelebten Motive, Orientierungen und Handlungsfähigkeiten ihrer AdressatInnen (vgl. Ziegler 2009). Sie bearbeitet Krisen, Konflikte und Mängellagen, die als Probleme sozialer Lebensführung individuell und kollektiv wirksam werden und Menschen in ihrem individuellen Wohlbefinden einschränken (vgl. ebenda). Soziale Arbeit wirkt auf die Lebensführung von Individuen, Familien und sozialen Gruppen in einer Weise ein, die ihre AdressatInnen dazu befähigt, sich künftig eigenverantwortlich an den Bedingungen moderner Gesellschaften auszurichten (vgl. Scherr 2013). Sie versteht sich als “practice-based profession and (...) academic discipline”, die nach “principles of social justice, human rights, collective

responsibility and respect for diversities“ für die Förderung sozialer Veränderungen und Entwicklungen, für den sozialen Zusammenhalt und die Ermächtigung und Befreiung von Menschen, verantwortlich ist (IFSW 2014). Sozialer Arbeit geht es darum, in Praxis und Disziplin die Interessen und Bedürfnisse von Menschen *anwaltschaftlich* zu vertreten und als subsidiäre Sozialisationsleistung in der Gesellschaft als Probleme sozialer Lebensführung zu bekräftigen (vgl. Dewe/Otto 2010). Ihr geht es darum, Menschen zu mehr individuellem Wohlbefinden in ihrer Lebenssituation und Lebenslage zu verhelfen (vgl. Ziegler 2009). Nach Maßgabe sozialer Gerechtigkeit und der Berücksichtigung von Menschenrechten versteht sich Soziale Arbeit als kollektiv wirksam werdende Profession der Verwirklichung von staatlicher Verantwortungsübernahme, unter besonderer Beachtung von Diversität. Eine angemessene *unit of moral concern* sei für die Soziale Arbeit, so Ziegler, nicht nur die Gesellschaft, sondern die je einzelne Person mit ihrer Maßgabe individuellen Wohlbefindens (ebenda 2009, 133). Interventionen der Sozialen Arbeit sollten sich an den Bedürfnissen und Bedarfen, den je spezifisch ausfallenden Maßstäben individuellen Wohlbefindens, ihrer AdressatInnen orientieren, die sich unmittelbar vor individuell gesetzten Maßstäben, Präferenzen und Erwartungen in der realen Lebenspraxis sozialer Akteure herausbilden. Sie werden durch die Bedingungen, in denen Menschen aufwachsen und ihrem individuell erlebten Erfahrungshorizont, mit allen darin wahrgenommenen sozialen Vor- und Nachteilen – Möglichkeiten und Grenzen, die ihnen in ihrer Lebenswelt zur Verfügung stehen – begrenzt (vgl. Otto et al. 2013; Thiersch 2013). Das bedeutet aber auch, individuelles Wohlbefinden einzelner Menschen passt sich mehr oder weniger ihrem erlebten und wahrgenommenen Erfahrungshorizont an: unter seines Gleichen wird individuelles Wohlbefinden zu einer Kategorie adaptiver Präferenz (vgl. Ziegler 2009) oder wie Thiersch formuliert: „Arbeit an der Biographie ist Anstrengung um Kohärenz im Offenen und Widersprüchlichen.“ (Thiersch 2013, 25) AdressatInnen Sozialer Arbeit sind immer auch darum bemüht, ihre Lebenswege und -entwürfe gegenüber sich selbst sowie ihrer sozialen Umwelt zu plausibilisieren. Sie adaptieren gemeinschaftlich gelebte Praktiken und versuchen in dieser Passung „Lebenskohärenz“ zu finden und Widersprüche zu plausibilisieren. Soziale Arbeit könnte in ihrem Fundament von Menschenrechten, sozialer Gerechtigkeit und kollektiver Verantwortungsübernahme (vgl. IFSW 2014), kräftig ins Wanken geraten, würde sie diese Aspirationen, Wünsche und Hoffnungen unreflektiert zum Gegenstand nehmen. Demgegenüber kann jedoch, als relativ junges Konzept, der Capabilities Approach (CA), in seiner Auslegung nach Martha Nussbaum, gesetzt werden. Der CA fragt einerseits nach Handlungsbefähigungen und Verwirklichungschancen sozialer Akteure, die es ihnen ermöglichen, ihr je spezifisches und individuelles Lebensprojekt nach ihren Maßstäben zu gestalten (vgl. Otto et al. 2013; Ziegler 2009). Er analysiert aber darüber hinaus nicht nur gesellschaftliche Determinanten sozialer Ungleichheit und strukturell gegebene Bedingungen der Ermöglichung von Teilhabe, sondern wie sich in Gesellschaften die politisch vorgehaltenen Ideale und Programme realisieren bzw. nicht realisieren lassen (vgl. Thole 2010; Ziegler 2009).

Der CA nach Nussbaum orientiert sich an Grundfreiheiten, die einem jeden Menschen zugänglich sein sollten und bietet damit einen objektiven Rahmen, subjektive Bestimmungen guten Lebens zu erfassen (vgl. Nussbaum 2012). „And that is my idea: the goals are plural and incommensurable, but they are also part of a set that needs to be realized as a whole.“, so Nussbaum selbst auf der HDCA-Konferenz 2015 in Washington D.C. (Nussbaum 2015). Motive und Deutungen subjektiv guten Lebens mögen differieren, aus gerechtigkeits-theoretischer Perspektive sollten die Wege aber nicht ungleich verteilt sein, sich die wesentlichen Grundfreiheiten in der Gesellschaft zugänglich zu machen. Mit dieser normativen Setzung eines objektiven Analyserahmens guten Lebens, erweitert Nussbaum den CA zu einem anschlussfähigen Analyserahmen für die Soziale Arbeit, der subjektives Wohlbefinden vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Zugänge zu Verwirklichungschancen fokussiert. Diese gerechtigkeits-theoretische Perspektive auf die Capabilities erweitert den Blick von kulturellen und sozialen Praxen sozialer Akteure auf die Machtkonstellationen von Institutionen (vgl. Otto et al. 2013). In seiner Ausrichtung orientiert sich der CA an der Stärkung sozialer Gerechtigkeit durch eine Analyse dessen, was Institutionen dazu beisteuern können, *Capabilities* zu fördern und individuelle Freiheiten zu stärken (vgl. ebenda). „(...) Diese Perspektive verlangt, den materiell und institutionell strukturierten Raum gesellschaftlicher Möglichkeiten zu einem akteursbezogenen Raum individueller Bedürfnisse und Handlungsbefähigungen mit Blick auf die Ermöglichung einer selbstbestimmten Lebenspraxis in Beziehung zu setzen.“ (Ziegler 2009, 138). Sie erfordere eine Ausweitung der „Reichweite des sozialpädagogischen Spektrums effektiv realisierbarer und hinreichend voneinander unterscheidbarer Möglichkeiten und Handlungsbemächtigungen, über die AkteurInnen verfügen, um das Leben führen zu können, welches sie mit guten Gründen erstreben“ (ebenda, 139) – dem hier so verstandenen Gegenstand Sozialer Arbeit.

**(b)** Einem in dieser Form skizzierten „sozialpädagogischen Projekt“ der Befähigung folgend, wird in der vorliegenden Arbeit ebenfalls die *gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (vgl. Homfeldt 2010b, 2010d) verstanden – jedoch mit der besonderen Hinzugabe einer Dimension der expliziten *Gesundheitsintentionalität* (vgl. Witteriede 2014). Sie orientiert sich an lebensweltlich wirksam werdender und sozial bedingter, gesundheitlicher Chancengerechtigkeit. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit hat sich in den vergangenen Jahren akzentuiert, um insbesondere seit Einführung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986) die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Menschen positiv zu beeinflussen. Mit Einführung der Ottawa-Charta vollzog sich ein Paradigmenwechsel, der dem *Sozialen* und *Lebensweltlichen* an der Gesundheit einen bedeutsamen Einfluss auf die Gesundheit beimisst. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird in, durch und mit sozialen Determinanten (vgl. Mielck 2005) beeinflusst. Sozial benachteiligte Menschen haben eine schlechtere Chance sich in der Gesellschaft gesund zu entwickeln, an gesundheitsfördernden Leistungen des öffentlichen Gesundheitssektors teilzuhaben und erleiden mehr sowie anders (teils stärker) ausgeprägte

Erkrankungen. Ihre Lebenswelt und Lebensweise erweist sich als weniger gesundheitsförderlich und sie werden immer wieder im Zusammenhang mit mangelhaft ausgeprägten eigenen Gesundheitspotenzialen thematisiert. Der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit geht es daher um gesundheitsbezogene Probleme, die in der sozialen Lebenswelt ihrer AdressatInnen wirksam werden – sich unmittelbar vor dem Hintergrund sozial bedingter gesundheitsbezogener Chancenungerechtigkeit herausbilden. Ihre zentrale Funktion liegt in der „(...) Bekämpfung einer sich zunehmend mit der Verschärfung sozialer Ungleichheit gleichermaßen zuspitzenden gesundheitlichen Ungleichheit.“ (Homfeldt 2013, 31) Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit orientiert sich an dem biopsychosozialen Paradigma der WHO (1948) und fragt danach, wie institutionelle und gesellschaftliche Strukturen die individuellen Möglichkeiten von gesundheitsbezogener Chancengerechtigkeit sozialer Akteure begrenzen oder befähigen. Sie kann als disziplinäre Spezialisierung verstanden werden, um AdressatInnen, die von gesundheitsbezogener Chancenungerechtigkeit bedroht oder betroffen sind, darin zu befähigen, ein Leben zu gestalten, das sie nach ihren je individuellen und diversen Maßstäben wertschätzen – ein Leben, das ihre Diversität anerkennt und ihnen zu mehr gesundheitsbezogener Handlungsfreiheit verhilft. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit richtet ihren Blick dabei wesentlich auf Fragen sozialer Entwicklungen, um Momente gesundheitsbezogener Chancenungerechtigkeit zu analysieren, zu kritisieren und in den öffentlichen Diskurs zu tragen. Sie nimmt sozial benachteiligte Randgruppen in den Blick und analysiert ihre subjektiv erlebten Daseins- und Lebensweisen mit dem Ziel, Lebenswelten zu schaffen, die sie ermächtigen, Gesundheitspotenziale zu entfalten – ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen, um sich gesund zu entwickeln, erwachsen und älter zu werden. Sie orientiert sich an der Stärkung von individueller Gesundheitskompetenz einzelner Menschen ebenso wie dem institutionellen Zugang zu Ressourcen, um Gesundheitskompetenzen herauszubilden und zu stärken. Sie fragt nach strukturellen Barrieren und analysiert diese mit Blick auf die *real* von ihren AdressatInnen wahrgenommenen Handlungsfreiheiten. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit hebt Akteure in einen Subjektstatus, der ihnen ihre je individuelle (Eigen-)Willigkeit zur Einflussnahme auf das eigene Leben und die eigene Gesundheit anerkennt und ihren Gegenstand am subjektiven Bedarf von Individuen orientiert. Sie ist damit weder als überschneidungsfrei noch als selbstbestimmte Spezialisierung *neben* der Sozialen Arbeit als (nennen wir es) Basisprojekt zu erachten. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit kann in vielerlei Hinsicht als verwoben mit originären Aufgaben Sozialer Arbeit gesehen werden. Ihre Gesundheitsintentionalität tritt häufig auch erst im zweiten Blick in Augenschein. Sie bezieht sich auf den gleichen Gegenstand der Befähigung und mehr oder weniger die gleichen AdressatInnen, fokussiert aber, und das ist ihre besondere Spezifikation, sozial bedingte *gesundheitsbezogene* Chancenungerechtigkeit als zentrales soziales Problem menschlicher Lebensführung. Ihr liegt eine spezielle *Gesundheits-intentionalität* inne (vgl. Witteriede 2014).

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit spezifiziert sich demnach in dem Ziel, Menschen zu mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu befähigen, indem sie individuelle Gesundheitskompetenz stärkt, Teilhabe an öffentlichen Gesundheitsleistungen ermöglicht, Lebenswelten gesundheitsförderlicher gestaltet, bei Fragen der Krankheitsbewältigung beisteht und sich für die Förderung gesundheitsbezogener Chancengerechtigkeit stark macht. Sie rückt die biopsychosoziale Dimension menschlichen Wohlbefindens in den Fokus und konzentriert sich in ihren Handlungsfeldern auf Gesundheitsförderung, Prävention vor (weiteren) gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie Behandlung biopsychosozialer Problemlagen, mit dem Ziel individueller und kollektiver *gesundheitsbezogener Befähigungsgerechtigkeit* (vgl. Rademaker 2014). Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit betont die soziale Funktion von Gesundheit und Krankheit und wird so zur Vermittlerin zwischen der (kranken) Person, Gemeinschaften und Gesellschaften (vgl. Homfeldt 2010d). Sie kommt dabei nicht umhin, sich bezugswissenschaftlichen Diskursen zu bedienen, sich in sie einzumischen und zwischen ihnen zu vermitteln, um mit Bezugswissenschaften gemeinsam zu agieren und darüber hinaus zu evaluieren. Wohl aber immer im Blick ihre besondere Stärke der Lebenswelt- und AdressatInnen-Orientierung, die sie gegenüber der Medizin und Psychologie akzentuiert. Zu ihren Aufgaben zählen wesentliche Aspekte, die sich innerhalb dieses Spannungsverhältnisses zwischen dem Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesen sowie der Behindertenhilfe ergeben. Ein wichtiges Merkmal gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit ergibt sich daher in ihrer Kooperationsfähigkeit: sie erklärt sich anhand eines Umdenkens zu einem komplexen, lebensweltbezogenen Verständnis von Gesundheit, einhergehend mit immer komplexer werdenden Zusammenhängen menschlicher Gesundheitsprobleme, die ein Zusammenarbeiten verschiedener Dienste zwingend einfordern (vgl. ebenda).

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit wird hier, wie bereits betont, nicht als eigene Fachsozialarbeit verstanden, sondern als eine Spezialisierung von Sozialer Arbeit, die sich in ihrer Gesundheitsintentionalität (vgl. Witteriede 2014) auszeichnet. Diese Akzentuierung bedarf einer Bestimmung, die ihre Einordnung konkretisiert und damit zu ihrem disziplinären Selbstverständnis beiträgt. Die bereits vorgenommenen Systematisierungsversuche orientieren sich an spezifischen Handlungsbereichen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit (vgl. Homfeldt 2010a, 2010d; Gahleitner/Homfeldt 2013), Basiskonzepten (vgl. Homfeldt 2010b, 2010d, Witteriede 2014) sowie Facetten von und Herausforderungen für ihre Forschungspraxis (vgl. Homfeldt 2010a, 2013; Gahleitner/Homfeldt 2013; Gahleitner/Rademacher/Hahn 2015).

### **1.3.2 Handlungsbereiche**

Für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit lassen sich mittlerweile fünf Handlungsbereiche, mit je spezifischen Konzepten, Methoden und Verfahren ableiten (vgl. Homfeldt 2010a, 2010d; Gahleitner/Homfeldt 2013). Diese Handlungsbereiche differenzieren sich in (1.) eine Gesundheitsarbeit im Sozialwesen, (2.) eine settingbezogene Gesundheitsförderung mit der

Sozialen Arbeit, (3.) Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, (4.) die Klinische Sozialarbeit und (5.) die Gesundheitsselbsthilfe. Die ersten beiden beziehen sich stärker auf das Sozialwesen und eine dem Sozialwesen inne liegende Systemlogik, wohingegen Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und Klinische Sozialarbeit stärker an der Handlungslogik des Gesundheitswesens ausgerichtet sind. Die Gesundheitsselbsthilfe versteht sich als ein niedrigschwelliges, aber durchaus weitgreifendes Laiensystem der Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung. Die fünf Handlungsbereiche sind nicht zwingend in Unabhängigkeit voneinander zu betrachten, sondern greifen in vielerlei Hinsicht ineinander über.

**Gesundheitsarbeit im Sozialwesen** – Die Gesundheitsarbeit im Sozialwesen lenkt ihren Blick primär auf die Basiskonzepte der Förderung und Prävention und zeichnet sich durch eine verstärkte adressatInnen- und lebensweltorientierte Handlungspraxis aus (vgl. Homfeldt 2010b). Ressourcenstärkung und -aktivierung werden in diesem Handlungsbereich fokussiert und bei der Zusammenarbeit mit beteiligten Institutionen des Gesundheitswesens anwaltschaftlich durch die Soziale Arbeit vertreten (vgl. Gahleitner/Homfeldt 2013). Speziell in der Arbeit mit AdressatInnen *mit besonderem Versorgungsbedarf*, wie vielfach belasteten und gesellschaftlich stark benachteiligten Kindern und Jugendlichen, bedarf es einer interprofessionell und institutionsübergreifend ausgerichteten Problembearbeitung sowie eine systematische Vernetzung des Sozial- und Gesundheitswesens (vgl. ebenda). Am Beispiel des SGB VIII und V zeigt sich exemplarisch, dass gemeinsame AdressatInnen beider Systeme zu einer großen Herausforderung für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Netzwerkbildung werden können. Um Hilfen besser an den Bedürfnissen und dem Bedarf von AdressatInnen ausrichten zu können, sind die Gesetze um komplexe Leistungen zu ergänzen (vgl. Lenz 2014). Eine erfolgreiche Kooperation wird zur entscheidenden Grundlage für eine multi-professionelle Hilfeplanung und ist angewiesen auf den Abbau interinstitutioneller, finanzieller und gesetzlicher Barrieren.

**Settingbezogene Gesundheitsförderung mit Sozialer Arbeit** – Gesundheitsförderung ist laut WHO als Mehrebenenaufgabe zu verstehen. Sie bezieht sich auf die Schaffung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, gesundheitsförderlicher Lebenswelten und Gemeinschaftsaktivitäten, einer Neuorientierung beteiligter Institutionen und der Förderung individueller Kompetenzen (vgl. WHO 1986). Insbesondere der Neuorientierung beteiligter Institutionen wird eine entscheidende Rolle zugerechnet: die Förderung eines strukturell organisierten Zusammenwirkens des Bildungs-, Sozial-, Gesundheits- und Gemeinwesens und der Gesamtpolitik (vgl. Gahleitner/Homfeldt 2013). Die sektorenübergreifende Kooperation dieser personenbezogenen Dienste erweist sich jedoch in der Praxis als durchaus schwierig. Daher erweist sich eine Bündelung von Bemühungen, um Gesundheitsförderung durch Netzwerkbildung und -

förderung mit allen beteiligten Akteuren gemeinschaftlich zu etablieren, als besonders erstrebenswert (bspw. in Projekten gesundheitsfördernder Schulen oder Städte).

**Soziale Arbeit im Gesundheitswesen** – Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen arbeitet ergänzend der grundsätzlich ressourcenorientierten Handlungspraxis Sozialer Arbeit, pathogen krankheitsorientiert mit stärkerer Ausrichtung auf Prävention, Krankheitsvermeidung und -behandlung, (vgl. Gahleitner/Homfeldt 2013). Ihre Aufgaben bestehen in der Vermeidung oder Abmilderung von Risiken einer sozialen, finanziellen oder beruflichen Benachteiligung von PatientInnen und umschließt Tätigkeiten Sozialer Arbeit im Krankenhaus, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, der Frühförderung und Sozialpädiatrie, der Rehabilitation, Suchtprävention, Hospizarbeit und der allgemeinen integrativen Versorgung. Inzwischen ist sie damit, neben der Kinder- und Jugendhilfe, zum zweitgrößten Arbeitgeber für SozialarbeiterInnen expandiert (vgl. Homfeldt 2010b; Gahleitner/Homfeldt 2013). Im Mittelpunkt ihrer Aufgaben stehen exemplarisch die Begleitung von PatientInnen, ihre Beratung und Unterstützung bei der Bewältigung des Lebensalltags mit gesundheitlichen Einschränkungen, Gespräche mit Angehörigen sowie die Sensibilisierung beteiligter Akteure des Sozial- und Gesundheitswesens für die Bedürfnisse ihres gemeinsamen Klientel. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen kann in besonderer Weise dazu beitragen, dass PatientInnen und soziale Lebenswelt nicht separiert voneinander betrachtet werden, sondern in ihrer individuellen (Problem-) und Lebenslage besser wahr und ernst genommen werden. Sie vermittelt zwischen beteiligten Akteuren mit Blick auf ihre individuellen Ressourcen und Möglichkeiten sowie gesundheitlichen Einschränkungen und einer damit einhergehenden sozialen Exklusion, um Menschen zu einem guten Leben, trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung, zu verhelfen (vgl. Homfeldt 2010b; Gahleitner/Homfeldt 2013). Ihr Blick richtet sich dabei vorzugsweise auf PatientInnen mit dem Anliegen, ihre Gesundheit wieder herzustellen bzw. ihren Maßgaben entsprechend aufrecht zu erhalten (vgl. Gahleitner/Homfeldt 2013).

**Klinische Sozialarbeit** – Klinische Sozialarbeit ist eine beratende, (psycho)sozialtherapierende, vermittelnde, unterstützende, Ressourcen erschließende (Teil-)Disziplin Sozialer Arbeit (vgl. Pauls 2015), die durch Setzung konstitutiver Veränderungsimpulse für Einzelne im Kontext ihrer Umwelt- und Lebensbedingungen, in der Arbeit mit *schwer erreichbarem Klientel* in Multiproblemsituationen, arbeitet (Gahleitner/Homfeldt 2013, 504-506). Ihre Aufgabe gründet sich in der Vorbeugung und Entgegenwirkung sozialer Dysfunktionen sowie der Aufdeckung individueller Ressourcen, um gesundheitlichen Einschränkungen und Belastungen zu begegnen. Sie verfolgt dabei einen doppelten Fokus, der sich einerseits an einer klinisch-individuellen und andererseits einer kompensatorischen Perspektive, zum Abbau defizitärer

sozialstruktureller Faktoren im Alltag von AdressatInnen, ausgerichtet. Die Klinische Sozialarbeit verfolgt ein *Person-in-der-Umwelt-Konzept* durch Verbindung psychosozialer Beratung, Ressourcenerschließung, sozialwissenschaftlichen Engagements, konkreter Entscheidungshilfe, Hilfe bei Ämtern und der Angehörigenarbeit (vgl. Homfeldt 2010d; Pauls 2015). Klinische SozialarbeiterInnen benötigen daher eine spezifische Systemkompetenz sowie die Fähigkeit zur Fertigung lebenslagenbezogener Fallanalysen (vgl. ebenda). Auf Basis interdisziplinärer Wissensbestände entwickelt die Klinische Sozialarbeit, durch Analyse ihrer Beratungs- und Interventionsformen, eine eigene Form klinischen Denkens und Handelns mit dem Ziel, Störungen zu diagnostizieren, Ressourcen zu fördern und methodensicher zu bearbeiten (vgl. Gahleitner/Homfeldt 2013; Pauls 2015).

**Gesundheitsselbsthilfe** – Bis zu drei viertel aller persönlichen Befindlichkeitsstörungen, Krankheitsepisoden und psychosozialen Problemen werden vom Laiengesundheitssystem in der sozialen Lebenswelt von Menschen bearbeitet, statt durch medizinische ExpertInnen des Gesundheitswesens (vgl. Gahleitner/Homfeldt 2013). Gesundheitsselbsthilfe schließt damit direkt an das Konzept der Subsidiarität an. Bei gesundheitlichen Belastungen wird zunächst auf die Unterstützungsformen zurückgegriffen, die alltagspraktisch ausgerichtet handeln und lebensweltlich leicht zugänglich sind. Unterstützung wird im ersten Schritt im unmittelbaren Lebensumfeld, bei Freunden, der Familie oder anderen leicht zugänglichen Institutionen gesucht. Das ‚Laiengesundheitssystem‘, so Faltermaier, wirke versteckt im Alltag und wurde wissenschaftlich gegenüber dem professionellen System lange Zeit übersehen; es erbringe aber umfangreiche und nicht ersetzbare Leistungen zur Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung (ebenda 2010b). HelferInnen aus dem Laiengesundheitssystem unterstützen bei der

1. Situationsdefinition, Lagekodierung und Orientierung,
2. nachträglichen Erklärung eingetretener gesundheitlicher Be- oder Entlastungen,
3. Vorhersage künftiger gesundheitlicher Be- oder Entlastungen,
4. Entwicklung von Handlungsempfehlungen sowie der Handlungssteuerung und -leitung ebenso wie
5. Stabilisierung und Optimierung des Selbstwerts (vgl. ebenda).

Das Laiengesundheitssystem arbeitet auf der Ebene des präventiven Gesundheitsverhaltens in individuellen, informell-sozialen und formell-politischen Aktivitäten zur Verhinderung von Erkrankungen, unterstützt individuell und sozial mit einem breiten Spektrum von Aktivitäten zur Bewältigung von Beschwerden und nimmt Einfluss auf politisches Verwaltungshandeln, indem es auf krank machende Verhältnisse aufmerksam macht (vgl. Faltermaier 2010b). Häufig findet erst, wenn das Laien-

gesundheitssystem nicht mehr über entsprechende Hilfearrangements innerhalb der Lebenswelt verfügt, eine Bezugnahme auf Leistungen des professionellen Gesundheitssystems statt (vgl. Trojan/Kofahl 2010). Insbesondere Ansatzpunkte einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit, zur Stärkung individueller Möglichkeiten der Einflussnahme auf die eigene Gesundheit, Unterstützungen durch soziale Netzwerke sowie Wissen um Gesundheit, sind daher ein entscheidender Beitrag zur Förderung der Gesundheitsselbsthilfe von Menschen (vgl. Gahleitner/Homfeldt 2013).

Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit orientiert sich in diesen fünf Handlungsbereichen an einem biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit. Sie integriert medizinische, gesundheitswissenschaftliche und sozialwissenschaftliche Modelle und verbindet diese mit dem Ziel, Gesundheitspotenziale zu stärken und gesundheitsbezogene Befähigungsgerechtigkeit zu fördern. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit verbindet (vgl. Gahleitner/Homfeldt 2013):

1. ein biomedizinisches Krankheitsmodell, das von Krankheit vorwiegend als Funktionsstörung ausgeht, die erfasst und behoben werden muss,
2. ein Risikofaktorenmodell, das sich an Faktoren ausrichtet, die Krankheiten begünstigen,
3. biopsychosoziale Entwicklungszusammenhänge, die den Einfluss sozioökonomischer Indikatoren einbeziehen,
4. ein Lebensweisenmodell, das Gesundheit als Ausdruck struktureller Lebensbedingungen wie Arbeit oder Arbeitslosigkeit begutachtet und
5. als wohl bedeutsamstes, das salutogenetische Modell, das sich ressourcenorientiert an der Frage ausrichtet, was Menschen hilft gesund zu bleiben bzw. ihre Gesundheit immer wieder gelingend herstellen zu können.

In ihrer multidimensionalen biopsychosozialen Diagnostik orientiert sie sich an der Lebenswelt von Menschen, ihrem Subjektstatus sowie ihrer Eingebundenheit in soziale Netzwerke und situativen Bedingungen (vgl. Gahleitner/Homfeldt 2013). Sie trägt grundlegende Aspekte von Biografie und Lebenswelt zusammen und betrachtet diese im Zusammenwirken mit Krankheitserscheinungen. Den sozial- und lebensweltbezogenen Dimensionen menschlicher Gesundheit räumt sie dabei einen besonderen Einfluss ein und fragt danach, was Menschen hilft, Einfluss auf ihre Gesundheit ausüben zu können bzw. welche Ressourcen ihnen zur Verfügung stehen, um sich als handlungsmächtig zur Einflussnahme auf ihre Gesundheit zu erleben. Je nach Handlungsfeld differiert die Bezugnahme der Gesundheitsmodelle leicht voneinander. Stärker an dem Gesundheitswesen orientierte Handlungsbereiche gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit integrieren sicherlich auch in stärkerem Maße gesundheitswissenschaftliche Gesundheitsmodelle, wohingegen stärker am Sozialwesen orientierte Handlungsfelder eher Gesundheitskonzepte berücksichtigen, die sich weniger am Gesundheitssektor ausrichten. Die verschiedenen Arbeitslogiken in den Handlungsfeldern sowie tradierten Konzepten und Methoden wirken sich dabei auf die professionelle Handlungspraxis aus.

### 1.3.3 Basiskonzepte

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit orientiert sich in diesen fünf Handlungsbereichen an drei speziellen Basiskonzepten: der Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und der Krankheitsbehandlung (vgl. Franzkowiak et al. 2011; Homfeldt 2010b, 2010d; Witteriede 2014). Während Gesundheitsförderung eine emanzipatorische Ausrichtung zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen und Ressourcen durch Einfluss auf Verhalten und Verhältnis fokussiert, orientiert sich die Krankheitsprävention an der Erzielung von Gesundheitsgewinnen und dem Abbau erwartbarer Krankheitslasten bei indizierten Risikogruppen. Die Krankheitsbehandlung gründet sich in spezialisierten Kenntnissen der Pathogenese von Erkrankungen und deren kurativer sowie palliativer Behandlung anhand insbesondere medizinisch, psycho- und soziotherapeutischer Mittel. Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und -behandlung sind jedoch ebenfalls nicht dogmatisch voneinander zu trennen, sondern verlaufen in ihren Übergängen fließend; auch wenn eine Klinische Sozialarbeit der Prävention sicherlich affiner ist, stellen sie in ihrer Kombination meist die sinnvollste Vorgehensweise dar (vgl. Witteriede 2014).

#### 1.3.3.1 *Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit:*

Die Leitprinzipien von gesundheitsfördernder Sozialer Arbeit sind einerseits kritisch-emanzipatorisch an der Hilfe zur Selbsthilfe und gleichzeitig demokratisch-emanzipatorisch an der Befähigung von Menschen orientiert (vgl. Witteriede 2014). Ihr Ziel ist die Förderung von Gesundheitspotenzialen. Die Handlungsfelder und Kernstrategien gesundheitsfördernder Sozialer Arbeit orientieren sich nach der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, an der Befähigung zur Gesundheit, durch Partizipation, Empowerment und dem Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Chancenungerechtigkeit (vgl. Franzkowiak 2011). Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit verfährt nach subsidiärer Handlungsmethodik, um Menschen zu aktivieren und soziale und gesundheitliche Ungleichheiten aufzulösen. Sie folgt einem biopsychosozialen, eher salutogen-ressourcenorientierten Verständnis von Gesundheit und Krankheit, nimmt die individuellen Gesundheitspotenziale von Menschen in den Blick (ihre Agency) und analysiert sie vor dem Hintergrund ihrer realen Verfügbarkeit in der Lebenswelt interagierender Akteure (vgl. Homfeldt 2010d; Witteriede 2014). Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit fragt danach, was Menschen hilft gesund zu bleiben bzw. ihre Gesundheit immer wieder gelingend herzustellen. Sie bedient sich dabei nicht selten auch Methoden der Krankheitsprävention und kann auch gegenüber der krankheitsbehandelnden Sozialen Arbeit nicht gänzlich überschneidungsfrei betrachtet werden.

#### 1.3.3.2 *Krankheitspräventive Soziale Arbeit*

Krankheitspräventive Soziale Arbeit orientiert sich an der Gesamtheit aller präventiven (Teil-) Leistungen der Sozialpädagogik und Sozialarbeit: sie umfasst bspw. die Sucht-, HIV- und

Gewaltprävention in Settings des Sozialwesens, wie der Schule, Jugendhilfe und in Betrieben (vgl. Witteriede 2014). Die präventive Soziale Arbeit ist dahingehend ausgerichtet, das Auftreten von Krankheiten durch vorbeugende Strategien zu verhindern oder unerwünschte physische und psychische Zustände zu vermeiden. Sie setzt vor dem Auftreten von Krankheit ein (Primärprävention), mit dem Ziel der Reduktion bestimmter Erkrankungen durch frühzeitige Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen (vgl. Leppin 2010; Hurrelmann et al. 2010). Diese präventiven Konzepte richten sich demnach eher an der positiven Beeinflussung gesundheitsbezogener Faktoren aus, wie Lebensgewohnheiten, Risikoverhaltensweisen, Gesundheitswissen und -kompetenz (vgl. ebenda). Sind Erkrankungen bereits eingetreten, arbeitet die krankheitspräventive Soziale Arbeit als sekundäre Präventionsleistung nach dem Ziel der Abmilderung von Ausmaß, Ausbreitung und Dauer der Erkrankung (vgl. Leppin 2010). Der Bereich tertiärer Prävention, mit dem Ziel der Reduktion der Schwere einer Krankheit oder Verschlimmerung dieser, richtet sich an Menschen, bei denen sich eine Erkrankung bereits manifestiert hat (vgl. ebenda). Der zu erzielende Gesundheitsgewinn der meisten präventiv orientierten Konzepte zielt auf die Zurückdrängung von Risiken ab. Krankheitspräventive Soziale Arbeit orientiert sich demnach stärker an einem Risikofaktorenmodell und dem Einfluss von Lebenswelt und Lebensweisen auf die Gesundheit. Insbesondere durch eine direkte Beeinflussung des Ernährungs-, Bewegungs- und Hygieneverhaltens sowie der Verminderung von Risiko- und Stressverhalten sollen Gesundheitspotenziale gefördert werden (vgl. Hurrelmann et al. 2010). In dieser Form ausgerichtete Präventionskonzepte werden häufig von ExpertInnen definiert und können dazu neigen, konzeptionell am Bedarf von AdressatInnen vorbei zu planen. Es stellt sich also immer auch die Frage nach der subjektiven Lebens- und Erfahrungswelt einzelner Akteure, um präventive Angebote nicht allein auf dem Standbein expertokratisch ausgerichteter Präventionskonzepte zu belassen. Insbesondere mit Blick auf schwer erreichbare, ohnehin sozial ausgegrenzte Akteure, sollte krankheitspräventive Soziale Arbeit immer den Bezug zur Lebenspraxis ihrer AdressatInnen in der Interventionsplanung behalten.

### *1.3.3.3 Krankheitsbehandelnde Soziale Arbeit (Klinische Sozialarbeit)*

Die krankheitsbehandelnde Soziale Arbeit ist zumeist dem etablierten Spezialbereich Klinischer Sozialarbeit zuzuordnen. Klinische Sozialarbeit versteht sich, ausgehend von einem biopsychosozialen Grundverständnis von Gesundheit, Krankheit und Behinderung, als beratende und therapeutisch handelnde Profession, mit Fokus auf eine (1.) differenzierte biopsychosoziale Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext der Lebenswelt sowie (2.) auf eine sozialklinisch orientierte Beeinflussung der Mikro-, Meso- und Makrosysteme ihrer KlientInnen (vgl. ECCSW 2009). Ihre Aufgaben umfassen die psychosoziale Diagnostik, Beratung und Behandlung auf der Ebene individueller Lebenswelten sowie gesellschaftspolitischer Systeme an Orten wie der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, der Schule, gemeindepsychiatrischen

Versorgung, in Krankenhäusern und Fachkliniken, in der Suchtberatung, den verschiedenen Bereichen der Rehabilitation, der Altenarbeit und in bestimmten Bereichen der Straffälligenhilfe (vgl. ebenda, Pauls 2015). Klinische Sozialarbeit zielt auf die Autonomisierung der Lebensbewältigung von Einzelnen und Gruppen, die in ihrer Lebenslage von psychosozialer Desintegration bedroht sind (vgl. Homfeldt 2010d). Sie verfolgt dabei ein Person-in-der-Umwelt-Konzept (Pauls 2015) durch Verbindung psychosozialer Beratung, Ressourcenerschließung, sozialwissenschaftlichen Engagements, konkreter Entscheidungshilfe, Hilfe bei Ämtern sowie der Angehörigenarbeit (vgl. Homfeldt 2010d). Klinische Sozialarbeit ist damit keineswegs auf eine Soziale Arbeit in der Klinik zu reduzieren, sondern lässt sich als beratend-behandelnde Fallarbeit im Bereich von Behandlung und Therapie charakterisieren (vgl. Pauls 2015).

Diese spezielle Form krankheitsbehandelnder Sozialer Arbeit steht aktuell vor einer folgenreichen Reform. Die Weiterentwicklung der geplanten PsychotherapeutInnenausbildung (PP/KJP) wird voraussichtlich zu einer strukturellen Zugangsbarriere für SozialarbeiterInnen führen, die eine folgenreiche quantitative und qualitative Verschlechterung der therapeutischen Versorgung, insbesondere von Kindern und Jugendlichen, nach sich ziehen kann (vgl. AGJ 2015). Vor dem Hintergrund aktueller Zahlen wird sich der Anteil derjenigen, die eine KJP-Ausbildung aufnehmen, mit der Reform deutlich vermindern. Bislang wird diese Weiterbildung viel von AbsolventInnen der Sozialen Arbeit aufgenommen. Wird der Berufszugang vereinheitlicht und SozialarbeiterInnen damit strukturell ausgeschlossen, so ist von einem massiven Rückgang von Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in Deutschland auszugehen (vgl. ebenda). Und das bei einem steigenden Bedarf. Darüber hinaus wird sich mit dem Wegfall von AbsolventInnen Sozialer Arbeit auch der Anteil fundierter sozialpädagogischer Wissensbestände reduzieren; dies kann sich unmittelbar auf die biopsychosoziale, ressourcenorientierte und interprofessionelle Kompetenz zur Einordnung multipler Problemlagen auswirken (vgl. ebenda). Eine „Verinselung“ von Hilfe und Therapie sei zu befürchten, die als professioneller Rückschritt zu bewerten sei (vgl. ebenda). Mit Blick auf eine akteursorientierte, lebensweltlich und multiprofessionell ausgerichtete Fallarbeit kann dies verheerende Folgen für die psychosoziale Versorgung in der Kinder- und Jugendhilfe nach sich ziehen.

#### **1.4 Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit in der Jugendphase**

Auch mit Blick auf die Lebensphase Jugend ist gesundheitsfördernde Soziale Arbeit kaum überschneidungsfrei mit präventiven und behandelnden Konzepten zu erachten. Sie könnte vielleicht sogar eher als Bindeglied oder Rahmen aller gesundheitsbezogenen Bestrebungen Sozialer Arbeit in Betracht gezogen werden werden. Egal ob präventiv, von Krankheit bedroht oder sogar bereits erkrankt, richtet sie sich an die Befähigung junger Menschen zu mehr

Gesundheitskompetenz durch die Schaffung von gesundheitsfördernden Lebensweisen und –welten. Dennoch bleiben auch in der Kinder- und Jugendhilfe bereits konstatierte Differenzen im je spezifischen Fokus gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit erhalten. Wohingegen Gesundheitsförderung sich um eine Förderung von Gesundheitspotenzialen bemüht und sich dabei eher an dem biopsychosozialen Paradigma der Ottawa-Charta orientiert, richtet sich der Blick von Prävention und Behandlung eher auf eine bereits identifizierte (Risiko)Gruppe – gleichsam aber mit dem Ziel, nicht nur Krankheitsrisiken oder -belastungen abzumildern, sondern ebenso Gesundheitspotenziale zu stärken und zur Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zu befähigen.

Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendhilfe richtet sich primär an der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung aus (WHO 1986). Sie bezieht sich auf die Befähigung von Heranwachsenden, ihre Gesundheitspotenziale zu entfalten, um mehr Einfluss auf ihre Gesundheit zu gewinnen. Gesundheitsförderung versteht sich als Querschnittsaufgabe des Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesens sowie der Behindertenhilfe. Im Wesentlichen richtet sie sich dabei an die Verhaltens- und Verhältnissebene und versteht junge Menschen als aktive und prinzipiell handlungsfähige soziale Akteure, die in soziale Netzwerke eingebunden sind. Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe fokussiert (1.) die Entwicklung gesundheitlicher Handlungskompetenzen junger Menschen, (2.) eine stärkere Vernetzung aller beteiligten Akteure und damit auch (3.) die Schaffung von gesundheitsfördernden, transdisziplinären Gemeinschaftsaktionen, (4.) eine damit verbundene Neuorientierung von Gesundheitsdiensten, um medizinisch-kurative Ausrichtungen hin zu einer ressourcen- und lebensweltorientierten Arbeit zu überwinden und (5.) die Entwicklung einer gesundheitsfördernden und gesundheitlichen Ungerechtigkeit abbauenden Gesamtpolitik (vgl. Franzkowiak et al. 2011; WHO 1986). Dieses in der Ottawa-Charta konstatierte hohe Maß an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit sowie die Stärkung von Gesundheitspotenzialen ist der Kinder- und Jugendhilfe sehr affin (Homfeldt 2010b). Einzelfallhilfe, Soziale Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit ließen sich ihr direkt zuordnen und enorme Parallelen zwischen der Salutogenese und Lebensweltorientierung, insbesondere in ihrem Ressourcenbezug nachzeichnen. „Gesundheitsförderung“ sei demnach als „ein Kernbereich lebensweltorientierter Sozialer Arbeit“ zu verstehen (Homfeldt 2010d, 495), der ihre AdressatInnen ausdrücklich in den Mittelpunkt der Diskussion um gesundheitsbezogene Befähigungsgerechtigkeit rückt (vgl. Thiersch 2013). Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe, wird sie auch unter neoliberaler Verwischung im Sinne des aktivierenden Sozialstaates missbräuchlich verwendet, richtet sich nicht alleine an der Aktivierung von jungen Menschen zur selbstverantwortlichen Gesundheitsbildung aus. Gesundheitsförderung tritt anwaltschaftlich für ihre Rechte ein, Gesundheitspotenziale zu entfalten, an Gesundheitsleistungen teilzuhaben und in einer gesundheitsfördernden Lebenswelt erwachsen zu werden, um selbst ihr

größtmögliches Potenzial zu entfalten, die eigene Gesundheit nach individueller Maßgabe selbstbestimmt aufrecht zu erhalten bzw. immer wieder herzustellen.

In systematisierter Darstellung lassen sich dazu drei Ebenen, mit je spezifischen Implikationen für die Kinder- und Jugendhilfe identifizieren: (1.) die Entwicklung gesundheitsbezogener Handlungskompetenzen, (2.) die Stärkung von Vernetzung und Kooperation zur verantwortlichen Umsetzung multiprofessioneller Arrangements und (3.) die Entwicklung einer gesundheitsfördernden und gesundheitlichen Ungleichheit abbauenden Gesamtpolitik:

*Tabelle 1:* Ebenen gesundheitsfördernder Sozialer Arbeit nach eigener schematischer Darstellung (in Anlehnung an BMFSFJ 2009; Franzkowiak et al. 2011; Homfeldt 2010d; Keupp 2012; Naidoo/Wills 2010; Nair et al. 2015, 293ff.)

<b>Mikroebene</b>	
Entwicklung gesundheitsbezogener Handlungskompetenzen	<p>Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit fragt danach, was Menschen hilft ihre Gesundheit wieder gelingend herzustellen bzw. gesundheitsbezogene Handlungsmacht zu erleben. Charakteristisch zur Entwicklung gesundheitsbezogener Handlungsmacht gelten zusammengefasst folgende Merkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung und Stärkung der Herausbildung von Gesundheitspotenzialen</li> <li>• Fokussierung auf Akteure als handlungsfähige Subjekte</li> <li>• Aktivierung und Partizipation von Akteuren</li> <li>• Ressourcenorientierung</li> <li>• Anerkennung von Diversity und Interkulturalität</li> </ul>
Implikationen für die Kinder- und Jugendhilfe	<p>Für die Kinder- und Jugendhilfe lassen sich in einer Gesamtschau typischerweise folgende Implikationen zur Entwicklung gesundheitsbezogener Handlungskompetenzen Heranwachsender ableiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Förderung von Gesundheitspotenzialen, wie der Fähigkeit, sich Wissen über die eigene Gesundheit aneignen und damit kritisch-reflexiv umgehen zu können ebenso wie sich Unterstützung im (Laien)Gesundheitssystem holen zu können.</li> <li>• Eine Stärkung von Erfahrungen der Selbstwirksamkeit und Kontrolle über die eigene Gesundheit, insbesondere durch die Förderung eines achtsamen Umgangs mit dem eigenen und fremden Körper, der Beteiligung an- und Kommunikation über Gesundheitsthemen unter Anerkennung der Diversität Heranwachsender.</li> <li>• Eine stärkere Orientierung an den Verläufen gesundheitlicher Entwicklung und verfügbarer Ressourcen von Heranwachsenden sowie ihrem aktuellen und lebensphasenspezifischen Bedarf und Bedürfnis. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausrichtung von Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe an lebenslaufspezifischen Entwicklungsthemen Heranwachsender.</li> <li>○ Kinder und Jugendliche sind unabhängig von ihren monetären Möglichkeiten, ihrem Geschlecht, Sozialstatus, Bildungsstand, ethnischer Zugehörigkeit, sexueller Orientierung oder anderen Charakteristika respektvoll und anerkennend zu fördern, zu beraten und zu behandeln.</li> </ul> </li> <li>• Schutz der Rechte Heranwachsender auf Information, Privatsphäre, Vertraulichkeit, Gleichbehandlung, Wertungsfreiheit und Respekt in allen Arbeitsbereichen der Kinder- und Jugendhilfe.</li> </ul>
<b>Mesoebene</b>	
Stärkung von Vernetzung und Kooperation zur verantwortlichen Umsetzung multiprofessioneller Arrangements	<p>Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit hat für den Auf- und Ausbau von Partnerschaften und tragfähigen Netzwerken Sorge zu tragen. Dies bezieht sich u.a. auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Stärkung multiprofessioneller (inter- und intrainstitutioneller) Zusammenarbeit.</li> <li>• Die Überwindung medizinisch-kurativer Angebote hin zu einer ressourcen- und lebensweltorientierten Arbeit.</li> <li>• Den praktischen Einsatz von Konzepten, Methoden und Programmen sowie die kritische Überprüfung der Wirksamkeit von Erkenntnissen aus den integrativen und multidisziplinären Gesundheitswissenschaften, wie beispielsweise Public Health.</li> <li>• Die Initiierung, Durchführung und Evaluation von gesundheitsfördernden, transdisziplinären Gemeinschaftsaktionen.</li> </ul>

<p>Implikationen für die Kinder- und Jugendhilfe</p>	<p>Für die Kinder- und Jugendhilfe lassen sich folgende Implikationen zur Stärkung der Vernetzung und Kooperation in der gesundheitsfördernden Sozialen Arbeit ableiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Schaffung eines Bewusstseins für Gesundheitsförderung als fachlichen Standard in allen beteiligten Institutionen und bei allen beteiligten Akteuren.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aus-, Fort- und Weiterbildung von ExpertInnen sowie die Etablierung entsprechend fördernder institutioneller Kulturen.</li> <li>○ Die Förderung eines Bewusstseins für die Wichtigkeit der Bereitstellung adäquater Angebote zur Gesundheitsförderung bei allen Akteuren (Professionellen wie auch den sozialen Bezugspersonen Heranwachsender).</li> </ul> </li> <li>• Flächendeckender Auf- und Ausbau von Netzwerken, die Angebote der Gesundheitsförderung bündeln (wie Angebote der Bildung und Qualifikation, Leistungen zur materiellen Sicherung, Erziehungsberatung und psychosoziale Angebote der Kinder- und Jugendhilfe).</li> <li>• Die verschiedenen Angebote müssen sich stärker abstimmen und zur multiprofessionellen Bearbeitung durch kooperative Angebote verschiedener LeistungserbringerInnen beitragen, mit dem Ziel, Hilfen so zu gestalten, dass Heranwachsende in ihrer individuellen Herausbildung von Gesundheitspotenzialen gestärkt werden.</li> <li>• Institutionen müssen ihre Informationen, ihre Beratung, Diagnostik und Behandlung stärker an den Bedarfen und Bedürfnissen Heranwachsender orientieren.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zugangswege sind zu erleichtern, die Willkommensatmosphäre auszubauen und für angemessene Öffnungszeiten Sorge zu tragen.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Makroebene</b></p>	
<p>Entwicklung einer gesundheitsfördernden und gesundheitlichen Ungleichheit abbauenden Gesamtpolitik</p>	<p>Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit trägt der Entwicklung einer gesundheitsfördernden und gesundheitlichen Ungleichheit abbauenden Gesamtpolitik bei. Dazu hat sie sich einzusetzen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit durch Empowerment, insbesondere sozial benachteiligter Menschen.</li> <li>• Eine Schaffung sozialer Gerechtigkeit, die einen positiven Einfluss auf die Gesundheitspotenziale aller Menschen nimmt (und nicht nur der Elite zugänglich ist!).</li> <li>• Die Koordination politischer Prozesse und Strategien zur Verbesserung der Gesundheit von benachteiligten Menschen in der Gemeinschaft.</li> </ul>
<p>Implikationen für die Kinder- und Jugendhilfe</p>	<p>Für die Kinder und Jugendlichen lassen sich daraus folgende Implikationen als politische Stimme einer gesundheitsfördernden Sozialen Arbeit ableiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Herstellung einer stärkeren fachlichen und politischen Aufmerksamkeit für gesundheitsbezogene Herausforderungen, wie Ungerechtigkeit und Risiken des Schul- und Jugendalters, immer mit Blick auf die jugendliche Lebenswelt.</li> <li>• Befähigung und Förderung von LeistungserbringerInnen, sich an einer kontinuierlichen Weiterentwicklung und dem Ausbau der Qualität gesundheitsbezogener Leistungen für Kinder und Jugendliche zu beteiligen.</li> <li>• Aktive Beteiligung von Kindern und Jugendlichen in Prozesse der Planung, Überwachung und Evaluation von Leistungen des Sozial- und Gesundheitswesens. Entscheidungen, die ihre Gesundheit unmittelbar sowie Entscheidungen, die den Ausbau von Angeboten gesundheitsbezogener Förderung, Prävention und Behandlung betreffen, sind unter Beteiligung Jugendlicher zu fällen.</li> </ul>

Diese in Tabelle 1 zusammengefassten Ebenen und daraus abzuleitenden Implikationen für die Kinder- und Jugendhilfe rücken im Wesentlichen zwei Aspekte einer gesundheitsfördernden Sozialen Arbeit in den Fokus: die Orientierung an AdressatInnen als (eigen)willige und handlungskompetente Akteure, die in soziale Lebenswelten eingebunden sind sowie eine transdisziplinär ausgerichtete Arbeitslogik und damit verbundene Akzentuierung vernetzender und kooperierender Anforderungen an Interventionen gesundheitsbezogener Sozialen Arbeit.

### 1.4.1 Akteurs- und Lebensweltorientierung

Eine aktors- und lebensweltorientierte gesundheitsfördernde Soziale Arbeit lässt AdressatInnen zu EntscheidungsträgerInnen ihrer eigenen Lebenswelt werden und kann ihnen, durch Anerkennung und Förderung ihrer individuellen Handlungskompetenz, zu mehr Handlungsmacht, Selbstwirksamkeit sowie pragmatischen Handlungswissen verhelfen (vgl. Homfeldt

2012). Individuelle und umweltbezogene Ressourcen von Heranwachsenden sollen möglichst so gefördert werden, dass sie Einflussmacht auf die eigene Lebens- und Gesundheitswelt gewinnen und nicht lediglich als passive Symptomträger verweilen. AdressatInnen gesundheitsfördernder Sozialer Arbeit sind erfahrene und eigensinnige Subjekte, die eigene Bewältigungsstrategien haben. Gesundheitsförderung sollte daher weniger als normierende Handlungspraxis erachtet werden, sondern findet ihre Aufgabe in der Aufdeckung von Schwierigkeiten in der individuellen Bewältigungspraxis ihrer AdressatInnen sowie einem Mangel an ihnen selbst wahrgenommenen zur Verfügung stehenden Handlungsoptionen. Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit orientiert sich dabei eng an der Lebenswelt von Heranwachsenden, sie zeugt gleichsam „Respekt und Kritik an den gegebenen lebensweltlichen Erfahrungen“ und plant „von da aus ihre professionellen und institutionellen Handlungsmuster“ (Thiersch, 2013, 23). In ihrer akteurs- und lebensweltorientierten Ausrichtung fragt sie danach, welche Kompetenzen und Handlungsfähigkeiten zur Einflussnahme auf die eigene Gesundheit jungen Menschen zur Verfügung stehen und darüber hinaus, inwieweit sie diese auch verwirklichen können (vgl. Ziegler et al. 2010). Dieser Denkrichtung folgend erweist sich, wie bereits konstatiert, der Capability-Approach (CA) als anschlussfähiges Konzept für die gesundheitsfördernde Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendhilfe. Der CA zielt nicht lediglich darauf ab, Wohlergehen in einer wertorientierten Weise verbindlich zu definieren, sondern Autonomie der Lebenspraxis durch eine Verknüpfung von Befähigungen, Infrastrukturen und Berechtigungen zu ermöglichen (vgl. Ziegler 2009; Ziegler et al. 2010). Er orientiert sich an der konkreten Lebenswelt und den dort real für das Individuum zur Verfügung stehenden Handlungsfreiheiten, die es ihm erlauben, Handlungskompetenz herauszubilden und weiterzuentwickeln. Eine gerechtigkeitsorientierte Perspektive, wie sie der CA bietet, kann den Fokus auf Institutionen erweitern und nimmt Bezug auf die kulturellen und sozialen Praxen, die – innerhalb von institutionellen Zusammenhängen – gesundheitsbezogene Chancengerechtigkeit formieren (vgl. Otto/Ziegler 2013). Anzustreben ist, dieser Denktradition folgend, nicht alleine die Förderung individueller Gesundheitskompetenz, sondern darüber hinaus die Schaffung von Institutionen, die gesundheitsbezogene Chancengerechtigkeit ermöglichen, indem sie dazu beitragen jungen Menschen dazu zu befähigen, Handlungsmacht zur Einflussnahme auf ihre Gesundheit zu gewinnen. Der CA rückt den inneren Zusammenhang der Handlungsbefähigung von Menschen mit den ihnen objektiv gegebenen Verwirklichungschancen – ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten zur positiven Beeinflussung ihrer Gesundheit – ins Zentrum der Betrachtung. Soziale und gesundheitliche Chancen(un)gerechtigkeit wird so zu einer Frage nach der Verteilung und Verfügbarkeit individueller und umweltbezogener Ressourcen, die es Menschen erlauben, Einfluss auf ihre Lebensgestaltung zu nehmen.

Mit Blick auf die Kinder- und Jugendhilfe steht die Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Jugendlichen helfen, sich selbst als kompetent zur Einflussnahme auf die eigene Gesundheit zu erleben, im Fokus gesundheitsfördernder Sozialer Arbeit. Die von Jugendlichen selbst

wahrgenommenen Fähigkeiten und Ressourcen helfen ihnen, sich als handlungsmächtig zu erleben. Sie begründen sich als selbst wahrgenommene gesundheitsbezogene Agency – einer ermöglichenden, aber zugleich auch begrenzenden individuellen Handlungsmacht zur Einflussnahme auf die eigene Gesundheit (vgl. Scherr 2013). Gesundheitsbezogene Agency umfasst damit mehr als lediglich individuelle Handlungskompetenz. Um sie zu bestimmen, sind Jugendliche nicht nur als prinzipiell handlungsfähige Subjekte zu betrachten, sondern darüber hinaus in Abhängigkeit „(...) ihrer Situierung in sozialen Strukturen bzw. sozialen Beziehungen (...)“ (Scherr 2013, 233). Wenn wir also danach fragen, was Jugendlichen hilft gesund zu bleiben bzw. ihre Gesundheit immer wieder gelingend herzustellen, richtet sich das Interesse nicht alleine auf einzelne Interaktionen, in denen Handlungskompetenz bedeutsam wird, sondern darüber hinaus auf die Verwobenheit von Interaktionen in soziale Strukturen, Netzwerke und Bewegungen, die die individuelle Wahrnehmung dieser Handlungskompetenz formieren. Dieses Interesse richtet sich auf das soziale Zusammensein von Jugendlichen in spezifischen Situationen, wie bspw. der Familie, der Schule, unter Peers oder in Freizeitorganisationen, und, wie innerhalb dieser „kleinen Lebenswelten“ (vgl. Lüders 2012) Handlungsfähigkeit hervor gebracht wird – wie sie Möglichkeiten und Grenzen gesundheitsbezogener Agency formiert.

Die WHO deklariert in der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung eine Stärkung individueller Gesundheitskompetenzen sowie darüber hinausgehend die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten, um Menschen darin zu befähigen, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu entfalten (WHO 1986). Für die Jugendphase bedeutet dies, die von Jugendlichen selbst er- und gelebte Lebens- und Gesundheitswelt verstehen zu lernen und von dieser ausgehend, Gesundheitskompetenz zu fördern. Um Gesundheitsförderung an den Bedarfen von Jugendlichen zu orientieren, müssen Professionelle der Kinder- und Jugendhilfe ihre Vorstellungen von Gesundheit wahr und ernst nehmen. Eine Stärkung von Gesundheitskompetenz Jugendlicher muss sich an ihrer Lebenswelt und Lebenslage – ihrer Sicht der Dinge – ausrichten. Daher orientiert sich gesundheitsfördernde Soziale Arbeit stärker am Subjektstatus ihrer AdressatInnen. Sie geht nicht lediglich von einem Risikofaktorenmodell aus, das ihre AdressatInnen zu mehr oder weniger wehrlos ausgesetzten Mangelobjekten deklariert, sondern orientiert sich an den individuellen Bewältigungsweisen Jugendlicher selbst, in der Überzeugung, dass Gesundheitsverhalten auf dem subjektiven Verständnis von *Welt* Jugendlicher selbst basiert. Ihre Motive im Umgang mit dem eigenen Körper, der Psyche und Gesundheit sollten zum Dreh- und Angelpunkt aller Bestrebungen gesundheitsfördernder Programme werden.

Für die Kinder- und Jugendhilfe erschließen sich, mit Blick auf die dargestellten Ebenen gesundheitsfördernder Sozialer Arbeit (siehe Tabelle 1) im Wesentlichen zwei Bereiche zur Förderung gesundheitsbezogener Handlungsmacht Heranwachsender:

#### 1.4.1.1 Die individuelle Ebene

Auf der **individuellen Ebene** sollte es die Aufgabe von Kinder- und Jugendhilfe sein, Gesundheitskompetenzen Jugendlicher zu stärken. Im Fokus stehen dabei weder von ExpertInnen definierte Gesundheitsförderungsprogramme noch als jugendtypisch geltende Risikoverhaltensweisen. Eine nachhaltige Förderung von Gesundheitskompetenz in der Jugendphase richtet sich an die Stärkung individueller Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Wiedergewinnung und Aufrechterhaltung von Gesundheit. Wesentliches Augenmerk richtet sich dabei auf eine Stärkung von Persönlichkeitsmerkmalen, wie dem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten (vgl. Antonovsky 1997; Singer/Brähler 2007), dem Gefühl, dass eigene Handlungen auch einen Effekt zeigen (vgl. Bandura 1977; Beierlein et al. 2012b) und dem Erleben, dass die eigene Gesundheit selbstgesteuert und nicht durch fremde Mächte bestimmt wird (vgl. Rotter 1989; Roth 2012). Darüber hinaus sollten Programme zur Stärkung von Gesundheitskompetenz die Gesundheitsmotive, subjektiven Gesundheitsvorstellungen und Körperkonzepte Heranwachsender offen thematisieren und direkt an diesen subjektorientierten Vorstellungen ansetzen. Trotz deutlicher Betonung im 13. KJB (BMFSFJ 2009), der Umgang mit dem eigenen Körper sowie eine bewusste und achtsame Körpererfahrung sind wichtiger Aspekt individueller Bildungsprozesse, scheint die körperbezogene Arbeit in der Kinder- und Jugendhilfe noch immer eine Nebenrolle zu spielen. Nimmt man jedoch das biopsychosoziale Paradigma der Ottawa-Charta auch in der Kinder- und Jugendhilfe ernst, kann die psychosoziale Bewältigungsleistung von Entwicklungsprozessen nicht ohne Bezugnahme auf die physische Komponente *Körperlichkeit* stattfinden. Als zentrale Aufgabe einer körper- und leibbezogenen Kinder- und Jugendhilfe sollten Heranwachsende Unterstützung finden, die für sie passende Balance zwischen Leib-sein und Körper-haben immer wieder herstellen zu lernen (vgl. Homfeldt 2014b). Hierbei sollten ebenfalls weder als riskant deklarierte Körperaneignungsprozesse noch expertokratisch definierte Wissensbestände, wie sie beispielsweise in Biologiebüchern zu finden sind, fokussiert werden. Es geht eher um die subjektive Wahrnehmung körperbezogener Veränderungsprozesse und die Schaffung eines Raums der Auseinandersetzung mit diesen Veränderungen auf kognitiver, gleichermaßen aber auch interaktiv-reflexiver Ebene. Es geht um die Förderung der Wahrnehmung des eigenen Körpers von Jugendlichen selbst sowie um die von ihnen ge- und erlebte Körper-, Lebens- und Gesundheitskultur.

#### 1.4.1.2 Die strukturelle Ebene

Auf der **strukturellen Ebene** eröffnen sich für die Kinder- und Jugendhilfe zur Förderung von Gesundheitskompetenz Heranwachsender weitere wichtige Aufgaben. Einerseits sollte sie in der realen Lebenswelt ihrer AdressatInnen in ihrer Handlungspraxis stärker auf die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten achten. Dabei ist beispielsweise an die Einrichtungskultur in Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe zu denken. Wie wird beispielsweise der Umgang

mit Konsum- und Ernährungsmitteln vorgelebt und gemeinsam gelebt? Die teilstationäre sowie stationäre Praxis kann als durchaus qualifiziert erachtet werden, ihre Organisationskultur gesundheitskompetenzstärkend an den Bedarfen und Bedürfnissen Heranwachsender orientiert bzw. befähigend auszugestalten und so einen positiven Einfluss auf die Gesundheitsmotive Heranwachsender zu gewinnen. Ferner ist es die Aufgabe einer gesundheitsfördernden Kinder- und Jugendhilfepraxis, gesundheitsschädigende bzw. -begrenzende Lebenswelten und Strukturen kritisch zu analysieren und in die Öffentlichkeit zu tragen. Die Förderung von Gesundheitskompetenz bezieht sich auf die Förderung von individueller Kompetenz durch die Schaffung von Lebenswelten, die die Herausbildung von gesundheitsbezogener Agency begünstigen und ermöglichen. Dies muss auch im öffentlichen Diskurs vertreten werden. Damit geht die Förderung von Gesundheitskompetenz über Ansätze üblicher verhaltensbezogener Programme der Gesundheitsförderung hinaus, die dazu neigen, sich auf persönlich verantwortete Aktivitäten mit einer sich gleichzeitig ausdifferenzialisierenden Kommerzialisierung von Gesundheit zu zentrieren (Homfeldt, 2014). Die Förderung von Gesundheit bleibt nicht in lastender Verantwortung Einzelner, sondern richtet sich an einer kritisch analysierenden Frage nach gesundheitsbezogener Befähigungsgerechtigkeit in der Gesellschaft aus (vgl. Rademaker 2014). Mit Blick auf die Empfehlungen des 13. KJB sollte sich die Kinder- und Jugendhilfe in der Verantwortung fühlen, die Kurzsichtigkeit eines aktivierenden Sozialstaats mit Fokus auf den riskanten Lebensstil Einzelner zu kritisieren und öffentlichkeitswirksam zu thematisieren, um so dazu beizutragen, dass Bestrebungen nicht lediglich einer Stabilisierung von individuellen Biografien dienen (Homfeldt 2014). Interventionen der Kinder- und Jugendhilfe haben sich an Motiven, Orientierungen und Handlungsfähigkeiten einzelner Jugendlicher in ihrer lebensweltlichen Verwobenheit auszurichten. Gelingt es einer gesundheitsfördernden Sozialen Arbeit, sich an einer gerechtigkeitstheoretischen Analyse, wie sie der CA darlegt zu orientieren, können Heranwachsende tatsächlich dazu befähigt werden, über notwendige Ressourcen zu verfügen, um kompetent und eigenmächtig auf ihre Gesundheit Einfluss nehmen zu können. Hierzu sind einerseits Institutionen und Strukturen in der Kinder- und Jugendhilfe so auszubuchstabieren, dass sie zu den größten Verwirklichungschancen gesundheitlicher Chancengerechtigkeit führen und zweitens die daraus resultierenden gesellschaftlichen Maßstäbe in den öffentlichen Diskurs eingespeist werden (vgl. Bittlingmayer/Ziegler 2012). Diese Form der Förderung von Gesundheitskompetenz kann dazu beitragen, Gesundheitsförderung um einem Konzept der Verhältnisse zu erweitern, das gesellschaftsstrukturelle Bedingungen von sozialer Ungerechtigkeit und Ausschließung problematisiert, wie es im Grunde auch die Ottawa-Charta fokussiert. Die gezielte Förderung von Gesundheitskompetenz in der Kinder- und Jugendhilfe, also der gezielten Förderung von Fähigkeit, damit Heranwachsende sich als handlungsmächtig zur Einflussnahme auf ihre eigene Gesundheit wahrnehmen setzt so a.) ein Verständnis für die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen, insbesondere vor dem Hintergrund ihrer

spezifischen Lebensphase und -welt voraus und fordert b.) eine kritische Analyse von strukturellen Grenzen und Möglichkeiten der Herausbildung von Gesundheitskompetenz in der je individuellen Lebenswelt ein.

#### **1.4.2 Transdisziplinarität, Kooperation und Vernetzung**

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit „benötigt zur argumentativen, erklärenden und pragmatischen Fundierung ihrer Tätigkeit gesundheitsrelevante theoretische Bezüge, die einerseits originäre Theorien Sozialer Arbeit beinhalten, andererseits aber offen sind für referenzwissenschaftliche Beiträge von gesundheitsorientierten Disziplinen.“ (Dettmers 2014, 6) Damit werde ein transdisziplinäres Verständnis von Gesundheit und Krankheit wichtiger Bestandteil ihrer Praxis. Sie bedient sich, wie auch einleitend beschrieben, verschiedener Theorien aus verschiedenen Disziplinen und fügt sie in der für sie befruchtenden Art und Weise sinnvoll miteinander zusammen. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit versteht sich einmal mehr als „transdisziplinäre beziehungsweise multireferentielle ‚Querschnittsdisziplin‘ (um) der geforderten Multiproblemperspektive und Ganzheitlichkeit gerecht zu werden.“ (Mühlum 2004, 21) Sie ist auf interprofessionelle Zusammenarbeit besonders angewiesen und erklärt sich insbesondere anhand eines Umdenkens zu einem komplexen, lebensweltbezogenen Verständnis von Gesundheit sowie einer Zunahme der Komplexität menschlicher Gesundheitsprobleme gegenüber ihren Bezugswissenschaften (vgl. Homfeldt 2010a). Sie nimmt Bezug auf die Psychologie, Ökonomie, Soziologie, Erziehungswissenschaft sowie den Public Health Diskurs. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit ist darauf angewiesen, die Vielfalt biopsychosozialer Problemlagen ihrer AdressatInnen berücksichtigend, nicht als *Single-Player*, sondern in Zusammenarbeit mit verschiedenen Diensten der öffentlichen Wohlfahrtsproduktion zu agieren (vgl. Gahleitner et al. 2012). Sie trägt für intra- und interinstitutionelle Kooperationen Sorge und organisiert verantwortlich die Vernetzung beteiligter Akteure. Diese agieren jedoch, basierend auf unterschiedlich entstandenen und innerdisziplinär ausbuchstabilten System(logik)en des Sozial- und Gesundheitswesens, ihren je eigens für sich entwickelten Handlungspraxen folgen. Eine Problembearbeitung außerhalb des bekannten Referenzrahmens kann daher mitunter als befremdlich und undurchsichtig wahrgenommen werden (vgl. Hafen 2013) und erschwert so strukturell die gemeinsame Bearbeitung gesundheitsbezogener Problemlagen zwischen dem Sozial- und Gesundheitswesen. Eine gezielte Förderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder- und Jugendhilfepraxis ist jedoch auf eine gemeinsame Verantwortungsübernahme, Diagnose und Interventionsplanung angewiesen (vgl. Gahleitner et al. 2012), die Kooperation auch als inhaltlich fachlich fundierte *Maxime* betrachtet. Es reicht auch in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit nicht aus zu kooperieren, *weil Kooperation eine solide Maxime Sozialer Arbeit darstellt* (vgl. Kessl 2011). Vielmehr verfolgen Kooperationsbestrebungen gesundheitsfördernder Sozialer Arbeit fortwährend das Ziel gesundheitsbezogenen Handlungsoptionen beteiligter Akteure zu erweitern und so nicht nur

quantitativ sondern vielmehr qualitativ anzureichern. Ihr darf es nicht darum gehen, Kooperation konzeptionell zu verankern, um einer normativen Maßgabe gerecht zu werden. Kooperation als Basiselement gesundheitsfördernder Sozialer Arbeit dient der Verbesserung von multiprofessionell orientierten Leistungen, um dem Bedarf ihrer AdressatInnen in möglichst hohem Maße gerecht werden zu können.

#### *1.4.2.1 Exkurs: Kooperation, Vernetzung und Koordination als konstitutive Merkmale einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit*

Die Begriffe Kooperation, Vernetzung und Koordination werden breit gefächert und teils auf sehr unterschiedliche Inhalte bezugnehmend verwendet – sogar als Worthülsen zur Pseudoqualität missbraucht (vgl. Kessl 2011; van Santen/Seckinger 2003). Präzise definiert ist Kooperation ein Verfahren, bei dem im Hinblick auf geteilte oder sich überschneidende Zielsetzungen durch Abstimmung der beteiligten Akteure, eine Optimierung von Handlungsabläufen oder eine Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. Problemlösekompetenz von AdressatInnen angestrebt wird (vgl. van Santen/Seckinger 2003). Durch Kooperationsbestrebungen sollen Verfahrens- und Handlungsabläufe, mit dem Ziel, Handlungsfähigkeiten (wie bspw. Problemlösekompetenzen) von beteiligten Akteuren zu erweitern, optimiert werden. Kooperation ist dabei kein additiver Prozess, der durch Verdopplung verschiedener Dienstleistungen Wirksamkeit erhöht, sondern verfolgt das Ziel, durch eine systematische Zusammenarbeit Leistungserbringung qualitativ aufzuwerten (vgl. van Santen/Seckinger 2011). Die Sicherstellung verantwortungsvoller Netzwerke und deren verantwortungsvoller Koordination kann als wesentliche Kernkompetenz gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit verstanden werden. Ihre Aufgabe ist es, nicht nur verantwortungsvolle Netzwerke zu bilden, sondern diese gleichermaßen aufrecht zu erhalten, zu stärken und zu pflegen – sie federführend zu koordinieren. Insbesondere in der Zusammenarbeit des Sozial- und Gesundheitswesens zeigen sich dabei große Herausforderungen, insbesondere durch

- unterschiedliche oder unpräzise Zielvorstellungen beteiligter Akteure,
- unklare, nicht artikuliert oder differierende Erwartungen der Akteure aneinander und an ihre AdressatInnen,
- Unkenntnis über Aufgaben, Handlungsmöglichkeiten und Handlungsabläufe von kooperierenden Akteuren,
- prinzipiell unterschiedliche Handlungslogiken und Verfahrensweisen,
- fehlende oder mangelhafte Rückkopplungsprozesse zwischen den Organisationsorganen innerhalb einer Institution sowie zwischen Institutionen als auch
- eine fehlende strukturelle und finanzielle Absicherung des Kooperationshandelns in den beteiligten Organisationen (vgl. van Santen/Seckinger 2011).

Eine wesentliche Aufgabe gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit ist es daher, die Rolle der Koordination zwischen den beteiligten Diensten verantwortlich zu übernehmen, um zielführende sowie tragfähige Kooperationen auf- und auszubauen. Dies kann nur gelingen, wenn sie die o.g. Netzwerkdynamiken wahr und ernst nimmt, sie in der inter- und intrainstitutionellen Zusammenarbeit thematisiert und in die Organisation gemeinsamer Hilfen zielgerichtet integriert. Durch die Herstellung einer gemeinsamen Wissensbasis und Kompetenzausstattung aller Akteure sowie der Überwindung von *Gräben* inter- und intradisziplinärer Wissensbestände und Bearbeitungslogiken, versteht sich ein wichtiges Anliegen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit

- in der Förderung einer gemeinsamen Wissensbasis beteiligter Akteure auf der Fallebene,
- in ihrem Beitrag zu einer multidimensionalen Diagnostik (einer lebens-, subjekt- und situationsnahen Diagnostik),
- in der Schaffung eines gemeinsamen Leitbildes, gemeinsamer Ressourcenausrichtung und eines gemeinsamen Akteursverständnisses sowie
- in einem gemeinsamen Konsens über forschungsbezogene Notwendigkeiten für gelingende Kooperationsbeziehungen (vgl. Gahleitner/Homfeldt 2013).

Trotz dieser klar akzentuierten Kooperationserfordernis, hängt das Ge- oder Misslingen kooperativer Hilfeleistungen wesentlich von strukturellen Bedingungen ab, die die Erbringung komplexer Leistungen erschweren, in einigen Fällen sogar verunmöglichen. Rechtliche Grundlagen (bspw. in den SGB's), Finanztöpfe, Qualitätssicherungskonzepte und die kommunale Berichterstattung finden in völlig unterschiedlicher Bearbeitungslogik statt und greifen Erkenntnisse des jeweils anderen Akteurs wenig bis kaum auf (vgl. Homfeldt 2012). Kooperationsbestrebungen zwischen dem Sozial-, Bildungs- und Gesundheitssystem gelten als noch wenig erforscht (vgl. Kessl 2011) und nicht pauschal und zwangsläufig im Zusammenhang mit dem Ziel gesundheitsbezogener Befähigung verbunden. Ihr Politikum ist weitreichend, ob und in wie weit weit Kooperation jedoch dem Gelingen komplexer Leistungserbringung beiträgt ist empirisch noch immer unklar (ebenda). Mitunter können sich Kooperationsbestrebungen sogar kontraproduktiv auswirken, verletzen sie bspw. die gesundheitsbezogene Selbstbestimmung von AdressatInnen. Kooperationsbeziehungen sind daher immer in ihrer individuellen, organisationalen, inter-institutionellen sowie gesellschaftlich strukturellen Verortung zu analysieren. Sie können vom Status beteiligter Akteure, ihren gegenseitigen Verbindlichkeiten, dem vorherrschenden Referenzsystem sowie der Frage nach verfügbaren Ressourcen beeinflusst werden (vgl. van Santen/Seckinger 2003, 416). Es geht also weniger darum, Kooperation als lediglich programmatisches Konzept, sondern vielmehr darum sie inhaltlich mit dem Ziel der Verbesserung gesundheitsbezogener Versorgungsqualität verantwortungsvoll umzusetzen. AdressatInnen, in ihrem individuellen Bedarf und ihrer Eingebundenheit in soziale Systeme, stehen dabei im Zentrum jeglicher Kooperations-

bestrebungen. Kooperation in der gesundheitsbezogenen Soziale Arbeit dient der qualitativen Aufwertung multiprofessionell ausgerichteter sozialer Interventionen (vgl. van Santen/Seckinger 2003).

## 1.5 Zusammenführende Überlegungen

Überlegungen zu einer adressatInnen-, lebensweltorientierten und transdisziplinären Förderung von gesundheitsbezogener Handlungsmacht (Agency) in der Jugendphase, münden unweigerlich in einer subjektorientierten Analyse sozial bedingter gesundheitsbezogener Chancen(un)gerechtigkeit. Diese Analyse basiert auf Grundlegungen der Sozialen Arbeit bzw. der Kinder- und Jugendhilfe und nimmt unter transdisziplinärer Auseinandersetzung den komplexen Gegenstand von selbst wahrgenommener gesundheitsbezogener Lebensqualität in den Blick. Hierbei scheinen psychosoziale Dimensionen von Gesundheit in der Sozialen Arbeit noch immer stärker akzentuiert zu werden. Im Gesundheitswesen hingegen dominieren zumeist medizinisch orientierte Konzepte wie das Risikofaktorenmodell. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, als Bindeglied zwischen dem Sozial- und Gesundheitswesen, akzentuiert ein biopsychosoziales Verständnis von Gesundheit. Gesundheit wird hierbei unter lebenslagen- und lebensphasentypischen Gesichtspunkten und in ihren individuell wirksam werdenden Merkmalen, selbst wahrgenommener gesundheitsbezogener Lebensqualität analysiert. In einer solchen Analyse steht die Lebensphase Jugend mit ihren entwicklungsbedingten Herausforderungen für den Einzelnen und die jugendliche Gemeinschaft im Fokus. Jugend versteht sich dabei gleichermaßen als eigene Entwicklungsphase, in der biopsychosoziale Herausforderungen wirksam werden und darüber hinaus deren positive Bewältigung einen konstitutiven Bestandteil gesunder Entwicklung ausmacht. Für eine solche Analyse biopsychosozialer Entwicklung in der Jugendphase gilt es, in verstehender Analyse sinnstiftende Motive des Handelns Jugendlicher selbst zu ergründen. Es gilt ihr je individuell spezifisches Handeln, ohne sie dabei unter wissenschaftlicher Betrachtung zum reinen Untersuchungsgegenstand abzuwerten, zu analysieren (vgl. Scherr 1997). Jugend wird dabei einerseits als eine *besondere* Phase im Lebenslauf betrachtet, die in einem unweigerlichen Zusammenhang mit der Bewältigung spezifischer biopsychosozialer Entwicklungsaufgaben steht und darüber hinaus in ihrer diversen und je individuell unterschiedlich wirksam werdenden Realisierung verstanden. Jugendliche sind eigen- und selbstwillige Akteure (vgl. Scherr 2013), sie sind „als selbstbewusstseinsfähige, sprach- und handlungsfähige Individuen (...)“ zu betrachten (Scherr 1997, 89). Ihre Handlungen konstituieren sich vor dem Hintergrund in ihrer Lebenswelt wirksam werdenden Mechanismen, die Handlungsmacht entweder ermöglichen oder begrenzen und sind Menschen fremder Gruppierungen, Kulturen oder Milieus mitunter nur schwer zugänglich zu machen. Mit Blick auf die Lebensphase Jugend vielen Erwachsenen zuweilen sogar völlig unverständlich und ohne entsprechenden Mediator kaum nachzuvollziehen. Die Betrachtung von gesundheitsbezogener Lebensqualität in der Jugend-

phase bedarf demnach einer subjektorientierten Perspektive der spezifischen Lebenslage und –phase, unter Berücksichtigung biopsychosozial wirksam werdender Aspekte, um einen Zugang zu realen Handlungsoptionen Jugendlicher, sich als Mächtig zur Einflussnahme auf die eigene Gesundheit zu erleben, zu verstehen (vgl. Scherr 1997). Stellt man sich also die Frage nach Chancen der Förderung gesundheitsbezogener Handlungsmacht in der Jugendphase, so wird man kaum umhinkommen, diese Frage aus Sicht einer akteurs-, lebensphasen- und lebensweltorientierten Perspektive zu analysieren. Darüber hinaus kommt eine solche Analyse von gesundheitsbezogener Handlungsmacht in der Jugendphase, die sich an der subjektiven Wahrnehmung biopsychosozial wirksam werdender Herausforderungen in der Adoleszenz orientiert, ebenso wenig umhin, sich mit dem spezifisch Sozialen an der Gesundheit zu beschäftigen. Sie ist auf eine biopsychosozial ausgerichtete Akzentuierung von Gesundheit angewiesen, die sich primär an subjektorientierten Alltagskonstruktionen in der Lebenswelt ihrer Akteure orientiert. In Auseinandersetzung mit Forschungstraditionen der Medizin und Psychologie und mit dem Wissen um eine Notwendigkeit beider erkenntnistheoretischer Grundpositionen in der Theoriebildung (vgl. Gahleitner/Rademacher/Hahn 2015), ist es ihr Anliegen, eigene multiperspektivische Erkenntnisse zu generieren. Darüber hinaus sollte gesundheitsbezogene Soziale Arbeit als ihre Aufgabe verstehen, bereits gewonnene Erkenntnisse der jeweils beteiligten Disziplinen wahr zu nehmen sowie die fremde und eigene Forschung kritisch-hinterfragend zu analysieren. Eine Frage nach gesundheitsbezogener Handlungsmacht in der Jugendphase richtet sich also gleichermaßen an gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen sowie psychosozialen Wissensbeständen aus. Spätestens seit Einführung der biopsychosozialen und am Subjekt orientierten Definition von Gesundheit der WHO (1948), werden sozial einflussnehmende und subjektiv wirksam werdende Dimensionen als ein wichtiges Element von Gesundheit erachtet. Gesundheit wird unter Kontextualisierung des Subjekt- und Lebensweltbezugs, dem wissenschaftlichen Diskurs, der gesellschaftlichen Verständigungskultur, milieubedingten Umgangsformen mit Gesundheit und strukturellen Machtstrukturen hergestellt. Gesundheit ist zu verstehen als subjektorientierte Alltagskonstruktion Einzelner in ihrer je individuellen Lebenswelt, die sich vor dem Hintergrund milieuspezifischer Aspirationen herausbildet und auch in diesem Kontext zu analysieren ist. Gesundheit ist ein Phänomen spezifischer Lebensphasen und subjektorientierter Interpretationen. Sie kann weder professionell noch unter Laien umfassend definiert werden, sondern bildet sich individuell und milieuspezifisch divers heraus.



## 2 Die Lebensphase Jugend

### Gesunde Entwicklung und biopsychosoziale Bewältigungsanforderungen

*"Insbesondere im Jugendalter, nicht zuletzt durch die spezifischen Körperveränderungen während der Pubertät, werden Leib und Körper zur Mitte jugendlicher Gestaltungspraktiken."  
(Homfeldt 2014b, 35)*

In der Jugendphase durchleben Heranwachsende eine Vielzahl körperlicher, psychischer und sozialer Entwicklungsprozesse. Diese Veränderungen werden von ihnen selbst sowie ihrer Umwelt wahrgenommen. Sie werden *erlebt* und sind psychosozial zu verarbeiten. Diese Verarbeitungsprozesse orientieren sich stark an sozialen Bewertungen, Bedeutungszuschreibungen, Normalitätserwartungen, Vergleichen, Beurteilungsmaßstäben und Schönheitsidealen der sozialen Umwelt (vgl. Göppel 2011). Gesundheit, im Verständnis eines biopsychosozialen Wohlbefindens nimmt damit eine ganz besondere Rolle innerhalb der Lebensphase Jugend ein. Entwicklungsaufgaben und Identitätsprobleme werden insbesondere im Zusammenhang mit dem „Leib und Körper“ zu lösen versucht (vgl. Homfeldt 2014) und hängen dementsprechend sehr eng mit biopsychosozialen Gesundheitsindikatoren zusammen (vgl. Quenzel 2015). Die Bewältigung von Facetten lebensphasentypischer Aufgaben, wie den eigenen Körper bewohnen zu lernen und sich dabei eine eigene soziale Identität unter Einflüssen individueller, kollektiver und gesellschaftlich vorgegebener, geschlechtsspezifisch fixierter Schönheits-, Gesundheits- und Fitnessidealen anzueignen (vgl. BMFSFJ 2009; Fend 2001; Keupp 2013; Hübner-Funk 2003; Hurrelmann 2007), stehen in einem engen Zusammenhang mit der gesunden Entwicklung in der Adoleszenz. Jugendliche seien keine körperlosen, gewissensgesteuerten und statussuchenden Phantome, konstatiert Hübner-Funk (2003) und verweist damit kritisch auf einen blinden Fleck mangelnder Auseinandersetzung mit der Körperlichkeit Jugendlicher in theoretischer und empirischer jugendsoziologischer Analyse (vgl. ebenda). Mit Blick auf Gesundheitsförderung und Prävention ist es daher unumgänglich Gesundheit vor dem Hintergrund von Spezifika der Lebensphase Jugend mit all den damit verbundenen biopsychosozialen Bewältigungsanforderungen hin zu betrachten.

Im folgenden Kapitel werden zunächst empirische Befunde von Gesundheit in der Jugendphase dargestellt. Es wird sich zeigen, dass die Jugendphase zwar als ein Lebensabschnitt guter körperlicher und psychischer Verfassung gelten kann, sich aber dennoch lebensphasenspezifische Risiken abzeichnen. Daraufhin wird die Lebensphase Jugend mit Blick auf einen Zusammenhang typischer Entwicklungsaufgaben und damit einhergehenden gesundheitsbezogenen Indikatoren diskutiert, woraus sich in einem nachfolgenden Teil Möglichkeiten und Grenzen gesunder Entwicklung in der Jugendphase anschließen und Chancen ihrer Förderung diskutiert werden.

## 2.1 Gesunde Entwicklung

*„Gesundheit und Wohlbefinden von Heranwachsenden hängen in hohem Maße mit ihren gesellschaftlichen Chancen zusammen. Ungleiche Lebensbedingungen beeinflussen die körperliche, psychische und soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen.“ (BMFSFJ 2009, 33)*

Im Allgemeinen geht es Jugendlichen heute gut – sogar besser als noch vor sechs Jahren (vgl. RKI 2013). Aber längst nicht alle Jugendliche profitieren von diesem positiven Gesamtergebnis der ersten bundesweit repräsentativen Untersuchung zur gesundheitlichen Lage Heranwachsender in der Bundesrepublik, dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Belastungen im Schulalltag, Selbstwertprobleme oder das Aufwachsen in einer sozial benachteiligten Familie können sich negativ auf die subjektive Gesundheit Jugendlicher auswirken (vgl. RKI 2007, 2013). Ein Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit ließe sich, so Thomas Lampert (Leiter der Gesundheitsberichterstattung am Robert-Koch-Institut), nicht bloß auf die Einkommensverhältnisse der Herkunftsfamilien reduzieren, sondern sei im direkten Bezug mit der jugendlichen Lebenswelt und Lebenslage zu analysieren – „Kinder und Jugendliche durchlaufen vielfältige Entwicklungsprozesse, sowohl in körperlicher wie psychischer Hinsicht. Gesundheitliche Störungen in dieser Zeit können nicht nur das aktuelle Wohl der Heranwachsenden beeinträchtigen. Es werden vielmehr auch Weichen für die Gesundheit in späteren Lebensphasen gestellt. Und die soziale Situation, in der Kinder aufwachsen, spielt hierbei eine ganz maßgebliche Rolle.“ (Lampert 2013, zit. nach RKI 2013, 14) Diesen Zusammenhang konstatierte bereits 2007 die Basispublikation der KiGGS-Untersuchung sowie daran anlehnend der 13. Kinder- und Jugendbericht (vgl. BMFSFJ 2009), der sich in besonderem Maße der Schnittstelle zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheits- und Bildungswesen und der Behindertenhilfe widmete. Dabei konnte zusammengefasst eine deutliche Zunahme problematischer, gesundheitsbezogener Phänomene, wie Bewegungsarmut, Fettleibigkeit, Magersucht und prekäres Ernährungsverhalten sowie exzessiver Alkoholkonsum und Gewalttätigkeit von Jugendlichen im Zusammenhang mit ihrer sozialen Lage, nachgewiesen werden (vgl. BMFSFJ 2009). Die Ergebnisse zeigen weiterhin Verschiebungen von akuten zu chronischen Erkrankungen, die sich durch sozial unterschiedliche Ausgangslagen und damit im Zusammenhang stehenden Verhaltensweisen sowie einem veränderten Lebensstil von Kindern und Jugendlichen begründen lassen. Problematisches Ernährungsverhalten, Bewegungsmangel und benachteiligte Lebensverhältnisse stünden dabei im Fokus. Zudem konstatierte der 13. KJB eine Verlagerung von somatischen Erkrankungen zu psychischen Auffälligkeiten, die sich im Erwachsenenalter zu langanhaltenden psychischen Beeinträchtigungen manifestieren können (vgl. BMFSFJ 2009). Diese Entwicklung wird als die *neue Morbidität* diskutiert, die Gesundheit in einem engen Zusammenhang mit dem Lebensstil und den Lebensverhältnissen Heranwachsender und ihren

Bezugspersonen setzt (vgl. Mielck 2005). Zusammengefasst zeigt sich gesundheitliche Ungleichheit Heranwachsender in verschiedenen Bereichen:

- Die KiGGS-Studie zeigt ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas sozio-ökonomisch benachteiligter Kinder und Jugendlicher sowie geringeren Chancen ihrer Teilnahme an regelmäßigen institutionell verorteten Freizeitaktivitäten (vgl. Kurth, B.-M. 2006). 15% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren sind übergewichtig und sogar 6,3% adipös, wobei deutliche statusspezifische Unterschiede zu verzeichnen sind: ca. 1/5 der niedrigen Statusgruppe, jedoch nur ca. 10% der höheren sind übergewichtig (vgl. Lampert/Kuntz 2015). In der ersten Folgebefragung wird zudem ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Sportausübung und dem Sozialstatus Heranwachsender belegt; je niedriger der Sozialstatus, desto geringer ist der Anteil derjenigen, die Sport treiben oder in einem Sportverein aktiv sind (vgl. RKI 2014).
- Für den Bereich der Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter wurden als häufigste Probleme Verhaltens-, emotionale und Hyperaktivitätsprobleme gefunden. Insgesamt zeigten 8,1% der Befragten mit hohem sozioökonomischen Status, jedoch ganze 23,2% mit niedrigem Sozialstatus, Hinweise auf psychische Probleme (vgl. Hölling et al. 2007). ADHS wurde häufiger bei TeilnehmerInnen der KiGGS-Studie mit einem niedrigen sozioökonomischen Status diagnostiziert (vgl. Schlack et al. 2007). Bei Essstörungen dominiert die Gruppe sozioökonomisch benachteiligter Kinder und Jugendlicher mit 27,6% gegenüber 15,6 % aus Familien mit vergleichbar hohem Sozialstatus (vgl. Hölling/Schlack 2007). Bei tiefergehenden Befragungen von Kindern im Alter zwischen 7 und 17 Jahren, zu ihrem seelischen Wohlbefinden und Verhalten (BELLA-Studie), zeigten 21,9% aller Kinder und Jugendlichen Hinweise für psychische Auffälligkeiten (nach SDQ<sup>3</sup>), die auf ein ungünstiges Familienklima sowie einen niedrigen sozioökonomischen Status Befragter zurückgeführt werden können (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2007). Insgesamt kann bis zu 1/5 der 3- bis 17-Jährigen der Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten zugeordnet werden; Jungen zeigen hierbei häufiger Anzeichen. Die Häufigkeit folgt einem sozialen Gradient, je höher der soziale Status, desto geringer der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Prävalenzen für psychische Auffälligkeiten (vgl. Hölling et al. 2014; RKI 2014). Psychische Verhaltensauffälligkeiten gehen häufig einher mit erheblichen Beeinträchtigungen des familiären, schulischen oder weiteren sozialen Umfelds, können sich im Übergang in das Erwachsenenalter chronifizieren, den Bindungs- und Berufserfolg beeinträchtigen und sich darüber hinaus auf die somatische Gesundheit Heranwachsender auswirken (vgl. Hölling et al. 2014).

---

<sup>3</sup> The Strength and Difficulties Screening (Goodmann 1997).

- Untersuchungen zu personalen, sozialen und familiären Ressourcen weisen ebenfalls Defizite bei konstatierte Risikogruppe auf, die sich mitunter in einer höheren Vulnerabilität für gesundheitliche Beeinträchtigungen sozioökonomisch benachteiligter Jugendlicher niederschlägt (vgl. Erhart et al. 2007). Auch in der Folgeuntersuchung lassen sich zum Teil stark ausgeprägte soziale Unterschiede in der gesundheitlichen Situation Heranwachsender nachzeichnen (vgl. Lampert/Kuntz 2015). Gesundheitszustand, psychische Auffälligkeiten, Ernährungsgewohnheiten, sportliche Aktivitäten sowie protektive und Risikofaktoren in der Kindheit weisen Unterschiede je nach Sozialstatus auf (vgl. ebenda). Das Risiko von Gesundheitsproblemen bei Heranwachsenden aus Familien mit niedrigem Sozialstatus ist höher als bei Gleichaltrigen aus der mittleren oder hohen Statusgruppe (vgl. ebenda).
- Weiterhin konnte ein Zusammenhang zwischen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und sozialen Lage Heranwachsender nachgewiesen werden (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2007b). Bei Kindern und Jugendlichen, die nach SDQ-Gesamtproblemwert psychische Auffälligkeiten aufweisen, ist der Anteil mit geringer Lebensqualität besonders hoch; insgesamt zeigt sich der Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als besonders hoch (vgl. Ellert et al. 2014). Körperliche Erkrankungen als auch psychische Auffälligkeiten gehen deutlich mit Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einher (vgl. ebenda). Die Ergebnisse der Folgeuntersuchung (KiGGS Welle 1) weisen deutlich darauf hin, dass Interventionen zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit körperlichen Erkrankungen, mit psychischen Auffälligkeiten und in Abhängigkeit ihrer sozialen Lage zwingend erforderlich sind (vgl. ebenda).
- Auch seien Kinder und Jugendliche aus niedriger sozioökonomischer Schicht mit erhöhter subjektiver Gewaltbelastung und -bereitschaft konfrontiert (vgl. Schlack/Hölling 2007). Rund ¼ aller Jugendlichen haben im vergangenen Jahr Gewalterfahrungen gemacht, Jungen fast doppelt so häufig wie Mädchen (vgl. ebenda). Beide Geschlechter der unteren Statusgruppe üben nicht nur häufiger Gewalt aus, sondern sind auch häufiger Opfer von Gewalt als Gleichaltrige höherer Statusgruppen (vgl. ebenda).

In ähnlicher Weise stellt auch die „Health Behaviour in School-aged Children“-Studie (HBSC) des Regionalbüros Europa zusammengefasst dar, dass die Gesundheit beeinträchtigende Verhaltensweisen mit dem Alter sowie mit abnehmendem Familieneinkommen zunehmen, Jungen und Mädchen unterschiedlich gesunde und ungesunde Verhaltensweisen aufweisen, Gesundheitsmuster zwischen den Ländern variieren und Gesundheit daher im Kontext des Lebenslaufes, der sozioökonomischen Lage Heranwachsender, ihres Geschlechts sowie kultureller Zugehörigkeit differenziert betrachtet werden muss (vgl. WHO 2011).

## 2.2 Gesundheitsbezogene Ressourcen und Risiken

In der Lebensverlaufsanalyse „A life course study on education and health“ untersuchte Jason E. Murasko (2007) Zusammenhänge zwischen der psychosozialen Entwicklung in der Kindheitsphase, der Gesundheit sowie den Bildungsergebnissen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter (vgl. Murasko 2007). Die Untersuchung bezog sich auf die psychosozialen Ressourcen

- Glaube an die eigene Einflussnahmemöglichkeit kommender Ereignisse (Kontrollüberzeugung) und
- Selbstbewusstsein bzw. Selbstvertrauen Heranwachsender, die in der Fachliteratur immer wieder mit einer hohen Stressresistenz in Verbindung gebracht werden und sich so positiv auf die Gesundheit auswirken können (vgl. Franzkowiak et al. 2011; Murasko 2007).

Die Stichprobe umfasste insgesamt 4.547 Jugendliche der Altersgruppen/Geburtsjahrgänge: 10 Jahre (1980), 16 Jahre (1986) und 29 Jahre (1999/2000). Die Ergebnisse dieser Untersuchung können wie folgt zusammengefasst werden (vgl. Franzkowiak et al. 2011; Homfeldt 2010b; Murasko 2007):

- Anhand der Daten der 10-Jährigen konnte festgestellt werden, dass sich ihre Kontrollüberzeugung positiv auf die Gesundheit im frühen Erwachsenenalter auswirkte. Der Indikator Selbstbewusstsein steht jedoch in keinem Zusammenhang mit späteren Bildungserfolgen und nur in einem schwachen Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand im frühen Erwachsenenalter.
- Die sozioökonomische Lage der Familie nimmt einen großen Einfluss darauf, ob die befragten Jugendlichen die Schule nach dem 16. Lebensjahr bereits verlassen. Darüber hinaus steht auch der Kontrollglaube Jugendlicher in einem Zusammenhang mit dem erzielten Schulabschluss oder akademischen Grad junger Erwachsener.
- Die psychosoziale Entwicklung in der Kindheit zeigt im Erwachsenenalter größere Effekte als im Jugendalter. Zudem konnten die Merkmale Kontrollglaube und Selbstbewusstsein signifikante Schlüsse auf die Gesundheit im Erwachsenenalter zulassen.
- Auch der sozioökonomische Status der Herkunftsfamilie ließ signifikante Schlüsse auf die Gesundheitsoutcomes im Erwachsenenalter und auf den Bildungserfolg im Jugend- und Erwachsenenalter zu.
- Darüber hinaus lässt sich ein Zusammenhang zwischen der Gesundheit in der Kindheit und im Erwachsenenalter nachweisen. Zwischen dem sozioökonomischen Status der Eltern und der Gesundheit Befragter kann sogar ein signifikanter Zusammenhang gefunden werden. Auffällig ist jedoch, dass der soziale Gradient in Bezug auf die Gesundheit in der Kindheit und dem Erwachsenenalter nachweislich stark ausgeprägt ist, sich in der Adoleszenz jedoch verringert. Diese Besonderheit deutet darauf hin, dass die Beziehung zwischen

sozialer Ungleichheit und Gesundheit altersabhängig sein kann. Dieses Phänomen kann anhand zweier Ansätze erklärt werden (vgl. Franzkowiak et al. 2011; Homfeldt 2010b):

- Anhand der Hypothese latenter Unterschiede könnte sich dieses Phänomen dadurch erklären, dass sozioökonomische Unterschiede in Bezug auf die Gesundheit im Jugendalter zwar vorliegen, diese aber mit den zur Verfügung stehenden Messinstrumenten noch nicht erfasst werden können. Beispielsweise könnten im Jugendalter vorliegende gesundheitsschädigende Verhaltensweisen ihre Auswirkungen erst im Erwachsenenalter zeigen und so auch erst dann empirisch messbar werden. Zudem liegen gewisse gesundheitsschädigende Rahmenbedingungen, wie ein belastendes Arbeitsklima, schier noch nicht vor. Oder in der Kindheit erlernte, die Gesundheit gefährdende, Verhaltensweisen werden in der Jugendphase *unterbrochen*, um sich so von der Herkunftsfamilie abzugrenzen. Diese könnten jedoch später im Erwachsenenalter wieder aufgenommen werden.
- Nach der Pufferhypothese nimmt der Einfluss der Familie in der Jugendphase ab (s.o.) und der anderer Sozialisationsinstanzen, wie Freunde, Schule und weitere Einflussfaktoren, zu. Unabhängig der sozialen Schichtzugehörigkeit Jugendlicher können diese externen Sozialisationsfaktoren einen negativen Einfluss sozioökonomisch benachteiligter Familien auf die Gesundheit abmildern.

Es zeigt sich also, dass insbesondere das Maß der Ausprägung kindlichen Glaubens an die eigene Einflussnahmemöglichkeit kommender Ereignisse (Kontrollüberzeugung) einen positiven Einfluss auf die Gesundheit nimmt. Ebenso wird hierdurch die Wahrscheinlichkeit eines formalen Schul- oder Berufsabschlusses und des akademischen Qualifikationsgrades im weiteren Lebenslauf Befragter positiv beeinflusst. Zudem zeigen die psychosoziale Entwicklung in der Kindheit und der soziale Gradient der Herkunftsfamilie Effekte auf die Gesundheit Befragter im späteren Erwachsenenalter. Wohl aber nicht in der Jugendphase. Für diese Zeitspanne nehmen anscheinend andere soziale Indikatoren Einfluss auf die jugendliche Gesundheit. Einflüsse der Peers nehmen zu und gesundheitsbezogene Verhaltensweisen werden in Abgrenzung zu denen im Elternhaus erlebten überdacht. Hinzukommend könnten sich die Konsequenzen gesundheitsriskanter Verhaltensweisen in der Kindheit und Jugend erst im späteren Erwachsenenalter zeigen und so auch erst messbar werden.

### **2.3 Geschlecht und Gesundheit**

Die Entwicklung in der Jugendphase vollzieht sich in einem biopsychosozialen Zusammenspiel von Veränderungen Heranwachsender, die Geschlecht zu einer wesentlichen Einflussgröße auf all diesen Ebenen auf die gesunde Entwicklung Jugendlicher werden lässt. Die Entwicklung einer Beziehung zum Körper und der eigenen Körperlichkeit sowie einer sozialgeschlechtlichen Identität sind gegenwertige Charakteristika der Phase, die unter Betrachtung

des jugendlichen Umgangs mit dem eigenen Körper – insbesondere durch sozial und kulturell geformte geschlechtsspezifische Rollenerwartungen und Normierungen – maßgeblich bestimmt werden (vgl. Homfeldt 2010b). Geschlecht ist und bleibt eine zentrale Differenzierungsdimension für die Gesundheit im Jugendalter, die mitunter durch den Blick auf geschlechts-heterogene Dynamiken verschiedener Gesundheitsindikatoren und –verhaltensweisen wertvolle Rückschlüsse auf zielgruppenspezifische Interventionsmöglichkeiten zulässt. Mädchen und Jungen kommen – wie diese Differenzierung ja bereits per se verdeutlicht – nicht geschlechtslos zur Welt, sondern beginnen mit dem Eintreten ihres Lebens auch eine „Körperkarriere“ (Baur/Miethling 1991), in zumeist durchgängiger Reproduktion von Weiblichkeits- und Männlichkeitsstereotypen, die sie über ihren gesamten Lebensweg hin begleiten werden (vgl. Glücks/Kolip 2013). Auf emotionaler Ebene lässt sich beispielsweise bereits früh ein differenziertes Gefühls(Ausdrucks-)Repertoire von Mädchen und ein eher als gehemmt beschreibbares Repertoire der emotionalen Ausdrucksfähigkeit von Jungen erkennen (vgl. ebenda). Um geschlechtstypische Charakteristika von Heranwachsenden genauer spezifizieren zu können, brachten Kolip et al. einen Sammelband „Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich“ mit geschlechtsspezifischen Auswertungen der Ergebnissen des WHO-Jugendgesundheitsurvey „Health Behaviour in School-aged Children“ heraus (vgl. Kolip et al. 2013):

**(a)** Geschlechtsunterschiede in der Beurteilung selbst wahrgenommener Lebenszufriedenheit, des allgemeinen Gesundheitszustands, der psychischen Gesundheit und dem Vorliegen psychischer Auffälligkeiten sowie psychosomatischer Beschwerden:

- Mädchen und beide Geschlechter mit zunehmendem Alter schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter ein.
- Fast doppelt so viele Mädchen wie Jungen berichten über wiederkehrende gesundheitliche Beschwerden in kürzerer Zeit und Mädchen leiden öfter an psychosomatischen Beschwerden als Jungen.
- Mädchen bewerten ihre allgemeine Lebenszufriedenheit anhand der "Cantril Ladder" (Cantril 1965) schlechter als Jungen. Zudem nimmt diese Bewertung auch mit steigendem Alter der Befragten beider Geschlechter ab.
- In einer Selbsteinschätzung der psychischen Gesundheit (psychisches Wohlbefinden und Lebensqualität) geben insgesamt 15,6% der Jugendlichen Beeinträchtigungen ihrer psychischen Gesundheit an. Der Anteil weiblicher Befragter ist dabei fast doppelt so hoch (20,5%) wie der Anteil männlicher (10,4%). Auch diese Einschätzung wird mit zunehmendem Alter kritischer von beiden Geschlechtern bewertet.
- Nach Messungen anhand des SDQ zur Identifikation möglicher klinisch relevanter psychischer Auffälligkeiten im Jugendalter, müssten 5% der Mädchen und 4,3% der Jungen

im Bereich „auffällig“ eingestuft werden. Mädchen weisen hier eher emotionale Probleme und Jungen eher ein problematisches Verhalten auf.

**(b) Ursachen gesundheitlicher Geschlechtsunterschiede:**

- Als Ursachen von gesundheitsbezogenen Geschlechtsunterschieden in der Jugendphase können stereotype Rollenmodelle, geschlechtsspezifische Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Integration sowie differente geschlechtstypische Bewältigungsstrategien bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen hinzugezogen werden.
- Mädchen weisen eine höhere Prävalenz für depressive Verstimmungen auf, Jungen hingegen verfügen anscheinend über eine höhere Anzahl psychischer Ressourcen, die ihre mentale Gesundheit schützen.
- Im Gegensatz zu Mädchen sind Jungen jedoch Zeichen ihres Körpers und ihrer Gefühlswelt gegenüber weniger sensibel. Sie neigen eher dazu, auf Belastungen erst (zu) spät zu reagieren, wenn diese bereits schädigende Ausmaße angenommen haben. Mädchen reflektieren ihren eigenen Gesundheitszustand intensiver und neigen zu einer nach innen gerichteten Perspektive auf ihren Körper. Bei Jungen steht eher der Sinn und Zweck ihres Körpers als Leistungs- und Funktionsorgan im Vordergrund.

**(c) Geschlechtsspezifische Bewältigungsstrategien:**

- Bezüglich ihrer Bewältigungsstrategien unterscheiden sich Mädchen und Jungen häufig in Form unterschiedlicher Reaktionen auf Stressoren. Jungen richten deren Verarbeitung eher nach außen und Mädchen eher nach innen – Jungen neigen eher zu aggressivem Risikoverhalten und Vermeidungsstrategien und Mädchen eher zu depressiven Tendenzen, Ess- und psychosomatischen Störungen.

**(d) Geschlecht und Gesundheit im Lebenslauf:**

- Unter Betrachtung ihres Lebenslaufes können Jungen im ersten Jahrzehnt noch als das kränkere Geschlecht bezeichnet werden. Ab einem Alter von ca. 13 bis 15 Jahren kehrt sich dieses Verhältnis jedoch um, sodass nach der Pubertät eher Mädchen Auffälligkeiten zeigen, eine niedrigere subjektive Gesundheit, niedrigere Lebenszufriedenheit und erhöhte psychosomatische Beschwerden aufweisen.

**(e) Geschlechtsspezifische Vulnerabilität:**

- Durch Indexbildung haben Glücks et al. (2013) Jugendliche anhand von spezifischen psychosozialen Indikatoren in Gruppen differenziert. Im Ergebnis zeigen sie auf, dass sich die Wahrscheinlichkeit (nach logistischer Regressionsanalyse) der Gruppe mit *generellen Beschwerden* anzugehören, für Mädchen im Vergleich zu Jungen um das 1,8-fache erhöht. Auch anhand univariater Varianzanalysen konnten Geschlechtsunterschiede bei Angaben

zum psychischen Wohlbefinden, der Lebensqualität und psychischen Auffälligkeiten (SDQ) identifiziert werden. Darüber hinaus wiesen sie signifikant negativere Einschätzungen weiblicher Befragter über ihr Familienleben, den Umgang mit Gleichaltrigen und ihren schulischen Alltag nach.

In einer Erweiterung dieser geschlechtsspezifischen Betrachtung sollte jedoch eher ein *intersektionaler* Ansatz von Gesundheit gewählt werden. Durch ein Aufgreifen der sozialen Herkunft, Religionszugehörigkeit, sexueller Orientierung, sozioökonomischen Status und des Alters Befragter kann dazu beigetragen werden, soziale und gesundheitliche Ungleichheit intensiver zueinander in Beziehung zu setzen, Machtverhältnisse zu erkennen und anhand vorherrschender Gesellschaftsstrukturen, Identitätskonstruktionen und symbolischer Repräsentationen hin zu analysieren (vgl. Glücks/Kolip 2013). Durch diese Perspektiv-erweiterung kann sich der Fokus von Jugend(gesundheits)forschung über die individuelle Ebene hinausgehend, auf eine Betrachtung der Lebenswelt Jugendlicher in ihrem ganzheitlichen Gegenstand erweitern (vgl. Homfeldt et al. 2009), als Beitrag einer Ergänzung von empirischen Daten jugendlicher Handlungen und Lebensäußerungen, mit Blick auf ihre innere und äußere Handlungsbefähigung (vgl. Lange 2008) auch für den Gegenstand Gesundheit.

## **2.4 Gesundheit in der Lebensphase Jugend**

Die Phase der Jugend ist geprägt durch Aushandlungsprozesse zwischen unselbstständigen und selbstständigen Handlungsanforderungen (vgl. Hurrelmann 2007). Sie gilt als Phase der Ablösung von der Herkunftsfamilie, zur Vorbereitung auf ein selbstständiges und autonomes Leben. Die Jugendphase gilt einerseits als Transition von der Kindheit in das Erwachsenenalter und der damit verbundenen Etablierung eines eigenen Lebenswegs und -stils und andererseits als eine in sich geschlossene Phase im Leben Heranwachsender einem Moratorium. Im klassischen Sinne versteht sich die Jugendphase als Phase der Verselbstständigung im Beruflichen, Ökonomischen und Privaten, in der Kompetenzen der selbstständigen Teilnahme am Kultur- und Konsumleben sowie der verantwortlichen politischen Partizipation übernommen werden (vgl. Fend 2001; Hurrelmann 2007). Um diesen Anforderungen gerecht werden zu können, haben Jugendliche eine Reihe als *typisch* für die Jugendphase geltende Entwicklungsaufgaben gelingend zu bewältigen: sie müssen ihren eigenen Körper bewohnen und akzeptieren lernen, sich einen Umgang mit der eigenen Sexualität aneignen, soziale Beziehungen umbauen, schulische und berufliche Leistungsansprüche definieren, eine Ausbildungs- und Berufswahl treffen, sich an gesellschaftspolitischen Meinungsbildungsprozessen beteiligen und einen eigenen Umgang mit dem Konsum- und Regenerationsmarkt entwickeln (vgl. Fend 2001; Quenzel 2015). Kernthemen der Adoleszenz sind das Selbst, der Körper und die Sexualität; Beziehungen zu den Eltern und Peers, Leistung und Beruf sowie Kultur und Gesellschaft (vgl. Fend 2001). Diese Kernthemen stehen in einem engen

Zusammenhang mit ihrer biopsychosozialen Gesundheit (vgl. Homfeldt 2010b; Keupp 2013, 2014; Sting 2010; Quenzel 2015). Die Körpererfahrung und das Körpererleben werden in der Jugendphase zum Ausgangs- und Bezugspunkt von Wohl- und Unwohlbefinden, von positiver Weltzuwendung wie auch von quälenden Anstrengungen, von Krisen und neuen Risiken (vgl. BMFSFJ 2009). Die Jugendphase wird zum Wendepunkt im Gesundheits- und Krankheitsgeschehen (vgl. Quenzel 2015). Beginnend mit dem 12. Lebensjahr verändert sich der Körper, bildet sich eine (Geschlechter-)Identität, werden erste sexuelle Erfahrungen gemacht, finden intensive Ablösungsprozesse vom Elternhaus und Hinwendungsprozesse zu Gleichaltrigen statt, nehmen eigene und soziale Erwartungen und Aspirationen der Schul- und Berufswahl an Bedeutung zu und steigen Ansprüche der Partizipation am Gesellschaftsleben. Diese Veränderungsprozesse werden von Heranwachsenden physisch, psychisch und sozial wahrgenommen er- und durchlebt. Werden sie nicht oder nur teilweise bewältigt, kann dies zu langfristigen Belastungen bis hin zu psychischen Störungen führen, die sich bis weit in das Erwachsenenalter hin auswirken können (vgl. BMFSFJ 2009; Lenz 2011). Eine gelingende Bewältigung jedoch dient als Basis einer physisch, psychisch und sozial *gesunden* jugendlichen Entwicklung. Darüber hinaus nehmen nicht nur die biopsychosozialen Veränderungen selbst Einfluss auf die jugendliche Entwicklung. Die Bewältigung dieser Herausforderungen finden statt vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Spielräume, pluraler Möglichkeiten und der Notwendigkeit, einen Platz in dieser undurchsichtigen Struktur zu finden (vgl. BMFSFJ 2009). Aufwachsen heute wird so zur Herausforderung, sich einen eigenen Weg durch die undurchsichtigen Strukturen zu bahnen, diffuse Normierungen, innere Widersprüche und zahlreiche Doppelbödigkeiten hinreichend auszutarieren und dennoch allen Anforderungen, den eigenen und sozialen, gerecht zu werden (vgl. BMFSFJ 2009, Rauschenbach 2013).

Einerseits scheint die Jugendphase dabei im Zusammenhang mit aktuell vorherrschenden Gesellschaftsstrukturen zunehmend ihren Charakter des Übergangs (Transition) zu verlieren (vgl. Gille 2012), es bleibt aber genauso fraglich, inwieweit sie allein als eine eigenständige Phase (Jugendmoratorium) verstanden werden kann: „Weder das Moratorium noch die Jugend als Transition muss notwendigerweise funktionalistisch gedeutet werden, auch wenn dies in beiden Fällen die dominanten Deutungsweisen sind. Während eine Transitionsperspektive aber immer die zukünftigen Lebensbedingungen in den Blick nimmt, liefert die Konzeption von Jugend als Moratorium einen Ausgangspunkt für die Evaluation des gegenwertigen Lebensstandards bzw. des gegenwertigen Wohlergehens junger Menschen.“ (Clark 2015, 104) Die Lebensphase Jugend ist gesellschaftlich-normativ darauf ausgerichtet, Jugendliche auf eine autonomes Leben vorzubereiten und versteht sich ebenso als von der Kindheit und dem Erwachsenenalter separierte Lebensphase. Um nicht in funktionalistische Deutungen zu verfallen kann einer Analyse von Gesundheit in der Lebensphase Jugend daher der Capability Approach (CA) dienen. Die beiden Deutungsweisen der Lebensphase Jugend als Transition oder Moratorium werden so um eine gerechtigkeitstheoretische Perspektive, vor dem

Hintergrund ethischer und normativer Prämissen, erweitert (vgl. ebenda). Das Verständnis von Jugendphase bleibt dabei nicht auf rein funktionaler Ebene der Übergangsgestaltung oder ihrer Eigenwilligkeit selbst stehen, sondern verbindet diese Varianten mit Blick auf ein sozial und gesundheitlich gerechtes Aufwachsen und der Förderung normativer Strukturen, um das Wohlergehen Einzelner, nach individueller Maßgabe subjektiven Wohls und guter Entwicklung in der Gesellschaft zu ermöglichen. Mit dieser Fokussierung können stark aufoktroierte Anforderungen an Jugendliche, die diametral zu einer gesunden Entwicklung, dem Wohlbefinden oder gesellschaftlicher Integration, entstehen, überwunden werden. Andererseits dient diese Perspektive genauso der analytischen Aufdeckung gesundheitsbezogener Risiken, die in spezifischen Lebensphasen und –lagen wirksam werden und einer gesellschaftlichen Aufdeckung, Kritik und Bearbeitung benötigen. Jugendphase bemisst sich dann nicht mehr rein an ihrer Zweckerfüllung erfolgreicher Übergangs- oder Lebensphasengestaltung. Sie bemisst sich dem CA nach anhand gesellschaftlicher und individueller Chancengerechtigkeit für eine gesunde Entwicklung. Die dahinterliegende Frage lautet, inwieweit sind Jugendlichen individuelle und soziale Ressourcen verfügbar, um sich gesund zu entwickeln und einen Lebensweg einschlagen zu können, den sie mit guten Gründen wertschätzen? Mit einer solchen Erweiterung kann gesundheitsbezogene Chancengerechtigkeit vor dem Hintergrund neoliberaler Gesellschaftsstrukturen und dem damit verbundenen hohen Erwartungsdruck gesellschaftlichen Funktionierens, mit Betonung individueller Kompetenz bzw. individuellen Scheiterns kritisch in den Blick genommen werden. In der Erweiterung um eine CA-Perspektive kann ein Paradigmenwechsel von fordernder Intervention in der Gesundheitsförderung zu einer in der Lebenswelt ansetzenden und individuell sowie strukturell fördernden gesundheitsbezogenen Befähigungspraxis in der Jugendphase gelingen. Jugendliches Versagen der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben stellt damit nicht mehr per se einen individuellen Mangel persönlicher Kompetenz dar, sondern bemisst sich an der Verteilung gesellschaftlicher Chancen und Möglichkeiten, sich gelingend und gesund zu entwickeln. Eine Analyse der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der Lebensphase Jugend tut daher gut daran, sich an einer solchen CA-Sichtweise zu orientieren.

#### **2.4.1 Biopsychosoziale Bewältigungsanforderungen**

Mit Blick auf die Aufgaben jugendlicher Entwicklung haben sich klassische Phasenfolgen in den vergangenen Jahrzehnten entstrukturiert. Die Phasen der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben differieren zeitlich sowie inhaltlich teils deutlich voneinander. Zeitliche Abfolgen von Statuspassagen lösen sich auf und auch ihr normatives Konzept – orientiert an bürgerlichen altbewährten Konventionen – kann vor dem Hintergrund von Modernisierungs- und Individualisierungsprozessen nicht mehr kritikfrei angenommen werden (vgl. Gille 2012). Der Eintritt in die Konsumentenrolle Jugendlicher beginnt wesentlich früher (meist bereits im Übergang von der Kindheit in die Jugendphase), auch die politische Teilhabe rückt zeitlich vor

und erfordert bereits früh Kompetenzen der gesellschaftspolitischen Partizipation Jugendlicher (vgl. Albert et al. 2010). Im Gegensatz dazu verlagert sich der Übergang in die Berufs- und Familienrolle eher in eine spätere Lebensabschnittsphase. Heranwachsenden bietet sich ein breiter Markt an verschiedenen Qualifikationsmöglichkeiten, die mitunter ein längeres Verweilen in der Lebensphase unsicherer Einkommensverhältnisse bewirkt und so mit einer Verzögerung der ökonomischen Unabhängigkeit Jugendlicher einhergeht (vgl. ebenda). Hinzukommt, dass eine nicht zu vernachlässigende Anzahl Jugendlicher den Status ökonomischer Unabhängigkeit aufgrund schlechter Qualifikationen oder mangelnder Arbeitsstellen erst gar nicht erreicht (vgl. ebenda). Darüber hinaus scheint die Bindung in einer festen Partnerschaft heute nicht mehr zwingend mit einer Familiengründung mit Kinderplanung gekoppelt, sodass – treffen überhaupt beide Ereignisse ein – diese zeitlich weit voneinander entfernt liegen können (vgl. ebenda). Jugendliche Entwicklung versteht sich heute als ein aktiver Konstruktionsprozess, in dem sich Jugendliche gleichermaßen mit den an sie herangetragenen Erwartungen und eigenen Zielen beschäftigen müssen (vgl. Gille 2012). Sie sind als Akteure der Konstruktion ihrer eigenen Lebens- und Gesundheitswelt unterwegs, die sich und ihr Leben unter vorherrschenden sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen selbst realisieren. Individuelle Kompetenz zur Bewältigung der komplexen Anforderungen an die Lebensphase Jugend und damit verbundenen gelingenden Entwicklung einer eigenständigen, selbstwirksamen und kohärenten Persönlichkeit, werden zu zentralen Voraussetzungen gelungener Lebensführung (vgl. Gille 2012; Lerner et al. 2007). Die damit verbundenen Individualisierungsansprüche stellen Jugendliche vor die Herausforderung, Risiken des Weges durch die Jugendphase in höherem Maße selbst ausbalancieren und verantworten zu müssen. Selbstorganisation, Selbstinszenierung sowie die eigenständige Erschließung sozialer Netzwerke nehmen zu. Sie eröffnen einerseits ein hohes Maß an Autonomie in Form individueller (Mit- und Aus-)Gestaltung persönlicher Lebensentwürfe, fordern andererseits aber auch eine hohe Definitions- und Organisationsleistung Jugendlicher, um überhaupt einen eigenen Weg innerhalb des pluralisierenden Marktes an Möglichkeiten zu finden (vgl. Gille 2012). Weiterhin ist die Jugend geprägt von gesellschaftlichen Ungleichheitsstrukturen, beginnend im selektiven Bildungs- und Ausbildungssektor, bis in den Eintritt in die Berufswelt, welche gleichsam zur Reproduktion dieser Ungleichheiten beiträgt (vgl. Hornstein/Thole 2008), so dass sich per se eine Differenzierung in *winner* und *looser* abzuzeichnen scheint. Eine Vielzahl Jugendlicher verfügt über hinreichende Potenziale, die zugespitzten Anforderungen gesund zu bewältigen, eine kleine Anzahl bleibt jedoch zwischen sich erweiternden Wahlmöglichkeiten, Freiheiten und individuell gestaltbaren Platzierungsmöglichkeiten, durch Verunsicherung und der Angst bzw. Erfahrung des Scheiterns, auf der Strecke und zahlt dafür, trotz mannigfaltig erscheinender Wahlmöglichkeiten und Lebensperspektiven, mit der eigenen Entscheidungs- und Handlungsfreiheit (vgl. Hornstein/Thole 2008, Albert et al. 2010). Die Grundausrichtung der sozialstaatlichen Jugendpolitik entwickelt sich vom Arbeitskräftebedarf-

zum Humankapitalansatz, sodass sozialstaatliche Inklusionsformen eher über die Figur des jungen Menschen als „zukünftigen effektiven Bürger und damit als eigenverantwortlichen Akteur“ (Homfeldt et al. 2009, 361) gesteuert werden. Heranwachsende werden zum „öffentlichen Gut“, die in ihrer individuellen Kompetenz optimal zu fördern sind, um auf diese Weise fit für die Gesellschaft und den Arbeitsmarkt gemacht zu werden (vgl. Rauschenbach 2013, 6), gesellschaftliche Verantwortung, Chancengerechtigkeit und die realen Freiheiten Heranwachsender dabei aber häufig übersehen. Die Verfügungsgewalt über die Arbeitskraft von Bürgern liegt bei ihnen selbst und fordert sie selbst heraus, den umfangreichen Ansprüchen und Anforderungen zur Etablierung einer autonomen erwachsenen Persönlichkeit genüge zu tragen (vgl. Homfeldt et al. 2009). Dies zeigt sich auch in Konzepten von Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe, vergessen sie bei aller Forderung nach gesunder Jugend ihren Ursprung in der Schaffung gesundheitsbefähigender Lebenswelten und -stile, um gesundheitsbezogene Lebensqualität Heranwachsender, nach ihrer individuell wertgeschätzten Maßgabe zu ermöglichen.

#### **2.4.2 Relevanz von Entwicklungsaufgaben für das Wohlbefinden**

Mit Blick auf die Relevanz jugendtypischer Entwicklungsaufgaben für das biopsychosoziale Wohlbefinden Heranwachsender zeigt sich zuerst einmal der verändernde jugendliche Körper. Typisches Merkmal der beginnenden Pubertät ist die eintretende Geschlechtsreife in Verbindung mit einem abrupten Ungleichgewicht körperlicher Entwicklungen und psychischer Dynamiken der Persönlichkeit (vgl. Homfeldt 2014b). Der Körper erfindet sich neu und diese neue Körpergestalt ist von seinem Träger akzeptieren zu lernen. Bei Mädchen setzen die Prozesse durchschnittlich mit 12 und bei Jungen mit 13 Jahren ein (vgl. Gille 2012). Sie vollziehen sich mitunter zeitlich und optisch sehr unterschiedlich, sodass der Vergleich unter Peers eine ganz besondere Dynamik in dieser Lebensphase einnimmt (vgl. Göppel 2011). Mit dem Eintritt in die Pubertät werden die Geschlechter maßgeblich hervorgebracht – Jungen werden zu Männern und Mädchen zu Frauen. Die Adoleszenz wird zu einem kritischen Moment im Hinblick auf die soziale Herausbildung und individuelle Aneignung einer (Geschlechter-)Identität (vgl. King 2011). Körperliche Veränderungsprozesse werden von Heranwachsenden vor dem Hintergrund sozialer Aspekte, milieuspezifischer Wirkfaktoren und vorherrschenden Geschlechterkonstruktionen verarbeitet. Hinzu kommen hormonelle und neurobiologische Veränderungen, die sich auf die Erregbarkeit auf Reize der Außenwelt sowie die selbstregulatorischen Kompetenzen zur Verarbeitung dieser Reize auswirken (vgl. Pinquart/Silbereisen 2010). Die selbstregulatorischen Kompetenzen zur Reizverarbeitung bilden sich jedoch erst zeitversetzt heraus, so dass sich emotionale und soziale Einflussfaktoren in der Jugendphase intensiver auf Entscheidungen auswirken können (vgl. ebenda). Diese Entwicklung von Verarbeitungsprozessen des Fühlens, Denkens und Verhaltens vollzieht sich in einem Zusammenwirken neurochemischer Prozesse im Gehirn, die durch sensorische und

soziale Kindheitserfahrungen geprägt und in kontinuierlichen Lernprozessen auf- und ausgebaut werden (vgl. Göppel 2011). Nach neueren Erkenntnissen werden jugendtypische Stimmungsschwankungen und Verhaltenseigentümlichkeiten dann gerne auf neuronale Ursachen bezogen. „Die „Leiblichkeit“ ist gewissermaßen auf die „Hirnlichkeit“ reduziert.“ (ebenda, 28) So entstände unter pragmatisch gedachter Hinsicht schon mal die pädagogische Forderung, Eltern müssten zur Gewährleistung der Impulskontrolle, Risikoabschätzung und Handlungsplanung, die stellvertretende Funktion jugendlicher Gehirnregionen übernehmen (vgl. ebenda). Es sei davor gewarnt – verkürzt gedacht – davon auszugehen, Jugendliche seien passive Opfer neuronaler Veränderungsprozesse. Sie sind aktive und bewusst sozial interagierende Subjekte, deren Verarbeitungs- und Bewältigungsprozesse jedoch – *under construction* – unter besonderen Umständen stattfinden. Jugendliche reagieren daher häufiger gereizt, impulsiv oder unkoordiniert.

Innerhalb dieser massiven Veränderungen des Körpers und der Persönlichkeit sehen sich Jugendliche mit der Aufgabe konfrontiert, soziale Beziehungen umzustrukturieren und selbstständig weiter auszubauen (vgl. Fend 2001; Hurrelmann 2007; Quenzel 2015). Dies vollzieht sich insbesondere im Zusammenhang mit einer zunehmenden Ablösung von der Herkunftsfamilie, einer damit einhergehenden stärkeren Orientierung an den Peers und des Eingehens erster vertrauensvoller, intimer Partnerschaften. Jugendliche verbringen ihre Zeit so in verschiedenen kleinen Lebenswelten zwischen Familie, Gleichaltrigen und Institutionen, die sich überschneiden, teils aber auch parallel zueinander verlaufen (vgl. Lüders 2012). Die Kunst besteht darin, „nicht nur zwischen ihnen elegant hin und her wechseln zu können, sondern auch soweit möglich für die jeweilige Lebenswelt glaubwürdig zu bleiben.“ (ebenda, 13) Ein wesentlicher Anspruch an die Ausgestaltung sozialer Bindungen bilde sich so vor dem Hintergrund des aktiven Austarierens der Weltbilder und Sinnbezüge verschiedener kleiner Lebenswelten sowie insbesondere der Erfahrungen von Gemeinsamkeit und Zugehörigkeit in der jeweiligen Lebenswelt. Hierbei übernehmen qualitativ hochwertige Freundschaftsbeziehungen eine wichtige psychosozial unterstützende Funktion. Sie bieten Raum zur Erprobung von Intimität und Aushandlung von Geschlechteridentität, sie unterstützen bei der Ablösung vom Elternhaus, bereiten auf Partnerschaften vor und leisten Hilfe und Unterstützung bei der Annäherung an das andere Geschlecht sowie in allen anderen Bereichen der jugendlichen Lebenswelt (vgl. Quenzel 2015). Der mit der Bewältigung dieser Entwicklungsaufgabe verbundene wahrgenommene psychosoziale Stress von Jugendlichen selbst wird nur noch durch den Stress, der im Zusammenhang mit der Entwicklungsaufgabe „Qualifikation“ zu verstehen ist, überboten (vgl. ebenda). Egal in welchem Kontext er jedoch erfolgt, kann er sich deutlich negativ auf die psychische und somatische Gesundheit Heranwachsender niederschlagen, erfahren sie zur Bewältigung belastender Lebenspassagen einen Mangel an individuellen und sozialen Ressourcen der Stressregulation (vgl. Lenz 2011).

Grundlage einer gelingenden gesellschaftlichen Teilhabe am sozialen Leben ist es aber auch, langfristig einer Tätigkeit nachzukommen, mit der man sich einerseits materiell absichern und darüber hinaus sozial verwirklichen kann (vgl. Gille 2012; Quenzel 2015). Eine hinreichende Qualifikation bildet, heute mehr denn je, die Grundlage jeglicher Verselbstständigung im Beruflichen und damit einhergehender ökonomischer Unabhängigkeit sowie sozialkultureller und politischer Teilhabe (vgl. Hurrelmann 2007; Quenzel 2015). Basis dieser Entwicklungsanforderung sind kognitive und intellektuelle Fähigkeiten, die es jungen Menschen ermöglichen eigenverantwortlich mit den an sie gestellten Leistungsanforderungen von Schule, Ausbildung und Beruf umgehen zu können (vgl. Quenzel 2015). Eine solide formale Qualifikation gilt als ausschlaggebender Faktor, der über den beruflichen Status, gesellschaftliches Prestige, Einfluss und Wohlstand entscheidet. Entsprechend hoch ist die gesellschaftliche Bedeutung, die dieser Entwicklungsaufgabe zugeschrieben wird und mit entsprechend hohem Druck wird sie von Heranwachsenden selbst auch wahrgenommen (vgl. ebenda). Es scheint daher wenig erstaunlich, dass Jugendliche selbst ihrer schulischen Qualifikation eine hohe Relevanz beimessen, die sich nicht selten auch auf Kosten ihres gesundheitlichen Wohlbefindens auswirkt (vgl. Quenzel 2015). Dementsprechend zeigt sich auch die Herausbildung individueller Regenerationsstrategien als wesentliche und wichtige gesundheitsbezogene Bewältigungsanforderungen in der Lebensphase Jugend. Stress in der Schule, mit Freunden oder der Familie benötigt einen Gegenpol, eine Strategie um alltäglichen Belastungen zu trotzen, sich körperlich zu erholen und Zeit zur psychosozialen Regeneration zu finden. Hierbei sind Jugendliche dazu angehalten sich auf dem diffusen Markt von Freizeit-, Kultur- und Konsumangeboten verantwortungsvoll zurecht finden zu lernen und sich ihren eigenen Umgangs mit biopsychosozialer Regeneration anzueignen (vgl. ebenda). Techniken der Regeneration in der Jugendphase sind jedoch nicht immer kritikfrei zu betrachten. Auch im gesundheitlichen Risikoverhalten können Entspannungstechniken verborgen liegen. Gesundheitsgefährdende Regenerationstechniken, wie bspw. ein übermäßiger Medien- und Substanzkonsum, können, werden diese Verhaltensweisen internalisiert, langanhaltende Gesundheitsgefahren auch für das Erwachsenenalter mit sich bringen (vgl. Pinquart/Silbereisen 2010; Quenzel 2015) und erfordern daher Kompetenzen einer interaktiven Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper und der Psyche ebenso wie Kompetenzen des kritischen Hinterfragens von Regenerationstechniken und –möglichkeiten. Solche Fähigkeiten, des verantwortungsvollen Umgangs mit der eigenen Person sind zudem auf den Anspruch der Herausbildung einer gesellschaftlich verantwortlichen Persönlichkeit zu übertragen. Eine gesunde Entwicklung in der Lebensphase Jugend beinhaltet nicht nur den verantwortungsvollen Umgang mit dem Selbst und sozialen Nahraum, sondern ebenso die Übernahme einer gesellschaftspolitischen Rolle und Beteiligung an allen Angelegenheiten der sozialen Gemeinschaft (vgl. Fend 2001; Hurrelmann 2007; Quenzel 2015). Fähigkeiten einer verantwortlichen gesellschaftspolitischen Partizipation, wie die Entwicklung moralischer und politischer Orientierungen, dem Erwerb politischer

Handlungsfähigkeiten, dem Erlernen der Bedürfnis- und Interessensvertretung im sozialen Umfeld und der Öffentlichkeit, sind wichtige Aufgaben der Jugendphase, mit dem Ziel, sich aktiv an sozialen und politischen Prozessen beteiligen zu können (vgl. Quenzel 2015). Mit Blick auf die Relevanz der Entwicklungsaufgabe „Partizipation“ für das biopsychosoziale Wohlbefinden Jugendlicher, geht es um mehr als Wahlbeteiligung: „Hier muss vielmehr gefragt werden, ob sich die geringen Partizipationsmöglichkeiten negativ auf das gesundheitliche Wohlbefinden auswirken, aber auch, inwiefern durch mangelnde Partizipationsmöglichkeiten Chancen der Förderung des gesundheitlichen Wohlbefindens verpasst werden und wie sich die Lebensqualität von Jugendlichen durch eine systematische Teilhabe an allen für sie relevanten Entscheidungen erhöhen würde.“ (Quenzel 2015, 140)

Tabelle 2: Die Relevanz von Entwicklungsaufgaben für das biopsychosoziale Wohlbefinden Jugendlicher (anlehend an BMFSFJ 2009; Fend 2001; Hurrelmann 2007; Quenzel 2015).

Entwicklungsaufgabe	Charakteristika der Herausforderung	Relevanz für das biopsychosoziale Wohlbefinden
(1) Akzeptieren körperlicher Veränderungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>den sich entwickelnden Körper <i>bewohnen</i> lernen</li> <li>eine eigene (Geschlechter-)Identität sowie den präferierten Umgang mit Sexualität herausbilden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>das Akzeptieren körperlicher Veränderungen und die Herausbildung einer Geschlechteridentität stellen für Jugendliche eine hohe physische und psychische Herausforderung dar</li> <li>Körpermanipulationen gehören zu verbreiteten Strategien der Körperaneignung (Rausch, Selbstverletzung, Ernährung)</li> <li>Zusammenhänge mit den Entwicklungsaufgaben „(2) Aufbau sozialer Bindungen“, „(3) Qualifikation“ und „(4) Regeneration“ <ul style="list-style-type: none"> <li>(2) Vergleich biopsychosozialer Entwicklung mit Gleichaltrigen kann Körperwahrnehmung negativ beeinflussen</li> <li>(3) interaktive Aushandlung von Geschlecht am Lebensort Schule kann zu sexualisierten Hänseleien, Belästigungen oder Abwertungen führen</li> <li>(4) Rausch- und Risikoverhaltensweisen können als Entspannungstechnik der Verarbeitung von physischen und psychischen Veränderungen dienen</li> </ul> </li> <li>Risiken für gesundheitliche Beeinträchtigungen bei der misslungenen Bewältigung können gravierend sein</li> </ul>
(2) Aufbau sozialer Bindungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>aktive Ausgestaltung des Umbaus sozialer Beziehungen mit dem Ziel sozialer Integration und Integrität <ul style="list-style-type: none"> <li>Ablösung vom Elternhaus</li> <li>Beziehungen zu den Peers sowie intime Paarbeziehungen zu Gleichaltrigen</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Probleme treten häufig dann auf, wenn es Jugendlichen nicht gelingt, qualitativ hochwertige Freundschaften mit Gleichaltrigen aufzubauen bzw. wenn sie als unbefriedigend wahrgenommen werden</li> <li>physische Folgen können körperliche Beschwerden, ein erhöhtes Risiko ungewollter Schwangerschaften, körperliche Übergriffe oder Risiken für externalisierendes Problemverhalten sein (Aggressivität, Kriminalität, Substanzkonsum)</li> <li>psychische Folgen können fehlende Gefühle von Sicherheit und Geborgenheit, negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl, den Zukunftsoptimismus und die wahrgenommene Selbstkompetenz sein sowie depressive Symptome und psychische Auffälligkeiten</li> <li>soziale Folgen können Gefühle von Einsamkeit, fehlender sozialer Anerkennung durch die Peers, Gefühle des nicht-gewollt und geliebt-seins sowie Zurückweisungen, die Ängste des erneuten zurückgewiesen-werdens begünstigen und zu sozialer Ängstlichkeit und Rückzug beitragen</li> </ul>
(3) Qualifizieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>aktive Ausgestaltung persönlicher Leistungsbereitschaft durch Entfaltung intellektueller und sozialer Kompetenz</li> <li>Verselbstständigung im Beruflichen</li> <li>Sicherung ökonomischer Unabhängigkeit, mit dem Ziel einer unabhängigen Teilhabe am Kultur- und Konsummarkt sowie einer Selbstverwirklichung im Beruflichen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bewältigungsprobleme können sich direkt auf das physische und psychische Wohlbefinden auswirken <ul style="list-style-type: none"> <li>physische und psychische Beschwerden</li> <li>geringe Selbstwirksamkeitsüberzeugung oder Zukunftsoptimismus</li> </ul> </li> <li>zwischen der Entwicklungsaufgabe und dem sozialen Wohlbefinden bestehen komplexe Zusammenhänge <ul style="list-style-type: none"> <li>(fehlende) soziale Anerkennung in der Peergruppe</li> <li>Problemverhalten in der Schule (Unterrichtsstörungen, Absentismus, Schulabbruch)</li> </ul> </li> <li>Qualifikationsanforderungen stehen im Zusammenhang mit den Entwicklungsaufgaben (2) „Aufbau sozialer Beziehungen“ sowie (1) „Akzeptieren körperlicher Veränderungen“</li> </ul>

<p>(4) Regenerieren</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• einen eigenen Lebensstil entwickeln, der es ermöglicht, die life-balance aufrecht zu erhalten</li> <li>• zu einem kontrollierten und bedürfnisorientierten Umgang mit Freizeit-, Kultur- und Konsumangeboten kommen, mit dem Ziel, psychische und körperliche Kräfte zu regenerieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• problematisch erweisen sich Entspannungstechniken, die mit einem exzessiven Medienkonsum mit Suchttendenzen, einem übermäßigen Substanzkonsum oder waghalsigen Aktivitäten mit hoher Unfallgefahr einher gehen</li> <li>• kann sowohl zu Einschränkungen der physischen als auch psychischen Gesundheit beitragen</li> <li>• hängt häufig mit Anforderungen der Entwicklungsaufgabe „(3) Qualifikation“ und „(1) Akzeptieren körperlicher Veränderungen“ zusammen             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Risikoverhaltensweisen können vermehrt bei denjenigen Jugendlichen beobachtet werden, die Probleme mit schulischen Leistungsanforderungen haben oder sich in der Schule nicht wohl fühlen</li> <li>○ hohe schulische Leistungsanforderungen könnten zudem mit Einschränkungen der gelingenden Bewältigung von Regenerationsprozessen zusammen hängen</li> <li>○ mangelhafte Regenerationsphasen können sich negativ auf physische und psychische Veränderungsprozesse auswirken</li> </ul> </li> </ul>
<p>(5) Partizipieren</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fähigkeiten einer verantwortlichen gesellschaftspolitischen Partizipation</li> <li>• Entwicklung moralischer und politischer Orientierungen</li> <li>• Erwerb politischer Handlungsfähigkeiten</li> <li>• Erlernen der Bedürfnis- und Interessensvertretung im sozialen Umfeld und der Öffentlichkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Probleme können entstehen, wenn Jugendliche sich wenig kompetent fühlen, ihre eigenen Interessen und Bedürfnisse in wichtigen Lebensbereichen zu artikulieren</li> <li>• Folgen können Ohnmachtsgefühle oder Gefühle mangelnder Möglichkeiten sein, ihr Leben nach ihren Vorstellungen zu gestalten</li> <li>• steht im Zusammenhang mit dem physischen und psychischen Wohlbefinden von Jugendlichen             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ körperliche Beschwerden</li> <li>○ Einschränkung der Herausbildung von Selbstwirksamkeitsüberzeugung, erlebter Handlungskompetenz und Lebenskohärenz</li> </ul> </li> </ul>

Die Relevanz von jugendtypischen Entwicklungsaufgaben für das biopsychosoziale Wohlbefinden Jugendlicher bildet sich vor diesem Hintergrund auf allen benannten Ebenen ab (siehe Tabelle 2). Sie lässt sich wie folgt charakterisieren (vgl. Quenzel 2015):

• **Akzeptieren körperlicher Veränderungen**

Das Akzeptieren körperlicher Veränderungen sowie die Herausbildung einer Geschlechteridentität stellen für Jugendliche eine hohe biopsychosoziale Herausforderung dar. Diese Form der Körperaneignung kann mit gesundheitsschädigenden Handlungen der Körpermanipulation, wie Rauscherlebnissen, selbstverletzendem Verhalten oder restriktiven Ernährungsformen einhergehen. Die Akzeptanz der Veränderung des körperlichen Erscheinungsbildes steht darüber hinaus in einem engen Zusammenhang mit dem Aufbau sozialer Bindungen, der Qualifikation und Aspekten der Regeneration. Körperliche Veränderungen werden mit denen der Peers verglichen und unter anderem in Konkurrenz betrachtet. Werden nun an sich selbst Defizite oder Veränderungen, die nicht dem Schönheitsideal der Gleichaltrigengruppe entsprechen wahrgenommen, kann dies psychische und physische Folgen des gesundheitsbezogenen Wohlbefindens nach sich ziehen. Der Lebensort Schule bietet darüber hinaus Raum zur interaktiven Aushandlung von Geschlechteridentität in der Peergruppe. Sexualisierte Hänseleien, Belästigungen oder Abwertungen sind insbesondere dann vorprogrammiert, wenn Geschlechteridentitäten Heranwachsender von der Norm abweichen. Zudem können Rausch- und Risikoverhaltensweisen als Entspannungstechniken der Verarbeitung von physischen, psychischen und sozialen Veränderungsprozessen dienen. Insgesamt können die Risiken für

gesundheitliche Beeinträchtigungen, bei der misslungenen Bewältigung der Akzeptanz körperlicher Veränderungen, als gravierend eingeschätzt werden.

- **Aufbau sozialer Bindungen**

Probleme bei der Bewältigung dieser Entwicklungsaufgabe treten häufig dann auf, wenn es Jugendlichen nicht gelingt, qualitativ hochwertige Freundschaften mit Gleichaltrigen auf- und auszubauen bzw. wenn diese als unbefriedigend wahrgenommen werden. Mit Blick auf die physische Gesundheit kann hierdurch bspw. das Risiko ungewollter Schwangerschaften steigen, körperliche Übergriffe zunehmen (durch andere oder ausgehend von sich selbst) oder sich Risiken für externalisierendes Problemverhalten, wie Aggressivität, Kriminalität und Substanzkonsum erhöhen. Als psychische Folgen können fehlende Gefühle von Sicherheit und Geborgenheit, negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl, den Zukunftsoptimismus und die wahrgenommene Selbstkompetenz resultieren. Darüber hinaus sind depressive Symptome und psychische Auffälligkeiten zu konstatieren. Sozial kann eine mangelhafte Bewältigung des Aufbaus sozialer Bindungen mit Gefühlen von Einsamkeit, fehlender sozialer Anerkennung, Gefühlen des nicht-gewollt und geliebt-seins sowie Zurückweisungen, die Ängste des erneuten zurückgewiesen-werdens begünstigen und zu sozialer Ängstlichkeit und Rückzug beitragen, einhergehen.

- **Qualifikation**

Bewältigungsprobleme der Entwicklungsaufgabe „Qualifikation“ können sich direkt auf das physische und psychische Wohlbefinden, in Form von spezifischen körperlichen Beschwerden oder einer geringen Selbstwirksamkeitsüberzeugung sowie eines schwach ausgeprägten Zukunftsoptimismus auswirken. Zwischen der Entwicklungsaufgabe „Qualifikation“ und dem sozialen Wohlbefinden bestehen darüber hinaus komplexe Zusammenhänge. Mangelnde Leistungen in der Schule oder Ausbildung können zu (fehlender) sozialer Anerkennung in der Peergruppe beitragen. Zudem können sich problematische Verhaltensweisen, wie Unterrichtsstörungen, Absentismus oder Schulabbrüche direkt auf die Bildungskarriere Heranwachsender auswirken. Die Qualifikationsanforderungen Jugendlicher stehen ferner in einem Zusammenhang mit den Entwicklungsaufgaben des Aufbaus sozialer Beziehungen sowie der Akzeptanz körperlicher Veränderungen. Beide werden eng am Lebensort Schule bzw. Berufsausbildung bewältigt und stehen daher in einer komplexen Relation zueinander.

- **Regeneration**

Bei der Bewältigung dieser Entwicklungsaufgabe erweisen sich insbesondere Entspannungstechniken, die mit einem exzessiven Medienkonsum mit Suchttendenzen, einem übermäßigen Substanzkonsum oder waghalsigen Aktivitäten mit hoher Unfallgefahr einhergehen als problematisch. Dies kann sowohl zu Einschränkungen des physischen, psychischen als auch sozialen Wohlbefindens führen. Zusammenhänge lassen sich mit den Anforderungen der Entwicklungsaufgaben Qualifikation und dem Akzeptieren körperlicher

Veränderungen ableiten. Risikoverhaltensweisen können vermehrt bei denjenigen Jugendlichen beobachtet werden, die Probleme mit schulischen Leistungsanforderungen haben oder sich in der Schule nicht wohl fühlen. Darüber hinaus können sich (zu) hohe schulische Leistungsanforderungen auf Kosten von Regenerationsphasen auswirken. Ein Mangel an ausreichender Regeneration wiederum kann sich negativ auf die physische, psychische und soziale Verarbeitung aller Lebensphasen geschuldeter Veränderungsprozesse auswirken.

• **Partizipation**

Probleme bei der Aneignung von Fähigkeiten einer autonomen Interessensvertretung können entstehen, wenn Jugendliche sich wenig kompetent fühlen, ihre eigenen Interessen und Bedürfnisse in wichtigen Lebensbereichen zu artikulieren. Als Folgen sind Ohnmachtsgefühle oder Gefühle mangelnder Möglichkeiten, das eigene Leben nach eigenen Vorstellungen zu gestalten, zu benennen. Auch in Bezug auf einen verantwortungsvollen Umgang mit der eigenen Gesundheit lassen sich Effekte erkennen. Im Zusammenhang mit dem physischen und psychosozialen Wohlbefinden von Jugendlichen kann dies mit Einschränkungen der körperlichen Gesundheit (bspw. wenn Jugendliche nicht an Entscheidungen über ihre Gesundheit beteiligt werden) sowie im Psychosozialen mit einer mangelhaften Herausbildung von Selbstwirksamkeitsüberzeugung, erlebter Handlungskompetenz und Lebenskohärenz einhergehen.

Mit all den konstatierten Entwicklungsaufgaben in der Lebensphase Jugend einhergehend, können spezifische Risikoverhaltensweisen einhergehen, wie ein riskantes Konsumverhalten oder exzessiv ausgeübte (Freizeit-)Aktivitäten, die sich auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität mitunter bis in das Erwachsenenalter hinein auswirken können (vgl. Pinquart/Silbereisen 2010). Egal, ob nun als Bewältigungsstrategie oder jugendtypische Verfehlung vollzogenes gesundheitsbezogenes Risikoverhalten, steht eine damit verbundene, mögliche Manifestation im Erwachsenenalter insbesondere mit verschiedentlich wirkenden Risiko- und Schutzfaktoren in der Adoleszenz in Verbindung. Diese einflussnehmenden Aspekte lassen sich in personale Bedingungen und kontextuelle Faktoren gliedern:

*Tabelle 3: Personale Bedingungen und kontextuelle Faktoren, die als Risiko- oder Schutzfaktoren bei jugendtypischen (Gesundheits-)Risikoverhalten wirksam werden, nach Hurrelmann (2007) und Pinquart/Silbereisen (2010) (in eigener Darstellung).*

personale Bedingungen	kontextuelle Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>• individuelle Einstellungen zu gesundheitsbezogenen und -riskanten Verhaltensweisen</li> <li>• persönliche Dispositionen (körperliche und psychische Konstitution)</li> <li>• personelle Ressourcen zur Bewältigung täglicher Anforderungen und Aufgaben (Intelligenz, Temperament, Durchsetzungskraft,...)</li> <li>• soziale Kompetenz</li> <li>• biologische (zeitliche) Entwicklung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rollen- und Vorbildfunktion (in der Familie, dem Freundeskreis, der Schule und allen weiteren <i>kleinen Lebenswelten</i>)</li> <li>• Einfluss durch Institutionen (Wohn- und Lebensumfeld, Schule, Freizeitwelt)</li> <li>• Unterstützungen durch organisierte Freizeitaktivitäten und institutionelle Verbundenheit</li> <li>• Einbezug in soziale Netzwerke</li> <li>• Zugang zu Substanzen, Verhütungsmitteln oder anderen materiellen (Gesundheits-)Gütern</li> <li>• soziale Kontrolle und Unterstützung (durch Familie, Freunde und Institutionen)</li> </ul>

Langfristige Risiken für die Gesundheit Jugendlicher entstehen nicht per se im Ausprobieren von Neuem oder sich-gegenseitig-messen. Sie entstehen, wenn personale und soziale Ressourcen nicht mehr in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen, um hinreichend Unterstützung zu erfahren oder Jugendliche sich in Verfehlungen verlieren, ihre Grenzen zu weit überschreiten und sich massiven physischen oder psychischen Gefahren aussetzen, die in keinem Verhältnis mehr zu einem als normal zu bezeichnenden Risikoverhalten stehen. Das Vorhandensein von hinreichend verfügbaren personalen sowie kontextuellen Schutzfaktoren, die als Puffer, Bremse oder Regulation von gefährdenden Verhaltensweisen wirksam werden, steigert die Chancen einer trotz jugendtypischen Risikoverhaltens positiven und gesunden Entwicklung. Desto mangelhafter Schutzfaktoren verfügbar sind, desto höher kann auch das Risiko steigen, das sich gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen verfestigen und bis in das Erwachsenenalter auswirken. Als einen wichtigen Anknüpfungspunkt für gesundheitsbezogene Interventionen der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendhilfe sind daher insbesondere subjektorientierte Alltagskonstruktionen von Gesundheitsverhalten Jugendlicher selbst sichtbar zu machen, um so den Fokus vermehrt auf ihre real zur Verfügung stehenden Möglichkeiten gesunder Entwicklungsoptionen zu lenken (vgl. Homfeldt/Gahleitner 2012). Ein Verständnis dieses subjektiv wahrgenommenen Repertoires an individuellen und umweltbezogenen Ressourcen, kann wesentlich dazu beitragen, Jugendliche in ihren individuellen Bedarfs- und Mangellagen sowie Motiven und Deutungsfigurationen realer Handlungsfreiheit zu verstehen. Sie richtet den Blick auf eine selbst wahrgenommene Handlungsfähigkeit zur Einflussnahme auf den eigenen Körper und die Psyche als eine individuell verfügbare und mobilisierbare Form gesundheitsbezogener Agency.

## **2.5 Gesundheitsbezogene Agency**

Gesundheitsbezogenes Handeln begründet sich maßgeblich in subjektorientierten Alltagskonstruktionen von Gesundheit einzelner Menschen und ganzer Gruppen in der Gemeinschaft (vgl. Boltanski 1976; Faltermaier 2010b; Flick 1997, 1998; Herzlich 1994; Schütze 1973, 1995). Es kann als das „subjektiv bedeutsame Handeln von gesunden oder kranken Menschen verstanden (werden), das mehr oder weniger bewusst mit dem Ziel der Gesunderhaltung und im alltäglichen sozialen Kontext erfolgt“ (Faltermaier 2010b). Gesundheitshandeln zeigt sich divers, je nach gesellschaftlicher Infrastruktur, vorhandenen und verfügbaren Ressourcen sowie persönlicher Erfahrung und Konstitution einzelner Menschen. Darüber hinaus kann gesundheitsbezogenes Handeln durchaus vom vorherrschenden Expertenwissen abweichen (vgl. ebenda). Im Sinne des Agency-Diskurs richtet sich die Frage demnach dahingehend aus, wie individuelles gesundheitsbezogenes Handeln Jugendlicher, vor dem Hintergrund ihrer alltäglichen Konstruktionen von Gesundheit und gesundheitsbezogenem Handeln, sozial ermöglicht, begrenzt und formiert wird (vgl. Scherr 2013). Handlungsmotive zur Einflussnahme

auf die eigene Gesundheit entstehen nicht unmittelbar dort, wo Experten Risikofaktoren aufzeigen oder Erkrankungen diagnostizieren. Motive zur Handlungsintention mit Gesundheitsbezug hängen stark von der individuellen Situationsinterpretation (werden gesundheitliche Gefahren oder Beeinträchtigungen wahrgenommen?) sowie der individuellen Deutung der Erfolgswahrscheinlichkeit intendierter Handlungsvollzüge ab. Wird das intendierte Handeln als sinnvoll, lohnenswert und zugleich mit den zur Verfügung stehenden Kräften als prinzipiell möglich wahrgenommen, so steigt gleichermaßen die Chance eines schlussendlich auch ausgeführten Handlungsvollzugs.

Aber was ist eigentlich unter gesundheitsbezogener Agency zu verstehen? Zunächst einmal verweist sie auf die Eigenwilligkeit sozial agierender Akteure. Menschen handeln auf Grundlage biografischer Erfahrungen, ihrer Deutungen von Situationen, Personen und Objekten, die wiederum eine Antwort auf die jeweils vorgegebene Situation, die nicht vorhersehbar ist, darstellt (vgl. Schütze 1973; Scherr 2013). Die subjektorientierten Konstruktionen von Gesundheit bieten daher einen soliden Analyserahmen, um einen Einblick zu erhalten, ob sich das Individuum als handlungsmächtig und -fähig wahrnimmt, auf seine Gesundheit Einfluss ausüben zu können. Handlungsfähigkeit im hier gemeinten Sinne schließt eng an die Wahrnehmung von persönlichen und umweltbezogenen Ressourcen an (Stärken und Potenziale, die dem Individuum ein Gefühl der Handlungsfreiheit geben). Gesundheitsbezogene Agency bildet sich vor dem Hintergrund dieser individuellen Deutung der Verfügbarkeit von Ressourcen aus und ermöglicht oder begrenzt so die situationsspezifische Einschätzung gesundheitsbezogener Handlungsmacht. Diese Ressourcen stehen nicht per se allen Menschen in gleichem Umfang zur Verfügung. Sie bilden sich vor dem Hintergrund individueller und sozialer Interaktion, zwischen dem Subjekt und seiner sozialen Umwelt heraus. In der Bestimmung gesundheitsbezogener Agency ist demnach zu untersuchen „(...) wie Akteure ihre jeweiligen Identitäten, Motive, Absichten und damit ihre jeweilige Handlungsfähigkeit in Abhängigkeit von ihrer Situierung in sozialen Strukturen bzw. soziale Beziehungen hervorbringen.“ (Scherr 2013, 233) Inwieweit Ressourcen, seien es die eigenen Kompetenzen, Stärken und Fähigkeiten oder die der sozialen Umwelt, wahrgenommen und als real zur Verfügung stehend interpretiert werden, steht in einem engen Zusammenhang mit persönlichen Erfahrungen der Verfügbarkeit und Mobilisierbarkeit eigener und umweltbezogener Ressourcen. Gesundheitsbezogene Agency bildet sich in einem Geflecht von Interdependenz und das in diese eingebettete Erleben, Denken und Handeln von Subjekten heraus (vgl. Scherr 2013). Die Frage nach den individuell wahrgenommenen, zur Verfügung stehenden und mobilisierbaren Ressourcen wird so zur zentralen Frage einer Analyse von Mechanismen der Aufrechterhaltung und (Wieder-)Herstellung von Gesundheit und Wohlbefinden im Alltag von jungen Menschen. Durch ihre subjektive Bewertung – in *vorhanden, hilfreich und verfügbar oder eben gegenteilig nicht* – begründen sich real verfügbare (→ subjektiv konstruierte) Handlungsoptionen, um auf Belastungen, Veränderungen und gesundheitsbezogene Herausforderungen Einfluss nehmen zu

können und zu wollen. Nicht alleine das Wissen von gesundheitsbeeinträchtigenden Situationen bewirkt gleichzeitig eine Verhaltensanpassung. Erst wenn hinzukommend hinreichend Möglichkeiten der eigenen Einflussnahme wahrgenommen werden und sich zudem die indizierte Handlung auch noch mit Sinn und Bedeutung für das Subjekt füllt, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer daraus resultierenden tatsächlich durchgeführten Handlungspraxis.

So können junge Menschen, die über eine Vielzahl verfügbarer und mobilisierbarer personaler und umweltbezogener Ressourcen verfügen, als weniger verletzlich beschrieben werden. Jugendliche, denen weniger Ressourcen zur Verfügung stehen, gelten als anfälliger für weitere Ressourcenverluste und haben es schwerer, neue hinzuzugewinnen (vgl. Lenz 2011). Diese Ressourcen werden individuell über ihre Funktionalität und Bewertung, zur Förderung subjektiv wertgeschätzter Lebensbedingungen bemessen und stehen damit in einem direkten Zusammenhang mit den von Jugendlichen selbst wahrgenommenen Möglichkeiten der Einflussnahme auf ihr Leben und ihre Gesundheit.

Abbildung 1: Ressourcenmodell in Anlehnung an Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2009 und Lenz 2011 (in eigener Darstellung).

<b>personale Ressourcen</b>	(1) objektbezogene bzw. physische Ressourcen	Protektive Faktoren, die Menschen gegenüber Belastungen stärken und ihre Bewältigungsfähigkeit in Krisen verbessern:  <i>positives Selbstwertgefühl, Kommunikationsfähigkeit, Kooperationsfähigkeit (internale Kontrollüberzeugung), eine optimistische Lebenseinstellung, Planungskompetenz und Zielorientierung, Problemlösefähigkeit, Empathie, aktive Bewältigungsstrategie, Selbstwirksamkeitsüberzeugung (realistischer Attribuierungsstil), Kreativität, Selbstregulationsfähigkeit, Talente und Hobbies und Leistungsbereitschaft.</i>	Ressourcen werden individuell über ihre Funktionalität und Bewertung, zur Förderung subjektiv wertgeschätzter Lebensbedingungen bemessen.
	(2) Bedingungsressourcen (Alter, Geschlecht, Schulabschluss)		
	(3) Fähigkeiten und Eigenschaften, soziale Kompetenz, Persönlichkeitseigenschaften		
	(4) Energieressourcen (Zeit, Geld, Wissen)		
<b>umweltbezogene Ressourcen</b>	(5) familiäre Aspekte	soziale Unterstützung, sozialer Rückhalt, stabile inner- und außerfamiliäre Beziehungen, soziale Integration, Qualität von Freundschaften, Qualität der Wohlfahrtspflege, der Bildungseinrichtungen und des Gesundheitssystems.	
	(6) soziales Netzwerk		
	(7) Institutionen		

Ressourcen finden sich in persönlichen Stärken und Kompetenzen und denen der sozialen Umwelt (siehe Abbildung 1): Unter personalen Ressourcen verstehen sich (1) objektbezogene/ physische Ressourcen, wie Kleidung, Auto, Wohnung und vieles mehr. (2) Bedingungsressourcen wie das Alter, Geschlecht oder der Schulabschluss haben die wichtige Eigenschaft, den Zugang zu weiteren Ressourcen zu eröffnen oder verschiedene Ressourcen miteinander verbinden zu können. Hinzu kommen persönliche Ressourcen, die sich in (3) Fähigkeiten, Eigenschaften, sozialen Kompetenzen und Persönlichkeitseigenschaften von Personen abbilden.

Den Fähigkeiten und Fertigkeiten ist damit ein wesentliches Potenzial der individuell wahrgenommenen Möglichkeiten der Einflussnahme auf das eigene Leben und die eigene Gesundheit zuzuschreiben. (4) Energieressourcen, wie Zeit, Geld und Wissen letztendlich dienen ebenfalls dem Zugang zu weiteren Ressourcen und werden danach bewertet, ob sie in der Erreichung dieses Ziels hilfreich sind. So eröffnet bspw. ein zunehmendes Alter innerhalb der Jugendphase eine zunehmende Freiheit in der eigenen Mobilität, sobald die Altersgrenze zur Erlangung eines Führerscheins überschritten ist oder der Schulabschluss den Zugang zu weiteren Qualifikationsebenen der beruflichen oder akademischen Aus- und Weiterbildung. Ohne die Ressource Geld wäre im ersten Beispiel jedoch trotz der Vollendung des 18. Lebensjahres ein Führerschein oder Auto nicht zugänglich. Ebenso könnte ein Mangel an finanziellen Ressourcen sich auf die Weiterqualifikation dahingehend auswirken, dass trotz entsprechender Schulqualifikation eine berufliche Ausbildung, mit der Hoffnung auf ein eigenes Einkommen, einem Studium gegenüber bevorzugt wird. Sind finanzielle Ressourcen und eine entsprechende schulische Qualifikation vorhanden, das Subjekt bewertet aber die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen einem Studium gerecht zu werden als eher gering, wird sich dies gleichermaßen auf die Wahl einer Ausbildungsoption auswirken. Die verschiedenen Ebenen personaler und umweltbezogener Ressourcen sind demzufolge nicht überschneidungsfrei zu betrachten. Sie stehen in einem direkten Zusammenhang miteinander und werden häufig in gegenseitiger Bezugnahme aufeinander wirksam. Jeder Mensch verfügt also über ein Repertoire an verschiedenen Stärken und Potenzialen der individuellen und sozialen Lebens- und Umwelt. Umweltbezogenen Ressourcen aus (5) der Familie, (6) dem sozialen Netzwerk und (7) (wohlfahrtsstaatlichen) Institutionen bieten dabei insbesondere soziale Unterstützung, Rückhalt, Integration und können den Zugang zum Bildungs- und Gesundheitswesen sowie weiteren staatlichen Institutionen begünstigen. In einem so dargelegten Ressourcenmodell werden einzelne Stärken und Potenziale der inneren und äußeren Lebenswelt detailliert herausgearbeitet, begründen sich dann aber in ihrem Zusammenspiel miteinander in einer Art optimistischer Lebens- und Zukunftsperspektive (Lebenskohärenz). Dieses Gefühl, den eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen vertrauen, Herausforderungen im Leben adäquat bewältigen zu können, kann verstanden werden als eine dem Individuum inne liegende globale und überdauernde Kohärenz (vgl. Antonovsky 1997; Lenz 2011). Kohärenz beschreibt Antonovsky in seinem Salutogenese-Modell, ausgehend von der Frage danach was Menschen gesund hält, als eine generalisierte Ressource, ein Kompendium oben benannter Stärken und Potenziale, die im Prozess der Belastungs- und Stressbewältigung von zentraler Bedeutung ist und zur individuellen Resilienz – psychischen Widerstandsfähigkeit gegenüber Entwicklungsrisiken – beiträgt: Reize werden eher als Herausforderung und weniger als Belastung verstanden und Personen befürchten weniger, dass der aktuell eintretende Reiz ihre Ressourcen übersteigt, sondern verfügen eher über ein ihnen inne liegendes Vertrauen, dass alles gut ausgehen wird (vgl. Antonovsky 1997; Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2009; Lenz 2011). Diese Stärke zeigt sich mit Blick auf eine

gesunde Entwicklung in der Jugendphase als wesentlicher und wichtiger Dreh-und-Angelpunkt. Jugendliche stehen heute vor komplexen Herausforderungen in ihrer Entwicklung – sie müssen mehr Informationen verarbeiten und mehr Entscheidungen treffen, in selbstbewusster Abschätzung daraus resultierender Konsequenzen für sich und ihr soziales Umfeld. Pluralisierende Wahlfreiheiten und individuelle Gestaltungsfreiräume bieten einerseits Raum zur selbstbestimmten und kreativen Zukunftsgestaltung, können aber in gleichem Maße unsichere Zukunftsperspektiven, Zuschreibung hoher Eigenverantwortung für die erfolgreiche Lebensgestaltung und damit verbunden Gefühle der Überforderung oder Zukunftsangst bergen (vgl. Albert et al. 2010). Jugendliche können nicht, sie müssen, die Rolle aktiver Produzenten ihrer eigenen Biografie zu Zeiten entstrukturierter Statuspassagen übernehmen. Nicht mehr lediglich die erfolgreiche Bewältigung auftretender jugendtypischer Entwicklungsaufgaben, sondern die Entwicklung individueller Kompetenz, um handlungsfähig zu bleiben und so aktiv Einfluss auf das eigene Leben und die eigene Gesundheit nehmen zu können, wird zum wichtigen Elementen jugendlicher Entwicklung. Sie bildet den Grundstein, das eigene Leben als kohärent und beeinflussbar und sich selbst als handlungsmächtig wahrzunehmen, um sich zu einer gesunden, autonomen und sozial integrierten Persönlichkeit zu entwickeln. Die Wahrnehmung zur Verfügung stehender und mobilisierbarer Ressourcen, um sich selbst als handlungsmächtig zu begreifen, wird so zum Ausgangspunkt jugendlicher Handlungsfähigkeit.

### **2.5.1 Kohärenz und Kompetenz**

Drei Theorieansätze, die sich alle auf einen ressourcenorientierten Ansatz beziehen, können dazu beitragen, gesunde jugendliche Entwicklung zu verstehen und nach Möglichkeiten der Förderung in, durch und mit gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit zu fragen (vgl. Keupp 2013): (1) die Salutogenese mit ihrem Basiskonzept einer globalen Lebenskohärenz, (2) der Capability Approach (CA), der nach der Konzeption eines guten und wertgeschätzten Lebens durch die Verfügbarkeit von Verwirklichungschancen fragt und damit den Blick auf strukturelle Voraussetzungen der Herausbildung individueller Kompetenz und Kohärenz erweitert und (3) das Konzept positiver Jugendentwicklung, das konkrete Kompetenzen und deren Förderung in der Jugendhilfepraxis zu einer gesunden Entwicklung in der Jugendphase fokussiert.

Von der Frage, was das Besondere an Menschen ist, die es schaffen, nicht krank zu werden bzw. gesundheitlich belastenden Situationen immer wieder positiv zu trotzen, geht das Modell der Salutogenese von einem handlungsfähigen und kompetenten Individuum aus, das darum bemüht ist, Gesundheit und Wohlbefinden auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum immer wieder aktiv herzustellen – in Balance zu bringen (vgl. Antonovsky 1997; Bengel et al. 2001, 24). Gesundheit versteht sich in Form eines individuellen biopsychosozialen Wohlbefindens, das in einem dynamischen und sich gegenseitig regulierenden Wechselverhältnis mit eintretenden Belastungen immer wieder aktiv herzustellen und aufrechtzuerhalten ist. Gesundheit und Krankheit werden nicht im Gegensatz des jeweils anderen Pols betrachtet,

sondern hängen direkt miteinander zusammen. Das Individuum ist dem Salutogenese-Modell folgend stets darum bemüht, einem eintretenden Ungleichgewicht auf diesem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung des kranken Pols, sich dem gesunden Pol aktiv anzunähern und so innere Balance auf dem Kontinuum selbstregulativ herzustellen (vgl. Antonovsky 1997). Dem Individuum wird damit, entgegen pathogener Annahmen über Gesundheit und Krankheit als passiven Empfang, eine aktive und einflussnehmende Rolle zugesprochen, die ihn zum handlungsfähigen Akteur seiner eigenen Lebens- und Gesundheitswelt anhebt (vgl. Homfeldt 2010b). Das zentrale Augenmerk richtet sich dabei auf den Kohärenzsinn, die bereits konstatierte globale Lebensorientierung, die das Ausmaß ausdrückt, inwieweit jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, auf sein Leben und seine Gesundheit Einfluss nehmen zu können (vgl. Antonovsky 1997; Lenz 2011). Die Grundlage für die Herausbildung des Kohärenzsinns wird in den ersten Lebensjahren gelegt. Spätere Veränderungen sind nur möglich, wenn es zu stabilen und langfristigen Mustern in der Lebenserfahrung kommt, die die Entwicklung des Kohärenzgefühls beeinflussen (vgl. ebenda). Der Kohärenzsinn kann so als ein zeitlich stabiles Persönlichkeitsmerkmal zur situationsadäquaten und flexiblen Auswahl von Handlungsstrategien gesehen werden, das sich nur unter besonders günstigen Umständen (ver)ändert (vgl. Bengel et al. 2001; Lenz 2011). Er legt dar, inwieweit Menschen ihre Umwelt als kognitiv nachvollziehbar (Verstehbarkeit), eigene und umweltbezogene Ressourcen als ausreichend vorhanden und abrufbar, um auf Belastungen zu reagieren (Handhabbarkeit) und Ereignisse als so bedeutsam, dass es sich lohnt, in ihre Bearbeitung Engagement zu investieren (Bedeutsamkeit), bewerten (vgl. Antonovsky 1997). Die Komponente von Verstehbarkeit wird von einer Konsistenz an im Lebensverlauf erworbenen Erfahrungen, die Ereignisse vorhersagbar und erklärbar erscheinen lassen, beeinflusst. Bedingt durch eine gesunde Balance zwischen Über- und Unterforderung, die gleichsam anregend wie herausfordernd wirkt, bildet sich die Komponente der Handhabbarkeit vor dem Hintergrund wahrgenommener, verfügbarer und mobilisierbarer Ressourcen zur Einflussnahme auf das eigene Leben heraus. Die dritte Komponente der Bedeutsamkeit, als individuelle Interpretation der Sinnhaftigkeit von Investitionen und Engagement, wird insbesondere geprägt durch eigene Erfahrungen der Beteiligung an Entscheidungsprozessen (vgl. ebenda). Dieses Modell fokussiert subjektive Deutungen kognitiver Nachvollziehbarkeit, interaktiver Handlungsfreiheit und selbst-reflexiver Motivation. Es geht demnach nicht von Annahmen einer allgemein zur Verfügung stehenden gesundheitsbezogenen Handlungskompetenz aus, sondern der individuellen Interpretation zur Verfügung stehender und mobilisierbarer eigener und umweltbezogener Ressourcen, um sich selbst als einflussmächtig auf die eigene Gesundheit zu erleben.

Abbildung 2: Der Kohärenzsinn in Anlehnung an Antonovsky 1997 und Bengel et al. 2001 (in eigener Darstellung).



Der Heranwachsende befindet sich dabei in einem andauernden Balanceakt, auf dem dynamischen und sich gegenseitig regulierenden Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, mit dem Bestreben, jegliches Ungleichgewicht zum Erhalt individuellen Wohlbefindens positiv zu überwinden bzw. mit den Worten des 16-jährigen Nachwuchsfotografen des Bildes in Abbildung 2 gesprochen „in Balance zu bleiben und den roten Faden zu behalten“ (Rieger 2014). Die eigene Interpretation von Möglichkeiten individueller gesundheitsbezogener Agency begründet sich vor dem Hintergrund selbst wahrgenommener Handlungsoptionen, die in einem direkten Zusammenhang mit sozialen Einflüssen hervorgebracht wird. Junge Menschen sammeln im Laufe ihres Lebens verschiedene Erfahrungen, die sie in ihrer eigenen Wahrnehmung verfügbarer Handlungsoptionen befähigen oder begrenzen. Wird fortwährend erlebt, dass das Leben und die eigene Gesundheit eher fremdbestimmt werden, das heißt, Entscheidungen nicht selbst getroffen, sondern durch höhere Mächte bedingt erscheinen, so sinkt aller Voraussicht nach auch die eigene Wahrnehmung von Kontrolle über den Körper und die Gesundheit (vgl. Rotter 1989). Werden hingegen Erfahrungen von Selbstwirksamkeit erlebt, so nimmt dies einen entscheidenden positiven Einfluss auf die von jugendlichen selbst wahrgenommene gesundheitsbezogene Agency (vgl. Beierlein et al. 2012b). Selbstwirksamkeitserwartung, bezieht sich ähnlich dem Kohärenzsinn auf zahlreiche Aspekte menschlichen Lebens und Gesundheit (vgl. Beierlein et al. 2012b) und kann so als universale persönliche Bewältigungsressource zur Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Balance

auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum gelten (vgl. Fröhlich-Gildhoff/ Rönnau-Böse 2009). Sie ist ein „Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und verfügbaren Mittel und die Überzeugung, ein bestimmtes Ziel auch durch Überwindung von Hindernissen erreichen zu können (...)“ (ebenda, 47). Heranwachsende erfahren von Beginn ihres Lebens an, in welchen Momenten sie sich selbst als handlungsmächtig erleben und in welchen sie sich eintretenden Ereignissen scheinbar wehrlos ausgesetzt fühlen. Wie im Kontext von Lebenskohärenz bereits herausgearbeitet, handelt es sich bei diesen beiden Konzeptionen individueller Körper- und Gesundheitskontrolle und Selbstwirksamkeitsüberzeugung um in der frühen Kindheit grundlegende und im Laufe des Lebens zunehmend verfestigte psychologische Konglomerate, die sich in gegenseitiger Bezugnahme aufeinander in Form einer inneren Konzeption gesundheitsbezogener Agency formieren. Eigenen Handlungen wird so entweder ein hohes Maß an eigener Einflussnahme beigemessen oder sie werden weniger selbstregulativ erlebt und als eher passiv zu empfangen interpretiert. Wie sich diese Konzeption herausbildet erfordert demnach einen Blick in die Lebenswelt Jugendlicher und wie in ihr gesundheitsbezogener Agency hervorgebracht und begrenzt wird.

### **2.5.2 (Be)Grenz(ungen) gesundheitsbezogener Agency**

Dem individuellen Vertrauen in die eigene Wirksamkeit sind durch ermöglichende und gleichsam begrenzende personale, soziale, politische und wirtschaftliche Möglichkeiten subtile Grenzen gesetzt (vgl. Giddens 1984). Diese Grenzen formieren in einer Art sozialer Rahmen die von jugendlichen selbst wahrgenommenen real zur Verfügung stehenden Handlungsoptionen zur Einflussnahme auf ihre eigene Gesundheit (vgl. Ziegler 2008). Soziale Grenzen sind ein auf sich selbst bezogenes Set von Regeln und Ressourcen, die losgelöst von Zeit und Raum die Instandhaltung und Koordination sozialer Systeme sichern, die einerseits durch diese impliziten Begrenzungen gebildet und andererseits durch die in ihnen agierenden Akteure (wieder)hergestellt und aufrecht erhalten werden (vgl. Giddens 1984). Agency und ihre Grenzen repräsentieren so eine Dualität, wodurch soziale Systeme gleichzeitig zum Medium und Resultat alltäglicher Praxis werden: individuelles Handeln unterliegt einem internalen Sinn, der durch soziale Systemgrenzen ermöglicht bzw. begrenzt wird (vgl. Giddens 1984). Die Entscheidung für oder gegen ein, die eigene Gesundheit beeinflussendes Handeln, findet so nicht losgelöst in individueller Aushandlung, sondern in subjektiver Interpretation des eigenen Möglichkeitenhorizont statt, der sich vor dem Hintergrund eines sozial konstruierten Handlungsspektrums eröffnet. Junge Menschen werden demnach als aktive und sinnhaft handelnde Subjekte anerkannt, denen gesundheitsbezogene Agency prinzipiell zur Verfügung steht, die jedoch innerhalb ihrer sozialen Umwelt begrenzt oder ermöglicht wird (vgl. Raitelhuber 2008; Ziegler 2008). Gesundheit und Gesundheitshandeln können damit als ein „Modus der Interpretation der Gesellschaft durch das Individuum (...) und als ein Modus der Beziehung des Individuums zur Gesellschaft“ verstanden werden (Herzlich 1973, zit. nach Flick

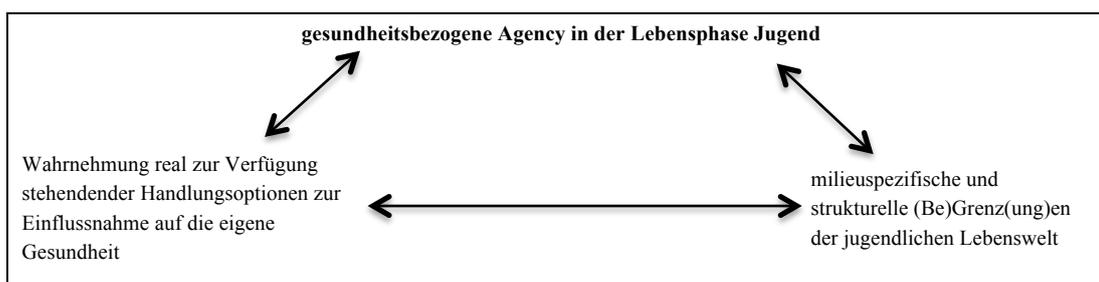
1998, 22). Wie die Gesellschaft, in der die einzelnen Subjekte leben, von ihnen selbst wahrgenommen wird, welches Verständnis von Gesundheit dort vorherrschend ist und wie Gesundheit dort öffentlich thematisiert wird, wirkt sich gleichermaßen wie die Beziehung der Subjekte zur Gesellschaft, wie sie ihren gesellschaftlichen Stand und eigenen Einfluss auf Gesundheit interpretieren und welche Teilhabemöglichkeiten sie für sich als realisierbar interpretieren, aus. Diese gemeinsame Deutung von Gesundheit bestimmter sozialer Gruppen in einer Gemeinschaft, beschreibt der Soziologe Luc Boltanski als somatische Kultur (vgl. Boltanski 1976). Er konstatiert damit den Umgang Einzelner und sozialer Gruppen mit dem eigenen Körper und der eigenen Gesundheit als ein System der Beziehungen zwischen der Gesamtheit aller körperlichen Verhaltensweisen von bestimmten Gruppenmitgliedern und einem System der Beziehungen, die diese körperlichen Verhaltensweisen und die objektiven Existenzbedingungen bestimmter Gruppen vereinen (vgl. Berger 2003). Somatische Kulturen sind ein Kodex von guten Sitten für den Umgang mit dem eigenen Körper, der tief verinnerlicht und allen Mitgliedern einer bestimmten sozialen Gruppe gemeinsam ist (vgl. ebenda). „Eine solche Theorie“, so Boltanski „verbietet erstens, den spezifischen Charakter des Gesundheitsverhaltens (...) der Mitglieder jeder sozialen Klasse zu bemerken und zweitens, die Art der „Affinität“ wahrzunehmen, die die Gesamtheit der körperlichen Verhaltensweisen, die den Individuen der selben Klasse eigen sind, verbindet (...).“ (Boltanski 1976, 165). Diese kollektive Deutung der guten Sitten im Umgang mit dem eigenen Körper – erweitert man ihn noch um die Dimension der Psyche in einem biopsychosozialen Gesundheitsverständnis – wird wesentlich durch die personale Konstitution, den soziokulturellen Unterschied und strukturellen Einfluss bedingt und wirkt sich demzufolge unmittelbar auf das wahrgenommene Spektrum real verfügbarer Handlungsalternativen, zur Einflussnahme auf die eigene Gesundheit aus (vgl. Flick 1998, 26; Raitelhuber 2008; Ziegler 2008).

Mit dem Blick auf das Modell einer so konstatierten psychosomatischen Kultur gesundheitsbezogener Alltagsroutinen verdichtet sich eine nicht zu vernachlässigende Kritik an subjektiven Bewertungen von Gesundheit und dem Wohlbefinden Jugendlicher. Für reale gesundheitliche Chancengerechtigkeit, als wohlfahrtsstaatliche Aufgabe der Ermöglichung eines möglichst hohen Maß an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit junger Menschen (vgl. WHO 1986), ist die gesunde Entwicklung im Jugendalter einerseits aus subjektiver Perspektive Jugendlicher selbst zu erfassen, zu verstehen und anzuerkennen, gleichzeitig aber auch unter Berücksichtigung riskanter oder gar gefährdender (teils jugendkulturspezifischer) Entwicklungstendenzen zu analysieren, die sich mitunter auf langfristige Belastungen auswirken können. Das heißt in der Konsequenz, es bedarf einer Analyse „(...) to reconstruct the social contexts and conditions in which the option spaces for action, and thus for the development of capabilities, actually emerge“ (Schäfer/Otto 2014, 8), gleichsam wie einer Analyse, die sich an vorhandenen (oder mangelhaft vorhandenen) Ressourcen Einzelner orientiert (vgl. ebenda). Die bloße Betrachtung eines Ressourcen-Sets reicht noch nicht aus, sie

bedarf eines ergänzenden Blicks auf den „relational character of the social world in which the impact of practices depends on the social context in which they occur“ (ebenda, 9). Konkret bedeutet das, jugendliche (gesundheitsbezogene) Vorstellungen und Handlungen nicht isoliert von ihrem kontextuellen Zusammenhang zu betrachten, sondern diesen kritisch mit zu analysieren. Dieser Aufgabe kann mithilfe einer gerechtigkeits-theoretischen Perspektive, wie sie der Capability Approach (CA) vorgibt, gelingen. Jugendlisches Handeln ist demzufolge nicht isoliert subjektiv zu betrachten, sondern wie auch der Mensch als soziales Wesen allgemein (vgl. Nussbaum 2012), immer mit Blick auf seine Situierung im sozialen Kontext – und den darin hervorgebrachten adaptiven Präferenzen bestimmter Handlungsweisen – zu analysieren (vgl. Clark 2015). Eine Auffassung über die Unschädlichkeit illegalen Substanzkonsums als Adaption subkultureller Jugendpraxis, begründet sich in Form einer psychosomatischen Kultur, einem gemeinsamen Habitus über die guten Sitten im Umgang mit der eigenen Gesundheit. Eine Betrachtung subjektorientierter Alltagskonstruktionen von Gesundheit in der Jugendphase ermöglicht also gleichermaßen einen verstehenden Zugang zu der situativen Formierung gesundheitsbezogener Agency, bedarf jedoch gleichermaßen einer kritisch-reflexiven Analyse des in der jugendlichen Lebenswelt praktizierten Umgangs mit dem eigenen Körper und der Gesundheit.

Als Aufgabe einer subjektorientierten Jugendgesundheitsförderung und Prävention richtet sich der Blick damit auf Jugendliche selbst als handlungsfähige Subjekte, gleichermaßen wie auf die ihnen innerhalb ihrer sozialen Lebenswelt zur Verfügung stehenden Handlungsoptionen, zur Einflussnahme auf die eigene Gesundheit. Mit dieser Blickrichtung kann einerseits individuelle gesundheitsbezogene Kompetenz gefördert und darüber hinaus gesundheitsfördernde Lebenswelten gestärkt werden, um Heranwachsende zu einer gesunden Entwicklung nachhaltig zu befähigen. Die selbst wahrgenommenen Einflussnahmemöglichkeiten werden in einer Person-Umwelt-Interaktion hervorgebracht und bilden so den wesentlichen Referenzrahmen zur Förderung gesundheitsbezogener Lebensqualität sowie dem Abbau gesundheitsbezogener Chancenungleichheit.

Abbildung 3: Modell einer subjektorientierten Jugendgesundheitsförderung und Prävention durch Stärkung gesundheitsbezogener Agency in der jugendlichen Lebenswelt (in eigener Darstellung).



Eine Analyse sozialer, kultureller, institutioneller und personaler Befähigungen, die es Akteuren erlauben, Ressourcen in einer für sie vorteilhaften und erstrebenswerten Lebensführung

umzusetzen (vgl. Ziegler 2014), erweist sich demnach als zentraler Dreh-und-Angelpunkt für eine subjektorientierte Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe. Die ausschließliche Betrachtung von Krankheits- und Risikofaktoren in der Adoleszenz ist so zugunsten einer Stärkung individueller Schutzfaktoren und Stärkung gesundheitsfördernder Lebenswelten zu überwinden (vgl. Homfeldt 2010a). Diese Form von gesundheitsbezogener Befähigung erreicht Zielgruppen in ihrem Alltag und vermag damit, möglichst an den individuellen Bedarfen von Akteuren orientiert, gesundheitsrelevante Veränderungsprozesse in Bewegung zu setzen (vgl. Faltermaier/Wihofszky 2012, 103) (→ siehe Abbildung 3). Erst dann kann auch davon gesprochen werden, dass Gesundheitsförderung in Form einer „Befähigung zur Gesundheit (Kompetenzentwicklung), zur Partizipation und zum Empowerment und dem Abbau gesundheitlicher Chancenungleichheiten“ (Kickbusch 2003, 183), die sich auf die individuellen und darüber hinaus die soziale Gemeinschaft bezieht, verstanden wird. Gesundheitsförderung in der Jugendphase muss demzufolge individuelle Schuldzuweisungen gesundheitlichen Fehlverhaltens überwinden, um den Blick vermehrt auf die Gegebenheiten, in denen Jugendliche aufwachsen – die ihre Möglichkeiten der gesunden Entwicklung subtil, aber dennoch nachhaltig beeinflussen – zu lenken. Erst eine Analyse beider Ebenen, der individuellen und sozial konstruierten Lebens- und Gesundheitswelt, kann als wegweisend für eine mehrdimensionale Gesundheitsförderung gelten.

#### *2.5.2.1 Entwicklungsaufgaben und das „gute Leben“*

In der Logik des CA kann und soll genau diese Verbindung beider Ebenen, individueller und sozial konstruierter Lebens- und Gesundheitswelten gelingen (vgl. Clark 2015; Nussbaum 2012; Otto/Ziegler 2008). Dieser international diskutierte, gerechtigkeits-theoretische Ansatz geht der Frage nach dem Gelingen eines guten und individuell wertgeschätzten Lebens als Maßgabe gesunder Entwicklung in der Lebensphase Jugend, zu einem autonom handlungsfähigen Subjekt nach (vgl. Otto/Ziegler 2008). Der CA knüpft damit an eine aristotelische Ethik an, die im tugendhaften Charakter wesentliche Bedingungen zur Führung eines guten Lebens sieht: Sen beschäftigt sich dabei primär mit dem verfügbaren Repertoire an Handlungs- und Daseinsweisen und damit verbundenen Freiheiten für das Individuum, wohingegen Nussbaum diese mit einer starken, offenen und vagen Konzeption eines guten Lebens<sup>4</sup>, anhand objektiver fundamentaler Möglichkeiten und Befähigungen als Grundlage eines erfüllten gedeihlichen Lebens, ergänzt (vgl. Nussbaum 2012). Diese Erweiterung des CA lässt ihn auch für eine Analyse gesunden Aufwachsens in der Jugendphase besonders anschlussfähig werden. Die soziale Gemeinschaft hat dafür Sorge zu tragen, all ihren Mitgliedern – nicht nur der Elite – ein gutes Leben – nicht nur durch materielle Ressourcen, Chancen und Infrastrukturen, sondern gleichermaßen Fähigkeiten und Tätigkeiten zu ermöglichen (vgl. ebenda). Hierfür stellt

---

<sup>4</sup> Eine differenzierte Beschreibung der Fähigkeiten und Grenzen als Konzeption des guten Lebens, wie sie Martha Nussbaum in ihrer Deutungsweise des CA formuliert, beschreibt sie in ihrem Werk „Die Grenzen der Gerechtigkeit“ (ebenda 2012, 49ff.).

Nussbaum einen objektiven Analyserahmen zur Verfügung, der auf Fähigkeiten und Verwirklichungschancen verweist, die einem jeden Menschen zur Verfügung stehen sollten (vgl. ebenda). Die zentrale Frage des CA orientiert sich dabei daran, wie Möglichkeiten und Grenzen des eigenen Handelns durch subjektiv wahrgenommene Handlungsfreiheiten gedeutet werden und dem Menschen so ein für ihn individuell wertgeschätztes Leben ermöglichen. Dies erfolgt in Form innerer Abwägungen, Bewertungen und Entscheidungen, die entscheidend durch kulturelle Werte geprägt werden und jeglichem konkreten Handeln eines tätigen Subjekts vorausgehen (vgl. Keupp 2013). Die Konzeption eines guten Lebens wird so zu einer Theorie, die nicht unabhängig von Werturteilen der sozialen Konstruktion von Welt sowie ihrem je subjektiven Selbstverständnis steht (vgl. Nussbaum 2012).

Eine gute und gesunde Entwicklung im Jugendalter kann demnach hinsichtlich der Erreichung dieser Liste von Zuständen, Handlungsweisen und Handlungszielen, die Heranwachsenden ermöglicht werden sollten, verstanden werden (vgl. Otto/Ziegler 2015). Einer Analyse von gesundheitsbezogener Agency in der Jugendphase geht es also darum, Eigenschaften, Fähigkeiten und Bedürfnisse von jungen Menschen im Zusammenhang mit objektiven Gegebenheiten und Möglichkeitsräumen ihrer Entwicklung gegenüber institutionellen und materiellen Bedingungen der Lebenswelt in den Blick zu nehmen, um Jugendliche in ihren Realfreiheiten – damit sie ein Leben konzeptualisieren, das sie mit guten Gründen wertschätzen können – zu befähigen (vgl. ebenda, 198). Ausgehend von den zentralen Entwicklungsaufgaben hängt eine gesunde Entwicklung in der Jugendphase maßgeblich mit deren Bewältigung, innerhalb der Lebensphase Jugend für sich selbst genauso wie zur Entwicklung einer autonomen Persönlichkeit in der Zukunft, zusammen. Nach Blickrichtung des CA kristallisiert sich hier eine Förderung von Verwirklichungschancen, die es Jugendlichen ermöglichen, ihr individuelles Lebensprojekt einer guten und gesunden Entwicklung selbst und autonom zu gestalten. Zwar bleibt einleuchtend, dass sich die Lebensentwürfe, Zielperspektiven und Vorstellungen Jugendlicher über ein gutes und gesundes Leben unterscheiden und darüber hinaus „die Befähigungen zu je individuellen Lebensprojekten zwar weit differieren können, jedoch nicht alle Befähigungen mit Blick auf das gute menschliche Leben gleichermaßen fundamental sind.“ (Otto/Ziegler 2015, 199). Um aber dennoch einen objektiven Analyserahmen zu erhalten und damit „fundamentale“ Verwirklichungschancen zu definieren, kann Nussbaums Liste von *Grundfähigkeiten, die einem jeden Menschen zugänglich sein sollten*, dienen (vgl. Nussbaum 2012, 57). Diese Grundfähigkeiten bilden eine vage und bei weitem nicht als vollständig zu erachtende Konzeption eines guten Lebens und damit auch eine objektivierbare Analysegrundlage guter gesunder Entwicklung in der Jugendphase (vgl. Nussbaum 2012, 2015). Es sollte davon auszugehen sein, dass eine positive Bewältigung von jugendtypischen Entwicklungsaufgaben als fundamentale Befähigung konsensfähig ist. Sie bildet die Grundlage einer guten und gesunden Entwicklung zu einer autonomen Persönlichkeit (vgl. BMFSFJ 2009; Fend 2001; Hurrelmann 2007; Lenz 2011; Quenzel 2015) und kann als

Basis, als die *menschliche Natur des ‚Wesens‘ des Menschlichen* verstanden werden (Otto/Ziegler 2015, 200). Diese Liste von Grundfähigkeiten Nussbaums verspricht einen möglichen Ansatzpunkt, um zentrale Dimensionen zu benennen, die als Voraussetzung unterschiedlicher Formen einer gelingenden Lebenspraxis verstanden werden können.

Tabelle 4: Die Entwicklungsaufgaben in der Jugendphase (anlehnend an BMFSFJ 2009; Fend 2001; Hurrelmann 2007) im Rekurs auf Nussbaums vage Konzeption menschlicher Fähigkeiten (Nussbaum 2012) (in eigener Darstellung).

Entwicklungsaufgabe	Charakteristika der Herausforderung	Fähigkeiten (Capabilities), deren Erreichbarkeit eine fundamentale Basis guter und gesunder Entwicklung in der Jugendphase bilden
(1) Akzeptieren körperlicher Veränderungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• den sich entwickelnden Körper <i>bewohnen</i> lernen</li> <li>• eine eigene (Geschlechter-) Identität sowie den präferierten Umgang mit Sexualität herausbilden</li> </ul>	<p><b>3.</b> Die Fähigkeit ein volles Menschenleben bis zum Ende zu führen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Als konstitutive Merkmale eines <i>vollen Menschenlebens</i> sind seine <i>erste</i> und <i>zweite</i> Natur hervorzuheben. Die biologische Entwicklung in der Jugendphase, mit dem damit verbundenen Bewältigungsanspruch, den sich verändernden Körper akzeptieren zu lernen, kann hierbei als Basis erster Natur gelten. Gleichmaßen geht damit einher, diese Veränderungen psychosozial zu verarbeiten. Das Akzeptieren körperlicher Veränderungen bildet sich so als Grundlage der Fähigkeit, ein volles Menschenleben führen zu können heraus.</li> </ul> <p><b>2.</b> Die Fähigkeit sich guter Gesundheit zu erfreuen, angemessen zu ernähren, Unterkunft zu haben, Möglichkeiten sexueller Befriedigung zu haben und sich frei fortbewegen zu können.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die gesundheitsbezogene Lebensqualität korreliert an vielen Stellen mit der gelingenden Bewältigung dieser Entwicklungsaufgabe. Darüber hinaus können Körpermanipulationen, wie bspw. restriktive Ernährungsformen oder Selbstschädigungen, bei Bewältigungsproblemen zunehmen. Eine gute Gesundheit und angemessene Ernährung im weiteren Lebensverlauf kann damit im engen Zusammenhang mit der Entwicklungsaufgabe „Akzeptieren körperlicher Veränderungen“ erachtet werden.</li> <li>○ Die Fähigkeit zur Möglichkeit sexueller Befriedigung basiert auf der Herausbildung einer eigenen Geschlechteridentität sowie des präferierten Umgangs mit Sexualität. Sie hängt gleichermaßen mit der Entwicklungsanforderung des „Aufbaus sozialer Bindungen“ zusammen.</li> </ul> <p><b>3.</b> Die Fähigkeit Freudvolles zu erfahren und Schmerzliches zu vermeiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Betrachtet man diese Fähigkeit ausgehend vom biopsychosozialen Wohlbefinden Heranwachsender, zeigt sich einerseits ihre Grundlegung im Bewältigungsanspruch, den sich verändernden Körper bewohnen zu lernen. Dies fokussiert nicht alleine biologische Aspekte der Veränderung, sondern ebenso die Wirkung des eigenen Körpers in der Selbst- und Außenschau und diesen in seiner Lebenswelt Vergleichen und interaktiven Aneignungsprozessen mit positiver Resonanz unterziehen zu können. Dies verweist zudem auf die Entwicklungsaufgabe des „Aufbaus sozialer Bindungen“. Dabei wird davon ausgegangen, dass eben diese biopsychosozialen Aneignungsprozesse der eigenen Körperlichkeit wesentlich mit dem Wohlbefinden Heranwachsender zusammenhängen und so als Basis der Fähigkeit Freudvolles zu erfahren und Schmerzliches zu vermeiden dienen.</li> </ul>

<p><b>(2) Aufbau sozialer Bindungen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aktive Ausgestaltung des Umbaus sozialer Beziehungen mit dem Ziel sozialer Integration und Integrität             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ablösung vom Elternhaus</li> <li>○ Beziehungen zu den Peers sowie intime Paarbeziehungen zu Gleichaltrigen</li> </ul> </li> </ul>	<p>5. Die Fähigkeit Bindungen zu Dingen und Personen aufzubauen und zu halten.</p> <p>7. Die Fähigkeit in Verbundenheit mit anderen zu leben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Fähigkeiten Bindungen aufzubauen und zu halten und in Verbundenheit mit anderen zu leben, basiert unmittelbar auf der erfolgreichen Bewältigung der Entwicklungsaufgabe „Aufbau sozialer Bindungen“. Die sozialen Beziehungen verändern sich in der Jugendphase dahingehend, sich von den Eltern zu lösen, ein eigenes Netzwerk stabiler Beziehungen zu etablieren und darauf aufbauend, soziale Integration und Integrität zu erfahren.</li> <li>○ Grundfähigkeiten des sozialen Beziehungsauf- und -ausbaus hängen darüber hinaus mit Fähigkeiten intimer Zweisamkeit und so auch mit der Herausbildung einer Geschlechteridentität sowie der Etablierung eines Netzwerks sozialer Unterstützung zusammen.</li> </ul>
<p><b>(3) Qualifizieren</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktive Ausgestaltung persönlicher Leistungsbereitschaft durch Entfaltung intellektueller und sozialer Kompetenz</li> <li>• Verselbstständigung im Beruflichen</li> <li>• Sicherung ökonomischer Unabhängigkeit mit dem Ziel einer unabhängigen Teilhabe am Kultur- und Konsummarkt sowie einer Selbstverwirklichung im Beruflichen</li> </ul>	<p>4. Die Fähigkeit die eigenen Sinne zu benutzen, sich etwas vorzustellen, zu denken und zu urteilen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diese Fähigkeit hängt eng mit den Aufgaben von „Qualifikation“ und „Partizipation“ zusammen. Sie bildet die Basis beruflicher Verselbstständigung, ökonomischer Unabhängigkeit und autonomer Teilhabe am Kultur- und Konsummarkt und trägt darüber hinaus zu einer verantwortungsvollen politischen Partizipation und Entwicklung moralischer und politischer Orientierungen bei. Sie versteht sich als Basis, die eigenen Sinne benutzen zu können und sich damit zu einer autonomen und handlungsfähigen Persönlichkeit zu entwickeln, die ihre eigenen Interessen und Bedürfnisse adäquat zu vertreten weiß.</li> </ul>
<p><b>(4) Regenerieren</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• einen eigenen Lebensstil entwickeln, der es ermöglicht, die life-balance aufrecht zu erhalten</li> <li>• zu einem kontrollierten und bedürfnisorientierten Umgang mit Freizeit-, Kultur- und Konsumangeboten kommen, mit dem Ziel, psychische und körperliche Kräfte zu regenerieren</li> </ul>	<p>9. Die Fähigkeit zu lachen, zu spielen und Freude an erholsamen Tätigkeiten zu spüren.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Basis der Fähigkeit zu lachen, zu spielen und Freude an erholsamen Tätigkeiten zu spüren, ist die Entwicklung eines eigenen Lebensstils, der einen kontrollierten und bedürfnisorientierten Umgang mit Freizeit-, Kultur- und Konsumangeboten zulässt. Die Entwicklungsaufgabe der „Regeneration“ erfordert eine eigene life-balance zur Regeneration physischer und psychischer Kräfte, die es ermöglicht, sich ebendiese Fähigkeit anzueignen und langfristig verfügbar zu gestalten.</li> </ul> <p>10. Die Fähigkeit das eigene Leben und dies</p> <p>11. in seiner eigenen Umgebung und seinem eigenen Kontext zu (er)leben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diese Fähigkeit entwickelt sich, über die Entwicklungsaufgabe „Regeneration“ hinausgehend, auch auf Grundlage der anderen benannten Entwicklungsaufgaben. Sie begründet sich in einer positiven Einstellung (Lebenskohärenz), die mit Offenheit, Neugier und Erfahrungsinteresse einhergeht und jungen Menschen so erlaubt, das eigene Leben und das der Umgebung (aktiv) zu (er)leben und zu gestalten.</li> </ul>
<p><b>(5) Partizipieren</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fähigkeiten einer verantwortlichen gesellschaftspolitischen Partizipation</li> <li>• Entwicklung moralischer und politischer Orientierungen</li> <li>• Erwerb politischer Handlungsfähigkeiten</li> <li>• Erlernen der Bedürfnis- und Interessensvertretung im sozialen Umfeld und der Öffentlichkeit</li> </ul>	<p>6. Die Fähigkeit einer eigenen Vorstellung vom Guten und einer kritischen Lebensschau.</p> <p>8. Die Fähigkeit mit Tieren, Pflanzen und der Natur zu leben und mit dieser pfleglich umzugehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Entwicklung von moralischen und politischen Orientierungen und Handlungsfähigkeiten trägt unmittelbar zur Fähigkeit eigener Vorstellungen vom Guten und der kritischen Lebensschau Heranwachsender bei. Darüber hinaus begründet sich in dem Erwerb von Kompetenzen der Bedürfnis- und Interessensartikulation im sozialen Umfeld und der Öffentlichkeit die Fähigkeit, mit der tierischen und pflanzlichen Natur pfleglich umzugehen. Die Entwicklung zu einer verantwortlichen gesellschaftspolitischen Partizipation trägt nicht nur der eigenen Interessensvertretung, sondern gleichermaßen zur Vertretung von Interessen der Umwelt bei.</li> </ul>

Zwar setzt die Liste einen normativen Rahmen guter und gesunder Entwicklung in der Lebensphase Jugend, bleibt aber dennoch vage und unvollständig (erweiterbar) (vgl. Nussbaum 2012). Sie verweist auf einen praktischen Analyserahmen mit der Intention „(...) the goals are plural and incommensurable, but they are also part of a set that needs to be realized as a whole“ (Nussbaum 2015). Es geht dabei weniger um Bevorzugung, Förderung oder Forderung inhaltlich bestimmter Lebensführung oder Selbstentfaltung und Selbstverwirklichung, sondern, soziale, materielle und institutionelle Grundbedingungen der Überzeugungs- und Entscheidungsfähigkeit sozialer Akteure zu objektivieren und darüber sicherzustellen (vgl. Otto/Ziegler 2015). Eine erfolgreiche Bewältigung konstitutiver Entwicklungsaufgaben in der Jugendphase dient in dieser Denkrichtung, als Basis der Herausbildung einer individuellen Konzeption eines guten, gesunden Lebens und damit einer eigenen Herausbildung einer autonomen Persönlichkeit. Die Liste von Grundfreiheiten offeriert damit einen objektivierbaren Rahmen, wie dieser konkret zu erreichen ist, vermag sie jedoch noch nicht zu definieren und bedarf somit dem Hinzuziehen einer weiteren Komponente. Mit Blick auf die konkrete Handlungspraxis gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit in der Kinder- und Jugendhilfe bietet das Konzept positiver Jugendentwicklung (vgl. Lerner et al. 2007) einen möglichen Rahmen zur Förderung gesundheitsbezogener Agency in der Lebensphase Jugend. Ausgehend von der Annahme, Komponenten menschlicher Entwicklung würden durch wechselseitige Beziehung zwischen allen Ebenen des Entwicklungssystems von persönlichen über soziale, kulturelle und historische „Welten“ gebildet, bettet sich, nach konzeptioneller Grundlegung positiver Jugendentwicklung, eine gesunde Entwicklung in ebendiesen Dimensionen in einer Mensch-Umwelt-Interaktion ein und ist auch darin zu befähigen.

#### *2.5.2.2 Förderung positiver Entwicklungsverläufe*

Eine anschlussfähige und zudem durchaus praxisnahe Komponente der Befähigung individueller Kompetenz in der Jugendphase lässt sich im Konzept positiver Jugendentwicklung finden (vgl. Lerner et al. 2007). Hiernach wird von Potenzialen ausgegangen, die Jugendlichen zur Verfügung stehen (sollten), um sich zu handlungsfähigen und autonomen Persönlichkeiten zu entwickeln, die nicht nur am gesellschaftlichen Leben teilnehmen, sondern dies auch aktiv mitgestalten und verändern können (vgl. ebenda). Im Fokus steht die Frage, wie Jugendliche den Großteil ihres Lebens verbracht und welche Basiskompetenzen sie sich in dieser ersten Lebensphase angeeignet haben, die zu einer positiven Entwicklung als intellektuell, sozial und beruflich kompetente Persönlichkeit beitragen. Von dieser Frage ausgehend werden sechs Komponenten positiver Jugendentwicklung hervorgehoben, die aus evaluierten Ergebnissen verschiedener Programme der Jugendentwicklung und Jugendforschung entstammen und als förderungswürdige Kompetenzen positiver Entwicklung in der Jugendphase identifiziert werden konnten (vgl. Lerner et al. 2007). Jede der sogenannten „C’s“ (Kompetenzen) steht dabei für einen Kanon von verschiedenen Verhaltensweisen, die als prinzipiell förderungswürdig zu

erachten sind und dementsprechend die Entwicklung in der Jugendphase positiv zu beeinflussen vermögen. Sie buchstabieren sich aus in (1.) der Competence (Kompetenz), (2.) Confidence (Vertrauen), (3.) Connection (Bindung), (4.) Character (Charakter), (5.) Caring (Fürsorge und Mitgefühl) und (6.) der Kompetenz Contribution (Beitrag) (siehe Tabelle 5). Die Entwicklung junger Menschen wird nach dem Konzept der positiven Jugendentwicklung in Vollendung einer handlungsfähigen Persönlichkeit, die ihr Handeln im Kontext einer Person-Umwelt-Interaktion reflektieren und planvoll einsetzen kann, verstanden. Positive Entwicklungspfade, mit dem Streben Heranwachsender, in einer globalisierten Welt handlungsfähig zu bleiben und so gleichermaßen durch ihren eigenen Beitrag Chancen einer gerechten zivilgesellschaftlichen Gemeinschaft zu fördern, werden dabei als grundlegend betrachtet. Diese, der modernen Entwicklungsforschung entsprungene Denkweise, beschäftigt sich mit Konzepten systemischer Entwicklungstheorie auf Grundlage eines „postmodernistisch philosophischen Verständnis, das den kartesischen Dualismus transzendiert, und (...) in eine relationale Metatheorie“ transferiert (Lerner et al. 2007, 11). Das Konzept wendet sich von Trennungen verschiedener Komponenten menschlicher Entwicklung ab und fokussiert, zur Regulation der Entwicklung Jugendlicher, wechselseitige Beziehungen zwischen allen Ebenen des Entwicklungssystems – von neurologischen über geistige und verhaltensbezogene Funktionsfähigkeiten der Persönlichkeit bis hin zur Gesellschaft, Kultur, der Umwelt und Historie (vgl. ebenda). Es wird davon ausgegangen, dass Jugendliche diesem komplexen sozialen System prinzipiell dienen und mit diesem Ziel, Institutionen der Gesellschaft auch schützen und erhalten wollen (vgl. Lerner et al. 2007). Dies impliziert, dass davon ausgegangen wird Jugendliche dienen einem mehr oder weniger gleichen sozialen System. Dies zeigt sich im Konzept positiver Jugendentwicklung als stark normativ geprägte Komponente kollektiven Einvernehmens. Mit Blick auf die Hervorhebung subjektorientierter Konstruktionen guter und gesunder Entwicklung in der Jugendphase, versucht das Konzept positiver Jugendentwicklung diesem Dilemma im sogenannten Gedeihensprozess (Thriving) entgegenzuwirken (vgl. Lerner et al. 2007). Thriving beschreibt eine Regulation von Person-Kontext-Beziehungen zu positiven Ergebnissen auf verschiedenen Ebenen des individuellen Entwicklungssystems, wie der eigenen Person, Familie und Gemeinschaft, die jungen Menschen den Status gesunden Mensch-Seins erreichen lassen, ähnlich wie es auch der CA in seiner operationalisierbaren Liste von Grundfreiheiten versucht. Auch das Konzept einer positiven Entwicklung in der Jugendphase verweilt damit weniger auf einer rein subjektorientierten Basis, sondern greift die jugendliche Entwicklung vor dem Hintergrund aktueller und lebenslagenspezifischer Bewältigungsweisen auf. Anhand dieser Betrachtung kann es möglich werden, eine dennoch praxisnahe und konkrete Förderung positiver Entwicklung in der Jugendphase unter gerechtigkeits-theoretischen Aspekten, wie sie auch der CA fokussiert, zu ermöglichen. Das Konzept positiver Jugendentwicklung ergänzt die Liste von Grundfreiheiten um eine Förderung konkreter Kompetenzen, die es Jugendlichen

ermöglichen, ein nach ihrem Maßstab gutes Leben zu erreichen und dabei dem Wohl ihrer sozialen, ökonomischen und ökologischen Umwelt zu dienen.

Tabelle 5: Die Entwicklungsaufgaben in der Jugendphase (anlehnend an BMFSFJ 2009; Fend 2001; Hurrelmann 2007) im Rekurs auf das Konzept positiver Jugendentwicklung (Lerner et al. 2007; ergänzt durch Homfeldt 2014b, Keupp 2013, Sørensen et al. 2012 und die Autorin) (in eigener Darstellung).

Entwicklungsaufgabe	Charakteristika der Herausforderung	Kompetenzen, die für einen Kanon von Verhaltensweisen stehen und als prinzipiell förderungswürdig für eine positive Entwicklung in der Jugendphase gelten
<b>(1) Akzeptieren körperlicher Veränderungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• den sich entwickelnden Körper bewohnen lernen</li> <li>• eine eigene (Geschlechter-) Identität sowie den präferierten Umgang mit Sexualität herausbilden</li> </ul>	<p>1. Competence (Kompetenz), 2. Confidence (Vertrauen) und 4. Character (Charakter)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Soziale Kompetenzen, wie interpersonale Fähigkeiten, Kommunikationsfähigkeiten, Durchsetzungsvermögen oder Fähigkeiten zur Lösung von Konflikten können Jugendlichen helfen, sich mit ihrem eigenen Körper, ihren Bedürfnissen und Aspirationen stärker auseinander setzen zu lernen. Eine Stärkung sozialer Kompetenzen trägt damit nicht nur zur Interaktion mit der sozialen Umwelt, sondern darüber hinaus zur interaktiven Auseinandersetzung mit der eigenen Person, Körperlichkeit und Psyche bei.</li> <li>○ Hierbei sind insbesondere Kompetenzen des achtsamen Umgangs mit dem eigenen Körper und der Psyche hervorzuheben.</li> <li>○ Eine Förderung von Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten junger Menschen wirkt sich positiv auf die Stärkung ihres Kohärenzsinn, Selbstwirksamkeits- und Kontrollüberzeugung, ihren Selbstwert und trägt der Identitätsbildung und dem Glauben an die Zukunft bei.</li> <li>○ Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten ermöglicht es Situationen besser abzuschätzen und adäquat reagieren zu können, eine wesentliche und wichtige Basis gesundheitsbezogener Agency.</li> </ul>
<b>(2) Aufbau sozialer Bindungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aktive Ausgestaltung des Umbaus sozialer Beziehungen mit dem Ziel sozialer Integration und Integrität</li> <li>• Ablösung vom Elternhaus</li> <li>• Beziehungen zu den Peers sowie intime Partnerschaften zu Gleichaltrigen</li> </ul>	<p>3. Connection (Bindung)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eine Förderung der Bindungskompetenzen Heranwachsender trägt unmittelbar zum Auf- und Ausbau sowie der Stärkung bereits vorhandener Beziehungen zu anderen Menschen und Institutionen bei. Soziale Beziehungen leisten einen Großteil psychosozialer Unterstützung im Alltag und sind daher als wichtiges und unmittelbar förderungswürdiges Element gesunder Jugendentwicklung zu erachten.</li> </ul>
<b>(3) Qualifizieren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aktive Ausgestaltung persönlicher Leistungsbereitschaft durch Entfaltung intellektueller und sozialer Kompetenz</li> <li>• Verselbstständigung im Beruflichen</li> <li>• Sicherung ökonomischer Unabhängigkeit mit dem Ziel einer unabhängigen Teilhabe am Kultur- und Konsummarkt sowie einer Selbstverwirklichung im Beruflichen</li> </ul>	<p>1. Competence (Kompetenz) und 4. Character (Charakter)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit Blick auf die Bewältigungsanforderung „Qualifikation“ bezieht sich Kompetenzförderung insbesondere auf eine Stärkung kognitiver, interaktiver ebenso wie kritischer Kompetenzen in der Auseinandersetzung mit dem Selbst, Körper und der Psyche. Hierbei geht es einerseits um die Förderung von Wissen über Gesundheit oder Zugängen zu Gesundheitsleistungen gleichermaßen wie einer Förderung kommunikativer Kompetenz in der alltäglichen Auseinandersetzung und dem kritisch-selbstreflexiven Umgang mit Gesundheit. Die Förderung dieser Kompetenzen geht über die formale Qualifikation am Lernort Schule und Ausbildung weit hinaus und greift insbesondere in informelle Lernsituationen der jugendlichen Lebenswelt über.</li> </ul>

<p><b>(4) Regenerieren</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• einen eigenen Lebensstil entwickeln, der es ermöglicht, die life-balance aufrecht zu erhalten</li> <li>• zu einem kontrollierten und bedürfnisorientierten Umgang mit Freizeit-, Kultur- und Konsumangeboten kommen mit dem Ziel psychische und körperliche Kräfte zu regenerieren</li> </ul>	<p><b>4. Character (Charakter) und</b>  <b>5. Caring (Fürsorge und Mitgefühl)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eine Förderung von Charakterkompetenzen zur Entwicklung eines verantwortungsvollen Umgangs mit dem Selbst trägt dazu bei, die im Alltag benötigte Ruhe und Kraft zu finden, sich Momente der Erholung und des Abstands zu ermöglichen</li> <li>○ Insbesondere durch Kompetenzen der Selbstwahrnehmung und -kontrolle, zur Verminderung gesundheitsschädigendem (Problem-) Verhaltens und der Herausbildung einer eigenen life-balance sowie Formen individueller Entspannung, können Kompetenzen eines verantwortungsvollen Umgangs mit dem Selbst im dargebotenen Freizeit-, Konsum- und Kulturangebot gelingen.</li> <li>○ Mit dieser Kompetenz einher geht die Entwicklung eines eigenen Lebensstils, unter Achtung vor gesellschaftlichen und kulturellen Regeln sowie eines sozial vertretbaren Gerechtigkeitssinn (Caring).</li> </ul>
<p><b>(5) Partizipieren</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fähigkeiten einer verantwortlichen gesellschaftspolitischen Partizipation</li> <li>• Entwicklung moralischer und politischer Orientierungen</li> <li>• Erwerb politischer Handlungsfähigkeiten</li> <li>• Erlernen der Bedürfnis- und Interessensvertretung im sozialen Umfeld und der Öffentlichkeit</li> </ul>	<p><b>4. Character (Charakter) und</b>  <b>5. Caring (Fürsorge und Mitgefühl)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unter der Kompetenz von Fürsorge und Mitgefühl sind einerseits Fähigkeiten der Empathie sowie sich in andere Menschen und Gesellschaften und ihre Belange hinein versetzen zu können, zu verstehen. Sie geht damit unweigerlich mit Charakterkompetenzen Heranwachsender einher und leistet einen wichtigen Beitrag zur eigenen Interessensvertretung in der Öffentlichkeit. Es geht andererseits aber darum, eigenen Interessen und die der Gemeinschaft nicht nur zu verstehen, sondern sich aktiv damit auseinander setzen zu können und sozialpolitische Gegebenheiten kritisch zu hinterfragen.</li> </ul>
<p><b>6. Contribution (Beitrag)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nach dem Konzept positiver Jugendentwicklung wird davon ausgegangen, dass, konnten die 5 „C“'s entfaltet werden, sich der Heranwachsende auf dem Pfad einer Person befindet, die in der Lage ist, Einfluss auf die eigene Gesundheit und Entwicklung nehmen zu können. Mit dieser Fähigkeit geht eine kritisch-reflexive Person-Umwelt-Beziehung einher, die sich in Form eines Handelns junger Menschen zu ihrem eigenen Wohl, zum Wohl ihrer Familie, ihres sozialen Umfelds und der Zivilgesellschaft, als ihr Beitrag zur Gemeinschaft herausbildet.</li> </ul>		

Die dargestellten Kompetenzen sind kaum überschneidungsfrei voneinander zu betrachten. Sie greifen ineinander über und nehmen gegenseitig aufeinander Bezug. In Vollendung und ihrer Gesamtschau wird in dem Konzept positiver Jugendentwicklung davon ausgegangen, verfügen Jugendliche über die Kompetenz, ihren eigenen Beitrag, in Form eines Handelns, zu ihrem eigenen Wohl und dem Wohl ihrer Familie, ihres sozialen Umfelds und der Zivilgesellschaft leisten zu können und befinden sich damit auf dem Weg zu einer autonom handelnden Persönlichkeit (vgl. Lerner et al. 2007). Damit schließt das Konzept auch an Ausführungen zur gesundheitsbezogenen Agency an. Diese kann als Ressource verstanden werden, die insbesondere mit Blick auf die charakteristischen körperlichen, psychischen und sozialen Bewältigungsanforderungen in der Jugendphase hilft, Gesundheit auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum immer wieder in Balance zu bringen und so neuen Herausforderungen unentwegt zu trotzen. In der Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten Jugendlicher selbst, sowie einer kritisch-reflexiven Analyse von gesundheitsbezogenen Verwirklichungschancen in der jugendlichen Lebenswelt, kann Gesundheitsförderung auch dahingehen gelingen, Gesundheitsverhalten einerseits basierend auf dem individuellen Verständnis von *Welt* Jugendlicher selbst zu verstehen und andererseits diese Motive wahr und ernst zu nehmen, um sie zum Dreh-und-Angelpunkt von gesundheitsbezogenen Interventionen der Kinder- und Jugendhilfe werden zu lassen.

## 2.6 Förderung gesundheitsbezogener Agency Jugendlicher

Ein auf Grundfähigkeiten ruhendes Verständnis gesunder Entwicklung orientiert sich an subjektorientierten Alltagskonstruktionen von Gesundheit in der Lebensphase Jugend und analysiert diese kritisch vor dem Hintergrund lebensweltlicher Strukturen und wohlfahrtsstaatlicher Verantwortung. Eine Förderung von gesundheitsbezogener Agency fragt in diesem Kontext danach, inwieweit Kontext-Mechanismus-Figurationen aktiviert werden, die den realen Handlungs- und Entfaltungsspielraum von Jugendlichen erweitern, statt lediglich hervorzuheben, was sie selbst für die Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit zu tun haben (vgl. Bittlingmayer/Ziegler 2012; Homfeldt 2014). Sie fragt danach, wie gesellschaftliche Strukturen so zu gestalten sind, dass sich alle Jugendlichen der Maßgabe ihrer individuellen Konzeption eines guten Lebens entsprechend, gesund entwickeln können. Gesundheitsbezogene Agency, als Funktionsweise tatsächlich realisierbarer Zustände und Handlungen sowie Entfaltungsmöglichkeiten im Sinne realer Freiheiten, sich für oder gegen bestimmte Funktionsweisen zu entscheiden, wird zur zentralen Ressource gesunder Entwicklung in der Jugendphase. Ihre Förderung bezieht sich auf die Förderung von individueller Kompetenz sowie der Schaffung von Lebenswelten, die die Herausbildung von gesundheitsbezogener Agency begünstigen und ermöglichen. Damit geht die Stärkung gesundheitsbezogener Agency über Ansätze üblicher Programme der Gesundheitsförderung hinaus, die dazu neigen sich auf persönlich verantwortete Aktivitäten, mit einer sich gleichzeitig ausdifferenzialisierenden Kommerzialisierung von Gesundheit zu zentrieren (vgl. Homfeldt 2014b). Die Förderung von Gesundheit bleibt nicht in lastender Verantwortung Einzelner, sondern lehnt sich dem gesundheitsförderlichen Anliegen der Ottawa-Charta an: Der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit insbesondere durch Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen (WHO 1986). Ihr Ziel sollte sich stärker an einer gesundheitsbezogenen Befähigungsgerechtigkeit (vgl. Rademaker 2014) ausrichten, die es Heranwachsenden ermöglicht ihre eigenes Gesundheitspotenzial herauszubilden. Mit Blick auf die Empfehlungen des 13. Kinder- und Jugendberichts sollte sich die Kinder- und Jugendhilfe in der Verantwortung fühlen, die Kurzsichtigkeit des „aktivierenden Sozialstaats“, mit Fokus auf den riskanten Lebensstil einzelner Jugendlicher zu kritisieren und öffentlichkeitswirksamen zu thematisieren, um dazu beizutragen, dass Bestrebungen nicht lediglich einer Stabilisierung von individuellen Biografien dienen (vgl. Homfeldt 2014b). Eine Förderung von Gesundheitskompetenz sollte dabei als ein, für die gesundheitsbezogene Kinder- und Jugendhilfe anschlussfähig zu erachtender Rahmen hinzugezogen werden. Die Kinder- und Jugendhilfe – wie sie hier zu verstehen ist - orientiert sich an Motiven, Orientierungen und Handlungsfähigkeiten einzelner Jugendlicher und was sie selbst dazu beitragen können, ihre Gesundheit aufrecht zu erhalten. Sie orientiert sich in besonderer Weise an einer gerechtigkeits-theoretischen Analyse, wie sie der CA darlegt gleichermaßen wie der Stabilisierung individueller gesundheitsbezogener Handlungskompetenz. Eine Stärkung von

gesundheitsbezogener Agency in der Kinder- und Jugendhilfe kann dazu beitragen Heranwachsende zu befähigen, die notwendigen Ressourcen zu erlangen, um kompetent und eigenmächtig auf ihre Gesundheit Einfluss nehmen zu können. Hierzu wären (1.) Institutionen und Strukturen so auszubuchstabieren, dass sie zu den größten Verwirklichungschancen individueller Gesundheit für Kinder und Jugendliche führen und (2.) die daraus resultierenden gesellschaftlichen Maßstäbe in den öffentlichen Diskurs einzuspeisen (vgl. Bittlingmayer/Ziegler 2012) ebenso wie Jugendliche selbst an diesem Diskurs aktiv zu beteiligen. Die Förderung von gesundheitsbezogener Agency kann dazu beitragen Gesundheitsförderung zu einem Konzept der Verhältnisse zu erweitern, das gesellschaftsstrukturelle Bedingungen von sozialer Ungleichheit und Ausschließung problematisiert, wie es im Grunde auch die Ottawa-Charta fokussiert, statt bei der ‚Diagnose‘ und ‚Behandlung‘ von individuellen Verhaltensdispositionen, Persönlichkeitsmerkmalen, Wertorientierungen, subjektiven Einstellungen und Fähigkeiten zu verweilen. Ihre gezielte Förderung in der Kinder- und Jugendhilfe, also der gezielten Förderung von Fähigkeit, damit Heranwachsende sich als Handlungsmächtig zur Einflussnahme auf ihre eigene Gesundheit erleben setzt a.) ein Verständnis für die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen, insbesondere vor dem Hintergrund ihrer spezifischen Bewältigungsanforderungen und lebensweltlichen Bezüge voraus und fordert b.) eine kritische Analyse von strukturellen Grenzen und Möglichkeiten der Herausbildung von Gesundheitskompetenz in der je individuellen Lebenswelt ein. Es geht dabei einerseits um eine Analyse und Identifikation einflussnehmender Indikatoren auf die jugendliche Lebens- und Gesundheitswelt und darüber hinaus um die Einspeisung dieser Erkenntnisse in den öffentlichen Diskurs, zur Gestaltung gesundheitsbefähigender Lebenswelten, die wiederum gesundheitsbezogene Agency stärken. Diese Perspektive fokussiert „den inneren Zusammenhang der Handlungsbefähigung der Subjekte mit den objektiv gegebenen Verwirklichungschancen“ zu einer guten und gesunden Entwicklung in der Jugendphase (Keupp 2013, 30). Die von Jugendlichen selbst wahrgenommenen Ressourcen der eigenen Persönlichkeit und sozialen Umwelt helfen ihnen, sich als handlungsmächtig zur Einflussnahme auf ihre eigene Gesundheit zu erleben. Sie begründen sich in Form gesundheitsbezogener Agency, einer „(...) in sich widersprüchliche(n) Verschränkung von sozialen Bedingungen und Beschränkungen einerseits und mit der sozial zugleich ermöglichten eigensinnigen und kreativen Handlungsfähigkeit von Individuen und sozialen Gruppen andererseits“ (Scherr, 2013, 241) und eröffnet so den Fokus auf eine unumgängliche Subjektorientierung in der Jugendgesundheitsförderung und Prävention. Diesem nachkommend sind individuelle Kohärenz und Kompetenz als wesentliche Indikatoren gesundheitsbezogener Handlungsautonomie zu betrachten und im Rekurs auf den CA bezüglich ihrer (Be)Grenz(ung)en diskutiert worden. Mit Blick auf eine gute und gesunde Entwicklung in der Jugendphase bietet der CA ein solides Rahmenkonzept, jugendliche Entwicklung insbesondere mit Blick auf die als typisch geltenden Entwicklungsaufgaben in der Jugendphase zu

analysieren. Um nun noch eine Konkretisierung zu finden, bietet sich das Konzept positiver Jugendentwicklung an. Hierbei werden konkrete, förderungswürdige Kompetenzen benannt, die Jugendlichen helfen, den Bewältigungsanforderungen der Jugendphase gerecht zu werden, die sie in der Einflussnahme auf das eigene Leben und die eigene Gesundheit befähigen.

Tabelle 6: Die Relevanz von Entwicklungsaufgaben für das biopsychosoziale Wohlbefinden Jugendlicher (anlehnend an BMFSFJ 2009; Fend 2001; Hurrelmann 2007; Quenzel 2015) und konkrete förderungswürdige Kompetenzen zur Befähigung positiver Entwicklung in der Jugendphase (Lerner et al. 2007; ergänzt durch Homfeldt 2014b, Keupp 2013, Sørensen et al. 2012 und die Autorin), im Rekurs auf die Erreichbarkeit fundamentaler Grundfähigkeiten von Menschen (Nussbaum 2012) (in eigener Darstellung).

Entwicklungsaufgabe und ihre Charakteristika	Relevante Aspekte für das biopsychosoziale Wohlbefinden Jugendlicher	Förderungswürdige Kompetenzen zur Befähigung gesunder Entwicklung in der Jugendphase	Fähigkeiten (Capabilities), deren Erreichbarkeit eine fundamentale Basis guter und gesunder Entwicklung in der Jugendphase bilden
<p>(1) Akzeptieren körperlicher Veränderungen</p> <p>Bewältigungsanforderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• den sich entwickelnden Körper <i>bewohnen</i> lernen</li> <li>• eine eigene (Geschlechter-) Identität sowie den präferierten Umgang mit Sexualität herausbilden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• das Akzeptieren körperlicher Veränderungen und die Herausbildung einer Geschlechteridentität stellen für Jugendliche eine hohe physische und psychische Herausforderung dar</li> <li>• Körpermanipulationen gehören zu verbreiteten Strategien der Körperaneignung (Rausch, Selbstverletzung, Ernährung)</li> <li>• Zusammenhänge mit den Entwicklungsaufgaben „(2) Aufbau sozialer Bindungen“, „(3) Qualifikation“ und „(4) Regeneration“</li> <li>• Risiken für gesundheitliche Beeinträchtigungen bei der misslungenen Bewältigung können gravierend sein</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Competence (Kompetenz),</li> <li>2. Confidence (Vertrauen) und</li> <li>4. Character (Charakter) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Soziale Kompetenzen, wie interpersonale Fähigkeiten, Kommunikationsfähigkeiten, Durchsetzungsvermögen oder Fähigkeiten zur Lösung von Konflikten können Jugendlichen helfen, sich mit ihrem eigenen Körper, ihren Bedürfnissen und Aspirationen stärker auseinander setzen zu lernen. Eine Stärkung sozialer Kompetenzen trägt damit nicht nur zur Interaktion mit der sozialen Umwelt, sondern darüber hinaus zur interaktiven Auseinandersetzung mit der eigenen Person, Körperlichkeit und Psyche bei.</li> <li>○ Hierbei sind insbesondere Kompetenzen des achtsamen Umgangs mit dem eigenen Körper und der Psyche hervorzuheben.</li> <li>○ Eine Förderung von Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten junger Menschen wirkt sich positiv auf die Stärkung ihres Kohärenzsinns, Selbstwirksamkeits- und Kontrollüberzeugung, ihren Selbstwert und trägt der Identitätsbildung und dem Glauben an die Zukunft bei.</li> </ul> </li> </ol> <p>Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten ermöglicht es Situationen besser abzuschätzen und adäquat reagieren zu können, eine wesentliche und wichtige Basis gesundheitsbezogener Agency.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Fähigkeit ein volles Menschenleben bis zum Ende zu führen. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Als konstitutive Merkmale eines <i>vollen Menschenlebens</i> sind seine <i>erste</i> und <i>zweite</i> Natur hervorzuheben. Die biologische Entwicklung in der Jugendphase, mit dem damit verbundenen Bewältigungsanspruch, den sich verändernden Körper akzeptieren zu lernen, kann hierbei als Basis erster Natur gelten. Gleichermaßen geht damit einher, diese Veränderungen psychosozial zu verarbeiten. Das Akzeptieren körperlicher Veränderungen bildet sich so als Grundlage der Fähigkeit, ein volles Menschenleben führen zu können heraus.</li> </ul> </li> <li>2. Die Fähigkeit sich guter Gesundheit zu erfreuen, angemessen zu ernähren, Unterkunft zu haben, Möglichkeiten sexueller Befriedigung zu haben und sich frei fortbewegen zu können. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die gesundheitsbezogene Lebensqualität korreliert an vielen Stellen mit der gelingenden Bewältigung dieser Entwicklungsaufgabe. Darüber hinaus können Körpermanipulationen, wie bspw. Restriktive Ernährungsformen oder Selbstschädigungen, bei Bewältigungsproblemen zunehmen. Eine gute Gesundheit und angemessene Ernährung im weiteren Lebensverlauf kann damit im engen Zusammenhang mit der Entwicklungsaufgabe „Akzeptieren körperlicher Veränderungen“ erachtet werden.</li> </ul> </li> </ol>

<p><b>(2) Aufbau sozialer Bindungen</b> Bewältigungsanforderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aktive Ausgestaltung des Umbaus sozialer Beziehungen mit dem Ziel sozialer Integration und Integrität             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ablösung vom Elternhaus</li> <li>○ Beziehungen zu den Peers sowie intime Paarbeziehungen zu Gleichaltrigen</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Probleme treten häufig dann auf, wenn es Jugendlichen nicht gelingt, qualitativ hochwertige Freundschaften mit Gleichaltrigen aufzubauen bzw. wenn sie als unbefriedigend wahrgenommen werden</li> <li>• physische, psychische und soziale Beeinträchtigungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität können als Folgen ungenügender Bewältigung benannt werden</li> </ul>	<p><b>3. Connection (Bindung)</b> Eine Förderung der Bindungskompetenzen Heranwachsender trägt unmittelbar zum Auf- und Ausbau sowie der Stärkung bereits vorhandener Beziehungen zu anderen Menschen und Institutionen bei. Soziale Beziehungen leisten einen Großteil psychosozialer Unterstützung im Alltag und sind daher als wichtiges und unmittelbar förderungswürdiges Element gesunder Jugendentwicklung zu erachten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Fähigkeit zur Möglichkeit sexueller Befriedigung basiert auf der Herausbildung einer eigenen Geschlechteridentität sowie des präferierten Umgangs mit Sexualität. Sie hängt gleichermaßen mit der Entwicklungsanforderung des „Aufbaus sozialer Bindungen“ zusammen.</li> </ul> <p><b>3. Die Fähigkeit Freudvolles zu erfahren und Schmerzliches zu vermeiden.</b> Betrachtet man diese Fähigkeit ausgehend vom biopsychosozialen Wohlbefinden Heranwachsender, zeigt sich einerseits ihre Grundlegung im Bewältigungsanspruch, den sich verändernden Körper bewohnen zu lernen. Dies fokussiert nicht alleine biologische Aspekte der Veränderung, sondern ebenso die Wirkung des eigenen Körpers in der Selbst- und Außenschau und diesen in seiner Lebenswelt. Vergleichen und interaktiven Aneignungsprozessen mit positiver Resonanz unterziehen zu können. Dies verweist zudem auf die Entwicklungsaufgabe des „Aufbaus sozialer Bindungen“. Dabei wird davon ausgegangen, dass eben diese biopsychosozialen Aneignungsprozesse der eigenen Körperlichkeit wesentlich mit dem Wohlbefinden Heranwachsender zusammenhängen und so als Basis der Fähigkeit Freudvolles zu erfahren und Schmerzliches zu vermeiden dienen.</p>
		<p><b>5. Die Fähigkeit Bindungen zu Dingen und Personen aufzubauen und zu halten.</b> <b>7. Die Fähigkeit in Verbundenheit mit anderen zu leben.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Fähigkeiten Bindungen aufzubauen und zu halten und in Verbundenheit mit anderen zu leben, basiert unmittelbar auf der erfolgreichen Bewältigung der Entwicklungsaufgabe „Aufbau sozialer Bindungen“. Die sozialen Beziehungen verändern sich in der Jugendphase dahingehend, sich von den Eltern zu lösen, ein eigenes Netzwerk stabiler Beziehungen zu etablieren und darauf aufbauend, soziale Integration und Integrität zu erfahren.</li> </ul>	

<p>(3) Qualifizieren</p> <p>Bewältigungsanforderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aktive Ausgestaltung persönlicher Leistungsbereitschaft durch Entfaltung intellektueller und sozialer Kompetenz</li> <li>• Verselbständigung im Beruflichen</li> <li>• Sicherung ökonomischer Unabhängigkeit mit dem Ziel einer unabhängigen Teilhabe am Kultur- und Konsummarkt sowie einer Selbstverwirklichung im Beruflichen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewältigungsprobleme können sich direkt auf das physische und psychische Wohlbefinden auswirken</li> <li>• zwischen der Entwicklungsaufgabe und dem sozialen Wohlbefinden bestehen ebenfalls komplexe Zusammenhänge</li> <li>• Qualifikationsanforderungen stehen im Zusammenhang mit den Entwicklungsaufgaben (2) „Aufbau sozialer Beziehungen“ sowie (1) „Akzeptieren körperlicher Veränderungen“</li> </ul>	<p>1. Competence (Kompetenz) und</p> <p>4. Character (Charakter)</p> <p>Mit Blick auf die Bewältigungsanforderung „Qualifikation“ bezieht sich Kompetenzförderung insbesondere auf eine Stärkung kognitiver, interaktiver ebenso wie kritischer Kompetenzen in der Auseinandersetzung mit dem Selbst, Körper und der Psyche. Hierbei geht es einerseits um die Förderung von Wissen über Gesundheit oder Zugängen zu Gesundheitsleistungen gleichermaßen wie einer Förderung kommunikativer Kompetenz in der alltäglichen Auseinandersetzung und dem kritisch-selbstreflexiven Umgang mit Gesundheit. Die Förderung dieser Kompetenzen geht über die formale Qualifikation am Lernort Schule und Ausbildung weit hinaus und greift insbesondere in informelle Lernsituationen der jugendlichen Lebenswelt über.</p>	<p>Grundfähigkeiten des sozialen Beziehungsauf- und -ausbaus hängen darüber hinaus mit Fähigkeiten intimer Zweisamkeit und so auch mit der Herausbildung einer Geschlechteridentität sowie der Etablierung eines Netzwerks sozialer Unterstützung zusammen.</p> <p>4. Die Fähigkeit die eigenen Sinne zu benutzen, sich etwas vorzustellen, zu denken und zu urteilen.</p> <p>Diese Fähigkeit hängt eng mit den Aufgaben von „Qualifikation“ und „Partizipation“ zusammen. Sie bildet die Basis beruflicher Verselbständigung, ökonomischer Unabhängigkeit und autonomer Teilhabe am Kultur- und Konsummarkt und trägt darüber hinaus zu einer verantwortungsvollen politischen Partizipation und Entwicklung moralischer und politischer Orientierungen bei. Sie versteht sich als Basis, die eigenen Sinne benutzen zu können und sich damit zu einer autonomen und handlungsfähigen Persönlichkeit zu entwickeln, die ihre eigenen Interessen und Bedürfnisse adäquat zu vertreten weiß.</p>
<p>(4) Regenerieren</p> <p>Bewältigungsanforderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• einen eigenen Lebensstil entwickeln, der es ermöglicht, die life-balance aufrecht zu erhalten</li> <li>• zu einem kontrollierten und bedürfnisorientierten Umgang mit Freizeit-, Kultur- und Konsumangeboten kommen, mit dem Ziel, psychische und körperliche Kräfte zu regenerieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• problematisch erweisen sich Entspannungstechniken, die mit einem exzessiven Medienkonsum mit Suchttendenzen, einem übermäßigen Substanzkonsum oder waghalsigen Aktivitäten mit hoher Unfallgefahr einher gehen</li> <li>• hängt häufig mit Anforderungen der Entwicklungsaufgabe „(3) Qualifikation“ und „(1) Akzeptieren körperlicher Veränderungen“ zusammen</li> </ul>	<p>4. Character (Charakter) und</p> <p>5. Caring (Fürsorge und Mitgefühl)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Förderung von Charakterkompetenzen zur Entwicklung eines verantwortungsvollen Umgangs mit dem Selbst trägt dazu bei, die im Alltag benötigte Ruhe und Kraft zu finden, sich Momente der Erholung und des Abstands zu ermöglichen</li> <li>• Insbesondere durch Kompetenzen der Selbstwahrnehmung und -kontrolle, zur Verminderung gesundheitsschädigendem (Problem-) Verhaltens und der Herausbildung einer eigenen life-balance sowie Formen individueller Entspannung, können Kompetenzen eines verantwortungsvollen Umgangs mit dem Selbst im dargebotenen Freizeit-, Konsum- und Kulturangebot gelingen.</li> </ul>	<p>9. Die Fähigkeit zu lachen, zu spielen und Freude an erholsamen Tätigkeiten zu spüren.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Basis der Fähigkeit zu lachen, zu spielen und Freude an erholsamen Tätigkeiten zu spüren, ist die Entwicklung eines eigenen Lebensstils, der einen kontrollierten und bedürfnisorientierten Umgang mit Freizeit-, Kultur- und Konsumangeboten zulässt. Die Entwicklungsaufgabe der „Regeneration“ erfordert eine eigene life-balance zur Regeneration physischer und psychischer Kräfte, die es ermöglicht, sich ebendiese Fähigkeit anzueignen und langfristig verfügbar zu gestalten.</li> </ul>

<p><b>(5) Partizipieren</b> Bewältigungsanforderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fähigkeiten einer verantwortlichen gesellschaftspolitischen Partizipation</li> <li>• Entwicklung moralischer und politischer Orientierungen</li> <li>• Erwerb politischer Handlungsfähigkeiten</li> <li>• Erlernen der Bedürfnis- und Interessensvertretung im sozialen Umfeld und der Öffentlichkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Probleme können entstehen, wenn Jugendliche sich wenig kompetent fühlen, ihre eigenen Interessen und Bedürfnisse in wichtigen Lebensbereichen zu artikulieren</li> <li>• Folgen können Ohnmachtsgefühle oder Gefühle mangelnder Möglichkeiten sein, ihr Leben nach ihren Vorstellungen zu gestalten</li> <li>• steht im Zusammenhang mit dem physischen und psychischen Wohlbefinden von Jugendlichen</li> </ul>	<p>Mit dieser Kompetenz einher geht die Entwicklung eines eigenen Lebensstils, unter Achtung vor gesellschaftlichen und kulturellen Regeln sowie eines sozial vertretbaren Gerechtigkeitssinn (Caring).</p>	<p><b>10.</b> Die Fähigkeit das eigene Leben und dies <b>11.</b> in seiner eigenen Umgebung und seinem eigenen Kontext zu (er)leben. Diese Fähigkeit entwickelt sich, über die Entwicklungsaufgabe „Regeneration“ hinausgehend, auch auf Grundlage der anderen benannten Entwicklungsaufgaben. Sie begründet sich in einer positiven Einstellung (Lebenskohärenz), die mit Offenheit, Neugier und Erfahrungsinteresse einhergeht und jungen Menschen so erlaubt, das eigene Leben und das der Umgebung (aktiv) zu (er)leben und zu gestalten.</p>
<p><b>4.</b> Character (Charakter) und <b>5.</b> Caring (Fürsorge und Mitgefühl) Unter der Kompetenz von Fürsorge und Mitgefühl sind einerseits Fähigkeiten der Empathie sowie sich Belange hinein versetzen zu können, zu verstehen. Sie geht damit unweigerlich mit Charakterkompetenzen Heranwachsender einher und leistet einen wichtigen Beitrag zur eigenen Interessensvertretung in der Öffentlichkeit. Es geht andererseits aber darum, eigenen Interessen und die der Gemeinschaft nicht nur zu verstehen, sondern sich aktiv damit auseinander setzen zu können und sozialpolitische Gegebenheiten kritisch zu hinterfragen.</p>			<p><b>6.</b> Die Fähigkeit einer eigenen Vorstellung vom Guten und einer kritischen Lebensschau. <b>8.</b> Die Fähigkeit mit Tieren, Pflanzen und der Natur zu leben und mit dieser pfleglich umzugehen. Die Entwicklung von moralischen und politischen Orientierungen und Handlungsfähigkeiten trägt unmittelbar zur Fähigkeit eigener Vorstellungen vom Guten und der kritischen Lebensschau Heranwachsender bei. Darüber hinaus begründet sich in dem Erwerb von Kompetenzen der Bedürfnis- und Interessensartikulation im sozialen Umfeld und der Öffentlichkeit die Fähigkeit, mit der tierischen und pflanzlichen Natur pfleglich umzugehen. Die Entwicklung zu einer verantwortlichen gesellschaftspolitischen Partizipation trägt nicht nur der eigenen Interessensvertretung, sondern gleichermaßen zur Vertretung von Interessen der Umwelt bei.</p>
<p><b>6. Contribution (Beitrag)</b> Nach dem Konzept positiver Jugendentwicklung wird davon ausgegangen, dass, konnten die 5 „C“ entfällt werden, sich der Heranwachsende auf dem Pfad einer Person befindet, die in der Lage ist, Einfluss auf die eigene Gesundheit und Entwicklung nehmen zu können. Mit dieser Fähigkeit geht eine kritisch-reflexive Person-Umwelt-Beziehung einher, die sich in Form eines Handelns junger Menschen zu ihrem eigenen Wohl, zum Wohl ihrer Familie, ihres sozialen Umfelds und der Zivilgesellschaft, als ihr Beitrag zur Gemeinschaft herausbildet.</p>			

Eine Förderung gesundheitsbezogener Agency in der Jugendphase richtet sich an der Lebenswelt Jugendlicher aus und fragt danach, wie Jugendliche selbst diese verwirklichen können. Sie orientiert sich an ihren Vorstellungen von Gesundheit und der Situierung dieser Vorstellungen in ihrer Lebenswelt. Eine Förderung guter und gesunder Entwicklung in der Lebensphase Jugend zielt auf die Herstellung gesundheitsbezogener Chancengerechtigkeit ab, um allen jungen Menschen ein möglichst hohes Maß individueller Verwirklichungschancen zu gewährleisten. Die Förderung gesundheitsbezogener Agency orientiert sich damit einerseits an der Stärkung individueller Ressourcen zur Einflussnahme auf die eigene Gesundheit und darüber hinaus auf die Schaffung ermöglichender Räume sowie Kritik an Begrenzungen. Gesundheit ist dabei als subjektorientierte Alltagskonstruktion in der Lebenswelt Heranwachsender wahr und ernst zu nehmen. Eine Förderung gesundheitsbezogener Agency basiert weder auf Experten- noch Faktenwissen, sondern lehnt unumgänglich an den alltäglichen Konstruktionen von Gesundheit, dem wertgeschätzten Umgang mit Gesundheit und ihrer sozialen Situierung innerhalb der Gesellschaft zusammen. Eine subjektorientierte Förderung gesundheitsbezogener Agency orientiert sich Alltags-theorien von Gesundheit Jugendlicher und nicht pauschal an Gesundheitsrisiken oder -gefahren. Ihr Ziel ist es, Jugendliche in einen Subjektstatus zu erheben, der sie als prinzipiell handlungsfähige Akteure versteht, dabei aber Bewältigungspraxis weder als alleinverantwortliches Projekt noch passiven Empfang betrachtet. Eine positive und gesunde Entwicklung in der Jugendphase hängt eng mit inneren und äußeren Umständen der jugendlichen Lebenswelt, -phase und -lage zusammen und wird so zu einer wesentlichen Aufgabe gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. „Gesundheitsförderung ist ein Kernbereich lebensweltorientierter Sozialer Arbeit.“ (Homfeldt 2010d, 459), der sich mit Blick auf ein biopsychosoziales Gesundheitsverständnis auch als Kernbereich gesundheitsbezogener Interventionen in der Kinder- und Jugendhilfe zu verstehen hat.



### 3 Subjektorientierte Alltagskonstruktionen von Gesundheit

#### Gegenstand und Grundlage einer Analyse gesundheitsbezogener Agency Jugendlicher

*In John Greens Jugendroman aus dem Jahr 2012 beschreibt Gus, einer seiner jugendlichen, krebserkrankten Protagonisten sein Leben, trotz Erkrankung als eine Achterbahnfahrt, die immer nur steil nach oben geht (Green 2012). Dabei rollt Gus eine Zigarette in seinen Händen, nimmt sie in den Mund und steckt sie sich dann nicht an – ein Zeichen seiner Macht und Einflussnahme auf die eigene Gesundheit. In einem weiteren Jugendroman wird vom ebenfalls krebserkrankten Donald berichtet, der sich in unkontrollierbaren Situationen in die Welt von „Superhero's“ flüchtet und darin die Kontrolle über sein Leben und seine Gesundheit behält (McCarten 2007).*

Gesundheit ist, nicht nur fiktional wie im Beispiel der beiden Romanfiguren, vor dem Hintergrund eigener Interpretationen von Gesundheit und Gesundheitsverhalten zu verstehen. Über Gesundheit liegen disziplinübergreifend verschiedenliche Dimensionen akzentuierende Definitionen vor, die einen wissenschaftlich fundierten Rahmen bieten, reale Bedeutungen von Gesundheit für das Individuum selbst aber nicht im Detail zu erklären vermögen. Das individuelle Gesundheitsverständnis ist nicht gänzlich losgelöst vom Expertenwissen zu erachten, kann aber mitunter auch deutlich davon abweichen. Im Fokus der beiden Roman-ausschnitte steht beispielsweise die eigene Kontrollierbarkeit von Gesundheit und weniger ihre medizinische Diagnose Krebs. Damit heißt es nicht, dass die beiden Protagonisten ihre objektivierbare Krankheit nicht in ihr Gesundheitsverständnis integrieren, damit wird wohl aber deutlich, dass sie eigene Interpretationen von Gesundheit haben, die auch ohne eine Bezugnahme der Kategorie Krankheit auskommen. Ihr Verständnis orientiert sich eher an wahrgenommener Kontrolle über den eigenen Körper, einer psychosozialen Kompetenz gesundheitsbezogener Handlungsmacht. Solch Beschreibungen von Gesundheit sind situations-spezifisch, sie entstehen vor dem Hintergrund der eigenen Vorstellungen von Gesundheit, in der aktuellen Lebenssituation. Sie variieren einerseits in Abhängigkeit eines individuellen Verständnisses von Gesundheit, das sich im Laufe des Lebens in einer dynamischen Mensch-Umwelt-Interaktion herausausbildet und andererseits vor dem Hintergrund milieuspezifischer Einflüsse. Gesundheit kann demnach kaum eindeutig definiert werden, sondern entsteht in Relation kontextueller Alltagsaspekte, in einer konstruierten Wirklichkeit (Schütz 1973, 1995) – in Form subjektorientierter Alltagskonstruktion von Gesundheit (vgl. Faltermaier 2010a). Die WHO definiert Gesundheit als ein biopsychosoziales Wohlbefinden in Form gesundheitsbezogener Lebensqualität. “Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity.” (WHO 1948) Gesundheit beschreibt einen selbst wahrgenommenen Zustand völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht lediglich die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen (vgl. ebenda). Sie fokussiert ein individuelles Sichbefinden und richtet damit den Blick auf den

einzelnen Menschen in seiner je individuellen Lebenslage und Verwobenheit in die Lebenswelt. Mit Grundlegung der WHO-Definition wird dem Psychosozialen eine stärkere Bedeutung beigemessen, die heute – mehr als 50 Jahre nach ihrer Grundlegung – noch immer nicht im vollen Umfang im Sozial- und Gesundheitswesen, wie auch Laiengesundheitssystem angekommen ist. Insbesondere mit Blick auf die Förderung gesundheitsbezogener Agency in der Jugendphase, erweist sich aber genau dieses Verständnis von Gesundheit als subjektorientierte Alltagskonstruktion, als äußerst anschlussfähig.

### **3.1 Subjektorientierte Alltagskonstruktion**

Gesundheit versteht sich also als ein interpretativer Begriff, der sich vor dem Hintergrund individueller, zeitlich-historischer und gesellschaftlicher Weltanschauung herausbildet. Je nach vorherrschender definitorischer Macht und Ideologie tendiert er in den vergangenen Jahrhunderten auf einem Kontinuum zwischen subjektiven und medizinisch-objektivierbaren Dimensionen (vgl. Trojan 1992). Während jüngste Bestimmungen sich (wieder) stark an einem subjektiven Gleichgewicht von Körper, Geist und Seele orientierten, trugen der Fortschritt in Wissenschaft und Forschung der Vergangenheit zu einer Fokussierung objektivierbarer Kategorien von Gesundheit bei. Gesundheit kann heutzutage anhand messbarer Indikatoren auf mikrobiologischer Ebene bestimmt werden und eine Unterscheidung zwischen gesund und krank ist daher medizinisch-wissenschaftlich bestimmbar. Eine solche kategoriengeleitete Definition von Gesundheit und Krankheit verspricht nicht nur Wahrheit (wie Rene Descartes sie bereits 1600 propagiert), sondern auch Erklärung. Die Lebenswelt, in der sich Gesundheit jedoch herstellt, rückt so in den Hintergrund. Gesundheit wird – in definitorischer Macht medizinischen Expertentums – im Laufe des Fortschritts zunehmend anhand eines Freiseins von organischen Beeinträchtigungen verstanden. Erst wieder mit Einführung der WHO-Definition von Gesundheit beginnt eine somatische Wende, die der Lebenswelt und Lebenslage wieder mehr Einfluss auf die Gesundheit zugesteht. Gesundheit wird nun als ein Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur dem Freisein von Krankheit und Gebrechen verstanden (vgl. WHO 1948) und rückt die subjektive Ebene, des Sichbefindens wieder mehr in den Mittelpunkt. Wohlbefinden wird nun jedoch, betont die WHO-Definition auch ein dynamisches Zusammenspiel der drei Determinanten, als Zustand eines völligen körperlichen, geistigen und sozialen Freiseins von Beschwerden verstanden. Einerseits spricht die Beschreibung von Gesundheit als ein Zustand gegen dynamische Auffassungen, eines sich gegenseitig regulierenden Gesundheits-Krankheits-Kontinuums und andererseits scheint eine Übereinkunft über Gesundheit als völliges Wohlbefinden als weitaus zu optimistisch (vgl. Waller 2006; Hafen 2007). Es bleibt unumstritten, dass eine jede Person ein gewisses Mindestmaß an Gesundheit benötigt, um sich auch gesund zu fühlen. Es sollte aber auch unumstritten bleiben, dass ein Zustand völligen biopsychosozialen Wohlbefindens in der Realität wohl kaum zu erreichen ist (vgl. Callahan 2011). Es geht also vielmehr darum, „...über

die psychophysiologische Befähigung zu verfügen, in unterschiedlichen Situationen angemessen handeln oder reagieren zu (können) (...)“ (Whiteback 2012, 205) und so immer wieder positiv Einfluss auf das individuelle Gleichgewicht auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ausüben zu können. Gesundheit versteht sich demnach in hybrider Betrachtung von einerseits körperlicher Dysfunktionen und einer andererseits individuellen Bewertung dieser Dysfunktion als wahrgenommene Einschränkung (vgl. Wakefield 2012). Eine Gesundheitsdefinition bedient sich daher immer beider Dimensionen, einer a.) objektiven Beschwerde und b.) damit einhergehenden wahrgenommenen Belastung oder Einschränkung. Diese hybride Definition wird damit zum kritischen Moment subjektorientierter Alltagskonstruktionen von Gesundheit. Sie bezieht sich auf die individuelle Wahrnehmung von Gesundheit, die mitunter sehr unterschiedlich und je nach individuell zur Verfügung stehenden Referenzrahmen interpretiert wird. Gesundheit konstruiert sich vor dem Hintergrund subjektorientierter Vorstellungen und Alltagstheorien von Gesundheit einzelner Menschen und ganzer Gruppen in der Gemeinschaft und bildet sich so in Form einer sozial geschaffenen Realität über Gesundheit heraus. Die subjektorientierten Alltagskonstruktionen von Gesundheit stehen in einem engen Zusammenhang mit den äußeren Bedingungen. Sie sind zu verstehen als subjektive Interpretationen von Gesundheit und Krankheit, als Theorien, wie Gesundheit und Krankheit im Alltag aufrechterhalten und was als gesundheitsförderliches Verhalten erachtet wird. Sie legen dar, inwieweit sich Menschen als einflussmächtig auf ihre Gesundheit verstehen, inwieweit sie Sinn darin sehen in ihre Gesundheit zu investieren und welche eigenen Fertigkeiten und Fähigkeiten ihnen dabei helfen, sich als handlungsmächtig zu begreifen bzw. was sie darin hindert. Ein Verständnis der subjektiven Konstruktionen von Gesundheit ist daher als wesentliche Grundvoraussetzung zu erachten, um das gesundheitsbezogene Handeln Jugendlicher zu verstehen.

Das Gesundheitsverständnis bildet sich in individueller, kollektiver und biologischer Interaktion mit der Umwelt heraus (vgl. Flick 1997, 1998.; Faltermaier 1991, 1998, 2010a; Faltermaier et al. 1998; Faltermaier/Brütt 2009). Die Erklärungsmacht von Gesundheit anhand naturwissenschaftlich-objektivierbarer Indikatoren ist damit nicht entschwunden, wird aber auch nicht alleine wirksam, sondern in unmittelbarer Aushandlung mit subjektiven Erfahrungen in einer Person-Umwelt-Interaktion, die sich wiederum in rekursiver Wirkung auch wieder im theoretisch-wissenschaftlichen Diskurs um Gesundheit niederschlagen. Gesundheit wird auf diese Weise in einem Zusammenwirken individueller Erfahrung und sozialer Situierung hervorgebracht, die je nach Deutungsfiguration Einfluss auf die Orientierungs- und Handlungsmuster sowie Interpretationen eigener Handlungsoptionen gesundheitsbezogener Intervention nehmen.

Seit den 70er Jahren stehen diese subjektiven Vorstellungen von Gesundheit verstärkt im Interesse (meist) qualitativ ausgerichteter Forschung. Als wesentliche Wegbereiter seien an

dieser Stelle die Arbeiten von Claudine Herzlich und Toni Faltermaier benannt (vgl. Faltermaier/Brütt 2013). Anfang der 1970er Jahre untersuchte Claudine Herzlich, Gesundheitsvorstellungen von Berufstätigen der Pariser Mittelschicht. Die von ihr erstmals qualitativ rekonstruierten drei Typen subjektiver Vorstellungen von Gesundheit, erweiterte Faltermaier in anschließenden Untersuchungen Ende der 1990er Jahre zu insgesamt vier Typen subjektiver Gesundheitsvorstellungen, die keinesfalls überschneidungsfrei zu betrachten sind. Diese vier Typen bilden bis heute eine wesentliche Basis empirischer Untersuchungen und können bei gesunden sowie auch kranken Menschen gefunden werden (vgl. ebenda). Darin werden als positive Gesundheitsbegriffe psychisches Wohlbefinden, körperliche Leistungsfähigkeit sowie Gesundheit als Energiepotenzial von mehr als einem Drittel der Bevölkerung gewählt, negative Definitionen beschreiben Gesundheit in Abwesenheit von Krankheit oder geringem Ausmaß gesundheitlicher Beeinträchtigungen. Die einzelnen Gesundheitsdefinitionen werden häufig miteinander kombiniert. Zusammengefasst kann jedoch, trotz teils spezifizierter Subkategorien, immer wieder auf die vier von Herzlich und Faltermaier rekonstruierten Typen verwiesen werden (vgl. Faltermaier 1998, 2002, 2010a; Faltermaier/Brütt 2009, 2013; Faltermaier et al. 1998; Herzlich 1994):

### **1. Gesundheit als Vakuum oder in Abwesenheit von Krankheit**

Gesundheit wird in Abwesenheit von Erkrankungen und Beschwerden erlebt und wahrgenommen. Der eigene Körper wird dabei häufig nicht oder kaum wahrgenommen und Gesundheit entsprechend nicht wirklich (für sich) erfahren. Nur Krankheit bzw. ihr Eintritt zerstört gleichzeitig die Gesundheit und erfährt daher Wahrnehmung (vgl. Faltermaier 2010a). Diese Kategorie orientiert sich stark an medizinisch-objektivierbaren Erkenntnissen über Gesundheit und Krankheit. Eine Über- bzw. Unterschreitung gewisser Grenzwerte, die gesundheitsbezogene Lebensqualität beeinflusst, lässt hierbei die Kategorisierung in gesund oder krank zu. Meist obliegt dies einer professionellen Einschätzung, wobei individuelle Selbstbestimmungen sowie lebensweltliche Indikatoren von Gesundheit eher vernachlässigt werden. Gesundheit und Krankheit werden eher als zwei voneinander zu separierende Kategorien, die sich gegenseitig weniger bedingen, betrachtet. Diese Betrachtung von Gesundheit als Störungsfreiheit birgt das Risiko, dass Maßstäbe gesetzt werden könnten, an denen gemessen die meisten Menschen als krank bezeichnet werden müssten (vgl. Franke 2010). Sie birgt aber auch die Gefahr, dass Gesundheit erst wahrgenommen wird wenn ihr Verlust bereits wahrgenommen wird und damit diametral gegenüber achtsamen oder präventiven Strategien steht.

## **2. Gesundheit als Leistungsfähigkeit oder „funktionale Fitness“**

Gesundheit wird in Form von Fähigkeiten individueller oder gesellschaftlicher Aufgaben- und Rollenerfüllung beschrieben (vgl. Faltermaier 2010a). Sie orientieren sich stark an funktionalen Aspekten: gesund ist, wer den eigenen und fremden Anforderungen genügt, stark und kräftig ist und wem die Bewältigung alltäglicher Anforderungen gelingt (vgl. Franke 2010). Psychologisch wird diese Auffassung oft im Kontext von Kompetenzen und Fähigkeiten der Alltagsbewältigung, wie Anpassungsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, der Kompetenz zur Befriedigung eigener Bedürfnisse, der Kompetenz in sozialen Beziehungen agieren und leben zu können, Durchsetzungsfähigkeit sowie Liebes- und Arbeitsfähigkeit, konstatiert (vgl. ebenda). Sozialpolitisch wird hierunter eher Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung, vielerorts die individuelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit gefasst. Der hier zugrunde liegende Leistungsgedanke zeichnet sich insbesondere im Kranken- und Rentensystem ab (vgl. Franke 2010), vollzieht sich aber über alle Lebensbereiche hinweg. Eine stark ausgeprägte Akzentuierung von Gesundheit im Sinne individueller Leistungserfüllung fokussiert insbesondere eine hohe Eigenverantwortlichkeit. Leistung und Funktionsfähigkeit, als individuelles Gut öffentlichen Beitrags, werden zur Maßgabe gelingender gesellschaftlicher Teilhabe. Nach dieser Denkrichtung verliert Gesundheitsachtsamkeit im Sinne einer Balance auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum an Bedeutung und ebnet den Weg zu einer stark fordernden statt fördernden Gesundheitspolitik. Die Wahrnehmung von Gesundheit als Leistungs- und Funktionsfähigkeit ist daher zweischneidig zu betrachten. Sie kann einerseits antreiben, Gesundheit aufrecht zu erhalten um leistungsfähig zu bleiben, kann sich aber ebenso gesellschaftspolitisch darin niederschlagen, eigene Verantwortlichkeiten für die Gesundheit zu stark am individuellen Gelingen oder Versagen zu orientieren.

## **3. Gesundheit als Reservoir oder Potenzial**

Gesundheit wird als psychosoziale Stärke, körperliche Robustheit und Widerstandspotenzial gegenüber Krankheit, Beschwerden und äußerem Einfluss beschrieben (vgl. Faltermaier 2010a). Dieses Potenzial kann sich im Laufe des Lebens verändern, vermindern aber auch durch günstige Umstände wieder regenerieren oder gar erweitern. Als entscheidende Phase der Herausbildung wird dabei die Kindheit hervorgehoben, wie sie auch als grundlegende Phase zur Herausbildung von Widerstandspotenzialen im Diskurs um Resilienz erachtet wird (vgl. Fröhlich-Gildhoff et al. 2009). Wird Gesundheit eher als Potenzial oder Reservoir verstanden, kann auch davon ausgegangen werden, dass vermehrte präventiv-achtsame Strategien zur Aufrechterhaltung und Wiedergewinnung von Gesundheit Anwendung finden. Hierbei zeigen sich selbstregulatorische Fähigkeiten, die jedoch mit einer eher positiven Akzentuierung individueller Einflussmacht einhergehen. Die Aufrechterhaltung von Gesundheit bemisst sich weniger an funktionaler Leistungsfähigkeit, sondern stärker an der Aufrechterhaltung und Wiedergewinnung gesundheitsbezogener Potenziale.

#### **4. Gesundheit als biopsychosoziales Wohlbefinden**

Gesundheit wird als autonome, unmittelbare und persönliche Erfahrung beschrieben, die ein Gefühl des inneren Gleichgewichts darstellt und kann so als Gesundheit im höchsten Sinne gelten (vgl. Faltermaier 2010a). Gesundheit wird damit eher ein Wert menschlichen Daseins, den es zu aufrecht zu erhalten gilt und der sich in Form eines biopsychosozialen Wohlbefindens ausdrückt verstanden. Es geht dabei eher darum Gesundheit und Wohlbefinden in ihrer eigenen Wirksamkeit wahrzunehmen, sich stark, glücklich und gesund zu fühlen, innere Energie und sich selbst als aktiv und erfolgreich wahrzunehmen und über gute soziale Beziehungen zu anderen Menschen zu verfügen. Gesundheit als Wohlbefinden kann so als eine unbewusste im Menschen liegende Natur der Lebendigkeit, die in Form von Wohlgefühl (Unternehmensfreude, Erkenntnisoffenheit und Selbstvergessen) zutage kommt und Strapazen und Anstrengungen kaum spüren lässt, verstanden werden (vgl. Gadamer 2010). Sie wird für sich alleine, auch ohne Bezugnahme der Kategorie Krankheit, erfahren und lässt damit auch die Wahrscheinlichkeit steigen, dass präventiv-achtsame Strategien ihrer Aufrechterhaltung und positiven Beeinflussung eher in Betracht gezogen werden.

Diese vier Typen lassen sich noch wesentlich differenzierter nach personenbezogenen Merkmalen, in verschiedenen Bevölkerungsgruppen und sozialen Milieus, nach unterschiedlich sozialen Status und vor dem Hintergrund kulturspezifischer Auffassungen von Gesundheit beschreiben und sind auch untereinander kaum als überschneidungsfrei zu betrachten (vgl. Faltermaier 2010a, Faltermaier/Brütt 2013). Insbesondere zeigten sich in Faltermaiers Untersuchungen Unterschiede bezüglich des Alters, Geschlechts, des sozialen Milieus und der Berufszugehörigkeit seiner Probanden (vgl. ebenda). Beispielsweise verstehen Frauen Gesundheit häufiger als psychosoziales Wohlbefinden, Männer assoziieren sie hingegen häufiger mit Leistungsfähigkeit sowie in der Abwesenheit von Krankheit. In Betrachtung der Gesundheitsvorstellungen im Lebenslauf zeigt sich, dass Beschreibungen beginnend mit einfachen Kognitionen in der Kindheit, im Jugendalter differenzierter werden und an positiven Bestimmungen, die zudem eine psychosoziale Dimension integrieren, bis in das Erwachsenenalter deutlich zunehmen (vgl. Faltermaier 2010a; Wiehe 2013). In niedrigeren sozialen Schichten überwiegen weitestgehend negative und funktionale Definitionen, in höheren kommen häufiger positive und psychische Bestimmungen vor, die zudem je nach Berufsgruppe variieren (vgl. ebenda). In Kindheit und Jugend zeigt sich der sozioökonomische Status bislang als eine wenig relevante Einflussgröße: obwohl die Rolle des sozialen Umfeldes hinreichend bekannt ist, sind hier empirische Befunde über Krankheitskonzepte im sozialen Umfeld von Kindern und Jugendlichen noch wenig belastbar (vgl. Wiehe 2013). Ebenso gering erweisen sich Studien zu subjektiven lebenslaufspezifischen Entwicklungsdynamiken von Gesundheit. Bislang gelten auch hier die Rekonstruktionen von Faltermaier et al. als wegweisend (vgl. Faltermaier et al. 1998; Faltermaier 2010a; Faltermaier/Brütt 2013).

Abbildung 4: Subjektive lebenslaufspezifische Entwicklungsdynamiken des Gesundheitsverlaufes in Anlehnung an Faltermaier et al. 1998; Faltermaier 2010a; Faltermaier/Brütt 2013.

On-Off-Dynamik	Reduktionsprozess	Regenerationsprozess	Expansionsprozess
Hier wird von nur zwei alternativen Zuständen ausgegangen: Gesundheit oder Krankheit. Beim Eintreten von Krankheit geht automatisch die Gesundheit verloren. Gesundheit bedeutet im Gegenschluss das völlige Freisein von Krankheit.	Gesundheit hat zu Lebensbeginn das größte Potenzial, das im Laufe des Alters kontinuierlich durch verschiedene Prozesse abnimmt. Der Mensch verliert so stetig an Gesundheitspotenzialen, die nach Verlust auch nicht wieder hergestellt werden können.	Gesundheit nimmt zwar im Laufe des Lebens ab, kann unter günstigen Umständen aber auch wieder regenerieren. Das Potenzial von Gesundheit kann sich dementsprechend über den Lebensverlauf nach Erkrankung und Schwächung wieder aufbauen und ein gleiches oder ähnliches Maß wie vor dem schwächenden Ereignis aufbauen.	Gesundheit ist in ihrem Potenzial kaum begrenzt, sondern kann sich unter besonders günstigen Umständen sogar erweitern. Schwächende Erlebnisse von Erkrankungen führen demnach zu einer Stärkung in anderen Lebensbereichen und können so, nach Überwindung der Erkrankung, das ehemalige Ausgangspotenzial von Gesundheit sogar übersteigen.

Diese subjektiven Vorstellungen und lebenslaufspezifischen Dynamiken von Gesundheit begründen sich in ihrer Zusammenführung in globalen Laientheorien – den subjektiven Theorien von Gesundheit und Krankheit. Im Zusammenwirken all ihrer Teilbereiche vereinen sie sich zu erfahrungs- und handlungsgeleiteten Interpretationen von Gesundheit und nehmen damit Einfluss auf je spezifisch ausgerichtete Gesundheitsmotive und -verhaltensweisen. Diese globalen Theoriekonstruktionen einzelner Menschen lassen sich in vier wesentlichen Ausprägungen unterscheiden, die ebenfalls kaum eindeutig voneinander abzugrenzen sind (vgl. Faltermaier 2010a; ergänzt durch die Autorin):

### 1. Risikotheorien

Gesundheit wird als durch einflussnehmende Risiken fortwährend gefährdet wahrgenommen. Hierbei werden insbesondere Belastungen in der Schule oder am Arbeitsplatz, eigene und fremde gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen oder gesundheitsschädigende Lebenswelten als Bedrohung für die Gesundheit erachtet. Diese inneren und äußeren Risiken nehmen einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit. Viele insbesondere gesundheitswissenschaftlich begründete Programme von Gesundheitsförderung und Prävention orientieren sich an einem Risikomodell und bekräftigen damit auch Individuen in einer ähnlichen Ansicht. Auch hierbei birgt die Gefahr Gesundheit weniger in ihrer eigenen Wirksamkeit wahrzunehmen, sondern erst wenn für sie eine Bedrohung oder Einschränkung erlebt wird.

### 2. Ressourcentheorien

Der Einfluss bzw. das Potenzial von Gesundheit wird in engem Zusammenhang mit der Verfügbarkeit von Ressourcen erachtet. Sind hinreichend personale und umweltbezogene Ressourcen, um Gesundheit aufrecht zu erhalten und wieder herzustellen, vorhanden, kann dies auch entsprechend gelingen. Eine Einschränkung in der Gesundheit wird in einem

engen Zusammenhang mit dem Mangel an Ressourcen zur Wiederherstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit gesehen. Werden Ressourcen dabei als eher verfügbar und mobilisierbar wahrgenommen, so steigt auch die Motivation Gesundheit aktiv beeinflussen zu wollen. Werden Ressourcen weniger wahrgenommen, so wird sich dies, aller Voraussicht nach auch negativ auf die Gesundheitsmotive niederschlagen (vgl. Rademaker 2015). Damit einhergehend ist immer die Verantwortungsfrage für den Ressourcenverlust oder –gewinn mit zu beachten. Eine starke Ausprägung in die eine oder andere Richtung birgt die Gefahr entweder äußere Einflüsse oder eigenes Verschulden zu stark für die eigene Gesundheit verantwortlich zu machen. Ein struktur-kritischer und selbst-reflexiver Mittelweg hingegen kann helfen, eigenes Verhalten an dem Ausbau von Gesundheitspotenzialen auszurichten und parallel strukturelle (Be)Grenz(ung)en dieses Ausbaus zu hinterfragen.

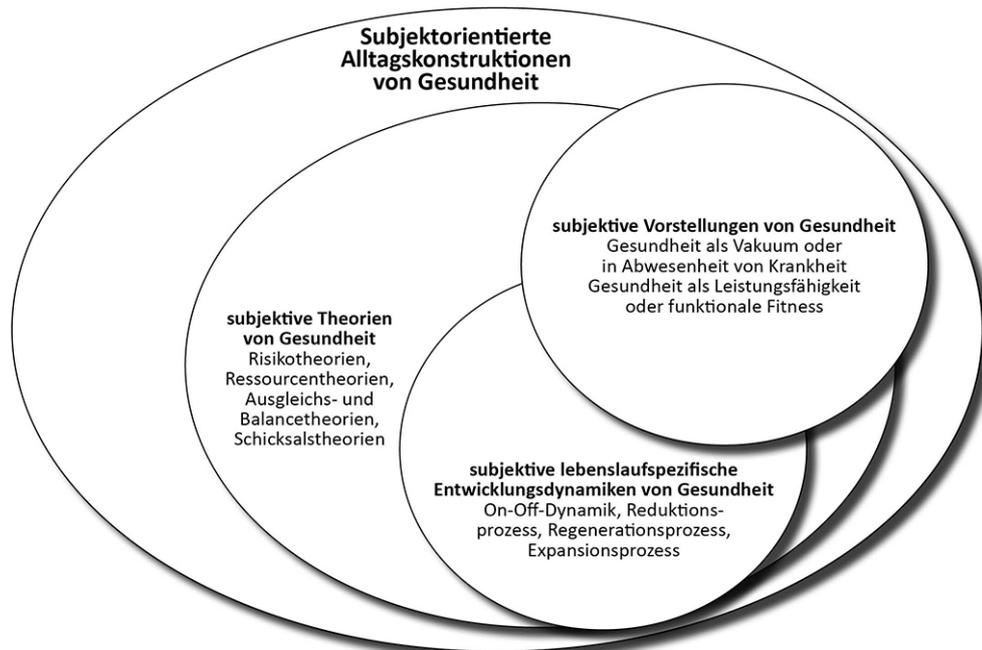
### **3. Ausgleichs- und Balancetheorien**

In Ausgleichstheorien wird Gesundheit in einer Wechselwirkung von Risiken und Kompensationsmöglichkeiten dieser Gefahren erachtet. Diese werden in der Lebenswelt und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen wahr- und ernstgenommen und durch einen entsprechenden Ausgleich kompensiert. In Balancetheorien über Gesundheit wird davon ausgegangen, dass jedes Individuum ein persönliches Gleichgewicht auf einem biopsychosozialen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum eigenständig finden muss. Dieses Gleichgewicht vollzieht sich in einer Balance von Anforderungen, Bedürfnissen und Möglichkeiten der Regeneration, die sich über alle drei Ebenen – die körperliche, psychische und soziale – erstrecken. Risiken und Ressourcen werden in gleichem Maße anerkannt, jedoch mehr mit Blick auf die Aufrechterhaltung biopsychosozialen Wohlbefindens ernst genommen. Präventiv-achtsame Strategien begründen sich eher vor dem Hintergrund das dynamische und sich gegenseitig regulierende Gleichgewicht zwischen Gesundheit und Krankheit immer wieder aktiv herzustellen.

### **4. Schicksalstheorien**

Das Potenzial von Gesundheit wird eher durch wenig beeinflussbare Mächte, Schicksal oder Zufall, statt eigenes Zutun begrenzt. Die eigene und aktive Handlungsmacht wird kaum wahrgenommen, sondern Gesundheit unter dem Einfluss externer Faktoren unterstellt. Es scheint daher auch naheliegend, dass Gesundheitsmotive voraussichtlich weniger präventiv oder achtsam ausgerichtet werden, wird der eigenen Handlungsmacht von vornherein kaum Wirksamkeit zugesprochen. Ebenfalls scheint es anschlussfähig, dass schicksalstheoretisch fundierte Laienkonzepte von Gesundheit einem stärker funktionalen Verständnis affin sein sollten.

Abbildung 5: Subjektorientierte Alltagskonstruktionen von Gesundheit in in Anlehnung an Faltermaier 1998, 2002, 2010a; Faltermaier/Brütt 2009, 2013; Faltermaier et al. 1998; Herzlich 1994.



Subjektive Vorstellungen, lebenslaufspezifische Entwicklungsdynamiken und Theorien von Gesundheit stellen je Minimalformen verschiedener Elemente subjektorientierter Alltagskonstruktionen von Gesundheit dar. Die Typologien beschreiben präferierte Formen der Ausprägung von gesundheitsbezogenen Alltagskonstruktionen, sind dabei jedoch weder überschneidungsfrei noch unabhängig voneinander zu erachten. Es wird jedoch ebenso deutlich, dass sich zwischen einigen der Typen eher Verbindungen finden lassen, da diese sich in ihrer Ausprägung eher affin zu sein scheinen. Medizinisch-objektivierbare und funktional orientierte Gesundheitsvorstellungen hängen sicherlich enger miteinander zusammen und begründen sich wahrscheinlich auch eher in funktional-orientierten Theoriekonzepten von Gesundheit. Hingegen scheint ein stärker am biopsychosozialen Wohlbefinden orientiertes Verständnis auch Ausgleichs- und Balancetheorien näher zu liegen. Je nach typenspezifischer Ausprägung werden unterschiedlich präferierte Gesundheitsmotive erkennbar. Subjektorientierte Alltagskonstruktionen von Gesundheit können demnach als Grundlage für gesundheitsbezogene Verhaltensweisen verstanden werden (vgl. Faltermaier 2010b; Faltermaier/Brütt 2013; Flick 1991, 1997, 1998; Homfeldt 2010b; Schütze 1973, 1995) und bieten so auch Grundlage für ein Verständnis von gesundheitsbezogener Agency. Eine Analyse subjektorientierter Konstruktionen von Gesundheit vermag es demzufolge zu ermitteln, inwieweit Handlungsoptionen zur Einflussnahme auf die eigene Gesundheit selbst wahrgenommen und inwieweit diese in, durch und mit ihrer situativen Verwobenheit psychosomatischer Kulturen hervorgebracht werden kann. Diese subjektorientierten Alltagskonstruktionen von Gesundheit entstehen in ge- und erlebter Interaktion mit der sozialen Umwelt und differenzieren je nach

kognitivem Konzept, interaktiver Auseinandersetzung und gesellschaftlicher Normierung von Gesundheit. Sie sind damit vor dem Hintergrund von Lebensstil, Lebensphase und Lebenslage zu analysieren: im Kleinsten als je einzigartige und individuelle Konstruktion, die jedoch vor dem Hintergrund struktureller Situierung herausgebildet wird und so auch vor dem Hintergrund kontextueller Mechanismen zu verstehen ist. Dies legt, mit Blick auf ein Verständnis gesundheitsbezogener Agency in der Adoleszenz, ihre Betrachtung in der Lebensphase Jugend zugrunde.

### 3.1.1 Empirische Datenbasis

Für die Lebensphase Jugend scheinen noch wenige Erkenntnisse subjektorientierter Alltagskonstruktionen von Gesundheit vorzuliegen. Die o.g. Erkenntnisse von Faltermaier und Herzlich basieren auf Untersuchungen mit zumeist erwachsenen Menschen. In einem Überblick des disziplinübergreifenden Forschungsstands von Kindern und jüngeren Jugendlichen lassen sich aber bereits einige relevante Bezugspunkte finden. Sie dienen einem allgemeinen Verständnis des Forschungsstands und werden anschließend um Erkenntnisse aus der Jugendgesundheitsforschung ergänzt.

Mit Blick auf die Lebensphase Kindheit lassen sich zunächst einmal vier Traditionen der Erforschung von Gesundheits- und Krankheitskonzepten konstatieren: eine strukturanalytische, eine funktionalistische, eine skriptanalytische und eine gesundheitspsychologische, die nach Ausführungen von Wiehe<sup>5</sup> wie folgend dargestellt zu verstehen sind (vgl. ebenda 2013):

1. Nach **strukturanalytischer** Tradition wird die Rolle der kognitiven Entwicklung zur Konzeptentwicklung über Gesundheit und Krankheit zum Forschungsgegenstand, um durch diese differenzierte Betrachtung Rückschlüsse auf die Integration neuer Informationen auf die Weiterentwicklung kindlicher Krankheitskonzepte zu erhalten. Hierbei werden kognitive Prozesse der Befragten bei der Erfassung fokussiert und die sachliche Richtigkeit ihrer Angaben dabei vernachlässigt. Bibace und Walsh analysierten so mit dem „Concepts of Illness Protocoll“ (1979) Antworten zu Fragen über Krankheitsursachen, Behandlung, eingeschätzter Schwere der Erkrankung und Präventionsmöglichkeiten. Neben kognitiven Prozessen der befragten Kinder identifizierten sie dabei die Erfahrung konkreter Erkrankung und Alltagskonzepte der sozialen Umwelt als Einflussfaktoren auf die Gesundheitskonzepte der Befragten.
2. Die **funktionalistische** Forschungstradition beruht auf einer Theorie der konzeptionellen Veränderung nach Carey (1985). Noch immer stehen der individuelle Wissensumfang sowie -defizite zum Verständnis der Gesundheit im Zentrum dieser Ausrichtung (Lohaus 1996), werden erweitert um Einflüsse sozialer und kultureller Faktoren zur Überwindung

---

<sup>5</sup> Wiehe stellt in ihrem Artikel einen weitreichenden Überblick der Erforschung von kindlichen Gesundheits- und Krankheitskonzepten zusammen, der hier nur skizziert wird. Darin benannte Literaturquellen sind bei Wiehe nachzulesen und lassen sich im Literaturverzeichnis dieser Arbeit nicht wieder finden.

einer allzu engen Sicht auf lediglich die Kausalität von Erkrankung und Krankheitskonzept. Funktionalistische Konzepte gehen davon aus, dass Kinder Informationen nicht grundsätzlich anders verarbeiten als Erwachsene, sie bauen ihre naive Psychologie genauso auf Verhaltensbeobachtung und Motivationszuschreibung auf, die durch ein zunehmend differenziertes Wissen über biologische Prozesse in eine „intuitive Biologie“ übergehen (Springe 1999; Buchanan-Barrow et al. 2003). Zur Erfassung werden hierbei Interviews, Fragebögen oder Bildergeschichten im forced-choice Format bevorzugt, um die kognitive Fähigkeiten von Kindern in der Befragung nicht zu überfordern.

3. Die **skriptanalytische** Tradition geht davon aus, dass Wissen über die Welt in Repräsentationen von Ereignissen, die in einer Reihenfolge von Ereignis-Sequenzen untersucht werden, abgespeichert wird. Wissen ist demnach zentraler Schlüssel zur kognitiver Entwicklung und hauptsächlich geeignet, um subjektive Konzepte von Krankheit über den Verlauf von Behandlungsprozeduren hinweg abzubilden (Petermann/ Wiedebusch 2001).
4. **Gesundheitspsychologische** Studien suchen nach entscheidungstheoretischen Prädiktoren für das individuelle Gesundheitsverhalten (*Health Belief Model* bzw. *Children's Health Belief Model* von Iannotti /Bush 1993) und erweisen sich damit – insbesondere zur Identifikation von Möglichkeiten – für die Prävention als besonders hilfreich. Sie basieren vielfach auf einer Gegenüberstellung der eingeschätzten Schwere einer Erkrankung diametral mit dem gezeigten Gesundheitsverhalten. Leider können diese Untersuchungen irrationales Gesundheitsverhalten nicht erklären, wonach Haller et al. (2008) zu dem Schluss kommen, dass Studien anhand des HBM insgesamt zu widersprüchlichen Ergebnissen führen.

Zusammenfassend lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem Alter und Niveau der kognitiven Entwicklung und dem subjektiven Krankheitskonzepts von Kindern finden (Burbach/Perterson 1986) und kaum Geschlechtereffekte nachweisen (Schmidt/Lehmkuhl 1994; Wiedebusch 1992; Iannotti/Bush 1993) (vgl. Wiehe 2013). Auch der sozioökonomische Status erweise sich als wenig relevante Einflussvariable auf kindliche Krankheitsvorstellungen (Campell 1975; Koopmann et al. 2004), ebenso wie Einflüsse von Krankheitserfahrung und Hospitalisierung noch wenig klar erkennbar sind (Schmidt/Lehmkuhl 1994). Allgemein mangere es den Untersuchungen häufig noch am methodischen Vorgehen – die Stichproben und Untersuchungsinstrumente werden nur unzureichend beschrieben, Gütekriterien nicht (hinreichend) berichtet und Verfälschungen wenig reflektiert (Burbach/Peterson 1986; Lehmkuhl 1994) (vgl. Wiehe 2013). Die gewonnenen Forschungserkenntnisse können in zwei Bereiche unterschieden werden, interindividuelle und intraindividuelle Unterschiede der Krankheitsvorstellungen von Kindern und Jugendlichen (vgl. Wiehe 2013): jüngere Kinder geben eher Antworten, die sich an äußeren Anzeichen und Verhaltenskriterien orientieren; ältere Kinder nehmen erweiternd Bezug auf internale und psychologische Indikatoren

(Simeonsson et al. 1979). Zudem weisen kurzzeitig hospitalisierte Kinder, mit zunehmendem Alter, auch zunehmend komplexere, spezifischere und differenziertere Krankheitskonzepte auf (Campell 1975). Berry et al. (1993) konnten bei rheumatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen, im Alter von 6 bis 17 Jahren, dieses zunehmend komplexer werdende Krankheitskonzept jedoch nur als einen statistischen Trend identifizieren, da Antworten in ihrer Untersuchung nur auf einem konkret-operationalen Entwicklungsniveau (über die Aufzählung von Symptomen) gegeben wurden. Dies weist, so die Autoren, zwar auf einen Zuwachs an kognitivem Wissen Befragter über verschiedene Symptome hin, jedoch nicht ein differenzierteres Krankheitskonzept per se. Nach Ergebnissen zur intraindividuellen Variabilität von Krankheitskonzepten von Kindern, konnte eine Abhängigkeit der Konzeptausbildung vom Alter der Kinder identifiziert werden (Schmidt/Fröhling 1994). Das Symptomwissen wird zuerst ausgeprägt, gefolgt von Annahmen über die Behandlung und letztendlich ersten Erklärungen zur Krankheitsverursachung. Die einzelnen Konzeptbestandteile werden also nicht gleichzeitig ausgebildet und könnten so einem Beleg für die Theorie der konzeptuellen Veränderung dienen (Ball/Lohaus 2010). Die subjektiven Krankheitskonzepte stehen also in Abhängigkeit des kognitiven Niveaus von den Informationen, die über sie vermittelt werden (Siegelmann/Alfeld-Liro 1995; Myant/ Williams 2005).

Die Rolle des sozialen Umfeldes wird immer wieder betont, ihre empirische Datenbasis scheint aber noch wenig belastbar (vgl. Wiehe 2013): bislang können die, zunächst hypothetisch vermuteten, direkten Übertragungen von Krankheitskonzepten von Müttern auf ihre Kinder nicht bestätigt werden (Campell 1975). In einer Literaturrecherche von Schmidt und Lehmkuhl (1994) ließen sich in einer Gesamtschau kaum Einflüsse auf die Herausbildung kindlicher Krankheitskonzepte durch Bezugspersonen nachweisen. Carandang et al. (1979) untersuchten den Einfluss des Zusammenlebens mit einem chronisch erkrankten Geschwisterkind auf die subjektiven Krankheitskonzepte gesunder Geschwisterkinder anhand ihres allgemeinen kognitiven Niveaus, und fand dabei heraus, dass Geschwister von Diabetikern ein weniger entwickeltes Krankheitskonzept als die gesunde Kontrollgruppe aufwiesen. Die AutorInnen vermuten dahinter eine kognitive Vermeidungsstrategie gesunder Geschwisterkinder als einen Schutzfaktor. Weiterhin konstatiert Wiehe, geben auch kulturelle Unterschiede (Religion oder ländertypische Erkrankungen) kaum Hinweise auf Unterschiede hinsichtlich der Entwicklung kindlicher Krankheitstheorien (Schmidt/Fröhling 1994) (vgl. ebenda 2013). In einer Untersuchung von Schreiber et al. (2004) an deutschen und türkischstämmigen Mädchen zeigten sich jedoch nur in der standardisierten Erfassung zu Krankheitsursachen charakteristische Unterschiede. In den offenen Interviews konnten keine gruppenspezifischen Differenzen gefunden werden. In einer weiteren Studie von John-Borys (1999) mit polnischen Jugendlichen zeigte sich, dass die Befragten Alkohol und Sucht als häufigste Krankheitsursache ausweisen, dabei benannten besonders häufig Jugendliche aus „functioning families“ den Indikator Sucht als beständige Krankheitsursache, wodurch eine richtige Lebensführung von

ihnen zur zentralen Präventionsstrategie herangezogen wurde. Bezüglich individueller Krankheitskontrolle fanden Bilbace und Walsh (1979) heraus, dass eine signifikante Korrelation zwischen der Stufe des kindlichen Krankheitskonzepts und ihrer wahrgenommenen Kontrolle über die Ursachen der Erkrankung sowie ihren Verlauf besteht (vgl. Wiehe 2013): insgesamt ließen sich jedoch nur wenige Studien über den Zusammenhang von kindlichen Krankheitskonzepten und ihren damit verbundenen Bewältigungsstrategien finden. Nach einer Literaturrecherche konstatiert Lohaus (1993), dass bislang kaum Zusammenhänge zwischen den subjektiven Krankheitskonzepten und der kooperativen Therapiemitarbeit (compliance) von PatientInnen nachgewiesen werden können, da die bis dato verwendeten, zumeist standardisierten Erhebungsinstrumente den emotional-bewertenden Bestandteil ihrer Krankheitskonzeptionen sowie generalisierte Einstellungen zu Krankheit und Gesundheit vielfach vernachlässigen (vgl. Wiehe 2013). Schmidt und Lehmkuhl (1994) kommen, ebenfalls nach einer Literaturrecherche, zu dem Schluss, dass ein Zusammenhang zwischen subjektivem Krankheitskonzept und der Therapiemitarbeit grundsätzlich infrage zu stellen sei. Unter Betrachtung moralischer Kategorien konnten Bibace und Walsh (1981) in einer psychoanalytisch ausgerichteten Studie zu Krankheitskonzepten von Kindern nachweisen, dass gesunde als auch kranke Kinder Krankheit, auch in moralischen Kategorien, als beispielsweise Strafe für Fehlverhalten wahrnehmen (vgl. Wiehe 2013). Nach systemtheoretischer Tradition werde dies jedoch eher als ein Lösungsversuch für das Paradoxon, dass die Behandlung von Erkrankungen häufig auch mit Schmerzen verbunden ist und erst langfristig Besserung erhoffen lässt, erklärt (Lyon et al. 1995). Auch könne der Glaube an Fehlverhalten als Ursache für Erkrankungen hilfreich für Kinder sein, um wieder Kontrolle über die Situation zu erhalten (Brewster 1982). Diese Erkenntnisse seien jedoch nicht kritikfrei zu rezipieren, da sie trotz widersprüchlicher empirischer Ergebnisse in Fachkreisen schnell verbreitet wurden, ohne diese hinreichend zu hinterfragen (vgl. Wiehe 2013). Weitere Erkenntnisse von Krankheitskonzepten beziehen sich auf den Bereich immanenter Gerechtigkeit, Armut und chronische Erkrankung (vgl. Wiehe 2013):

- Gesunde Kinder nennen häufiger Erklärungen aus dem Bereich immanenter Gerechtigkeit für die Ursachen von Erkrankungen (Kister/Patterson 1980). Dies nimmt mit zunehmendem Alter und Wissen über das Konzept der Ansteckung ab. Zudem sind Aussagen von Grundschulkindern zur Prävention vor Erkrankungen und ihrer persönlichen Verantwortung zumeist den Ermahnungen der Eltern geschuldet (Wilkinson 1988). Daher ist die Interpretation von Krankheit als Strafe für Fehlverhalten eng an die elterlichen Vorgaben zur Überschreitung gesundheitsrelevanter Regeln gebunden. Springer (1994) konnte zum Beispiel in einer strukturierten Erhebung anhand von Bildergeschichten herausfinden, dass die befragten Kinder hygienische Ursachen für Erkrankungen der Theorie einer Strafe für Fehlverhalten bevorzugten. Hergenrather und Rabinowitz (1991) belegten in einer Studie mit Fallvignetten und Sortieraufgaben zu Krankheiten und deren

Ursachen, dass als häufigste Ursache von Erkrankung die Ansteckung von Kindern benannt wird. Auch bei einer Untersuchung zu Schmerz von Tapiln et al. (1999) zeigten die Kinder keinerlei Belege für eine Ursachenerklärung durch immanente Gerechtigkeit.

- Für den Forschungsstand über subjektive Krankheitstheorien von Kindern und Jugendlichen kommen Peterson-Sweeney et al. (2007) und Yoos et al. (2007) zu dem Schluss, dass Krankheitskonzepte insbesondere in Armut lebender Eltern mit geringem Bildungsgrad, von den medizinisch als korrekt geltenden Konzepten abweichen.
- In Untersuchungen von Familien mit an Diabetes erkrankten Kindern, stellten Jutras et al. (2003) fest, dass die Befragten vielfach multidimensionale Gesundheitsdefinitionen angaben, in denen mentale und soziale Aspekte besonders betont wurden. Kinder nannten noch häufig Merkmale wie die Abwesenheit von Krankheit und die Fähigkeit sozialer Rollenerfüllung, wohingegen Mütter eher Wohlbefinden als Indikator für Gesundheit konzeptualisieren. Insbesondere aber betonten die Geschwisterkinder der Erkrankten Merkmale sozialer Rollenerfüllung in der Familie in ihren subjektiven Konstruktionen über Gesundheit und Krankheit. Auch können die Kausal-Attributionen von Kindern und Jugendlichen mit somatoformen Störungen oder Asthma als (noch) weniger differenziert, im Vergleich zu denen ihrer Eltern, beschrieben werden, erhalten jedoch in ihrer Konsistenz keine qualitativ anderen Aspekte (Goldbeck/Bundschuh 2007). Zudem zeigte sich bei diesen Kindern und Jugendlichen als auch bei ihren Eltern eine Art Koexistenz unterschiedlicher, teils sogar gegensätzlicher Krankheitsannahmen. Yoos et al. (2007) fanden zudem heraus, dass ein mit dem medizinischen Konzept übereinstimmendes Krankheitsverständnis von Eltern als signifikanter Prädiktor für die Therapiemitarbeit ihrer Kinder wirken kann.
- Zur Krankheitsbewältigung von Jugendlichen fand Salewsky (2002) in einer Studie mit Neurodermitis Erkrankten, unter Bezugnahme ihrer subjektiven Krankheitstheorien, zwei verschiedene Cluster von Krankheitskonzepten. In einer Cluster-Gruppe wird eine chronische Erkrankung mit komplexem Verlauf beschrieben, dessen Auslöser psychosoziale Stressfaktoren sind und in der sich Jugendliche eine hohe Eigenverantwortung zuschreiben. In der anderen Gruppe beschreiben Befragte ihre Neurodermitis-Erkrankung als unvorhersehbarer und wechselhaft, benennen selbstbezogene Ursachenfaktoren und attribuieren die Behandlungsverantwortung eher external auf ihre Eltern und diejenigen, die sie behandeln. Zudem fanden Sinner et al. (2007) in einer Befragung von Jugendlichen mit Diabetes heraus, dass sich insbesondere die subjektiv eingeschätzte Therapiewirksamkeit auf ihr gesundheitsrelevantes Verhalten auswirkt. Auch die subjektiv erlebte Schwere der Erkrankung und die damit verbundene wahrgenommene Beeinträchtigung im Alltag stehen in einem Zusammenhang mit Aspekten des Coping-Prozesses.

In einer Untersuchung zu Gesundheits- und Krankheitskonzepten vor dem Hintergrund der kognitiven Entwicklung Heranwachsender untersuchten Schmidt und Fröhling kindliche

Vorstellungen über Definitionen, Symptomatologien, Kausalitäten und Behandlungen verschiedener Erkrankungen (vgl. ebenda 1994). Sie werteten die strukturiert erfassten Antworten Befragter inhaltsanalytisch aus. Ihr Sample umfasste insgesamt 147 Personen (25 5-Jährige, 25 8-Jährige, 24 12-Jährige, 25 16-Jährige und 48 Mütter dieser Kinder) und wurde dazu befragt, was das Wort Gesundheit für sie bedeutet, wie sie sich gesund fühlen, was sie gesund alles tun können und was sie tun könnten, um gesund zu bleiben (vgl. Schmidt/Fröhling 1994). Zusammengefasst fanden sie in ihrer Untersuchung heraus, dass Gesundheit wird schon früh positiv und nicht ausschließlich in Abwesenheit von Krankheit definiert wird. Zu Ursachen von Gesundheit und Krankheit wurden vielfältige Aspekte benannt: ab dem 12. Lebensjahr konnten bereits relativ elaborierte Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit gefunden werden – ein Verständnis über ‚schlimmste Krankheiten‘ sogar bereits ab dem 8. Lebensjahr. Gesundheit als positives Befinden wird von 12% der 8-Jährigen benannt und steigt mit zunehmendem Alter „hoch signifikant“ an; negative Beschreibungen von Gesundheit gehen hingegen mit zunehmendem Alter deutlich zurück. Die zweite Frage, nach dem gesund fühlen, wurde überwiegend mit Beschreibungen eines positiven Befindens beantwortet, Funktionalität wird von 27% der Befragten betont, die Abwesenheit von Symptomen von 11%. Bei Tätigkeiten, die bei Gesundheit möglich sind, dominieren Sport, Bewegung und Spiel sowie Kindergarten, Schule, Arbeit, Freizeit, Reisen und Sozialkontakte. Bei Fragen nach eigenen Präventionsmöglichkeiten wurden am häufigsten „gesunde Ernährung“, „Bewegung“ und „frische Luft“ benannt, jüngere Kinder betonten zudem „sich-warm-anziehen“, Jugendliche ab 12 eher den Konsum von Alkohol und Zigaretten. Medikamente als Präventionsmaßnahmen wurden bereits ab dem Alter von 5 Jahren in Erwägung gezogen. Die Gesundheitsvorstellungen scheinen bei älteren Kindern und Jugendlichen weitreichend entwickelt, wobei die Dimensionen der Befindlichkeit und Funktionalität fokussiert werden. Definitionen von Krankheit sind äußerst breit gestreut und durch einen geringeren Abstraktionsgrad gekennzeichnet. Als negatives Befinden erachten 35% Krankheit, 32% benennen körperliche Symptome und 25% definieren Krankheit über Tätigkeiten, die bei ihrem Eintreten nicht verrichtet werden können. Bei Fragen nach der Ätiologie, dem Entstehen von Krankheit, werden die Angaben ab dem 12. Lebensjahr deutlich differenzierter, wobei in der Gesamtschau die Ansteckung von 72% der Befragten am häufigsten als Ursache angegeben wird. Als schlimmste Krankheit beschreiben 5-Jährige Magen-Darm-Erkrankungen und damit einhergehende Symptome, von 8-Jährigen wird Krebs und von den 12-Jährigen AIDS als schlimmste Krankheit benannt. Zusammenfassend halten Schmidt und Fröhling fest, bestünden spätestens ab dem 12. Lebensjahr relativ elaborierte Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit. Hinsichtlich der Symptomatologie und Ätiologie dominiert ein schulmedizinisch orientiertes Verständnis von Gesundheit und Krankheit, zusätzlich wurden aber auch Lebensgewohnheiten angeführt. Im Vergleich der Beispiel-erkrankungen wurden Herz-Kreislauf-Erkrankungen kaum erwähnt, Krebs und Aids hingegen vielfach.

Tabelle 7: Zusammenfassung der empirischen Befunde subjektorientierter Alltagskonstruktionen junger Menschen in Anlehnung an Schmidt/Fröhling 1994 und Wiehe 2013.

<p><b>Forschungstraditionen / Forschungsinteresse</b></p> <p>an der kognitiven Entwicklung von Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen orientierte Untersuchungen</p>	<p><b>Charakteristika der Forschungstraditionen / des Forschungsinteresses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheit und Krankheit werden ausgehend der kognitiven Entwicklung Heranwachsender erforscht</li> <li>• hierdurch sollen Rückschlüsse auf die Integration neuer Informationen, auf die Weiterentwicklung von Gesundheits- und Krankheitskonzepten erhalten werden</li> <li>• erforscht werden Fragen von Krankheitsursachen, Behandlung, eingeschätzter Schwere und Präventionsmöglichkeiten</li> <li>• Wissen wird als zentraler Schlüssel zur kognitiven Entwicklung erachtet</li> <li>• Wissen ist hierbei hauptsächlich geeignet, um subjektive Konzepte von Gesundheit und Krankheit über den Prozess von Alltagshandeln abzubilden</li> </ul>	<p><b>empirische Befunde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Alter und Niveau der kognitiven Entwicklung und des subjektiven Krankheitskonzepts von Kindern (Burbach/Peterson 1986; Schmidt/Fröhling 1994; Simeonsson et al. 1979); hierbei lassen sich kaum Geschlechtereffekte (Schmidt/Lehmkuhl 1994; Wiedebusch 1992; Iannotti/Bush 1993), Effekte des sozioökonomischen Status (Campell 1975; Koopmann et al. 2004) oder von Krankheitserfahrung nachweisen (Schmidt/Lehmkuhl 1994)</li> <li>• andere Untersuchungen belegen hingegen, dass die Erfahrung konkreter Erkrankung Einfluss auf kindliche Gesundheitskonzepte nimmt (Bibace/Walsh 1979); kurzzeitig hospitalisierte Kinder weisen komplexere, spezifischere und differenziertere Krankheitskonzepte auf (Campell 1975); teils kann dies aber nur als statistischer Trend abgebildet werden (Berry et al. 1993)</li> <li>• Kinder benennen als häufigste Ursache für Krankheit Ansteckung (Hergenrather/Rabinowitz 1991)</li> <li>• Alltagskonzepte der sozialen Umwelt können Einfluss auf kindliche Gesundheitskonzepte nehmen (Bibace/Walsh 1979)</li> <li>• die einzelnen Bestandteile von Gesundheits- und Krankheitskonzepten werden nicht gleichzeitig ausgebildet, sondern in konzeptueller Veränderung (Ball/Lohaus 2010); sie stehen damit in Abhängigkeit des Niveaus von Informationen, die über sie vermittelt werden (Siegelmann/Alfred-Liro 1995; Myant/Williams 2005)</li> </ul>
<p>an einer Mensch-Umwelt-Interaktion orientierte Untersuchungen über Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wissensumfang sowie -defizite über Gesundheit und Krankheit werden um Einflüsse der sozialen und kulturellen Umwelt ergänzt</li> <li>• Kinder- und Jugendliche verarbeiten Informationen nicht grundsätzlich anders als Erwachsene</li> <li>• Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen bauen auf Verhaltensbeobachtung und Motivationszuschreibung auf</li> <li>• subjektive Konzepte von Gesundheit werden als spezifische Vorstellungen, die sich medizinische Laien von Gesundheit machen, untersucht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• die empirische Datenbasis gilt hierbei noch als wenig belastbar (Wiehe 2013)</li> <li>• eine direkte Übertragung von Krankheitskonzepten von Müttern auf ihre Kinder konnte bislang nicht bestätigt werden (Campell 1975); auch weitere Bezugspersonen scheinen kaum Einfluss auf die Herausbildung kindlicher Krankheitskonzepte zu nehmen (Schmidt/Lehmkuhl 1994)</li> <li>• aber in einer Untersuchung von Geschwistern chronisch erkrankter Kinder, wiesen diese ein weniger entwickeltes Krankheitskonzept als die gesunde Kontrollgruppe auf (Carandang et al. 1979); Befragte aus Familien mit einem an Diabetes erkrankten Kind weisen vielfach multidimensionale Gesundheitsdefinitionen auf, in denen mentale und soziale Aspekte besonders betont werden (Jutras et al. 2003); Geschwisterkinder erkrankter Kinder betonten häufig Merkmale sozialer Rollenerfüllung (Jutras et al. 2003)</li> <li>• aus dem Bereich immanenter Gerechtigkeit konnte nachgewiesen werden, dass Kinder Krankheit teilweise als Strafe, als moralische Kategorie für Fehlverhalten, wahrnehmen (Wiehe 2013); dies kann jedoch ebenso mit dem verbundenen Schmerz mit Krankheit und Strafe zusammenhängen und gilt daher wenig belastbar (Lyon et al. 1995; Springer 1994; Wilkonson 1988); gesunde Kinder nennen häufiger Erklärungen für Krankheitsursachen aus dem Bereich immanenter Gerechtigkeit (Kister/Patterson 1980); wohingegen in einer Untersuchung zu Schmerz konnten keine Belege für Ursachenerklärungen aus dem Bereich immanenter Gerechtigkeit gefunden werden (Taplin et al. 1999)</li> </ul>

<p>Untersuchungen entscheidungstheoretischer Prädiktoren für das individuelle Gesundheitshandeln</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• im Fokus stehen spezifische Kognitionen, wie individuelle Risikowahrnehmung, Kontrollüberzeugung oder Selbstwirksamkeitsüberzeugung</li> <li>• Vorstellungen über positive und negative Einflüsse auf Gesundheit bilden sich vor dem Hintergrund subjektiver Theorien von Gesundheit heraus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kulturelle Hintergründe geben Hinweise auf Unterschiede in der Entwicklung kindlicher Krankheitskonzepte (Schmidt/Frohling 1994); bspw. ließen sich charakteristische Unterschiede in einem standardisierten Erfassungsverfahren zwischen türkischen und deutschen Mädchen identifizieren (Schreiber et al. 2004) sowie kulturspezifische Indikatoren für Krankheitsursachen bei polnischen Jugendlichen (John-Borys 1999); unter qualitativer Betrachtung sind Erkenntnisse über kulturelle Unterschiede wenig belastbar (Schreiber et al. 2004)</li> <li>• Krankheitskonzepte von in Armut lebenden Eltern mit geringem Bildungsgrad weichen besonders häufig von den medizinisch als korrekt geltenden Konzepten ab (Peterson-Sweeney et al. 2007; Yoos et al. 2007)</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• insgesamt lassen sich auch hier nur wenige Untersuchungen über den Zusammenhang von Krankheitskonzepten und Bewältigungsstrategien in der Kindheit finden (Wiehe 2013)</li> <li>• bislang können kaum Zusammenhänge zwischen den subjektiven Krankheitskonzepten und der kooperativen Mitarbeit von Patienten nachgewiesen werden, da die zumeist verwendeten standardisierten Erhebungsinstrumente kaum Rückschlüsse auf den emotional-bewertenden Bestandteil von Krankheitskonzepten zulassen (Lohaus 1993); es ist sogar fraglich, ob ein Zusammenhang zwischen Krankheitskonzepten und Therapiemitarbeit überhaupt bestünde (Schmidt/Lehmkuhl 1994); stimmen jedoch medizinische Konzepte mit den Krankheitskonzepten von Eltern erkrankter Kinder überein, so wirkt sich dies auf ihre Therapiemitarbeit aus (Yoos et al. 2007); darüber hinaus wirkt sich die subjektiv eingeschätzte Therapiewirksamkeit auf das gesundheitsrelevante Verhalten Jugendlicher aus (Sinner et al. 2007)</li> <li>• es besteht ein Zusammenhang zwischen der Stufe des kindlichen Krankheitskonzepts und ihrer wahrgenommenen Kontrolle über die Ursachen der Erkrankung und ihren Verlauf (Bilbace/Walsh 1979); der Glaube an Fehlverhalten als Ursache für Erkrankungen kann für Kinder hilfreich sein, um wieder Kontrolle über eine Situation zu erhalten (Brewster 1982)</li> <li>• chronische Erkrankungen werden von Jugendlichen am Beispiel von Neurodermitis entweder als Erkrankung mit komplexem Verlauf beschrieben, dessen Auslöser psychosoziale Stressfaktoren sind, der sich Jugendliche eine hohe Eigenverantwortung zuschreiben oder als unvorhersehbar und wechselhaft wahrgenommen, wobei selbstbezogene Ursachenfaktoren und die elterliche Behandlungsverantwortung betont wird (Salewsky 2002)</li> </ul>

### 3.1.2 Jugendspezifische Daten über Gesundheitskonstruktionen

Jugendspezifische Daten über subjektorientierte Gesundheitskonstruktionen scheinen noch immer lückenhaft (vgl. Homfeldt 2010a; Nordlohne/Kolip 1994; Rademaker 2015). Es liegt bereits eine gewisse Anzahl von Untersuchungen vor, an die auch fruchtbar angeknüpft werden kann (vgl. Gahleitner et al. 2015), speziell mit Blick auf das Zusammenwirken von lebensphasenspezifischen Bewältigungsanforderungen, milieubedingten Ausgangslagen und subjektorientierten Konstruktionen von Gesundheit scheint die Datenbasis aber noch wenig belastbar. Im Folgenden wird ein Überblick, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, gegeben um daraus einen Ausblick auf eine mögliche Analyse gesundheitsbezogener Agency in der Jugendphase zu gewinnen.

In einer Recherche über Erkenntnisse subjektiver Gesundheitsvorstellungen Jugendlicher fassen Nordlohne und Kolip folgenden Datenstand zusammen (vgl. ebenda 1994):

- Ergebnisse einer Untersuchung von Lohaus (1993) deuten darauf hin, dass Jugendliche Gesundheit als Selbstverständlichkeit betrachten – sich aber eher wenig Gedanken über ihre Gesundheit machen und dadurch Konsequenzen riskanten Verhaltens selten in der gegenwärtigen Situation wahrnehmen. Dennoch, konstatiert Sobal (1987), würden Jugendliche sich um ihre Gesundheit sorgen.
- Engel und Hurrelmann decken (1989) den ‚Mythos gesunder Jugend‘ auf, indem sie herausstellen, dass in dieser Phase durchaus Beeinträchtigungen vorliegen, die die gesundheitsbezogene Lebensqualität Jugendlicher beeinflussen. Jugendliche weisen jedoch einen stark ausgeprägten, teils unrealistischen Optimismus bezüglich ihrer eigenen Gesundheit auf (Weinstein 1982). Die Verfügbarkeit physischer und psychischer Ressourcen erscheint häufig noch unbegrenzt.
- Über subjektive Gesundheitsvorstellungen Jugendlicher konnten Bültemeier et al. (1984) in einem explorativen Vorgehen anhand von Einzel- und Gruppeninterviews mit 14- bis 20-Jährigen inhaltsanalytisch rekonstruieren, dass Gesundheitskonzepte Jugendlicher sich auf emotionale und psychosoziale Dimensionen beziehen, Gesundheit im frühen Jugendalter vielfach anhand sozialer Funktionen bewertet wird und Mädchen häufiger als Jungen psychische Komponenten benennen.
- Franzkowiak konstatiert (1986, 1987), dass Gesundheitskonzepte sich mit zunehmendem Alter auch zunehmend ausdifferenzieren und Erfahrungen körperlicher Beeinträchtigung und Wahrnehmung von Leistungs- und Alltagsstress eine entscheidende Rolle zugesprochen wird. Er differenziert dabei nach drei Phasen:  
**(1)** In der ersten Phase im Alter von ca. 15/16 Jahren wird Gesundheit über sportliche und physische Leistungsfähigkeit sowie kurzfristig erlebbares, stark an Gruppen und Gegenwart orientiertes, psychosomatisches Wohlbefinden definiert.

(2) Im Alter von 17/18 Jahren erweitert sich das Gesundheitskonzept um psychische und soziale Komponenten (insbesondere bei Mädchen), um Gefühle seelischer Ausgeglichenheit sowie auch der Partnerschaft, Glück und sozialer Unterstützung, die dann in einen Zusammenhang mit Gesundheit und Wohlbefinden gebracht werden.

(3) Schlussendlich – und in völlig ausgeprägter Mehrdimensionalität des subjektiven Gesundheitsbegriffs – werden biopsychosoziale Maßstäbe von Jungen eher in Form körperlicher Funktionsfähigkeit und von Mädchen eher in Form innerer Ausgewogenheit somatischer und psychischer Komponenten beschrieben. Im subjektiven Wohlbefinden finden Jugendliche dann den wichtigsten Indikator für ihre Gesundheit.

In ihrer eigenen schriftlichen Befragung zu subjektiven Definitionen von Gesundheit und Krankheit erweiterten Nordlohne und Kolip die konstatierten Erkenntnisse Franzkowiaks (1986, 1987). Hierzu befragten sie 989 Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren nach ihren Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen (vgl. Nordlohne und Kolip 1994). Sie gingen dabei den Fragen nach, wie Jugendliche den Gesundheitsbegriff erfassen, welche Dimensionen sich für sie dahinter verbergen könnten, wie Jugendliche diese Dimensionen gewichten und in welchem Zusammenhang Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen für sie stehen könnten (vgl. ebenda, 126ff.): die Auswertung ihrer Ergebnisse erfolgte nach drei Dimensionen (1.) somatisch orientierte Definitionen, (2.) psychosoziales Wohlbefinden und (3.) Funktionsfähigkeit und führte anhand der schriftlichen Antworten Jugendlicher zu fünf Kategorien:

1. Gesundheit als Gegensatz von Krankheit
2. physische Indikatoren zur Bestimmung von Gesundheitsdefinitionen
3. Beschreibungen von Empfindungen und Stimmungen als Begriffsbestimmung
4. Gesundheit als körperliche, mentale und soziale Funktionsfähigkeit
5. Erklärungen von Gesundheit und Krankheit in Verbindung mit gesundheitsfördernden oder -beeinträchtigenden Verhaltensweisen

Im Vergleich der Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen wurde deutlich, dass die Befragten vielfach mehrdimensionale Gesundheitsbegriffe verwendeten. Nur ca. 1/5 der Jugendlichen beschreiben Gesundheit als Gegenteil von Krankheit (und das eher Jungen), jedoch über 80% benennen mehr als eine Dimension in ihrer Definition. Bei der Beschreibung von Gesundheit anhand physischer Indikatoren nimmt der Anteil der Mädchen zu – auch wird subjektives Wohlbefinden fast doppelt so häufig von Mädchen wie von Jungen benannt – , Jungen benennen hingegen häufiger Gesundheit in Form allgemeiner Funktionsfähigkeit im Vergleich zu Mädchen. Präventive Verhaltensweisen spielen bei Gesundheitsdefinitionen beider Geschlechter kaum eine Rolle. Auch die Krankheitsdefinitionen fallen mehrheitlich multidimensional aus. Am häufigsten wird Krankheit im Zusammenhang mit eingeschränkten Funktionsweisen (Jungen 44,7%, Mädchen 40,9%), an zweiter Stelle anhand von Beschreibungen über das Befinden (Mädchen 38,2%, Jungen 28,7%) und folgend anhand

physischer Indikatoren sowie der körperlichen Konstitution definiert. Eher selten liegen Beschreibungen von Krankheit als reiner Gegensatz zu Gesundheit vor. Im Vergleich zu den differenziert erfragten befindlichkeitsfokussierten Definitionen („gesund fühlen“) zeigt sich, dass die Kategorie „Befinden“ bei den Gesundheitsdefinitionen zunimmt. Die Hälfte der Befragten gibt an, dass sie sich gesund fühlen, wenn sie sich wohl fühlen, Spaß und gute Laune haben oder glücklich sind. Zudem verwenden knapp 30% der Mädchen und 36% der Jungen Beschreibungen anhand ihrer Funktionsfähigkeit. Als Abwesenheit von Krankheit erachten weniger als 5% der Mädchen und 8% der Jungen ihre Gesundheit bei befindlichkeitsfokussierten Definitionen und knapp 10% der Mädchen und Jungen benennen hierbei physische Indikatoren. Präventives Verhalten als Indikator für ein sich-gesund-fühlen benennen knapp 10% der Mädchen und 13% der Jungen. Präventive Verhaltensweisen werden kaum zur Definition der befindlichkeitsfokussierten Krankheitsdefinitionen („krank fühlen“) von Mädchen und Jungen benannt, wohingegen auch hier ein subjektives Befinden besonders häufig zur Begriffsdefinition verwendet wurde (49,2% der Mädchen und 35,6% der Jungen). Die Beschreibung eines sich krank-fühlens anhand physischer Indikatoren nimmt an Bedeutung zu, wohingegen eine eingeschränkte Funktionsweise weniger relevant als bei der allgemeinen Krankheitsdefinition wird (Mädchen 14,8% und Jungen 23,1%). Zusammenfassend resümieren die Autorinnen, zeigen sich die Gesundheits- und Krankheitskonzepte von 14- bis 17-Jährigen vielfach multidimensional, was auf eine bereits stark ausdifferenzierte Betrachtung von Gesundheit und Krankheit in der Adoleszenz hindeutet (vgl. Nordlohne/Kolip 1994). Jugendliche scheinen über ein großes Repertoire an verschiedenen Ausdrucksmöglichkeiten über ihre Gesundheit und Krankheit zu verfügen. Eine hohe Wichtigkeit schreiben sie bereits ihrer eigenen (jugendtypischen) Rollenerfüllung zu und lassen so annehmen, dass bereits im Jugendalter soziales Funktionieren als hoch relevant eingestuft wird (vgl. ebenda). Auch ihr subjektives Wohlbefinden erhalte eine herausragende Bedeutung, wobei die psychische Komponente scheinbar für Mädchen von höherer Relevanz als von Jungen erachtet werde. Diese Erkenntnisse bekräftigt Kolip (2000) in einer weiteren Untersuchung: bei Jugendlichen überwiegen im Allgemeinen positive Dimensionen von Gesundheit als Wohlbefinden und Beschreibungen von Gesundheit über Indikatoren der Leistungs- und Funktionsfähigkeit (vgl. Faltermaier/Brütt 2013). Als noch, in weiteren Untersuchungen zu klärende Fragen bleibt offen ob und inwiefern die subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit einen Einfluss auf das gesundheitsbezogene Verhalten Jugendlicher haben und ob und wenn ja, inwieweit sie einen Einfluss auf ihre Bewältigung von Alltagsbelastungen nehmen (vgl. Nordlohne/Kolip 1994). Weiterhin erscheint es als relevant, herauszufinden, wie sich diese Definitionen von Gesundheit und Krankheit zu anderen Aspekten des Selbst- und Körperkonzepts verhalten, in welcher Beziehung sie zu gesundheitsrelevanten Persönlichkeitsmerkmalen stehen und in welchem Zusammenhang die subjektiven Definitionen und Indikatoren des psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens miteinander stehen (vgl. ebenda).

### 3.2.1.1 *Geschlecht und Gesundheit*

Mit Fokus auf geschlechtsspezifische somatische Kulturen in der Jugendphase erfasste Kolip (1997) subjektive Gesundheitsvorstellungen Jugendlicher anhand von Indikatoren der subjektiven Körperbewertung, Wahrnehmung körperlicher und psychosomatischer Beschwerden und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen 12 bis 16-jähriger Mädchen und Jungen (vgl. Kolip 1997). Im Interesse stand dabei, wie sich Mädchen und Jungen hinsichtlich ihrer Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands und ihrer Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit unterscheiden, ob sich Unterschiede in Bezug auf Krankheiten und körperliche Beschwerden erkennen lassen, ob sich Geschlechtsunterschiede im Bereich psychosomatischer Beschwerden sowie in Bezug auf emotionale Befindlichkeitsbeeinträchtigungen offenbaren und ob sich geschlechtsspezifische Muster gesundheitlichen Risikoverhaltens zeigen (legaler und illegaler Drogenkonsum sowie Ess- und Diätverhalten) (vgl. ebenda). Ausgehend von der Hypothese, im Jugendalter lassen sich trotz vielfach zu beobachtender psychosozialer Angleichungsprozesse der Geschlechter, dennoch geschlechtsspezifische Ausprägungen finden, interessierte:

- inwieweit Mädchen tatsächlich unzufriedener mit ihrem Gesundheitszustand sind und häufiger an psychosomatischen und körperlichen Beschwerden sowie emotionalen Befindlichkeitsstörungen leiden,
- inwieweit sich Jugendliche zwar nicht in allgemeinen Konsumerfahrungen mit Alkohol und Tabak, wohl aber qualitativ nach ihren Konsummustern geschlechtsspezifisch unterscheiden,
- inwieweit sich Unterschiede bei körpermanipulativen Verhaltensweisen nachweisen lassen und
- inwieweit sich diese Unterschiede zwischen den Geschlechtern mit zunehmendem Alter vergrößern (vgl. ebenda).

Hierzu wurde die Untersuchungspopulation in spezifische Typen, die ähnliche gesundheitsbezogene Ausprägungen aufwiesen gebündelt, um der Frage nachzugehen, ob sich geschlechtsspezifische Ausprägungen zu personalen und sozialen Schutz- sowie Risikofaktoren und Belastungen finden lassen. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen (vgl. Kolip 1997):

- Anhand der Indikatoren subjektiver Einschätzung des Gesundheitszustandes Befragter ließen sich sechs voneinander zu differenzierende Typen Jugendlicher identifizieren:  
(1) Im ersten Typ vereinen sich die „gesunden abstinenten“ Jugendlichen. Diese konsumieren kaum Substanzen, haben kaum Beschwerden, sind mit ihrem Körper zufrieden und halten selten Diät. Diese Gruppe macht mit n=767 Jugendlichen das größte Cluster aus, wobei der Anteil weiblicher Jugendlicher mit 43% leicht unterdurchschnittlich

ist und im Altersdurchschnitt von 13,7 Jahren eher die jüngeren Befragten zusammengeführt wurden.

(2) In einem zweiten Typ (n=143) konnten die „Alltagsdrögler“ identifiziert werden. Diese Jugendlichen zeichnen sich durch einen durchschnittlichen Gesundheitszustand, aber vergleichsweise hohen Alkohol- und Tabakkonsum aus. Das Durchschnittsalter der Angehörigen dieses Typs liegt bei 14,6 Jahren und mit nur 39% ist es das Cluster mit dem geringsten Anteil weiblicher Befragter.

(3) In einem dritten Typ ließen sich die „Unzufriedenen“ zusammenfassen (n=104). Jugendliche dieses Typs zeichnen sich durch vergleichsweise viele psychosomatische Beschwerden und emotionale Befindlichkeitsbeeinträchtigungen aus. Sie sind mit ihrem Körper eher unzufrieden und zeigen ein in hohem Maße restriktives Essverhalten. Mit 79% ist in diesem Cluster der Mädchenanteil am größten und das Durchschnittsalter mit 14,2 Jahren im Mittelfeld.

(4) Die „Draufgänger“ (n=51), Jugendliche, die sich durch einen schlechten Gesundheitszustand und hohen Konsum legaler aber auch illegaler Drogen auszeichnen, bilden das kleinste Cluster. Der Mädchenanteil dieser Gruppe liegt bei 49% und das Durchschnittsalter bei 14,7 Jahren. Der Anteil von HauptschülerInnen (43,1%) ist besonders hoch.

(5) Im Typ der „Kranken“ (n=180) vereinen sich Jugendliche, die eine Vielzahl von körperlichen Beschwerden aufweisen und vergleichsweise viele Medikamente einnehmen. Zudem beurteilen die Mädchen und Jungen dieser Gruppe ihren allgemeinen Gesundheitszustand als unterdurchschnittlich. Während das Alter dieser Subgruppe durchschnittlich ist (13,9), ist der Anteil von Mädchen (66,1%) besonders hoch.

(6) Im letzten Typ, den „Unauffälligen“ (n=520) zeigen sich, abgesehen von einer durchgängig auftretenden Differenz in der Standardabweichung, viele Ähnlichkeiten mit dem ersten. Die Jugendlichen dieses Clusters erreichen so auf allen Skalen „durchschnittlichere“ Werte als die Jugendlichen des ersten Clusters. Der Mädchenanteil liegt hier bei 57,9%, das Durchschnittsalter mit 13,7 Jahren ist eher niedrig.

Die Ergebnisse legen dar, dass sich somatische Kulturen im Jugendalter geschlechtsspezifisch differenzieren lassen. Dies manifestiert sich im Bereich körperlicher Erkrankungen, psychosomatischer Beschwerden und emotionaler Befindlichkeitsstörungen. Mädchen sind unzufriedener mit ihrem eigenen Gesundheitszustand und weisen eine höhere allgemeine Beschwerdelast auf, als Jungen. Jungen hingegen zeigen hohe Prävalenzen für unfallbedingte Erkrankungen. Mädchen klagen häufiger über Kreislauf-, Durchblutungsstörungen und Migräne, zeigen ein größeres Ausmaß psychosomatischer Beschwerden und weisen größere Beeinträchtigungen von emotionalen Befindlichkeitsstörungen auf. Jungen hingegen fallen eher durch offenes aggressives Verhalten auf. Unter detaillierter Betrachtung können die geschlechtsspezifischen Ausprägungen folgendermaßen zusammengefasst werden (vgl. Kolip 1997): Mädchen zeigen sich als prinzipiell unzufriedener mit ihrem allgemeinen

Gesundheitszustand als Jungen. Im Bereich der körperlichen Beschwerden geben Mädchen durchschnittlich mehr Erkrankungen an, die in einer höheren allgemeinen Beschwerdelast wirksam werden. Zudem zeigen sich geschlechtstypische Prävalenzen für bestimmte Krankheiten: so leiden Jungen eher unter Heuschnupfen und Knochenbrüchen sowie Prellungen und Mädchen eher unter Blasenbeschwerden, Kreislauf- und Durchblutungsstörungen sowie Migräne. Auch steigen mit zunehmendem Alter beider Geschlechter ihre Angaben zu Erkrankungen an (vgl. ebenda). Fast die Hälfte der Mädchen und fast 1/4 der Jungen geben an, in den letzten 12 Monaten an mindestens einem psychosomatischen Beschwerdebild gelitten zu haben. Am häufigsten werden dabei Kopfschmerzen benannt. Mädchen erhalten auf allen Subskalen zu psychosomatischen Beschwerden insgesamt höhere Werte als Jungen. Nach diesen Ergebnissen lassen die Beschwerden Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Magenbeschwerden, Rückenschmerzen und Nervosität auf einen Bestandteil weiblicher somatischer Kulturen schließen. Jungen hingegen weisen höhere Prävalenzen für ein direktes aggressives Verhalten auf (vgl. Kolip 1994). Die geschlechterspezifischen Unterschiede im gesundheitsrelevanten Verhalten sind bei jüngeren Befragten (12 Jahre) noch als gering einzuschätzen, nehmen jedoch mit steigendem Alter zu. Dabei lassen sich nur geringe Unterschiede im Zigaretten- oder Alkoholkonsum Jugendlicher nachweisen (obwohl Jungen häufiger Bier trinken und häufiger alkoholbedingte Rauscherlebnisse haben). Mädchen weisen jedoch einen höheren Medikamentenkonsum auf, haben häufiger Diäterfahrungen und sind unzufriedener mit ihrem Körper (vgl. ebenda).

### *3.2.1.2 Lebenswelt und Gesundheit am Beispiel obdachloser Jugendlicher*

In den Jahren 2004 bis 2007 führten Uwe Flick und Gundula Röhnisch eine DFG-geförderte Untersuchung zur Lebenssituation, dem Gesundheitsverständnis und -handeln von obdachlosen Jugendlichen zwischen 14 und 20 Jahren durch (vgl. Flick/Röhnisch 2008). Die Studie wurde triangulativ mit episodischen Interviews mit Betroffenen (24 Jugendliche in gleichmäßiger Geschlechterverteilung), teilnehmender Beobachtung der Jugendlichen in ihrer Lebenswelt und ergänzenden ExpertInnen-Interviews (12 ExpertInnen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen), angelegt. Insbesondere durch die episodischen Interviews wurden die subjektiven Erfahrungen obdachloser Jugendlicher anhand ihrer narrativ-episodischen Wissensbestände konkreter gesundheitsbezogener Erfahrungen und ihrem semantischen Wissen – abstrahierte, verallgemeinernde Annahmen und Zusammenhänge – erfragt und in Beziehung zueinander gesetzt, um so Rückschlüsse auf die Wirklichkeitsrekonstruktion Befragter zu erhalten (vgl. ebenda). Die Analyse fand in Form fallspezifischer Kodierungen nach Themen und einer anschließenden Bestimmung fallübergreifender Vergleichsdimensionen zu einem Themenkomplex statt. Anschließend wurden diese gruppiert und hinsichtlich bestimmter Merkmalsausprägungen untersucht, um im Fallvergleich Typen zu Deutungs- und Handlungsmustern zu rekonstruieren (vgl. Flick/Röhnisch 2008). Ihre Ergebnisse zeigen, dass

die Mehrheit der Befragten ihre Gesundheit mehrdimensional und vielfach komplex in Form biopsychosozialer Dimensionen von Gesundheit verstehen, wohingegen ein Teil der chronisch kranken befragten Jugendlichen ihre Gesundheit eher als ein Freisein von Beschwerden definiert. Die zentralen Gesundheitskomponenten aller sind physisches und psychosoziales Wohlbefinden, das sie in Formen der Leistungsfähigkeit, Sorglosigkeit und des Glücklichseins ebenso wie Spaß unter Gleichaltrigen zu haben und nach Lust und Laune den Alltag gestalten zu können, berichteten. Gesundheit wurde von den meisten der Untersuchungspopulation nicht mehr als Selbstverständlichkeit dargestellt, wodurch es für sie von großer Bedeutung ist, gesund zu sein und zu bleiben. Jedoch erwächst ein Bestreben, gesundheitsförderlich zu handeln und gesundheitsriskantes Verhalten zu reduzieren, nur bedingt aus der rezipierten subjektiven Bedeutsamkeit von Gesundheit. Die Befragten erkennen ihre Lebensweise und ihren persönlichen Umgang mit Beeinträchtigungen zwar an, um ihre Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen, scheinen die Benennung ihrer eigenen Einflussnahme auf Gesundheit jedoch eher als sozial erwünschtes Allgemeinwissen, statt als reale Handlungsstrategien zu erachten. Auch fällt es einigen obdachlosen Jugendlichen sehr schwer, ihre Gesundheit aktiv unter den tagtäglichen Bedingungen des (Straßen-)Alltags zu beeinflussen. So wird Gesundheit und gleichsam die Aktivierung eigener Möglichkeiten und Fähigkeiten, eine gesundheitsförderliche Lebensweise in den Alltag zu integrieren, für viele der Befragten zu einem kaum erreichbaren Ideal. Die Befragten nehmen, mit Blick auf ihren Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, ärztliche Hilfe eher in Anspruch, wenn sich ihre Beschwerden als unerträglich darstellen. Das Aushandeln von Schmerz dient in ihrer Szene anscheinend dem Beweis körperlicher Stärke, sodass diejenigen, die auf gesundheitliche Belange Rücksicht nehmen, in der (Szene-)Öffentlichkeit eher herabgesetzt werden. Entgegen der Ergebnisse aus Untersuchungen der Allgemeinpopulation Jugendlicher, verhalten sich Mädchen, die auf der Straße leben, nicht gesundheitsbewusster, sie reagieren genauso (un)sensibel auf körperliche Symptome und scheuen sich, ebenso wie Jungen, zum Arzt zu gehen. Weiterhin berichten die Befragten, überwiegend schlechte Erfahrungen – zwischenmenschlich und in erlebten Behandlungsfehlern – mit Ärzten gemacht zu haben. Diese Erfahrungen verfestigen sich häufig durch Austausch und Bestätigung mit anderen Szenemitgliedern. Ein Zugang zum Gesundheitswesen ist den meisten der befragten Jugendlichen noch über ihre gesetzliche Familienversicherung erhalten geblieben, findet aber nach Abwägung finanzieller Aufwendungen (wie bspw. Praxisgebühren), bereits erlebten Enttäuschungen und mit dem Arztbesuch verbundenen Unannehmlichkeiten, eher selten statt. In der Untersuchung konnten zwei Mustertypen des Krankheitserlebens und des Krankheitsumgangs auf der Straße lebender Jugendlicher rekonstruiert werden, die Aktiven, sich ihrer Erkrankung stellenden und die eher verbittert-passiven (vgl. Flick/Röhnisch 2008):

**Typ I: Sich der Krankheit stellen** – Angehörige dieses Typs versuchen, den Krankheitsverlauf durch aktives Handeln zu beeinflussen. Erkrankungen erwecken zwar Ängste, ermöglichen aber gleichsam, sich mit der Erkrankung auseinander zu setzen. Der Austausch mit anderen Betroffenen lässt Krankheit als vorhersehbar und beeinflussbar erscheinen. Als soziale Folgen von Neurodermitis erleben sich die Befragten häufig im Zentrum der Aufmerksamkeit, werden dadurch aber auch gleichzeitig ausgegrenzt. Im eher bürgerlichen Umfeld fallen sie durch ihre Hautrötungen deutlich auf und werden zum Opfer von Vorurteilen. Szeneangehörige, bei denen Hauterkrankungen wie die Neurodermitis beinahe unvermeidlich sind, zeigen keine direkte Abneigung. Die betroffenen Jugendlichen erhalten von Szeneangehörigen, aufgrund der fast vorherrschenden Normalität von Erkrankungen wie Neurodermitis, aber auch kein besonderes Mitleid.

**Typ II: Verbittern** – Angehörige des Typs „Verbittern“ leiden stark unter Erkrankungen. Diese werden als endgültig, teils sogar tödlich, gesehen. Das Wissen, mit der Krankheit leben zu müssen, führt zu Hilflosigkeit, Resignation und im Extremen sogar zu Suizidversuchen. Positive Zukunftsentwürfe bleiben diesen Jugendlichen, ihrer Wahrnehmung nach, versagt. Jegliche Selbstverständlichkeiten werden durch die Erkrankung infrage gestellt und damit auch eine aktive Einflussnahme auf sie als sinnlos erachtet. Der Konsum von Alkohol und Drogen wird von Angehörigen dieses Typs als funktional erachtet. Darüber hinaus fühlen sie sich aufgrund der Erkrankung von Szenefreunden abgewiesen. Sie betrachten ihren Körper als abstoßend und verachtenswert, was sich mitunter in destruktivem (Gesundheits-)Verhalten niederschlägt. Diese Jugendlichen sind auf externe Unterstützung besonders angewiesen, erhalten diese aber kaum, da Beziehungen innerhalb der Szene als zu unverbindlich wahrgenommen werden.

Im Fazit zeigt sich, dass Gesundheitsvorstellungen von obdachlosen Jugendlichen vergleichbare Dimensionen mit denen von Gleichaltrigen der Allgemeinpopulation aufweisen (vgl. Flick/Röhnisch 2008). Primär würden die Dimensionen psychischen und physischen Wohlbefindens und der Freiheit von akuten Beschwerden oder Krankheiten benannt. Die auf der Straße lebenden Jugendlichen erachten ihre Gesundheit darüber hinaus als sehr wichtig, um ihren Alltag meistern und Lebensfreude spüren zu können (vgl. ebenda). Sie geben aber zugleich zu verstehen geben, dass sie sich nicht mehr als gesund wahrnehmen. Ursachen von Gesundheitsstörungen erklären sie anhand ihrer Lebensbedingungen auf der Straße und ihrem zumeist riskanten, gesundheitsschädlichen Verhalten, das häufig in einem direkten Zusammenhang mit der Bewältigung von jugendtypischen Entwicklungsaufgaben steht (vgl. ebenda). Dabei droht jedoch ihr gesundheitsriskantes Verhalten, im Gegensatz zu Jugendlichen der Allgemeinbevölkerung, dass sich gesundheitliche Beeinträchtigungen aufgrund ihrer Obdachlosigkeit in verschärftem Maße manifestieren und auch ein Zurückkehren in ein ‚normales Leben‘ erschweren (vgl. ebenda). Als eine besonders vulnerable Gruppe sind chronisch kranke Jugendliche hervorzuheben, die angeben, mit ihren Beeinträchtigungen wenig

problembezogen umzugehen und zum Rückzug und der Vermeidung von Arztbesuchen neigen (vgl. Flick/Röhnisch 2008, 2011). Objektiv wahrnehmbare Möglichkeiten des angemessenen Umgangs mit ihrer chronischen Erkrankung werden vielfach individuell und strukturell eingeschränkt (vgl. ebenda). Insgesamt zeigen sich die Befragten durch ihre Lebensweise und ihre Lebensbedingungen in einem schlechten Gesundheitszustand, der vorerst als erträglich, im Laufe der Zeit aber als massive Belastung wahrgenommen wird (vgl. ebenda). Diese Einschätzung der Befragten teilen auch die interviewten ExpertInnen (vgl. ebenda).

Tabelle 8: Zusammenfassung der empirischen Befunde subjektorientierter Alltagskonstruktionen Jugendlicher in Anlehnung an Kolip 1997; Kolip/Nordlohne 1994; Flick/Röhnisch 2008, 2011.

Forschungsinteresse	empirische Befunde
Gesundheits- und Krankheitsverständnis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitskonzepte differenzieren sich mit zunehmendem Alter Jugendlicher weiter aus (Franzkowiak 1986, 1987); mit 15/16 wird Gesundheit über sportliche und physische Leistungsfähigkeit und kurzfristig erlebbares, an Gruppen orientiertes, psychosomatisches Wohlbefinden definiert, mit 16/17 Jahren um psychische und soziale Komponenten erweitert sowie um Partnerschaft, Glück und soziale Unterstützung ergänzt (Franzkowiak 1986, 1987)</li> <li>• Jugendliche betrachten ihre Gesundheit häufig als selbstverständlich gegeben und machen sich eher wenig Gedanken über Konsequenzen gesundheitsgefährdenden Verhaltens (Lohaus 1993); jugendliche Gesundheitskonstruktionen sind teils von unrealistischem Optimismus und einer unbegrenzten Verfügbarkeit psychischer sowie physischer Ressourcen charakterisiert (Weinstein 1982); dennoch sorgen sich Jugendliche um ihre Gesundheit (Sobal 1987); darüber hinaus konnten Engel und Hurrelmann (1989) den ‚Mythos gesunder Jugend‘ widerlegen – in der Jugendphase lägen gesundheitliche Beeinträchtigungen vor, die Einfluss auf die Lebensqualität Jugendlicher nehmen</li> <li>• Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen werden vielfach mehrdimensional und komplex von Jugendlichen dargestellt (Flick/Röhnisch 2008; Nordlohne/Kolip 1994); sie beziehen sich auf emotionale und psychosoziale Dimensionen (Bültemeier et al. 1984); Krankheit wird am häufigsten anhand eingeschränkter Funktionsweisen beschrieben, gefolgt von Befindensbeschreibungen und anhand physischer Indikatoren (Flick/Röhnisch 2008; Nordlohne/Kolip 1994); in befindlichkeitsfokussierten Definitionen sowie allgemeinen Beschreibungen wird die Erläuterung von Gesundheit als subjektives psychosoziales Wohlbefinden ein wichtiger Indikator (Franzkowiak 1986, 1987; Nordlohne/Kolip 1994); eine hohe Wichtigkeit schreiben Jugendliche der Erfüllung jugendtypischer Rollen bzw. sozialer Funktionen zu (Bültemeier et al. 1984; Flick/Röhnisch 2008; Nordlohne/Kolip 1994); im Allgemeinen überwiegen positive Gesundheitsdefinitionen und Beschreibungen von Gesundheit anhand sozialer Rollenerfüllung (Flick/Röhnisch 2008, 2011; Kolip 1997); am Beispiel obdachloser Jugendlicher wurden als zentrale Gesundheitskomponenten physisches und psychosoziales Wohlbefinden, in Form von Leistungsfähigkeit, Sorglosigkeit, des glücklich-seins und Spaß unter Gleichaltrigen zu haben sowie nach Lust und Laune den Alltag gestalten zu können identifiziert (Flick/Röhnisch 2008)</li> <li>• Erfahrungen körperlicher Beeinträchtigung und Wahrnehmung von Leistungs- und Alltagsstress nehmen bei der Herausbildung von Gesundheitskonzepten Jugendlicher eine entscheidende Rolle ein (Flick/Röhnisch 2008; Franzkowiak 1986, 1987); chronisch kranke obdachlose Jugendliche beschreiben ihre Gesundheit bspw. kaum mehr als Selbstverständlichkeit und eher als ein Freisein von Beschwerden; gesund bleiben nimmt so eine hohe Bedeutung ein (Flick/Röhnisch 2008); das Aushandeln von Schmerz kann in der Szene obdachloser Jugendlicher zudem als ein Beweis für körperliche Stärke dienen (Flick/Röhnisch 2008)</li> </ul>
Geschlecht und Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mädchen benennen in ihren Gesundheitsdefinitionen häufiger als Jungen psychische Komponenten, in Form innerer Ausgewogenheit und des subjektiven Wohlbefindens (Bültemeier et al. 1984; Franzkowiak 1986, 1987; Nordlohne/Kolip 1994); es konnte aber auch aufgezeigt werden, dass Mädchen ihre Gesundheit häufig anhand physischer Indikatoren beschreiben (Nordlohne/Kolip 1994);</li> <li>• biopsychosoziale Maßstäbe werden von Jungen eher in Form von körperlicher Funktionsfähigkeit oder der Erfüllung jugendspezifischer Rollen dargestellt (Franzkowiak 1986, 1987; Nordlohne/Kolip 1994)</li> <li>• somatische Kulturen in der Jugendphase lassen sich geschlechtstypisch differenzieren (Kolip 1997); Mädchen sind unzufriedener mit ihrem allgemeinen Gesundheitszustand und weisen eine höhere Beschwerdelast auf; Jungen zeigen höhere Prävalenzen für unfallbedingte Erkrankungen (Kolip 1997); Mädchen klagen häufiger über Kreislaufbeschwerden, Durchblutungsstörungen und Migräne, zeigen ein höheres Ausmaß psychosomatischer Beschwerden und emotionaler Befindlichkeitsstörungen; Jungen fallen eher durch offenes, aggressives Verhalten auf (Kolip 1997)</li> <li>• Mädchen, die auf der Straße leben, verhalten sich nicht gesundheitsbewusster, sie reagieren genauso unsensibel auf körperliche Symptome und scheuen ebenso wie Jungen den Arztbesuch (Flick/Röhnisch 2008)</li> </ul>

<p>gesundheitsbezogene Verhaltensweisen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• präventive Verhaltensweisen scheinen in den Gesundheitsdefinitionen Jugendlicher kaum eine Rolle zu spielen (Nordlohne/Kolip 1994)</li> <li>• geschlechtsspezifische Unterschiede im gesundheitsrelevanten Verhalten sind bei jüngeren Jugendlichen noch gering (12 Jahre), nehmen im Alter jedoch zu (Kolip 1997); dabei lassen sich nur geringe Unterschiede im Konsumverhalten nachweisen, bspw. trinken Jungen häufiger Bier und haben häufiger alkoholbedingte Rauscherlebnisse (Kolip 1997); Mädchen weisen jedoch einen höheren Medikamentenkonsument auf, haben häufiger Diäterfahrungen und sind unzufriedener mit ihrem Körper (Kolip 1997)</li> <li>• am Beispiel obdachloser Jugendlicher konnte festgestellt werden, dass ein gesundheitsförderndes Handeln bzw. die Vermeidung gesundheitsrisikanter Verhaltensweisen nur bedingt aus der subjektiven Bedeutsamkeit von Gesundheit wächst: die Befragten erkennen ihre Lebensweise und persönlichen Umgang mit Gesundheit zwar als Einfluss an, erachten ihre eigene Einflussnahme jedoch eher als sozial erwünscht, statt reale Handlungsstrategie (Flick/Röhnisch 2008); schlechte Erfahrungen mit der medizinischen Versorgung können sich insbesondere durch Austausch mit Szenemitgliedern Obdachloser verfestigen und so dazu beitragen, professionelle Helfer eher weniger aufzusuchen (Flick/Röhnisch 2008); in der Allgemeinpopulation konnte jedoch ermittelt werden, dass die subjektiv eingeschätzte Therapiewirksamkeit sich auf das gesundheitsrelevante Verhalten Jugendlicher auswirkt (Sinner et al. 2007)</li> <li>• am Beispiel obdachloser Jugendlicher konnten zwei Typen des Krankheitserlebens und -umgangs rekonstruiert werden: Typ I versucht den Krankheitsverlauf durch aktives Handeln zu beeinflussen, Jugendliche setzen sich aktiv mit ihrer Erkrankung auseinander, tauschen sich mit anderen aus und erleben ihre Krankheit als eher vorhersehbar und beeinflussbar (Flick/Röhnisch 2011); Typ II erachtet seine Erkrankungen als engtütig, teils sogar tödlich; sie fühlen sich hilflos und resigniert; positive Zukunftsentwürfe bleiben ihnen versagt und Selbstverständlichkeiten werden durch ihre Erkrankungen infrage gestellt (Flick/Röhnisch 2011); als Folge erleben Angehörige des ersten Typs Vorurteile, die sich auf äußere Merkmale ihrer Erkrankung beziehen, aus dem bürgerlichen Umfeld; in der Szene erhalten sie kaum Mitleid, da ihre Erkrankung als normal angesehen wird (Flick/Röhnisch 2011); Jugendliche, die dem zweiten Typ angehören, nutzen den Konsum von Alkohol und Drogen funktional und fühlen sich von Szenefreunden eher abgewiesen; sie beachten ihren Körper als abstoßend, was mitunter einem destruktiven (Gesundheits-)Verhalten beiträgt (Flick/Röhnisch 2011)</li> <li>• chronische Erkrankungen werden von Jugendlichen der Allgemeinbevölkerung am Beispiel von Neurodermitis entweder als Erkrankung mit komplexem Verlauf beschrieben, dessen Auslöser psychosoziale Stressfaktoren sind, der sich Jugendliche eine hohe Eigenverantwortung zuschreiben oder als unvorhersehbar und wechselhaft wahrgenommen, wobei selbstbezogene Ursachenfaktoren und die elterliche Behandlungsverantwortung betont wird (Salewsky 2002); die beiden Gruppen unterscheiden sich in ihrer Wahrnehmung individuellen Wohlbefindens und Strategien der Krankheitsbewältigung (Salewsky 2002)</li> <li>• Möglichkeiten des angemessenen Umgangs mit chronischer Erkrankung von Jugendlichen, die auf der Straße leben, werden häufig individuell und strukturell eingeschränkt (Flick/Röhnisch 2008, 2011)</li> </ul>
<p>Forschungsdieserate</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• offen scheint noch ob und inwiefern subjektiven Vorstellungen von Gesundheit Jugendlicher einen Einfluss auf ihr gesundheitsbezogenes Verhalten, ihre Bewältigungspraxis bei Beschwerden und zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit nehmen</li> <li>• zudem liegen noch wenig Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen Jugendlicher und Indikatoren ihres Selbst- und Körperbildes, sowie gesundheitsrelevanten Persönlichkeitsmerkmalen, wie dem Kohärenzsinn, der Selbstwirksamkeits- und Kontrollüberzeugung, vor</li> <li>• auch scheint die Datenlage zu jugendtypischen Entwicklungsaufgaben und subjektorientierten Gesundheitskonstruktionen noch unzureichend (vgl. Quenzel 2015)</li> </ul>

### **3.2 Analyse gesundheitsbezogener Agency Jugendlicher**

Der dargestellte Forschungsstand weist bereits wichtige Erkenntnisse über Zusammenhänge von Gesundheitskonstruktionen Jugendlicher und ihrem Alter, Geschlecht sowie Lebenslage und –welt auf. Als noch unzureichend zeigt sich jedoch, ob und inwiefern subjektiven Vorstellungen von Gesundheit Jugendlicher einen Einfluss auf ihr gesundheitsbezogenes Verhalten, ihre Bewältigungspraxis bei Beschwerden und zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit nehmen. Zudem liegen noch wenig Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen Jugendlicher und Indikatoren ihres Selbst- und Körperbildes, sowie gesundheitsrelevanten Persönlichkeitsmerkmalen, wie dem Kohärenzsinn, der Selbstwirksamkeits- und Kontrollüberzeugung, vor. Auch scheint die Datenlage zu jugendtypischen Entwicklungsaufgaben und subjektorientierten Gesundheitskonstruktionen noch unzureichend. Häufig schaffen es die vorliegenden Untersuchungen kaum ihre disziplinaren Grenzen zu überwinden, wenn sie es überhaupt schaffen innerhalb dieser Gehör zu finden, und bleiben dem je anderen System – Gesundheit oder Soziales – verwehrt. Auch scheinen die bereits zur Verfügung stehenden Studien noch selten konsequent aufeinander bezogen zu werden (vgl. Homfeldt 2013). Hinzukommend agieren Sozial- und Gesundheitswesen nach eigenen Forschungstraditionen und -logiken, triangulative Verfahren, die operationalisierbare Aspekte psychosomatischer Gesundheit sowie gesundheitsrelevanten Persönlichkeitsmerkmalen mit lebensweltlich-rekonstruktiven Verfahren vereinen, scheinen rar. Belastungen, Gefährdungen, Risiken oder bereits manifestierte Störungen weisen jedoch einen biopsychosozialen Charakter auf, wodurch auch Forschungsfragen nicht alleine das Soziale oder Gesundheitliche betrachten sollten, sondern beides in gegenseitiger Verwobenheit miteinander zu analysieren haben. Vielfach werden soziale und gesundheitliche Probleme aber dennoch in parallel nebeneinander her arbeitenden Forschungsprojekten bearbeitet. Einer Analyse gesundheitsbezogener Agency in der Lebensphase Jugend sollte es allerdings um eine komplexe biopsychosozial ausgerichtete Erfassung von Gesundheit unter Berücksichtigung jugendlicher Lebensweise, -phase und -lage gehen (vgl. Gahleitner et al. 2015). Diese Forschung sollte lebensweltlich wirksam werdenden Ursachen für- und Auswirkungen auf die Gesundheit Jugendlicher in den Blick nehmen und so einer reflektierten Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen für eine gesundheitsbezogene Kinder- und Jugendhilfe beitragen. Damit zeigt sich eine inter- und transdisziplinär ausgerichtete Forschungspraxis als eigentlich unumgänglich. Ihre Bestrebungen sollten Forschungstraditionen und Wissensbestände des Sozial- und Gesundheitswesens miteinander vereinen, auf die lebenspraktischen Belange Jugendlicher ausgerichtet sein und das Ziel verfolgen anschlussfähige Erkenntnisse für die Handlungspraxis gesundheitsbezogener Kinder- und Jugendhilfe zu generieren sowie ihren Theoriediskurs kritisch-konstruktiv fortzuführen. Mit diesem Anliegen kristallisieren sich insbesondere drei konstitutive Elemente einer Analyse gesundheitsbezogener Agency in der Lebensphase Jugend heraus:

1. Eine Analyse gesundheitsbezogener Agency in der Jugendphase ist interdisziplinär ausgerichtet.
2. Sie versteht sich als eine transdisziplinär ausgerichtete und kritisch-reflexive (Praxis)Forschung und
3. zeichnet sich durch eine konsequente Orientierung an der jugendlichen Lebensweise, -phase und -lage aus, mit dem Ziel Chancen und Grenzen gesunder Entwicklung in der Adoleszenz zu analysieren, und damit Möglichkeiten der Förderung gesundheitsbezogener Befähigungsgerechtigkeit zu rekonstruieren.

Eine Analyse von gesundheitsbezogener Agency in der Jugendphase orientiert sich an einer komplexen Erfassung des Gegenstands von Gesundheit in der jugendlichen Lebenswelt indem sie beschreibende und erklärende Verfahren miteinander vereint. Gemeinhin werden heute Verursachungszusammenhänge sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit angenommen, über deren tatsächlichen Wirkmechanismus jedoch „nur wenig detaillierte Erkenntnisse“ vorliegen (Bauer et al. 2008, 15). Unklar bleibt noch immer wo gesundheitliche Ungleichheit entsteht und wo dementsprechend zu intervenieren ist: „Der Status quo der Health Inequalities Forschung bedarf heute zweifellos einer Veränderung, die auf die deutlichere Akzentuierung erklärender Ansätze gesundheitlicher Ungleichheit zielen.“ (ebenda, 15). In Auseinandersetzung mit interdisziplinär ausgerichteten Forschungstraditionen und mit dem Wissen um eine Notwendigkeit beider erkenntnistheoretischer Grundpositionen (vgl. Gahleitner et al. 2015), ist es ein Anliegen multiperspektivische Erkenntnisse zu generieren. Dabei geht es um eine Verbindung von Gesundheitsindikatoren mit materiellen, kulturell-verhaltensbezogenen und psychosozialen Aspekten (vgl. Bauer et al 2008). Diese erklärenden Aspekte werden heute noch recht statisch gedacht, sollten aber eigentlich indirekte und direkte Mechanismen stärker in einem interaktiven Modell aufeinander beziehen (vgl. ebenda). Darüber hinaus sollte sich eine Analyse gesundheitsbezogener Agency in der Jugendphase unmittelbar an der realen Handlungspraxis junger Menschen orientieren, mit dem Ziel gesundheitsbezogene Befähigungsgerechtigkeit zu stärken. Als sich selbst reflektierende Forschungspraxis benötigt sie eines diskursiven Wissens, „das nicht nur wissenschaftlich, sondern immer auch sozialkulturell und lebenspraktisch rückzubinden ist an die situativen Bedingungen der sozialen Handlungsvollzüge und Handlungsprobleme“ ihrer AdressatInnen (Dewe/Otto 2010, 197). Erkenntnisse sind in der realen Handlungspraxis kritisch zu prüfen, um sie am Alltag junger Menschen auszurichten und entsprechend fruchtbar zu gestalten. Dies kann unter Beteiligung direkt betroffener Akteure gelingen sowie in der Explikation impliziter Wissensbestände und Förderung von Transparenz über strukturelle Bedingungen und lebensweisen, -phasen und -lagen und setzt zudem die Verbreitung von multiperspektivischen Erkenntnissen unter allen Akteuren, durch Übersetzung in die je spezifischen Sprachen, Logiken und Handlungsweisen, voraus. Schlussendlich zeichnet sich eine Analyse gesundheitsbezogener Agency in der Jugendphase durch eine konsequente Orientierung an der jugendlichen Lebensweise, -phase und -lage aus, mit dem Ziel Chancen und

Grenzen gesunder Entwicklung in der Adoleszenz zu analysieren, und damit Möglichkeiten der Förderung gesundheitsbezogener Befähigungsgerechtigkeit zu rekonstruieren.



## 4 Ein komplexer Gegenstand bedarf einer komplexen Erfassung

### Methodologischer Ausgangspunkt und methodische Erfassung gesundheitsbezogener Agency Jugendlicher

*„Die Herausforderung des Agency-Diskurses für die Theoriebildung und Forschung in der Sozialen Arbeit liegt vor diesem Hintergrund darin, zu einem differenzierten Verständnis der sozialen Bedingungen von Agency zu gelangen.“ (Scherr 2013, 240)*

Um ein solch differenziertes Verständnis über gesundheitsbezogene Agency zu erlangen, gilt es einerseits zu analysieren, in welchem Ausmaß individuelle und kollektive Handlungsfähigkeit in der Lebenswelt Jugendlicher hervorgebracht und darüber hinaus durch ihre soziale Situierung und Verwobenheit formiert wird. Metatheoretischer Ausgangspunkt dieser Analyse sind Ansätze subjektorientierter Vorstellungen und Alltagstheorien von Gesundheit, die sich im Kollektiv herausbilden und individuelle Handlungsmotive und -strategien Jugendlicher zur Einflussnahme auf ihre Gesundheit beeinflussen (vgl. Boltanski 1976; Faltermaier 1991, 1995, 1998, 2010a; Faltermaier/Brütt 2013; Flick 1991, 1997, 1998; Herzlich 1994; Schütze 1973, 1995). Die Untersuchungspopulation Jugendlicher wird dabei als prinzipiell handlungsfähige Akteure anerkannt und ihnen individuelle Handlungsmacht (Agency) zugesprochen (vgl. Homfeldt et al. 2009; Lange 2008; Scherr 1997, 2013). Diese Perspektive zielt auf eine Analyse individueller Verwirklichungschancen zur Herstellung gesundheitsbezogener Befähigungsgerechtigkeit in der Jugendphase. Sie nimmt die Untersuchungspopulation Jugendlicher in ihrer eigenen Wahrnehmung von Ressourcen zur Einflussnahme auf das eigene Leben und die eigene Gesundheit wahr und ernst und versucht davon ausgehend, Mechanismen sozial formierender gesundheitsbezogener Chancen zu analysieren. Diese Untersuchung versucht sich einer Analyse „(...) to reconstruct the social contexts and conditions in which the option spaces for action, and thus for the development of capabilities, actually emerge“, gleichsam wie einer Analyse, die sich an vorhandenen (oder mangelhaft vorhandenen) Ressourcen Einzelner orientiert (Schäfer/Otto 2014, 8). Die bloße Betrachtung eines Ressourcen-Sets reicht noch nicht aus, sondern erfordert einen detaillierteren Blick auf die dem Individuum real zur Verfügung stehenden und mobilisierbaren Handlungsoptionen (vgl. Ziegler 2009). Sie bedarf eines ergänzenden Blicks auf den „relational character of the social world in which the impact of practices depends on the social context in which they occur“ (Schäfer/Otto 2014, 9). Konkret bedeutet das, Vorstellungen, Motive und Handlungsstrategien zur Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung von Gesundheit nicht isoliert von ihrem kontextuellen Zusammenhang zu betrachten, sondern diesen sensibel mit zu analysieren. Die subjektive Auffassung darüber, wie beispielsweise ein illegaler Substanzkonsum in seiner Wirksamkeit wahrgenommen wird ((un)schädlich, cool oder völlig normal) und zunächst zu einem individuell wertgeschätzten Leben beiträgt, begründet sich immer auch innerhalb einer psychosomatischen Kultur, einem

*common sense* über ein gemeinsames Verständnis im Umgang mit dem eigenen Körper und der eigenen Psyche. Ziel der Betrachtung gesundheitsbezogener Agency in der Jugendphase ist es daher, ein Verständnis für Muster gesundheitsbezogener Verhaltenskultur zu verstehen, um von diesen ausgehend Implikationen der Förderung von gesundheitsbezogener Agency zu generieren.

Handlungsroutinen bilden sich vor dem Hintergrund impliziter Wissensbestände und Erfahrungsmuster einzelner Subjekte heraus, die durch sozial konsensfähige, gelebte und die Gesellschaft strukturierende Umgangsformen ermöglicht und begrenzt werden. In diesen Handlungsroutinen zeigen sich als typisch für spezifische Subkulturen geltende Merkmale, die sich formierend auf Handlungskulturen auswirken – den Möglichkeitsraum wahrgenommener Handlungsoptionen. Die vorliegende Untersuchung orientiert sich an den subjektiven Interpretationen der Wahrnehmung eigener Gesundheit, selbst rapportierter gesundheitsbezogener Handlungskompetenz sowie Einfluss nehmenden Faktoren der jugendlichen Lebenswelt. Zur Analyse gesundheitsbezogener Agency orientiert sie sich an der subjektiven Bewertung von Gesundheit Jugendlicher, ihrer individuell wahrgenommenen Einflussnahmemacht auf- sowie subjektorientierten Alltagskonstruktionen von Gesundheit. Gesundheitsbezogene Handlungsstrategien werden als gezielt und geplant mit dem Ziel der Gesunderhaltung verstanden, die durch Analyse von Handlungsmotiven einen verstehenden Zugang zur Konstitution von gesundheitsbezogener Agency zulassen können. Die Untersuchung richtet sich, über eine Analyse subjektiv wahrgenommener Kompetenz und damit subjektiver Verantwortungszuschreibung hinaus, auf eine Analyse des Möglichkeitenhorizontes Jugendlicher, um sich selbst als handlungsmächtig wahr- und ernst nehmen zu können (vgl. Ziegler 2014). Im Hauptaugenmerk der Studie ging es darum, die Bewertung Jugendlicher von Indikatoren ihrer biopsychosozialen Gesundheit zu erfassen und diese in einen Zusammenhang mit der von ihnen selbst wahrgenommenen, gesundheitsbezogenen Handlungskompetenz zu setzen. Es liegen bereits Untersuchungen vor, die einen Einfluss von Kohärenzempfinden, Selbstwirksamkeitserwartung und gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugung auf die Gesundheitswahrnehmung von Menschen belegen. Mit Blick auf die Jugendphase sollten diese jedoch erweitert werden. Ferner interessierte, welche Mechanismen in der Lebenswelt Befragter ihre eigene Wahrnehmung gesundheitsbezogener Agency formieren und ob sich daraus typische Alltagskonstruktionen und Handlungsmuster im Umgang mit Gesundheit ableiten lassen. Aus diesem skizzierten Rahmen bildet sich ein Forschungsinteresse daran heraus, was den befragten Jugendlichen hilft gesund zu bleiben, sich wohl zu fühlen und dieses biopsychosoziale Wohlbefinden immer wieder gelingend herzustellen bzw. aufrecht zu erhalten?

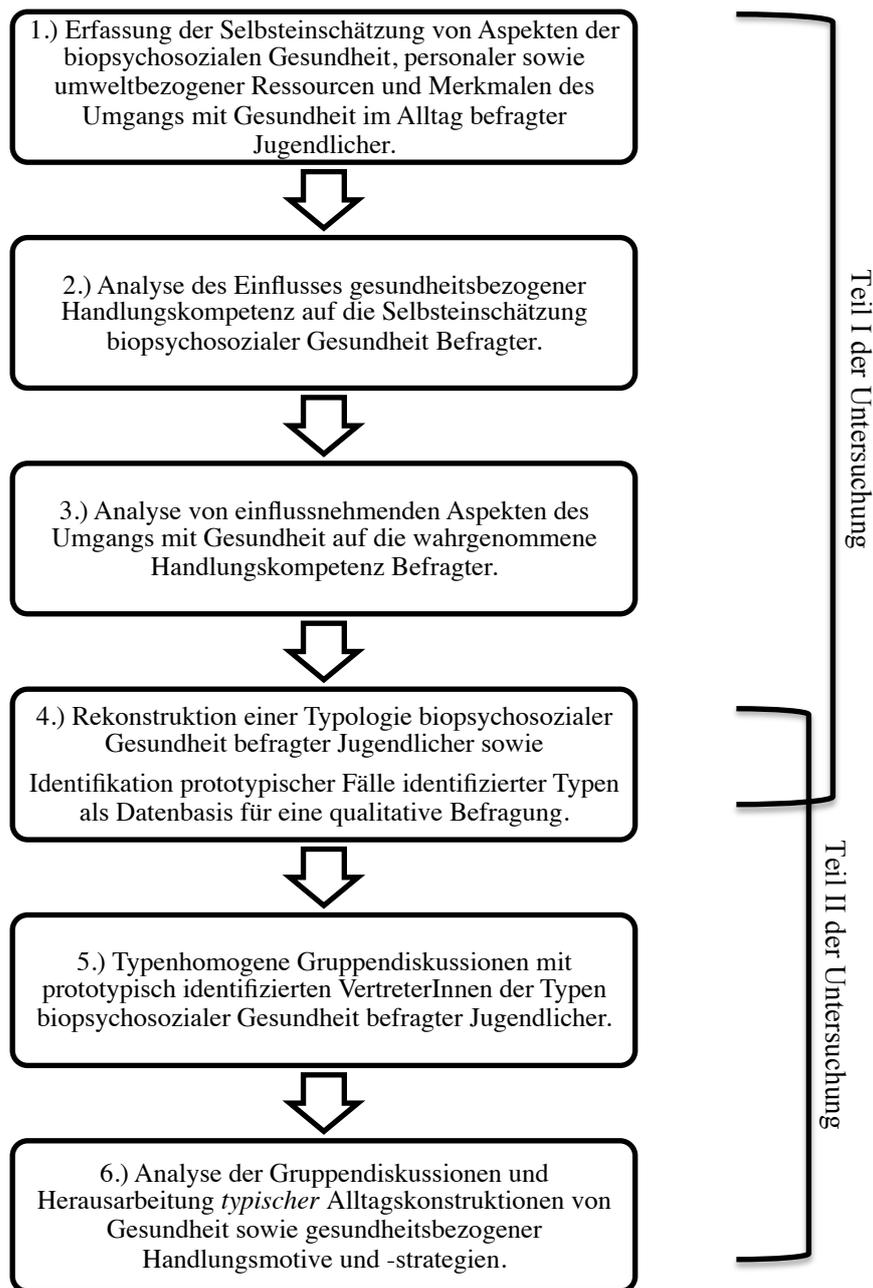
## 4.1 Forschungsdesign

Die Untersuchung verbindet Forschungsrichtungen einer quantitativ gesundheitswissenschaftlich orientierten Erfassung von Gesundheit (vgl. RKI 2007, 2013, 2014, 2015; WHO 2011; Kolip 1997; Kolip et al. 2013) und qualitativen Forschungsmethoden, die zur verstehenden Rekonstruktion subjektorientierter Alltagstheorien und Vorstellungen von Gesundheit beitragen können (vgl. Herzlich 1994; Faltermaier 1991, 1998, 2002, 2010a; Faltermaier/Brütt 2009, 2013; Flick 1991, 1997, 1998; Flick/Röhnisch 2008). Im quantitativen Teil werden hierzu, anhand eines eigens – dem Forschungsinteresse nachkommend – entwickelten Fragebogens zur „Lebens- und Gesundheitswelt Jugendlicher“, Selbstauskünfte von Jugendlichen (1.) über die Einschätzung ihrer psychischen und physischen Gesundheit sowie ihres Wohlbefindens, (2.) über personale und umweltbezogene Ressourcen, die ihnen in ihrer Lebenswelt zur Verfügung stehen sowie (3.) über Merkmale ihres Umgangs mit Gesundheit im Alltag erfasst. Hierzu behandelt der Fragebogen insbesondere gesundheitsrelevante Aspekte, die im Zusammenhang mit den als typisch geltenden Entwicklungsaufgaben zu bringen sind. Er erfragt Merkmale der familiären Lebenswelt Jugendlicher, über den Freundeskreis und die Lebenswelt Schule, gesundheitsriskante Verhaltensweisen, Prävalenzen für Auffälligkeiten und darüber hinaus einzelne Aspekte ihres sozioökonomischen Status. Der Fragebogen verfolgt damit einerseits die Erfassung der Selbsteinschätzung Jugendlicher über die o.g. Merkmale, um diese miteinander in ein Verhältnis setzen zu können und andererseits einem explorativen Charakter folgend, der Ergänzung von Merkmalen, die bislang in der quantitativen Jugendgesundheitsforschung noch wenig Aufmerksamkeit erhielten. Diesem Anliegen nachkommend wurden insbesondere (3.) Merkmale des Umgangs mit Gesundheit im Alltag Jugendlicher in operationalisierter Form erfasst, die aus Analysen qualitativer Untersuchungen extrahiert werden konnten. Mit dieser explorativen Fragebogenkonstruktion konnte ein, der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit affines, Instrument entwickelt werden. Es zeichnet sich darin aus, dass es sich an etablierten Messinstrumenten der Gesundheitswissenschaft, Psychologie und Soziologie orientiert und darüber hinaus um Skalen, zur Erfassung sozialer Phänomene, ergänzt wurde. Ergebnisse der bereits etablierten Skalen konnten so mit Blick auf bereits durchgeführte Untersuchungen verglichen werden, um ihre Repräsentativität zu plausibilisieren sowie auch die verwendeten explorativen Skalen zu prüfen. Die Fragebogenkonstruktion wird anschließend noch detailliert dargestellt.

In einer Verbindung quantitativer und qualitativer Zugänge zum Forschungsgegenstand war es ferner Anliegen der Untersuchung, eine rein zusammenhangsaufdeckende Logik, um eine zusammenhangsverstehende Analyse von alltäglichen Deutungsfigurationen zu erweitern. Nach einer quantitativ rekonstruierten Gesundheitstypologie wurden hierzu einzelne, möglichst als repräsentativ geltende VertreterInnen einzelner Typen, in Gruppendiskussionen interviewt. Ziel

dieser Ergänzung war es, den statistisch identifizierten Gesundheitstypen –Mehrdimensionalität, Kontextualität – *einfach Leben* einzuhauchen. Die enge Verzahnung quantitativer mit qualitativen Daten soll einerseits zu der inhaltlichen Validität statistisch rekonstruierter Typen beitragen und zudem den qualitativen Erkenntnissen zu einer höheren Verallgemeinerungsfähigkeit in ihrem empirischen Gehalt verhelfen (vgl. Treumann et al. 2007). Idealtypisch betrachtet wird die Untersuchungspopulation im zweiten Schritt so entgegen des *theoretical sampling*, zur Eindämmung der Gefahr sich auf vorweg festgelegte Kategorien zu reduzieren und damit im Laufe der Forschung Stereotypen zu reproduzieren, ausgesucht (vgl. Kruse 2014). Strategisch fußt die Untersuchung mit diesem Vorgehen jedoch auf dem Konzentrationsprinzip (vgl. Flick 2009), wodurch eine Auswahl von Fällen, die besonders ins Gewicht fallen (hier als prototypisch gelten können), ermöglicht wurde (statistical sampling). Durch die hier gewählte Methodenkombination kann dem Forschungsinteresse entsprechend von einer höheren Repräsentativität der erhobenen Daten ausgegangen werden, die zudem in ihrer Tiefe von Merkmalen realer Handlungspraxis im Fragebogen kaum zu erfassen gewesen wären (vgl. Treumann et al. 2007; Treumann 2011). Die quantitativ rekonstruierte Typologie konnte in diesem Verfahren ergänzt, erweitert und teils sogar revidiert durch Erkenntnisse qualitativer Daten werden (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Methodisches Vorgehen in der triangulativ ausgerichteten Untersuchung zur Erfassung von Lebens- und Gesundheitswelten Jugendlicher.



#### 4.1.1 Part I: Fragebogen zur Lebens- und Gesundheitswelt

Der erste und im Hauptinteresse dieser Arbeit stehende Teil der Untersuchung zielte auf eine Klärung der ersten vier dargestellten Erkenntnisinteressen in der Abbildung 6 ab. Hierzu wurde ein Fragebogen entwickelt (→ siehe Kapitel Fragebogenkonstruktion und Fragebogen im Anhang), der Einschätzungen Jugendlicher selbst über (1.) ihre biopsychosoziale Gesundheit, (2.) personale und umweltbezogene Ressourcen sowie (3.) Merkmale des Umgangs mit Gesundheit im Alltag Jugendlicher, erfasst. Anhand dieses Fragebogens zur „Lebens- und Gesundheitswelt Jugendlicher“ (F-LGJ) wurde die Gesundheit Befragter, Persönlichkeitsmerkmale wie Lebenskohärenz, Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung, sozio-

demografische, -ökonomische und verhaltensbezogene Merkmale (Risikoverhalten, Sport, Körperrückmeldung und Verhaltensauffälligkeiten), erhoben. Die Skalen orientierten sich an bekannten und etablierten Instrumenten der Jugendgesundheitsforschung, Psychologie und Soziologie, um die erhobenen Daten abgleichen und plausibilisieren zu können sowie explorativ erfragte Merkmale zu prüfen, mit dem Ziel, neue Instrumente für die gesundheitsbezogene Forschung Sozialer Arbeit zu erarbeiten. Vor dem Hintergrund des skizzierten Erkenntnisinteresses galten folgende Hypothesen als forschungsleitend, die in theoretischer Auseinandersetzung mit multidisziplinären Wissensbeständen und explorativen Annahmen, die über bekannte empirische Erkenntnisse hinausgehen, entstanden:

1. Die von Jugendlichen selbst wahrgenommene Handlungskompetenz zur Einflussnahme auf ihre Gesundheit, in Form operationalisierter Lebenskohärenz, gesundheitsbezogener Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung, nimmt einen statistisch signifikant nachweisbaren Einfluss auf die von ihnen selbst angegebene Bewertung von Merkmalen ihrer biopsychosozialen Gesundheit.
2. Diese Handlungskompetenz wiederum wird beeinflusst durch den alltäglichen Umgang mit dem Thema Gesundheit im Alltag der Befragten: durch ihr Gesundheitsverständnis, ihre Kommunikation über Gesundheit, Beteiligung an ihre Gesundheit betreffenden Themen sowie ihrem Körperbewusstsein.
3. Aus der Untersuchungspopulation lassen sich darüber hinaus statistische Typen rekonstruieren, die sich in ihren Merkmalsausprägungen biopsychosozialer Gesundheit statistisch signifikant voneinander unterscheiden.
4. Diese statistisch rekonstruierten Typen unterscheiden sich ferner in Indikatoren, ihre gesundheitsbezogene Handlungskompetenz betreffend. Es wird davon ausgegangen, dass Typen, die ihre Gesundheit schlechter bewerten auch über niedrigere Werte in Merkmalen der Lebenskohärenz, gesundheitsbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung verfügen.

Für eine vertiefende Analyse der *real* wahrgenommenen Konstitution gesundheitsbezogener Agency von RepräsentantInnen einzelner Gesundheitstypen wird ferner davon ausgegangen, dass statistische Methoden hierbei wichtige beschreibende Hinweise geben, aber um zusammenhangsverstehende qualitative Analysen zu ergänzen sind. Dies wurde realisiert, indem einzelne prototypische VertreterInnen der identifizierten Gesundheitstypen zudem in Gruppendiskussionen interviewt wurden. Im Folgenden werden erst die Methoden der quantitativen Datenerhebung und Auswertung vorgestellt, gefolgt von dem methodischen Vorgehen der qualitativen Untersuchung.

#### 4.1.1.1 Fragebogenkonstruktion

Ausgehend von der Frage was Jugendlichen hilft gesund zu bleiben bzw. ihre Gesundheit immer wieder gelingend herzustellen, mussten zunächst Instrumente gefunden werden, die Auskünfte über die biopsychosoziale Gesundheit von Jugendlichen geben. Da keines der gefundenen Instrumente in ausreichendem Maße einen Zusammenhang zwischen der biopsychosozialen Gesundheit Jugendlicher und interessierenden personalen und umweltbezogenen Ressourcen abzubilden schien, wurde ein neuer Fragebogen konstruiert. Dieser Fragebogen orientiert sich an einem biopsychosozialen Gesundheitsmodell. Er erfasst einerseits körperliche und psychische Merkmale der subjektiven Gesundheitseinschätzung Jugendlicher (wie Erkrankungen oder psychische Belastungen) und andererseits das sich vor einem sozialen Horizont konstruierende alltägliche subjektive Wohlbefinden Befragter. Zudem erhob er Merkmale personaler Ressourcen (wie Alter, Geschlecht und Bildungsstand, gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung, Lebenskohärenz, körperbezogene Kontrollüberzeugung und Risikoverhalten, Prävalenzen für Verhaltensauffälligkeiten und Körperaufmerksamkeit) sowie umweltbezogene Ressourcen (wie soziale Unterstützung, familiäre Konstellationen und Beziehungsqualitäten, Merkmale über den Freundeskreis und die Lebenswelt Schule und die verbale Auseinandersetzung mit sowie Beteiligung an Themen rund um die Gesundheit im Alltag Befragter).

Das Layout des Fragebogens (siehe Anhang) sollte optisch ansprechend und motivierend wirken. Es sollte dem/der AusfüllerIn verdeutlichen, dass sich die Untersuchung an seiner/ihrer individuellen Lebenswelt orientiert und gleichzeitig den verallgemeinernden Charakter einer quantitativen Erhebung aufzeigen. Der Titel des F-LGJ „Dein Leben...“ verdeutlicht das Interesse an der Meinung und Einschätzung Befragter. Das verwendete Bild auf dem Deckblatt (eine Menschenmasse feiernder Jugendlicher) sollte wiederum auf eine gewisse Generalisierbarkeit rückschließen lassen. Weiterhin war es ein basales Anliegen, Gesundheit in biopsychosozialer Perspektive zu erheben. In dem verwendeten Untertitel „...ein Fragebogen über das Leben und Befinden Jugendlicher“ wurde daher explizit auf die Wörter Gesundheit und Krankheit verzichtet, um so einem möglichst großen Interpretationsspielraum von biopsychosozialen Wohlbefinden der Befragten gegenüber offen zu bleiben. Auf der zweiten Seite des Fragebogens wurden die Befragten über die Untersuchung, den Datenschutz und ihre Freiwilligkeit zur Teilnahme informiert. Zudem fanden sie dort sowie auf der letzten Seite des Fragebogens die Kontaktdaten der Forscherin für eventuelle Nachfragen vermerkt. Auf der letzten Seite konnten die Befragten freiwillig(!) ein Synonym angeben, unter dem sie für Nachfragen oder weitere Untersuchungen von der Forscherin wieder identifiziert werden können.

Die Wahl der Testlänge (Bearbeitungszeit) wurde in Abhängigkeit interessierender Merkmale und der vermuteten Konzentrationsfähigkeit der AusfüllerInnen gewählt. Mit zunehmender

Anzahl von Items steigt die Genauigkeit eines Testergebnisses, zugleich aber auch der Konzentrationsanspruch an den/die AusfüllerIn (vgl. Jonkisz et al. 2012). Die Untersuchung sollte in Schulklassen durchgeführt werden. Jugendliche SchülerInnen sind in diesem Kontext i.d.R. an einen Rhythmus von doppelstündigen Unterrichtsstunden (2x45 Minuten) gewöhnt. Daher galt eine Maximalgrenze von 90 Minuten für die Fragebogenuntersuchung inkl. Vor- und Nachbereitungszeit als sinnvolle Bearbeitungszeit. Der Fragebogen umfasste schlussendlich 21 auszufüllende Seiten, die in einer Zeit von knapp 60 Minuten beantwortet werden konnten. Mit einer kurzen Warm-Up-Phase sowie Erläuterungen zum Datenschutz und einer anschließenden Reflexion wurde so der gesteckte Zeitrahmen von max. 90 Minuten sichergestellt.

Fragen können sich gegenseitig beeinflussen. Bei der Konstruktion des Fragebogens wurde daher auf eine Reihenfolge der Fragen nach dem Trichterprinzip (vom Allgemeinen zum Spezifischen) geachtet (vgl. Flick 2009). In einem ersten Teil wurden die Jugendlichen über ihre Einschätzung, was unter Jugendlichen heute *in* und was *out*<sup>6</sup> ist, befragt. Diese allgemein gehaltene Einschätzung diente einerseits einem Warm-Up und andererseits einem ‚unbedrohlichen‘ Einstieg in einen anschließend persönlicher werdenden Fragebogen. In einem anschließenden Fragenkomplex wurden Erkundungen rund um den Freundes- und Bekanntenkreis eingeholt sowie Fragen zur sozialen Unterstützung im Alltag Jugendlicher gestellt.<sup>7</sup> Dem folgten Erhebungen zur Zufriedenheit in der Schule und mit den eigenen Schulleistungen, Schulstress sowie den Sozialbeziehungen von SchülerInnen untereinander.<sup>8</sup> Im Anschluss wurden in einer weiteren Fragebatterie die Familienkonstellation und das Familienklima<sup>9</sup> erfragt. In einem optisch abgetrennten weiteren Teil, folgten anschließend Fragen zur biopsychosozialen Gesundheitseinschätzung Befragter. Beginnend mit ihrem alltäglichen Wohlbefinden inkl. ihrer Lebenszufriedenheit,<sup>10</sup> schlossen sich Fragen über ihr physisches und psychisches Wohlbefinden<sup>11</sup> sowie zu psychischen Belastungen<sup>12</sup> an. Ergänzend wurden zudem Einschätzungen zu akuten und chronischen Erkrankungen<sup>13</sup> der Jugendlichen erfragt. Der subjektiven Gesundheitseinschätzung Befragter folgte ein Fragenkomplex über ihre Körperwahrnehmung und körperbezogene Kontrollüberzeugung.<sup>14</sup> Im weiteren Verlauf wurden

---

<sup>6</sup> In Anlehnung an die Shell-Jugendstudie (vgl. Deutsche Shell Holding GmbH 2010).

<sup>7</sup> Neben quantitativen Angaben zum Freundeskreis wurden Fragen zum zwischenmenschlichen Vertrauen in den Freundeskreis (in Anlehnung an die KUSIV-3 nach Beierlein et al. 2012a) sowie zu sozialen Unterstützungen (in Anlehnung an die SozU von Frydreich et al. 2007) und die Wichtigkeit von FreundInnen und FamilienmitgliederInnen für die Befragten gestellt.

<sup>8</sup> Zur Erfassung des Schulklimas wurde die Subskala „Sozialbeziehungen der SchülerInnen untereinander“ aus einem Fragebogen zur Erfassung von Unterrichtsklima verwendet (Dann et al. 2012).

<sup>9</sup> Das Familienklima wurde in Anlehnung an die Familienbögen erfasst (Cierpka et al. 1994).

<sup>10</sup> Das alltägliche Wohlbefinden wurde mithilfe der HSWB-Skala, zur Erfassung des subjektiven habituellen Wohlbefindens, erfasst (vgl. Dahlbert 1992). Die Lebenszufriedenheit wurde anhand einer Einschätzung Befragter ihres derzeitigen Lebens auf einer Leitersprosse von 0 bis 10 erfasst (in Anlehnung an das HBSC-Team Deutschland 2011, Faktenblatt „Lebenszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen“).

<sup>11</sup> Das physische und psychische Wohlbefinden Jugendlicher wurde anhand ausgewählter Items des KINDL-R-Fragebogens, zur Erfassung von gesundheitsbezogener Lebensqualität im Kindes- und Jugendalter, erfasst (vgl. Ravens-Sieberer/Bullinger 2000).

<sup>12</sup> Psychische Belastungen konnten anhand des Screenings psychischer Störungen im Jugendalter (SPS-J) erhoben werden (vgl. Hampel/Petermann 2005).

<sup>13</sup> Als Grundlage dieser Fragebatterie dienten die Erkrankungsformen aus einer Untersuchung zu geschlechtstypischen somatischen Kulturen in der Jugendphase (vgl. Kolip 1997).

<sup>14</sup> Fragebogen zur Körpererfahrung Jugendlicher (vgl. Roth 2012).

Merkmale gesundheitsbezogenen Handelns und Kommunikationsverhaltens erfasst. Da für diese Merkmale kein passendes Instrument zur Verfügung stand, wurden sie auf Grundlage einer qualitativ rekonstruierten Typologie von Gesundheitshandeln im Alltag,<sup>15</sup> unter Bezugnahme konstitutiver Merkmale des Salutogenesemodells, für den Fragebogen entwickelt. Daran anschließend wurden Prävalenzen für Verhaltensauffälligkeiten<sup>16</sup> in der Untersuchungspopulation erfasst.

Diesem durchweg geschlossenen Teil folgte ein Komplex aus Freitextfragen zu subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen.<sup>17</sup> Die Befragten wurden aufgefordert, Sätze über Gesundheit und Krankheit zu vervollständigen („*Gesundheit / Krankheit bedeutet für mich, dass ich...*“; „*Ich fühle mich rundherum gesund / krank, wenn ich...*“). Dem anschließend folgten geschlossene Fragen über subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen.<sup>18</sup> Abschließend zu diesem Themenbereich wurden die Befragten gebeten, den Verlauf von Gesundheit und Krankheit in ihrem eigenen Lebensverlauf, in Anlehnung an qualitativ rekonstruierte Lebenslaufdynamiken (vgl. Faltermaier 1998, 2010a), darzulegen. In einem letzten thematischen Abschnitt wurde nach der persönlichen Einschätzung Befragter über die von ihnen wahrgenommene gesundheitsbezogene Kompetenzerwartung<sup>19</sup> und Lebenskohärenz gefragt (vgl. Singer/Brähler 2007). Der Fragebogen schloss ab mit der Erfassung soziodemografischer und -ökonomischer Merkmale der Befragten selbst sowie ihrer Eltern. Detaillierte Darstellungen der Validität und Reliabilität verwendeter Items und Skalen befinden sich im Kapitel der Ergebnispräsentation.

#### 4.1.1.2 Frageformulierung

Die Fragen im F-LGJ sollten interessierende Merkmale möglichst präzise und gleichzeitig so facettenreich wie nur möglich erfassen (vgl. Jonkisz et al. 2012). Zudem war bei der Generierung von Items auf eine jugendorientierte Alltagssprache zu achten. Die möglichen Antwortausprägungen wurden zumeist in klassifizierender Rangordnung zueinander gewählt. Der Fragebogen erfasste uni- (Alter, Geschlecht,...) und multidimensionale Aspekte (Gesundheit, Persönlichkeitsmerkmale,...) in einem Zurückgreifen auf stabile und zeitlich variable Merkmale (vgl. ebenda). Die Ausformulierung der Fragen im Fragebogen orientierte sich an zehn konstitutiven Merkmalen gelingender Fragebogenkonstruktion (vgl. Flick 2009):

<sup>15</sup> Die Items zur Erfassung gesundheitsbezogenen Handelns und Kommunikationsverhaltens basieren auf einer Typologie Faltermaiers über Typen gesundheitsbezogener Aktivitäten und Lebensweisen bei Erwachsenen (vgl. Faltermaier 1998, 2002).

<sup>16</sup> Prävalenzen für Verhaltensauffälligkeiten wurden anhand ausgewählter Items des (SDQ) in seiner deutschen Version erfasst (vgl. Goodman 1997).

<sup>17</sup> Die verwendeten Satzergänzungsaufforderungen entstammen einer Untersuchung zu ebenfalls subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen Jugendlicher in einem standardisierten Fragebogen (vgl. Nordlohne/Kolip 1994).

<sup>18</sup> Bei den formulierten Sätzen über subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen dienen die inhaltsanalytisch rekonstruierten Sätze der bereits benannten Untersuchung als Grundlage (vgl. Nordlohne/Kolip 1994).

<sup>19</sup> Die gesundheitsbezogene Kompetenzerwartung wurde in Anlehnung an die Allgemeine Selbstwirksamkeitskurzsкала (AKSU) erfasst (Beierlein et al. 2012b).

1. Im Fragebogen wurden einfache und eindeutige Begriffe verwendet. Er richtete sich an SchülerInnen der 9. und 10. Klasse in Haupt-, Realschulen und Gymnasien und durfte die AusfüllerInnen sprachlich nicht überfordern oder gar missverständlich formuliert sein.
2. Lange und komplexe Fragen wurden vermieden und Fragenformulierungen verwendeter Skalen teils in jugendsprachliche Alltagsformen gebracht.
3. Hypothetische Fragen wurden vermieden.
4. Doppelte Stimuli und Verneinungen<sup>20</sup> wurden vermieden.
5. Unterstellungen und suggestiv gestellte Fragen wurden vermieden.
6. Es wurde versucht Fragen zu vermeiden, die auf Informationen abzielen, über die Befragte mutmaßlich nicht verfügen. Zur Erfassung der formalen Qualifikation und Berufstätigkeit der Eltern Befragter waren jedoch gerade solche Fragen von Interesse. Diese Abfrage erfolgte daher über verdeutlichende Beschreibungen, die Schulabschluss, Ausbildung und Berufstätigkeit der Eltern Befragter in einem Maß, wie Jugendliche selbst sie vermutlich beantworten können, darstellten. Soziodemografische und -ökonomische Merkmale wurden anhand sogenannter *Proxy-Variablen* erfasst. Diese Variablen können einen Einblick in interessierende Merkmale, wie Bildungsstand, ökonomische Verhältnisse oder kulturelles Kapital geben, sind in ihrer Interpretation jedoch mit Vorsicht zu genießen und zwingend kritisch zu reflektieren (vgl. Landhäußer/Ziegler 2011).
7. Fragen wurden mit eindeutigem und zeitlichem Bezug verwendet.
8. Antwortkategorien sollten voneinander überschneidungsfrei sein und das Spektrum der Antwortmöglichkeiten erschöpfend abbilden. Im F-LGJ wurden zudem „neutrale“ Mittelkategorien vermieden, um Befragte zu einer eindeutigeren Positionierung zu zwingen.
9. Der Kontext einer Frage, wie beispielsweise die Reihenfolge der Anordnung von Fragen, sollte sich nicht auf die Beantwortung auswirken.
10. Unklare Begriffe wurden definiert.

Im Fragebogen sollten Ausprägungen spezifischer Eigenschaften und Merkmale in eindeutiger Zuordnung von Werten erfasst werden, um sie in möglichst genau beschreibenden Merkmalsausprägungen abbilden zu können (vgl. Bortz/Schuster 2010). Hierzu wurden vornehmlich Rang- oder Ratingskalen in ordinaler Ordnungsbeziehung verwendet, um Differenzen zwischen den Ausprägungen verschiedener Werte miteinander vergleichbar zu machen (vgl. ebenda; Flick 2009). Dichotome Merkmale, wie das Geschlecht, wurden nominal skaliert erfasst. Damit die Skalen auch optisch überschaubar bleiben, wurde teilweise auf die Beschriftung jeder einzelnen Abstufung verzichtet und diese in der Regieanweisung konkretisiert. Diese Regieanweisungen

---

<sup>20</sup> In einem Fall konnte diese Prämisse der Fragebogenkonstruktion nicht eingehalten werden. In der Frage Nr. 169 (zum Gesundheitsrisikoverhalten) wurde formuliert: „*Ich habe keinen Helm beim Fahrrad oder Inliner fahren aufgesetzt.*“ Diese Formulierung führte in der Erhebungsphase zu großer Verwirrung bei den AusfüllerInnen, sodass das Item der Analyse ausgeschlossen werden musste.

wurden in den Untersuchungssettings laut vorgelesen. Zudem wurde eine neutrale Antwortkategorie (wie „teils-teils“) vermieden, um Befragte zu einer eindeutigen Positionierung aufzufordern. Antworten, wie zur Einschätzung der eigenen Gesundheit, bezogen sich auf einen eindeutigen Zeitintervall (letzte Woche oder im vergangenen Monat) und wurden in ihrer Auftretenshäufigkeit eindeutig begrenzt (nie, 1 Mal, 2-3 Mal oder 4 Mal und häufiger). Ebenso wurde darauf geachtet, dass die Skalenwerte sich nicht überschneiden, sondern eine klare Trennung voneinander aufweisen.

#### 4.1.1.3 Pretest

Vor der Hauptuntersuchung wurde der Fragebogen getestet. Die Testphase folgte der Prämisse einer ökonomischen Dosierung von Pretests (vgl. Jonksiz et al. 2012). Jede vorläufige Erhebung oder Testphase wird neue Erkenntnisse über den Fragebogen bringen und zu Veränderungen anregen. Dennoch muss eine Testphase zeitlich begrenzt werden, damit der Fragebogen auch Anwendung finden kann. Der F-LGJ wurde im Rahmen eines Masterseminars zur Fragebogen- und Skalenkonstruktion an der Fakultät für Soziologie der Universität Bielefeld erarbeitet und immer wieder geprüft und getestet. Er wurde so bereits im Entwicklungsprozess regelmäßig begutachtet. Nach Abschluss der generellen Fragebogenkonstruktion folgte ein Pretest im Jugendzentrum. Der F-LGJ wurde als SelbstausfüllerInnen-Instrument an freiwillige Test-ProbantInnen ausgehändigt und zudem einzelne Merkmale in einer Gruppendiskussion mit fünf Freiwilligen besprochen. Letztgenanntes Verfahren ermöglichte ein ergänzendes *kognitives Vortesten* oder *lautes Denken* über Items des F-LGJ (vgl. Jonksiz et al. 2012) und diente erweiternden Impulsen für die Überarbeitung des Instruments. Die Diskussion des Fragebogens wurde auf einem MP-3-Player festgehalten, transkribiert und der Weiterentwicklung des Fragebogens hinzugezogen.<sup>21</sup> Mit den SelbstausfüllerInnen erfolgten anschließende retrospektive Befragungen (vgl. Jonksiz et al. 2012) über das Fragebogendesign, die Verständlichkeit sowie ihre Motivation den Fragebogen auszufüllen. Hervorzuheben ist hierbei, dass die Befragten sich durch das Forschungsinteresse an *ihrer Lebens- und Gesundheitswelt* wertgeschätzt fühlten. Sie brachten wiederholt ihr Erstaunen darüber zur Sprache, dass sich überhaupt jemand für ihre Sicht interessiere. Darüber hinaus konnten durch die Pretest-Phase Verständnisschwierigkeiten, unklare Frageformulierungen sowie thematische Präzisierungserfordernisse aufgedeckt und überarbeitet werden. Inhaltlich wurde eine Skala zur Bewertung des interpersonalen Vertrauens in den Freundeskreis ergänzt, da im Pretest wiederholt auf die Wichtigkeit qualitativ hochwertiger Freundschaftsbeziehungen für die Gesundheit verwiesen wurde. Ebenso erfolgte die Aufnahme einer Bewertungsskala der Sozialbeziehungen von SchülerInnen untereinander in der Lebenswelt Schule, da der Schulalltag und seine qualitativen Auswirkungen auf die Gesundheit Befragter im Pretest deutlich betont wurden.

---

<sup>21</sup> Die Transkripte der Pretest-Phase sind bei der Autorin und können bei Interesse eingesehen werden.

Exkurs: Erste Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Pretest<sup>22</sup> (Memo aus dem Juni 2013)

Die TeilnehmerInnen des Pretests zeigten allgemein ein großes Interesse an Themen, die ihre eigene Gesundheit betreffen und gaben hierzu bereitwillig Auskunft. Insbesondere trafen die Themen über eigene Vorstellungen von Gesundheit, soziale Unterstützungen bei gesundheitlichen Belastungen durch die Freunde und Familienangehörige sowie gesundheitliches Risikoverhalten auf Interesse. Körperliche und psychische Gesundheit thematisierten sie häufig getrennt voneinander. Physische Gesundheit beschrieben sie eher anhand physischer Indikatoren und Merkmalen eigener Leistungs- und Funktionsfähigkeit, psychische Gesundheit eher im Rekurs auf soziale Indikatoren und Wohlbefinden. Zudem benannten sie im Bereich sozialer Unterstützungen mehrheitlich ihren Freundeskreis („die Crew“) als wichtige Unterstützungsinstanz bei gesundheitlichen Belastungen im Alltag. Dies begründeten sie anhand eines gemeinsamen Verständnisses über Gesundheit. Dieses Phänomen fand sich in ähnlicher Ausprägung in einem explorativen Interview,<sup>23</sup> vor der geplanten Untersuchung mit dem F-LGJ, mit einer psychiatrienerfahrenen jungen Frau (25 Jahre). Frau S. unterschied wiederholt zwischen „den hier drinnen“, mit denen sie ihre MitbewohnerInnen in der stationären Einrichtung beschrieb und „den da draußen“, wobei sie sich auf ehemalige Freunde und Bekannte ohne Psychiatrieerfahrung bezog. Frau S. erzählte, „die da draußen“ könnten ihre Krankheitswahrnehmung, sie litt an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, nicht verstehen. Sie würden nicht nachvollziehen können, was es bedeute, in einer depressiven Phase am Morgen nicht aus dem Bett aufstehen zu können und was ihr dann helfen würde bzw. sie belasten würde. Ihre psychiatrienerfahrenen Freunde hingegen (diejenigen „hier drinnen“) würden diese Erfahrungen mit ihr teilen und wären daher in der Lage sie zu verstehen und zu unterstützen.

Dieses Phänomen eines gemeinsamen Wissens- und Erfahrungshorizonts, als hilfreicher *common sense* zur Unterstützung in gesundheitlich belastenden Situationen, zeigte sich demnach in zwei völlig unterschiedlichen Erhebungssituationen bei unterschiedlichen ProbandInnen. Soziale Unterstützung im sozialen Nahraum, auf Grundlage eines geteilten Verständnisses über Gesundheit und Krankheit, scheint demnach in einem besonderen Zusammenhang mit der individuellen Bewertung der Unterstützungsqualität zu stehen.

Darüber hinaus wurde der Körper als Medium gemeinsamer Alltagskonstruktionen von Gesundheit im Pretest im Jugendzentrum hervorgehoben. Bei den dort befragten „Break-Dancern“, spielte der eigene Körpereinsatz und die Ästhetik eine besondere Rolle bei Fragen nach dem gesundheitsbezogenen *Funktionieren* und *Präsentieren*. Auch Frau S. maß ihrem Körper (u.a. mit Blick auf beispielsweise selbst zugefügte Verletzungen) in der

<sup>22</sup> Die dargestellten Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Pretest entstammen einem Memo aus dem Juni 2013, das nach dem Pretestverfahren angefertigt wurde.

<sup>23</sup> Das Interview fand im Rahmen einer Studienexkursion der KatHO im SoSe 2013 in der stationären Psychiatrie statt. Das transkribierte Interview kann bei Bedarf ebenfalls bei der Autorin eingesehen werden.

Psychiatrie und ihrer ästhetischen Repräsentativität in der Öffentlichkeit eine spezifische Rolle bei. In der bereits thematisierten Untersuchung von Gesundheitsvorstellungen obdachloser Jugendlicher (→ siehe Flick/Röhnisch 2008) wurde das Aushalten von lebenslage-geschuldeten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die mitunter auch optisch erkennbar sind, ebenfalls als Stärke von den interviewten Jugendlichen beschrieben. Und auch der 13. KJB misst dem Körperkonzept Heranwachsender eine bedeutsame Rolle bei. Diesen Erkenntnissen geschuldet, folgte nach dem Pretest die Aufnahme einer Skala zur Messung der subjektiven Körperaufmerksamkeit Jugendlicher (vgl. Roth 2012). Anhand dieser Skala wurde ein psychologisch-phänomenologischer Teilbereich der Körpererfahrung, die emotional-affektive Leistungen Jugendlicher bzgl. ihres eigenen Körpers umfassen, ermittelt (vgl. ebenda).

#### 4.1.1.4 Hauptuntersuchung

Mit dem Anliegen, eine Untersuchungspopulation zu erreichen, die a.) unbelastete bzw. augenscheinlich gesunde Jugendliche und b.) einen Durchschnitt von Jugend repräsentiert, sollte die Untersuchung in Schulen durchgeführt werden. Der Schulbesuch ist für Jugendliche verpflichtend und diente daher zur Generierung einer mehr oder weniger natürlichen Stichprobe. Hierbei sollten ganze Schulklassen (Klumpenauswahl) als repräsentative Teilgruppen der Untersuchungspopulation dienen (vgl. Flick 2009). Die Kontaktaufnahme zu möglichen Haupt-, Realschulen und Gymnasien, im städtischen Bereich in Ostwestfalen, erfolgte über eine E-Mailanfrage an die jeweilige Schulleitung. Nach positiver Beteiligungsbekundung wurde i.d.R. an eine Kollegin/einen Kollegen aus der Lehrerschaft weitergeleitet. Für eine Zusammenarbeit konnten so insgesamt zwei Hauptschulen (HS), zwei Realschulen (RS) und ein Gymnasium (GY) gewonnen werden. Die jeweilige Anzahl von Fällen, hing von den schulischen Möglichkeiten ab und variierte daher sehr stark. In einigen Schulen konnten nur kleine Gruppen befragt werden (beispielsweise in einer Unterrichtseinheit zur Berufsvorbereitung auf der HS), in anderen ganze Jahrgänge (beispielsweise im GY). In die Analysen wurde diese Unwucht später einbezogen.

Die untersuchten Klassen der 9. und 10. Jahrgänge wurden im Klassenverbund interviewt.<sup>24</sup> Sie wiesen kein spezifisches Klassenkonzept (wie Sportklassen oder Integrationsklassen) auf. Die Auswahl dieser Jahrgänge beruht auf das Forschungsinteresse, möglichst Jugendliche zwischen 15/16 Jahren, im Übergang von der Sekundarstufe I zur Sekundarstufe II in das Sample einzubeziehen. Mit Blick auf Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung sowie die in dieser Lebensphase biopsychosozial wirksam werdenden Entwicklungsaufgaben, schien diese Alters-

<sup>24</sup> Die Fragen wurden von der Forscherin im Klassenverbund laut vorgelesen, während die UntersuchungsteilnehmerInnen ihre Antworten darin vermerkten. So wurde sichergestellt, dass Nachfragen gestellt, alle Fragebögen bis zum Ende ausgefüllt und im nahezu 100% Rücklauf wieder eingesammelt werden konnten.

spanne als besonders geeignet (vgl. Quenzel 2015; RKI 2007, 2013, 2014, 2015; WHO 2011). Die Auswahl von Schulklassen ohne spezifisches Klassenkonzept begründete sich in einer möglichst hohen Vergleichbarkeit der Untersuchungspopulation sowie der Reduktion möglichst vieler beeinflussender Indikatoren. Anhand dieser Vorbedingungen wurden von Juli 2013 bis November 2013 insgesamt 482 Jugendliche im Alter von 13 bis 21 Jahren (Durchschnittsalter 15 Jahre) in face-to-face Klasseninterviews, anhand des F-LGJ, von der Forscherin befragt. 20,7% des Samples besuchten zum Zeitpunkt der Erhebung die Hauptschule, 53% besuchten die Realschule und 26,2% das Gymnasium. Die Geschlechterverteilung erwies sich als homogen. 91% der Befragten gaben eine deutsche Staatsbürgerschaft an. Weitere Merkmale der Untersuchungspopulation werden im folgenden Kapitel der Ergebnispräsentation dargestellt.

Mit der Methode des face-to-face Interviews im Klassenverbund konnte ein sehr hoher Rücklauf von vielen vollständig ausgefüllten Fragebögen gelingen. Dies erweist sich im Forschungsalltag mit SelbstausfüllerInnen als teilweise äußerst kompliziert und zwar insbesondere wenn sich der Fragebogen als so umfangreich wie der F-LGJ darstellt (vgl. Flick 2009). Befragungen im Klassenverbund, bei denen die Fragebögen vorgelesen werden und Befragte nur noch ihre Einschätzung auf ihrem eigenen Fragebogen ankreuzen müssen, erweisen sich daher als wesentlich effizienter und effektiver. Die so durchgeführten Settings beliefen sich auf je zwei Schulstunden à 2x45 Minuten (i.d.R. ohne Pause). Die verantwortlichen LehrerInnen nahmen in einigen Fällen teil, verhielten sich aber durchweg passiv und bewahrten auch räumlich Abstand zu ihren SchülerInnen. Die einzelnen Fragen wurden von der Forscherin vorgelesen, während die befragten Jugendlichen ihre Antworten in ihrem eigenen Fragebogen ankreuzten. Nur in wenigen Fällen wurden die Fragebögen eigenständig und in Stillarbeit ausgefüllt. In allen Erhebungssituationen wurde das Angebot der Forscherin, bei Fragen zur Hilfe zu kommen, rege in Anspruch genommen. Zudem wurde in allen Klassen auf eine möglichst ähnliche Befragungssituation geachtet. In drei Biologiekursen wurden die Fragebögen nur verteilt und eigenständig von den Untersuchten ausgefüllt. Diese Bögen kamen nur zu ca. einem Drittel wieder zurück.

#### Typischer Ablauf der durchgeführten Erhebungs-Settings

1. Zu Beginn jeder Erhebung informierte die Forscherin über das Untersuchungsinteresse und den Kontext, in dem die Befragung stattfindet. Sie gab einen Einblick in ihr Forschungsinteresse sowie ihre aktuelle berufliche / wissenschaftliche Tätigkeit. Anschließend wurde der Datenschutz sowie die Freiwilligkeit der Teilnahme erläutert und auf die entsprechende Seite im Fragebogen verwiesen, auf der dies nachzulesen war. Es wurde auch explizit darauf hingewiesen, dass weder LehrerInnen noch Eltern oder Freunde über personenbezogene Daten informiert werden.
2. Die Befragung erfolgte immer in zwei Blöcken. Im ersten Block wurden die geschlossenen Fragen bis zum Freitextbereich („Gesundheit/Krankheit bedeutet für mich...“) vorgelesen

und von den Jugendlichen ausgefüllt. Die vier Satzergänzungen über eigene Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen (Seite 15 im Fragebogen), wurden dann in einer längeren Pause, in stiller Einzelarbeit, geschrieben. Nach dieser Pause folgte der zweite Block geschlossener Fragen wieder im face-to-face Interview durch die Forscherin.

3. Im Anschluss an die Befragung wurden die Fragebögen eingesammelt und in einen blickdichten Umschlag verpackt. Dem folgte eine abschließende Evaluation durch die Aufforderung „*Wie war das Ausfüllen des Fragebogens für euch?*“ Hierdurch wurden Folgediskussionen und Reflexionen über die eigene Gesundheit und den Umgang mit gesundheitsbezogenen Themen innerhalb der Klassen initiiert. Die befragten Jugendlichen berichteten häufig, sich zuvor noch nicht mit den Themen des Fragebogens beschäftigt zu haben, nun aber zum Nachdenken angeregt worden zu sein. Wie im Pretest wurde auch in der Hauptuntersuchung häufig hervorgehoben, dass die Befragten es als sehr wertschätzend empfanden, dass sich *...endlich mal jemand für ihre Meinung interessiere*. Auch herrschte ein reges Interesse an der Fragebogenkonstruktion, beispielsweise warum bestimmte Merkmale an verschiedener Stelle wiederholend erfragt wurden sowie eine starke Auseinandersetzung mit einzelnen Themen der Untersuchung wie Gesundheit oder Körperaufmerksamkeit. Zusammenfassend zeigte sich, dass die befragten Jugendlichen zum Nachdenken angeregt wurden und Auskünfte über ihr Leben und ihre Gesundheit gerne und bereitwillig gaben, mitunter sogar anmerkten durch die Untersuchung viel über sich gelernt zu haben.
4. Zum Abschluss konnten die befragten Jugendlichen eigene Fragen an die Forscherin richten. Dies wurde in einigen Fällen auch in Anspruch genommen.

Trotz zu voriger Testung des F-LGJ führten einige Fragen in der Erhebung zu Nachfragen. So war die Angabe der Anzahl von Freunden scheinbar missverständlich formuliert („Wie viele Freunde hast du?“). Die Frage ließ keine Rückschlüsse darauf zu, ob sie sich auf reale (in Person), mit denen man sich auch regelmäßig trifft, oder auch virtuelle Freunde bezieht (wie facebook-Freunde). Auch war es den teilnehmenden Jugendlichen nicht immer klar, wer genau zu ihren „Freunden“ hinzuzuzählen war; enge Freunde oder auch der weitere Bekanntenkreis. Ähnlich verhielt es sich mit einer Frage zum gesundheitlichen Risikoverhalten („Ich habe keinen Helm beim Fahrrad oder Inliner fahren aufgesetzt.“). Diese Frage wurde häufig missverständlich interpretiert (→ siehe Frageformulierung). Diese und ähnliche mögliche Missverständnisse wurden bei der Datenüberprüfung, -bereinigung und späteren Interpretation beachtet.

#### 4.1.1.5 Datenüberprüfung und -bereinigung

Die Dateneingabe der Ergebnisse aus der Untersuchung erfolgte in die Statistiksoftware SPSS von IBM. Insgesamt lag eine Bruttostichprobe von n=482 Fällen vor. Nach erfolgter Dateneingabe wurden die Variablen in, für die Analyse notwendige Werte, umkodiert. In einem

folgenden Schritt wurden die Daten der Erhebung systematisch auf Fehler in der Eingabe geprüft. Durch die Auszählung von Häufigkeitstabellen konnten hierbei z.B. Falscheingaben identifiziert und in der Datenmatrix als ‚missing values‘ umkodiert werden. Im Weiteren wurde der Fragebogen stichprobenartig bzgl. der Dateneingabe in Einzelfällen geprüft. In diesem Zusammenhang fiel ein eklatanter Kodierfehler bei der Erfassung des Familienklimas (V 60-80) auf, der dazu führte, dass die Items Nr. 60-63 in der Analyse nur als zusammengefasste Antwortkategorien „stimmt genau/eher“ und „stimmt weniger/gar nicht“ eingehen können.

Zur Identifikation extremer Werte und Fallausschlüsse wurden die Items anschließend auf extreme Ausreißer hin geprüft und ihrer Verteilung entsprechend als ‚missings‘ definiert (siehe Anhang). Die identifizierten Extremwerte können einerseits zur Verzerrung von statistischen Kennwerten und andererseits zu „Verletzungen von Voraussetzungen (führen), auf welchen die angemessene Anwendung von statistischen Auswertungsmethoden beruhen (...)“ (Treumann et al. 2007, 62) und sind daher möglichst zu minimieren. Grundlage der Identifikation von Ausreißern, die als ‚missing values‘ deklariert wurden, sind die Häufigkeitsauszählungen entsprechender Variablen. Hierbei wurde auf ihre Verteilung (min-max-Verhältnis) sowie die Angaben zu kumulierten Prozenten geachtet. Als weiterer Indikator wurden alltagspraktische Erklärungsansätze sowie Forschungsrelevanzen hinzugezogen. Beispielsweise fragten die Jugendlichen in der Erhebungssituation bei V 19 häufig, ob sie *facebook*- oder *echte* Freunde angeben sollten. Daher ist anzunehmen, dass unrealistisch hohe Werte aus Angaben zu facebook-Freunden resultieren könnten und sich weniger auf den realen Freundeskreis vor Ort beziehen. Die vorliegende Untersuchung interessiert jedoch weniger die Größe von sozialen Netzwerken Jugendlicher im Internet, sondern ihre selbst wahrgenommenen alltäglichen und sozial-interaktiven Beziehungsstrukturen im Freundeskreis. Unter ähnlicher Annahme wurden auch die Angaben zum Konsumverhalten und der sportlichen Ertüchtigung Jugendlicher relativiert. Hierbei stehen alltägliche Muster im Fokus der Betrachtung und weniger ein exzessiver Konsum oder die Sportlichkeit. Werte, die also einen gewissen Schwellwert nach den o.g. Kriterien überschritten, wurden als unrealistisch interpretiert und als ‚missings‘ umkodiert. Zur Identifikation von ganzen Fallausschlüssen wurden augenscheinlich auffällige Daten/Fragebögen detailliert betrachtet. Als Kriterien hierzu wurden beispielsweise unrealistische Zusammenhänge (wie Menstruationsbeschwerden männlicher Befragter) oder augenscheinlich systematisch ausgefüllte Fragebögen (beispielsweise nach optischem Muster) genutzt. Nach umfangreicher Fehlersuche konnten noch 458 Fälle in die Analyse eingehen.

#### 4.1.1.6 Datenanalyse

Die Auswertung der im F-LGJ erfassten Daten erfolgte wiederum anhand der Statistik-Software SPSS. Die offenen Freitextantworten wurden ebenso in SPSS übertragen und durch Extraktion, in die qualitative Datenanalysesoftware MaxQDA, kategoriebasiert-inhaltsanalytisch analysiert (vgl. Mayring 2010). So konnten in einem ersten deskriptiven Schritt die Daten a.) exploriert

und mit ähnlichen Untersuchungen verglichen und b.) erste Zusammenhänge (Korrelationen) identifiziert werden. In einem zweiten Schritt konnten mit multivariaten Analysemethoden c.) Skalen zur Erfassung multipler Merkmale geprüft (Reliabilitätsanalyse), d.) anhand der Hauptkomponentenanalyse zu erklärstarken Merkmalen reduziert, e.) Einflüsse mithilfe der Regressionsanalyse identifiziert und f.) mittels Clusteranalyse Gesundheitstypen gebildet werden.

Als Grundlage der Datenanalyse dienten die im F-LGJ erfassten Daten anhand verschiedener Variablen. Das Skalenniveau verwendeter Variablen bedingt dabei den Informationsgehalt und die Anwendbarkeit verschiedener Rechenoperationen (vgl. Backhaus et al. 2008, 2011). Auf dieser Grundlage wurden die Skalenniveaus in der Datenmatrix der vorliegenden Untersuchung in SPSS definiert bzw. den geplanten Rechenoperationen (falls erforderlich und möglich) entsprechend assimiliert (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Skalenniveau, Merkmal und mögliche Rechenoperationen in Anlehnung an Backhaus et al. 2008, 2011.

Skala	Skalenniveau	Merkmal des Skalenniveaus	Beispiel	Rechenoperationen
nichtmetrisch	nominal	Klassifizierung qualitativer Eigenschaftsausprägungen, die anhand von eindeutigen Zahlenwerten ausgedrückt werden.	Geschlecht (1=männlich und 2=weiblich)	Häufigkeitsauszählungen
	ordinal	Erlaubt die Aufstellung einer Rangordnung, die noch keine Aussage über die Abstände der Objekte zulässt.	wahrgenommener Schulstress (1=kaum, 2=ein wenig, 3=hoch)	Häufigkeitsauszählungen, Median, Quantil
metrisch	intervall	Weist gleichgroße Skalenabschnitte auf, bei denen auch die Differenz zwischen den Daten Informationsgehalt besitzt (ohne natürlichen Nullpunkt).	Celsius-Skala	Häufigkeitsauszählungen, Median, Quantil, Subtraktion, Mittelwert
	ratio(Verhältnis)	Annahme einer Intervallskalierung, bei der Ordinalskalen gleichgroße Skalenabschnitte unterstellt werden, um sie für arithmetische Operationen verwenden zu können (mit natürlichem Nullpunkt, im Sinne von „nicht vorhanden“).	Länge, Gewicht, Geschwindigkeit	Häufigkeitsauszählungen, Median, Quantil, Subtraktion, Mittelwert, Summe, Division, Multiplikation

Zur Deskription und Datenexploration wurden primär Häufigkeitsverteilungen, Kreuztabellen, Mittelwertvergleiche und bivariate Korrelationen berechnet. Die Analyse erfolgte ebenso mit der Statistiksoftware SPSS sowie – zur Analyse der Freitextantworten zu Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen – mit MaxQDA. Ist im folgenden Text von „statistisch signifikanten“ Ergebnissen die Rede, so beziehen sich die Angaben auf ein Signifikanzniveau von  $p \leq 0,001$ . Handelt es sich um ein davon abweichendes Niveau, so wird dies im Text kenntlich gemacht. Anliegen der deskriptiven Analyse und Datenexploration war es einerseits, die Untersuchungspopulation in ihren Merkmalsausprägungen und Häufigkeitsverteilungen zu ergründen und sie darüber hinaus mit als repräsentativ geltende Untersuchungen in Relation zu setzen. Hierbei stand zunächst im Vordergrund, anhand einzelner Vergleiche mit der

Jugendgesundheitsberichterstattung des Robert-Koch-Instituts (2007, 2013, 2014, 2015) und der deutschen Datenlage der „Health Behaviour in School-aged Children“-Untersuchung (vgl. WHO 2011, 2014), die Repräsentativität der Daten, als einen kleinen Ausschnitt für das interessierende Phänomen in der befragten Untersuchungspopulation, zu plausibilisieren. Insbesondere mit Blick auf das Geschlecht und Alter Befragter konnten so Zusammenhänge gefunden und im Vergleich mit den hinzugezogenen Daten diskutiert werden. Ferner wurden die Analysen mit quantitativen und qualitativen Erkenntnissen verschiedener Untersuchungen, auf die bereits im Theorieteil dieser Arbeit eingegangen wurde, verglichen. Bei der Analyse von explorativen Fragebogenitems/-skalen, die sich u.a. auf qualitativ gewonnene Erkenntnisse beziehen, wie den Freitextantworten zu Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen, konnten so weitere wichtige Hinweise zur Repräsentativität der Daten, für die untersuchte Population, gewonnen werden.

Zur Überprüfung von Zusammenhängen zwischen Variablen und kausalen Abhängigkeiten einer Variable, von einer oder mehreren anderen auf Grundlage sachlogischer oder theoretischer Vorüberlegungen, wurde das Strukturen-prüfende multivariate Analyseverfahren der Regressionsanalyse angewandt (vgl. Backhaus et al. 2008, 2011). Den Regressionsanalysen eilten bei den meisten Rechenoperationen, Hauptkomponentenanalysen zur Reduktion von Einzelitems auf erklärstarke Hauptkomponenten voraus, die darüber hinaus die Grundlage für ebenfalls explorative Clusteranalysen bildeten (vgl. ebenda).

#### *4.1.1.6.1 Hauptkomponenten-, Faktoren- und Reliabilitätsanalyse*

Ziel der Hauptkomponenten- (HKA) bzw. Faktorenanalysen (FKA) ist es, nicht alle möglichen Einflussgrößen einzeln beachten zu müssen, sondern Merkmale, die im F-LGJ anhand verschiedener Items erfasst wurden, auf komplexe und erklärstrake Hauptkomponenten bzw. Faktoren zu reduzieren (vgl. Backhaus et al. 2008, 2011). Gesundheit hat, so wie sie hier verstanden wird, verschiedene Dimensionen und lässt sich nicht durch ein einzelnes Item erfassen. Daher wurden verschiedene Fragen gestellt, die dann zusammen (Itemreduktion auf eine Dimension/Faktor) das gewünschte Konstrukt Gesundheit messen. Die HKA liefert eine Antwort darüber, inwieweit sich die Angaben von Befragten zu einem interessierenden Merkmal (beispielsweise physische Gesundheit) in ihrer Regelmäßigkeit zeigen und dementsprechend auch als ein Merkmal verstehen (vgl. Landhäußer/Ziegler 2011, 330). Antworten werden hierzu strukturiert und auf wenige inhaltlich und statistisch stimmige Dimensionen reduziert. Hierzu wurden zunächst Variablen, denen ein theoretischer Zusammenhang unterstellt werden kann, statistisch explorativ auf die Gültigkeit dieses Zusammenhangs hin geprüft. Grundlage der ersten Prüfung bildeten neben theoretischen und sachlogischen Vorannahmen entsprechende statistisch signifikante Korrelationen. Im Anschluss wurde die inhaltlich sinnvollste und zudem statistisch gültige Reduktion gewählt und auf ihre Güte hin geprüft. Hierzu diente insbesondere das Kaiser-Meyer-Olkin-Maß („measure of sampling

adequacy“; MSA) und das Maß Cronbach's  $\alpha$  (Reliabilitätsanalyse) (vgl. Backhaus et al. 2008, 2011). Das MSA-Kriterium zeigt an, in welchem Umfang die Ausgangsvariablen zusammengehören und dient so als Indikator dafür, ob eine FKA sinnvoll erscheint oder nicht. Das MSA-Kriterium erlaubt sowohl eine Beurteilung der Korrelationsmatrix insgesamt als auch einzelner Variablen untereinander. Der Wertebereich für das KMO-Maß liegt zwischen 0 und 1. Mit einem Wert von über 0,8 kann ein Hauptkomponentenmodell als „meritorious“ (verdienstvolles) Modell bezeichnet werden (Backhaus et al. 2011, 343). Dieses Modell wäre anhand der vorliegenden Korrelationsmatrix als durchweg geeignet zu bewerten, ein interessierendes Merkmal abzubilden. Alles unterhalb eines MSA-Wert von 0,6 ist als mittelmäßig (medicore) zu bezeichnen (ebenda). Diesem Güte- bzw. Qualitätsmaß folgend wurden die HK-Modelle geprüft und unter Hinzuziehen der sachlogischen Plausibilität gebildet. Neben dem MSA-Maß ist das Maß Cronbach's  $\alpha$  zur Bestimmung der Güte von HK hinzugezogen worden. Cronbach's  $\alpha$  ist ein wichtiger Kennwert zur Beurteilung der internen Konsistenz einer Skala und bezeichnet das Ausmaß, in dem die Fragen einer Skala miteinander in Beziehung zueinander stehen (inwieweit die verwendeten Items durchschnittlich miteinander korrelieren). Es ist das Maß der Genauigkeit, mit dem ein Merkmal, wie hier beispielsweise die biopsychosoziale Gesundheit befragter Jugendlicher, erfasst wird und liegt ebenfalls zwischen 0 und 1 (vgl. Brühl 2012). Werte über 0,7 oder 0,8 gelten als akzeptable  $\alpha$ -Werte, in psychologischen Testverfahren gelten auch Werte unter 0,7, aufgrund ihrer Diversität hier gemessener Merkmale noch als akzeptabel (Field 2009, 675). Hinzukommend hängt die Reliabilität einer Skala von den einfließenden Items ab. Je höher die Anzahl der verwendeten Items, desto höher auch der  $\alpha$ -Wert einer Skala (vgl. ebenda). Daher ist die Interpretation von  $\alpha$ -Werten immer mit Vorsicht zu genießen und niemals losgelöst von der Anzahl der verwendeten Variablen. In der vorliegenden Untersuchung galt dabei die Prämisse, nicht weniger als drei Items zur Messung eines Merkmals zu verwenden und die einfließenden Items immer zuerst auf ihren sachlogischen Zusammenhang hin zu prüfen. Die reduzierten HK's bildeten die Grundlage zur Berechnung von Skalenscores sowie weiteren den Zusammenhang prüfenden und entdeckenden Rechenoperationen. Während letztere primär auf Grundlage der z-standardisierten HK-Modelle analysiert wurden, dienten die Skalenscores der Untersuchungspopulation beschreibenden und vergleichenden Analyse. Hier erachten sich Realwerte, die nicht auf einen gemeinsamen 0-Punkt standardisiert wurden als sinnvoller, um Merkmalsausprägungen in ihrer empirischen Realität zu vergleichen.

#### 4.1.1.6.2 *Regressions- und Clusteranalysen*

In einem zweiten Schritt wurden Zusammenhänge, die bereits in uni- und bivariaten Analysen identifiziert werden konnten, vertiefend begutachtet. Hierzu diente insbesondere das Verfahren der multiplen linearen Regressionsanalyse, um Beziehungen zwischen einer abhängigen und einer oder mehreren unabhängigen Variablen (einflussnehmenden Variablen) zu analysieren

(vgl. Backhaus et al. 2011). Mithilfe der Regressionsanalyse können Zusammenhänge zwischen Phänomenen bestimmt und beschrieben ebenso wie Einflüsse bestimmter Werte prognostiziert werden, wenn sich die unabhängige(n) um eine Einheit verändert/n (vgl. ebenda). In einfacher Form bezieht sich dies auf den Zusammenhang einer unabhängigen (X) und einer abhängigen Variable (Y). In der multiplen Regressionsanalyse kann zudem ein Zusammenhang von mehreren Prädiktorvariablen (unabhängigen; X) und einer Kriteriumsvariable (abhängig; Y) bestimmt werden (vgl. Bortz/Schuster 2010). Hierdurch lassen sich Hypothesen prüfen, die sich auf einen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang ebendieser Variablen beziehen. Die Prädiktorvariablen – die unabhängigen – müssen dabei metrisch skaliert sein, können jedoch durch rechnerisches Geschick auch als dichotom-nominalskalierte oder ordinalskalierte Variablen in die Analyse eingehen (→ siehe Tabelle 9). Die Kriteriumsvariable – die abhängige – jedoch muss intervallskaliert sein (vgl. Bortz/Schuster 2010). Falls es sich bei dieser um eine nominalskalierte Variable handelt, wurde hingegen die logistische Regressionsanalyse angewendet.

Für die Berechnung der multiplen linearen Regressionsanalysen wurde eine Mindeststichprobe von  $n = 50+8k$  für den *optimalen fit* des Regressionsmodells und  $n = 104+k$  für den *optimalen Test* einzelner Prädiktoren in der Regressionsgleichung nicht unterschritten (Field 2009, 222). Die Analysen wurden in fünf Schritten durchgeführt: (1.) Modellformulierung, (2.) Schätzung der Regressionsfunktion, (3.) Prüfung dieser Schätzung, (4.) Prüfung der Regressionskoeffizienten und (5.) Prüfung von Modellprämissen (Backhaus et al. 2008, 2011, 52ff.).

1. Bei der Modellierung eines Regressionsmodells ist besonders darauf zu achten, dass ein vereinfachtes Abbild der sozialen Wirklichkeit durch Konzentration auf die besonders varianz- bzw. erklärungsstarken unabhängigen Variablen  $x_j$ , hergeleitet wird, inhaltliche Interpretationen als Grundlage der Auswahl der unabhängigen Variablen beachtet wurden und die Modellbildung dem Prinzip der Parsimonität (Einfachheit) folgt (vgl. Backhaus et al. 2008, 2011). Die Modellierung der berechneten Regressionen prüft Hypothesen, die einer Plausibilitätsprüfung standhalten müssen. Sie wurden anhand theoretischer und sachlogischer Vorüberlegungen hergeleitet. Diese Vorüberlegungen bildeten die Grundlage für forschungsleitende Hypothesen, die auf ihre statistische Signifikanz in ihrem Ursache-Wirkungs-Zusammenhang analysiert wurden.
2. In einem zweiten Schritt wurden die Regressionsfunktionen für die vorliegenden Modelle geschätzt. Dies erfolgte zunächst anhand der von SPSS berechneten Koeffizienten aufgestellter Regressionsmodelle sowie anschließenden grafischen Darstellungen, der empirischen Punkteverteilung im Streudiagramm, wodurch auf Grundlage der beobachteten Wertepaare der abhängigen und unabhängigen Variablen ein Ursache-Wirkungs-Zusammenhang abgebildet wird (vgl. Backhaus et al. 2008, 2011).
3. Die Prüfung der Regressionsfunktion, als Gütemaß eines soliden Regressionsmodells, wurde in zwei Schritten durchgeführt: erstens der (a.) globalen Prüfung der Regressions-

funktion und zweitens der (b.) Prüfung der Regressionskoeffizienten (vgl. Backhaus et al. 2008, 2011). Der erste Schritt wiederum gliedert sich in drei Bereiche, (1.) die Prüfung des Bestimmtheitsmaß, (2.) die F-Statistik und (3.) die Bestimmung des Standardfehlers. Erst wenn die Regressionsfunktion diese Prüfung bestand, folgte der zweite Schritt mit der Prüfung der (4.) t-Werte und (5.) der Beta-Werte.

a) Die globale Prüfung der Regressionsfunktion

**Das Bestimmtheitsmaß:** Das Bestimmtheitsmaß misst, auf Grundlage der Residualgrößen (Abweichungen zwischen den Beobachtungs- und Schätzwerten), die Güte der Anpassung einer Regressionsfunktion an die empirischen Daten (vgl. Backhaus et al. 2008, 2011). Die Schätzung von  $\hat{y}_k$  ist umso besser, je größer der Anteil der durch die unabhängige Variable erklärten Abweichung an der Gesamtabweichung bzw. desto geringer der Anteil der Restabweichung (die der Residuen) ist (vgl. ebenda). Der aus dieser Gleichung berechnete Wert wird mit  $R^2$  (dem Bestimmtheitsmaß) bezeichnet. Er bildet damit das Verhältnis von der erklärten Streuung zur Gesamtstreuung ab.  $R^2$  ist ein normierter Wert zwischen 0 und 1, der umso größer ist, je höher der Anteil der durch die unabhängigen Variablen erklärten Streuung an der Gesamtstreuung ist (ebenda, 66). In der multiplen linearen Regressionsanalyse wird  $R$  auch als multipler Regressionskoeffizient bezeichnet (vgl. ebenda). Bei der Interpretation von  $R^2$  ist zu beachten, dass das Bestimmtheitsmaß durch die Anzahl der, in das Regressionsmodell einfließenden, Variablen beeinflusst wird. Mit jedem hinzukommenden Regressor wird ein mehr oder weniger großer Erklärungsanteil hinzugefügt –  $R^2$  kann damit, mit hinzugefügten Regressoren, nicht abnehmen (vgl. ebenda). Diesen Einfluss beachtet das Korrigierte  $R^2$ , indem es die Freiheitsgrade (degree of freedom) in die Berechnung von  $R^2$  mit aufnimmt (vgl. ebenda). Das Korrigierte Bestimmtheitsmaß (Korrigiertes  $R^2$ ) kann damit auch, mit Hinzufügen weiterer Regressoren, abnehmen.

**Die F-Statistik:** Mit der F-Statistik soll der Frage nachgegangen werden, ob die erhobenen Daten Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit, also über die erhobene Stichprobe hinausgehend, zulassen (vgl. Backhaus et al. 2008, 2011). Daher geht in die F-Statistik, neben dem Bestimmtheitsmaß, das nur wenig Gewähr für die Gültigkeit eines Modells bietet, wenn die Stichprobe nicht umfangreich genug gewählt wurde, auch der Umfang der Stichprobe mit ein (vgl. ebenda). In der Regressionsanalyse nehmen einerseits die eingehenden unabhängigen Variablen  $x_j$  einen systematischen Einfluss auf  $Y$  und andererseits gibt es eine Zufallsgröße „ $u$ “, die ebenso Einfluss auf die abhängige Variable  $Y$  nimmt. Daraus ergibt sich ein stochastisches – Störgrößen integrierendes – Modell der Regressionsanalyse (ebenda, 69). Diese Störgröße, die nicht exakt bestimmbar ist, macht deutlich, dass es sich bei  $Y$  um einen Schätzwert ( $\hat{Y}$ ) handelt, der einem Fehlerterm „ $u$ “ unterliegt. Falls nun zwischen der abhängigen und den unabhängigen Variablen ein kausaler Zusammenhang bestehen sollte, müssten die

Regressionskoeffizienten ungleich Null sein ( $\rightarrow$  Prüfung durch die Nullhypothese) (vgl. Backhaus et al. 2008, 2011). Dies wurde anhand des F-Tests ermittelt (vgl. ebenda).

**Der Standardfehler der Schätzung:** Der Standardfehler ist ein weiteres wichtiges Gütemaß der multiplen linearen Regression. Er gibt an, welcher mittlere Fehler bei Verwendung der Regressionsfunktion, zur Schätzung der abhängigen Variable  $\hat{Y}$ , gemacht wird (vgl. Backhaus et al. 2008, 2011). Er soll im Regressionsmodell verhindern, dass betragsmäßig hohe Koeffizienten, durch eine hohe Kolinearität bzw. Multikolinearität zwischen mindestens zwei unabhängigen Variablen, als signifikant geschätzt werden (dieser Effekt wird größer bei kleineren Stichproben) (vgl. Urban/Mayerl 2011). Der Standardfehler bildet demnach einen Schätzwert für die Streuung der Stichprobenverteilung ab. Er wird aus der Formel für die Berechnung der Varianz abgeleitet, indem aus dieser Gleichung nun die Quadratwurzel gezogen wird. Was nun noch fehlt, um den Standardfehler zu berechnen, ist der Wert von „s“ (der Streuung). Indem in die Gleichung zur Berechnung der Streuung (s), die Gleichung zur Berechnung des Standardfehlers (SE) eingesetzt wird, kann ein Standardfehler von  $b$ , als Schätzwert für die Streuung von  $b$ , aus den empirischen Daten berechnet werden (vgl. ebenda).

b) Prüfung der Regressionskoeffizienten

**Der t-Test:** Ist das Regressionsmodell nach den Prüfschritten (1.) bis (3.) als grundsätzlich signifikant zu erachten, werden die einflussnehmenden Variablen anschließend anhand ihrer Regressionskoeffizienten durch (4.) den des t-Tests und (5.) die Prüfung der Beta-Werte in den Blick genommen (vgl. Field 2009; Backhaus et al. 2008, 2011).

**Die Beta-Werte:** Durch Bildung eines Konfidenzintervalls des Regressionskoeffizienten werden, in einem letzten Schritt, zur Prüfung der Regressionskoeffizienten, die Beta-Werte einzelner Koeffizienten geprüft. Dafür ist ein Konfidenzintervall für  $\beta_j$  zu bilden (vgl. Backhaus et al. 2008, 2011). Dieser wird mithilfe des SE berechnet (der von SPSS automatisch ausgegeben wird). Der Konfidenzintervall definiert den Bereich der Wahrscheinlichkeitsverteilung von  $b_j$ , in dem er mit einer gewissen Vertrauenswahrscheinlichkeit zu finden ist (vgl. Urban/Mayerl 2011). Mithilfe dieses Konfidenzintervalls kann ein Ergebnis wie folgt interpretiert werden: Mit einer Vertrauenswahrscheinlichkeit von 0,95 bzw. 0,99<sup>25</sup> liegt der wahre Regressionskoeffizient der unabhängigen Variable  $x_j$  zwischen den durch die Formel berechneten Beta-Werten. Je größer dabei das Konfidenzintervall ist, desto unsicherer ist die Schätzung der Steigung der Regressionsgeraden für die Grundgesamtheit (vgl. Backhaus et al. 2008, 2011).

---

<sup>25</sup> Aufgrund der Stichprobengröße wurde sich in der Untersuchung an einer Vertrauenswahrscheinlichkeit von 0,99 orientiert, um statistische Signifikanz abzubilden.

4. Prüfung der Modellprämissen – Bei einem Regressionsmodell handelt es sich um ein Schätzmodell, welches lediglich den Ursache-Wirkungs-Zusammenhang eines Ausschnitts der sozialen Wirklichkeit, durch systematische Einflussgrößen auf ein Phänomen und unter Berücksichtigung unbekannter Störgrößen, in vereinfachter Darstellung, abbildet. Die empirischen Daten bilden damit eine Stichprobe der möglichen Realisationen ab, das zudem Störgrößen als Zufallsgrößen integriert (vgl. Backhaus et al. 2008, 2011). Hieraus können Rückschlüsse auf Schätzwerte, über die erhobene Stichprobe hinaus, für die Grundgesamtheit erhalten werden. Daher obliegt die Analyse einer Regression grundlegenden Annahmen, deren Verletzungen Konsequenzen für die Güte des Modells bedeuten  $\hat{Y}$  und daher entsprechend Beachtung finden.

Abbildung 7: Annahmen des linearen Regressionsmodells

**Annahmen des linearen Regressionsmodells** (vgl. Backhaus et al. 2008, 2011):

- 1.) Das Modell ist linear in den Parametern  $\beta_0$  und  $\beta_j$ , es enthält die relevanten, erklärenden Variablen und die Zahl der zu schätzenden Parameter ist kleiner als die Zahl der empirischen Daten (Stichprobe).
- 2.) Die Störgrößen haben erwartungsgemäß den Wert Null.
- 3.) Es bestehen keine Korrelationen zwischen den erklärenden unabhängigen Variablen und der Störgröße.
- 4.) Die Störgrößen haben eine konstante Varianz (Homoskedastizität).
- 5.) Die Störgrößen sind unkorreliert.
- 6.) Zwischen den erklärenden, unabhängigen Variablen besteht keine Abhängigkeit.
- 7.) Die Störgrößen sind normal verteilt.

Alle Regressionsanalysen wurden anhand der Statistiksoftware SPSS berechnet. Diese erleichtert o.g. Rechenoperationen und stellt sie in anwenderfreundlicher Weise dar. Zum Verständnis und damit einer möglichst präzisen Interpretation der statistischen Daten war eine tiefere Auseinandersetzung mit den einzelnen statistischen Berechnungsschritten jedoch unvermeidbar. Die durchgeführten Rechenoperationen, zur Prüfung der forschungsleitenden Hypothesen, wurden diesem Anspruch folgend auf Grundlage der o.g. Schritte durchgeführt.

In der HKA werden Variablen inhaltlich auf eine Dimension strukturiert, sie bezieht sich dabei aber noch nicht darauf, inwiefern sich – unter den Befragten –, in der Verteilung des interessierenden Merkmals, Muster ausfindig machen lassen. Hierzu wurde die Clusteranalyse (CLA) hinzugezogen. Die CLA ist ein statistisches Verfahren zur Erkennung von Mustern und Klassifizierungen in einer bestimmten Untersuchungspopulation. Mit ihrer Hilfe können Typen gebildet werden (Cluster), die sich in ihren Ausprägungen bzgl. mehrerer interessierender Merkmale besonders ähneln bzw. in den Ausprägungen dieser Merkmale zwischen einander

besonders unterscheiden (vgl. Landhäußer/Ziegler 2011). Desto geringer die Unterschiede der zugrunde liegenden Merkmale innerhalb einer Gruppe (eines Typs/Clusters) und desto größer zwischen den Gruppen, desto trennschärfer können diese Gruppen abgebildet werden. Die CLA ermöglicht so die Identifikation gruppentypischer Muster der Verteilung eines interessierenden Untersuchungsgegenstandes, wie hier der Gesundheitseinschätzung befragter Jugendlicher. In der vorliegenden Untersuchung diente das entwickelte HK-Modell biopsychosozialer Gesundheit als Grundlage zur Bildung der statistischen Typologie. Anhand sechs verschiedener Dimensionen biopsychosozialer Gesundheit konnten so drei Gesundheitstypen identifiziert werden, die sich minimal innerhalb eines Typs und maximal zwischen den Typen unterscheiden. Die Generierung der Gesundheitstypen wurde zunächst anhand der hierarchischen Clusteranalyse mit der Ward-Methode durch die statistische Datenanalysesoftware SPSS durchgeführt, um eine möglichst optimale Fall- und Clusterauswahl zu generieren. Da die Merkmalsausprägungen der sechs Hauptkomponenten bereits intervallskaliert sind, wurde als Proximitätsmaß zwischen den Personenpaaren der Stichprobe und ihren Merkmalsausprägungen auf den sechs Hauptkomponenten, die euklidische Distanz gewählt (vgl. Backhaus et al. 2008, 2011; Treumann et al. 2007). Durch Quadrieren des Proximitätsmaß (euklidische Distanz) konnte ein Abstand ermittelt werden, der die kürzeste Entfernung zwischen zwei Punkten bei der Distanzberechnung stärker berücksichtigt (vgl. Brühl 2012). Statistisch folgt die Clusteranalyse der Maxime, möglichst große Ähnlichkeiten innerhalb eines Clusters (Homogenitätsprinzip) und möglichst hohe Differenz zwischen Fällen verschiedener Cluster (Heterogenitätsprinzip) herzustellen. Hierbei werden fortlaufend die beiden Cluster (beginnend mit dem ersten Fall bzw. Jugendlichen als ein Cluster für sich alleine), die die minimalste Erhöhung der Varianz im neuen Cluster erzeugen, fusioniert. Ziel des Verfahrens ist es, Homogenitätsverluste, also die möglichst ähnliche Konstitution eines Clusters bzgl. der interessierenden Merkmalsausprägungen subjektiver Gesundheit, durch Fusionierung zweier Cluster minimal zu halten (vgl. Treumann et al. 2007). In der hier verwendeten Ward-Methode werden dazu zunächst die Mittelwerte der Cluster, der sechs Hauptkomponenten aller enthaltenen Fälle, gebildet. In einem nächsten Schritt werden die quadrierten euklidischen Distanzen der einzelnen Fälle jedes Clusters zu diesem Clustermittelwert gebildet und aufsummiert. Diejenigen Cluster, die nun durch ihre Fusionierung den geringsten Zuwachs in der Gesamtsumme der Distanzen ergeben, werden zusammengefasst (vgl. Brühl 2012). Zudem verwendet diese Fusionierungsmethode nur Hauptkomponenten, die auf allen sechs Merkmalsausprägungen gültige Werte aufweisen. Hierdurch reduzierte sich die Stichprobe für die Clusteranalyse auf 394 Fälle, die aber so eine möglichst hohe empirische Genauigkeit aufweist. Anstatt fehlende Fälle hinzuzunehmen, ließen sich an dieser Stelle auch Mittelwerte fehlender Skalen automatisch berechnen, die mit recht hoher Wahrscheinlichkeit empirische Werte kaum verzerren würden. Sie würden aber dennoch nicht den empirischen Realwert, sondern nur einen Schätzwert abbilden. Demgegenüber stünde,

dass ebendiese Fälle, die fehlende Werte auf den Hauptkomponenten aufweisen, durch das Fehlen dieser Werte auf Besonderheiten hinweisen könnten, die nun der Analyse entnommen werden. Da sich das Erkenntnisinteresse dieser Untersuchung jedoch an Gesetzmäßigkeiten als typisch geltender Fälle orientiert, wurden die Mittelwerte der Hauptkomponenten nicht verwendet und stattdessen mit einem leichten Fallverlust in der Clusteranalyse weitergearbeitet.

Wie anfänglich bereits erwähnt, handelt es sich bei der hierarchischen Clusteranalyse um ein exploratives Verfahren, mit dem Fusionierungen von Clustern (Fällen) solange durchgeführt werden, bis letztendlich alle Fälle wieder zu einem Cluster vereint sind. Dies ist natürlich nicht die angestrebte Lösung, sondern eine möglichst präzise Gruppierung von Fällen, die sich innerhalb eines Clusters besonders ähnlich und im Vergleich zu den anderen Clustern zu den sechs Hauptkomponenten besonders unterschiedlich konstituieren. Um schlussendlich eine möglichst passgenaue Clusteranzahl zu identifizieren, bietet sich eine schrittweise Betrachtung der Koeffizienten, der einzelnen Cluster in der hierarchischen CLA, der durchgeführten Fusionierungsschritte an (vgl. Brühl 2012). In einer durch SPSS ausgegebenen Zuordnungsübersicht der Ward'schen-hierarchischen Clusteranalyse geben diese Koeffizienten an, wie sich das gewählte Abstandsmaß unter jeder neuen Fusionierung verändert. Eine sprunghafte Erhöhung des Proximitätsmaßes weist dann darauf hin, die Zusammenfassung zu neuen Clustern abubrechen, um nicht relativ weit voneinander entfernte Cluster weiter zusammenzuführen (vgl. ebenda). Darüber hinaus zeigte sich ein Fusionierungssprung, in grafischer Darstellung der Clustergerade, am Schwellwert von drei. Anhand dieser Vorgehensweise wurde ein drei-Cluster-Modell als günstigste Lösung identifiziert.<sup>26</sup> Hierbei ist, neben den statistischen Kennzahlen, die forschungsleitende Frage bzw. Hypothese wichtige Bezugsgröße. Die Bestimmung der Clusteranzahl kann je nach Forschungsinteresse variieren. Ist es beispielsweise Anliegen, minimale Detailunterschiede zu erkennen, so hätten sich ggf. auch mehr als drei Cluster angeboten. Im vorliegenden Interesse standen jedoch typische Unterschiede, die aufgrund der theoriegeleiteten Vorüberlegungen weniger differenziert sein sollten. Eine drei-Cluster-Lösung wurde daher als am sinnvollsten erachtet. Ausgehend von dieser Clusteranzahl wurde folgend eine iterative Clusterzentrenanalyse (nach dem k-Means Verfahren) durchgeführt. Dieses Verfahren erfordert die Eingabe einer vorher festgelegten Anzahl von Clustern, die im vorgeschalteten hierarchischen Verfahren identifiziert werden konnten. Mithilfe der Clusterzentrenanalyse werden nun Typen fusioniert, die sich in ihren Merkmalsausprägungen biopsychosozialer Gesundheit minimal unterscheiden und maximal zwischen den verschiedenen Typen. Die Kombination dieser Verfahren der Clusteranalyse hat sich in sozialwissenschaftlichen Typisierungsverfahren etabliert (vgl. Landhäußer/Ziegler 2011). Durch die Clusterzentrenanalyse konnte darüber hinaus im k-Means Verfahren für jeden

---

<sup>26</sup> Bei den 394 in die Clusteranalyse aufgenommen Fällen ließ sich im Übergang von Fall 391 auf Fall 392 ein Fusionierungssprung anhand des Koeffizienten identifizieren. Dies weist darauf hin, dass sich in diesem Fusionierungsschritt das Proximitätsmaß auffällig erhöht und damit auf die günstigste Clusterlösung von 394 Fällen - 391 = drei Cluster (vgl. Brühl 2012, 634).

Fall ein Proximitätsmaß (quadrierte euklidische Distanz) in SPSS ausgegeben werden. Dieses Proximitätsmaß bildet den Abstand eines Falls zum Clusterzentroid ab (dem Mittelpunkt). Fälle, die diesem Mittelpunkt besonders nahe liegen, weisen statistisch eine möglichst hohe Repräsentativität für das jeweilige Cluster auf. Sie können im statistischen Sinne als möglichst typisch für eines der identifizierten Cluster gelten. Anhand der Proximitätsmaße konnten im Folgenden prototypische VertreterInnen der drei Cluster identifiziert werden. Diese prototypischen VertreterInnen wurden für anschließende Gruppendiskussionen aus der Untersuchungspopulation extrahiert und im Frühjahr 2015 erneut kontaktiert.

#### **4.1.2 Part II: Gruppendiskussionen über Gesundheitsrepräsentation**

Im ersten Erhebungsverfahren standen Beschreibungen über Verteilungen, Zusammenhänge und Einflüsse auf das Merkmal subjektiver biopsychosozialer Gesundheit der Befragten und personalen sowie sozialen Ressourcen im Vordergrund. In einem zweiten Schritt interessierte nun, wie sich diese Merkmale und insbesondere Unterschiede und Ähnlichkeiten identifizierter Typen in ihrer Qualität konstituieren. Dies erforderte einen ergänzenden und verstehenden Zugang. Rekonstruktive Analysen sozial bedingter gesundheitlicher Ungerechtigkeit in der Jugendphase zeigen sich in der aktuellen Forschungslandschaft noch immer unterrepräsentiert; die vorhandenen Untersuchungen werden häufig eher statisch gedacht, wohingegen verstehende und sinnlogikaufdeckende Verfahren allem Anschein nach erst langsam Einzug in diese Forschungspraxis gewinnen (vgl. Bauer et al. 2008). Ein verbindender Ansatz hingegen, wie er hier Anwendung findet, sollte auch auf die Ebene gesellschaftlicher Struktur, kultur- und verhaltensbezogener Motivation und psychosozialer Individualität eingehen (vgl. ebenda). Eine solche Analyse verbindet indirekte und direkte gesundheitliche Gefährdungen mit individuellen und kontextuellen Faktoren in einem mehrdimensionalen Interaktionsmodell. Sie bezieht, im heuristisch orientierten Verstehensprozess, komplexe Zusammenhänge und Wirkmechanismen gesundheitlicher Ungerechtigkeit in der Lebenswelt Jugendlicher direkt aufeinander, um diese in ihrer Mehrdimensionalität möglichst facettenreich zu analysieren. Eine statistische Typologie kann Zusammenhänge, Unterschiede und Gemeinsamkeiten innerhalb der Untersuchungspopulation abbilden, nicht aber darüber aufklären, wie diese Unterschiede in der realen Lebenspraxis befragter Jugendlicher wirksam werden. Dafür wurde ein ergänzender und erweiternder qualitativ orientierter Zugang gewählt. In einer zweiten Forschungsphase wurden fokussierte Gruppendiskussionen „(...) to amplify and understand the findings from (the) survey“ (Robson 2006, 287), mit als prototypisch geltenden RepräsentantInnen der drei statistisch identifizierten Cluster, angeschlossen. Die Wahl der Stichprobe fiel auf DiskutantInnen, die in der Fragebogenuntersuchung als prototypisch für einen der drei Gesundheitstypen identifiziert werden konnten. Die Ermittlung dieser prototypischen Jugendlichen erfolgte anhand des Proximitätsmaß der quadrierten euklidischen Distanz, dem Abstand ihres Falls zum jeweiligen Clusterzentrum. Es ist davon auszugehen, dass Fälle, die

statistisch betrachtet nahe dem Clusterzentrum liegen, das je Typischste dieses Clusters zu repräsentieren vermögen. Eben diese Fälle konnten entsprechend als zugrunde liegende Heuristik für die Erkenntnisgewinnung der drei Typen biopsychosozialer Gesundheit in der Jugendphase gelten (vgl. Kluge/Kelle 2010). Ein besonderes Spezifikum dieses Vorgehens ist, dass das Sample eng am Forschungsinteresse orientiert, ausschließlich aus DiskutantInnen besteht, die in der vorangegangenen Untersuchung als besonders typische RepräsentantInnen für ihre Clustergruppe identifiziert wurden (vgl. Treumann et al. 2007; Treumann 2011). Einerseits verspricht dieses Vorgehen möglichst verallgemeinerungsfähige Aussagen über einen Typ treffen zu können und andererseits vermag es das Verständnis und die Beschreibung einer statistischen Typologie mit Leben zu füllen – in ihrer empirischen Wirklichkeit noch näher am Forschungsinteresse und Gegenstand orientiert zu analysieren. Für ein Sample für Gruppendiskussionen erweist es sich als besonders fruchtbar, Personen mit einem gemeinsamen konjunktiven Erfahrungsraum miteinander diskutieren zu lassen (vgl. Bohnsack 2014; Kruse 2014). Gemeinsame Erfahrungen, Vorstellungen und Einstellungen gelten als diskursförderlich und gehen mit höherer Wahrscheinlichkeit mit selbstläufigen Passagen einher, in denen ausdrucksstarke *Fokussierungsmetaphern* erzählt werden (vgl. ebenda). Diese Fokussierungsmetaphern zeichnen sich wiederum in besonderer Weise durch einen *gemeinsamen Rhythmus*, *hohen Detaillierungsgrad* und eine *ausgeprägte Bildhaftigkeit* in den Erzählungen Befragter aus (vgl. Bohnsack 2014). Sie können besonders prägnant kollektive Orientierungen im Diskurs zutage bringen und so das Typische von zugrunde liegender gesellschaftlicher Struktur, kultur- und verhaltensbezogener Motivation und psychosozialer Individualität, innerhalb der identifizierten Cluster abbilden. Sollte die statistische Typologie also auf kollektiven Erfahrungsräumen beruhen und die identifizierten Typen sich nicht nur in ihren statistischen Merkmalsausprägungen, sondern auch kollektiven Deutungsmustern voneinander unterscheiden, so müsste sich dies auch in den Gruppendiskussionen auffinden lassen. Die Gruppendiskussionen dienen also dazu, die Erkenntnisse der vorangegangenen Untersuchung aus neuer Perspektive zu validieren. Zielführend waren folgende Fragestellungen:

1. Wie beschreiben die DiskutantInnen in der Gruppendiskussion (ihre eigene) Gesundheit und inwieweit lassen sich darin als *typisch* zu verstehende Aspekte von Alltagskonstruktionen von Gesundheit für den jeweiligen Typ finden?
  - ➔ Zur Analyse dieser ersten Frage kommt den Anfangssequenzen sowie Vertiefungs- und Fokussierungsphasen der Gruppendiskussionen eine besondere Bedeutung zu. Die Erzählaufforderung aller Gruppendiskussions-Settings ist bewusst im gleichen Wortlaut gewählt worden. Wie der gesetzte Stimuli aufgefasst und darauf reagiert wird, kann bereits einen wesentlichen Hinweis auf ein kollektives Verständnis von Gesundheit geben. In ähnlichem Maße kann dies in stark selbstläufigen Diskurspassagen mit intensiven Fokussierungsmetaphern gefunden werden.

2. Wie gehen die DiskutantInnen mit lebensphasentypischen Bewältigungsanforderungen um und inwieweit werden diese als Last oder Beeinträchtigung wahrgenommen?

➔ Inwieweit unterscheiden sich DiskutantInnen der drei Typen in alltäglich Handlungsmotiven sowie -strategien, um auf ihre Gesundheit Einfluss auszuüben?

Ausgehend davon, dass kollektive Orientierungen und Wissensbestände nicht erst im Diskurs entstehen, sondern durch ihn lediglich hervorgebracht werden (vgl. Przyborsky/Wohlrab-Sahr 2014), kann davon ausgegangen werden, dass subjektorientierte Alltagskonstruktionen von Gesundheit und Krankheit, in einer Art verbindend-sinnstiftender psychosomatischer Kultur (Boltanski 1976), DiskutantInnen eines Typs miteinander verbindet. Sie weisen einen ähnlich konstruierten Habitus auf (vgl. Bohnsack 2014), der sich losgelöst von den eigentlichen DiskutantInnen als gemeinsamer sinnstiftender Deutungszusammenhang herausbildet (vgl. Przyborsky/Wohlrab-Sahr 2014). Dieser konjunktive Erfahrungsraum vereint Jugendliche einer gemeinsamen Wissens- und Umgangskultur von Gesundheit miteinander und unterscheidet sich in Form typischer Muster von Jugendlichen einer differenten psychosomatischen Kultur.

Die fokussierten Gruppendiskussionen mit prototypischen VertreterInnen der drei statistisch identifizierten Gesundheitstypen fanden auf Grundlage dreier Annahmen statt:

#### 1) Gesundheit verstehen

Gesundheit ist ein subjektives Phänomen, das zwar auf Wissen über allgemeine Gesetzmäßigkeiten basiert, sich jedoch in je individuellen Alltagskonstruktionen, als ein „(...) Bestandteil an tagtäglichem Wissen, auf dessen Grundlage die gesellschaftliche Wirklichkeit erfahren wird (...)“ (Schütze 1973, 16) herausbildet. Gesundheit in der Jugendphase zu verstehen erfordert Fremdverstehen (vgl. Kruse 2014). Erst im interpretativen Versuch Alltagskonstruktionen von Gesundheit Jugendlicher selbst zu verstehen, kann es gelingen, *typische* gesundheitsbezogene Motive inhaltlich zu verstehen, um so Rückschlüsse auf spezifische Handlungsstrategien eines Typs zu erhalten. Gesundheit von Jugendlichen zu verstehen bedeutet nicht lediglich die Ebene kommunikativ-kognitiver Explikation von Gesundheit zu erfassen, sondern darüber hinaus den subtil dahinter liegenden Sinn gesundheitsbezogener Handlungspraxis zu verstehen. Im Gruppendiskussionsverfahren kann Handlungspraxis zwar nicht in realer Form beobachtet werden, das Verfahren eignet sich aber in besonderem Maße um, hinter Handlungspraxis verborgene, gemeinsame und verbindende Motive zu analysieren. Darüber hinaus zeichnet sich das Gruppendiskussionsverfahren darin aus, dass dort in kommunikativen Passagen, in denen Gemeinsamkeiten zwischen den DiskutantInnen deutlich werden, hoch detaillierte Beschreibungen dieser Gemeinsamkeiten zutage kommen können (Fokussierungsmetaphern). In dieser Form der Selbstläufigkeit von Kommunikation kann es gelingen, dass das Forschungssetting weitestgehend in den Hintergrund gerät, DiskutantInnen eigene Relevanzen setzen und so soziale Repräsentationen von Gesundheit, Gesundheitsmotiven

und Handlungsstrategien hervorgebracht und beobachtbar werden (vgl. Bohnsack et al. 2010). Diese Passagen können einen sinnverstehenden Zugang von persönlichen und gesellschaftlichen Bedingungen jugendlicher Gesundheitstypen befördern. Sie dienen sozusagen als Mediator, um Interpretationen von Gesundheit in ihrer individuellen Wirksamkeitswerdung bei VertreterInnen unterschiedlicher Typen, ihren spezifischen Handlungsweisen, Wünschen, Bedürfnissen, Problemen und Interessen, besser zu verstehen und so einen Einblick in die individuelle Gestaltung und Realisierung von Lebens- und Gesundheitspraxen Jugendlicher zu ermöglichen (vgl. Scherr 1997).

## 2) Sprache als Medium

Die menschliche Sprache ist wesentliches Medium, sich in interaktiven Prozessen über einen gemeinsamen Konsens zu verständigen und trägt damit wesentlich zur Konstruktion von Gesundheit im alltäglichen kollektiven Aushandeln innerhalb sozialer Gruppen bei. Sprachliche Äußerungen konstituieren sich dabei doppelt, in einer (1) situativ-kontextuellen sowie einer (2) begrifflich-referentiellen Dimension, die zudem unmittelbar aufeinander Bezug nehmen (vgl. Kruse 2014).

**(1)** Die Bedeutung des Begriffs Gesundheit ist nur im situativen Verwendungskontext verstehbar und kann so auch nur im Kontext einer lebendigen, kommunikativen Szene plausibilisiert werden. „Das ist ja krank“ beispielsweise bedeutet nicht immer, dass es sich um eine Erkrankung im medizinisch-wörtlichen Sinn handelt. Dieser Ausdruck kann sich ebenso auf eine wertende Situationseinschätzung, die erst in ihrem kommunikativen Zusammenhang mit Sinn gefüllt wird, beziehen.

**(2)** Die Bedeutung von Begriffen wird erst in einem semantischen Netzwerk, mit denen sie in Relation stehen, verständlich. Gesundheit wird sprachlich in einem generellen, allgemein üblichen Sprachgebrauch verwendet und ist aber gleichzeitig mit einem konjunktiven Sinn behaftet. Medizinisch könnte man unterstellen, liegen einigermaßen konsensfähige Konzepte von Gesundheit vor. Auf der subjektiv wirksam werdenden Ebene hingegen differieren diese stark. Der Begriff Gesundheit wird im individuellen ebenso wie sozialen Sprachgebrauch mit spezifischen Merkmalen, Erfahrungen und Gefühlen in Verbindung gebracht. Diese emotional-verbindende Ebene von Gesundheitskognitionen wiederum hängt eng mit einem konstruierten Verständnis von Gesundheit zusammen, das sich mitunter in ganzen Gemeinschaften wiederfinden lässt.

## 3) Einen Konsens über Gesundheit finden

Auf die Frage danach, was für einen selbst Gesundheit ist, können sicherlich vielfältige und differenzierte Beschreibungen gefunden werden. Die subjektiven Vorstellungen von Gesundheit einzelner Menschen unterscheiden sich in verschiedenen, sehr spezifischen Details. Einige wesentliche Charakteristika lassen sich aber wiederkehrend finden und

gelten als eher Sinn-verbindende Alltagskonstruktionen, die über eine rein subjektive Ebene hinausgehen und ganze Gemeinschaften miteinander in einem konjunktiven Erfahrungshorizont vereinen. Beispielsweise werden Beschreibungen von Gesundheit als ein psychisches Wohlbefinden, die Abwesenheit von Krankheit, Leistungsfähigkeit oder physischen Indikatoren immer wieder als Kernkategorien hervorgehoben (vgl. Faltermaier 2010a; Faltermaier/Brütt 2013). Gesundheit wird in individueller Deutung verstanden, die zugleich einzelne MitgliederInnen eines Milieus miteinander zu verbinden scheint bzw. bei denen sich MitgliederInnen einer bestimmten Gruppe einig sind. Dies zeigt sich beispielsweise in besonders gesundheitsbewussten Gruppen, die sich über eine gemeinsame Handlungspraxis (beispielsweise besonders gesunde Ernährung) von anderen Gruppen unterscheiden oder in gesundheitlich benachteiligten Gruppen, die sich mitunter mit ihrer gesundheitlich prekären Lage abfinden und diese als „normal“ plausibilisieren.

Auf Grundlage dieser Annahmen wurden im Mai 2015 insgesamt sechs Gruppendiskussionen mit je drei bis vier VertreterInnen der drei statistisch rekonstruierten Gesundheitstypen durchgeführt. Die DiskutantInnen einer Gruppe sollten als VertreterInnen eines Typs, das je Typische ihrer Gruppe repräsentieren (vgl. Kelle/Kluge 2010). Die DiskutantInnen sollten sich ferner aus einer möglichst natürlichen Gruppe zusammensetzen (vgl. Bohnsack 2014) und demnach wenn möglich der gleichen Schule entstammen und in einer Jahrgangsstufe sein. Hierdurch schrumpfte das Sample in Real- und Hauptschulen deutlich. Die längste schulische Verweildauer weisen Jugendliche auf dem Gymnasium auf. Zudem konnte nicht davon ausgegangen werden, dass alle Fälle auch wieder identifiziert (die Angabe eines Synonyms erfolgte freiwillig) und gefunden werden konnten. Daher war eine potenzielle Untersuchungspopulation, aus einer der Schulen möglichst groß zu wählen. Darüber hinaus war die Kooperationsbereitschaft beteiligter Schulen eine wichtige Grundlage der ohnehin komplexen Re-Identifikation von Fällen. Unter Berücksichtigung dieser Kriterien entstammte die wieder zu findende Untersuchungspopulation einem Gymnasium, umfasste Jugendliche der 11. Jahrgangsstufe und wurde anhand ihres Proximitätsmaßes ausgewählt. Die DiskutantInnen wurden zum Erhebungszeitpunkt im Jahr 2015 bereits im Kurssystem unterrichtet. Sie verband nicht zwingend der Besuch der gleichen Klasse, obwohl einige eine gemeinsame Vergangenheit in einer Schulklasse teilten. Es gab aber auch DiskutantInnen, die erst zur Oberstufe auf das Gymnasium gewechselt waren und ursprünglich von einer Realschule stammten. Anhand des statistical sampling und der engagierten Unterstützung von Lehrkräften konnte folgende Untersuchungspopulation für die Gruppendiskussionen (wieder)gefunden werden:

Tabelle 10: TeilnehmerInnen an den Gruppendiskussionen mit prototypischen RepräsentantInnen der drei Gesundheitstypen.

<b>Gruppendiskussion 01_1 und 01_2 mit Typ I: Der funktional-leistungsorientierte Gesundheitstyp</b> n=176; Statistik des Proximitätsmaß: MW 1,93, min. 0,86, max. 3,79, sd 0,572			
Name <sup>27</sup>	Alter	Proximitätsmaß	Bemerkungen
Susi	17	1,1	Nahm nur an der zweiten Gruppendiskussion teil, da sie am ersten Termin erkrankt war.
Lara	18	1,52	Fehlte krankheitsbedingt in der zweiten Gruppendiskussion.
Andrea	17	1,08	Zeichnete sich als Vielrednerin aus und zeigte sich als besonders prototypisch für funktional-leistungsorientierte DiskutantInnen in der Gruppendiskussion.
Leo	17	2,23	Übernahm die Rolle des informellen Moderators in der Gruppendiskussion.
<b>Gruppendiskussion 02_1 mit Typ II: Der ausgleichs-balanceorientierte Gesundheitstyp</b> n= 101; Statistik des Proximitätsmaß: MW 2,12, min. 0,9, max. 4,19, sd 0,658			
Name	Alter	Proximitätsmaß	Bemerkungen
Manuela	17	1,56	Manuela ist dem Typ I zugehörig. Durch einen Zuordnungsfehler bei der Planung der Gruppendiskussionen ist sie versehentlich in die zweite Gruppe gekommen.
Nadine	17	1,26	Zeigte besonders charakteristische Merkmale für den Typen der ausgleichs- und balanceorientierten DiskutantInnen in der Gruppendiskussion.
Sarah	17	2,05	
Torben	17	2,19	
<b>Gruppendiskussion 03_1 mit Typ III: Der reaktiv-ausgleichende Gesundheitstyp</b> n= 117; Statistik des Proximitätsmaß: MW 2,28, min. 0,79, max. 4,3, sd 0,691			
Name	Alter	Proximitätsmaß	Bemerkungen
Jan	17	1,3	Jan, Alena und Sandra verbinden viele gemeinsame Erfahrungen miteinander. Sie haben zeitweilig die gleiche Klasse besucht und verbringen auch ihre Freizeit zuweilen gemeinsam.
Alena	17	1,6	
Sandra	17	2,48	
Lena	18	1,47	Lena und Jan können als die prototypischsten VertreterInnen dieses Gesundheitstypen - auch im Diskurs verstanden werden.

Die Datenerhebung fand im Mai 2015 knapp zwei Jahre nach der Fragebogenuntersuchung statt. Insgesamt waren drei Gruppendiskussionen, an drei Tagen, in jeweils zwei Schulstunden geplant (je 90 Minuten). Die DiskutantInnen konnten durch engagierte mithilfe einer Lehrkraft re-identifiziert und persönlich über ihre Bereitschaft, der Teilnahme an einer fokussierten Gruppendiskussion, von der Lehrkraft angesprochen werden. Sie erhielten von der Lehrkraft einen Termin für die Gruppendiskussion und konnten dann freiwillig entscheiden, ob sie am Unterricht oder der Diskussion teilnehmen. Die Gruppendiskussionen wurden in einem Besprechungszimmer in der Schule, das üblicherweise als Aufenthaltsraum für Referendare genutzt wird, durchgeführt. Zu diesem Raum haben die Jugendlichen i.d.R. keinen Zugang. Er unterscheidet sich in seiner alltäglichen Nutzung sowie räumlichen Ausgestaltung von einem regulären Klassenzimmer und wurde daher als möglichst neutraler Ort innerhalb der Schule für die Settings genutzt. Ein Treffen außerhalb der Schule hätte sich a.) schlechter am Lehrplan orientieren können und b.) mit größerer Wahrscheinlichkeit zu mehr Verlusten in der Untersuchungspopulation geführt. In der Mitte des Raumes befand sich ein großer Gruppentisch an dem die TeilnehmerInnen sitzen konnten. Kekse und Getränke wurden bereitgestellt und die

<sup>27</sup> Die Namen wurden anonymisiert und die Altersangaben beziehen sich auf den Untersuchungszeitpunkt im Frühjahr 2015.

teilnehmenden DiskutantInnen konnten sich ihren Platz am Tisch selbst wählen. Grundsätzlich galt es, die Gesprächsstruktur möglichst wenig zu lenken (vgl. Bohnsack et al. 2010). Zu Beginn der Settings signalisierte die Forscherin daher kommunikativ und nonverbal eine hohe Aufmerksamkeit und Interesse an den Teilnehmenden, um sie zur Diskussion einzuladen, zog sich aber, sobald die DiskutantInnen „ins Reden kamen“, deutlich aus dem Geschehen zurück. Nach anfänglicher Unsicherheit konnten sich die diskutierenden Jugendlichen mit ihrer Passivität arrangieren und konzentrierten sich auf ihr Gespräch untereinander. In einigen Fällen kamen ihrerseits Nachfragen, wenn die Diskussion abebbte, ob nun nicht ein neuer „Impuls“ der Forscherin kommen könnte. Die Gruppendiskussionen endeten alle durch das Ende einer Schulstunde. Inhaltlich waren sie an diesem Punkt jedoch noch nicht beendet, sodass mit jeder Gruppe ein zweites Treffen verabredet wurde. Die zweiten Treffen fanden außerhalb des regulären Unterrichts statt, wohl aber in dem schulinternen Besprechungszimmer und in einer Situation auch auf dem Schulhof. Die dargestellten Ergebnisse aus den Gruppendiskussionen beruhen primär auf den je zuerst durchgeführten Settings. Aus diesen konnten sich, für hiesiges Forschungsinteresse, wichtige Erkenntnisse zur Konstitution der Gesundheitstypen generieren lassen. Die zweiten Settings waren typen-spezifischer in ihrer inhaltlich-thematischen Ausrichtung und können so vertiefenden Analysen weiterhin dienlich sein.

In der vorliegenden Untersuchung wird der Termini *fokussierter Gruppendiskussionen* verwendet. Die Settings sind auf ein spezifisches Thema fokussiert, das als Diskussionsimpuls den Einstieg in die Gruppendiskussion organisiert (vgl. Kruse 2014; Robson 2006). Dieser Fokus bzw. diese Themenzentrierung soll initiierend wirken, um das kollektiv Unbewusste und Alltagsbewusste der Gruppe über Gesundheit hervor zu bringen (vgl. ebenda). Zielführend ist dabei die Initialisierung eines möglichst selbstläufigen Diskurses, der sich nach einem fokussierten Grundreiz möglichst autonom entwickeln sollte. Hierzu wurde die Moderation auf ein Minimum zurückgefahren und nach dem einführenden Grundreiz primär dem Verlauf der Diskussion gefolgt. DiskutantInnen sollten dadurch dazu ermutigt werden, in möglichst selbstständig organisierten Erzählpassagen ihr Verständnis von Gesundheit in ihren Worten zu beschreiben. In gelungenen Phasen eines selbstläufigen Diskurses können so gemeinsame Erfahrungsräume aufgedeckt und detailreich expliziert werden (vgl. Bohnsack et al 2010; Bohnsack 2014; Przyborsky/Wohlrab-Sahr 2014). Diese Fokussierungsphasen ließen einen besonderen Einblick in die kollektiven Orientierungen einzelner Typen von Gesundheit zu. Die fokussierten Passagen der Diskussion bildeten wesentliche Schlüsselsequenzen für die spätere Analyse.

#### Typischer Ablauf der durchgeführten Gruppendiskussionen

Vor Beginn jeder Gruppendiskussion begrüßte die Forscherin die beteiligten Jugendlichen und dankte ihnen zu ihrer Teilnahme. Sie klärte die teilnehmenden Jugendlichen über Freiwilligkeit und Datenschutz auf und bat um ihre Zustimmung der digitalen Audioaufnahme. Anschließend

wurde das Verfahren erläutert und verdeutlicht, dass von einer Strukturierung des Gesprächs abgesehen wird. Daran anknüpfend leitete die Forscherin in die Thematik ein. Da die Gruppendiskussionen mit Jugendlichen durchgeführt wurden, die bereits an der Fragebogenerhebung teilgenommen hatten, war für die Beteiligten klar, dass das Interesse der Untersuchung der Gesundheit galt. Die Forscherin betonte dazu, dass es ihr bei dieser Frage darum ginge, herauszufinden, wie sie als Jugendliche selbst Gesundheit beschreiben und welche Erfahrungen sie damit selbst gemacht haben. Zudem versuchte sie sprachlich ein Gemeinschaftsgefühl unter den DiskutantInnen zu befördern, indem sie das gemeinsame Merkmal „Jugend“ der DiskutantInnen hervorhob. Die DiskutantInnen schrieben ihre Namen auf Karteikarten und stellten sich mit Angaben zum Alter und Hobby oder Leidenschaft vor. Erst daran anschließend erfolgte der Grundreiz zur Einführung der Gruppendiskussion<sup>28</sup> - „Sagt mal, lebt ihr gesund?“. Dieser Grundreiz wurde so gewählt, dass die DiskutantInnen ermutigt wurden, ihre eigene Gegenstandsbestimmung von- und ihre eigenen Erfahrungen mit Gesundheit in die Diskussion einzubringen. Er sollte möglichst frei von vorweggenommenen Definitionen sein, damit ein möglichst großer Raum zur Setzung eigener Relevanzen eröffnet wird. Dennoch handelte es sich, dem Forschungsinteresse geschuldet, um einen fokussierten Grundreiz, der den Fokus der Diskussion auf das Thema Gesundheit setzt. Reichte dieser Grundreiz noch nicht aus, um das Gespräch zu initialisieren, folgte eine weitere Erzählaufforderung: „Bitte erzählt mal, was gesund leben für euch bedeutet?“. Nach diesem Grundreiz wurde die Diskussion, auch bei Pausen, nicht mehr unterbrochen. Durch konsequente Zurückhaltung gelang es gut und schnell, einen selbstläufigen Diskurs unter den teilnehmenden Jugendlichen anzuregen. Nach kurzer Zeit erwarteten die DiskutantInnen so keine Gesprächsgestaltung durch die Forscherin mehr, sondern übernahmen selbst die Moderation, indem sie in manchen Fällen sogar *wenig-Redner* ermunterten oder im Diskurs einen Konsens darüber fanden, worüber sie eigentlich sprechen (wollen) würden. Endete der selbstläufige Diskurs, wurde dies i.d.R. selbst durch die DiskutantInnen wahrgenommen, thematisiert und die Forscherin zu einer neuen Frage aufgefordert. In dem sich anschließenden immanenten Nachfrageteil ging die Forscherin auf Themen ein, die im ersten Teil von den Jugendlichen selbst angesprochen wurden. Hierzu fragte sie beispielsweise: „Ihr habt das Thema XY angesprochen, könnt ihr ...

- ... mir etwas mehr dazu erzählen?“
- ... mir eine Situation erzählen, in der ihr das erlebt habt?“

Anschließend konnte in einigen Fällen, wenn noch nicht zuvor erfolgt, vertiefend auf eine spezifische Situation eingegangen werden: „Bitte erzählt mal, wie war das damals in der Situation XY, könnt ihr mir dazu noch ein Beispiel erzählen, damit ich diese Situation besser verstehe?“. Erst nach Abschluss des immanenten Nachfrageteils folgten exmanente Fragen.

---

<sup>28</sup> Der Leitfaden für die Gruppendiskussionen befindet sich im Anhang. Die Fragen in den ersten Gruppendiskussionssettings, auf deren Basis sich die hiesigen Forschungsergebnisse primär beziehen, gingen über den exmanenten Nachfrageteil nicht hinaus.

Der Leitfaden der fokussierten Gruppendiskussionen diente einer Themenorientierung und konnte, je nach dem inwieweit sich die DiskutantInnen auf einen selbstläufigen Diskurs einließen, dosiert Einsatz finden. Er diente der Diskursaufrechterhaltung und weniger einer Steuerung. Zielführend bei allen durchgeführten Settings blieb es, möglichst selbstläufige Passagen zu initialisieren, die einen Einblick in den konjunktiven Erfahrungshorizont der DiskutantInnen zulassen.

In den meisten Situationen wurden die Diskussionen durch das Ende der Schulstunde eingeläutet. Jedes Setting dauerte so ca. 90 Minuten. Lediglich in einem Fall musste das Setting bereits nach 45 Min. unterbrochen werden. Diese zeitliche Limitierung initiierte also auch das Einleiten der Endphase von Diskussionssettings durch die Forscherin. In dieser letzten Sequenz wurden eingebrachte Themen reflektiert, Differenzen angesprochen oder ein weiterer Gesprächsbedarf der DiskutantInnen dargelegt. Wurden diese Endmarkierungen hinreichend behandelt, wurde die Gruppe bezüglich ihres Verbundes (real oder lose) befragt und ihre schriftliche Einwilligungserklärung<sup>29</sup>, zur Verwendung ihrer Daten, eingeholt sowie Folgetermine verabredet.

Im Anschluss an jede erfolgte Gruppendiskussion wurden Memos und ersten Globalanalysen verfasst.<sup>30</sup> Sie sind in chronologischer Reihenfolge erfolgt und nicht pro jeweiliger Gruppenzugehörigkeit, sodass sie den Verlauf der zweiten Unterhebungsphase in ihrem zeitlich korrekten Ablauf dokumentieren. In diesen Aufzeichnungen wurden bereits erste Hypothesen über die Konstitution der jeweiligen Typen vermerkt (vgl. Rosenthal 2008). Diese erste Hypothesenbildung diente u.a. den jeweils angeschlossenen zweiten Folgegesprächen, der späteren Auswahl von Analysepassagen und der Eingrenzung zu transkribierender Audiodaten. Im Ergebnis erfolgte eine komplette Transkription der je ersten Settings von allen drei geführten Gruppendiskussionen sowie eine Transkription ausgewählter Passagen der je zweiten. Die Transkription<sup>31</sup> erfolgte mit der Transkriptionssoftware f4.<sup>32</sup> Auch die Datenanalyse der Memos, Transkripte und Audiodateien erfolgte mit dieser Software (f4-Analyse). Diese Software verfügt über ähnliche Möglichkeiten der Erstellung von Codes und Zuordnung von Textpassagen zu diesen Codes sowie der Analyse von Verteilungen von Codings in empirischen Projekten, wie MaxQDA, ist aber entgegen MaxQDA kompatibel in der Anwendung auf dem Betriebssystem Macintosh. Die softwaregestützte Datenanalyse orientierte sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (vgl. ebenda 2014). Im Fokus stand hierbei, die statistisch rekonstruierten Typen mit „Leben zu füllen“ und so ihren empirischen Gehalt, in enger Triangulation qualitativ und quantitativ gewonnener Daten, zu verdichten. Gemäß dem Vorgehen qualitativer Inhaltsanalysen folgte die Analyse der

---

<sup>29</sup> Die Datenschutz- und Einwilligungserklärungen werden von der Forscherin verwahrt.

<sup>30</sup> Memos, Globalanalysen und Transkripte liegen der Forscherin vor und können nach Bedarf eingesehen werden.

<sup>31</sup> Das Transkriptionssystem ist im Anhang dargestellt.

<sup>32</sup> Eine detaillierte Beschreibung der Transkriptions- und Analysesoftware f4 steht unter folgendem Link zum Download bereit: <http://www.audiotranskription.de/downloads.html>.

vorliegenden Transkripte einer Phasenfolge von drei Analysefoki anhand eines zuvor festgelegten Kodierleitfadens,<sup>33</sup> der jedoch im Prozess um aus dem Datenmaterial auffindbarer Kategorien erweitert werden konnte (vgl. Kuckartz 2014). Der Kodierleitfaden diente einer Orientierung statt per se gegebenen Subsumption einzelner Textpassagen zu vorweg definierten Kategorien. Die Codierung des Textmaterials folgte stärker einem hermeneutisch-interpretativen Vorgehen, bei dem das Ursprungsmaterial (die originalen Textpassagen) in allen Analyseschritten von großem Interesse bleibt und nicht zuvor definierten Kategorien untergeordnet wird (vgl. Kuckartz 2014). Originalquellen wurden zwar mit Codes versehen, blieben aber in der Ursprünglichkeit und dem Sinngehalt der DiskutantInnen erhalten. Statistische Analysen unterblieben. Im Interesse der Datenanalyse standen folgende drei Schwerpunkte:

1. **Analysefokus I:** Zusammenfassung und Resümee der Gruppendiskussionen

In diesem Schritt standen die Memos und Globalanalysen der durchgeführten Gruppendiskussionen im Analysefokus und wurden um im Transkript auffindbare Erkenntnisse ergänzt. Diese legten bereits erste Erkenntnisse der Gruppendynamik, Konsensfindung sowie allgemeiner Thematisierung von Gesundheit und gesundheitsbezogenen Motiven und Strategien dar. Anhand dieser Resümees wurde für jeden Typ (Auswertungseinheit) eine Fallzusammenfassung verfasst. Im besonderen Interesse stand dabei, auch bei allen weiteren Auswertungsschritten, wie die Befragten ihre eigene Gesundheit mit Blick auf Herausforderungen der Bewältigung von jugendtypischen Entwicklungsaufgaben wahrnehmen.

2. **Analysefokus II:** Herausarbeitung von subjektorientierten Alltagskonstruktionen von Gesundheit einzelner Gesundheitstypen

In einem zweiten Schritt wurden die Transkripte der Gruppendiskussionen, anhand eines Kodierleitfadens, zu Alltagskonstruktionen von Gesundheit hin analysiert. Hierzu wurden die Transkripte unter Bezugnahme der Kategorien (1.) Gesundheits-/Krankheitsdefinitionen, (2.) Körper- und Gesundheitsachtsamkeit und (3.) Kommunikation und Beteiligung an Gesundheitsthemen untersucht und jeweiligen Kategorien des Kodierleitfadens zugeordnet. Die Bildung der Kategorien erfolgte deduktiv anhand der im Fragebogen erfassten Merkmale subjektorientierter Alltagskonstruktionen von Gesundheit. Zur ersten Orientierung wurden hierzu die darin verwendeten Indikatorvariablen als Ankerbeispiele hinzugezogen. Diese Kategorien wurden jedoch primär als „Orientierung“ verwendet. Eine wortgetreue Übernahme oder gar die Suche nach diesen Kategorien im Textmaterial blieb, im Sinne eines qualitativ inhaltsanalytischen Prozesses wie ihn Kuckartz beschreibt, aus. Zudem wurden die Anfangspassagen sowie Vertiefungs- und Fokussierungsphasen selbstläufiger Diskurspassagen in der Analyse stärker

---

<sup>33</sup> Der Kodierleitfaden befindet sich im Anhang.

berücksichtigt. Die Wahrscheinlichkeit, das „Typische“ der drei verschiedenen Gruppen innerhalb dieser Phasen zu finden, schien auf Grundlage forschungsmethodologischer Vorüberlegungen am ehesten gegeben. Trotz des vorgegebenen Kodierleitfadens wurde sich in der Analyse der Daten stark am Originalmaterial aus den Gruppendiskussionen orientiert. Ähnlich des Umgangs mit dem Gruppendiskussionsleitfaden, in dem der exmanente Nachfrageteil der Ergänzung diente, dem immanenten aber ein weitaus größerer Raum beigemessen wurde, galt auch hier der Kodierleitfaden als „Orientierungsrahmen“ zur Fokussierung auf den Themenbereich subjektorientierter Alltagskonstruktionen von Gesundheit Befragter, nicht aber der vorwegnehmenden Relevanzsetzung von Rekonstruktionsprozessen.

### 3. **Analysefokus III:** Kontrastierung der Gesundheitstypen

In einem dritten Schritt erfolgte die Kontrastierung der Gesundheitstypen. Die Ergebnisse der Gruppendiskussionen aller drei Typen wurden hierzu in Beziehung zueinander gesetzt und auf Unterschiede und Ähnlichkeiten des Gesundheitsverständnisses sowie der gesundheitsbezogenen Handlungsmotive und -strategien, unter Bezugnahme quantitativ gewonnener Erkenntnisse in der gesamten Untersuchungspopulation, hin analysiert.

## 5 Gesundheit und gesundheitsbezogene Handlungskompetenz

### Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung

*Ich fühle mich rundherum gesund wenn ich...*

*„...ein gutes Körpergefühl habe, ich mich wohl fühle und keine Schmerzen oder Beschwerden habe.“ (Satzergänzung aus dem Fragebogen<sup>34</sup>)*

Im ersten Teil der Untersuchung stand im Fokus, wie die befragten Jugendlichen ihre Gesundheit, anhand verschiedener biopsychosozialer Merkmale, selbst einschätzen, inwieweit sie sich selbst als einflussmächtig auf ihre Gesundheit wahrnehmen und in welcher Form Gesundheit in ihrem Leben eine Rolle spielt. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung vorgestellt. Dieses erste deskriptive Kapitel dient der Exploration erhobener Daten, dem Vergleich der Daten mit der Gesundheitsberichterstattung des RKI und der WHO und der Identifikation erster Kausalzusammenhänge. In einem weiteren Schritt wurden die verwendeten Items geprüft und zu erklärstarken Merkmalen reduziert, die im folgenden Prozess weiteren multivariaten Analysemethoden, zur Identifikation von Zusammenhängen mit- sowie Einflüssen auf die Gesundheit Befragter, dienen. Die Analyseschritte gliederten sich wie folgt:

1. **Exploration und Vergleich der Daten:** Anhand der erhobenen Daten bildet sich längst nicht *die Jugend* von heute ab, sondern lediglich die empirische Wirklichkeit einer kleinen Untersuchungspopulation. Ausgehend von dieser Datenlage wären jedoch repräsentative Rückschlüsse auf eine Grundgesamtheit (die Jugend), die über die knapp 450 Befragten hinausgingen, wünschenswert. Zu diesem Zweck wurden erhobene Daten nicht nur beschrieben, sondern mit Ergebnissen der KiGGS-Untersuchung und des HBSC-Survey verglichen. Der Vergleich findet unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersklassen im Sample, der Differenz von Selbst- und Fremdauskünften sowie unter Berücksichtigung der verwendeten Erhebungsinstrumente statt.
2. **Identifikation von Kausalzusammenhängen:** Basierend auf den beiden benannten Studien des RKI und der WHO wurden in der deskriptiven Analyse bereits erste Kausalzusammenhänge analysiert. Hierbei spielt insbesondere das Geschlecht der Befragten eine zentrale Rolle. Dem Geschlecht wird in der Gesundheitsberichterstattung ein wichtiger Einfluss zugesprochen. Dies zeigt sich mitunter in den geschlechtsdifferenzierten Auswertungen der deutschen WHO-Untersuchung (vgl. hierzu den Sammelband von Kolip et al. 2013). Auch in diesem Analyseschritt galt es, die erhobenen Daten und identifizierte Zusammenhänge mit anderen empirischen Erkenntnissen einem Vergleich zu unterziehen.

<sup>34</sup> Die Satzergänzung stammt von einer 15-jährigen Teilnehmerin, die als prototypisch(st)e Vertreterin für den Gesundheitstypen II identifiziert werden konnte und im zweiten Untersuchungsteil mit 17 Jahren an den durchgeführten Gruppendiskussionen teilnahm.

3. **Reduktion auf erklärstarke Merkmale:** Insbesondere bei der Anwendung noch nicht erprobter Instrumente stellt sich die Frage, ob der Fragebogen auch genau das misst, was er zu messen vorgibt. Ist das verwendete Konstrukt in Bezug auf eine bestimmte Theorie gültig (Konstruktvalidität), erlauben die verwendeten Items auch eine Vorhersage auf ein bestimmtes Verhalten oder eine bestimmte Einstellung (Kriteriumsvalidität) und bildet das verwendete Instrument auch alle wichtigen Inhalte des Untersuchungsgegenstands ab (Inhaltsvalidität)? Die erhobenen Merkmale basieren auf theoretischen Überlegungen, die im vorangegangenen Kapitel bereits dargestellt wurden. Sie konnten jedoch nicht in Form dieser Merkmale erfragt werden, sondern wurden anhand verschiedener Variablen im Fragebogen operationalisiert. Um nun wieder zu erklärstarken Merkmalen zurück zu kommen, wurden mittels Faktorenanalyse (Varimax) aussagekräftige Hauptkomponenten komprimiert, die Grundlage für multivariate Analysen waren.

Im Folgenden werden die erhobenen Fälle zunächst einmal allgemein vorgestellt. Dem schließen sich Erkenntnisse über die biopsychosoziale Gesundheit Befragter an, aus denen ein Strukturmodell von Gesundheit entwickelt werden konnte. Dem anschließend werden Indikatoren zu Entwicklungsaufgaben der Akzeptanz körperlicher Veränderungen, dem Beziehungsumbau, der Qualifikation, Regeneration und Partizipation der Lebensphase Jugend beschrieben und mit der Gesundheit Befragter in einen Zusammenhang gesetzt. Dem folgen empirische Erkenntnisse personaler Ressourcen zur Erlangung gesundheitsbezogener Handlungsmacht, sowie anschließend umweltbezogener Ressourcen. In einem abschließenden Analyseschritt werden die Erkenntnisse in ein Theorie- und Empirie-Modell übertragen und mit Blick auf die Herausbildung gesundheitsbezogener Agency diskutiert.

Nach der Datenbereinigung gingen noch insgesamt 458 Jugendliche im Alter von 14 bis 21 Jahren in die Analyse ein. Die Hälfte der Befragten war zum Zeitpunkt der Erhebung 15 Jahre alt, ein Viertel war 16 Jahre alt, 15% 14 Jahre und ca. 7% 17 Jahre (siehe Anhang). Die Untersuchung wurde an Haupt-, Realschulen und Gymnasien einer knapp 150.000 einwohnerstarken Stadt (inkl. angrenzender Stadtteile und Ortschaften; Stand 2015) in Ostwestfalen in NRW durchgeführt. Ein Fünftel der Jugendlichen besuchte zum Erhebungszeitpunkt die Hauptschule, mehr als die Hälfte die Realschule und knapp ein Drittel das Gymnasium (siehe Tabelle 11). 53% der Untersuchten besuchten die 9. Klasse und weitere 47% die 10. Die Geschlechterverteilung zeigte sich annähernd homogen (w 49,4%; m 50,6%). Knapp die Hälfte der Befragten gab eine katholische Glaubensgemeinschaft an, ca. ein Viertel eine evangelische. Ca. 13% sind islamischen Glaubens, knapp 10% gehören keiner Religionsgemeinschaft an (siehe Anhang). Die Befragten gaben mit großer Mehrheit eine deutsche Staatsbürgerschaft für sich wie auch ihre Eltern an. 72,9% der befragten Jugendlichen lebten zum Zeitpunkt der Untersuchung mit beiden Elternteilen zusammen. Von dem knapp ein Drittel, die mit nur einem Elternteil zusammenleben, gaben die Jugendlichen mehrheitlich an,

mit ihrer Mutter oder ihrer Mutter und einem neuen Partner zusammenzuleben. Mehr als die Hälfte haben zudem mindestens ein Geschwisterkind, so dass sie im Durchschnitt mit insgesamt vier Personen in einem gemeinsamen Haushalt leben.

Tabelle 11: Nettostichprobe (n=458) der Untersuchung nach erfolgter Datenbereinigung und Fallausschlüssen.

<b>Alter (n=435)</b>	14 Jahre (15,2%, n=66) 15 Jahre (51%, n=222) 16 Jahre (26,4%, n=115) 17 Jahre (7,4%, n=32)
<b>Geschlecht (n=451)</b>	weiblich (49,4%, n=223) männlich (50,6%, n=228)
<b>Schulform (n=458)</b>	Hauptschule (21,2%, n= 97) Realschule (51,7%, n=237) Gymnasium (27,1%, n=124)
<b>eigene Staatsbürgerschaft (n=449)</b>	91,5% deutsch, n=411 1,8% türkisch, n=8 1,6% russisch, n=7 5,1% eine andere, n=23
<b>Staatsbürgerschaft des Vaters (n=439)</b>	81,8% deutsch, n=359 4,6% russisch, n=20 3,9% türkisch, n=17 9,7% eine andere, n=43
<b>Schulabschluss des Vaters (n=313)</b>	Abitur oder Fachhochschulreife (39,6%, n=124) Mittlere Reife/Realschulabschluss (24,9%, n=78) Volks-/Hauptschulabschluss (27,5%, n=86) Sonder-/keinen Schulabschluss (7,9%, n=25)
<b>Ausbildungsniveau des Vaters (n=442)</b>	Studium (16,1%, n=71) Berufsausbildung (51,8%, n=229) keine (5,9%, n=26) unbekannt (26%, n=115)
<b>Erwerbsstatus des Vaters (n=435)</b>	Vollzeit erwerbstätig (76,8%, n=334) Teilzeit erwerbstätig (6,2%, n=27) stundenweise erwerbstätig (1,4%, n=6) arbeitslos (3,2%, n=14) unbekannt (12,4%, n=54)
<b>Staatsbürgerschaft der Mutter (n=433)</b>	82,4% deutsch, n=365 4,7% russisch, n=21 3,6% türkisch, n=16 9,3% eine andere, n=31
<b>Schulabschluss der Mutter (n=351)</b>	Abitur oder Fachhochschulreife (38,4%, n=135) Mittlere Reife/Realschulabschluss (30,2%, n=106) Volks-/Hauptschulabschluss (23,6%, n=83) keinen Schulabschluss (7,7%, n=27)
<b>Ausbildungsniveau der Mutter (n=445)</b>	Studium (15,1%, n=67) Berufsausbildung (50,8%, n=226) keine (13%, n=58) unbekannt (20,9%, n=93)
<b>Erwerbsstatus der Mutter (n=425)</b>	Vollzeit erwerbstätig (24,5%, n=104) Teilzeit erwerbstätig (37,9%, n=161) stundenweise erwerbstätig (12,9%, n=55) arbeitslos (18,8%, n=80) unbekannt (5,9%, n=25)

Die meisten der befragten Jugendlichen scheinen aus (formal betrachtet) eher gebildeten Familien zu stammen. Sie gaben mehrheitlich an, ihre Eltern hätten einen Realschulabschluss, eine Fachhochschulreife oder das Abitur. Ebenfalls sollen die meisten Eltern eine Berufs-

ausbildung oder sogar ein Studium, nach Auskunft ihrer Kinder, abgeschlossen haben (siehe Tabelle 11). Väter arbeiten, nach Angabe ihrer Kinder, häufiger in einem Vollzeit-arbeitsverhältnis, Mütter eher in Teilzeit oder stundenweise. Im Vergleich der Mittelwerte zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen der besuchten Schulform Befragter und dem Schulabschluss ihrer Eltern sowie dem Ausbildungsstand der Mutter. Die Eltern von Gymnasiasten haben, nach Aussage ihrer Kinder, einen höheren Schulabschluss erreicht, als die Eltern von Real- und HauptschülerInnen.

Die sozioökonomische und kulturelle Lage Befragter wurde ebenfalls per Selbstauskunft erhoben. Die Angaben sind daher eher als Annäherung an Realwerte zu interpretieren, die durchaus Rückschlüsse zulassen, dabei aber nicht unreflektiert übernommen werden können. Fragen, wie bspw. nach der Anzahl von Büchern im Haushalt der Untersuchten, wurden zwar als Indikatoren zur Erfassung kulturellen Kapitals genutzt, im Zeitalter digitaler Bibliotheken und E-Books sind sie aber auch immer kritisch zu hinterfragen. Ähnlich verhielt es sich bei der Erfassung der ökonomischen Verhältnisse. Zwar können Einschätzungen Jugendlicher darüber, ob sie mehr oder weniger Geld als ihre Freunde zur Verfügung haben, eine Beurteilung der Finanzlage in ihrer Familie abbilden. Diese erfolgt jedoch vor dem Hintergrund a.) adaptierter Präferenz und b.) unter dem Druck von Selbstdarstellungsmechanismen. Auch das Taschengeld bleibt ein weicher Indikator, der wenig darüber aussagt, was den Befragten an Konsumgütern von ihren Eltern real verfügbar gestellt wird. Kein Taschengeld zu erhalten ist kein Indikator für Armut, wenn die Eltern alles kaufen, worum der Zögling bittet. Dennoch braucht eine Analyse irgendwelche Anhaltspunkte, die immer die Gefahr bergen, missverständlich aufgegriffen oder nur einen kleinen Einblick in das interessierende Merkmal abbilden zu können. Schlussendlich konnte auf Grundlage der erfassten Indikatorvariablen ein Modell zur Erfassung der Wohnverhältnisse, des kulturellen Kapitals und der ökonomischen Lage Befragter gebildet werden (siehe Anhang). In den standardisierten Faktorenwerten unterscheiden sich die Befragten nach ihrer Schulform, im Mittelwertsvergleich zu Angaben über ihre Wohnverhältnisse und kulturelles Kapital, statistisch signifikant. BesucherInnen einer Hauptschule bewerteten die Verhältnisse, in denen sie wohnen, sowie Fragen über Literatur im Haushalt der Familie, schlechter als RealschülerInnen und Gymnasiasten (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Mittelwertsangaben der Realwerte von Items zur Erfassung der Wohnverhältnisse, kulturellen und finanziellen Lage der Familien Befragter in Abhängigkeit der von ihnen besuchten Schulform.

Wohnverhältnisse	Empirische Realwerte (MW)
Wie viele verschiedene Wohnungen gibt es neben deiner Wohnung in deinem Haus (V 252)? 0=sechs oder mehr Wohnungen; 4=keine weitere	Gymnasium (n=116): 3,57 Realschule (n=224): 2,54 Hauptschule (n=96): 2,03 Insgesamt (n=436): 2,7
Lebst du in einer Wohnung oder in einem Haus (V 251)? 1=Wohnung; 2=Haus	Gymnasium (n=121): 1,88 Realschule (n=231): 1,6 Hauptschule (n=95): 1,42 Insgesamt (n=447): 1,64
Habt ihr zu Hause einen Garten, den du nutzen kannst (V 241)? 0=nein; 1=ja	Gymnasium (n=122): 0,94 Realschule (n=235): 0,79: Hauptschule (n=97): 0,63 Insgesamt (n=454): 0,8
<b>Kulturelles Kapital</b>	
Wie viele Bücher (ohne Schulbücher) gibt es bei dir zu Hause (V 240)? 0=keine/wenige; 5=über 200	Gymnasium (n=121): 3,82 Realschule (n=232): 3,04 Hauptschule (n=94): 2,2 Insgesamt (n=447): 3,08
Habt ihr zu Hause klassische Literatur (z.B. Goethe oder Schiller) (V 246)? 0=nein; 1=ja	Gymnasium (n=119): 0,55 Realschule (n=231): 0,33 Hauptschule (n=92): 0,16 Insgesamt (n=442): 0,36
Habt ihr zu Hause eine Enzyklopädie (bspw. den Brockhaus) (V 244)? 0=nein; 1=ja	Gymnasium (n=116): 0,74 Realschule (n=224): 0,59 Hauptschule (n=90): 0,26 Insgesamt (n=430): 0,56
<b>Ökonomisches Kapital</b>	
Wie viel Geld hast du im Monat im Durchschnitt zur Verfügung (V 255)? Angaben in €	Gymnasium (n=116): 66,34€ Realschule (n=217): 62,47€ Hauptschule (n=82): 73,23€ Insgesamt (n=415): 65,67€
Erhältst du Taschengeld (V 260)? 0=nein; 1=ja	Gymnasium (n=120): 0,95 Realschule (n=229): 0,86 Hauptschule (n=94): 0,71 Insgesamt (n=443): 0,85

In einer ersten Datenexploration erscheinen die Ergebnisse plausibel. Die schulische Qualifikation der Eltern steht in einem engen Zusammenhang mit der aktuell von den Befragten besuchten Schulform. Auch die Wohnverhältnisse und heimische Lesekultur hängen mit dem Schulniveau der Befragten zusammen. Lediglich bzgl. ihrer Angaben zum Erhalt von Taschengeld unterscheiden sich die Befragten nur statistisch signifikant in ihren Angaben darüber, ob sie Taschengeld erhalten. Die Höhe des monatlich verfügbaren Geldes steht in keinem Zusammenhang mit ihrer Schulqualifikation. Die Daten spiegeln damit ein sich leider noch immer durchsetzendes Bild von soziokulturell bedingter Benachteiligung wider. Jugendliche, deren Eltern eine schlechtere schulische Qualifikation aufweisen, besuchen auch selbst eine niedrigere Schulform, wohnen häufiger in Mehrfamilienhäusern, haben seltener einen Garten zur Verfügung, wachsen in einer vergleichsweise schlechter ausgeprägten heimischen Lesekultur auf und bekommen seltener Taschengeld. In dieser Leseform bilden die Daten kein erfreuliches Ergebnis ab, aber eines, das die Daten der Untersuchungspopulation

plausibilisiert. Um eine gewisse Repräsentativität bei kleineren Erhebungen zu erhalten, gilt es, die Daten auch bzgl. ihrer sinnlogischen Nachvollziehbarkeit hin zu prüfen. Um die Erkenntnisse, mit Blick auf ihre Repräsentativität für die vorliegende Untersuchungspopulation (n=458) zu relativieren, sind solch beschreibende Analysen daher höchst relevant.

## 5.1 Biopsychosoziale Gesundheit

Im Hauptinteresse der Fragebogenuntersuchung lag die Erfassung, wie auch der Name des verwendeten Instruments darlegt, der Lebens- und Gesundheitswelt Jugendlicher (F-LGJ). Ausgehend von der Gesundheitsdefinition der WHO orientierte sich diese Erhebung zu allererst an physischen, psychischen und sozialen Indikatoren zur Messung von Gesundheit in der Untersuchungspopulation. Diese wurden in Selbstauskunft Befragter erfasst, um so dem Kriterium einer Erhebung subjektiv wahrgenommener Gesundheit gerecht werden zu können. Weder ärztliche Diagnosen noch elterliche Einschätzungen des Gesundheitszustands ihrer Kinder vermögen es diese Auskunft zu geben. Gesundheit wird hierbei verstanden als das Ausmaß vom biopsychosozialen Wohlbefinden der Befragten, wie sie es für sich selbst wahrnehmen – ein individuelles Sichbefinden (WHO 1948). Das verwendete Gesundheitsmodell umfasst Erkrankungen, Elemente der sogenannten gesundheitsbezogenen Lebensqualität (vgl. Ravens-Sieberer/Bullinger 2000) sowie des alltäglichen Wohlbefindens (vgl. Cantril 1956; Dahlbert 1992). Im Folgenden werden die Ergebnisse einzelner Dimensionen, die zur Erfassung der Gesundheit Befragter verwendet wurden, vorgestellt und mit Untersuchungen der Jugendgesundheitsberichterstattung verglichen.

### 5.1.1 Körperliches Wohlbefinden

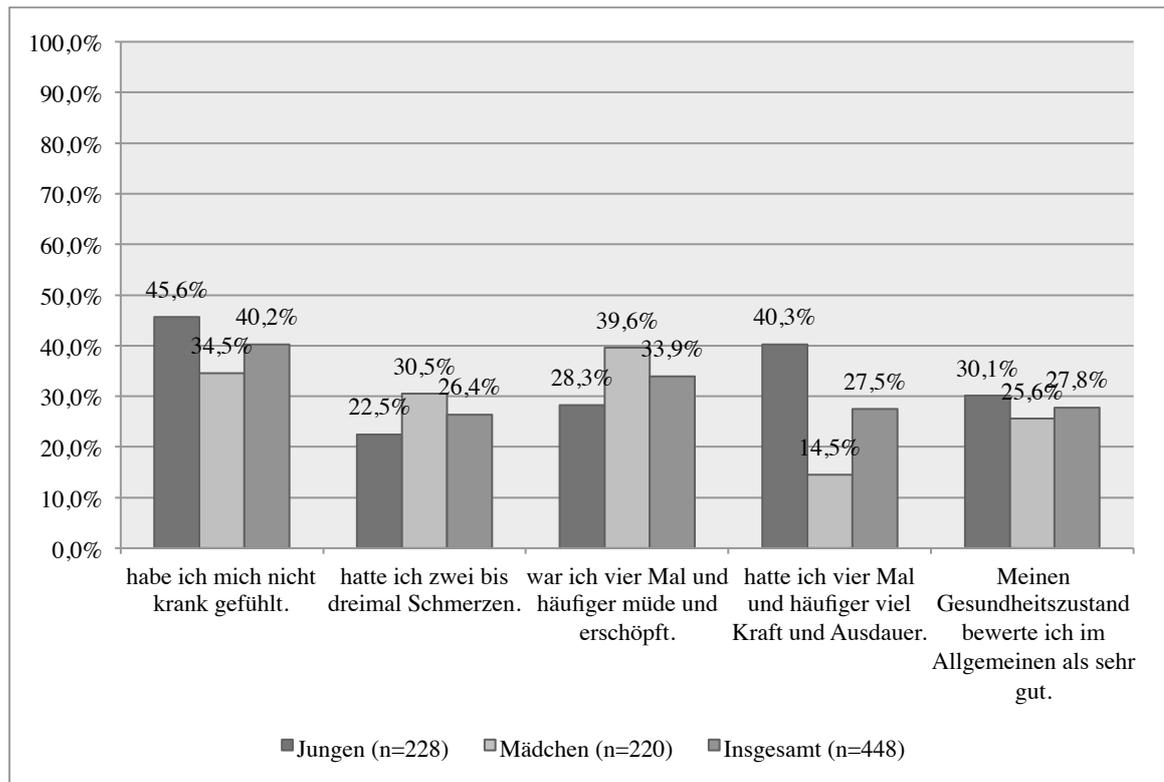
Zur Erfassung des körperlichen Wohlbefindens wurden die Jugendlichen gebeten anzugeben, wie oft sie sich in der vergangenen Woche *krank gefühlt* haben, *Schmerzen hatten*, *müde und erschöpft waren* und *viel Kraft und Ausdauer hatten*.<sup>35</sup> Die Antwortmöglichkeiten reichten von „nie“ bis „vier Mal und häufiger“ und wurden mit Werten von 1 bis 4 kodiert, wobei ein höherer Itemwert auch auf eine bessere Bewertung des körperlichen Wohlbefindens hinweist.

Von insgesamt 448 Jugendlichen gaben 40% an, sich in der vergangenen Woche gar nicht krank gefühlt zu haben. Jedoch ein Viertel hatte wiederholt Schmerzen und war häufig müde und erschöpft. Im Gegensatz dazu fühlten sich fast ein Drittel kräftig und ausdauernd (siehe Abbildung 8).

---

<sup>35</sup> Die Items entstammen der Subskala „körperliches Wohlbefinden“, aus dem KINDL<sup>R</sup>-Fragebogen, zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen, welcher ebenfalls in der KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts Verwendung fand (vgl. Ravens-Sieberer/Bullinger 2000).

Abbildung 8: Einzelne Indikatorvariablen zur Erfassung des körperlichen Wohlbefindens befragter Jungen und Mädchen.



Betrachtet man nun die Angaben Befragter in ihrer Geschlechterdifferenz wird deutlich, dass Mädchen ihr körperliches Wohlbefinden deutlich kritischer als Jungen beurteilen. Sie klagen häufiger über Schmerzen und erachten sich als weniger gesund als Jungen. 30% der Jungen, jedoch nur 25% der Mädchen bewerteten ihren Gesundheitszustand als sehr gut. Insgesamt bewerteten 80% der Befragten ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut (n=456). Im Vergleich zu der KiGGS- und WHO-Untersuchung zeigt sich ein leicht schlechteres Bild der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands Jugendlicher. Dort bewerteten 89% der 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder gar sehr gut (n=12.368; von 0 bis 17 Jahren) (vgl. RKI 2013). In der WHO-Studie gaben 85,6% der befragten Mädchen und 88,7% der befragten Jungen einen guten oder gar ausgezeichneten Gesundheitszustand an (n=4.964; von 11 bis 15 Jahren) (vgl. WHO 2011, Faktenblatt „Subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“). Die Differenz der hier vorliegenden Ergebnisse, zu denen der beiden hinzugezogenen Surveys, kann insbesondere durch das Alter der Untersuchungspopulation erklärt werden. Mit steigendem Alter fällt die Bewertung der eigenen Gesundheit in der Jugendphase tendenziell immer kritischer aus (vgl. RKI 2007, 2013). Da die hiesige Untersuchungspopulation mehrheitlich zwischen 15 und 16 Jahre alt war, erscheint es plausibel, dass sie im Vergleich zu der Untersuchungspopulation des KiGGS von 11- bis 17-Jährigen und den 11- bis 15-jährigen Befragten der WHO-Untersuchung leicht schlechter ausfällt. Mit Blick auf die geschlechterdifferente Einschätzung der körperlichen Gesundheit zeigen sich ähnliche Ergebnisse in der Untersuchung

geschlechtsspezifischer somatischer Kulturen in der Jugendphase (vgl. Kolip 1997), dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (vgl. RKI 2007, 2013, 2014, 2015) sowie der HBSC-Untersuchung der WHO (vgl. ebenda 2011; Kolip et al. 2013). In der Basiserhebung der RKI-Untersuchung KiGGS berichteten über alle Subskalen hinweg die 14- bis 17-jährigen Jungen eine statistisch signifikant höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität als gleichaltrige Mädchen (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2007b). Auch die anschließende Folgeuntersuchung (Welle 1) kommt zu dem Ergebnis, dass Mädchen zu einer tendenziell schlechteren Bewertung ihrer eigenen Gesundheit als Jungen neigen (vgl. RKI 2013). Dies könne, laut RKI, auf häufigere Angaben über Schmerzen und Beschwerden bei der Menstruation und ein schlechteres Körper selbstbild von Mädchen zurückgeführt werden (vgl. ebenda). Im Vergleich zeigt sich, dass in der hier vorliegenden Untersuchung Mädchen ebenfalls statistisch signifikant<sup>36</sup> häufiger angaben, sich in der vergangenen Woche erschöpft und müde gefühlt zu haben. Jungen fühlten sich in statistischer Signifikanz häufiger kräftig und ausdauernd. Mädchen und Jungen nehmen ihre körperliche Konstitution in unterschiedlicher Weise wahr. Ein Erklärungsansatz hierzu bietet insbesondere eine sozialkonstruktivistische Perspektive mit Blick auf die geschlechtsdifferente Sozialisation von Mädchen und Jungen (vgl. Glücks/Kolip 2013). Heranwachsende entwickeln sich in Bezug auf ihren Körper und ihre Psyche nicht nur biologisch betrachtet unterschiedlich, sondern gleichermaßen sozial. In einem interaktiven Aushandlungsprozess – *doing gender* – entwickeln sie eine normativ geprägte Rolle ihrer Geschlechtlichkeit. Eine zentrale Lebensphase hierfür stellt die Adoleszenz dar, in der Mädchen zu jungen Frauen und Jungen zu Männern heranreifen. Mädchen durchlaufen diese Prozesse unter gesellschaftlich konstruierter Geschlechterperspektive – was ist typisch weiblich? – anders als Jungen – was ist typisch männlich? (vgl. Glücks/Kolip 2013). Weibliche Stereotypen orientieren sich dabei stärker an emotionalen Indikatoren: einem differenzierten Gefühls- (Ausdrucks-)Repertoire; männliche weisen eher Hemmungen im Ausdruck, Erfahrungen und Selbstzuschreibungen von Gefühlen auf (vgl. ebenda). Damit erscheint es wenig erstaunlich, dass neben physischen Indikatoren, wie dem Auftreten der Menstruation, auch das soziale Geschlecht einen deutlichen Einfluss auf die eigene Wahrnehmung von Gesundheit der befragten Mädchen zu nehmen scheint. Ihre Körperwahrnehmung kann als sensibler beschrieben werden als die von Jungen und ist keineswegs als „schlechter“ zu deklarieren. Sie hören eher stärker auf Signale ihres Körpers und nehmen so Belastungen anders, teils intensiver, wahr als Jungen. Darüber hinaus scheinen Mädchen auch einen nach außen gerichteten, differenteren Umgang in der täglichen Auseinandersetzung mit ihrer eigenen Gesundheit als Jungen zu pflegen. Die hier befragten Mädchen gaben signifikant häufiger als Jungen an, sie haben Menschen, mit denen sie über ihre Gesundheit reden können, wenn es ihnen nicht gut geht. Auch diese Items können als Untermauerung sozialkonstruktivistischer und

---

<sup>36</sup> Die statistische Signifikanz wird, auf Grundlage der einfließenden Stichprobe von  $n > 100$ , anhand des F-Tests auf einem Niveau von  $p \geq 0,001$  vorausgesetzt. Werden im Text keine expliziten Hinweise gegeben, bezieht sich das Maß der Übertragbarkeit auf die Gesamtpopulation, auf ebendiesen Richtwert.

sozialisationsbedingter Geschlechtereffekte dienen. Die Thematisierung und Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper und der eigenen Gesundheit, mit Bezugspersonen im Alltag der weiblichen Befragten, spielt eine größere Rolle als bei befragten Jungen.

Mit Blick auf die Lebensphase Jugend sind die Ergebnisse der Erhebung im Kontext der aktuellen Entwicklungssituation von Jungen und Mädchen zu sehen. Wie bereits erwähnt, nimmt die positive Bewertung der physischen Gesundheit mit zunehmendem Alter ab. Einerseits gewinnen Jugendliche mit steigendem Alter an Wissen um Gesundheit (vgl. Burbach/Peterson 1986, Schmidt et al. 1994, Simeonsson et al. 1979 nach Wiehe 2013), so dass es ihnen möglich ist, die eigene Gesundheit differenzierter zu betrachten. Hierbei lassen sich kaum Geschlechtereffekte erkennen (vgl. Schmidt/Lehmkuhl 1994, Wiedebusch 1992, Iannotti/Bush 1993 nach Wiehe 2013). Darüber hinaus sind Jungen und Mädchen während der Adoleszenz vermehrten körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklungs- und Veränderungsschüben ausgesetzt, die sich auf ihre Gesundheit auswirken können (vgl. Quenzel 2015). Diese Veränderungsprozesse verlangen eine intensive Auseinandersetzung mit sich, dem eigenen Körper und ihrer Psyche und werden so als Anstrengung erlebt, die es zu bewältigen gilt (vgl. Göppel 2011; Quenzel 2015). Den eigenen Körper in seiner sich verändernden Form bewohnen zu lernen (vgl. BMFFSJ 2009; Homfeldt 2014), aktiv mit den verschiedenen Entwicklungsprozessen auseinanderzusetzen und diese gesund zu bewältigen, stellt eine durchaus anspruchsvolle Aufgabe in der Lebensphase Jugend dar, die mitunter Gefühle des *krank seins* oder der Ermüdung verstärken können. In biografischer Betrachtung erweist es sich daher nicht als sehr verwunderlich, dass ältere Jugendliche ihre körperliche Gesundheit schlechter einschätzen als jüngere (vgl. RKI 2007, 2014; WHO 2011) und die Daten der hiesigen Untersuchung sich darin von denen des RKI und der WHO unterscheiden.

#### *5.1.1.1 Erkrankungen*

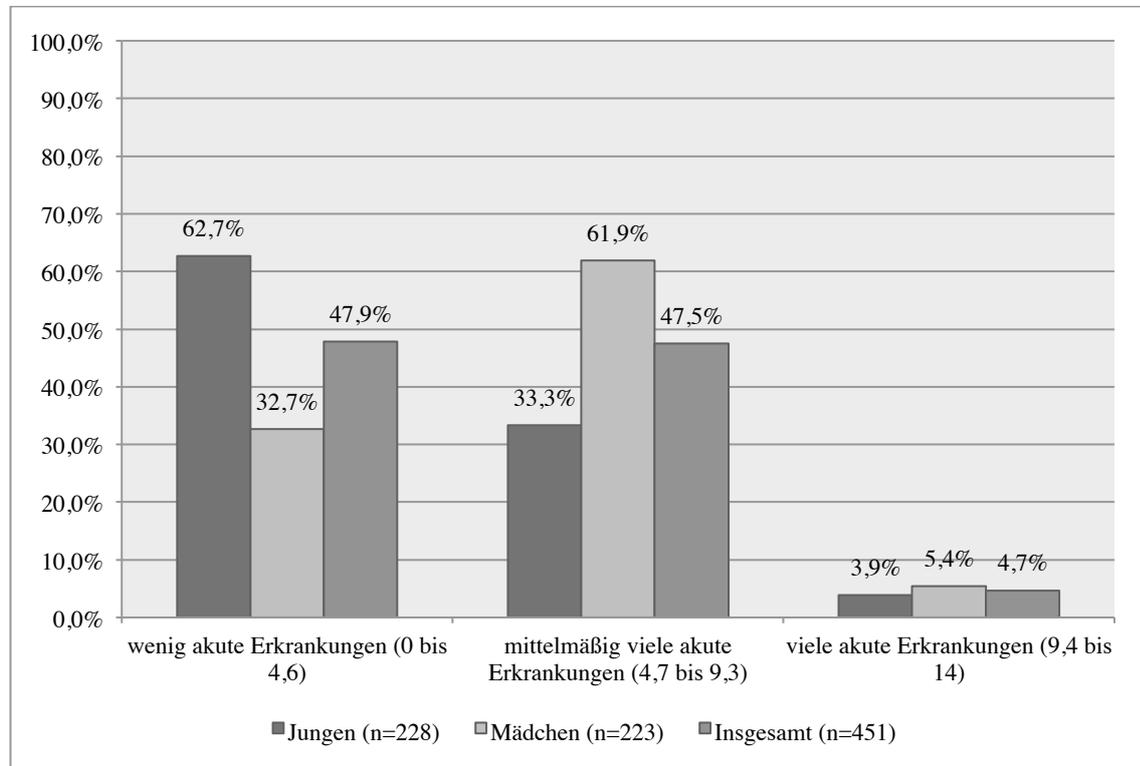
In einer weiteren Fragebatterie zur subjektiven Einschätzung des körperlichen Wohlbefindens befragter Jugendlicher wurde erfasst, unter wie vielen und zudem welchen spezifischen Erkrankungen die Befragten

1. in den vergangenen 12 Monaten (als Indikator für akute Erkrankungen) und
2. in ihrem ganzen bisherigen Leben (zur Erfassung chronischer Erkrankungen) nach Selbsteinschätzung litten.
3. Aus den akuten Erscheinungsbildern wurden zudem Erkrankungen extrahiert, die als typische psycho-somatische Belastungen gelten können (Kopfschmerzen, Verdauungsbeschwerden, Kreislaufbeschwerden und Rückenschmerzen).

Die Skalenscores zeigen, dass die befragten Jugendlichen im Durchschnitt fünf akute Erkrankungen angaben. Jungen gaben im Vergleich zu Mädchen statistisch signifikant weniger akute Erkrankungen an (ca. 4 bei Jungen und ca. 6 bei befragten Mädchen). Interessant zeigt

sich zudem die Geschlechterverteilung bei gruppierten Angaben zu akuten Erkrankungen (siehe Abbildung 9). In der ersten Gruppe, die über wenige akute Erkrankungen berichteten, befanden sich überproportional viele Jungen. In der zweiten Gruppe mit einer mittelmäßigen Anzahl von akuten Erkrankungen schlägt diese Tendenz fast 1:1 um und die Mädchen überwiegen. Auch in der dritten Gruppe mit vielen akuten Erkrankungen überwiegen weibliche Befragte.

Abbildung 9: Anzahl der wahrgenommenen akuten Erkrankungen in den vergangenen 12 Monaten nach Geschlechterverteilung.



Ebenfalls gaben Mädchen statistisch signifikant mehr psychosomatische Beschwerden (Kopfschmerzen, Kreislaufbeschwerden, Verdauungsbeschwerden und Rückenschmerzen) an als Jungen. Im Durchschnitt leiden die Befragten unter zwei der vier Erkrankungen (n=451). Mädchen (n=223) berichteten über 2,3 psychosomatische Beschwerden im vergangenen Jahr, Jungen (n=228) nur über durchschnittlich 1,7. Zur Erfassung chronischer Erkrankungen wurden sieben Items verwendet: Asthma, Neurodermitis, Heuschnupfen, andere Allergien, Diabetes, eine Krebserkrankung oder eine angeborene Körperbehinderung. Im Durchschnitt leiden die befragten Jugendlichen an einer dieser chronischen Erkrankungen. Mädchen und Jungen unterscheiden sich dabei nur marginal. Lediglich bei Angaben von durchschnittlich drei chronischen Erkrankungen überwiegen Mädchen (n=223) deutlich erkennbar mit 11,2% der Befragten von insgesamt 7,8% (n=449). Nur 4,4% Jungen (n=226) gaben an, in ihrem Leben an durchschnittlich bereits drei chronischen Erkrankungen gelitten zu haben bzw. aktuell zu leiden. Im Gegensatz dazu überwiegen die Angaben der befragten Jungen leicht bei der Angabe von insgesamt vier chronischen Erkrankungen (1,8%) bei den Jungen im Gegensatz zu nur 0,4% der Mädchen. Insgesamt wurden Kopfschmerzen (80%), Rückenschmerzen (60%) sowie Kreislauf-

beschwerden und Schwindel (40%), typische psychosomatische Beschwerdebilder, neben der Erkältung mit knapp 90%, am häufigsten von den befragten Jugendlichen benannt. Bei chronischen Erscheinungsbildern überwiegen allergische Beschwerden (30%), Neurodermitis (17%) und Heuschnupfen mit 20% (siehe Tabelle 13). Unter Betrachtung der geschlechterdifferenzierten Einzelangaben über die Krankheitsbilder Befragter, lassen sich ebenfalls Unterschiede spezifischer Erkrankungen von Mädchen und Jungen erkennen. Lediglich in den grau hinterlegten Feldern überwiegen in Tabelle 13 die Angaben befragter Jungen. Im Fall von Knochenbrüchen oder -prellungen zeigt sich dies in statistischer Signifikanz. In den nicht hinterlegten Erscheinungsbildern überwiegen die Angaben einzelner Erkrankungen befragter Mädchen. Sehr deutlich bildet sich diese höhere Erkrankungsprävalenz von Mädchen bei den beiden psychosomatischen Krankheitsbildern Kopfschmerzen und Schwindel ab. Mädchen litten im vergangenen Monat, statistisch signifikant häufiger unter Kopfschmerzen oder Schwindelgefühlen als Jungen.

*Tabelle 13: Prozentuale Angaben über akute, chronische sowie psychosomatische Erkrankungserscheinungen befragter Jugendlicher nach ihrer Selbstauskunft (\*statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich der Geschlechter auf einem Signifikanzniveau von  $p < 0,001$ ).*

akute Erkrankungen	Insgesamt	Mädchen	Jungen
Erkältung (n=451, m=228, w=223)	88,9%	91%	86,8%
Grippe oder Bronchitis (n=451, m=228, w=223)	33%	33,2%	32,9%
Gelenkerkrankungen oder Gelenkbeschwerden (n=451, m=228, w=223)	26,2%	28,3%	24,1%
Knochenbrüche oder Knochenprellungen* (n=450, m=227, w=223)	16,2%	10,3%	22%
Körperbehinderung durch Unfall (n=451, m=228, w=223)	4,2%	2,7%	5,7%
Bluthochdruck (n=451, m=228, w=223)	10,6%	12,1%	9,2%
Herzschmerzen (n=450, m=227, w=223)	17,8%	22,9%	12,8%
Magenschleimhautentzündung (n=451, m=228, w=223)	3,5%	4,5%	2,6%
(starkes) Übergewicht (n=451, m=228, w=223)	8,2%	7,2%	9,2%
(starkes) Untergewicht (n=451, m=228, w=223)	3,8%	3,1%	4,1%
Magersucht (n=450, m=227, w=223)	1,8%	1,8%	1,8%
Ess-/Brechsucht (n=451, m=228, w=223)	3,3%	4,5%	2,2%
Akne (n=451, m=228, w=223)	11,3%	10,8%	11,8%
Blasenbeschwerden (n=450, m=227, w=223)	8,4%	11,2%	5,7%
Migräne (n=451, m=228, w=223)	16,9%	19,7%	14%
Menstruationsbeschwerden (n=443, m=220, w=223)	-	61,9%	-

<b>psychosomatische Beschwerden (n=476)</b>			
Kopfschmerzen* (n=450, m=227, w=223)	79,1%	86,1%	72,2%
Kreislaufbeschwerden (Schwindel)* (n=451, m=228, w=223)	39,2%	51,6%	27,2%
Verdauungsbeschwerden (n=451, m=228, w=223)	20,4%	22%	18,9%
Rückenschmerzen (n=451, m=228, w=223)	59,4%	66,8%	52,2%
<b>chronische Erkrankungen (n=477)</b>	<b>Insgesamt</b>	<b>Mädchen</b>	<b>Jungen</b>
Asthma (n=451, m=228, w=223)	15,1%	13%	17,1%
Neurodermitis (allerg. Hautausschlag) (n=451, m=228, w=223)	17,3%	22%	12,7%
Heuschnupfen (n=451, m=228, w=223)	20%	19,7%	20,2%
Andere Allergien (n=449, m=227, w=222)	29,4%	33,8%	25,1%

Ähnliche geschlechterdifferenzierten Ergebnisse zeigt die Untersuchung Kolips zu geschlechterheterogenen somatischen Kulturen im Jugendalter (vgl. ebenda 1997). Mädchen geben durchschnittlich mehr physische Beschwerden an, zeigen ein größeres Ausmaß psychosomatischer Belastungen und weisen insgesamt eine höhere Beschwerdelast auf als Jungen (vgl. ebenda). Jungen hingegen zeigen höhere Prävalenzen für unfallbedingte und allergische Erkrankungen<sup>37</sup> (vgl. ebenda; RKI 2013). Die geschlechterdifferenzierten Betrachtungen der WHO-Ergebnisse für die deutsche Jugend zeigen, dass Jungen eher zu einem risikoreichen Verhalten bezüglich des Umgangs mit ihrem eigenen Körper neigen, sodass sie auch häufiger an Verletzungen leiden (vgl. Ottova et al. 2013). Mädchen erweisen sich als sensibler im Umgang mit ihrem Körper und ihrer Gesundheit und neigen zu einer nach innen gerichteten Perspektive, die es ihnen erlaubt, reflektierter mit ihrem Körper umzugehen und diesen auch sensibler wahrzunehmen (vgl. ebenda). In dieser reflexiveren Körperwahrnehmung von Mädchen sehen die AutorInnen auch eine wesentliche Begründung dafür, dass Mädchen ihren Gesundheitszustand tendenziell schlechter einschätzen als Jungen, häufiger über wiederkehrende Beschwerden berichten und an psychosomatischen Beschwerden leiden (vgl. ebenda, 42). Im Gegensatz zu diesen eindeutigen Geschlechtereffekten bei Angaben zum physischen Wohlbefinden unterscheiden sich die Befragten nicht nach sozioökonomischen Indikatoren. Weder die Wohnverhältnisse noch das kulturelle Kapital, die besuchte Schulform oder finanzielle Lage der befragten Jugendlichen, stehen in einem statistischen Zusammenhang mit Angaben über ihr physisches Wohlbefinden.

<sup>37</sup> Auch in der KiGGS-Studie geben Jungen häufiger allergische Erkrankungen an als Mädchen (hier am Bsp. Heuschnupfen). Insgesamt leiden 9% aller 11- bis 17-Jährigen an Heuschnupfen, 8% davon sind weiblich und 10% männlichen Geschlechts (vgl. RKI 2007).

### 5.1.2 Psychisches Wohlbefinden

Das psychische Wohlbefinden wurde in Anlehnung an Items (1., 2.) aus dem KINDL<sup>R</sup>-Fragebogen (vgl. Ravens-Sieberer/Bullinger 2000), von der Subskala „psychisches Wohlbefinden“, zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität im Jugendalter und ergänzenden Items der Subskalen Ängstlichkeit/Depressivität (3.-5.) sowie Selbstwertprobleme (6.-9.) aus dem Screening psychischer Störungen im Jugendalter (SPS-J) erfasst (vgl. Hampel/Petermann 2005). Die Antwortkategorien reichten von „nie“, über „1 Mal“, „2-3 Mal“ zu „4 Mal und häufiger“ mit Bezug auf die vergangene Woche und wurden mit Werten von 1 bis 4 kodiert. Wie auch bei der Erfassung des körperlichen Wohlbefindens weist hier ein hoher Wert auf eine hohe Einschätzung eigenen Wohlbefindens hin.

Tabelle 14: Prozentuale Angaben zu den zusammengefassten Antwortkategorien „2-3 Mal“ und „4 Mal und häufiger“ nach Geschlechterdifferenz (\*statistisch signifikante Geschlechtereffekte im Vergleich der Mittelwerte auf einem Signifikanzniveau von  $p < 0,001$  oder  $**p < 0,005$ ).

Item	min. zwei Mal in der vergangenen Woche (Angaben in %)	m	w
<b>Psychisches Wohlbefinden</b>			
1. Ich habe viel gelacht und Spaß gehabt. (n=451, m=228, w=223)	87,8%	89%	86,6%
2. Ich habe sorgenfrei „in den Tag hinein gelebt“. (n=447, m=226, w=221)	60%	65,9%	53,8%
<b>Ängstlichkeit und Depressivität</b>			
3. Ich habe mich sehr einsam gefühlt.** (n=447, m=227, w=220)	14,5%	10,1%	19,1%
4. Ich habe mir große Sorgen über die Zukunft gemacht.** (n=447, m=227, w=220)	27,1%	22%	32,3%
5. Ich hatte Schwierigkeiten einzuschlafen. (n=450, m=228, w=222)	33,3%	28,9%	37,9%
<b>Selbstwertprobleme</b>			
6. Ich hatte Spaß mit Freunden. (n=448, m=226, w=222)	86,4%	87,6%	85,1%
7. Ich habe mich gut gefühlt.* (n=447, m=226, w=221)	85,4%	89,8%	81%
8. Ich fand, dass alles in meinem Leben o.k. war. (n=449, m=227, w=222)	68,1%	69,6%	66,7%
9. Ich bin gut mit Erwachsenen ausgekommen. (n=450, m=228, w=222)	86,9%	88,6%	85,1%

In Tabelle 14 wird in der ersten Zeile ersichtlich, dass fast 90% der Befragten angaben, in der vergangenen Woche viel gelacht und Spaß gehabt zu haben. Fast so viele sagten, sie hatten Spaß mit Freunden und hätten sich gut gefühlt. Im Gegenzug gaben aber auch nur 60% an, in der vergangenen Woche „sorgenfrei“ in den Tag hinein gelebt zu haben (hell grau hinterlegt). Die verbleibenden 40% haben sich Sorgen gemacht. Dies spiegelt sich wieder bei dem Item (4.). Knapp 30% der Befragten gaben an, sich in der vergangenen Woche mehrmals große Sorgen über die Zukunft gemacht zu haben. Darüber hinaus hatten ebenso viele Schwierigkeiten einzuschlafen. Was genau den Befragten „Sorgen“ macht, können die Daten nicht darlegen,

dass sie aber mit einer recht hohen Sorgelast betraut sind, stellen sie recht eindeutig zur Schau. Bei zweiter Betrachtung fallen die drei dunkel grau hinterlegten Kästchen in den Blick. Hierbei handelt es sich um Items, in denen sich die Angaben Befragter nach Geschlecht statistisch signifikant unterscheiden. Mädchen fühlen sich eher einsam als Jungen, machen sich häufiger Sorgen über die Zukunft und gaben seltener an, sich in der vergangenen Woche „gut gefühlt“ zu haben. Die, für das physische Wohlbefinden herausgearbeiteten Geschlechtseffekte, zeigen sich auch an dieser Stelle des psychischen Wohlbefindens Befragter wieder. Auf einen dritten und letzten Blick fallen dann noch zwei weitere Effekte auf, die in der Tabelle 14 nicht direkt abgebildet, aber durch die Hervorhebung der Rahmen bei Item (3.) und (6.) gekennzeichnet wurden. Hier lassen sich statistisch signifikante Effekte der Wohnverhältnisse, dem kulturellen und ökonomischen Kapital im Vergleich der Mittelwerte nachweisen.<sup>38</sup> Jugendliche, die ihre Wohnverhältnisse und ihre finanzielle Situation schlechter bewerteten, gaben statistisch signifikant häufiger an, sich in der vergangenen Woche einsam gefühlt und seltener Spaß mit Freunden gehabt zu haben. Diejenigen, die das „kulturelle Kapital“ ihrer Familie, in Form vorhandener Literatur, schlechter einschätzen, gaben auch an, seltener Spaß mit Freunden gehabt zu haben. Ein sozioökonomischer Effekt auf das psychische Wohlbefinden lässt sich also durchaus erkennen.

Ähnliche Ergebnisse lassen sich auch der KiGGS-Untersuchung entnehmen. Der Mehrheit Heranwachsender geht es zunächst einmal gut (vgl. RKI 2013). Mit Blick auf die oben skizzierten Effekte hängt die Einschätzung psychischen Wohlbefindens aber einerseits mit dem Geschlecht Befragter und darüber hinaus mit ihrer sozialen Herkunft zusammen (vgl. ebenda). Das Geschlecht Befragter nimmt Einfluss auf die Einschätzung psychischen Wohlbefindens, wenn auch schwächer als bei Indikatoren physischen Wohlbefindens (vgl. Hölling et al. 2014; Ravens-Sieberer et al. 2007). Bei Mädchen sind emotionale Probleme stärker ausgeprägt als bei Jungen, Jungen hingegen neigen zu Hyperaktivität und aggressiven Verhaltensweisen (vgl. Hölling et al. 2014). Ersteres zeigt sich deutlich in den hier vorliegenden Ergebnissen der Items (3.), (4.) und (7.). Mädchen machen sich mehr Sorgen, fühlen sich eher einsam und seltener „gut“. Auch weist die Basiserhebung und Welle 1 der KiGGS-Studie einen deutlichen Effekt der sozialen Lage Befragter auf die Einschätzung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach (vgl. ebenda; Ravens-Sieberer et al. 2007b), die sich ähnlich in den hier vorliegenden Daten nachvollziehen lässt. Dieser Effekt lässt sich jedoch nur im Vergleich der Mittelwerte, nicht aber aus den Korrelationsmatrixen erkennen. Wohingegen Kinder und Jugendliche mit einem mittleren oder niedrigen Sozialstatus, nach der KiGGS-Studie, sehr eindeutig eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweisen (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2007b; RKI 2013), lassen sich in der hier vorliegenden Untersuchung nur leichte Zusammenhänge zwischen dem Wohlbefinden und den Wohnverhältnissen, dem kulturellen Kapital und der

---

<sup>38</sup> Die berechneten Mittelwertsvergleiche wurden mit den standardisierten Hauptkomponenten „Wohnverhältnisse“, „kulturelles Kapital“ und „ökonomisches Kapital“ berechnet.

finanziellen Lage Befragter identifizieren. Dabei ist jedoch einerseits zu beachten, dass die Daten in Selbstauskunft befragter Jugendlicher erfasst wurden und damit nicht unreflektiert anzunehmen sind und darüber hinaus, dass sich die Altersspanne der Untersuchungspopulationen von den Altersklassen der KiGGS-Studie unterscheidet. Die KiGGS-Untersuchung bezieht sich auf Kinder und Jugendliche im Alter von 3-17 Jahren, die hiesige umfasst primär die Gruppe 15 bis 16-Jähriger. In dieser späteren Altersspanne gilt die empirische Evidenz für Zusammenhänge sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit noch als gering, da insbesondere in der Adoleszenz multiple Statusindikatoren an Bedeutung gewinnen und der Einfluss der Herkunftsfamilie sich zunehmend verringert (vgl. Homfeldt 2010). Der soziale Gradient, in Bezug auf die Gesundheit, ist in der Kindheit und dem Erwachsenenalter deutlich ausgeprägt, verringert sich jedoch in der Adoleszenz stark (vgl. Murasko 2007). Allgemein hinzukommend weisen empirische Zusammenhänge zwischen dem sozioökonomischen Status und subjektiven Wohlbefinden, in gut situierten Gesellschaften, eine noch immer als gering einzuschätzende empirische Evidenz auf (vgl. Otto et al. 2013). Man bewegt sich hier allem Anschein nach auf empirisch noch unsicherem Terrain. Sozioökonomische Unterschiede in Bezug auf die Gesundheit liegen in der Jugendphase zwar vor, wirken sich aber häufig erst in ihrer Messbarkeit und damit auch empirischen Evidenz in der Zukunft aus (vgl. Franzkowiak et al. 2001; Homfeldt 2010). Dies zeigt sich beispielsweise bei Belastungen, die aus gesundheitsriskanten Verhaltensweisen oder gesundheitlichen Belastungen der Jugend resultieren. Zudem nimmt der Einfluss der Herkunftsfamilie in der Jugendphase in der Regel ab und der von Freunden, Peers und anderen Sozialisationsinstanzen zu (vgl. ebenda). Jugendliche wenden sich ganz bewusst von ihrer Familie ab und versuchen einen eigenen Lebensstil zu etablieren. Der Einfluss gesundheitsbezogener sozioökonomischer Benachteiligung der Herkunftsfamilie kann sich demnach in der Adoleszenz, auch durch Abgrenzungsmechanismen, abmildern.

Zudem konstatiert die KiGGS-Untersuchung einen Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Schmerzen in den letzten drei Monaten (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2007b) sowie weiteren physischen und psychischen Auffälligkeiten und Beschwerden, die mit einer Einschränkung in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einhergehen (vgl. Ellert et al. 2014). Am deutlichsten zeige sich dieser Effekt bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten (vgl. ebenda). Ähnliche Zusammenhänge weist die hier vorliegende Datenmatrix ebenfalls auf. Zwischen dem physischen und psychischen Wohlbefinden befragter Jugendlicher sind statistisch deutliche Zusammenhänge erkennbar. Betrachtet man alleine die Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands Befragter, so hängt dieser statistisch signifikant mit ihren Angaben darüber zusammen, ob sie sorgenfrei in den Tag leben ( $r$  0,356), sich über die Zukunft sorgen ( $r$  0,226), sich gut fühlen ( $r$  0,352) oder der Überzeugung sind, dass alles in ihrem Leben o.k. ist ( $r$  0,305). Angaben über körperliche Schmerzen hängen mit Gefühlen der Einsamkeit ( $r$  0,274), von Zukunftssorgen ( $r$  0,183) und Schlafschwierigkeiten ( $r$

0,289) zusammen (siehe Anhang). Diese und viele weitere sehr eindeutige Korrelationen geben Auskunft darüber, dass sich physische und psychische Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in ihrem Erleben Befragter gegenseitig bedingen. Eine schlechtere Einschätzung der eigenen psychischen Verfassung geht mit einer pessimistischeren Einschätzung der körperlichen Konstitution einher und umgekehrt. Das Erleben von Belastungen und Schmerzen lässt sich nicht einer spezifischen (körperlichen oder psychischen) Ursachenquelle zuweisen, sondern steht in einem biopsychosozialen Zusammenhang in der Gesamtschau von Wohlbefinden. Dies legt einen tieferen Einblick in mögliche Prävalenzen für Verhaltensauffälligkeiten in der Untersuchungspopulation nahe.

Psychische Auffälligkeiten können zu weitreichenden Beeinträchtigungen, im körperlichen und psychischen Wohlbefinden sowie sozialen Interaktionen im Alltag, Schule und Beruf führen (vgl. RKI 2014). Dies zeigen ja bereits Zusammenhänge des physischen und psychischen Wohlbefindens Befragter. Hinzukommend bestehen psychische Auffälligkeiten im Jugendalter häufig bis in das Erwachsenenalter fort und erhöhen so die Wahrscheinlichkeit einer manifesten psychischen Störung (vgl. ebenda). Daher waren auch Prävalenzen für psychische Auffälligkeiten, neben der Erfassung psychischen Wohlbefindens, zwingend mit in den Blick zu nehmen. Im vorliegenden Fragebogen wurden sie anhand von 12 Items des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (vgl. Goodman 1997), ergänzt durch zwei Indikatorvariablen des SPS-J zur Erfassung von Ängstlichkeit und Depressivität (vgl. Hampel/Petermann 2005), ermittelt. Die Antwortmöglichkeiten für Items des SDQ wurden anhand zweier Ausprägungen mit „trifft eher nicht zu“ und „trifft eher zu“ vorgegeben und den beiden Antwortmöglichkeiten Werte von 0 oder 1 zugeordnet. Die Items aus dem SPS-J wurden im Fragebogen mit einer Viererskala erfasst<sup>39</sup> und hier zur Vergleichbarkeit auf eine Skala von 0 bis 1 umkodiert. Aus den im Fragebogen nun erhobenen 14 Indikatorvariablen wurde ein erklärstarkes Hauptkomponentenmodell mit insgesamt vier Hauptkomponenten, die 48,6% der Varianz des Merkmals von Prävalenzen für Verhaltensauffälligkeiten an der ihr zugrunde liegenden Korrelationsmatrix erklärt, gebildet. Die vier Hauptkomponenten bilden die Dimensionen (1.) Zukunftssorgen, Einsamkeit und Freudlosigkeit, (2.) Beherrschungslosigkeit, Aggression und Wut, (3.) Hilfsbereitschaft und soziales Verhalten und (4.) Beliebtheit und Anerkennung im Freundeskreis ab. In ihrer Namensgebung weichen sie von den ursprünglichen Bezeichnungen des SDQ und des SPS-J ab. Die Namensgebung orientierte sich stärker an den Inhalten einfließender Indikatorvariablen (das detaillierte Hauptkomponentenmodell mit den Ladungen einzelner Indikatorvariablen befindet sich im Anhang):

---

<sup>39</sup> Die verwendeten Items entstammen der Fragebatterie zur Erfassung des psychischen Wohlbefindens Befragter, die dort in einer Viererskala angegeben wurden. Da das Ursprungsinstrument (SPS-J) der Erhebung psychischer Störungen im Jugendalter dient, wurden zwei Items zur Erfassung von Ängstlichkeit und Depressivität, die sich nach statistischer Analyse als besonders geeignet zeigten, hier erneut verwendet.

1. Zukunftssorgen, Einsamkeit und Freudlosigkeit

( $m=4$ ,  $\alpha$  0,603,  $n=442$ , 14,4% Varianzerklärung)

- Ich habe mir große Sorgen über die Zukunft gemacht.
- Ich habe mich sehr einsam gefühlt.
- Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss oft weinen.
- Ich mache mir häufig Sorgen.

2. Beherrschungslosigkeit, Aggression und Wut

( $m=4$ ,  $\alpha$  0,433,  $n=447$ , 12,5% Varianzerklärung)

- Ich schlage mich häufig; ich kann andere zwingen zu tun was ich will.
- Andere behaupten oft, dass ich lüge oder moegele.
- Ich werde leicht wütend; verliere oft meine Beherrschung.
- Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht.

3. Hilfsbereitschaft und soziales Verhalten

( $m=3$ ,  $\alpha$  0,444,  $n=450$ , 10,9% Varianzerklärung)

- Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern, Gleichaltrigen).
- Ich bin hilfsbereit wenn andere verletzt, krank oder traurig sind.
- Ich versuche nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig.

4. Beliebtheit und Anerkennung im Freundeskreis

( $m=3$ ,  $\alpha$  0,495,  $n=439$ , 10,7% Varianzerklärung)

- Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt.
- Ich habe einen oder mehrere gute Freunde.
- Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert.

Gleich auf den ersten Blick fallen zwei bekannte Charakteristika bei Verhaltensauffälligkeiten in der Jugendphase in der vorliegenden Untersuchung auf, die sich auch schon bei Angaben psychischen Wohlbefindens zeigten. Jungen neigen stärker zu nach außen gerichteten, externalen, aggressiven Verhaltensauffälligkeiten, Mädchen eher zu nach innen gerichteten, internalen Auffälligkeiten (vgl. Ottova et al. 2013). Anhand exemplarischer Indikatorvariablen lassen sich diese Geschlechterdifferenzen auch in den hier vorliegenden Daten wieder finden. Insgesamt gaben fast 30% der Befragten an ( $n=447$ ), sich Sorgen über die Zukunft zu machen. Ein Fünftel der Jungen ( $n=227$ ), jedoch ein Drittel der Mädchen ( $n=220$ ). Zudem gaben knapp 20% der Mädchen, aber nur 10% der Jungen an, sich in der vergangenen Woche sehr einsam gefühlt zu haben. Umgekehrt zeigt es sich bei Indikatoren zur Erfassung von Prävalenzen für externale Verhaltensauffälligkeiten. 13% der Jungen gaben an, sich häufig zu schlagen sowie

andere dazu zwingen zu können zu tun, was sie wollen. Mädchen gaben an, in dieser Art seltener Zwang auf andere auszuüben (9%). Auch gaben Jungen (25%) deutlich häufiger als Mädchen (9%) an, andere würden behaupten, dass sie lügen oder mogeln. Zusammengefasst zeigt sich im Vergleich der Mittelwerte einzelner Items, dass sich Mädchen statistisch signifikant häufiger Sorgen um die Zukunft machen, sich unglücklich oder niedergeschlagen fühlen und Jungen hingegen häufiger angeben, andere würden behaupten, dass sie mogeln oder lügen.

Ferner betont die KiGGS-Untersuchung einen Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und Prävalenzen für Verhaltensauffälligkeiten (vgl. RKI 2014). Dieser Zusammenhang kann in den hier vorliegenden Daten jedoch kaum gefunden werden. Lediglich Angaben zur finanziellen Lage Befragter korrelieren schwach mit dem Item, nett zu anderen Menschen zu sein ( $r = 0,180$ ,  $p <= 0,005$ ). Darüber hinaus stehen weder das Einkommen noch die Wohnverhältnisse oder Schulbildung Befragter in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit Prävalenzen für Verhaltensauffälligkeiten. Dies kann ähnlich, wie bei Angaben zum psychischen Wohlbefinden Befragter, erklärt werden. Einerseits können die zugrunde liegenden Merkmale sozio-ökonomischer Unterschiede erhebungsbedingten Verzerrungen unterliegen und die Untersuchungspopulation bildet andererseits eine leicht abweichende, enger gefasste Altersklasse ab, in der neben dem sozialen Gradienten, lebenslaufbezogene Determinanten stärker wirksam werden könnten. Diese können sich abmildernd auf sozial bedingte gesundheitsbezogene Chancenungleichheit (zumindest temporär) auswirken.

Zusammengefasst zeigen sich geschlechtsbezogene Effekte auf Prävalenzen für Verhaltensauffälligkeiten, aber kaum nachweisbare Zusammenhänge zur sozialen Lage Befragter. Auffällig bleiben aber bei Jungen – und Mädchen sogar noch ausgeprägter vorhanden<sup>40</sup> – recht hohe Hinweise auf Sorgen in Bezug auf die eigene Zukunft. 65% aller Befragten ( $n=448$ ) machen sich häufig Sorgen im Allgemeinen, rund ein Viertel gab an, häufig unglücklich oder niedergeschlagen zu sein und fast ein Drittel, sich in der vergangenen Woche mindestens zwei Mal Sorgen über die Zukunft gemacht zu haben. Diese hohen Sorgen Befragter können mitunter aufgrund ihrer aktuellen Lebenssituation erklärt werden. In der Adoleszenz gilt es mitunter, eigenen und fremden Qualifikationsansprüchen gerecht zu werden, um sich langfristig einen Platz im Erwerbsektor zu sichern. Der Weg dahin ist heute jedoch mit vielen Unsicherheiten, pluralisierenden Lebensentwürfen und Biografieverläufen sowie hohen Zuschreibungen individuellen Gestaltens, aber auch Scheiterns verbunden. Pluralisierende Lebensverläufe, aktuelle gesellschaftliche Transformationen, die steigende Bedeutung von Eigenverantwortung für Gesundheit, Fitness und Leistung führend zunehmend zur Überforderung (vgl. Sting 2010). Ein hoher psychischer Druck lastet auf der Adoleszenz und macht eine lebensphasensensible

---

<sup>40</sup> Mädchen weisen im Vergleich der z-standardisierten Hauptkomponentenwerte statistisch signifikant stärkere Ausprägungen von Zukunftssorgen als Jungen auf.

Betrachtung unumgänglich. Jugend heute findet unter immer mehr steigendem Druck der Forderung von Selbstentfaltung und Selbstverwirklichung statt. Einerseits bietet sich ein Markt an Möglichkeiten, der andererseits Orientierungen und Halt in der Entwicklung reduziert und das Individuum immer stärker in die eigene Verantwortung nimmt. Daher sollte es kaum verwunderlich erscheinen, dass die Bewältigung von jugendtypischen Entwicklungsaufgaben im engen Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit steht bzw. die nur teilweise oder nicht erfolgte Bewältigung der damit verbundenen Ansprüche sich dann häufig in Form psychischer Auffälligkeiten äußern (vgl. Hurrelmann 2007; Quenzel 2015). Es scheint also nicht zu verwundern, dass die aktuelle Jugendgesundheitsberichterstattung für Deutschland mehrheitlich zu dem Konsens kommt, dass psychische und psychosomatische Störungen sowie chronische und allergische Beschwerden zugenommen haben (vgl. RKI 2007, 2013, 2014; WHO 2011).

#### *5.1.2.1 Habituelles subjektives Wohlbefinden*

Neben der Messung rein körperlichen und psychischen Wohlbefindens, kam im Fragebogen die Habituelle subjektive Wohlbefindens-Skala (HSWBS) zum Einsatz (Dahlbert 1992). Mit diesem Instrument wird subjektives Wohlbefinden als kognitive Dimension (allgemeine Lebenszufriedenheit) und emotionale Dimension (Stimmungsniveau) erfasst (vgl. ebenda). Die Antwortmöglichkeiten reichten in vier Abstufungen von „stimmt genau“ bis „stimmt überhaupt nicht“ und wurden mit Zahlenwerten von 1 bis 4 kodiert (höhere Werte weisen auf eine positivere Bewertungen des Wohlbefindens hin).

Knapp 80% sind mit ihrem Leben zufrieden und 70% der Befragten sagten, ihr Leben könnte kaum glücklicher sein als es ist (n=449). Auch mit Bezug auf das Stimmungsniveau gaben gut 75% an, sich meist ziemlich fröhlich zu fühlen. Ein erfreuliches Ergebnis, wenn man zusammenfasst, dass gut drei Viertel aller Befragten sich sehr glücklich und zufrieden mit ihrem Leben fühlen. Damit bleibt jedoch noch ca. ein Drittel übrig, das ihr Leben als weniger glücklich bewertet und gut ein Viertel, die sich nicht so fröhlich fühlen wie die anderen Befragten. Unterschiede bei den Mittelwerten der Einzelitems lassen sich bezüglich des Geschlechts, der Schulform und sozioökonomischen Lage Befragter identifizieren<sup>41</sup>. Mädchen sind statistisch signifikant seltener der Überzeugung, ihr Leben könnte kaum glücklicher sein als es ist und stimmen seltener als Jungen zu, mit ihrem Leben zufrieden zu sein. Jugendliche, die eine höhere Schulform besuchen, sind stärker der Überzeugung, viel von dem erreicht zu haben, was sie erstreben und zufrieden zu sein, wenn sie auf ihr Leben zurück blicken. Letzteres zeigt sich auch bei Befragten, die in der Gesamtschau bessere Wohnverhältnisse für sich und ihre Familie angegeben haben. Darüber hinaus lässt sich ein empirischer Beleg dafür finden,

---

<sup>41</sup> Die Mittelwertvergleiche wurden mit Indikatorvariablen der Hauptkomponenten „alltägliches Wohlbefinden“, „Lebenszufriedenheit“ und „Stimmungsniveau“ durchgeführt, die im folgenden Kapitel, über das Strukturmodell biopsychosozialer Gesundheit, differenziert dargestellt und erläutert werden.

dass Geld (doch) glücklich macht. Jugendliche, die ihre finanzielle Lage besser einschätzten, fühlen sich fröhlicher, halten sich eher für eine glückliche Person, sind mit ihrer Lebenssituation eher zufrieden und sehen, nach eigener Angabe, eher die Sonnenseiten des Lebens. Damit bleibt jedoch offen, ob die Befragten nicht vielleicht grundsätzlich optimistischer eingestellt sind und so Finanzen und Lebensglück pauschal besser einschätzen. In der Korrelationsmatrix lassen sich die Zusammenhänge von Geld und Glück jedenfalls nicht bestätigen.

Ein schwächer ausgeprägtes Stimmungsniveau und Lebenszufriedenheit weiblicher Befragter konstatiert auch Dahlbert aus Untersuchungen in der Konstruktstichprobe (vgl. ebenda 1992). Darüber hinaus konnten Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitszustand und Depressionen mit dem alltäglichen Wohlbefinden gefunden werden (vgl. ebenda). Auch in den hier vorliegenden Daten zeigen sich statistisch signifikante Korrelationen zwischen der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands Befragter und ihrem alltäglichen Wohlbefinden ( $r\ 0,395$ ). Auch mit Zukunftssorgen, Einsam- und Freudlosigkeit, dem Merkmal, das auf Items zur Erfassung von Ängstlichkeit und Depressivität zurückzuführen ist, zeigen sich statistisch signifikante Zusammenhänge zum Wohlbefinden Befragter ( $r\ -0,212$ ). Für einen Vergleich sozioökonomischer Faktoren kann nur auf die Datenlage zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität (vgl. RKI 2007, 2013) und die Bewertung des Lebens (vgl. WHO 2011) zurückgegriffen werden. Weder die KiGGS- noch die WHO-Untersuchung haben die HSWB-Skala verwendet. Wo jedoch im Vergleich gesundheitsbezogener Lebensqualität und sozioökonomischen Indikatoren durchweg eher schwache Zusammenhänge deutlich wurden, zeigen sich im Vergleich der Mittelwerte bei Einzelitems der HSWBS häufiger Effekte. Das alltägliche Wohlbefinden Befragter ist stärker davon abhängig, wie sie ihre Wohnsituation, kulturelles (auch Bildung) und ökonomisches Kapital bewerten. Die WHO bediente sich zur Messung der Lebenszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen der Cantril Ladder (vgl. Cantril 1965). Hierbei zeigt sich im Geschlechterkontrast ebenso, dass Mädchen mit ihrem Leben weniger zufrieden sind als Jungen (vgl. WHO 2011; Ottova et al. 2013). Da die Cantril Ladder auch im F-LGJ verwendet wurde, werden diese Ergebnisse im Folgenden differenzierter dargestellt.

Anhand der Cantril Ladder kann subjektive Lebenszufriedenheit anhand der Verortung des derzeitigen Lebens auf einer 10-stufigen Skala (Leitersprossen) erhoben werden (vgl. Cantril 1965; WHO 2011). Diese Form der Bewertung von Lebenszufriedenheit wird als zeitlich stabiles Konstrukt, mit hoher gesundheitswissenschaftlicher Relevanz, angesehen (vgl. WHO 2011). Es kann darlegen, inwieweit die Bewertung der eigenen Gesundheit in Zusammenhang mit dem subjektiven, physischen und psychischen Wohlbefinden steht. Zudem stehen Prävalenzen für psychische Auffälligkeiten, familiäre Beziehungsaspekte und Belastungen im Schulalltag in einem engen Zusammenhang mit der subjektiven Lebenszufriedenheit (vgl. ebenda). Die befragten Jugendlichen wurden gebeten, ihr derzeitiges Leben auf einer Leiter-

sprosse, von der niedrigsten Sprosse „das schlechteste denkbare Leben“ bis zur höchsten „das beste denkbare Leben“ zu verorten. Die Angaben waren mit Zahlenwerten von 0 bis 10 kodiert. Zur besseren Vergleichbarkeit mit der HBSC-Untersuchung wurden diese Stufen anschließend in vier Gruppierungen gegliedert und sind folgend mit entsprechenden Vergleichswerten dargestellt (vgl. WHO 2011, Faktenblatt „Lebenszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen“):

1. das schlechteste denkbare Leben mit einem Wert von 0, insgesamt 0,7%;  
davon 0,5% Mädchen und 0,9% Jungen (n=458)  
→ in der HBSC-Studie: insgesamt 0,4%;  
davon 0,4% Mädchen und 0,5% Jungen (n=4951)
2. eine eher geringe Lebenszufriedenheit mit Werten von 0-5, insgesamt 21,4%;  
davon 25,6% Mädchen und 17,3% Jungen (n=458)  
→ in der HBSC-Studie: insgesamt 15,8%;  
davon 18,7% Mädchen und 12,9% Jungen (n=4951)
3. eine hohe Lebenszufriedenheit mit Werten von 6-10 und insgesamt 78,6%;  
davon 74,4% Mädchen und 82,7% Jungen (n=458)  
→ in der HBSC-Studie: insgesamt 84,2%;  
davon 81,3% Mädchen und 87,1% Jungen (n=4951)
4. das beste denkbare Leben mit dem Wert 10 insgesamt 5,2%;  
davon 4,2% Mädchen und 6,3% Jungen (n=440)  
→ in der HBSC-Studie: insgesamt 11,2%;  
davon 10% Mädchen und 12,4% Jungen (n=4951)

Insgesamt gaben fast 80% der Befragten eine hohe subjektive Lebenszufriedenheit mit Werten von über sechs an. Ihr derzeitiges Leben bewerteten jedoch nur 5% der befragten Jugendlichen als *das denkbar beste Leben* mit einer zehn. Im Vergleich dazu sind die Befragten der HBSC-Untersuchung optimistischer. Hier sind rund 11% der Überzeugung, ihr derzeitiges Leben sei *das denkbar Beste*. Diese Angaben beziehen sich allerdings wieder auf die Altersgruppe 11- bis 15-Jähriger, wohingegen die Befragten in der vorliegenden Untersuchung mehrheitlich zwischen 15 und 16 Jahre alt waren. Da das Alter einen Einfluss auf die Bewertung subjektiven Wohlbefindens nimmt – je älter Jugendliche werden, desto kritischer betrachten sie ihr biopsychosoziales Befinden – sind die Ergebnisse wieder vor diesem Hintergrund zu betrachten. Neben altersspezifischen Einflüssen lassen sich zudem erneut geschlechtsspezifische Unterschiede erkennen. Mädchen geben seltener eine hohe Bewertung bzw. weisen häufigere Angaben zu einer tendenziell kritischer ausfallenden Bewertung ihres derzeitigen Lebens auf als Jungen (vgl. Ottova et al. 2013). Jungen hingegen liegen bei Angaben zum absolut *schlechtest denkbaren Leben* sowie bei Angaben zum *besten denkbaren Leben* vorne. Sie neigen ihrem Antwortverhalten entsprechend demnach eher als Mädchen zur Angabe von extremen Werten.

Dies stützen auch die HBSC-Daten (vgl. WHO 2011). Die Geschlechterunterschiede in der Bewertung des eigenen Lebens befragter Jugendlicher auf der Cantril Ladder erweisen sich jedoch nicht als statistisch signifikant. Ebenso wenig, wenn man sie im Vergleich mit Indikatoren ihrer sozioökonomischen Lage betrachtet. Wohl aber zeigen sich zweiseitig statistisch signifikante Korrelationen zwischen der Lebenszufriedenheit Befragter und ihrem alltäglichen Wohlbefinden ( $r\ 0,828$ ) sowie physischen Wohlbefinden ( $r\ 0,360$ ), Prävalenzen für Verhaltensauffälligkeiten ( $r\ -0,281$ ) und dem Familienklima ( $r\ 0,258$ ), wie sie auch die HBSC-Untersuchung konstatiert (vgl. WHO 2011).

Abbildung 10: Darstellung der Cantril Ladder, wie sie auch im Fragebogen abgebildet wurde. Die Jugendlichen haben dabei ihr derzeitiges Leben mit Ankreuzmöglichkeiten neben den Zahlen direkt auf der Leiter angegeben.

10	das beste denkbare Leben	5,2 % bewerteten ihr Leben als das beste denkbare Leben (n=440).
9		Gut 70% der befragten Jugendlichen (n=440) berichteten über eine hohe Lebenszufriedenheit (>6,7).
8		
7	Die befragten Jungen (n=224) bewerteten ihr Leben im Durchschnitt mit einer 7,14.	Im Durchschnitt bewerteten alle Befragten ihr Leben auf der Stufe 7 (n=440).
6	Mädchen (n=216) bewerteten ihr Leben leicht schlechter mit einer 6,8 im Durchschnitt.	
5		Ein Viertel der Befragten (n=440) sieht ihre derzeitige Lebenszufriedenheit im Mittelfeld angesiedelt (3,4 bis 6,6).
4		
3		
2		Ca. 5% bewerteten ihr Leben schlecht (<3,3; n=440).
1		
0	das schlechteste denkbare Leben	

Zusammengefasst: „Den allermeisten Mädchen und Jungen in Deutschland geht es gut.“ (RKI 2013, 7) Dieses in der ersten Welle der KiGGS-Untersuchung konstatierte Gesamtresümee kann mit den vorliegenden Daten bekräftigt werden. Den meisten der befragten Mädchen und Jungen geht es gut. 70% berichteten über eine hohe Lebenszufriedenheit, gut zwei Drittel sagten, sie seien in der vergangenen Woche annähernd schmerzfrei gewesen, fast 80% schätzten ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut bis sehr gut ein, ca. 85% fühlten sich in der vergangenen Woche gut und knapp die Hälfte der Jungen und Mädchen gab eine geringe körperliche Beschwerdelast an. Aber dennoch zeigt sich auch eine andere Seite. Neben diesem positiven Ergebnis lassen sich immerhin 5% identifizieren, die unter einem hohen Beschwerdedruck leiden, 10%, die angaben, in der vergangenen Woche häufig unter Schmerzen gelitten zu haben, gut ein Fünftel, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als schlecht bis sehr schlecht bewerteten, fast 15%, die sich in der vergangenen Woche selten bis gar nicht gut fühlten und sogar ein Drittel, die unter bis zu vier somatischen Erkrankungsbildern litten. Hierbei wurden an der vorliegenden Datenmatrix insbesondere Geschlechtereffekte identifiziert, die sich durch andere Untersuchungen belegen lassen. Mädchen bewerten ihre Gesundheit (vgl. RKI 2007,

2013), ihre Lebenszufriedenheit, psychisches Wohlbefinden und physische Konstitution deutlich kritischer als Jungen (vgl. Ottova et al. 2013; WHO 2011). Auch weisen Mädchen höhere Prävalenzen für psychosomatische Erkrankungen auf. Mit Blick auf physische Indikatoren konnten in der vorliegenden Untersuchung fast durchweg statistisch signifikante Geschlechtereffekte identifiziert werden. Im Falle psychischen Wohlbefindens sind diese nicht mehr in gleicher statistischer Signifikanz vorhanden, lassen sich aber auch nicht negieren. Ein Alterseffekt in lebenslaufperspektivischer Betrachtung, wie er bspw. in der HBSC-Untersuchung oder dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey gefunden werden konnte, lässt sich anhand der vorliegenden Datenmatrix nicht belegen. Dies hängt mit der kleinen Spannweite des Alters der Teilnehmer zusammen, die mehrheitlich 15 oder 16 Jahre alt sind. Vergleicht man jedoch die vorliegende Untersuchung mit Daten des RKI und der WHO so scheint es plausibel, dass sich einige der Unterschiede durch Alterseffekte erklären lassen.

Gesundheitliche Ungleichheit kann und soll hier jedoch nicht alleine durch das Geschlecht und Indikatoren der sozioökonomischen Lage der Befragten analysiert werden. Wenn auch die geschlechtersensible Bearbeitung gesundheitsrelevanter Aspekte in der Lebenswelt Jugendlicher anhand der vorliegenden Untersuchung ergänzend bekräftigt werden kann, sind hier weitere Aspekte der jugendlichen Lebenslage und Lebenswelt hinzuzuziehen. Die individuelle gesundheitliche Konstitution, das Lebensumfeld, die Familie, Freunde und Schule wurden daher als einflussnehmende Merkmale auf die jugendliche Gesundheit ergänzt. Um nun eine komplexe Analyse verschiedener Einflussgrößen zu gewährleisten, wurden die beschriebenen Variablen und Skalen zur Messung der Gesundheit der Befragten auf sechs erklärstarke Dimensionen (Hauptkomponenten) reduziert. Durch diese Reduktion einzelner Variablen auf erklärstarke Dimensionen gewinnen diese an Komplexität und ermöglichen so eine globale Betrachtung statistischer Zusammenhänge verschiedener Merkmale. Mithilfe dieses Verfahrens kann im Folgenden analysiert werden, inwieweit lebenslagen-, -phasen und -weltliche Aspekte, insbesondere im Zusammenhang mit der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, sowie personale und umweltbezogene Ressourcen einen statistisch signifikanten Einfluss auf die wahrgenommene biopsychosoziale Gesundheit der Befragten nehmen.

### **5.1.3 Ein Strukturgleichungsmodell biopsychosozialer Gesundheit**

Anhand von insgesamt 30 Variablen zur Einschätzung ihrer subjektiven biopsychosozialen Gesundheit, die oben bereits erläutert wurden, konnte ein Strukturgleichungsmodell über sechs erklärstarke Hauptkomponenten für das Merkmal „biopsychosozialer Gesundheit“ der Befragten gebildet werden.<sup>42</sup> In dieser Hauptkomponentenstruktur (siehe Abbildung 11)

---

<sup>42</sup> Nach dem Bartlett-Test auf Spezifität erweisen sich die verwendeten Variablen, bei 435 Freiheitsgraden und einem ungefähren Chi-Quadrat von 5998,628, als signifikant vom Wert 0 abweichend. Diese Werte lassen weitere Strukturanalysen zu. Auch die Variablenauswahl erweist sich über das Kaiser-Meyer-Olkin-Maß mit einem Wert von .928 als *erstaunlich* gut geeignet (Backhaus 2008, 336). In der Analyse ergab sich als beste Rekonstruktion ein sechs-Komponenten-Modell, auf dessen Basis 60,1% der Varianz der, den Analysen zugrunde gelegten, Korrelationsmatrix aufgeklärt werden kann.

lassen sich 18,7% der Varianz der zugrundeliegenden Korrelationsmatrix durch die Hauptkomponente (1) *subjektives alltägliches (habituelles) Wohlbefinden* erklären. Die (2) Hauptkomponente *Lebensfreude und Lebenszufriedenheit* vermag 10,6% der Varianz der zugrunde liegenden Items begründen, die Hauptkomponente (3) *körperliche Erkrankungen* 9,4%, das *Stimmungsniveau* als (4.) Komponente im Modell 9,2% und die Hauptkomponente *körperliches Wohlbefinden* (5) 6,3%. Weitere 6% lassen sich durch die (6.) Hauptkomponente *Gefühle von Einsamkeit und Zukunftssorgen* erklären.

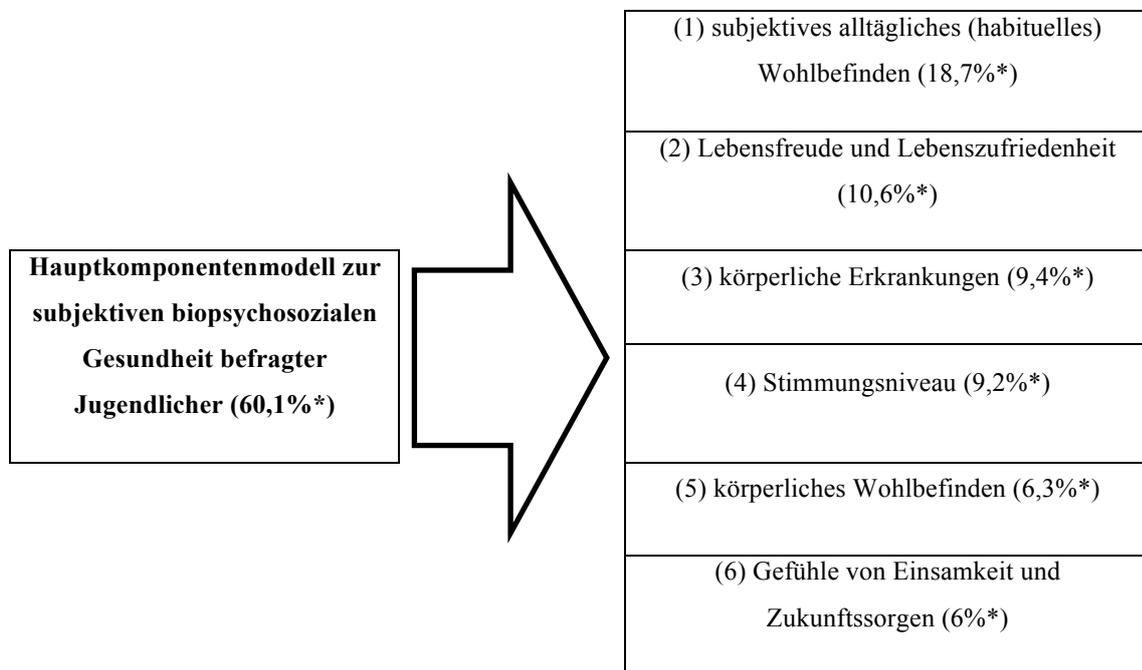


Abbildung 11: Hauptkomponentenmodell der subjektiven Angaben biopsychosozialer Gesundheit befragter Jugendlicher (\*durch die jeweilige Komponente aufgeklärte Varianz der Korrelationsmatrix in Prozent).

### 5.1.3.1 HK 1: Subjektives alltägliches (habituelles) Wohlbefinden<sup>43</sup>

Auf der ersten Komponente vereinen sich Items der HSWB-Skala (vgl. Dahlbert 1992) sowie die Bemessung der Lebenszufriedenheit auf der Cantril Ladder (vgl. Cantril 1965). Die interne Konsistenz dieser Hauptkomponente erweist sich als *exzellent* geeignet ( $\alpha$  0,891), die Dimension habituellen subjektiven Wohlbefindens und Lebenszufriedenheit der Befragten abzubilden (vgl. Backhaus 2008, 336). Die erste Hauptkomponente vereint Aussagen, die sich auf die allgemeine Lebenszufriedenheit – gegenwarts-, zukunfts- und vergangenheitsbezogen – sowie das Stimmungsniveau befragter Jugendlicher beziehen. Diese erste Hauptkomponente erklärt damit insgesamt 18,7% der Varianz, der zugrunde liegenden Korrelationsmatrix und erweist sich daher, im Vergleich zu anderen Hauptkomponenten, als die varianzstärkste (siehe Tabelle 15).

<sup>43</sup> Es handelt sich um ein Hauptkomponentenmodell, das jedoch zur besseren Verdeutlichung der einzelnen Dimensionen von Gesundheit einzeln erläutert wird.

Tabelle 15: Hauptkomponente 1: subjektives alltägliches (habituelles) Wohlbefinden.

Indikatorvariable	Komponentenladungen**	Hauptkomponente*
Wenn ich an mein bisheriges Leben zurück denke, so habe ich viel von dem erreicht, was ich erstrebe (V 84).	0,707	<b>subjektives alltägliches (habituelles) Wohlbefinden (m=10, <math>\alpha</math> 0,891, n=427, 18,7%***)</b>
Bewertung des Lebens, vom <i>denkbar schlechtesten</i> bis zum <i>denkbar besten</i> Leben, auf einer Leitersprosse (V 94).	0,7	
Ich bin mit meinem Leben zufrieden (V 86).	0,699	
Ich bin mit meiner Lebenssituation zufrieden (V 89).	0,686	
Ich glaube, dass mir die Zeit noch einige interessante und erfreuliche Dinge bringen wird (V 87).	0,68	
Ich glaube, dass sich vieles erfüllen wird, was ich für mich erhoffe (V83).	0,649	
Wenn ich so auf mein bisheriges Leben zurück blicke, bin ich zufrieden (V 92).	0,634	
Ich halte mich für eine glückliche Person (V 85).	0,634	
Ich fühle mich meist ziemlich fröhlich (V 82).	0,604	
Mein Leben könnte kaum glücklicher sein als es ist (V 81).	0,562	
* Orthogonale Einfachstruktur gemäß Varimax-Kriterium. ** Ladungen der Indikatorvariablen auf den Hauptkomponenten. *** Durch die jeweiligen Komponenten aufgeklärte Varianz der Korrelationsmatrix in Prozent.		

Die erste Hauptkomponente beschreibt ein alltägliches Gefühl innerer Zufriedenheit mit dem eigenen Leben. Sie vereint damit eine kognitive Dimension subjektiven Wohlbefindens, die sich auf die aktuelle Lebenssituation, die Vergangenheit und Zukunft bezieht mit emotionalen Aspekten, wie Glück und Fröhlichkeit. Zur Erfassung biopsychosozialer Gesundheit ermöglicht dies eine Beschreibung von Gesundheit, die losgelöst von einer Orientierung an rein physischen und psychischen Indikatoren orientiert ist. Einem biopsychosozialen Gesundheitsverständnis folgend, wird das alltägliche Wohlbefinden in dieser Untersuchung als eine wesentliche Bezugsgröße betrachtet. Gesundheitliche Einschränkungen werden erst in der subjektiven Bewertung einer Einschränkung zur Krankheit, Belastung oder Störung wirksam. Da sich das Erleben gesundheitlicher Einschränkungen unmittelbar in der Lebenswelt vollzieht und dementsprechend auch in ihr wirksam wird, kann dieser Hauptkomponente eine wichtige erklärende Kraft bei der Beschreibung subjektiver biopsychosozialer Gesundheit beigemessen werden. Das subjektive alltägliche Wohlbefinden korreliert stark mit der Dimension Stimmungsniveau Befragter (HK 4,  $r$  0,709). Weiterhin zeigen sich deutliche Zusammenhänge zur wahrgenommenen Lebenszufriedenheit und -freude (HK 2,  $r$  0,590) und dem Merkmal von Einsamkeit und Zukunftssorgen (HK 6,  $r$  -0,417).<sup>44</sup> Auch die physischen Dimensionen der körperlichen Erkrankungen (HK 3,  $r$  -0,289) und des körperlichen Wohlbefindens (HK 5,  $r$  0,396) weisen einen statistisch signifikanten Zusammenhang zum allgemeinen Wohlbefinden auf. Das alltägliche Wohlbefinden der Befragten korreliert darüber hinaus statistisch signifikant

<sup>44</sup> Pearson-Korrelationen des Summenscores über das subjektive alltägliche Wohlbefinden mit der Lebensfreude/-zufriedenheit, dem Stimmungsniveau und Gefühlen der Einsamkeit und Zukunftssorge (Korrelationen sind bei einem Niveau von  $p <= 0,001$  zweiseitig statistisch signifikant).

mit der von den Befragten besuchten Schulform ( $r\ 0,185$ ): desto höher das Qualifikationsniveau, desto höher auch die Einschätzung alltäglichen Wohlbefindens.

5.1.3.2 HK 2: Lebensfreude und Lebenszufriedenheit

Die zweite Hauptkomponente vereint Aussagen, die ein unbeschwertes und sorgenfreies Leben beschreiben. Die zugrunde liegenden Items entstammen dem KINDL<sup>R</sup>-Fragebogen zur Erfassung des psychischen Wohlbefindens der gesundheitsbezogenen Lebensqualität Jugendlicher (vgl. Ravens-Sieberer/Bullinger 2000) und dem Screening psychischer Störungen im Jugendalter zur Erfassung von Selbstwertproblemen (vgl. Hampel/Petermann 2005). Über die hier eingehenden Indikatorvariablen wird ein latentes Merkmal von Lebensfreude und -zufriedenheit abgebildet. Die verwendeten Items beschreiben ein freudvolles Leben; auch in der Gemeinschaft mit Freunden. Sie legen dar, den Alltag ohne Sorgen zu erleben und darüber hinaus mit dem eigenen Leben zufrieden zu sein. Auch wird ein Gefühl von Kraft und Ausdauer in dieses Merkmal integriert. Diese Hauptkomponente beschreibt Wohlbefinden im Sinne eines freudvollen und zufriedenstellenden Lebens.

Tabelle 16: Hauptkomponente 2: Lebensfreude und Lebenszufriedenheit.

Indikatorvariable	Komponentenladungen**	Hauptkomponente*
Ich habe viel gelacht und Spaß gehabt (V 99).	0,745	Lebensfreude und Lebenszufriedenheit ( $m=6$ , $\alpha\ 0,799$ , $n=446$ , $10,6\%***$ )
Ich hatte Spaß mit Freunden (V 104).	0,719	
Ich habe mich gut gefühlt (V 105).	0,701	
Ich habe sorgenfrei „in den Tag hinein“ gelebt (V 100).	0,63	
Ich fand, dass alles in meinem Leben O.K. war (V 106).	0,545	
Ich hatte viel Kraft und Ausdauer (V 98).	0,514	
* Orthogonale Einfachstruktur gemäß Varimax-Kriterium. ** Ladungen der Indikatorvariablen auf den Hauptkomponenten. *** Durch die jeweiligen Komponenten aufgeklärte Varianz der Korrelationsmatrix in Prozent.		

Die Hauptkomponente Lebenszufriedenheit und Lebensfreude korreliert im Summenscore statistisch signifikant mit dem Stimmungsniveau (HK 4,  $r\ 0,539$ ), dem körperlichen Wohlbefinden (HK 5,  $r\ 0,387$ ) und Gefühlen der Einsamkeit und Zukunftssorge (HK 6,  $r\ -0,380$ ). Sie steht darüber hinaus in einem Zusammenhang mit der wahrgenommenen Beschwerdelast anhand der Anzahl körperlicher Erkrankungen Befragter (HK 3,  $r\ -0,276$ ). Hinzukommend zeigt sich hier noch ein geringer Geschlechtereffekt ( $r\ -0,180$ ), der darlegt dass Mädchen ihre selbst wahrgenommene Lebensfreude und -zufriedenheit pessimistischer einschätzen als Jungen. Mit sozioökonomischen Merkmalen können keine statistisch signifikanten Zusammenhänge gefunden werden.

### 5.1.3.3 HK 3: Körperliche Erkrankungen

Die dritte Hauptkomponente bündelt den *physischen Beschwerdedruck* Befragter anhand des Merkmals körperlicher Erkrankungen über drei Indikatorvariablen: 1.) Angaben über akute Erkrankungen der vergangenen 12 Monate, 2.) die Summe akuter, chronischer und daraus extrahierter psychosomatischer Beschwerden und 3.) die isolierte Anzahl psychosomatischer Erkrankungen.

Tabelle 17: Hauptkomponente 3: körperliche Erkrankungen

Indikatorvariablen	Komponentenladungen**	Hauptkomponente*
Anzahl von akuten Erkrankungen der vergangenen 12 Monate (M 4,9).	-0,911	körperliche Erkrankungen (m=3, $\alpha$ 0,877, n=448, 9,4%***)
Anzahl aller Erkrankungen (akut, chronisch und psycho-somatisch) (M 5,6).	-0,904	
Anzahl von psychosomatischen Erkrankungen (M 2).	-0,837	
* Orthogonale Einfachstruktur gemäß Varimax-Kriterium. ** Ladungen der Indikatorvariablen auf den Hauptkomponenten. *** Durch die jeweiligen Komponenten aufgeklärte Varianz der Korrelationsmatrix in Prozent.		

Das Merkmal körperlicher Erkrankungen bildet so ein Maß des subjektiv, von den befragten Jugendlichen, selbst empfundenen Beschwerdedrucks ab, das darlegt, wie und in welcher Intensität sie körperliche Erkrankungen aktuell und mit Rückblick auf ihr vergangenes Leben erleb(t)en. Am stärksten korreliert die Hauptkomponente mit dem Merkmal körperlichen Wohlbefindens im Summenscore (HK: 5,  $r$  -0,487). Dieser Zusammenhang untermauert die Konstruktvalidität beider Merkmale miteinander: Eine hohe Angabe von körperlichen Erkrankungen hängt mit der physischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität zusammen. Darüber, und über die oben bereits benannten Zusammenhänge mit dem alltäglichen Wohlbefinden und der Lebensfreude, hinaus korreliert das Merkmal körperlicher Erkrankungen mit dem Stimmungsniveau (HK 4,  $r$  -0,232) und Gefühlen der Einsamkeit und Zukunftssorgen (HK 6,  $r$  0,269). Das physische und psychische Wohlbefinden Befragter ist nicht isoliert voneinander, sondern bedingt sich, wie sich hier erneut deutlich zeigt, gegenseitig. Eine höhere Anzahl körperlicher Beschwerden geht einher mit einer schlechteren Bewertung der psychischen Gesundheit und des alltäglichen Wohlbefindens, der Lebenszufriedenheit und dem Stimmungsniveau Befragter. Dieser Zusammenhang wurde, wie bereits beschrieben, auch in der KiGGS-Untersuchung deutlich hervorgehoben (vgl. RKI 2013). Zudem weist die Hauptkomponente zur Erfassung körperlicher Erkrankungen, und auch das sollte nach den bereits rezipierten Ergebnissen keine Überraschung sein, einen statistisch signifikanten Zusammenhang mit dem Geschlecht Befragter auf ( $r$  0,307). Jungen haben weniger Erkrankungen angegeben als Mädchen. Schulform, Wohnverhältnisse, kulturelles Kapital oder finanzielle Lage Befragter, so wie sie hier erfasst wurden, zeigen keine statistischen Zusammenhänge zur Anzahl körperlicher Erkrankungen Befragter.

#### 5.1.3.4 HK 4: Stimmungsniveau

Auf der vierten Hauptkomponente vereinen sich Items, die eine emotionale Dimension des alltäglichen subjektiven Wohlbefindens, das Stimmungsniveau befragter Jugendlicher, anhand der HSWBS erfassten (vgl. Dahlbert 2000). Das Merkmal Stimmungsniveau beschreibt auf dieser Hauptkomponente, wie die Befragten ihre Stimmung im Alltag bewerten und ob sie sich selbst als eher freudig und positiv auf ihr Leben blickend wahrnehmen.

Tabelle 18: Hauptkomponente 4: Stimmungsniveau

Indikatorvariablen	Komponentenladungen**	Hauptkomponente*
Ich bin selten in wirklicher Hochstimmung (V 90).	0,713	Stimmungsniveau (m=4, $\alpha=0,774$ , n=448, 9,2% ***)
Ich bin nicht so fröhlich wie die meisten Menschen (V 88).	0,693	
Ich fühle mich meist so, als ob ich vor Freude übersprudeln würde (V 93).	0,556	
Ich sehe im Allgemeinen mehr die Sonnenseiten des Lebens (V 91).	0,543	
* Orthogonale Einfachstruktur gemäß Varimax-Kriterium. ** Ladungen der Indikatorvariablen auf den Hauptkomponenten. *** Durch die jeweiligen Komponenten aufgeklärte Varianz der Korrelationsmatrix in Prozent.		

Neben den bereits beschriebenen Zusammenhängen korreliert das Stimmungsniveau Befragter statistisch signifikant mit dem körperlichen Wohlbefinden (HK 5,  $r$  0,302) und Gefühlen der Einsamkeit und Zukunftssorge (HK 6,  $r$  -0,353). Sozioökonomische oder Zusammenhänge mit dem Geschlecht bestehen nicht.

#### 5.1.3.5 HK 5: Körperliches Wohlbefinden

Hauptkomponente fünf fusioniert Indikatorvariablen, die das körperliche Wohlbefinden befragter Jugendlicher anlehnend an den KINDL<sup>R</sup>-Fragebogen erfassten (vgl. Ravens-Sieberer/Bullinger 2000) sowie die der subjektiven Bewertung ihres allgemeinen Gesundheitszustands (vgl. WHO 2011). Das Merkmal körperlichen Wohlbefindens bezieht sich auf Angaben Befragter, sich müde und erschöpft zu fühlen, sich krank zu fühlen und Schmerzen zu haben. Zudem wird die Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes, durch die Befragten selbst, dem Merkmal körperlichen Wohlbefindens zugeordnet. Die Bewertung des körperlichen Wohlbefindens geht damit über die Erfassung von Erkrankungen hinaus und orientiert sich an einer biopsychosozialen Empfindensebene von körperlichen Belastungen und Einschränkungen. Das körperliche Wohlbefinden kann so in Form eines subjektiven Sichbefindens, inwieweit sich die Befragten erschöpft, krank oder von Schmerzen erfüllt fühlen, verstanden werden.

Tabelle 19: Hauptkomponente 5: körperliches Wohlbefinden

Indikatorvariablen	Komponentenladungen**	Hauptkomponente*
Ich war müde und erschöpft (V 97).	0,678	körperliches Wohlbefinden (m=4, $\alpha$ 0,603, n=450, 6,3% ***)
Ich habe mich krank gefühlt (V 95).	0,61	
Ich hatte Schmerzen (V 96).	0,467	
Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands in vier Abstufungen (von sehr gut bis sehr schlecht) durch die Befragten (V 108).	0,461	
* Orthogonale Einfachstruktur gemäß Varimax-Kriterium. ** Ladungen der Indikatorvariablen auf den Hauptkomponenten. *** Durch die jeweiligen Komponenten aufgeklärte Varianz der Korrelationsmatrix in Prozent.		

Auch bei der Bewertung des körperlichen Wohlbefindens lässt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit dem von Befragten angegebenen Geschlecht nachweisen ( $r = -0,197$ ). Mädchen schätzen nicht nur die Anzahl akuter und psychosomatischer Erkrankungen höher, sondern gleichsam ihr körperliches Wohlbefinden schlechter ein als Jungen. Darüber hinaus korreliert das Merkmal körperlichen Wohlbefindens sehr deutlich mit Gefühlen der Einsamkeit und Zukunftssorge (HK 6,  $r = -0,401$ ). Dies zeigt sich noch einmal stärker als im bereits konstatierten Zusammenhang mit der Anzahl von Erkrankungen, der wahrgenommenen Beschwerdelast Befragter. Während es sich bei der Anzahl von Erkrankungen um ein „härteres“, quantifizierbares Kriterium für die Befragten handeln könnte, rechnen sie der Bewertung körperlichen Wohlbefindens, wie es hier ja auch abgebildet wird, eventuell eine stärkere psychosoziale Komponente zu. Dies könnte dazu geführt haben, dass sich das Erleben körperlichen Wohlbefindens stärker an der Befindensebene orientiert und so auch einen stärkeren negativen Zusammenhang mit Gefühlen der Einsamkeit und Sorge um die Zukunft aufweist. Ganz ähnlich zeigt es sich im Zusammenhang mit dem alltäglichen Wohlbefinden und der Lebensfreude Befragter. Diese Merkmale weisen einen stärkeren Zusammenhang zum körperlichen Wohlbefinden auf als zum Beschwerdedruck Befragter.

#### 5.1.3.6 HK 6: Gefühle von Einsamkeit und Zukunftssorgen

Auf der sechsten Hauptkomponente vereinen sich drei Items die Aspekte von Ängstlichkeit und Prävalenzen für Depressionen erfassen (vgl. Hampel/Petermann 2005). Inhaltlich legen sie dar, inwieweit die Befragten dazu neigen sich einsam zu fühlen, sich Sorgen über ihre Zukunft zu machen oder auch unter Einschlafschwierigkeiten zu leiden.

Tabelle 20: Hauptkomponente 6: Gefühle von Einsamkeit und Zukunftssorgen.

Indikatorvariablen	Komponentenladungen**	Hauptkomponente*
Ich habe mich sehr einsam gefühlt (V 101).	-0,728	Gefühle von Einsamkeit und Zukunftssorgen (m=3, $\alpha$ 0,534, n=452, 6% ***)
Ich habe mir große Sorgen über die Zukunft gemacht (102).	-0,678	
Ich hatte Schwierigkeiten einzuschlafen (V 103).	-0,434	
* Orthogonale Einfachstruktur gemäß Varimax-Kriterium. ** Ladungen der Indikatorvariablen auf den Hauptkomponenten. *** Durch die jeweiligen Komponenten aufgeklärte Varianz der Korrelationsmatrix in Prozent.		

Neben den bereits benannten Zusammenhängen zeigt sich hier ein Geschlechtereffekt. Das Geschlecht Befragter steht in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit Gefühlen der Einsamkeit und Zukunftssorge ( $r$  0,178). Bei diesem internal wirksam werdenden Merkmal psychischer Belastung im Alltag wurden bereits stärkere Prävalenzen weiblicher Befragter im ersten Analyseteil herausgearbeitet, die sich im komprimierten Merkmal nun ebenfalls wieder finden lassen. Mädchen neigen eher dazu, eine stark nach innen gerichtete Perspektive zu vertreten und zeigen damit auch eine stärkere Anfälligkeit für nach innen gerichtete psychische Auffälligkeiten. Zusammengefasst lassen die konstatierten Ergebnisse und Vergleiche mit der KiGGS- und WHO-Untersuchung die Annahme zu, dass das rekonstruierte Strukturgleichungsmodell nicht nur statistisch, sondern auch sachlogisch und theoriebasiert eine solide Grundlage für weitere Analysen bildet. Es konnte damit der folgenden Analyse weiterer Zusammenhänge und Wirkmechanismen als solide Basis dienen, um, auf Grundlage der Untersuchungspopulation, der Frage danach, was Jugendlichen hilft gesund zu bleiben, weiter nachzugehen.

## 5.2 Entwicklungsaufgaben und Gesundheit

Die Relevanz gelungener Bewältigung von Entwicklungsaufgaben für das biopsychosoziale Wohlbefinden in der Lebensphase Jugend wurde insbesondere im zweiten Kapitel dieser Arbeit bereits deutlich herausgearbeitet. Mit Blick auf die befragten Jugendlichen dieser Untersuchung stellt sich daher nun die Frage danach, inwiefern Anforderungen des (1.) akzeptieren körperlicher Veränderungen, (2.) des Aufbaus sozialer Beziehungen, (3.) der Qualifikation, (4.) der Regeneration und (5.) der Partizipation mit ihrer Gesundheit im Zusammenhang stehen. Wie sich im zweiten Kapitel bereits zeigte, sind die erfassten Merkmale auch dieser Analyse nicht isoliert voneinander zu betrachten. Sie greifen ineinander über und hängen häufig mit mehreren der Bewältigungsansprüche zusammen, was nun anhand der im F-LGJ erfassten Merkmale genauer erläutert wird (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21: Merkmale zur Erfassung eines Zusammenhangs von lebensphasentypischen Entwicklungsaufgaben und biopsychosozialer Gesundheit Jugendlicher in Anlehnung an Quenzel 2015.

Entwicklungsaufgabe	Charakteristika der Herausforderung	im F-LGJ erfasste Merkmale
(1) akzeptieren körperlicher Veränderungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>den sich entwickelnden Körper <i>bewohnen</i> lernen</li> <li>eine eigene (Geschlechter-)Identität sowie den präferierten Umgang mit Sexualität herausbilden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen (inkl. gesundheitsriskantes Ernährungsverhalten)</li> <li>Körperaufmerksamkeit und Gesundheitsfokussierung</li> </ul>
(2) Aufbau sozialer Bindungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>aktive Ausgestaltung des Umbaus sozialer Beziehungen mit dem Ziel sozialer Integration und Integrität                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Ablösung vom Elternhaus</li> <li>Beziehungen zu den Peers sowie intime Paarbeziehungen zu Gleichaltrigen</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Familienklima</li> <li>Bewertung des Freundeskreises</li> <li>soziale und gesundheitsbezogene Unterstützung</li> <li>Schulzufriedenheit und -motivation</li> <li>Soziales Miteinander in der Schule</li> </ul>
(3) Qualifizieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>aktive Ausgestaltung persönlicher Leistungsbereitschaft durch Entfaltung intellektueller und sozialer Kompetenz</li> <li>Verselbstständigung im Beruflichen</li> <li>Sicherung ökonomischer Unabhängigkeit mit dem Ziel einer unabhängigen Teilhabe am Kultur- und Konsummarkt sowie einer Selbstverwirklichung im Beruflichen</li> </ul>	
(4) Regenerieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>einen eigenen Lebensstil entwickeln, der es ermöglicht, die life-balance aufrecht zu erhalten</li> <li>zu einem kontrollierten und bedürfnisorientierten Umgang mit Freizeit-, Kultur- und Konsumangeboten kommen mit dem Ziel psychische und körperliche Kräfte zu regenerieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>jugendtypisches gesundheitsbezogenes Risikoverhalten (inkl. Zigaretten, Alkohol- und Drogenkonsum)</li> <li>sportliche Ertüchtigung</li> <li>Gesundheitsachtsamkeit im Alltag</li> </ul>
(5) Partizipieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fähigkeiten einer verantwortlichen gesellschaftspolitischen Partizipation</li> <li>Entwicklung moralischer und politischer Orientierungen</li> <li>Erwerb politischer Handlungsfähigkeiten</li> <li>Erlernen der Bedürfnis- und Interessensvertretung im sozialen Umfeld und der Öffentlichkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mitsprache bei, die eigene Gesundheit betreffenden, Themen und Entscheidungen</li> </ul>

### 5.2.1 Akzeptanz körperlicher Veränderungen

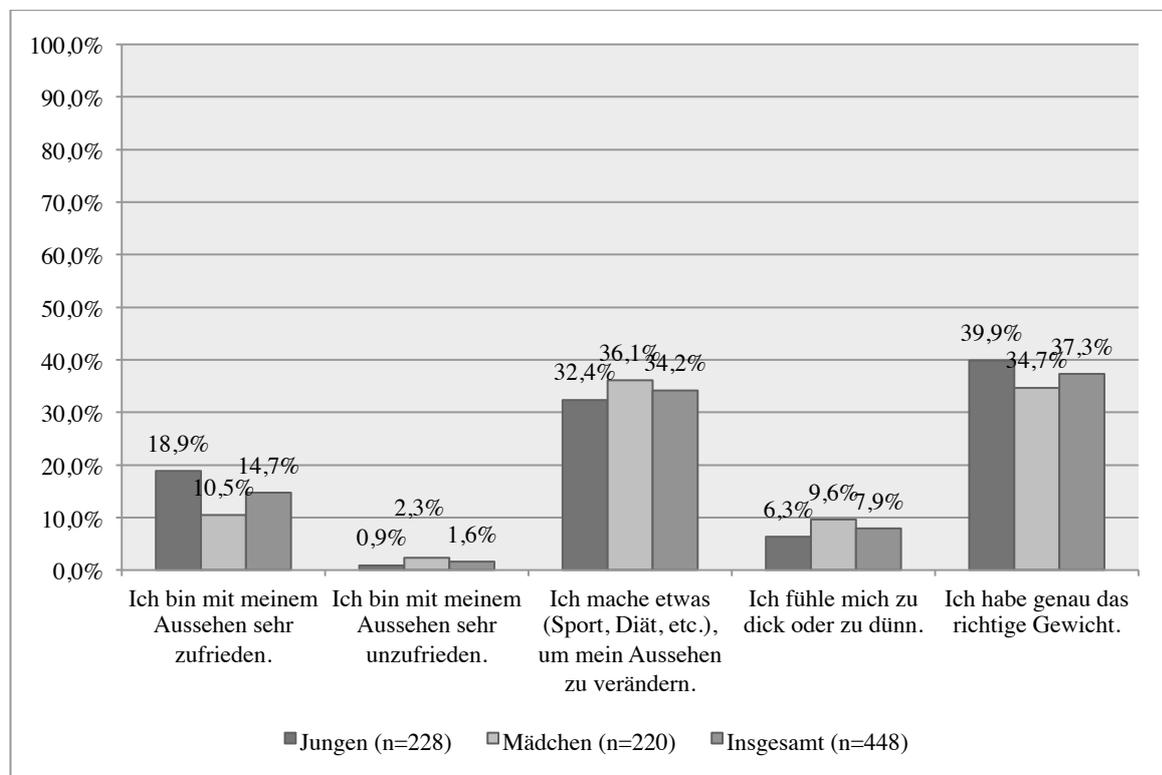
Es ist erstaunlich, dass der Körperaufmerksamkeit und dem damit verbundenen Umgang mit dem eigenen Körper und der eigenen Gesundheit in der sozialpsychologischen Forschung anscheinend noch immer zu wenig Interesse zukommt. Mit Blick auf gesundheitsbezogene Herausforderungen der Bewältigung jugendtypischer Entwicklungsaufgaben rückt die Selbstwahrnehmung und -zufriedenheit mit der Entwicklung des eigenen Körpers jedoch stark ins empirische Interesse (vgl. BMFSFJ 2009; Göppel 2011; Homfeldt 2014; Hübner-Funk 2003; Hurrelmann 2007; Quenzel 2015). Bislang lassen sich häufig eher einzelne Aspekte von Körperlichkeit in der gesundheitswissenschaftlichen Erfassung finden, wie bspw. die Zufriedenheit mit der eigenen Physiognomie. Systematische und mehrdimensionale Analysen scheinen, neben u.a. der von Gudrun Quenzel bereits rezipierten Habilitationsschrift, in der sie jugendtypische Entwicklungsaufgaben und Gesundheit in einem direkten Zusammenhang, auf Grundlage der Datenbasis der „Health Behaviour in School-aged Children“ Untersuchung der WHO, analysiert (vgl. Quenzel 2015), noch Mangelware zu sein. In der vorliegenden Untersuchung wurde neben der häufig verwendeten (1) Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen und damit möglicherweise zusammenhängenden (1a.) Gefahren des Ernährungs-

verhaltens, zudem die (2) öffentliche und (3) private Körperrückmeldung Befragter erfasst. Hinzukommend wurden zwei Ausrichtungen (4) und (5) von Gesundheitsmotiven im Alltag befragter Jugendlicher explorativ berücksichtigt. Diese letztgenannten Merkmale bilden ab, inwieweit sie sich im Alltag mit ihrer eigenen Gesundheit kognitiv auseinandersetzen, also auf ihre Gesundheit und ihr inneres Wohlbefinden achten. Die hierfür entwickelten Items orientieren sich an einer qualitativen Untersuchung, in der Typen gesundheitlicher Aktivitäten und Lebensweisen von gesunden Erwachsenen rekonstruiert werden konnten (vgl. Faltermaier 1998, 2002).

### 5.2.1.1 Zufriedenheit mit dem eigenen Körperbild

Die Zufriedenheit mit dem eigenen Körperbild wurde anhand verschiedener Items erfasst. Die befragten Jugendlichen sollten angeben, wie zufrieden sie mit ihrem eigenen Aussehen sind (vgl. Roth 2002), ob sie etwas machen würden (Diät, Sport, etc...), um ihr Aussehen zu verändern und ob sie sich als zu dick/zu dünn oder normal-gewichtig wahrnehmen (vgl. WHO 2011, Faktenblatt „Körperbild und Diätverhalten von Kindern und Jugendlichen“).

Abbildung 12: Angaben Befragter über ihre Zufriedenheit mit ihrem eigenen Körperbild, differenziert nach Mädchen und Jungen.



Zusammengefasst sind insgesamt 85% der Befragten *zufrieden* oder *sehr zufrieden*, davon sogar 15% sehr zufrieden mit ihrem Aussehen (n=448). Es zeigt sich aber auch, dass deutlich mehr Mädchen *sehr unzufrieden* mit ihrem Aussehen bzw. mehr Jungen *sehr zufrieden* mit ihrem Aussehen sind (siehe Abbildung 12). Im Vergleich der Mittelwerte dieses Items zur Körperzufriedenheit, erweisen sich die befragten Mädchen (MW 2,9, n=220) als statistisch

signifikant weniger zufrieden mit ihrem Aussehen als Jungen (MW 3,1, n=228). Das Geschlecht Befragter korreliert statistisch signifikant mit ihrer Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen ( $r = 0,204$ ). Auch fühlen sich Mädchen häufiger zu dick oder zu dünn als Jungen und Jungen sind eher der Überzeugung, genau das richtige Gewicht zu haben (siehe Abbildung 12). Es sollte aber kaum erstaunen, dass Mädchen ihren Körper nicht nur in Fragen von Gesundheit, sondern auch bezüglich des Aussehens kritischer bzw. sensibler bewerten als Jungen, insbesondere unter Rücksichtnahme auf medial vermittelte Ideale und Fragen von ‚Körperkult‘ in der Lebensphase Befragter. Zwar herrscht dieser Druck auf beiden Geschlechtern gleichsam, Mädchen scheinen jedoch, aufgrund einer stärker ausgeprägten Sensibilität bzgl. ihres Körpers, anfälliger für ihn zu sein. Auch Roth kam zu dem Ergebnis, dass sich weibliche Jugendliche signifikant von ihren männlichen Altersgenossen durch eine stärkere Unzufriedenheit mit der Figur unterscheiden (vgl. ebenda 2002). Dies belegen auch die Analysen von Quenzel und der WHO. Demnach fühlt sich nur jede zweite 14- bis 17-jährige junge Frau in ihrem Körper wohl (vgl. Quenzel 2015, 53). Mit differenziertem Blick auf das aktuelle Gewicht zeigt sich zudem, dass sich diese Angabe auf normalgewichtige Mädchen übertragen lässt, wodurch in der Konsequenz davon ausgegangen werden kann, dass bis zu der Hälfte aller Mädchen in Deutschland unter solch hohem Druck optimaler Körperlichkeit zu stehen scheint, dass sie sich trotz objektiv gegebenen Normalgewicht selbst als zu dick empfinden (vgl. ebenda). Die hier untersuchten Mädchen und Jungen zeichnen sich, mit Blick auf die vorliegenden Daten, noch als sehr positiv in ihrer Bewertung des eigenen Aussehens aus. Zufrieden mit ihrem Aussehen sind knapp 70% aller Befragten, unzufrieden nur knapp 15% (n=448). Mehr als ein Drittel der befragten Jugendlichen gab darüber hinaus an, *etwas* zu machen, um das eigene Aussehen zu verändern (siehe Abbildung 12). Im Fragebogen wurde dies mit Beispielen wie einer Diät oder Sport verdeutlicht. Bei der Erhebung stellte sich heraus, dass die Frage damit teils unverständlich aufgefasst wurde. Die befragten Jugendlichen bejahten sie teilweise, auch wenn sie Sport machten, ohne damit eine Veränderung des Aussehens zu induzieren. Laut WHO-Untersuchung geben 18,5% der Mädchen und 11,4% der Jungen an, derzeit eine Diät zu machen (vgl. ebenda 2011). Die Geschlechterunterschiede zeigen sich auch in den vorliegenden Daten. Die Angaben fallen, wahrscheinlich aufgrund der missverständlich formulierten Frage, jedoch höher aus, als sie die Daten der WHO wieder geben. Für detaillierte Analysen wurde dieses Item daher vernachlässigt.

#### 5.2.1.2 Riskantes Ernährungsverhalten

Mit der Unzufriedenheit mit dem eigenen Aussehen einhergehend, können gesundheitsriskante oder gar -gefährdende Ernährungsformen erachtet werden. Im F-LGJ wurden zu ihrer Erfassung zwei Items verwendet: der Konsum von zu viel Fastfood und Süßem und das Ausfallenlassen von Mahlzeiten zur Gewichtsreduktion. Gut 60% aller Befragten gaben an, noch nie Mahlzeiten haben ausfallen lassen, um abzunehmen (n=444). Wohingegen gut 20% aller Mädchen von sich sagt, sie hätten im letzten Jahr vier Mal und häufiger Mahlzeiten ausfallen lassen, um ihr

Gewicht zu reduzieren (n=221), gaben dies im Vergleich nur ca. 10% der Jungen an (n=223). Auch neigen die befragten Mädchen tendenziell häufiger dazu zu viel Fastfood und Süßes zu essen. 33% der befragten Mädchen (n=221) und 27% der Jungen (n=224) kreuzten an, im vergangenen Jahr vier Mal und häufiger zu viel Fastfood und Süßes zu sich genommen zu haben. Im Vergleich der Mittelwerte zeigt sich, dass die befragten Mädchen statistisch signifikant stärker dazu neigen, Mahlzeiten ausfallen zu lassen, um abzunehmen. Für den Konsum ungesunden Essens zeigt sich keine statistische Signifikanz im Geschlechtervergleich. Das Geschlecht befragter Jugendlicher hängt jedoch mit der Tendenz, Mahlzeiten ausfallen zu lassen, zusammen ( $r = 0,240$ ). Darüber hinaus steht das Wegfallenlassen von Mahlzeiten in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit der selbst wahrgenommenen Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen ( $r = -0,218$ ) und der Bewertung des eigenen Körpergewichtes ( $r = -0,272$ ). Auch die besuchte Schulform Befragter zeigt einen leichten Zusammenhang ( $r = -0,160$ ) mit der Tendenz, Mahlzeiten zur Gewichtsreduktion ausfallen zu lassen. Mädchen sind demnach in einem höheren Maße gefährdet, im Prozess der körperlichen Identitätsaneignung, riskante Ernährungsweisen zu entwickeln. Darüber hinaus steigt diese Gefahr mit sinkendem Qualifikationsniveau Befragter an. HauptschülerInnen zeigen sich als stärker bedroht als GymnasiastInnen. Abgesehen vom Wahn eines schlanken Körpers können, so Quenzel, ernährungsbezogene Störungen im Jugendalter eng mit einer Form der *Identitätspraxis* assoziiert werden und über die Kontrolle der Nahrungsaufnahme ein Selbstwert- und Autonomiegefühl erzeugen (vgl. Quenzel 2015, 56). Die Modellierung des Körpers wird dann eher als Leib- und Körperkontrolle verstanden und zum Repräsentant gelungener Adaption gesellschaftlich erwarteter Werte wie Disziplin, Stärke und Willenskraft (vgl. ebenda). Egal ob mit Rekurs auf Körperkult oder dem gerecht-werden normativer Gesellschaftswerte oder Wahrnehmen von Körperkontrolle, sind Mädchen, insbesondere mit formal niedrigerem Bildungsstand, in diesem Kontext als eine besonders gefährdete Gruppe zu konstatieren.

### 5.2.1.3 Körperaufmerksamkeit und Gesundheitsfokussierung

Wie der eigene Körper von sich selbst und in der Öffentlichkeit von den befragten Jugendlichen wahrgenommen wird, stellt, diesen ersten Erkenntnissen folgend, einen nicht unwesentlichen Faktor im Prozess der Identitätsbildung- und -aneignung in der Adoleszenz dar. Es zeigt sich also als durchaus interessant, sich die Aufmerksamkeitsfokussierung Befragter auf ihren eigenen Körper, in der Öffentlichkeit und Privatheit, genauer zu betrachten. Die öffentliche Körperaufmerksamkeit beschreibt, wie sehr die Befragten auf ihr eigenes körperliches Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit achten (bspw. darauf, dass *die Haare gut aussehen*). In diesem Merkmal wurde erhoben, wie die Befragten ihr äußeres Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit wahrnehmen. Es gibt darüber Hinweise, wie die befragten Jugendlichen sich mit dem eigenen Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit beschäftigen (*sich gut zurecht machen*). Ergänzend hierzu erfasst die private Körperaufmerksamkeit die äquivalente Innenschau in den

jugendlichen Körper (bspw. *innere Anspannungen* oder *andere körperliche Reaktionen wahr zu nehmen*). Hierbei richtet sich der Fokus auf die Wahrnehmung innerer Körpervorgänge (*ich merke es, wenn ich innerlich angespannt bin*). Die verwendeten Items entstammen dem Fragebogen zur Körpererfahrung Jugendlicher von Roth (2012), die sich der Body-Consciousness Scale (BCS) von Miller et al. (1981) (in der deutschen Version nach Bohner et al., 1983) bedient. Auf zwei Subskalen wurden damit folgende Merkmale ermittelt:

1. Die Achtsamkeit auf das körperliche Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit, im Sinne einer Aufmerksamkeitsfokussierung auf das körperliche Erscheinungsbild, wobei die Aufmerksamkeit auf die Wirkung des eigenen Körpers auf andere Individuen (die Öffentlichkeit) gerichtet ist.
2. Die Achtsamkeit auf Reaktionen des eigenen Körpers, die eine Aufmerksamkeitsfokussierung auf den eigenen Körper misst, wobei diese im Unterschied zur ersten Skala ausschließlich auf innere, private Körpervorgänge gerichtet ist.

Die Antworten der Items wurden mit Werten von 4 (trifft genau zu) bis 1 (trifft gar nicht zu) kodiert und bilden im höchsten Summenwert eine hohe Zustimmung zu dem entsprechenden Merkmal ab. Hinzukommend interessierte, inwieweit die Befragten Gesundheit als Thema in ihre Lebensweise integrieren. Leider konnte, diesem Forschungsinteresse entsprechend, kein passendes und als adäquat erscheinendes Instrument gefunden werden. Wohl aber liegen Erkenntnisse über die handlungsorientierte Ausrichtung von Gesundheit im Alltag Erwachsener aus einer qualitativen Untersuchung Faltermaiers vor (1998), in der Typen gesundheitlicher Aktivitäten und Lebensweisen von gesunden Erwachsenen rekonstruiert wurden (vgl. ebenda 2002). In dieser Untersuchung wurden drei Formen handlungsorientierter Ausrichtung auf Gesundheit im Alltag identifiziert, die als Grundlage der Fragebatterie im F-LGJ dienten und im Folgenden mit entsprechend verwendeten Indikatorvariablen aufgeführt sind:

1. Eine Lebensweise ohne ein besonders ausgeprägtes Gesundheitsmotiv  
Für diese Gruppe von Menschen sind Aktivitäten zur Erhaltung ihrer Gesundheit wenig relevant (vgl. Faltermaier 2002). Sie zeigten ein wenig *bewusstes* Gesundheitshandeln oder Reaktionen auf Beschwerden, weisen eher einen riskanten Lebensstil auf, der ihnen teilweise sogar bewusst ist und zeigen zudem kaum Motive zur eigenen Gesunderhaltung (vgl. ebenda).
  - So lange ich mich gut fühle, denke ich auch nicht über meine Gesundheit nach.
  - Ich lebe ohne mich besonders um meine Gesundheit zu kümmern.
  - Ich handle lieber danach, worauf ich Lust habe, statt mir Sorgen darüber zu machen, dass manche Dinge schädlich für meine Gesundheit sein könnten.
2. Eine Lebensweise mit ausgeprägtem Gesundheitsmotiv im Alltag

Diese Gruppe vereint ein in die Lebensweise integriertes und mit spezifischem Handlungsschwerpunkt ausgelegtes Gesundheitsmotiv. Hier zeigte sich in Faltermaiers Untersuchung eine stark präventive Orientierung sowie eine deutliche Gesundheitsmotivation (gesunde Ernährung, Sport und Bewegung) (vgl. ebenda 2002). Hinzu kommen Menschen, die ein breit angelegtes und stark in die Lebensweise integriertes Gesundheitshandeln aufweisen und bei denen sich zudem ein eher positives Gesundheitskonzept sowie eine eher komplexe psychosoziale Gesundheitstheorie zeigt; Handlungen richteten sich auf die Verbesserung psychischen Wohlbefindens und die Pflege sozialer Kontakte in mehreren Lebensbereichen und unter Bezugnahme physischer, psychischer und sozialer Dimensionen von Gesundheit (vgl. ebenda).

- Gesundheit ist für mich körperlich und psychisch.
- Egal ob in der Schule, zu Hause oder in meiner Freizeit, achte ich auf mein inneres Wohlbefinden.
- Ich achte auf eine ausgewogene Ernährung und bewege mich viel.

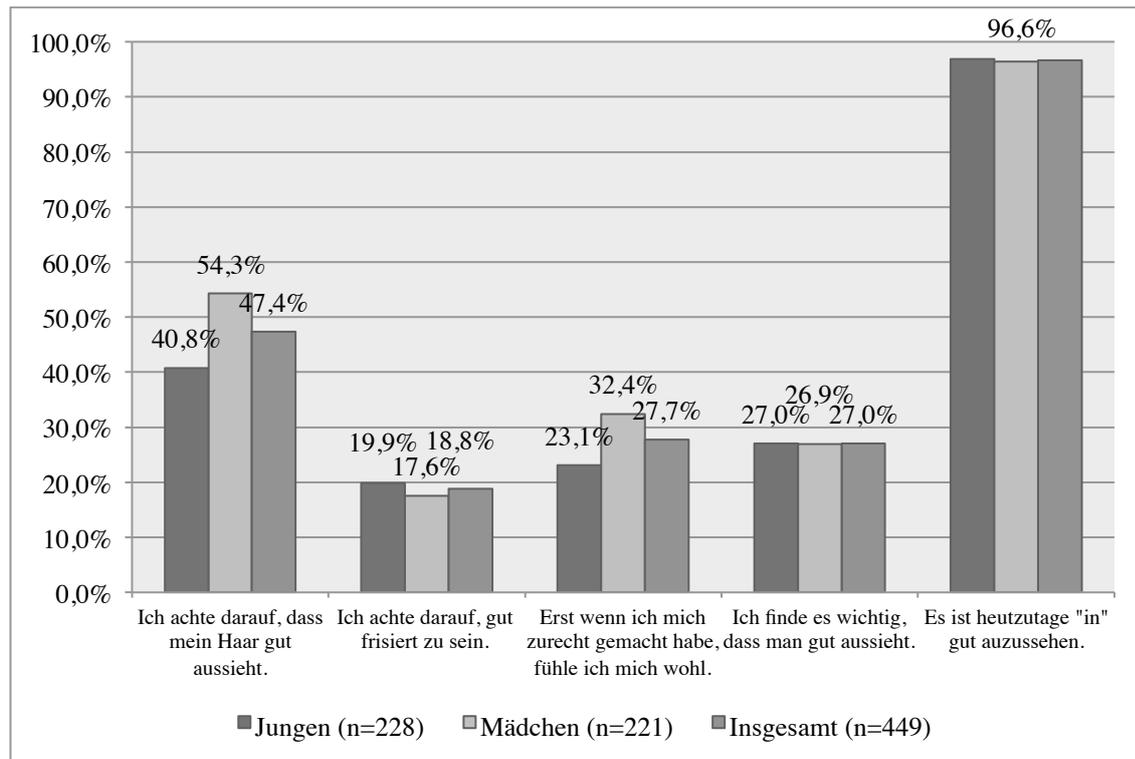
Nach Hauptkomponentenanalyse zur Prüfung der Binnenstruktur und Reduktion auf erklärstarke Hauptkomponenten ließen sich vier Dimensionen zur Analyse der Körperachtsamkeit und Gesundheitsfokussierung Befragter identifizieren: (1.) die Achtsamkeit auf das körperliche Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit, (2.) die Achtsamkeit auf Reaktionen des eigenen Körpers, (3.) eine Lebensweise ohne ausgeprägtes Gesundheitsmotiv im Alltag und (4.) ein ausgeprägtes Gesundheitsmotiv im Alltag Befragter. Nach dem Bartlett-Test auf Spezifität sind die Korrelationen zwischen den aufgeführten Variablen mit 91 Freiheitsgraden und einem ungefähren Chi-Quadrat von 994,652 statistisch signifikant. Zudem zeigt das Kaiser-Meyer-Olkin Maß mit einem Wert von 0,734 an, dass die Variablenauswahl mit den vorfindbaren Korrelationen für eine Hauptkomponentenanalyse geeignet ist. Auf Basis dieser Komponenten lassen sich 53,9% der Varianz der den Analysen zugrunde liegenden Korrelationsmatrix aufklären.

Tabelle 22: Hauptkomponentenmodell zur Körperachtsamkeit und Gesundheitsfokussierung befragter Jugendlicher (m=14, KMO 0,734, 53,9% Varianzerklärung).

Indikatorvariablen	Komponentenladungen**	Hauptkomponente*
Ich achte darauf, gut frisiert zu sein (V 117).	0,823	Aufmerksamkeit auf das körperliche Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit (m=4, n=444, $\alpha$ 0,751, 17,4%***)
Ich achte darauf, dass mein Haar gut aussieht (V 115).	0,731	
Erst wenn ich mich zurecht gemacht habe, fühle ich mich wohl (V 120).	0,717	
Ich finde es wichtig, dass man gut aussieht (V 132).	0,715	
Ich merke sehr schnell, wenn mein Körper auf Hunger reagiert (V 126).	0,715	Aufmerksamkeit auf Reaktionen des eigenen Körpers (m=4, n=448, $\alpha$ 0,531, 12,7%***)
Ich merke es sofort, wenn mein Mund oder Hals trocken wird (V 131).	0,648	
Ich achte auf saubere Kleidung (V 124).	0,568	
Ich bemerke schnell, wenn ich körperlich angespannt bin (V 119).	0,524	
So lange ich mich gut fühle, denke ich auch nicht über meine Gesundheit nach (V 164).	0,735	ohne ausgeprägtes Gesundheitsmotiv im Alltag (m=3, n=446, $\alpha$ 0,570, 12,6%***)
Ich lebe ohne mich besonders um meine Gesundheit zu kümmern (V 159).	0,708	
Ich handle lieber danach, worauf ich Lust habe, statt mir Sorgen darüber zu machen, dass manche Dinge schädlich für meine Gesundheit sein könnten (V 167).	0,689	
Gesundheit ist für mich körperlich und psychisch (V 161).	0,821	ausgeprägtes Gesundheitsmotiv im Alltag (m=3, n=449, $\alpha$ 0,577, 11,2%***)
Egal ob in der Schule, zu Hause oder in meiner Freizeit, achte ich auf mein inneres Wohlbefinden (V 163).	0,645	
Ich achte auf eine ausgewogene Ernährung und bewege mich viel (V 160).	0,561	
* Orthogonale Einfachstruktur gemäß Varimax-Kriterium.		
** Ladungen der Indikatorvariablen auf den Hauptkomponenten.		
*** Durch die jeweiligen Komponenten aufgeklärte Varianz der Korrelationsmatrix in Prozent.		

In Bezug auf die Körperaufmerksamkeit Befragter können kaum Geschlechtereffekte identifiziert werden. Die Mädchen und Jungen sind sich annähernd einig, wobei bei genauer Betrachtung Mädchen als ein wenig stärker auf ihren Körper fokussiert gelten können als Jungen. Mädchen (n=221, 54%) achten durchaus stärker darauf, dass ihre Haare gut aussehen als Jungen (n=228, 41%). Auch gaben sie häufiger an, sich erst richtig wohl zu fühlen, wenn sie sich gut zurecht gemacht haben als Jungen (siehe Abbildung 13).

Abbildung 13: Angaben Befragter zu Einzelitems über ihre öffentliche Körperaufmerksamkeit differenziert nach Mädchen und Jungen.

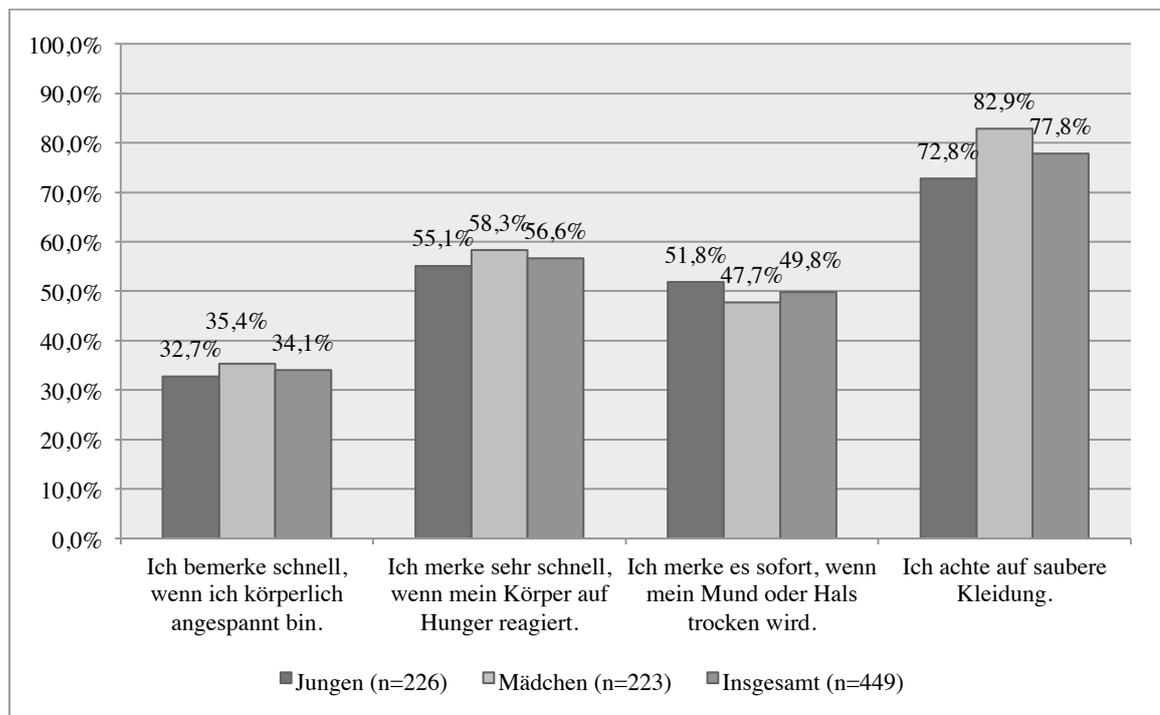


Betrachtet man die Items zur Erfassung von privater Körperaufmerksamkeit<sup>45</sup> – einer Aufmerksamkeitsfokussierung auf den eigenen Körper, wobei diese im Unterschied zur ersten Skala ausschließlich auf innere, private Körpervorgänge gerichtet ist – lassen sich ebenfalls keine statistisch signifikanten Geschlechterunterschiede erkennen. Mädchen merken zwar eher als Jungen, wenn ihr Körper angespannt ist, sie spüren es früher, wenn ihr Körper auf Hunger reagiert und achten häufiger auf saubere Kleidung als Jungen (siehe Abbildung 14). Diese Unterschiede sind jedoch marginal. Lediglich dem Item „Ich merke es sofort, wenn mein Mund oder Hals trocken wird“ stimmen die Jungen etwas häufiger zu als Mädchen. Recht interessant, wobei sonst Mädchen eine stärker ausgeprägte Sensibilität in Bezug auf Signale ihres eigenen Körpers nachgesagt werden kann. Leider scheinen jedoch bislang noch wenige Vergleichsuntersuchungen zur allgemeinen Körperachtsamkeit Jugendlicher vorzuliegen. Roth selbst zeigte 2002 mit seinem auch hier verwendeten Instrument Unterschiede zwischen den Geschlechtern bzgl. ihres Körperbildes auf (vgl. Roth 2012). Diese konnten in dem vorangegangenen Kapitel bestätigt werden. Darüber hinaus zeichneten sich seine weiblichen Befragten durch eine höhere Körperachtsamkeit aus (vgl. ebenda). Die von Roth identifizierten Geschlechtereffekte im Zusammenhang mit der Körperaufmerksamkeit Jugendlicher sind zwar leicht erkennbar, aber kaum als eine Größe bzw. Differenz zu verstehen, die Rückschlüsse auf die Gesamtheit der Untersuchungspopulation zuließe. Jedoch lässt sich ein statistisch

<sup>45</sup> Das Item „Ich achte auf saubere Kleidung“ entstammt in Roths Fragebogen der Dimension öffentlicher Körperaufmerksamkeit. Im vorliegenden Fragebogen lädt es in der Faktorenanalyse jedoch stärker auf der Dimension privater Körperfokussierung. An dieser Stelle könnte der F-LGJ für weitere Analysen ggf. überarbeitet oder die Items weiterentwickelt werden.

signifikanter Unterschied im Vergleich der Mittelwerte öffentlicher Körperachtsamkeit Befragter nach ihrer Einschätzung der finanziellen Lage erkennen. Jugendliche, die ihre finanzielle Lage besser bewerten bzw. angeben, über mehr Geld und den regelmäßigen Erwerb von Taschengeld zu verfügen, achten stärker auf ihr körperliches Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit als Jugendliche, die ihre finanzielle Lage schlechter einschätzen. Inwieweit dies nun aber relevant zur Analyse von Zusammenhängen mit dem hier interessierenden Merkmal eigener Gesundheit steht, ist fraglich.

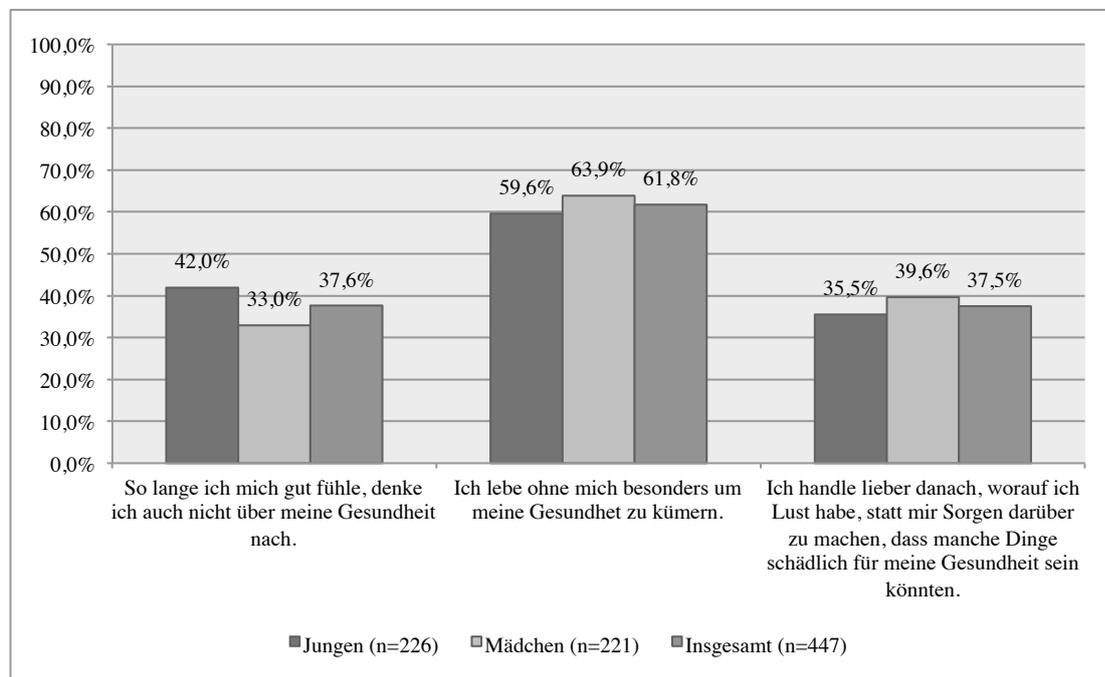
Abbildung 14: Angaben Befragter zu Einzelitems über ihre private Körperaufmerksamkeit differenziert nach Mädchen und Jungen.



Auch bei den Indikatorvariablen zur Erfassung von Gesundheitsfokussierung im Alltag befragter Jugendlicher lassen sich kaum Geschlechterunterschiede in den Gesundheitsmotiven erkennen. Ein Drittel der Mädchen (n=221) gab an, nicht über ihre Gesundheit nachzudenken, solange sie sich gut fühlen, wohingegen etwas mehr Jungen dazu neigen, nicht an Gesundheit zu denken, solange alles ok ist (siehe Abbildung 15). Insgesamt leben gut 60% der befragten Jugendlichen ohne sich besonders um ihre Gesundheit zu kümmern. Knapp 40% gaben an, lieber danach zu handeln, worauf sie Lust haben, statt sich darüber zu sorgen, dass manche Dinge schädlich für ihre Gesundheit sein könnten. Dieses Ergebnis knüpft eng an empirische Erkenntnisse von Lohaus (1993) an: Jugendliche betrachten ihre Gesundheit als selbstverständlich gegeben und machen sich daher eher wenig Gedanken über Konsequenzen gesundheitsgefährdenden Verhaltens (vgl. Nordlohne/Kolip 1994). Darüber hinaus konstatiert Weinstein (1982), dass jugendliche Gesundheitskonstruktionen teils von unrealistischem Optimismus und einer unbegrenzten Verfügbarkeit psychischer sowie physischer Ressourcen charakterisiert sind (vgl. Wiehe 2013). Unter Anbetracht dieser Erkenntnisse sollte es als wenig

erstaunlich wirken, dass die Mehrzahl der Befragten hier angab, zu leben, ohne sich besonders um ihre Gesundheit zu kümmern. Die verwendeten Items scheinen passend gewählt worden zu sein, bzw. kommen zu ähnlichem Ergebnis wie andere Untersuchungen in der Adoleszenz. Ferner scheint das hiesige Ergebnis auch sachlogisch und in Anlehnung an theoretische Konstruktionen der Lebensphase Jugend anschlussfähig.

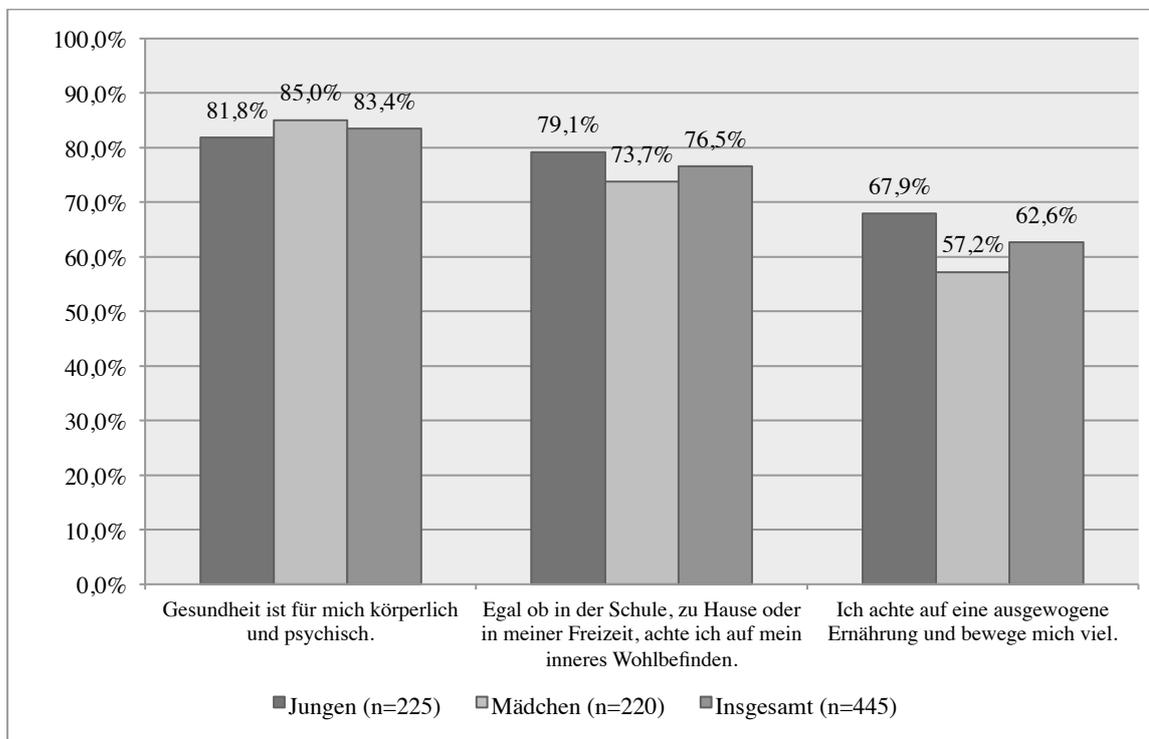
Abbildung 15: Prozentuale Angaben Befragter auf Einzelitems zur Erfassung einer Lebensweise ohne besonderes ausgeprägtes Gesundheitsmotiv nach Geschlecht. Die Angaben zu „trifft genau“ und „trifft eher zu“ wurden aufsummiert.



Im Gegensatz dazu gaben jedoch gut drei Viertel der Befragten an, auf ihr inneres Wohlbefinden zu achten, dass für sie Gesundheit etwas Körperliches und Psychisches ist und dass sie auf eine ausgewogene Ernährung und Sport achten, Merkmale zur Erfassung eines eher ausgeprägten Gesundheitsmotivs (siehe Abbildung 16). Einerseits scheinen sich über die Hälfte der Befragten, nach eigenen Angaben, eher weniger um ihre Gesundheit zu kümmern, stimmen aber dennoch fast mehrheitlich einem mehrdimensionalen Gesundheitsverständnis (83%) und einer auf das innere Wohlbefinden achtenden Lebensweise (77%) sowie präventiven Handlungsstrategien zu (63%) (siehe Abbildung 16). Dieses Phänomen ist kaum verwunderlich: Auch andere Untersuchungen zeigen, dass Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen von Jugendlichen häufig mehrdimensional und komplex dargestellt werden (vgl. Flick/Röhnisch 2008; Kolip 1997; Nordlohne/Kolip 1994), sie sich auf emotionale und psychosoziale Dimensionen beziehen (vgl. Wiehe 2013). Jugendliche zeichnen sich, wenn auch vom Optimismus ihrer biopsychosozialen „Unsterblichkeit“ geprägt, als durchaus sorgsam um ihre Gesundheit (vgl. ebenda). Der Jugendphase werden häufig eher geringe Gesundheitsmotive unterstellt, sie gilt sogar eher als eine Phase, die von jugendtypischen gesundheitsbezogenen Risiken geprägt ist. Ergebnisse der bereits angesprochenen Untersuchung von Lohaus (1993)

deuten darauf hin, dass Jugendliche Gesundheit eher als Selbstverständlichkeit betrachten – sich wenig Gedanken darüber machen und dadurch Konsequenzen riskanten Verhaltens nicht in der gegenwärtigen Situation wahrnehmen (vgl. Nordlohne/Kolip 1994). Das die befragten Jugendlichen dieser Untersuchung daher angeben, sich wenig um ihre Gesundheit zu kümmern, gleichermaßen aber über spezifische gesundheitsbezogene Motive zu verfügen scheinen, die sie achtsam und präventiv handeln lassen, kann durch die benannten Untersuchungen plausibilisiert werden. Wohl aber zeigt sich zudem, dass die befragten Mädchen Gesundheit zwar eher mehrdimensional zu verstehen scheinen, wie es ja auch vielfach schon betont wurde, Jungen aber häufiger den beiden Items zur Achtsamkeit auf das innere Wohlbefinden und präventiven Strategien, wie einer ausgewogenen Ernährung und Bewegung, zustimmen. Da jedoch Mädchen bislang als wesentlich sensibler mit Blick auf ihren eigenen Körper und ihre Gesundheit konstatiert wurden, wirft dieses Ergebnis nun Fragen auf, die in weiteren Untersuchungen zu klären sind. Entweder sind die Items an dieser Stelle unpassend gewählt und messen schlichtweg nicht das, was sie messen sollen oder hier drängt sich eine empirische Frage auf, der in weiteren Analysen nachzugehen ist.

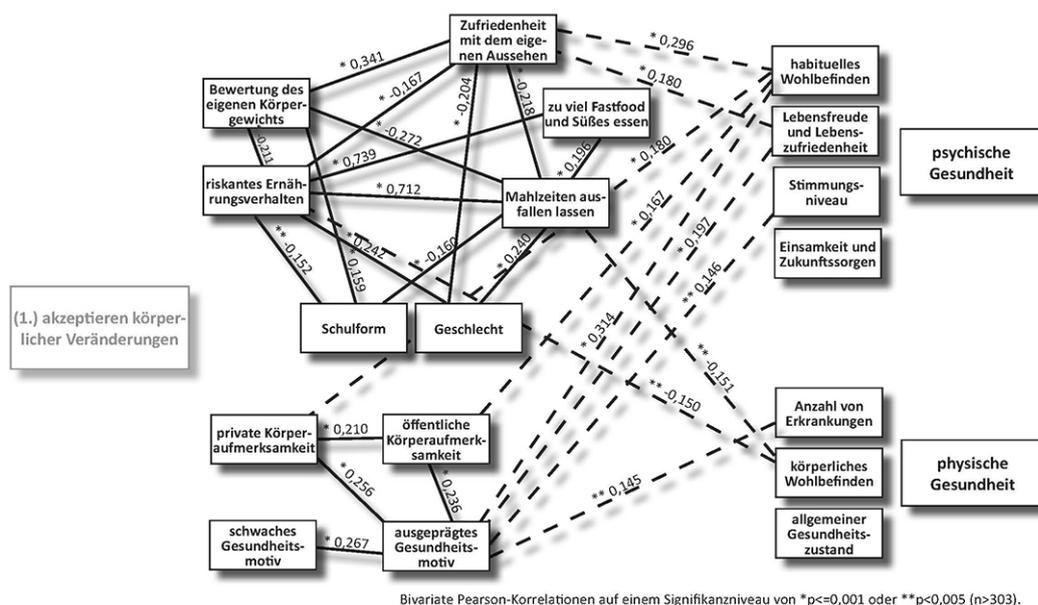
Abbildung 16: Prozentuale Angaben Befragter auf Einzelitems zur Erfassung einer Lebensweise mit ausgeprägtem Gesundheitsmotiv nach Geschlecht. Die Angaben zu „trifft genau“ und „trifft eher zu“ wurden aufsummiert.



Mit Blick auf die Körperachtsamkeit und Gesundheitsmotive Befragter lassen sich zwar weder im Zusammenhang mit dem Geschlecht noch der besuchten Schulform statistisch signifikante Korrelationen identifizieren, wohl aber in den Summenscores der Merkmale untereinander und mit dem psychischen und physischen Wohlbefinden. Die Achtsamkeit auf den eigenen Körper, das körperliche Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit, steht in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit einem hohen Gesundheitsmotiv im Alltag Befragter ( $r = 0,236$ ). Inwieweit

die Befragten darauf achten in der Öffentlichkeit gut auszusehen und gepflegt zu sein, hängt auch damit zusammen, inwieweit Gesundheit ein Thema in ihrem Alltag ist, ob sie bspw. auf gesunde Ernährung und ihr Wohlbefinden achten. Auch zwischen der Wahrnehmung innerer Körpersignale und der Präsenz des eigenen Körpers in der Öffentlichkeit kann ein Zusammenhang identifiziert werden ( $r = 0,210$ ). Jugendliche, die in stärkerem Maße angeben auf Signale ihres Körpers zu achten, achten auch stärker auf ihr Aussehen in der Öffentlichkeit. Darüber hinaus korreliert die private Körperaufmerksamkeit zudem mit ihren Angaben zur Erfassung eines ausgeprägten Gesundheitsmotivs im Alltag ( $r = 0,256$ ). Ferner lässt sich aber auch ein Zusammenhang zwischen einem hohen und einem schwachen Gesundheitsmotiv identifizieren ( $r = 0,267$ ). Dieses zunächst augenscheinliche Paradoxon kann mit Blick auf die Lebensphase Jugend, wie weiter oben schon erläutert wurde, erklärt werden. Lebensphasenspezifisch ist einerseits von einer suggerierten „Unsterblichkeit“, einem sehr hoch ausgeprägten Optimismus die eigene Gesundheit betreffend, auszugehen. Jugendliche machen sich eher wenig Gedanken über ihre Gesundheit und handeln lieber, wie es hier auch erfragt wurde, nach dem Lustprinzip als darauf zu achten, dass sie sich gesund verhalten. Demgegenüber zeigen sie sich aber auch als gesundheitsachtsam, denken an ihr inneres Wohlbefinden und verstehen Gesundheit als physische und psychische Dimension. Die beiden Merkmale schließen sich also keineswegs aus, sondern scheinen sich eher zu ergänzen. Inwieweit diese Ergänzung jedoch individuell oder typenspezifisch ausgestaltet wird, kann anhand der vorliegenden Daten kaum erklärt werden und bedarf einer sinnverstehenden Analyse gesundheitsbezogener Handlungsstrategien und -motive Befragter, wie sie im sechsten Kapitel vorgenommen wird.

Abbildung 17: Matrix identifizierter Zusammenhänge einzelner gesundheitsbezogener Indikatoren und Merkmale der Entwicklungsaufgabe „Akzeptanz körperlicher Veränderungen“ in der Jugendphase in der Untersuchungspopulation (in eigener Darstellung).



Im Zusammenhang mit der biopsychosozialen Gesundheit befragter Jugendlicher lassen sich statistisch signifikante Zusammenhänge zu mehreren der behandelten Indikatoren und Merkmale identifizieren (siehe Abbildung 17). Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen korreliert deutlich mit dem alltäglichen Wohlbefinden Befragter ( $r = 0,296$ ) und der von ihnen selbst wahrgenommenen Lebensfreude und Lebenszufriedenheit ( $r = 0,180$ ). Eine stärker ausgeprägte Zufriedenheit mit dem eigenen Erscheinungsbild geht mit Wohlbefinden und Lebensfreude bei den Untersuchten einher. Dies sollte weniger erstaunen, vergegenwärtigt man sich noch einmal Mechanismen der Identitätsbildung in der Lebensphase Jugend, die unmittelbar mit der Akzeptanz des sich verändernden Körpers einhergehen. Mit Eintritt in die Pubertät werden die Geschlechter in Form von Körperlichkeit maßgeblich hervorgebracht. Diese Körperkonstruktionen bilden sich vor dem Hintergrund sozialer Aspekte und milieuspezifischer Interpretationen von typisch „Mann“ und typisch „Frau“ heraus (vgl. King 2011). Die Zufriedenheit mit der eigenen Interpretation dieser Körperkonstruktion – von *gelungener* Körperlichkeit – kann demnach unmittelbar mit *gelungener* Bewältigung dieser entwicklungsbezogenen Herausforderung zusammenhängen und so gleichermaßen mit dem selbst wahrgenommenen Wohlbefinden und der Lebenszufriedenheit. Gelingt eine positiv konnotierte Körperaneignung, so steigt auch die Akzeptanz des sich verändernden Körpers und damit individuelles Wohlbefinden und die Lebensfreude. Eine mangelhaft bewältigte Körperaneignung hingegen, die mit Unzufriedenheit mit der eigenen Physiognomie einhergeht, kann sich auf bspw. einen riskanten Ernährungsstil niederschlagen, wie es bereits an der Untersuchungspopulation aufgezeigt werden konnte. Die Tendenz Mahlzeiten ausfallen zu lassen, um abzunehmen als mögliche Konsequenz der Körpermanipulation, steht in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit der eigenen Körperzufriedenheit ( $r = -0,218$ ), dem Geschlecht ( $r = 0,240$ ) und dem Qualifikationsniveau Befragter ( $r = -0,160$ ). Die Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen, eine positive Körperaneignung in der Adoleszenz, fördert nicht nur das subjektive Wohlbefinden sondern kann zudem als protektiver Faktor einer gesunden Entwicklung im Umgang mit Ernährung wirken. Hinzukommend hängen beide Merkmale einer als riskant einzuschätzenden Ernährung statistisch signifikant mit der Bewertung körperlichen Wohlbefindens Befragter zusammen ( $r = -0,150$ ). Eine unangemessene Bewältigung der Körperaneignung kann sich demnach nicht nur auf das psychosoziale Wohlbefinden auswirken, sondern auch im physischen niederschlagen.

Im Zusammenhang psychischer Gesundheit und der Körperaufmerksamkeit sowie den Gesundheitsmotiven Befragter lassen sich ebenfalls Zusammenhänge identifizieren. Ein stark ausgeprägtes Gesundheitsmotiv, in Form von Achtsamkeit auf das innere Wohlbefinden, eine ausgewogene Ernährung und Bewegung, korreliert statistisch signifikant mit den Merkmalen habituellen Wohlbefindens ( $r = 0,314$ ), der Lebensfreude und -zufriedenheit ( $r = 0,197$ ) und leicht mit dem Stimmungsniveau Befragter ( $r = 0,146$ ). Eine Lebensweise, die eine gewisse Achtsamkeit auf die eigene Gesundheit integriert, kann so in einem positiven Zusammenhang

mit der psychosozialen Gesundheit erachtet werden. Präventiv- oder achtsamkeitsorientierte Lebensweisen können demnach als gesundheitsfördernde Strategien hervorgehoben werden, die sich positiv auf die Wahrnehmung psychosozialen Wohlbefindens niederschlagen. Zudem könnte ein achtsam-präventiv ausgeprägtes Gesundheitsmotiv auch krankheitspräventiv wirken. Befragte, die in stärkerem Maße Items eines ausgeprägten Gesundheitsmotivs zustimmen, geben eine leicht höhere Anzahl von Erkrankungen an ( $r = 0,145$ ), was darauf rückschließen lassen kann, dass sie Erkrankungen eher wahr- und ernstnehmen, wichtige Indikatoren um auf Beschwerden auch frühzeitig reagieren zu können.

### **5.2.2 Aufbau sozialer Bindungen und Qualifikation**

Die Lebensphase Jugend ist geprägt durch die Ablösung von der Herkunftsfamilie und Vertiefung von Beziehungen zu Gleichaltrigen. Der mit dieser Bewältigung verbundene wahrgenommene Stress von Jugendlichen wird nur noch durch den Stress, der im Zusammenhang mit der Entwicklungsaufgabe „Qualifikation“ steht, überboten (vgl. Quenzel 2015, 85). Diese beiden Entwicklungsaufgaben stehen dementsprechend in einem engen Zusammenhang mit der psychosozialen Gesundheit Jugendlicher. Qualitativ hochwertige Freundschaftsbeziehungen bieten einerseits Raum zur Erprobung von Intimität sowie Geschlechteridentität und bereiten auf Partnerschaften vor und andererseits helfen sie sich vom Elternhaus suggestiv abzulösen und neue soziale Unterstützungssysteme unter Gleichaltrigen zu intensivieren (vgl. ebenda). Eine gute und qualitativ hochwertige Beziehung zu den Eltern und Peers stellt demnach eine wichtige Ressource zur gesunden Bewältigung von lebensphasenspezifischen Herausforderungen dar. Ein wertschätzender und vertrauensvoll-fördernder Umgang in der Familie trägt der Herausbildung einer selbstbewusstseinsfähigen Persönlichkeit bei, die autonom eigene Wege außerhalb der Herkunftsfamilie zu etablieren vermag. Ebenso tragen gute und stabile Freundschaftsbeziehungen dazu bei sich im „Hoch und Tief“ jugendlicher Entwicklung zurecht und soziale Unterstützung im Alltag zu finden. Die RKI Untersuchung belegt, ein gutes soziales Umfeld, ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Eltern und eine große Anzahl von Freunden stehen im Zusammenhang mit der subjektiven Gesundheit Jugendlicher (vgl. RKI 2013). Jungen und Mädchen aus sozial benachteiligten Familien weisen bspw. eine höhere Anfälligkeit für Entwicklungsstörungen und mehr psychische Auffälligkeiten auf (vgl. ebenda). Risikofaktoren, die sich wiederum deutlich negativ auf die Bewältigung anderer Entwicklungsaufgaben niederschlagen können.

#### *5.2.2.1 Familiäre Situation*

Über ihre familiäre Situation berichten die Befragten, leben insgesamt drei Viertel ( $n=451$ ) zum Zeitpunkt der Erhebung mit ihren beiden Elternteilen zusammen. 11% gaben an, mit ihrer Mutter und einem neuen Lebensgefährten zusammen zu leben. Ein Viertel der Befragten haben Geschwister. Noch immer spielt die Familie eine große Rolle im Leben Befragter. Insgesamt

90% gaben an, sie sei (sehr) wichtig für ihr derzeitiges Leben. Bei 65% der Befragten (n=442) ist es zudem „in“<sup>46</sup>, ein gutes Familienleben zu führen und bei noch immer 37% ist es „in“, mit den Eltern über alles reden zu können. Betrachtet man sich Einzelangaben zur sozialen Unterstützung<sup>47</sup> im Alltag, so ist die Mutter in 80% der Fälle jemand, der sich um Belange Befragter (n=435) kümmert, wenn sie verhindert sind. Bei knapp der Hälfte der Befragten ist die Mutter zudem diejenige Person, die sie ohne Zögern bitten können, sie bei alltäglichen Dingen zu unterstützen. Zudem wird die Mutter als jemand betrachtet, von dem die Befragten viel Verständnis und Geborgenheit erfahren (50%) und der sie einfach mal umarmt (40%). Auch wenn es um Fragen der Gesundheit geht<sup>48</sup>, ist die Mutter in fast 60% der Fälle diejenige, an die sich die Befragten (n=428) wenden, wenn sie körperliche Schmerzen haben. Geht es ihnen hingegen unwohl, sind sie niedergeschlagen oder traurig, so werden am häufigsten die besten Freunde für Hilfe und Unterstützung in Anspruch genommen. In diesem Fall steht die Mutter nur noch an zweiter Stelle (20%). Die universelle Einschätzung Befragter ihres Familienklimas wurde in einer zusammenhängenden Fragebatterie von 19 Indikatorvariablen anhand der sog. *Familienbögen* ermittelt (vgl. Cierpka/Frevert 1994). Die Variablen entstammen den Subskalen der *Aufgabenerfüllung*, *Rollenverteilung*, des *Kommunikationsverhaltens*, der *Emotionalität*, der *affektiven Beziehungsaufnahme*, der *Kontrolle* und den *Werten und Normen* innerhalb der Familie (vgl. ebenda). Die zunächst vierstufige Antwortmöglichkeit wurde in zwei Ausprägungen reduziert, „0“ und „1“, wobei ein hoher Wert auf ein eher positiv bewertetes Familienklima hinweist. Aus den verwendeten Indikatorvariablen konnten anschließend vier Dimensionen rekonstruiert werden.

---

<sup>46</sup> Die Daten entstammen einer ‚Warm-Up‘-Fragebatterie, zum Einstieg in den F-LGJ, die sich Items der Shell-Studie bediente (vgl. Deutsche Shell Holding GmbH).

<sup>47</sup> Die soziale Unterstützung wurde anhand einer personalen Zuordnung (Vater, Mutter, beste/r FreundIn, FreundInnen im Allgemeinen und PartnerInnen), auf Grundlage des Fragebogen zur sozialen Unterstützung (SozU) (vgl. Fydrich et al. 2007) erhoben. Die beschriebenen Angaben beziehen sich auf diejenigen, die von Befragten je am häufigsten für ein Item benannt wurde.

<sup>48</sup> In diesem Fragenkomplex wurden sie gebeten anzugeben, an wen sie sich bei körperlichen Beschwerden, sowohl wenn sie sich unwohl, traurig oder niedergeschlagen fühlen, für Hilfe und Unterstützung wenden. Zur Auswahl standen die Kategorien: Arzt, Psychologe, beste/r FreundIn, feste/r FreundIn, Clique, Vater, Mutter, Geschwister und jemand anderes.

Tabelle 23: Hauptkomponentenmodell zur Erfassung des Familienklimas innerhalb der Herkunftsfamilien Befragter nach ihrer eigenen Einschätzung (KMO 0,876, 171 df, Chi-Quadrat 1580,295, m=19, 45,8% Varianzerklärung).

Indikatorvariable	Komponentenladungen**	Hauptkomponente*
Wir nehmen uns Zeit einander anzuhören (V 72).	0,619	Kommunikationsverhalten, Aufmerksamkeit, Problemlösekompetenz (m=8, $\alpha$ 0,760, n=438, 14,1%***)
Wir wissen gewöhnlich, wenn sich jemand in unserer Familie aufgeregt hat (V 69).	0,608	
Wir teilen einander mit, was uns gerade stört (V 78).	0,608	
Wir teilen uns gegenseitig mit, wie es uns wirklich geht (V 63).	0,606	
Wir versuchen Schwierigkeiten gleich zu lösen und nicht auf die lange Bank zu schieben (V 67).	0,569	
Wenn bei uns in der Familie Probleme aufkommen, suchen wir gemeinsam nach neuen Lösungswegen (V 60).	0,522	
Wir haben die gleichen Ansichten darüber, was richtig und falsch ist (V 66).	0,481	
Ich bekomme offene und klare Antworten von Familienangehörigen (V 62).	0,364	
In unserer Familie haben wir die Freiheit zu sagen, was wir denken (V 75).	-0,672	Entfaltungsmöglichkeiten und transparente Regeln (m=4, $\alpha$ 0,433, n=445, 11,5%***)
In unserer Familie hat man es schwer, einen eigenen Weg zu verfolgen (V64).	0,642	
Wenn wir etwas falsch machen, bekommen wir keine Gelegenheit es zu erklären (V 74).	0,589	
Wenn ich frage, warum wir bestimmte Regeln haben, bekomme ich keine befriedigende Antwort (V 65).	0,468	
In unserer Familie lebt jeder eher für sich (V 79).	0,691	Zusammenhalt und Vertrauen (m=4, $\alpha$ 0,444, n=450, 10,7%***)
Wir brauchen zu lange, um mit schwierigen Situationen zu Recht zu kommen (V 71).	0,580	
Eigentlich vertrauen wir einander nicht (V 73).	0,577	
Wir streiten in unserer Familie oft darüber, wer was gesagt hat (V 77).	0,511	
Die Familienpflichten sind gerecht verteilt (V 61).	0,751	Rollenverteilung (m=3, $\alpha$ 0,559, n=444, 9,5%***)
Wir stimmen darin überein, wer was in unserer Familie tun soll (V 68).	0,732	
In unserer Familie kann jeder seinen eigenen Interessen nachgehen, ohne dass die anderen deswegen sauer werden (V 70).	0,553	
* Orthogonale Einfachstruktur gemäß Varimax-Kriterium. ** Ladungen der Indikatorvariablen auf den Hauptkomponenten. *** Durch die jeweiligen Komponenten aufgeklärte Varianz der Korrelationsmatrix in Prozent.		

Die verwendeten Indikatoren bilden vier Dimensionen des familiären Zusammenlebens ab.<sup>49</sup>

### **1. Kommunikationsverhalten, Aufmerksamkeit und Problemlösekompetenz**

Diese Dimension umfasst Aussagen, die das Kommunikationsverhalten zwischen den Familienmitgliedern sowie ihre gegenseitige Aufmerksamkeit untereinander beschreiben. Dabei wird davon ausgegangen, dass die gegenseitige Aufmerksamkeit aufeinander, zu einem konstruktiven und gemeinschaftsbildenden Problemlöseverhalten beiträgt. Die Familienangehörigen zeigen sich in ihren Ansichten und Verantwortlichkeiten einig und erleben sich selbst so als handlungskompetent in ihrer Gemeinschaft.

### **2. Entfaltungsmöglichkeiten und transparente Regeln**

Die Familie wird als ein Ort der Selbstentfaltung wahrgenommen, indem Regeln klar und transparent kommuniziert werden und sich jeder in diesem stabilen Rahmen individuell entfalten darf.

### **3. Zusammenhalt und Vertrauen**

Die Familienmitglieder bilden eine Gemeinschaft. Diese Gemeinschaft fördert einen sinnstiftenden Zusammenhalt, indem sich die einzelnen Mitglieder der Familie vertrauen können.

### **4. Rollenverteilung**

Die Rollen in der Familie sind eindeutig verteilt und zwischen allen Familienmitgliedern klar kommuniziert. Jedes Familienmitglied hat die Freiheit eigene Interessen zu verfolgen ohne dass er/sie von anderen darin eingeschränkt wird.

Im Vergleich der prozentual umgelegten Mittelwerte der Skalenscores dieser vier Dimensionen zeigt sich zunächst einmal, dass sich die befragten Jungen und Mädchen in ihrer Bewertung des Familienklimas sehr einig sind. Drei Viertel der Befragten bewertet die Entfaltungsmöglichkeiten und Transparenz von Regeln in ihrer Familie positiv. Sie gaben fast alle an, in ihrer Familie die Freiheit zu haben, zu sagen was sie denken (n=448, 83%). Aber auch fast ein Fünftel der befragten Mädchen und Jungen, gehen davon aus es sei schwer, einen eigenen Weg in ihrer Familie zu verfolgen. Gut ein Drittel ist zudem mit den Antworten von Familienangehörigen unzufrieden, wenn sie nach dem Sinn bestimmter Regeln fragen. Die Bewertung des familiären Zusammenhalts und Vertrauens untereinander (73%) folgt nur knapp hinter der der Entfaltungsmöglichkeiten. Fast 40% der Befragten (n=445) gab an, sich häufig mit Familienangehörigen darüber zu streiten, wer was gesagt hat. Ein Viertel ist der Überzeugung, sie bräuchten in ihrer Familie zu lange, um mit schwierigen Situationen zu Recht zu kommen und 13% gaben sogar an, sie würden sich in der Familie nicht gegenseitig vertrauen. Über das Kommunikationsverhalten, die Aufmerksamkeit gegenüber anderen Familienmitgliedern sowie

---

<sup>49</sup> Das Ursprungsinstrument, die Familienbögen (vgl. Cirpka et al. 1994), erhebt anhand von 28 Items (Selbstauskunft) insgesamt sieben Dimensionen, um so Rückschlüsse auf Familienprobleme in der Familientherapie zu gewinnen (vgl. ebenda). Aus ökonomischen Gründen wurde für den hiesigen Fragebogen nur eine Auswahl der Items verwendet und zu neuen erklärenden Dimensionen anhand der Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit dem Varimax-Rotationsverfahren) zusammengefasst.

einer gemeinsamen Problemlösekompetenz, die 71% der Befragten positiv bewerten, berichteten die Befragten (n=447) mehrheitlich, dass Probleme in ihrer Familie gemeinsam gelöst werden (71%), die Familienmitglieder sich gegenseitig mitteilen, wenn sie etwas stört (67%) und sich Zeit nehmen einander anzuhören (66%). Zwei Drittel der Befragten gehen davon aus, dass in ihrer Familie die Rollen eindeutig verteilt sind und klar kommuniziert werden. Fast 80% (n=448) können in ihrer Familie ihren eigenen Interessen nachgehen und fast zwei Drittel sind sich einig, in der Familie darin übereinzustimmen, wer was zu tun hat. Ebenso viele Befragte finden diese Familienpflichten gerecht verteilt. Insgesamt scheinen die Befragten das Klima innerhalb ihrer Familie recht positiv einzuschätzen. Sie bewerten ihre eigenen Möglichkeiten der freien Entfaltung mehrheitlich positiv, vertrauen anderen Familienangehörigen und nehmen eine kommunikative und konstruktive Atmosphäre im Aushandeln von Problemen wie aber auch alltäglichen Belangen wahr. Lediglich in ihrer Bewertung der Rollenverteilung innerhalb ihrer Familie zeigen sich die Befragten pessimistischer. Da jedoch davon auszugehen ist, dass sich die Befragten zum Zeitpunkt der Erhebung in einem aktiven Ablösungsprozess (mit ca. 15/16 Jahre) befinden, liegt es nahe, dass sich auch in der Herkunftsfamilie Rollen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern verändern und neu ausgehandelt werden müssen. Eltern verlassen zunehmend eine reglementierende ErzieherInnenrolle und gehen in eine eher beratende und zur-Seite-stehende über. Jugendliche hingegen übernehmen mehr Verantwortung (auch innerhalb der Familie) und sind so ebenfalls angehalten, ihre Rolle in der Familie neu zu justieren. Darüber hinaus lässt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den wahrgenommenen Entfaltungsmöglichkeiten Befragter und ihrem eigenen Bildungsstand feststellen. Die befragten GymnasiastInnen geben an, die in ihrer Familie vorherrschenden Regeln als transparenter wahrzunehmen ( $r = 0,171$ ) als Real- und HauptschülerInnen. 30% der befragten HauptschülerInnen (n=96) gaben an, es sei in ihrer Familie schwer, einen eigenen Weg zu verfolgen. Im Vergleich stimmen diesem Item nur knapp 10% der GymnasiastInnen (n=123) zu. Auch gaben ein Viertel der Befragten HauptschülerInnen an, in ihrer Familie nicht die Freiheit zu haben, sagen zu können was sie denken, wohingegen sich nur ca. 7% der Gymnasial-SchülerInnen in dieser Form in ihrer Familie eingeschränkt fühlen. Mit steigendem Qualifikationsniveau wird auch die Kommunikations- und Interaktionskultur in der Familie positiver eingeschätzt bzw. in umgekehrter und sachlogisch natürlich naheliegender Schlussfolgerung verfügen diejenigen Jugendlichen, die in eher förderlichen oder befähigenden familialen Verhältnissen aufgewachsen sind eher über einen Zugang zu höheren Bildungseinrichtungen und haben es demnach doppelt leichter sich persönlich zu entfalten – einerseits persönlich durch ein stabiles soziales Umfeld und andererseits berufsperspektivisch durch einen besseren Zugang zu formaler Qualifikation. Stabile Familienverhältnisse bilden demnach eine wichtige soziale Ressource, um Herausforderungen wie insbesondere der Etablierung einer autonom-handlungsfähigen Persönlichkeit sowie der Bewältigungsanforderung „Qualifikation“ möglichst gesund

(stressfrei) begegnen zu können. Darüber hinaus werden in der Familie basale Grundlagen der Beziehungsfähigkeit gelegt, die Heranwachsenden helfen, sich ein eigenes soziales Netzwerk auf- und auszubauen.

#### 5.2.2.2 Freunde

Peers sind zentrale Elemente der Lebenswelt Jugendlicher, die wichtige soziale Unterstützung und Integration leisten. Sie können insbesondere im Schulalltag, der mitunter als stark belastend wahrgenommen wird, als wichtige protektive Faktoren dienen, aber auch, betrachtet man bspw. jugendtypisches Risikoverhalten, zu riskanten Verhaltensweisen animieren (vgl. Hurrelmann 2007; RKI 2013; Quenzel 2015). Im F-LGJ wurden daher quantitative und qualitative Indikatoren zum Freundeskreis sowie der Wahrnehmung des Schulalltags Befragter erfasst, um Ressourcen und Risiken aus diesem Kontext zu beleuchten. Insgesamt gaben fast 90% der Befragten (n=445) an, einen besten Freund oder eine beste Freundin zu haben. Drei Viertel von ihnen haben auch eine/n beste/n FreundIn in der Schule. Zudem sind 70% in einer festen Clique und sogar fast 80% in der Schule in einer Clique organisiert. Jungen (n=216) haben im Durchschnitt 44 Freunde, Mädchen 28 (n=213). Bei der Beantwortung dieser Frage war es jedoch teilweise unklar, ob sich die Angabe auf „reale“ oder *facebook-FreundInnen* bezieht bzw. ab wann man von FreundInnen sprechen könne. Die Angaben sind daher mit Vorsicht zu betrachten. Dennoch scheint es eine geschlechterdifferente Einschätzung über die Anzahl von FreundInnen zu geben, die in vorliegender Form auch statistisch signifikant ist. Ein Freundeskreis ist bei der Mehrheit Befragter auch in der Schule vorhanden. Das deutet auf stabile Freundschaftsbeziehungen, die den befragten Jugendlichen im Alltag und in der Schule Unterstützung bieten, hin. Wie bereits bei Daten zur sozialen Unterstützung durch die Familie (in personaler Form der Mutter) beschrieben, übernehmen FreundInnen in der Jugendphase zunehmend mehr die soziale Funktion von Rückhalt, Unterstützung und Integration. Dies zeigt sich auch in der mehrheitlichen Nennung von „besten FreundInnen“ und den „FreundInnen im Allgemeinen“ bei den oben bereits genannten Fragen zur sozialen Unterstützung. Wohingegen die Mutter über alle Fragen hinweg fünf Mal am häufigsten als diejenige Person benannt wurde, die Unterstützung im Alltag bietet, erreichen FreundInnen insgesamt neun Mal die höchste prozentuale Nennung. Zudem fällt auf, dass sich diese Zuordnungen inhaltlich unterscheiden. Mütter werden häufiger benannt, wenn es sich um eine alltagspraktische Form der sozialen Unterstützung handelt (*kümmert sich um meine Dinge, wenn ich mal nicht da bin*). Im Bereich emotionaler Unterstützung nehmen FreundInnen stark an Bedeutung zu (*mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann*). Im Bereich sozialer Integration letztendlich überwiegen die Nennungen von FreundInnen am eindeutigsten (*mit dem ich gerne etwas unternehme*). Geht es um Fragen der Gesundheit, wurden Mütter in fast 60% der Fälle als diejenige benannt, an die sich die Befragten (n=428) wenden, wenn sie körperliche Schmerzen haben (s.o.). Geht es ihnen hingegen unwohl, sind sie niedergeschlagen oder traurig, so rücken die besten FreundInnen in

den Fokus. 37% der Befragten wenden sich an ihre/n beste/n FreundIn, wenn sie Hilfe und Unterstützung suchen, weil es ihnen schlecht geht, sie traurig oder niedergeschlagen sind. In diesem Fall steht die Mutter nur noch an zweiter Stelle (20%). Darüber hinaus interessierte, wie die befragten Jugendlichen selbst ihre Freundschaftsbeziehungen bewerten. Dies wurde anhand ihres Vertrauens in den eigenen Freundeskreis in Anlehnung an die Kurzsкала zur Messung des interpersonalen Vertrauens (KUSIV-3<sup>50</sup>) erhoben (vgl. Beierlein et al. 2012a). Diese Skala basiert auf Rotter's Definition des interpersonalen Vertrauens, eines systematischen Persönlichkeitsunterschieds in der individuellen Erwartung, sich auf Worte, Versprechen, mündliche oder schriftliche Äußerungen anderer Personen verlassen zu können (vgl. ebenda). Die Fragebatterie bestand aus drei Items, die in einem hohen Antwortwert auf ein hohes Vertrauen in den Freundeskreis schließen lassen.

Fast alle Befragten (95%, n=448) sind der Überzeugung, ihre *FreundInnen haben meist gute Absichten*. In gleichem Maße sind sie der Überzeugung *ihren FreundInnen vertrauen zu können*. Im Kontrast dazu gaben aber auch gut ein Viertel aller Befragten an, sich *heutzutage auf niemanden mehr verlassen zu können, auch nicht auf die eigenen FreundInnen*. Im Vergleich der Geschlechter zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede, wohl aber unter Betrachtung des Bildungsniveaus und sozioökonomischer Indikatoren. Von den insgesamt 51%, die angaben, ihre FreundInnen hätten meist gute Absichten, kommen 66% vom Gymnasium (n=124) und 43% von der Hauptschule (n=97). Die Differenz nach Schulform zeigt sich bei diesem Indikator als statistisch signifikant im Vergleich der Mittelwerte. Hinzukommend lassen sich statistisch signifikante Differenzen im Vergleich der Mittelwerte interpersonalen Vertrauens in den eigenen Freundeskreis, nach der von Befragten angegebenen Wohnqualität identifizieren. Dies zeigt sich insbesondere bei der Indikatorfrage danach, ob sie ihren FreundInnen vertrauen können. Mit Blick auf die Selbsteinschätzung Befragter über ihre finanzielle Lage und die Indikatoren interpersonalen Vertrauens in den Freundeskreis, zeigen sich zudem statistisch signifikante Vergleichswerte. Sie zeigen sich in der Annahme darüber, den FreundInnen vertrauen zu können und der Ansicht zu sein, sie haben meist gute Absichten. Die besuchte Schulform (r 0,143) und auch die Angaben Befragter über ihr kulturelles Kapital (in Form von Literatur in der Herkunftsfamilie, r 0,197) korrelieren statistisch signifikant mit ihrer Einschätzung darüber, ihre FreundInnen hätten meist gute Absichten (p<=0,002). Die Bewertung des interpersonalen Vertrauens in den eigenen Freundeskreis Befragter scheint sich bei den Befragten nicht gänzlich losgelöst ihrer bildungskulturellen Herkunft heraus zu bilden. Unter Betrachtung der damit einhergehenden Ressourcen zur Bewältigung der entwicklungstypischen Aufgaben neue Beziehungen auf- und auszubauen, scheinen bildungsfernere Jugendliche benachteiligt, ähnlich wie Jugendliche, die das Klima innerhalb ihrer Herkunftsfamilie schlechter einschätzen. Familienklima, der Auf- und Ausbau von Freundschafts-

---

<sup>50</sup> Die Items wurden hierzu auf den Freundeskreis hin spezifiziert und im Summenscore für weitere Analysen verwendet ( $\alpha$  0,580, m=3, n=450). Die detaillierte HK-Struktur befindet sich im Anhang.

beziehungen und die Bewältigung der Entwicklungsaufgabe „Qualifikation“ hängen demnach eng miteinander zusammen. Ein günstiges Familienklima hilft, diesen Bewältigungsanforderungen gelingend gerecht werden zu können, schlechtere soziale Ausgangslagen können sich nicht nur negativ auf den Aufbau von Beziehungen zu Peers oder gar PartnerInnen sondern gleichermaßen auf die beruflichen Perspektiven auswirken – den am meisten Stress und damit auch psychosoziale Belastung auslösenden beiden jugendtypischen Herausforderungen in der Adoleszenz (vgl. Quenzel 2015). Ein förderliches Familienklima und qualitativ hochwertige Freundschaftsbeziehungen bieten wichtige Unterstützung im Alltag, sie helfen bei der Bewältigung psychosozialer Belastungen und Stress, zu Hause unter Peers sowie in der Schule und können so auch als wesentliches Element gesunder Entwicklung gelten.

### 5.2.2.3 Schule

Von insgesamt 448 befragten Mädchen und Jungen besuchten 21% zum Zeitpunkt der Erhebung die Hauptschule, 51% die Realschule und 27% das Gymnasium. Fragt man jedoch nach dem angestrebten Schulabschluss, so gaben die Befragten vielfach einen höheren Abschluss an, als den, den sie auf ihrer aktuellen Schulform erreichen können. Die Mehrheit strebt ein klassisches Abitur oder die Fachhochschulreife an (70%). Einen Realschulabschluss streben noch immer ein Fünftel der Befragten und den Hauptschulabschluss ca. 10% an. Geschlechterunterschiede lassen sich kaum identifizieren, wohl aber ein statistisch signifikanter Zusammenhang zu verschiedenen Indikatoren ihrer sozioökonomischen Lage, wobei die Wohnform hierbei zu vernachlässigen ist, da sie kaum valide Aussagen über einen Zusammenhang zum Qualifikationsniveau zulässt. Eher ist sie der städtischen Verortung der untersuchten Schulen geschuldet. Die besuchte Schulform, sowie angestrebter Schulabschluss korrelieren statistisch signifikant mit der von befragten Jugendlichen angegebenen Einschätzung zur Erfassung kulturellen Kapitals ( $r\ 0,366$ ;  $r\ 0,332$ ). Jugendliche die angeben zu Hause über einen größeren Fundus an Literatur zu verfügen, besuchen eine höhere Schulform und streben auch einen höheren Abschluss an. Dieser Effekt sinkt mit abnehmendem Qualifikationsniveau ab. Von den HauptschülerInnen ( $n=96$ ) streben fast 40% auch den Hauptschulabschluss an, wohingegen von den RealschülerInnen ( $n=230$ ) nur ca. 25% einen Realschulabschluss anvisieren. Das Potenzial bzw. die Überzeugung auch einen höheren Abschluss zu erreichen, ist bei den befragten HauptschülerInnen geringer ausgeprägt als bei RealschülerInnen. Betrachtet man nun die Anforderung der schulischen und beruflichen Qualifikation in der Lebensphase Jugend, so lassen die Daten von Jugendlichen höherer Schulformen auch auf einen größeren Zukunftsoptimismus rückschließen, dem wiederum eine befördernde Wirkung mit sich bringen kann, eine Überzeugung die eigene Zukunft nach individueller Präferenz gestalten zu können. Über mögliche Zukunftsaspirationen hinausgehend interessierte zudem, wie die Befragten ihre eigenen schulischen Leistungen und ihren Schulalltag bewerten. Jugendliche verbringen einen Großteil ihrer Lebenszeit in der Schule und

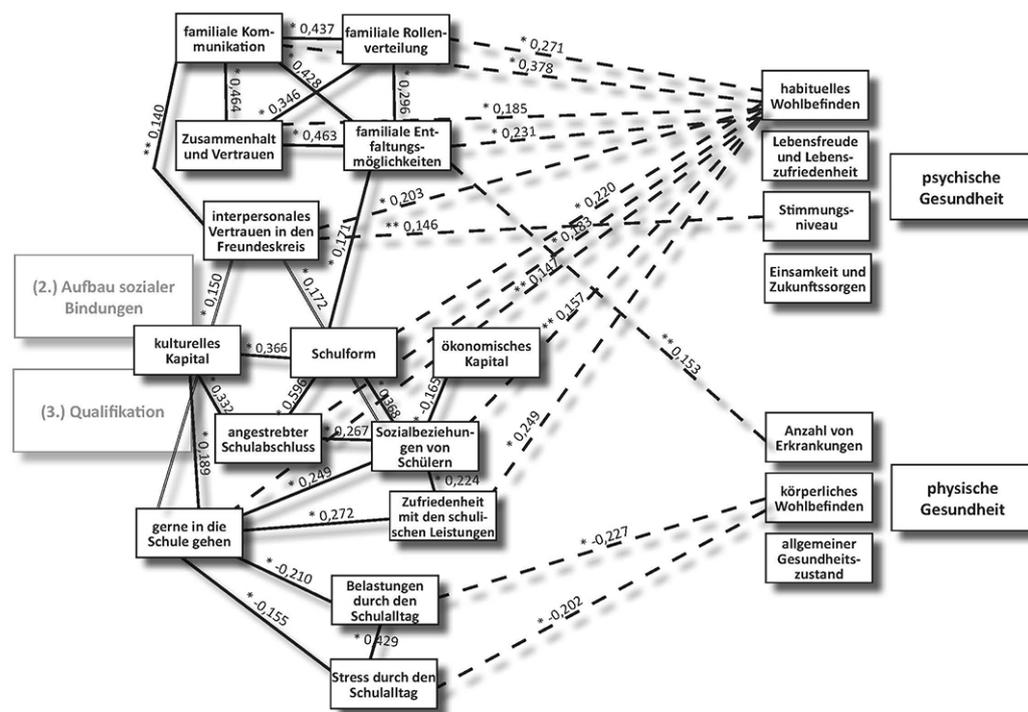
kann daher als einer der Dreh- und Angelpunkte biopsychosozialen Wohlbefindens verstanden werden (vgl. Quenzel 2015). Dort werden soziale Beziehungen gepflegt, Integration oder Exklusion ausgehandelt und dort entsteht ein mitunter hoher Leistungsdruck, als einer der am meisten Stress auslösenden Aspekte in der Lebenswelt Jugendlicher. Wird der Lernort Schule eher positiv wahrgenommen so steht dies in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit der wahrgenommenen Belastung durch den schulischen Alltag, entgegengesetzt verhält es sich, wenn die Zufriedenheit mit Schulleistungen sinkt. Die meisten der Befragten waren zum Zeitpunkt der Erhebung mit ihren schulischen Leistungen zufrieden oder sogar sehr zufrieden ( $n=457$ ; 80%) und gut die Hälfte gab an, (sehr) gerne in die Schule zu gehen. Fast 40% gaben an, ihren schulischen Alltag eher entspannt zu erleben – hingegen empfinden ihn ca. 60% eher stressig. Insgesamt gaben sogar 70% an, sich durch ihren schulischen Alltag belastet zu fühlen. Ein Indikator dafür, dass auch die hiesige Untersuchungspopulation ihren Schulalltag als hoch stressig und belastend wahrnimmt. Dies zieht sich durch alle Schulformen und wird von Mädchen und Jungen annähernd gleich gesehen. Bei allen der Befragten steigen mit der Zufriedenheit mit den schulischen Leistungen auch ihre Angaben darüber, wie gerne sie in die Schule gehen ( $r\ 0,272$ ) gleichermaßen wie ihre Einschätzung darüber, ob sie sich von ihrem schulischen Alltag belastet fühlen ( $r\ -0,161$ ). Jugendliche, die mit ihren Leistungen zufriedener sind, gehen auch lieber in die Schule und erleben ihren Schulalltag weniger als Last. Darüber hinaus korreliert die wahrgenommene Belastung durch den schulischen Alltag mit dem im Schulalltag empfundenen Stress ( $r\ 0,429$ ). Der eigene Leistungsanspruch, bzw. das selbst wahrgenommene Genügen dieses Leistungsanspruches hängt statistisch signifikant damit zusammen inwieweit Schule als Stress auslösend und damit zur psychosozialen Belastung im Alltag der befragten Jugendlichen werden kann, was wiederum, neben Indikatoren zum psychosozialen Wohlbefinden, in einem negativen statistisch signifikanten Zusammenhang mit Angaben zum körperlichen Wohlbefinden steht (siehe Abbildung 18, Seite 203). Neben Indikatoren zur Schulzufriedenheit, -stress und -belastung spielen, wie bereits konstatiert die sozialen Beziehungen zu Peers in der Lebenswelt Schule eine zentrale Rolle. Diese tragen dem Ausbau und der Etablierung von Beziehungen zu Peers bei, können als wichtige Indikatoren für die Zufriedenheit in und mit der Schule erachtet werden und helfen in stressigen und belastenden Situationen in Schule, Freizeit und zu Hause, emotionale sowie sozial integrierende Unterstützung zu bekommen. Zur Erfassung der Wahrnehmung befragter Jugendlicher über die sozialen Beziehungen von SchülerInnen untereinander in ihrer Schule, wurde im F-LGJ, anhand von insgesamt sieben Indikatorvariablen der Skala „*Sozialbeziehungen von SchülerInnen*“ (vgl. Dann et al. 2012), ihre Einschätzung zum Schulklima erfasst, die auf ein erklärstarkes Modell reduziert wurden (für eine detaillierte Beschreibung des HK-Modells siehe Anhang).

Auch in diesem Merkmal zeigt sich, dass das Qualifikationsniveau Befragter einen Schutz- bzw. Risikofaktor, bei der Bewertung der sozialen Beziehungen von SchülerInnen untereinander, darstellt. Angaben über die Einschätzung der Sozialbeziehungen korrelieren statistisch

signifikant mit der von Jugendlichen angegebenen besuchten Schulform. So gaben beispielsweise 18% der HauptschülerInnen (n=97) an, der Umgang miteinander in ihrer Schule sei nicht erfreulich. Noch immer 15% aller RealschülerInnen (n=235) aber nur noch 3% der GymnasiastInnen (n=123) schätzen den Umgang miteinander in ihrer Schule derart negativ ein. Jugendliche, die das Gymnasium besuchen, sind wesentlich häufiger der Ansicht, die Rechte von MitschülerInnen würden in ihrer Schule respektiert (19%), im Gegensatz zu RealschülerInnen (4,3%) und HauptschülerInnen (4,1%). Jugendliche, die eine Haupt- oder Realschule besuchen, gaben auch häufiger an, das Verspotten von anderen SchülerInnen sei bei ihnen an der Schule beliebt (HS 26%, RS 29%). Dies schätzen hingegen nur knapp 10% der GymnasiastInnen ähnlich kritisch ein. Auch bewerteten sich Jugendliche des Gymnasiums als hilfsbereiter untereinander als Jugendliche, die eine Real- oder Hauptschule besuchen. Nach ihren Angaben hätten es Außenseiter leichter sich zu integrieren und das kameradschaftliche Verhalten untereinander sei im Vergleich zu anderen Schulen besser. Dies schätzen Real- und HauptschülerInnen schlechter ein. An einer Frage fällt aber eine Umkehr des kontrastierten Kausalzusammenhangs auf. Gut ein Drittel aller Haupt- und RealschülerInnen gab an, sie würden auf schwächere und schlechtere SchülerInnen Rücksicht nehmen. Dies erachteten aber nur knapp 15% der GymnasialschülerInnen als zutreffend für ihre Schule. In diesem Fall, scheinen soziale Aspekte vor Fragen der individuellen Leistungserfüllung auf dem Gymnasium in den Hintergrund zu geraten. Für Jugendliche, die ein Gymnasium besuchen scheint Leistung einen anderen Stellenwert einzunehmen anstatt für Real- oder HauptschülerInnen, die eher der Ansicht sind, man nehme Rücksicht auf schwächere und schlechtere SchülerInnen. Die Einschätzung der sozialen Beziehungen von SchülerInnen untereinander hängt statistisch signifikant mit ihrer eigenen Leistungszufriedenheit zusammen ( $r = 0,224$ ), die wiederum damit einher geht, wie gerne die Befragten die Schule besuchen ( $r = 0,272$ ) – einer wichtigen Grundvoraussetzung, um der Entwicklungsaufgabe „Qualifikation“ überhaupt gerecht werden zu können. Hinzukommend zeichnet sich ein Zusammenhang mit der von ihnen besuchten Schulform ab ( $r = 0,368$ ), der darlegt, dass Sozialbeziehungen in der Schule mit steigendem Qualifikationsniveau auch positiver wahrgenommen werden. Davon Ausgenommen bleibt jedoch die Variable zur Rücksichtnahme auf schwächere und schlechtere SchülerInnen, bei der sich Real- sowie HauptschülerInnen selbst als achtsamer aufeinander wahrnehmen. Auf dem Gymnasium scheinen hierbei Leistungsanforderungen und das individuelle Genügen dieser stärker im Fokus zu stehen. Leider liefern die vorliegenden statistischen Daten zu wenig Grundlage, um zudem Rückschlüsse über Zusammenhänge von Leistungsanforderungen und Regenerationsmöglichkeiten Befragter zuzulassen. Es scheint aber naheliegend, dass ein höherer wahrgenommener Leistungsdruck durch die Schule, sich auch auf Kosten wahrgenommener Möglichkeiten der Regeneration auswirken kann und sich damit auch im biopsychosozialen Wohlbefinden Befragter niederschlagen könnte. Vor dem Hintergrund später durchgeführter Gruppendiskussionen konnten diese, hier nur vagen Vermutungen, bekräftigt

werden, wie sich im letzten Kapitel noch zeigen wird. In einer Zusammenschau dieser Daten lässt sich jedoch festhalten, dass Schulzufriedenheit, Leistungsdruck und Stress, wie bereits betont, nicht nur im Zusammenhang mit dem psychosozialen sondern ebenfalls physischen Befinden Befragter stehen. Diese beschriebenen Erkenntnisse sind mit Blick auf die befragte Untersuchungspopulation allerdings zwingend vor dem Hintergrund des Erhebungssamples zu diskutieren. Insgesamt nahmen Jugendliche von zwei Realschulen, zwei Hauptschulen und einem Gymnasium an der Untersuchung teil. Auch die Verteilung der Untersuchungspopulation über die drei benannten Schulformen variiert (HS n=97, RS n=237, GY n=124). Inwieweit die beschriebenen Zusammenhänge mit dem Qualifikationsniveau Befragter zusammenhängen kann demnach nicht eindeutig beantwortet werden. Ebenso könnte die Schulkultur, unabhängig der Schulform, Einfluss auf die von Befragten wahrgenommene Zufriedenheit mit den schulischen Leistungen, sozialen Beziehungen, dem Leistungsdruck, Stress und wahrgenommenen Belastung nehmen. Was sich aber deutlich zeigt ist, dass die Bewertung dieser Merkmale, egal welcher Schulform die Befragten entspringen, in einem wichtigen Zusammenhang mit ihrem biopsychosozialen Wohlbefinden stehen (siehe Abbildung 18).

Abbildung 18: Matrix identifizierter Zusammenhänge einzelner gesundheitsbezogener Indikatoren und Merkmale von Entwicklungsaufgaben des „Beziehungsaubaus“ und der „Qualifikation“ in der Jugendphase in der Untersuchungspopulation (eigene Darstellung).



Bivariate Pearson-Korrelationen auf einem Signifikanzniveau von \*p<=0,001 oder \*\*p<0,005 (n>389).

Insbesondere die Einschätzung ihrer psychischen Gesundheit korreliert statistisch signifikant mit Aspekten des von Befragten wahrgenommenen Familienklimas, ihrem Vertrauen in den eigenen Freundeskreis sowie ihre Zufriedenheit mit eigenen Schulleistungen und Bewertung der Sozialbeziehungen von SchülerInnen ihrer Schule untereinander. Der familiäre Background Befragter, hier erfasst anhand ihrer Einschätzung des Umgangs in ihrer Familie miteinander

sowie ihrem Zugang zu einer heimischen Lesekultur, steht zudem in einem Zusammenhang mit der von ihnen besuchten Schulform. Jugendliche, die familial-kulturelle Aspekte besser einschätzen, streben ein höheres Qualifikationsniveau an. Die besuchte Schulform wiederum korreliert statistisch signifikant mit Indikatoren der Schulzufriedenheit Befragter sowie ihrer Einschätzung über den alltäglichen Umgang von SchülerInnen ihrer Schule untereinander und nimmt damit einen Effekt auf ihre Wahrnehmung von Stress und Belastung in und durch die Schule. Wird Schule als Belastung wahrgenommen und der Schulalltag als stressig erlebt, zeigt sich mit Blick auf die Lebenswelt Schule darüber hinaus ein nicht zu unterschätzender statistisch signifikanter Zusammenhang zum körperlichen Wohlbefinden Befragter. Empfinden die Befragten ihren Schulalltag als Belastung, so nimmt dies einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Bewertung ihres körperlichen Wohlbefindens.<sup>51</sup> Sie fühlen sich schwächer, haben häufiger Schmerzen und bewerten ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter. Neben konstatierten psychosozialen Aspekten ein durchaus alarmierender Indikator für den Zusammenhang von entwicklungstypischen Anforderungen in der Lebensphase Jugend und der von Jugendlichen selbst wahrgenommenen Gesundheit. Das schulische Umfeld wird zur Ressource oder zum Risiko einer gesunden Entwicklung in der Lebensphase Jugend. Schule versteht sich als ein wichtiger und wesentlicher Entwicklungs- und Bildungsort in der Adoleszenz, in dem Identitäten ausgehandelt, Beziehungen zu Gleichaltrigen und Erwachsenen ausgebaut, Berufsaspirationen entwickelt und Kompetenzen der gesellschaftlichen Partizipation erworben werden. Speziell mit Blick auf die Herausbildung einer eigenen (Geschlechts-)Identität, trägt der Lebensort Schule einen wesentlichen Beitrag zur psychosozialen Aneignung des sich verändernden physischen Geschlechts (vgl. Göppel 2011, 26). *Typisch Mann* und *typisch Frau* konstruiert sich vor dem Hintergrund von Peer- und Gesellschaftsordnungen, typischen Mann- und Frauseins, auch in der Schule. Qualitativ hochwertige Freundschaftsbeziehungen können dabei einerseits Raum zur Erprobung eigener (Geschlechts-)Identität bieten und zudem soziale Unterstützung leisten mit divergierenden Rollenmodellen – seien es die eigenen oder fremden Zuschreibungen - umzugehen zu lernen (vgl. Quenzel 2015). FreundInnen wurden bei den Befragten am häufigsten benannt, wenn es um die emotionale Unterstützung im Alltag geht sowie bei Fragen der Zugehörigkeit und Integration. Daher sollte es plausibel erscheinen, dass die Einschätzung Befragter über das soziale Miteinander in der Schule nicht nur in einem direkten Zusammenhang mit ihrer Motivation in die Schule zu gehen und Zufriedenheit mit ihren Leistungen steht, sondern darüber hinaus auch mit ihrem alltäglichen Wohlbefinden. Schule wird, neben dem in der Jugendphase ebenfalls hoch relevanten Bildungsauftrag, so auch ein wesentlicher psychosozialer Effekt auf die gesunde Entwicklung Heranwachsender zuteil. Ferner ist natürlich Qualifikation vornehmlicher Schlüssel des Zugangs zum Ausbildungs- und Berufsmarkt, dem heute zentralsten Element gesellschaftlicher Teilhabe und ökonomischer Unabhängigkeit. Dabei ist nicht per se davon

---

<sup>51</sup> Lineare Regressionsanalyse: abhängige Variable HK 5 „körperliches Wohlbefinden“ (n=395, DW 1,87, R<sup>2</sup> 0,052,  $\beta$  -0,227).

auszugehen, dass nur das höchst mögliche Bildungsniveau der individuellen Zufriedenheit und wahrgenommenen Gesundheit beiträgt. Die Zufriedenheit mit den schulischen Leistungen bspw. korreliert weder mit der von Befragten besuchten Schulform noch dem von ihnen angestrebten Schulabschluss. Wohl aber hängt sie mit ihrer Einschätzung über den Schulalltag sowie die sozialen Beziehungen von SchülerInnen ihrer Schule untereinander zusammen, die wiederum in einem Zusammenhang mit ihrem psychosozialen und physischen Wohlbefinden stehen und den Lebens- und Lernort Schule zu einem wichtigen Feld gesundheitsfördernder und krankheitspräventiver Interventionen der Kinder- und Jugendhilfe werden lässt.

### **5.2.3 Regeneration**

Das Thema „Regeneration“ spielt in der Jugendphase an vielerlei Stellen eine Rolle. Biologisch befindet sich der jugendliche Körper in einem steten Umbau. Das strengt physisch und psychisch an. Biopsychosoziale Veränderungen in der Pubertät sowie neue Herausforderungen der sozialen, beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe lassen regenerative Elemente – Momente der Verarbeitung und Endspannung – im Alltag Jugendlicher immer wichtiger werden. Es geht dabei darum, einerseits einen eigenen Lebensstil zu entwickeln und zu einem kontrollierten und bedürfnisorientierten Umgang mit Freizeit-, Kultur- und Konsumangeboten zu kommen, mit dem Ziel, andererseits psychische und körperliche Kräfte zu regenerieren (vgl. Quenzel 2015). Regenerationstechniken sind dabei divers und in der Jugendphase häufig auch mit einem Austesten verschiedener Strategien der Entspannung verbunden, die sich, vielleicht noch nicht im Moment des Testens, wohl aber im weiteren Lebensverlauf, gesundheitlich auf das Leben auswirken können (vgl. BMFSFJ 2009; Pinquart/Silbereisen 2010; Quenzel 2015). Mit Blick auf die vorliegende Untersuchungspopulation interessierte im F-LGJ der Umgang der Befragten mit Alkohol, Zigaretten und illegalen Substanzen, verschiedene Indikatoren, die als jugendtypisches gesundheitsbezogenes Risikoverhalten gelten können sowie Angaben zur sportlichen Ertüchtigung. Diese Indikatoren sind wiederum nicht überschneidungsfrei zu bereits erläuterten Entwicklungsaufgaben zu erachten. Sport, als Möglichkeit der bewussten Veränderung des Aussehens beispielsweise, spielt bei der Herausforderung den eigenen, sich verändernden Körper akzeptieren zu lernen, sicherlich eine ebenso große Rolle, wie hier zur Entwicklung eines eigenen regenerativen Lebensstils. Der Konsum von Substanzmitteln kann ebenso zur psychosozialen Bewältigung dieser Herausforderung beitragen oder darüber hinaus zu Anerkennung unter Peers führen – auch als jugendtypisch geltendes Risikoverhalten, basiert wahrscheinlich häufig auf der Erwartung sozialer Anerkennung oder des Testens eigener physischer und psychischer Grenzen. Riskante, teils gesundheitsschädigende Verhaltensweisen, können der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben als identitätsstiftende oder anerkennungsfördernde Handlungspraxis dienen (vgl. Hurrelmann 2007; Sting 2010).

### 5.1.3.1 Jugendtypisches Risikoverhalten

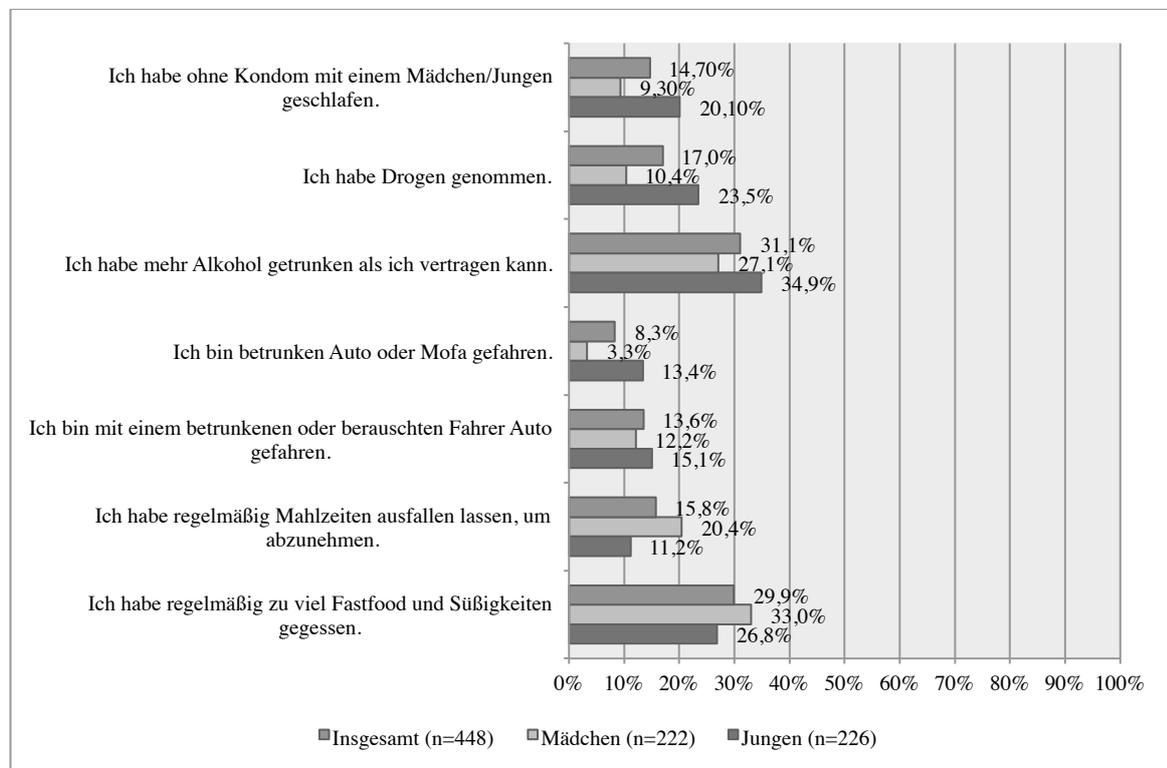
Die Jugendphase zeichnet sich insbesondere dadurch aus, das eigene Selbst in Abgrenzung zu Erwachsenen zu entwickeln. Dies kann einerseits dazu führen, gesundheitsschädliche Verhaltensweisen auszuprobieren (Rauchen, Trinken, Drogenkonsum, etc.), andererseits aber auch dazu, sich gezielt gegen gesundheitsriskante Verhaltensweisen, bspw. der Eltern, zu richten. Letzteres ist im Falle gesundheitsschädigenden Konsumverhaltens sogar begrüßenswert. Ferner dienen gesundheitsriskante Praxen häufig der Anerkennung unter Peers. Ist es „in“ zu rauchen, so kann dies zur Anerkennung im Freundeskreis verhelfen. Sind turbulente Fahrmanöver „cool“, so werden sie, sind die Freunde mit im Auto, zum *besonderen Adrenalinkick*, bei dem eine steigende Unfallgefahr in den Hintergrund der jugendlichen Aufmerksamkeit gerät. Im Fragebogen wurde in einer Fragebatterie mit acht Aussagen zu jugendtypischen Wagnissen erfragt, wie oft die Befragten dort beschriebene Aktivitäten *„...im vergangenen Jahr gemacht haben, um bei Freunden gut dar zu stehen bzw. sich nicht blamieren zu wollen, obwohl sie wussten, dass es ihrer Gesundheit schaden kann.“* Diese Eingrenzung führte in der Erhebung zu der Nachfrage, ob auch Angaben gemacht werden dürften, wenn die beschriebene Aktivität, ohne dass implizit *„bei Freunden gut dastehen“* im Fokus stand, durchgeführt wurde. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist daher zu beachten, dass sich die Angaben Befragter nicht ausschließlich darauf beziehen, die beschriebene Aktivität gemacht zu haben, um bei FreundInnen gut dar zu stehen. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „nie“ über „1 Mal“, „2-3 Mal“ bis hin zu „4 Mal und häufiger“ und wurden mit Werten von 1 bis 4 kodiert, wobei ein hoher Wert auf ein häufigeres Vorkommen der jeweiligen Verhaltensweise hinweist.<sup>52</sup>

In detaillierter Betrachtung der prozentualen Angaben Befragter zeigt sich folgendes annähernd durchgehendes geschlechtsheterogenes Bild (siehe Abbildung 19). Am riskantesten zeigen sich die Befragten in ihrem Alkoholkonsum. Insgesamt (n=448) 31% haben im vergangenen Jahr min. einmal mehr Alkohol getrunken als sie vertragen. Die befragten Jungen trinken dabei häufiger über ihre Grenzen hinaus als Mädchen. Zudem gaben fast ein Drittel aller HauptschülerInnen (n=95), jedoch nur 15% der Befragten, die ein Gymnasium besuchen (n=120), an, im vergangenen Jahr mindestens zweimal über ihre Grenzen hinaus Alkohol konsumiert zu haben. RealschülerInnen (n=235) zeigen sich dabei als die Unriskantesten (9%). Auch bei Angaben zum Drogenkonsum Befragter sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede deutlich erkennbar. Knapp ein Viertel der Jungen, jedoch nur 10% der Mädchen gaben an, im vergangenen Jahr Drogen konsumiert zu haben. Ferner fahren Jungen deutlich häufiger als Mädchen berauscht Auto oder Mofa und fast ein Drittel sagt von sich regelmäßig (*vier Mal und häufiger*) zu viel Fastfood und Süßigkeiten zu essen, wobei der Anteil männlicher Befragter nur leicht überwiegt. Betrachtet man jedoch im Gegensatz dazu Tendenzen eines

<sup>52</sup> Für weitere Analyseverfahren wurde aus den Indikatorvariablen zum jugendtypischen gesundheitsbezogenen Risikoverhalten sowie ihrem Konsumverhalten (siehe das folgende Kapitel) ein Hauptkomponentenmodell (Varimax, Faktorenanalyse) gebildet. Dieses Modell befindet sich im Anhang.

restriktiven Essverhaltens in der Form Mahlzeiten ausfallen zu lassen um abzunehmen, überwiegt der Anteil befragter Mädchen. Gut ein Viertel der HauptschülerInnen (n=97) ließ, im vergangenen Jahr viermal und häufiger Mahlzeiten ausfallen, um abzunehmen. Im Vergleich sinkt diese Tendenz bei befragten RealschülerInnen (n=232, 14%) und GymnasiastInnen (n=121, 12%) deutlich ab. Zur Frage von *safer sex*, zeigen sich wieder Jungen als das riskantere Geschlecht. 20% der Befragten Jungen gaben an, im vergangenen Jahr ohne Kondom mit einem Mädchen geschlafen zu haben. Mädchen achten stärker auf die Verhütung mit einem Kondom von ihnen hatten nur 10% im vergangenen Jahr ungeschützten Verkehr. Noch immer ein recht hoher Optimismus, wenn man bedenkt, dass Geschlechterkrankungen oder auch (ungewollte) Schwangerschaften in bis zu 10% der Fälle theoretisch in Kauf genommen werden. Auch hier zeigt sich ein Zusammenhang zu der von Befragten besuchten Schulform. GymnasiastInnen und RealschülerInnen gehen seltener das Risiko ungeschützten Geschlechtsverkehrs ein (5%) als Befragte, die eine Hauptschule besuchen (12%).

Abbildung 19: Prozentuale Angaben der Befragten zu einzelnen Aussagen über jugendtypische gesundheitsbezogene Risikoverhaltensweisen nach Geschlecht. Die prozentualen Angaben beziehen sich auf einen Summenwert der Angaben „ein Mal“, „zwei bis drei Mal“ und „vier Mal und häufiger“. Lediglich die Angaben über das Essverhalten (Süßigkeiten/Fastfood und Mahlzeiten ausfallen lassen) bilden ein regelmäßiges Erscheinen ab. Regelmäßig bezieht sich dabei ausschließlich auf die Angabe „vier Mal und häufiger“.



Mit Blick auf die Abbildung 19 lassen sich bereits kritische Momente gesundheitsriskanter Verhaltensweisen identifizieren. Hierbei sollte das Ernährungs- sowie Konsumverhalten befragter Jugendlicher besonders hervorgehoben werden. Ein Drittel aller Befragten sagen von sich selbst, sich regelmäßig ungesund zu ernähren und ebenso viele, im vergangenen Jahr mindestens einmal zu viel Alkohol getrunken zu haben. Ferner geben sogar 7% an, *regelmäßig*

(viermal und häufiger) mehr Alkohol zu trinken, als sie vertragen. Erstaunlicherweise unterscheiden sich die Geschlechter in ihrem Konsumverhalten von Alkohol kaum. Wohl aber zeigen sich statistisch signifikante Zusammenhänge mit der ökonomischen Lage innerhalb der Herkunftsfamilie und dem Qualifikationsniveau Befragter. Jugendliche, die ihre und die finanzielle Lage ihrer Familie eher schlechter beurteilen oder eine niedrigere Schulform besuchen, berichteten deutlich häufiger von einem ihre Grenzen übersteigenden Alkoholkonsum für das vergangene Jahr. In der 1. Welle der KiGGS-Untersuchung ließen sich 15,8% Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren finden, die einen riskanten Alkoholkonsum zeigen und 11,5%, die sich regelmäßig in den Rausch trinken (vgl. RKI 2014). Ebenfalls konnte die KiGGS-Studie kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern, aber auch kaum bezüglich dem Sozialstatus und Alkoholkonsum Befragter finden (vgl. ebenda). In der hiesigen Untersuchung konnten aber Zusammenhänge zwischen dem Alkoholkonsum und der ökonomischen Lage Befragter identifiziert werden. Einerseits ist dabei zu beachten, dass sich die Messinstrumente (KiGGS: Sozialstatus; hier: ausschließlich finanzielle Mittel) unterscheiden, andererseits arbeitet diese Untersuchung ausschließlich mit Selbstauskünften Befragter, wohingegen die Untersuchung des RKI sich auf verschiedene Quellen beruft. Im Geschlechtervergleich (MW-Vergleich) weisen Mädchen statistisch signifikant höhere Prävalenzen für einen restriktiven Ernährungsstil auf als Jungen. Sie lassen häufiger Mahlzeiten ausfallen, um abzunehmen. Jungen hingegen zeigen einen statistisch signifikant höheren Drogenkonsum und geben häufiger an, betrunken Auto oder Motorroller gefahren zu sein. Unter Betrachtung der von den Befragten besuchten Schulform zeigt sich, dass mit sinkendem Qualifikationsniveau die Häufigkeit der Befragten statistisch signifikant zunimmt, mit einem Jungen/Mädchen ohne Kondom geschlafen zu haben, Mahlzeiten ausfallen zu lassen und mehr Alkohol getrunken zu haben als sie vertragen. Die Einschätzung eigener Wohnverhältnisse sowie der finanziellen Lage Befragter steht ebenfalls im Zusammenhang mit ihren Angaben zu ungeschütztem Geschlechtsverkehr und damit, betrunken am Straßenverkehr teilgenommen zu haben. Hinzukommend geben Jugendliche, die ihre finanzielle Lage schlechter bewerten, auch häufiger an, mehr Alkohol getrunken zu haben als sie vertragen. Mit Blick auf die Aneignung eines individuellen Freizeit-, Lebens- und Konsumstils bereits wegweisende Erkenntnisse für eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung insbesondere bildungsfernerer Jugendlicher sowie Implikationen für eine sozialraumorientierte Praxis gesundheitsbezogener Interventionen der Kinder- und Jugendhilfe.

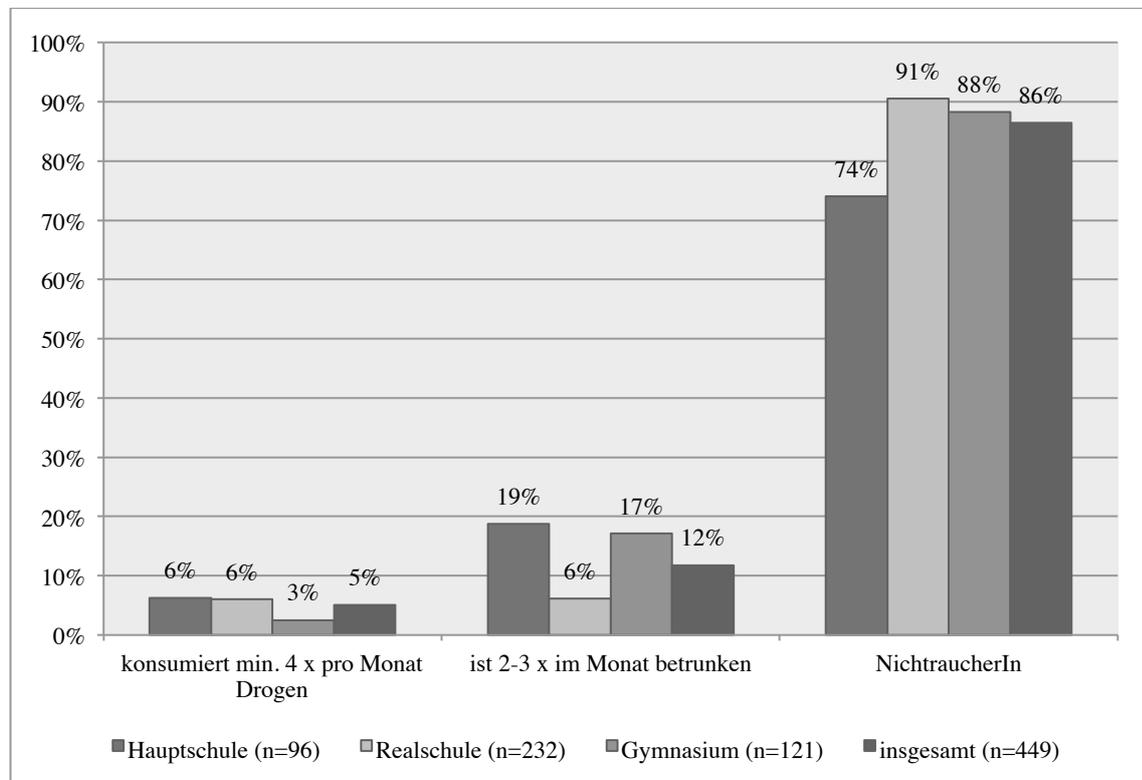
Über das allgemeine gesundheitsbezogene Risikoverhalten Befragter hinausgehend, wurde vertiefend nach ihrem Konsumverhalten gefragt. Davon ausgehend lassen sich sehr naheliegende Auswirkungen auf die Gesundheit in der Jugendphase sowie das weitere Leben machen. Diese werden in der Regel zwar erst im Erwachsenenalter deutlich, ihre Grundlegung jedoch vollzieht sich in der Herausbildung eines eigenen Konsumverhaltens in der Adoleszenz. Die verwendete Fragebatterie umfasste den Zigaretten-, Drogen- sowie Alkoholkonsum

Befragter, anhand folgender drei Items mit freien Antwortfeldern für die Angabe genauer Anzahlen.

1. Wie viele Zigaretten rauchst du im Durchschnitt am Tag?
2. Wie oft bist du im Durchschnitt im Monat betrunken?
3. Wie oft konsumierst du im Durchschnitt im Monat Drogen?

Zunächst einmal erscheint erfreulich, dass von den insgesamt 448 Befragten 86% angaben, NichtraucherIn zu sein. 5% rauchen bis zu fünf Zigaretten am Tag und weitere 5% zählen sich zu der Gruppe von regelmäßigen RaucherInnen. Nach Geschlecht unterscheiden sich die Befragten hierbei kaum, wohl aber nach der von ihnen besuchten Schulform. 10% der HauptschülerInnen rauchen mehr als 11 Zigaretten am Tag und können damit zu der Gruppe regelmäßige/r RaucherInnen gezählt werden. Dies geben nur je 3% der RealschülerInnen und Gymnasiasten von sich an (siehe Abbildung 20). 74% der HauptschülerInnen gaben an, NichtraucherIn zu sein. Hingegen sagten dies je ca. 90% der befragten RealschülerInnen und Gymnasiasten von sich.

Abbildung 20: Prozentuale Angaben zum Konsumverhalten Befragter, differenziert nach der von ihnen besuchten Schulform.



Im Vergleich zur Drogenaffinitätsstudie der BzGA zeigen sich im Rauchverhalten Befragter durchaus ähnliche Trends zu den dort erfassten Daten. Dort geben insgesamt 71% der 12- bis 17-Jährigen an, nicht zu rauchen (n=5.001 12- bis 25-Jährige) und nur noch knapp 5% rauchen täglich und 2% 10 und mehr Zigaretten am Tag (vgl. BzGA 2012). Seit 2004 steigt die Anzahl von NichtraucherInnen bei den 12- bis 17-Jährigen deutlich an, bzw. nimmt die der

208

RaucherInnen stetig ab (vgl. ebenda). Ebenfalls lässt sich in den bundesweiten Trends ein Zusammenhang mit dem Qualifikationsniveau Befragter und kaum Zusammenhänge zum Geschlecht konstatieren (vgl. ebenda). Schaut man sich jedoch die Angaben der Häufigkeit des Alkoholkonsums Befragter in der hier durchgeführten Untersuchung an, zeichnet sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern ab. Mädchen geben häufiger an, nur alle zwei Monate betrunken zu sein, Jungen eher jeden Monat. 13% der Jungen sagt sogar von sich, im Durchschnitt mehr als viermal monatlich betrunken zu sein. Im Vergleich geben dies nur 3% der Mädchen von sich an. Von den insgesamt 66%, die angeben, im Durchschnitt monatlich gar nicht betrunken zu sein, sind 62% Jungen und 70% Mädchen. Mädchen fallen also nicht durch gänzliche Abstinenz auf, scheinen aber weniger häufig zu einem intensiven Konsum von Alkohol zu neigen als Jungen. In der bereits rezipierten Drogenaffinitätsstudie lassen sich 14% identifizieren, die mindestens wöchentlich Alkohol trinken und 15% konnten dort der Gruppe der Rauschtrinkenden zugeordnet werden (vgl. BzGA 2012). Bei knapp 4% kam dies viermal oder häufiger im vergangenen Monat vor (vgl. ebenda). Das RKI geht von ca. 16% der Jugendlichen aus, die einen riskanten Alkoholkonsum aufzeigen und knapp 12%, die ein regelmäßiges Rauschtrinken praktizieren (vgl. RKI 2014). Insgesamt kommen beide Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass der Konsum bei Jungen höher ist als bei Mädchen (vgl. BzGA 2012, RKI 2014). Hinzukommend zeigt sich in der hiesigen Datenlage ein Effekt der von Befragten besuchten Schulform, der allerdings zunächst vermutete Kausalitäten wiederlegt. Fast ein Fünftel aller HauptschülerInnen und GymnasiastInnen gab an, im Durchschnitt 2- bis 3-mal im Monat betrunken zu sein. Nur die RealschülerInnen zeigen sich abstinenten (siehe Abbildung 20). Die hier befragten GymnasiastInnen weisen demnach einen ähnlich riskant einzuschätzenden Alkoholkonsum wie HauptschülerInnen auf. Im Vergleich dazu kommt die Drogenaffinitätsstudie zu dem Schluss, gäbe es kaum Unterschiede im Alkoholkonsum Jugendlicher nach der von ihnen besuchten Schulform (vgl. BzGA 2012). Jedoch weist sie darauf hin, dass RealschülerInnen der Sek. I sich statistisch signifikant von GymnasiastInnen unterscheiden. Sie weisen eine höhere Prävalenz riskanten Rauschtrinkens auf (vgl. ebenda). Auch in der hiesigen Untersuchung kann dies, jedoch nur als ein leichter *statistischer Trend*, erkannt werden. Zu ihrem Drogenkonsum berichteten rund 90%, keine illegalen Substanzen zu sich zu nehmen (n=449). 5% gaben hingegen einen regelmäßigen Konsum von Drogen an (min. 4-mal pro Monat). Hier zeigen sich wieder die Jungen risikofreudiger. 6% konsumieren regelmäßig, 4% 2- bis 3-mal im Monat. Mädchen konsumieren nur in 4% der Fälle regelmäßig. Die Kategorie 2- bis 3-mal pro Monat ist bei ihnen nicht benannt worden. Im Vergleich dazu gaben 2% in der Drogenaffinitätsstudie an, in den letzten 30 Tagen Drogen zu sich genommen zu haben, 0,9% konsumierten davon mehr als zehnmal illegale Drogen im vergangenen Jahr (vgl. BzGA 2012). Der Konsum von Drogen ist bei Jungen verbreiteter als bei Mädchen, wird deutlich durch den Konsum von Cannabis dominiert und unterscheidet sich, wie auch in der hiesigen Datenlage erkennbar wird, in der

Regel nicht statistisch signifikant nach der von Befragten Schulform (vgl. ebenda). Eine geschlechts- und bildungssensible Betrachtung gesundheitsbezogener Interventionen der Kinder- und Jugendhilfe, lässt sich auch in diesem Teilbereich gesundheitsschädigender jugendtypischer Verhaltensweisen bekräftigen.

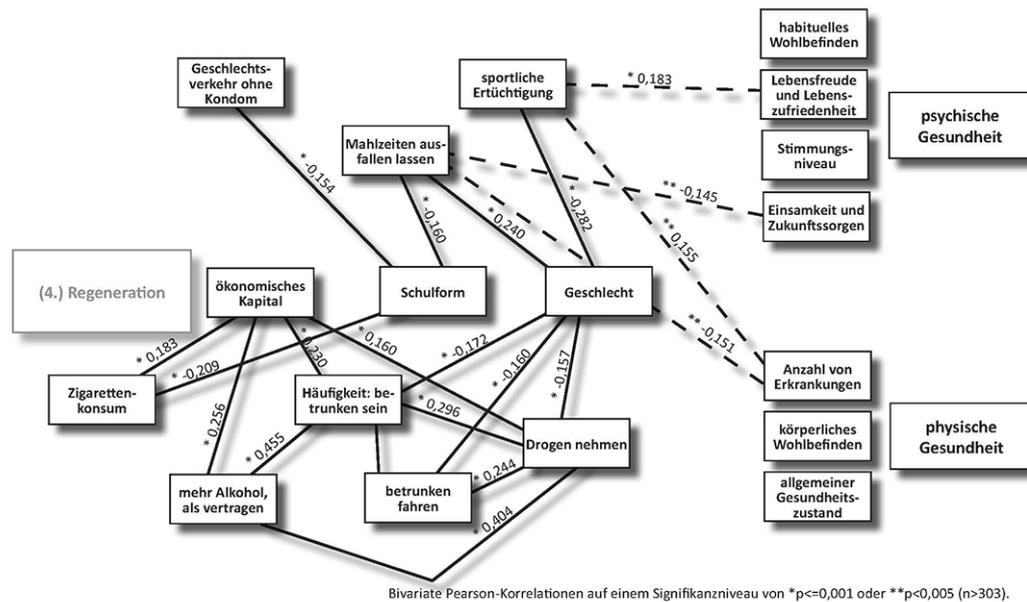
### *5.1.3.2 Sportliche Ertüchtigung*

Zur Erfassung von sportlicher Ertüchtigung Befragter wurden sie gebeten, wiederum in einem Freifeld anzugeben, wie viele Stunden sie in der vergangenen Woche Sport getrieben haben, sodass sie „ins Schwitzen“ kamen. Die Frage zielte dabei nicht auf eine verbands-sportliche Tätigkeit ab, sondern die tatsächliche körperliche Ertüchtigung, die bspw. auch in Form von Freizeitsport (Fahrradfahren etc.) erbracht werden kann. Im Durchschnitt kamen die Befragten in der vergangenen Woche viermal ins „Schwitzen“ (n=445). Nur knapp 10% gaben an, sich sportlich gar nicht betätigt zu haben. Hierzu müssen jedoch auch diejenigen gezählt werden, die aufgrund einer Erkrankung oder aus Zeitmangel keinen Sport ausüben konnten, da sich die Frage direkt auf die vergangene Woche bezog. Ein Drittel der Befragten gab an, 2- bis 3-mal und ein weiteres Drittel 4- bis 6-mal sportlich „ins Schwitzen“ gekommen zu sein. Knapp ein Fünftel gab sogar bis zu 10 Stunden und weitere 10% mehr als 10 Stunden sportliche Ertüchtigung in der vergangenen Woche an. Jungen gaben statistisch signifikant mehr Stunden an. Sie haben in der vergangenen Woche im Durchschnitt 5,5 Stunden trainiert (n=198), wohingegen Mädchen nur 3,5 Stunden sportlich aktiv waren (n=213). Auch laut RKI sind Jungen häufiger für min. 60 Minuten am Tag sportlich aktiv als Mädchen und üben häufiger Vereinssport aus (vgl. RKI 2014, 2015). Darüber hinaus bestünden statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen dem Sozialstatus von Kindern und Jugendlichen und ihrer Sportausübung, die sich jedoch in der RKI Untersuchung auf eine vereins-sportliche Zugehörigkeit stützt (vgl. RKI 2014). Im Gegensatz dazu zeigt sich in der hiesigen Untersuchungspopulation, zwar nicht in statistischer Signifikanz wohl aber als Trend, eine steigende sportliche Ertüchtigung mit sinkendem Qualifikationsniveau Befragter. HauptschülerInnen kamen in der vergangenen Woche im Durchschnitt 4,9 Stunden ins Schwitzen, RealschülerInnen 4,5 und GymnasiastInnen nur noch durchschnittlich 4 Stunden. Erinnert man sich noch einmal an die Hypothese aus dem vergangenen Kapitel zurück, dass der Leistungsdruck mit steigender Schulform zuzunehmen und sich so negativ auf die verfügbaren Regenerationszeiten Befragter auszuwirken scheint, kann in diesen ergänzenden Erkenntnissen über die Sportlichkeit Befragter, Bekräftigung der Hypothese gefunden werden. In der Auswertung der Gruppendiskussionen wird diese Vermutung erneut aufgegriffen und, natürlich unter Berücksichtigung des Samples von ausschließlich GymnasiastInnen, verdichtet.

Sei es motiviert durch Strategien der aktiven Körpermanipulation (Ernährung, Sport), der Anerkennung unter Peers oder der Erholung, gehen die untersuchten Jugendlichen, wie schon viele vor und nach ihnen, übliche Wagnisse ein, die sich auf ihre Gesundheit auswirken können.

Sie konsumieren legale und illegale Genussmittel, versuchen ihren Körper aktiv zu beeinflussen durch bspw. das Ausfallenlassen von Mahlzeiten oder Sport und machen sicherlich noch viele weitere gesundheitsgefährdende Dinge, die in ihrer Komplexität hier gar nicht erfasst wurden. An dieser Stelle scheinen sie sich kaum von anderen ihrer Altersklasse zu unterscheiden. Dennoch aber zeigt sich, weisen einige Merkmale ein besonderes Gefährdungspotenzial für bestimmte Gruppen Befragter auf (siehe Abbildung 21). Mädchen beispielsweise neigen statistisch signifikant stärker dazu sich restriktiv zu ernähren, um ihr Gewicht zu reduzieren ( $r = 0,240$ ) und betreiben weniger häufig Sport als Jungen ( $r = -0,282$ ). Jungen hingegen konsumieren häufiger Drogen ( $r = -0,157$ ) und sind öfter betrunken ( $r = -0,172$ ). Auch gehen sie häufiger das Wagnis ein, sich betrunken hinter das Steuer oder den *Roller-Lenker* zu setzen ( $r = -0,160$ ). Mädchen konsumieren auch, fallen aber seltener durch einen massiven bzw. übermäßig häufigen Konsum auf. Beim Zigarettenrauchen unterscheiden sich die Geschlechter hingegen nicht, wohl aber nach der von Befragten angegebenen Schulform. Mit sinkendem Qualifikationsniveau steigt ihre Prävalenz RaucherIn zu sein ( $r = -0,209$ ). Gleichermäßen negativ wirkt sich die von Befragten angegebene Schulform darauf aus, ob sie sich (zu) restriktiv ernähren ( $r = -0,160$ ) und ebenso ungeschützten Geschlechtsverkehr ausüben ( $r = -0,154$ ). Allem Anschein nach zeigt sich hier ein bildungsbezogener Gradient. Betrachtet man das Konsumverhalten und die Angaben zur finanziellen Lage Befragter wird man im ersten Moment stutzig. Eine von Jugendlichen selbst vorgenommene bessere Bewertung ihrer finanziellen Lage hängt mit einem ausgeprägteren Konsum von Zigaretten ( $r = 0,183$ ), Alkohol ( $r = 0,230$ ) und Drogen ( $r = 0,160$ ) zusammen. Soll heißen: desto mehr Geld den Befragten zur Verfügung steht, desto eher konsumieren sie. Mit steigendem eigenen Einkommen (Taschengeld, etc.), steigen allem Anschein nach auch ihre Möglichkeiten sich Genussmittel zu kaufen und sie entsprechend zu konsumieren. Darüber hinaus darf bei der Rekonstruktionen dieses Zusammenhangs nicht vergessen werden, dass es sich um Selbstauskünfte Befragter handelt. Wie viel Geld ihnen je zur Verfügung steht wurde anhand ihrer eigenen Einschätzung verfügbarer finanzieller Mittel, nicht aber der objektiven Erfassung von Taschengeld o.ä. über erfasst.

Abbildung 21: Matrix identifizierter Zusammenhänge einzelner gesundheitsbezogener Indikatoren und Merkmale von Entwicklungsaufgaben der „Regeneration“ in der Jugendphase in der Untersuchungspopulation (eigene Darstellung).



Mit Blick auf die Matrix in Abbildung 21 zeigen sich nur punktuell direkte Zusammenhänge zwischen den dort abgebildeten Gesundheitsdimensionen und den benannten Items jugendtypischer Risiken. Das mag damit zusammenhängen, dass nur zwei der Items in einem zeitlich direkten Zusammenhang zur wahrgenommenen Gesundheit Befragter stehen. Ein bereits aktuell wahrnehmbarer Effekt im Zusammenhang mit Sport erscheint logisch. Die sportliche Ertüchtigung Befragter steht in einem positiven Zusammenhang mit der von ihnen eingeschätzten Lebensfreude ( $r = 0,183$ ) und dem Beschwerdedruck ( $r = 0,155$ ). Sport scheint sich demnach direkt und unmittelbar auf das psychische und physische Wohlbefinden Befragter auszuwirken. Diejenigen, die sportlich aktiver sind, erachten sich mit ihrem Leben als zufriedener und geben weniger Erkrankungen an, was sich physisch sicherlich auch durch ein stärkeres Abwehrsystem erklären lässt. Das Ausfallenlassen von Mahlzeiten hingegen geht bei den Befragten mit Gefühlen der Einsamkeit und Zukunftssorge einher ( $r = -0,145$ ; hier in umgekehrter Weise zu lesen) und ebenfalls der von ihnen angegebene Anzahl physischer Erkrankungen ( $r = -0,151$ ). Auch bei diesem Zusammenhang kann von einem zeitlich eher direkt wahrnehmbaren Zusammenhang ausgegangen werden. Hingegen lassen sich zwischen dem Konsumverhalten Befragter und ihrer Gesundheit keine statistisch signifikanten Korrelationen identifizieren. Das bedeutet nicht, dass der Konsum von Zigaretten, Alkohol und Drogen in der Jugendphase in keinerlei Zusammenhang mit der Gesundheit Heranwachsender steht, sondern lediglich, dass in der Jugendphase der Effekt noch nicht gemessen werden kann bzw. noch nicht wirksam wird (vgl. Homfeldt 2010; RKI; WHO). Typisch für diese Items ist, dass sie verheerende Auswirkungen auf die Gesundheit nehmen können, diese sich jedoch meist erst nach Jahren in Form gesundheitlicher Beeinträchtigungen für die Betroffenen zeigen.

### 5.2.4 Partizipation

Als weitere wichtige Entwicklungsaufgabe der Jugendphase wird die Übernahme einer gesellschaftspolitischen Rolle und der Beteiligung an allen Angelegenheiten der sozialen Gemeinschaft in der Jugendphase gehandelt (vgl. Fend 2001; Hurrelmann 2007; Quenzel 2015). Hierzu gehören Fähigkeiten einer verantwortlichen gesellschaftspolitischen Partizipation, wie die Entwicklung moralischer und politischer Orientierungen, dem Erwerb politischer Handlungsfähigkeiten und dem Erlernen der Bedürfnis- und Interessensvertretung im sozialen Umfeld und der Öffentlichkeit (vgl. Quenzel 2015). Mit Blick auf das hier vorliegende Forschungsinteresse wurde unter dem Begriff „Partizipation“ die Teilhabe und Mitsprache Befragter an ihre eigene Gesundheit betreffenden Entscheidungen, erfasst. Im besonderen Interesse lag dabei, ob die befragten Jugendlichen Menschen haben, mit denen sie über ihre eigene Gesundheit reden können und dies auch tun sowie ob sie sich an Entscheidungen, die ihre Gesundheit betreffen, beteiligt fühlen. Reden über und Wissen um Gesundheit kann als wesentliche und wichtige Kompetenz erachtet werden, um Signale des eigenen Körpers einschätzen und adäquat darauf reagieren zu können. Anlehnend an das Modell der Salutogenese und den damit als förderlich beschriebenen Merkmalen für die Entwicklung und Stärkung von Lebenskohärenz, als Grundlage gesunder Entwicklung, diene die Art der Kommunikation über Gesundheit sowie die Beteiligung an Themen, die eigene Gesundheit Befragter betreffend, als theoretisches Konstrukt der explorativ entwickelten Items. Kommunikation als Element im Zusammenhang mit kognitiver sowie Beteiligung als Grundlage sinnstiftender Kompetenz. Operationalisiert wurden diese Merkmale anhand von sechs Indikatorvariablen<sup>53</sup>, die auf einer Vierer-Skala von „trifft gar nicht zu“, über „trifft weniger zu“, „trifft eher zu“ bis „trifft genau zu“ erfasst wurden.

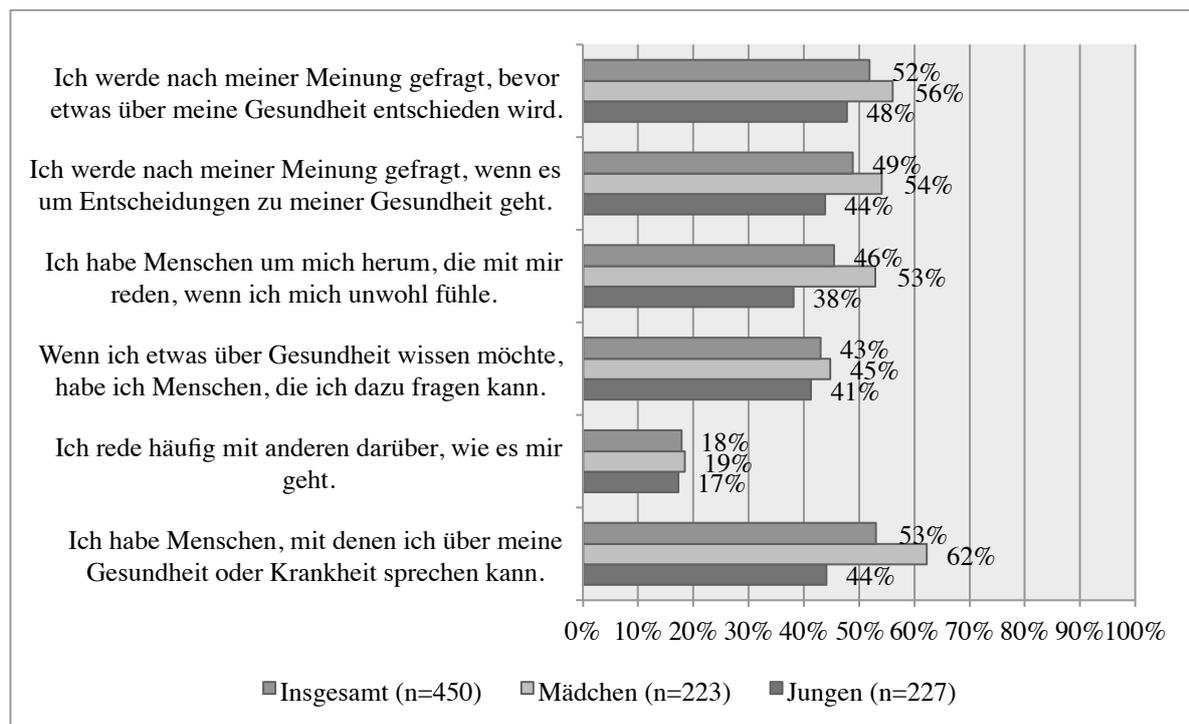
1. Ich habe Menschen, mit denen ich über meine Gesundheit oder Krankheit sprechen kann.
2. Ich werde nach meiner Meinung gefragt, wenn es um Entscheidungen zu meiner Gesundheit geht.
3. Ich rede häufig mit anderen darüber, wie es mir geht.
4. Wenn ich etwas über Gesundheit wissen möchte, habe ich Menschen, die ich dazu fragen kann.
5. Ich habe Menschen um mich herum, die mit mir reden, wenn ich mich unwohl fühle.
6. Ich werde nach meiner Meinung gefragt, bevor etwas über meine Gesundheit entschieden wird.

Abbildung 22 zeigt auf, dass sich die befragten Mädchen und Jungen in ihrem Antwortverhalten der vollen Zustimmung („trifft genau zu“) unterscheiden. Dieser Unterschied zeigt sich im

<sup>53</sup> Eine detaillierte Beschreibung des Hauptkomponentenmodell (Faktorenanalyse, Varimax) über die wahrgenommene (Mit)Sprache Beteiligter an Fragen ihre Gesundheit betreffend, befindet sich im Anhang ( $\alpha$  0,748,  $m=6$ ,  $n=443$ , 45,4% Varianzerklärung).

Vergleich der Mittelwerte bei zwei Items als statistisch signifikant. Mädchen gaben statistisch signifikant häufiger an, Menschen zu haben, die mit ihnen reden, wenn sie sich unwohl fühlen und Menschen zu haben, mit denen sie über ihre Gesundheit sprechen können. Nun haben die Daten zur selbst wahrgenommenen Gesundheit der Befragten bereits einen eindeutigen Geschlechtereffekt offengelegt. Mädchen zeigen sich sensibler in ihrer Bewertung der physischen Gesundheit. Auch zeigen sich Unterschiede in der Wahrnehmung des körperlichen Wohlbefindens zwischen den Geschlechtern. Auf diese Unterschiede wurde bereits mit sozialisationsbedingten Erklärungen eingegangen. Betrachtet man nun Differenzen der Kommunikation und Beteiligung bei Gesundheitsthemen, reiht sich auch dieses Ergebnis in einige der bereits beschriebenen sozialisationsbedingten Geschlechtereffekte ein. Mädchen scheinen Kompetenzen der sensiblen Wahrnehmung des eigenen Körpers und der eigenen Gesundheit in stärkerem Maße als die befragten Jungen erlernt oder erworben zu haben. Sie nehmen ihren Körper und Signale ihrer Gesundheit nicht nur achtsamer wahr, sondern erachten Optionen sich über ihre Gesundheit mit anderen auszutauschen auch eher als verfügbar, wiederum eine protektive Ressource der Stärkung psychosozialen Wohlbefindens (siehe Abbildung 23). Werden hinreichend Möglichkeiten des kommunikativen Austausches von den Befragten wahrgenommen, steigt auch ihre Wahrnehmung eigener Beteiligung an gesundheitsbetreffenden Entscheidungen statistisch signifikant ( $r = 0,455$ ), einem wichtigen und wesentlichen Aspekt sich als selbstwirksam auf die eigene Gesundheit wahrzunehmen.

Abbildung 22: Prozentuale Angaben der vollen Zustimmung Befragter zu Einzelitems zur Erfassung der (Mit)Sprache Befragter bei Themen ihre eigene Gesundheit betreffend nach Geschlecht.

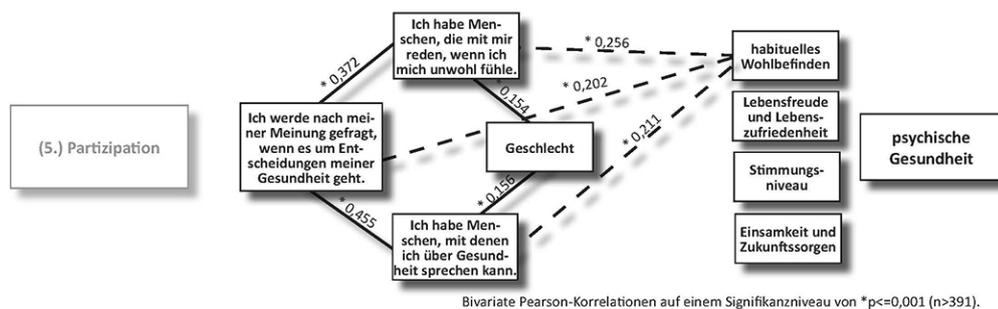


Um an dem Beispiel zu bleiben: Mädchen erlernen (eine Hypothese) von Beginn ihres Lebens an einen sensibleren Umgang mit ihrem Körper und ihrer Psyche, wodurch es ihnen leichter zu

fallen scheint, Beschwerden, Belastungen oder andere wahrgenommene Signale wahr- und ernst zu nehmen und sie entsprechend zu thematisieren. Sie nehmen von daher auch mehr Personen wahr, mit denen sie sich über ihre Gesundheit austauschen können als Jungen und fühlen sich dementsprechend häufiger an Entscheidungen, die ihre Gesundheit betreffen beteiligt. Dies wiederum würde auch einen bereits hervorgehobenen sozialen Effekt der Bewertung eigener Gesundheit bekräftigen, wie er bereits im Kapitel über die Angaben Befragter bzgl. ihrer Gesundheit hervorgehoben wurde. Mädchen sind weniger als vulnerableres Geschlecht, sondern selbstreflexiveres zu verstehen. Bekräftigt werden kann diese Hypothese durch Erfahrungen aus der Erhebungssituation. Die einfache Auseinandersetzung (Fragebogen ausfüllen) ging bei vielen der Befragten mit einer Reflexion über den eigenen Körper und die Psyche einher. Vielfach sagten die befragten Mädchen und Jungen im Anschluss an die Erhebung, dass sie sich zuvor mit ihrem Körper in dieser Art noch nicht auseinander gesetzt hatten und der Fragebogen sie zum Nachdenken anregte. Später konnte dieses Phänomen auch in den Gruppendiskussionen konstatiert werden. In dem zweiten Gruppendiskussions-Setting, das i.d.R. einige Tage nach dem ersten Setting stattfand, äußerten die DiskutantInnen häufig, sich in den vergangenen Tagen stärker mit ihrem Körper und Fragen ihrer Gesundheit beschäftigt zu haben. In der Fragebogenerhebung sowie auch den Gruppendiskussionen wurden diese, durch die Untersuchung beförderten, kognitiven Prozesse als sehr positiv von den Befragten wahrgenommen.

In der Gesamtschau zeigt sich, dass die oben beschriebenen Merkmale in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit der Bewertung psychosozialen, alltäglichen Wohlbefindens Befragter stehen. Befragte Jugendliche, insbesondere die Mädchen, die mehr Menschen um sich herum wahrnehmen, mit denen sie reden können, wenn es ihnen schlecht geht ( $r\ 0,256$ ), ebenso wie Jugendliche, die Menschen um sich herum wahrnehmen, mit denen sie speziell über Gesundheit sprechen können ( $r\ 0,211$ ) fühlen sich psychosozial wohler. Ferner gehen sie statistisch signifikant häufiger davon aus nach ihrer Meinung gefragt zu werden, wenn es um Entscheidungen, die die eigene Gesundheit betreffen, geht (siehe Abbildung 23).

Abbildung 23: Matrix identifizierter Zusammenhänge einzelner gesundheitsbezogener Indikatoren und Merkmale von Entwicklungsaufgaben der gesundheitsbezogenen „Partizipation“ in der Jugendphase in der Untersuchungspopulation (eigene Darstellung).



Diesen Erkenntnissen folgend ist die Relevanz des LaienhelferInnensystems Befragter erneut zu bekräftigen. Die Wahrnehmung eines Zugangs zum lebensweltlichen HelferInnensystem ist insbesondere bei Fragen die psychische aber auch physische Gesundheit betreffend als äußerst wichtig zu erachten. In der Untersuchung mit dem F-LGJ gaben 21% der Befragten an, sich bei körperlichen Beschwerden das letzte Mal an einen Arzt gewendet zu haben (n=428). Fast ein Drittel aller Jungen (n=211) suchte einen Arzt auf, wohingegen nur 15% der Mädchen einen medizinischen Experten konsultierten (n=217). Mehr als die Hälfte aller Befragten nahmen jedoch die Unterstützung und den Rat der Mutter in Anspruch. Dabei überwiegt der Anteil befragter Mädchen (knapp 70%) gegenüber dem der Jungen (46%). Es zeigt sich also erneut eine stärkere Inanspruchnahme sozialer Unterstützung, auch bei physischen Leiden, durch das nähere Umfeld von Mädchen – hier insbesondere der Mutter. Handelt es sich hingegen um psychosoziale Belastungen, so sind medizinische ExpertInnen fast gänzlich zu vernachlässigen. Bei Unwohlsein, Trauer oder Niedergeschlagenheit gaben 37% der Befragten an, sich an den besten Freund oder die beste Freundin gewandt zu haben (n=421). Immerhin noch 21% nahmen die Mutter zur Unterstützung in Anspruch. In diesem Fall überwiegen jedoch die Angaben befragter Jungen (26%) gegenüber denen der Mädchen (17%), die sich dann doch lieber an FreundInnen wenden (fast 50%). FreundInnen nutzen hingegen nur ca. ein Viertel der befragten Jungen bei psychosozialen Alltagslasten. Soziale Unterstützung einerseits gleichermaßen wie die Wahrnehmung von Menschen, mit denen sich die Befragten über ihre Gesundheit austauschen können, zeigen sich als weitere wichtigere Ressourcen, den Höhen und Tiefen der Lebensphase Jugend gelingend zu trotzen. Ein erleben gesundheitsbezogener Selbstbestimmung und damit einhergehend der Wahrnehmung eigenen Einflusses auf die eigene Gesundheit werden damit zu förderungswürdigen Merkmalen gesunden Aufwachsens in der Adoleszenz, die sich über die gesamte Lebenswelt Heranwachsender erstreckt. In der Wahrnehmung kognitiver, interaktiver und selbst-reflexiver Handlungsfähigkeit zur Einflussnahme auf den Körper und die eigene Gesundheit scheint sich ein wesentliches Merkmal gesundheitsbezogener Handlungsautonomie zu begründen.

### **5.3 Kohärenz und Kompetenz**

Eine gelingende Bewältigung biopsychosozialer Veränderungen und Herausforderungen in der Adoleszenz kann, wie sich an den exemplarisch erfassten Indikatoren zeigt, als wesentliche Aufgabe dieser Lebensphase verstanden werden, um sich zu einer gesunden und gesellschaftsfähigen, eigenständigen Persönlichkeit zu entwickeln. Mit dieser Herausforderung sind zunächst einmal alle Jugendlichen in ganz ähnlicher Weise konfrontiert. Jedoch verfügen sie hierzu über individuell unterschiedliche Ausgangslagen oder Startbedingungen. Kognitive Fähigkeiten, bereits vorhandene gesundheitliche Beeinträchtigungen, soziale Unterschiede, die psychosoziale Entwicklung, ethnische Einflüsse und das Geschlecht ebenso wie Zugänge zu Institutionen, Netzwerken und Organisationen nehmen Einfluss auf die von ihnen wahrgenommene

Verfügbarkeit eigener und sozialer Ressourcen zur Einflussnahme auf die eigene Gesundheit. Wie die jüngste Gesundheitsberichterstattung zeigt, gelingt eine gesunde Entwicklung den meisten Jugendlichen, wohl aber nicht allen in gleichem Maße. Hierbei sind einerseits die subjektive Einschätzung der Verfügbarkeit und Mobilisierbarkeit individueller gleichermaßen wie sozialer Ressourcen, als relevante Einflussgrößen zur Wahrnehmung gesundheitsbezogener Handlungskompetenz, zu konstatieren. Im F-LGJ wurden zur Erfassung personaler Ressourcen spezifische Persönlichkeitsmerkmale erhoben, der Kohärenzsinn, die gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Kontrollüberzeugung. Diesen Merkmalen ist nach empirischem Forschungsstand ein wichtiges individuelles Potenzial beizumessen, sich selbst als handlungsmächtig zur Einflussnahme auf die eigene Gesundheit zu erleben.

Die beschriebenen drei Persönlichkeitsmerkmale wurden anhand von insgesamt 31 Indikatorvariablen, in Anlehnung an die Skalen zur Messung gesundheitsbezogener Kontroll- (vgl. Roth 2012) und Selbstwirksamkeitserwartung (vgl. Beierlein et al. 2012b) sowie des Kohärenzsinns (vgl. Singer/Brähler 2007), erfasst. Nach explorativer Faktorenanalyse (Varimax) konnten aus den einfließenden Items vier erklärstarke Hauptkomponenten zur Erfassung der von befragten Jugendlichen selbst wahrgenommenen gesundheitsbezogenen Handlungskompetenz rekonstruiert werden. Die erste Komponente „hohe Kontrolle über den eigenen Körper, die Leistung und Gesundheit“ legt dar, inwieweit die Befragten der Überzeugung sind, auf ihre Gesundheit aktiv Einfluss ausüben zu können (HLOC). Sie weist eine Varianzerklärung von 13% auf. Auf der zweiten Hauptkomponente vereinen sich Items, die „Sinn, Bedeutung und Handhabbarkeit des eigenen Lebens bzw. der Lebensorientierung“ nach dem Konstrukt des Kohärenzsinns im Modell der Salutogenese abbilden (SOC). Diese Komponente kann bis zu 12% der Überzeugung erklären, sich selbst als handlungsmächtig zur Einflussnahme auf die eigene Gesundheit zu verstehen. Die dritte Hauptkomponente spiegelt eine Überzeugung wider, die „Leistung, der Körper und die eigene Gesundheit sind dem Zufall überlassen“ einer externalen gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugung. Mit ihr können 10% der Varianz der zugrunde liegenden Korrelationsmatrix erklärt werden. Mit 8% Varianzerklärung bildet die vierte Hauptkomponente ein Merkmal, der „subjektiv wahrgenommenen Einflussnahme auf die eigene Gesundheit“ nach dem Konstrukt von Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) ab (siehe Tabelle 24).

Tabelle 24: Hauptkomponentenmodell zur Erfassung der Wahrnehmung gesundheitsbezogener Handlungskompetenz befragter Jugendlicher (m=31, KMO 0,778, 46,8% Varianzerklärung)

Indikatorvariablen	Komponentenladungen**	Hauptkomponente*
Wenn man auf sich selbst achtet, bleibt man gesund (V 127).	0,673	HLOC hohe Kontrolle über den eigenen Körper, Leistung und Gesundheit (m=7, n=440, $\alpha$ 0,730, 12,7%***)
Jeder ist für sein Aussehen selbst verantwortlich (V 129).	0,671	
Jeder ist für seine körperliche Leistungsfähigkeit selbst verantwortlich (V 116).	0,629	
Wenn man auf sich selbst achtet, sieht man gut aus (V 128).	0,619	
Jeder ist für seine Gesundheit selbst verantwortlich (V 123).	0,619	
Wer körperlich nicht so leistungsfähig ist, ist "überwiegend selbst schuld" (V 125).	0,609	
Wer krank ist, ist überwiegend selbst schuld (V 130).	0,483	
Wenn du über dein Leben nachdenkst, ist es dann sehr oft so, dass ... ...du spürst, wie schön es ist zu leben. ...du dich fragst, wieso du überhaupt lebst (V 219).	0,69	SOC Sinn, Bedeutung und Handhabbarkeit des eigenen Lebens bzw. Lebensorientierung (m=8, n=424, $\alpha$ 0,709, 12,2%***)
Wenn du etwas tust, dass dir ein gutes Gefühl gibt... ...dann ist es bestimmt so, dass du dich auch weiterhin gut fühlen wirst. ...dann wird bestimmt etwas passieren, dass dieses Gefühl wieder verdirbt (V 221).	0,625	
Viele Leute – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft hast du dich in der Vergangenheit so gefühlt (V 223)?	0,599	
Wie oft hast du das Gefühl, dass die Dinge, die du im täglichen Leben tust, wenig Sinn haben (V 225)?	0,58	
Wie oft hast du das Gefühl, dass du in einer ungewohnten Situation bist und nicht weißt, was du tun sollst (V 218)?	0,553	
Wie oft sind deine Gefühle und Gedanken ganz durcheinander (V 220)?	0,503	
Du erwartest für die Zukunft, dass dein eigenes Leben... ...ohne jeden Sinn und Zweck sein wird. ...voller Sinn und Zweck sein wird (V 222)	0,502	
Wenn du an Schwierigkeiten denkst, denen du bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen wirst, hast du das Gefühl, dass... ...es dir immer gelingen wird die Schwierigkeiten zu überwinden. ...du es nicht schaffen wirst die Schwierigkeiten zu überwinden (V 224).	0,501	
Gute körperliche Leistungsfähigkeit ist überwiegend "Zufall" (V 121).	0,716	HLOC Leistung, der eigene Körper und die Gesundheit sind dem Zufall überlassen (m=5, n=439, $\alpha$ 0,695, 10,2%***)
Wer immer körperlich leistungsfähig ist, hat eben Glück (V 122).	0,644	
Gute Gesundheit ist überwiegend Zufall (V 111).	0,642	
Man kann für seine Gesundheit nicht viel tun (V 118).	0,617	
Man kann für seine körperliche Leistungsfähigkeit nicht viel tun (V 133).	0,613	
Die meisten gesundheitlichen Beschwerden kann ich aus eigener Kraft gut meistern (V 216).	0,804	SWE subjektiv wahrgenommene Einflussnahme auf die Gesundheit (m=3, n=445, $\alpha$ 0,679, 8,3%***)
Auch schwerwiegende Erkrankungen kann ich gut bewältigen (V 217).	0,757	
Ich kann mich auf meine Fähigkeiten verlassen, auf meine Gesundheit Einfluss zu nehmen (V 215).	0,56	
* Orthogonale Einfachstruktur gemäß Varimax-Kriterium. ** Ladungen der Indikatorvariablen auf den Hauptkomponenten. *** Durch die jeweiligen Komponenten aufgeklärte Varianz der Korrelationsmatrix in Prozent.		

### 5.3.1 Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung

Die Ausprägung wahrgenommener Kontrolle über den eigenen Körper, die Leistung und Gesundheit, wurde, wie auch die bereits präsentierte Körperaufmerksamkeit, in Anlehnung an den Fragebogen zur *Körpererfahrung Jugendlicher* erfasst (vgl. Roth 2012). Dieser bedient Items des körperbezogenen Locus of Control Fragebogens (KLC) von Mrazek (1987, 1989). Anhand der beiden Dimensionen internaler und externaler körperbezogener Kontrollüberzeugung wurde im F-LGJ ermittelt, inwieweit die Befragten der Überzeugung sind, für ihren Körper und ihre Gesundheit selbst verantwortlich zu sein bzw. Körper und Gesundheit selbst kontrollieren zu können.

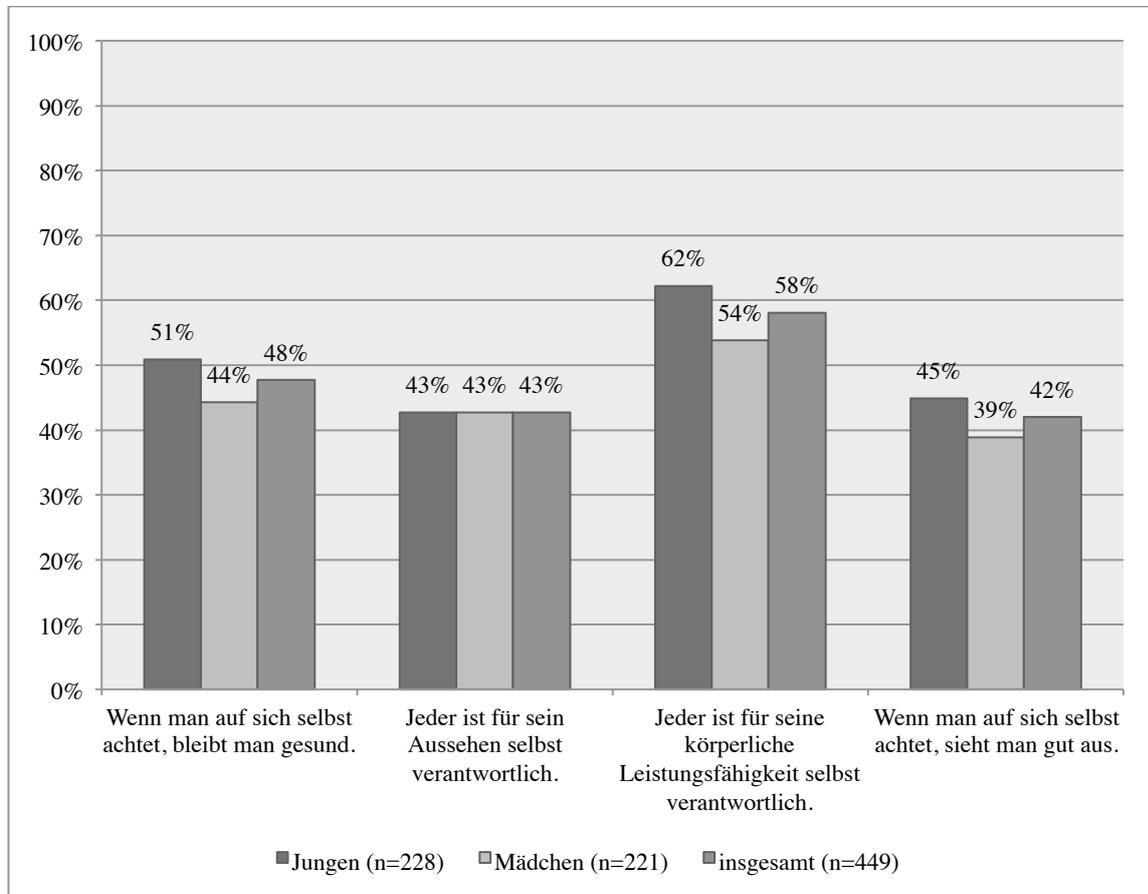
1. Die internale körperbezogene Kontrollüberzeugung legt dar, inwieweit Befragte der Überzeugung sind, für die eigene Gesundheit, das körperliche Erscheinungsbild und die körperliche Leistungsfähigkeit selbst verantwortlich zu sein.
2. Die externale körperbezogene Kontrollüberzeugung beschreibt die Tendenz, die eigene Gesundheit und das körperliche Erscheinungsbild als nicht beeinflussbar und eher den Mächten äußerer Einflüsse ausgesetzt zu erleben.

Diese Merkmale wurden erfasst, indem erfragt wurde, inwieweit sich die befragten Jugendlichen für ihre eigene Gesundheit verantwortlich fühlen (*für die körperliche Leistungsfähigkeit, Gesundheit oder das Aussehen*) und wie sie ihren einflussnehmenden Anteil selbst bewerten (bspw.: *wenn man auf sich achtet, ist man leistungsfähig und bleibt gesund*). Gegensätzlich zeichnet sich eine Überzeugung ab, Gesundheit als eher unbeeinflussbar durch individuelles Zutun zu erachten. Sie wird unkontrollierbar, teils schicksalhaft gegeben wahrgenommen. Investitionen zur Beeinflussung der eigenen Gesundheit und Leistungsfähigkeit werden als wenig sinnvoll erachtet. Dies wurde anhand der Überzeugung erfragt, die gesundheitliche Konstitution sei nicht beeinflussbar und demnach auf *Glück* oder *Zufall* zurückzuführen. Zu dieser Form der körperbezogenen Leistungskontrolle in der Jugendphase liegen noch wenige Untersuchungen vor (vgl. Roth 2012). Mit Blick auf biopsychosoziale Veränderungsdynamiken, die Körperlichkeit und Gesundheit adoleszenter Jugendlicher unmittelbar betreffen, können jedoch gerade solche Erkenntnisse als wichtige Hinweise auf die Gesundheit in der Jugendphase dienen. Sie bieten einerseits Einblick in die Wahrnehmung der Körper- und Gesundheitskontrolle und darüber hinaus Ansatzpunkte, um gesundheitsbezogene (Risiko)Verhaltensweisen Jugendlicher besser zu verstehen.

In der Untersuchungspopulation lassen sich kaum Zusammenhänge zwischen dem Merkmal körperbezogener Kontrollüberzeugung und soziodemografischen und -ökonomischen Aspekten erkennen. In detaillierter Betrachtung einzelner Indikatorvariablen zeigt sich aber ein leichter Geschlechtereffekt. Jungen stimmen häufiger völlig mit Aussagen der körperbezogenen internalen Kontrollüberzeugung überein als Mädchen. Von insgesamt 58%, die davon ausgehen,

jeder sei für seine körperliche Leistungsfähigkeit selbst verantwortlich (n=449), sind 62% Jungen (n=228) und 54% Mädchen (n=221). Auch stimmen Jungen häufiger darin überein, dass man gesund bleibe und gut aussehe, wenn man auf sich selbst achte (siehe Abbildung 24). Lediglich in Sachen Aussehen sind sich die Geschlechter einig, dass jeder für sein Aussehen selbst verantwortlich ist.

Abbildung 24: Prozentuale Angaben der vollen Zustimmung befragter Jugendlicher zu einzelnen Indikatoren internaler gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugung in Geschlechterdifferenz.



Jungen gehen eher davon aus für ihre Gesundheit und Leistungsfähigkeit selbst verantwortlich zu sein. Für Jungen scheinen demnach Gefühle der Eigenverantwortlichkeit zur Einflussnahme auf die eigene Gesundheit von höherer Relevanz wahrgenommen zu werden als für Mädchen. Geht es hingegen um Indikatoren externaler körperbezogener Kontrollüberzeugung sind sich die Geschlechter annähernd einig. 14% aller Befragten (n=449) erachten *gute Gesundheit* und weitere 6% *körperliche Leistungsfähigkeit* lediglich als „Zufall“. 10% stimmten völlig darin überein, *wer körperlich leistungsfähig sei, habe einfach „Glück“* und 6% gaben an, *man könne für die eigene Gesundheit* und 5% *für die eigene Leistungsfähigkeit, nicht viel tun*. Die Befragten scheinen ihren eigenen Anteil am Erhalt ihrer Gesundheit hoch einzuschätzen und sich dadurch auch eine hohe Verantwortlichkeit dafür beizumessen. Sie sind deutlich häufiger der Überzeugung, dass sie selbst ihre Gesundheit in der Hand haben; eine schicksalhafte Ausgesetztheit von Gesundheit sehen nur wenige für sich selbst. Mit Blick auf die Lebenslage

Jugend, die heute durch eine hohe Leistungs- und Eigenverantwortung charakterisiert werden kann (vgl. Rauschenbach 2013), zeigen sich selbstverantwortungsvolle Merkmale auch in Bezug auf die Gesundheit. Dies zieht sich in einer interessanten Verteilung durch die junge Untersuchungspopulation. Fast 40% aller HauptschülerInnen (n=96) stimmten eher zu, dass gute körperliche Leistungsfähigkeit überwiegend Zufall ist. Dies erachteten nur ein Fünftel der RealschülerInnen (n=234) und 14% (n=123) der GymnasiastInnen als gegeben. Mit abnehmendem Qualifikationsniveau steigt auch die Überzeugung, weniger Einfluss auf den eigenen Körper, die eigene Leistungsfähigkeit und Gesundheit nehmen zu können. Je schlechter das Bildungsniveau Befragter, desto eher neigen sie also dazu, sich als wenig einflussmächtig auf die eigene Gesundheit zu erleben. Hierbei bleibt jedoch unklar, vor welchem Hintergrund sich diese Wahrnehmung schicksalhaften Ausgeliefert-seins herausbildet – sozialisatorisch oder eher subkulturell. Der HLOC ist ein Persönlichkeitsmerkmal, dem eine primäre Prägung durch die frühen Entwicklungsjahre beizumessen ist, gilt aber als im weiteren Leben durchaus beeinfluss- und veränderbar (vgl. Bengel et al. 2001). In der vorliegenden Untersuchungspopulation lassen sich bspw. keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Familienklima und dem HLOC finden. Die familiäre Sozialisation scheint hier wenig Einfluss auf die Wahrnehmung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugung Befragter zu nehmen. Es zeigt sich aber ein schwacher Zusammenhang zwischen der von Befragten besuchten Schulform und dem HLOC ( $r = -0,156$ ;  $P=0,002$ ), der darauf hinweist, dass das Erleben der Kontrollierbarkeit des eigenen Körpers und der eigenen Leistung bei den Befragten eher mit lebensweltlichen Einflüssen und Überzeugungen zusammen zu hängen scheint. Einerseits könnte dies auf bildungsbezogene Einflüsse, anhand kognitiver Wissensbestände über den eigenen Körper, die Psyche und Gesundheit, andererseits interaktive Einflüsse des alltäglichen Umgangs mit dem Körper, der Psyche und Gesundheit zurück zu führen sein. Mit Blick auf die internale gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung zeigt sich bspw. ein statistisch signifikanter Zusammenhang zur Körperaufmerksamkeit Befragter, der Wahrnehmung eigener Körpersignale. Dies zeigt sich beispielsweise bei den Aussagen „ich finde es wichtig, dass man gut aussieht“ ( $r = 0,423$ ), „erst wenn ich mich zurecht gemacht habe, fühle ich mich wohl“ ( $r = 0,269$ ) oder „ich merke es sehr schnell, wenn mein Körper auf Hunger reagiert“ ( $r = 0,252$ ). Eine höhere Körperaufmerksamkeit in der Öffentlichkeit und Privatheit steht im direkten und statistisch signifikanten Zusammenhang mit der Überzeugung, den eigenen Körper, die Leistungsfähigkeit und Gesundheit auch bewusst kontrollieren zu können. Desto stärker die befragten Jugendlichen Signale ihres Körpers selbst wahrnehmen und auf ihr Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit achten, desto stärker kann auch davon ausgegangen werden, dass sie ihn als kontrollier- und beeinflussbar wahrnehmen. Dieser Zusammenhang zeigt sich zudem im Effekt des Merkmals Körperaufmerksamkeit auf den internalen HLOC nach linearer Regression<sup>54</sup> und kann damit lebensweltbezogene Einflüsse des alltäglichen Umgangs mit dem

---

<sup>54</sup> Lineare Regressionsanalyse mit den Prädiktoren der Achtsamkeit auf Reaktionen des eigenen Körpers ( $\beta = 0,246$ ) und der

Körper, der Psyche und Gesundheit auf die Wahrnehmung ihrer Kontrollierbarkeit bekräftigen. Die Wahrnehmung des eigenen Erscheinungsbilds in der Öffentlichkeit ( $\beta$  0,378) zeigt sich als stärker im Einfluss gegenüber der privaten Körperachtsamkeit ( $\beta$  0,246). Während letztere sich auf eine eigene Innenschau bezieht, die ein erlerntes Körperbewusstsein umschließt, handelt es sich bei der öffentlichen Körperaufmerksamkeit insbesondere um Aspekte der Repräsentation des Körpers in der Öffentlichkeit. Diese Repräsentation ist mitunter stark sozial beeinflusst, je nach individuell wahrgenommener ‚Wichtigkeit‘ der Präsentation des eigenen Erscheinungsbildes in der Gesellschaft. Spannend ist dabei, dass die Befragten, je mehr sie auf ihr äußeres Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit achten, sich gleichzeitig auch mehr Einfluss zuschreiben, ihren Körper, ihre Leistung und Gesundheit kontrollieren zu können. Öffentliche und innere Achtsamkeit kann das selbst wahrgenommene Potenzial stärken, den eigenen Körper, die Psyche und Gesundheit als kontrollierbar wahrzunehmen und damit als Ressource zur Gewinnung gesundheitsbezogener Handlungskompetenz gelten.

### 5.3.2 Kohärenzsinn

Nach dem Gesundheitsmodell der Salutogenese wurde in dieser Untersuchung ausgehend vom Kohärenzsinn (SOC), einer personalen Ressource positiver Lebensorientierung und dem Gefühl Ereignisse im Alltag seien verstehbar (Wissen), handhabbar (Einflussnahme) und bedeutsam (Sinn) genug, um auf sie Einfluss nehmen zu können und zu wollen, das hier identifizierte Merkmal von ‚Sinn, Bedeutung und Handhabbarkeit des eigenen Lebens bzw. Lebensorientierung (SOC)‘ erfasst. Unter diesem Merkmal kann, als eine Art generalisierte Ressource, ein Gefühl des Vertrauens befragter Jugendlicher verstanden werden, dass sich die Dinge im Prozess der Belastungs- und Stressbewältigung positiv entwickeln werden. Menschen mit einem hoch ausgebildeten Kohärenzsinn und stabilen Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten erleben ihre innere und äußere Umwelt als eher vorhersagbar bzw., dass sich mit hoher Wahrscheinlichkeit die Dinge so entwickeln, wie es vernünftigerweise zu erwarten ist (vgl. Bengel et al. 2001). Sie weisen ihrer eigenen Wirksamkeit und ihrem eigenen Leben einen höheren Sinn zu, der sie antreibt, ihre persönliche und soziale Umwelt aktiv zu mit- und auszugestalten (vgl. Antonovsky 1997). Diese globale Ressource (SOC) wird als zeitlich stabiles Persönlichkeitsmerkmal verstanden, das sich in der frühen Kindheit herausbildet und im weiteren Leben nur unter besonderen Umständen verändert wird (vgl. ebenda, Bengel et al. 2001). Zur quantifizierbaren Messung dieser Dimensionen entwickelte Antonovsky 1987 den *Orientation of Life Questionnaire*. Auf Basis Antonovsky’s Instrument veröffentlichten Singer und Brähler ein deutsch-sprachiges Instrument zur Erfassung des Kohärenzsinn (vgl. Singer/Brähler 2007). Die drei Dimensionen der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und

---

Achtsamkeit des körperlichen Erscheinungsbilds in der Öffentlichkeit ( $\beta$  0,378) und der abhängigen Variable, des Faktorenwerts hoher Kontrolle über den eigenen Körper, Leistung und Gesundheit (KMO 1,922, R2 0,200,  $p < 0,001$ ).

Bedeutsamkeit wurden im vorliegenden Fragebogen in Anlehnung an die deutschsprachige Kurzskala (SOC-L 9) erfasst (vgl. ebenda).

Mit Blick auf die innere Gefühlswelt und äußere Einflüsse auf diese zeigen sich Mädchen erneut sensibler. Ein Fünftel der befragten Mädchen (n=222) gaben an, dass ihre *Gefühle und Gedanken sehr oft ganz durcheinander* sind. Hingegen fühlen sich nur ein Zehntel der Jungen (n=225) emotional derart durcheinander. Auch erwarten Mädchen häufiger als Jungen negative Einflüsse auf ihr Wohlbefinden. Fast ein Drittel der Mädchen geht davon aus, dass, *wenn sie etwas tun, das ihnen ein gutes Gefühl gibt, etwas passieren wird, das dieses Gefühl wieder verdirbt*. Dem stimmten nur 16% der Jungen zu. Diese Geschlechtereffekte sind nicht statistisch signifikant und geben daher eher Hinweise auf eine geschlechtstypische Tendenz, statt einen tatsächlichen Effekt. Wohl aber machen sie einen feinen Unterschied zwischen den Geschlechtern deutlich. Mädchen zeichnen sich auch hier durch eine sensiblere Wahrnehmung ihrer Gefühle und äußerer Einflüsse auf diese aus und Jungen durch eine stärker ausgeprägte Leistungs- und Kontrollüberzeugung. Mit Blick auf das Qualifikationsniveau Befragter zeigen sich hingegen durchaus statistisch signifikante Korrelationen mit dem SOC ( $p=0,001$ ;  $r=0,151$ ). Untersuchte, die ein Gymnasium besuchen, weisen eine tendenziell optimistischere Lebensorientierung, als Real- und HauptschülerInnen auf. Für ihre Zukunft erwarten 35% der HauptschülerInnen (n=93), 39% der RealschülerInnen (n=233) und 45% der GymnasiastInnen (n=119), dass *ihr Leben voller Sinn und Zweck sein wird*. 12% der HauptschülerInnen gehen hingegen davon aus, dass ihr Leben eher *ohne Sinn und Zweck sein wird*. Der Sinn und Zweck des späteren Lebens kann mitunter stark durch die Wahrnehmung eigener Perspektiven für das zukünftige Leben beeinflusst werden. Diejenigen, die perspektivisch aller Voraussicht nach den Ansprüchen der Gesellschaft gerecht werden können, bzw. für sich selbst mehr Chancen sehen sich zu verwirklichen, weisen demnach auch eine optimistischere Lebenseinstellung auf, wenn sie in ihre Zukunft blicken. Es sollte daher kaum erstaunlich sein, dass sich die Befragten mit steigendem Bildungsniveau auch mehr Chancen für eine gute Zukunft beimessen. Eine gute Qualifikation, als Zugang zum ökonomisch unabhängigen Erwerbsleben, ist und bleibt auch hierbei wichtigstes Kriterium der Verwirklichung individueller Zukunftsaspiration. Damit haben die befragten GymnasiastInnen allen Grund, eine optimistischere Lebensorientierung aufzuweisen als Jugendliche, die teilweise schon während der Schulzeit kaum Perspektiven für sich selbst sehen bzw. diese in sozial vermittelt bekommen. Neben der Dimension von Sinnhaftigkeit wird im Konstrukt des SOC zudem auf eine kognitive Verstehensdimension Bezug genommen. Das Wissen um Ereignisse und deren Vorhersagbarkeit erleichtert es sie im Alltag zu verstehen und adäquat reagieren zu können. Zwar wurden im F-LGJ keine kognitiven Wissensbestände über Gesundheit erfragt, wohl aber der kommunikative Umgang mit Gesundheitsthemen im Alltag Befragter erhoben. Hierbei zeigt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den SOC-Niveau und dem Merkmal (Mit-)Sprache über Gesundheit. Inwieweit die Befragten über Gesundheit in ihrem Alltag sprechen und inwieweit sie sich an

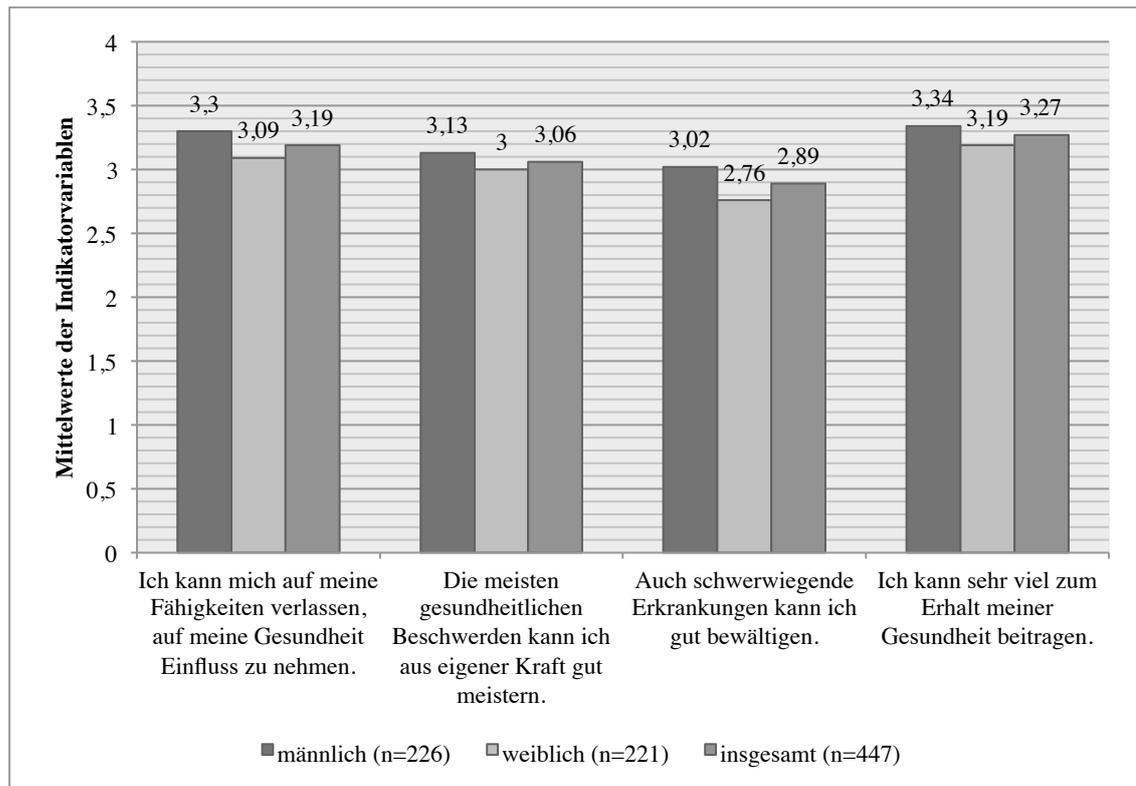
Entscheidungen, die ihre Gesundheit betreffen, beteiligt fühlen, hängt statistisch signifikant damit zusammen, ob sie glauben, auch *in ungewohnten Situationen zu wissen, wie sie sich verhalten sollen* ( $r = 0,267$ ). Der Kohärenzsinn Befragter hängt also nicht nur mit ihrem alltäglichen Umgang und der Wahrnehmung ihres Körpers, ihrer Psyche und Gesundheit zusammen, sondern kann auch durch gesundheitsfördernden Kommunikations- und Partizipationskulturen gestärkt werden.

### **5.3.3 Gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung**

Als ein weiteres Merkmal zur Erfassung von gesundheitsbezogener Handlungskompetenz Jugendlicher wurde ihre gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeitsüberzeugung in Anlehnung an die Kurzsкала ASKU (vgl. Beierlein et al. 2012b), ergänzt durch ein Item zur Erfassung der eigenen Überzeugung einen eigenen Beitrag zum Erhalt der Gesundheit leisten zu können, erfasst. Das Merkmal der Erfahrung von Selbstwirksamkeit (Kompetenzerwartung) bezieht sich auf zahlreiche Aspekte menschlichen Lebens, die über spezifische Situationen und Handlungsfelder hinausgehen (vgl. Beierlein et al. 2012b) und gilt so als universale persönliche Bewältigungsressource (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2009). Für den F-LGJ wurden die verwendeten Items der ASKU von daher auf die Gesundheit Befragter spezifiziert, um genauere Auskunft über ihre Selbstwirksamkeitsüberzeugung mit Blick auf das interessierende Merkmal *Gesundheit* zu erhalten. Gesundheitsbezogener Selbstwirksamkeit liegt damit ein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und verfügbaren Mittel und die Überzeugung zugrunde, die eigene Gesundheit auch durch Überwindung von Herausforderungen positiv beeinflussen zu können. Das eigene Handeln effektiv einsetzen zu können, um Einfluss auf die Gesundheit zu nehmen, kann als wichtige Ressource zur Stärkung von Eigenmacht und Autonomie über den Körper, die Psyche und die eigene Gesundheit verstanden werden.

Auf den ersten Blick zeigt sich eine überwiegend optimistische Einschätzung Befragter, sich selbst als wirksam der Einflussnahme auf die eigene Gesundheit zu erleben. Auf einer Rating-Skala von eins bis vier liegen die Mittelwerte der verwendeten Items im Durchschnitt aller Befragter im oberen Drittel (siehe Abbildung 25).

Abbildung 25: Mittelwerte einzelner Items zur Erfassung der Wahrnehmung von Möglichkeiten der Einflussnahme auf die eigene Gesundheit.



Erneut zeigen sich die männlichen Befragten in statistisch signifikant höherem Maße davon überzeugt, sich selbst als wirksam zur Einflussnahme auf ihre Gesundheit zu erleben. Von den ca. 1/3 der Befragten (n=447), die völlig darüber einstimmen, sich auf ihre Fähigkeiten verlassen können, um ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen, lassen sich beinahe doppelt so viele Jungen (43%, n=226) wie Mädchen finden (22%, n=221). Auch gehen Jungen (33%) häufiger davon aus, gesundheitliche Beschwerden aus eigener Kraft gut meistern zu können als Mädchen (25%), gleichermaßen wie auch schwerwiegende Erkrankungen zu bewältigen (m 29%, w 18%). Selbstwirksamkeitsüberzeugung kann zwar als zeitlich eher stabiles Persönlichkeitsmerkmal verstanden werden, bildet sich jedoch ebenso vor dem Hintergrund sozialer Rollen und milieubezogener Umgangsweisen heraus. Sie beschreibt also nicht nur wie die Befragten ihre eigene Selbstwirksamkeit in Bezug auf ihre Gesundheit selbst einschätzen, sondern gleichzeitig wie sie die gesellschaftlich an sie gerichtete Aufforderung von Selbstwirksamkeit für sich selbst interpretieren. Bleibt man nun bei dem Gesellschaftskonstrukt, Leistung und Kontrolle seien eher als männlich attribuierte Persönlichkeitsmerkmale zu verstehen, wohingegen Sensibilität, Achtsamkeit und Reflexivität eher dem weiblichen Geschlecht zugeordnet werden, lässt sich auch die geschlechtsheterogene Bewertung von Selbstwirksamkeit Befragter besser interpretieren. Soziale Mechanismen der Aneignung von Geschlechtlichkeit scheinen sich demzufolge auch in der gesundheitsbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung Befragter nieder zu schlagen. Für einen *typischen* Jungen gilt es, überspitzt formuliert, die Kontrolle über den Körper zu behalten und leistungsfähig zu sein,

wohingegen ein *typisches* Mädchen diesen Attributen weniger entsprechen darf, bzw. sensibler mit ihnen umgehen kann. Trotz dieser Relativierung nehmen sich die männlichen Befragten dieser Untersuchung zusammenfassend als selbstwirksamer wahr als die weiblichen, sie schreiben sich ein höheres Maß der eigenen Einflussnahme auf ihre Gesundheit zu. Mädchen haben dem jedoch eine andere Ressource entgegen zu setzen: sie nehmen häufiger Menschen in ihrem sozialen Umfeld wahr, mit denen sie über ihre Gesundheit sprechen können und fühlen sich häufiger an Entscheidungen über ihre Gesundheit beteiligt. Dieses Merkmal der (Mit-)Sprache, wenn es um die eigene Gesundheit geht, korreliert auch mit dem Merkmal der Selbstwirksamkeitsüberzeugung statistisch signifikant ( $r = 0,249$ ). Ein weiterer Indikator dafür, dass Kommunikation und Partizipation, wie bereits mit Blick auf den Kohärenzsinn konstatiert, als wichtige Einflussfaktoren der Stärkung gesundheitsbezogener Handlungsautonomie zu erachten sind.

### **5.3.4 Kohärenz, Kompetenz und gesunde Entwicklung**

Bevor nun Einflüsse der beschriebenen Merkmale gesundheitsbezogener Agency auf die wahrgenommene Gesundheit Befragter im empirischen Material konkretisiert werden, lohnt sich ein Blick auf empirische Zusammenhänge der drei Persönlichkeitsmerkmale von gesundheitsbezogener Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugung sowie dem Merkmal von Lebenskohärenz mit biopsychosozialen Herausforderungen lebensphasentypischer Bewältigungsanforderungen der Adoleszenz. Ausgehend von der Bewältigungsanforderung, den eigenen Körper in seiner sich verändernden Form akzeptieren zu lernen, ließen sich insbesondere statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen der eigenen Zufriedenheit mit dem Aussehen und dem psychosozialen Wohlbefindens Befragter konstatieren (siehe Kapitel 5.2.1). Die Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen wird von Mädchen schlechter eingeschätzt als von Jungen und hängt zudem mit Prävalenzen für ein riskantes Ernährungsverhalten zusammen. Die Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen hängt aber ebenso statistisch signifikant mit dem von Befragten selbst wahrgenommenen Maß an Lebenskohärenz zusammen ( $r = 0,27$ ). Diejenigen befragten Jugendlichen, die über ein stärker ausgeprägtes Vertrauen in das eigene Leben, und das sich die Dinge gut für sie fügen werden, verfügen, sind zufriedener mit ihrem eigenen Aussehen und zeigen entsprechend ein schwächeres Risiko, sich gesundheitsriskant zu ernähren. Auch zeigen sich die Befragten mit hoch ausgeprägtem SOC-Niveau allgemein gesundheitsachtsamer im Alltag (gemessen an dem Merkmal eines ausgeprägten Gesundheitsmotivs). Sie legen eher ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis zugrunde (*Gesundheit ist für mich psychisch und physisch*), gaben häufiger an, in ihrem Alltag auf ihr inneres Wohlbefinden zu achten und stimmten häufiger zu, auf ausreichend Bewegung und eine gesunde Ernährung zu achten. Sie sind zudem sportlich aktiver ( $r = 0,2$ ) und schätzen ferner ihren allgemeinen Gesundheitszustand besser ein ( $r = 0,2$ ). Keinerlei statistisch signifikante Zusammenhänge lassen sich zwischen dem SOC-Niveau und der Auftretenswahrscheinlichkeit

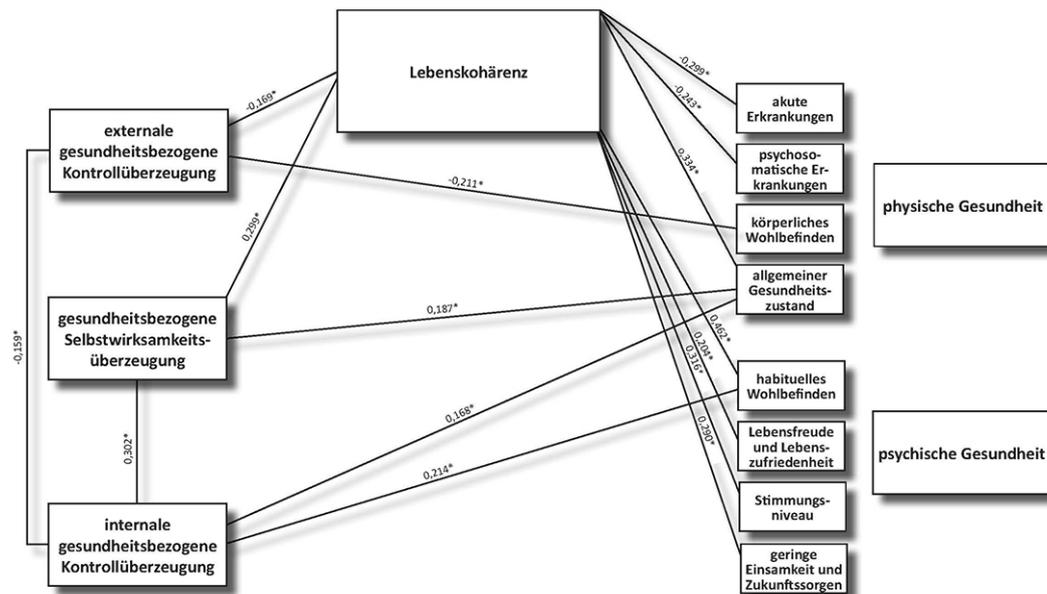
jugendtypischer, gesundheitsbezogener Risiko- oder Konsumverhaltensweisen feststellen. Ihr Auftreten wird allem Anschein nach eher durch strukturelle und kulturelle Faktoren als durch die personale Ressource des Kohärenzsinn geprägt. Das soll heißen, dass ein hoch ausgeprägter Kohärenzsinn keineswegs vor jugendtypischen Verfehlungen und damit verbundenen Gesundheitsrisiken bewahrt, wohl aber davon ausgegangen werden kann, dass Menschen mit einem hoch ausgeprägten SOC-Niveau seltener zu unangemessenen Copingstrategien als Menschen mit eher schlecht ausgeprägtem SOC greifen (vgl. Antonovski 1997). Eine hoch ausgeprägte gesundheitsbezogene Handlungskompetenz kann demnach als protektiver Faktor verstanden werden, der Jugendlichen hilft mit gesundheitlichen Risiken ‚achtsamer‘ umzugehen. Betrachtet man zudem den Bewältigungsanspruch der Ablösung vom Elternhaus und Ausbau sozialer Beziehungen zu Peers exemplarisch, so erweist sich der SOC ebenfalls als wichtig. Das Merkmal von Lebenskohärenz versteht sich als stabiles und langfristiges Persönlichkeitsmerkmal, dessen Basis in den ersten Lebensjahren gelegt wird und das sich im Laufe der Entwicklung zunehmend manifestiert (vgl. Bengel et al. 2001; Lenz 2011). Spätere Veränderungen sind nur möglich, wenn es zu bedeutsamen Lebensereignissen, Krisen oder Ereignissen kommt, die eine späte Veränderung begünstigen (ebenda). Der primären familialen Sozialisation ist daher eine besondere Bedeutung in der Entwicklung des SOC zuzurechnen. Ein positives Familienklima und stabile Beziehungen zu primären Bezugspersonen beeinflussen die Herausbildung des SOC-Niveaus positiv (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2009). Dies belegen auch die vorliegenden Daten. Alle vier Hauptkomponenten zur Erfassung des Familienklimas Befragter korrelieren statistisch signifikant mit ihrem SOC ( $r$  0,17-0,24). Klare Rollenverteilungen in der Familie, empathische und emotional belastbare Bindungen zu primären Bezugspersonen und eine solide Kommunikationskultur innerhalb der Familie legen damit nicht nur den Grundstein von Lebenskohärenz, sondern zudem die Basis zur Etablierung eigener Beziehungsstrukturen außerhalb der Herkunftsfamilie. So zeigt sich in der vorliegenden Untersuchungspopulation Jugendlicher, dass das SOC-Niveau nicht nur mit Merkmalen des Familienklimas, sondern ebenso statistisch signifikant mit ihrem selbst wahrgenommenen Vertrauen in den eigenen Freundeskreis zusammenhängt ( $r$  0,263), der im Übergang von der Kindheit in die Jugendphase eine zunehmend wichtiger werdende Rolle einnimmt. Peers leisten emotionale Unterstützung und soziale Integration im Alltag, dienen der Distanzierung vom Elternhaus, der Erprobung und Herausbildung eigener (Geschlechts)Identität und der bewussten Auseinandersetzung mit der Emotionsregulation (vgl. Quenzel 2015 sowie Kapitel 5.2.2). Mit Blick auf eine gesunde Entwicklung in der Jugendphase wird das Vorhandensein stabiler Freundschaftsbeziehungen zum Dreh- und Angelpunkt und das SOC-Niveau so zum wichtigen protektiven Faktor gesunder Entwicklung. Freundschaften wirken sich auf das psychische Wohlbefinden, Stress- und Belastungsempfinden von Jugendlichen aus, wobei weniger die Anzahl von FreundInnen, wohl aber die Qualität von Freundschaftsbeziehungen von Relevanz sind (vgl. ebenda). Gemessen an ihrem interpersonalen Vertrauen in den eigenen Freundeskreis

zeigt sich dies auch in den vorliegenden Daten. Die selbst wahrgenommene Qualität eigener Freundschaften ( $r\ 0,203$ ) korreliert statistisch signifikant mit dem habituellen Wohlbefinden Befragter. Ebenso besteht ein Zusammenhang zwischen der Bewertung des Schulklimas und dem Gefühl, sich auf seine FreundInnen verlassen und ihnen vertrauen zu können ( $r\ 0,21$ ), womit ebenso die Lebenswelt Schule von zentraler Bedeutung ist. Jugendlichen, die über ein hohes SOC-Niveau verfügen, fällt es nicht nur leichter, Beziehungen zu Gleichaltrigen zu etablieren, sondern sie verfügen auch über ein stärker ausgeprägtes Vertrauen, dass es ihnen ermöglicht, Probleme im Freundeskreis konstruktiv zu überwinden. In diesem Umkehrschluss kann davon ausgegangen werden, dass es Jugendlichen mit ausgeprägtem SOC-Niveau nicht nur leichter fällt, Beziehungen auf- und auszubauen, sondern vorhandene Beziehungen auch langfristig zu pflegen. Wohingegen ein Mangel an Vertrauen in Beziehungen zu Peers damit einhergehen kann, sich im Freundeskreis wenig integriert zu fühlen. Befragte Jugendliche, die ihren FreundInnen weniger Vertrauen schenken, erachten sich auch als weniger beliebt bei Gleichaltrigen, gaben an, über weniger FreundInnen zu verfügen und leiden häufiger unter Schikanierungen ( $r\ -0,233$ ). Diese im Fragebogen erfasste Form von Prävalenzen für Verhaltensauffälligkeiten, einem Mangel an Beliebtheit und Anerkennung im Freundeskreis, steht im negativen Zusammenhang mit dem SOC-Niveau der Befragten ( $r\ -0,21$ ). Mit Blick auf die Entwicklungsaufgabe „Qualifikation“, die in der Jugendphase wohl als eine der stressreichsten Bewältigungsaufgaben gilt (Quenzel 2015), zeigen sich darüber hinaus statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen dem SOC-Niveau der Befragten und ihrer Zufriedenheit mit den eigenen Leistungen ( $r\ 0,223$ ), die wiederum eng mit ihrem selbst wahrgenommenen alltäglichen Wohlbefinden einhergehen. Eine hohe Zufriedenheit mit Schulleistungen steigert auch das psychosoziale Wohlbefinden. Belastungen und Stress hingegen, können sich auf das körperliche Wohlbefinden negativ auswirken (siehe Kapitel 5.2.2).

Ohne nun auf jeden der im Kapitel 5.2 konstatierten Zusammenhänge jugendlicher Gesundheit und lebensphasentypischer Entwicklungsanforderung einzugehen, zeigt sich anhand der exemplarisch konstatierten Merkmale der Kohärenzsinn als wichtige personale Ressource für eine gesunde Entwicklung in der Lebensphase Jugend. Das SOC-Niveau Befragter korreliert statistisch signifikant mit identitätsherausbildenden Merkmalen, wie der Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen und Gesundheitsachtsamkeit Befragter, mit Aspekten des Ausbaus von Beziehungen zu Peers sowie mit Merkmalen der individuellen Zufriedenheit mit Bildungsanforderungen und der Stressregulation in der Schule. Alleine dieser kleine Ausschnitt veranschaulicht, dass das Maß wahrgenommener Lebenskohärenz als wichtige Bewältigungsressource in der Lebensphase Jugend hervorzuheben ist. Die von den Befragten selbst wahrgenommene Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit von Ereignissen darf als protektiver Faktor nicht unterschätzt werden, der ihnen im Alltag hilft, sich als kompetent der Bearbeitung von lebensphasentypischen gleichermaßen wie ganz allgemeinen Herausforderungen zu erachten und sich gesund (weiter) entwickeln zu können.

Jedoch nicht nur im Zusammenhang mit der Bewältigung lebensphasentypischer Entwicklungsaufgaben zeigt sich das Maß selbst wahrgenommener gesundheitsbezogener Handlungskompetenz als wichtiger protektiver Faktor. Ihre einzelnen Komponenten, die im F-LGJ anhand gesundheitsbezogener Kontroll-, Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Lebenskohärenz erfasst wurden, hängen zudem statistisch signifikant mit der subjektiven Bewertung eigener Gesundheit Befragter zusammen, am deutlichsten im Zusammenhang mit dem Merkmal von Lebenskohärenz (SOC) (siehe Abbildung 26). Dieses, den befragten Jugendlichen inne liegende Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, auf das eigene Leben Einfluss ausüben zu können, korreliert nicht unwesentlich mit ihrer eigenen Bewertung psychosozialer und physischer Gesundheit. Befragte Jugendliche mit einem schwach ausgeprägten SOC, gaben mehr akute und psychosomatische Erkrankungen an, fühlen sich im Alltag weniger wohl, schätzen ihr eigenes Leben als weniger zufriedenstellend ein und weisen eine schlechtere Allgemeinstimmung auf (siehe Abbildung 26). Sehr eindrücklich sind hierbei Zusammenhänge zwischen dem SOC-Niveau und ihre Einschätzungen des eigenen Gesundheitszustands und der Häufigkeit von akuten sowie psychosomatischen Erkrankungen hervorzuheben. Inwieweit die Befragten ihren Fähigkeiten vertrauen, ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen wirkt sich darauf aus, als wie gesund oder krank sie sich selbst auch erachten. Der Kohärenzsinn hängt dabei nicht nur mit ‚weichen‘ Merkmalen psychosozialer Gesundheit Befragter, sondern ebenfalls mit der Erfassung der von ihnen wahrgenommenen Anzahl von Erkrankungen zusammen.

Abbildung 26: Statistisch signifikante bivariate Korrelationen zwischen Merkmalen gesundheitsbezogener Agency und der biopsychosozialen Gesundheit Befragter.



\* Korrelationskoeffizienten der statistisch signifikanten bivariaten Pearson-Korrelationen ( $p < 0,001$ ).

In dieser Intensität, wie sie im Merkmal von Lebenskohärenz repräsentiert werden kann, hängen die Merkmale des HLOC und der SWE nicht mit der subjektiven Gesundheitseinschätzung Befragter zusammen. Dennoch zeigen sich auch hier statistisch signifikante Zusammenhänge, insbesondere zum körperlichen Wohlbefinden Befragter. Ein Gefühl den Körper, die eigene Leistung und Gesundheit aktiv kontrollieren zu können (int. HLOC), korreliert statistisch signifikant mit dem alltäglichen Wohlbefinden und der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands zusammenhängen. Ist dies im Gegenteil nicht der Fall, und eigenen Ressourcen der Körper-, Leistungs- und Gesundheitskontrolle werden kaum Wirkkräfte beigemessen (ext. HLOC), so kann dies einen negativen Einfluss auf das körperliche Befinden Befragter nehmen. Ähnlich zeigt es sich im Merkmal gesundheitsbezogener Selbstwirksamkeitsüberzeugung, dem ein statistisch signifikanter Zusammenhang zur Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustand Befragter nachgewiesen werden kann. Es zeigt sich also, dass die erfassten Merkmale gesundheitsbezogener Handlungskompetenz durchaus in einem engen Zusammenhang mit der Wahrnehmung eigener Gesundheit Befragter stehen. Sie helfen ihnen als personale Ressourcen, sich selbst als handlungsfähig zu begreifen, um einerseits lebensphasentypischen Herausforderungen gleichermaßen wie gesundheitlichen Beeinträchtigungen positiv überwinden zu können. Nach dem Modell der Salutogenese findet die Aufrechterhaltung von Gesundheit in fortwährender und aktiver (Wieder)Herstellung eines inneren Gleichgewichts – einer Balance - auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum statt. Gesundheit und Krankheit sind dabei keineswegs voneinander unabhängig, sondern stehen in wechselseitiger und dynamischer Interaktion miteinander. Beim Eintreten eines Ungleichgewichts können verfügbare und mobilisierbare Ressourcen, wie die statistisch erfassten Fähigkeiten und Fertigkeiten von Kohärenz und Kompetenz, um sich als handlungsmächtig zu erleben helfen, Gesundheit bzw. das Gleichgewicht auf diesem Kontinuum immer wieder gelingend herzustellen. Insbesondere dem Merkmal individuell wahrgenommener Lebenskohärenz (SOC) kommt damit in der Untersuchungspopulation nachweislich eine bedeutsame Rolle zur (Wieder)Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit zu. In der Literatur lassen sich beispielsweise auch Belege dafür finden, dass das SOC-Niveau mit der subjektiven Stresswahrnehmung zusammenhängt (vgl. Bengel et al. 2001). Gemessen an Gefühlen der Einsamkeit und Zukunftssorge, die in der Jugendphase unter Rekurs auf die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, wie dem „Aufbau von Beziehungen“ oder der „Qualifikation“, sicherlich als wesentliche Stressfaktoren zu verstehen sind (vgl. Quenzel 2015), zeigen sich auch in der hier vorliegenden Untersuchung statistisch signifikante Korrelationen zum Merkmal wahrgenommener Lebenskohärenz Befragter. Befragte Jugendliche mit einem hoch ausgeprägten SOC-Niveau fühlen sich weniger einsam und machen sich weniger Sorgen um ihre Zukunft. Da nicht davon auszugehen ist, dass einige Jugendliche von den o.g. Entwicklungsaufgaben verschont bleiben, kann eher davon ausgegangen werden, dass diejenigen mit einem hohen SOC-Niveau die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben eher als

Herausforderung statt Bedrohung wahrnehmen bzw. sie ihre Bewältigung mit weniger belastendem Stress assoziieren. Sie nehmen mehr Bewältigungsressourcen wahr und erachten sich damit in stärkerem Maße als kompetent und selbstwirksam diesen Herausforderungen gelingend zu begegnen. Ein ausgeprägtes SOC-Niveau korreliert zudem mit der Überzeugung gesundheitsbezogener Selbstwirksamkeit ( $r = 0,299$ ) ebenso wie negativ mit dem Merkmal internaler Kontrollüberzeugung ( $r = -0,169$ ). Diejenigen Befragten, die über ein hohes Maß von SOC verfügen, rechnen sich auch eine höhere Effizienz- und Ergebniserwartung, bei der Bewältigung von alltäglichen Stressoren bei und nehmen mehr eigene Fähigkeiten der kompetenten Stressbewältigung wahr. Wohingegen ein schwach ausgeprägtes SOC-Niveau mit einer stärkeren Ausprägung internaler gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugung, der Überzeugung der Körper, die Psyche und eigene Gesundheit sind eher dem Zufall überlassen, zusammenhängt. Ein Zusammenhang gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugung (HLOC) und dem Gesundheitshandeln sollte jedoch mit mehr Vorsicht analysiert werden. Wohingegen zum SOC und der SWE bereits recht gute empirische Befunde über einen Zusammenhang zur Gesundheit vorliegen, scheint der Forschungsstand zum HLOC noch widersprüchlich. Ob eine interne gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung per se als protektiver Faktor gelten kann oder je nach situationsspezifischen Kontext auch eine externe Kontrollüberzeugung eine adäquate Verhaltensweise ist, die mit eher passiven Verhaltensmustern einher geht, um die eigene Gesundheitssituation zu plausibilisieren, scheint noch nicht hinreichend durchleuchtet (Bengel et al. 2001, 53). Beispielsweise sind darunter Erklärungsversuche immanenter Gerechtigkeit oder Schicksalstheorien zu verstehen, die es Menschen ermöglichen, auch belastende Erfahrungen, die unerklärlich oder unbeeinflussbar waren, ‚gesund‘ zu verarbeiten. Der HLOC sollte daher situationsspezifisch betrachtet und nicht ausschließlich als mangelhaft ausgeprägte individuelle Kompetenz der Körper- und Gesundheitskontrolle interpretiert werden. Es ist davon auszugehen, dass im Merkmal des HLOC soziokulturelle Einflüsse eine besondere Rolle spielen, er also stärker durch lebensweltliche Einflüsse einer *psychosomatischen Kultur* zu beeinflussen ist. Ein Einfluss auf die subjektiv wahrgenommene Gesundheit ist im Merkmal des HLOC zu finden und kann damit auch den noch als uneindeutig konstatierten Forschungsstand ergänzen, inwieweit die Interpretation gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugung jedoch primär psychosozial oder soziokulturell determiniert wird, kann mit diesem Ergebnis nicht sicher ausgesagt werden. Neben der Interpretation einer höheren individuellen Kompetenz kämen zudem Interpretationen milieuspezifischer Auffassungen eigener Erwartungen an die Leistungskontrolle hinzu, die erst im zweiten qualitativen Teil dieser Untersuchung vertiefend analysiert werden konnten. Im Rekurs auf den HLOC stellt sich also immer auch die Frage, inwieweit der eigene Anteil individueller Verantwortung zum Erhalt eigener Gesundheit gesellschaftlich als relevant wahrgenommen wird und schließt damit an Fragen psychosozialer Kulturen an, dem milieuspezifischen Verständnis von Gesundheit und gesellschaftlich

anerkannt guten Umgang mit Gesundheit – den subjektorientierten Alltagskonstruktionen von Gesundheit.

#### **5.4 Subjektorientierte Alltagskonstruktionen von Gesundheit**

Eine sinnverstehende Rekonstruktion von subjektorientierten Alltagsvorstellungen von Gesundheit kann kaum von einer Fragebogenerhebung erwartet werden, wohl aber eine zahlenmäßige Verteilung in operationalisierter Form erfassbarer Merkmalsausprägungen dieses interessierenden Forschungsgegenstands. Hierzu wurden im F-LGJ Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen sowie Vorstellungen von befragten Jugendlichen über den Verlauf von Gesundheit und Krankheit in ihrem Lebenslauf erfasst. Da für diese Indikatoren kaum etablierte Instrumente gefunden werden konnten, wurden für den F-LGJ in Anlehnung an vergangene quantitative und qualitative Untersuchungen, denen ein ähnliches Forschungsinteresse zugrunde lag, Erfassungsskalen konstruiert. Stützend auf einen vergangenen und von den Autorinnen als erfolgreich bewerteten Versuch der quantitativen Erfassung von Gesundheitsvorstellungen Jugendlicher (vgl. Nordlohne/Kolip 1994), wurden im F-LGJ Gesundheits- und Krankheitsbeschreibungen zunächst in offenen Satzergänzungsaufforderungen erfasst. In der rezipierten Untersuchung wurden Jugendliche aus der 9. Jahrgangsstufe verschiedener Schulformen gebeten (n=989), anhand offener Items Auskunft über ihre Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen sowie eine damit einhergehende Befindensebene zu geben (vgl. ebenda). Hierzu wurden sie aufgefordert, folgende Sätze zu ergänzen.

- „Gesundheit bedeutet für mich, dass ich...“
- „Krankheit bedeutet für mich, dass ich...“
- „Ich fühle mich rundherum gesund, wenn ich...“
- „Ich fühle mich krank, wenn ich...“

Die gleichen Satzergänzungsaufforderungen wurden auch in der hier vorliegenden Untersuchung verwendet und die daraus gewonnenen Freitextantworten befragter Jugendlicher (n=458) mithilfe der Datenanalysesoftware MaxQDA, anhand eines theoriegeleiteten Kodierleitfadens (siehe Tabelle 25), ausgewertet. In einem erst abduktiven Kategorisierungsprozess (Kategorie 1. bis 5. und 7. in der Tabelle 25), der durch induktiv gebildete Merkmale (Kategorie 6., 8. und 9. in Tabelle 25) ergänzt wurde, konnten insgesamt neun Kategorien von Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen identifiziert werden. Dabei orientierte sich der erste Analyseschritt an empirisch bereits rekonstruierten konzeptuellen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit (vgl. Faltermaier 1991, 1998, 2002, 2010a; Faltermaier/Brütt 2009, 2013; Herzlich 1994; Kolip/Nordlohne 1994, Kolip 1997), die um weitere, sich im Material auffindbare Kategorien ergänzt wurden. Die im zweiten Schritt gebildeten Kategorien waren (6.) Personen, Orte und Gegenstände, (8.) Schicksal und (9.) Ausblendung. Die Benennung von Personen und Orten, die mit Gesundheit in Verbindung gebracht werden oder Schicksals-

theorien, die von Krankheit als immanente Gerechtigkeit ausgehen wurden auch bereits in anderen Untersuchungen mit Kindern und Jugendlichen gefunden (vgl. Wiehe 2013).

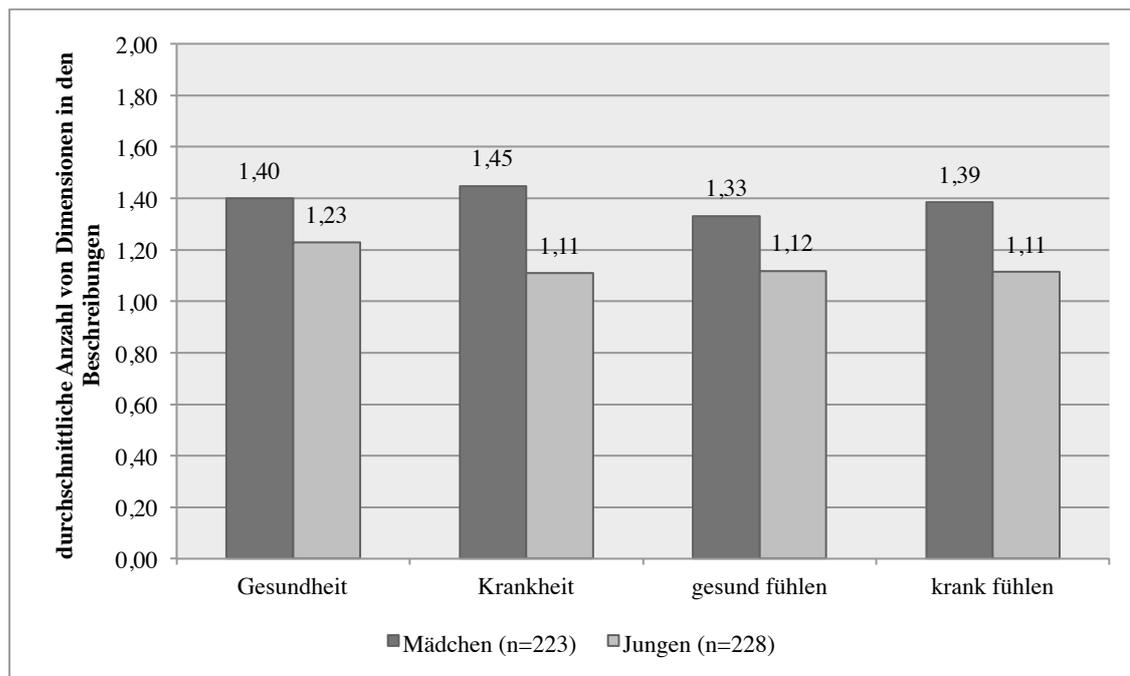
*Tabelle 25: Kodierleitfaden der Kategoriebildung der im Fragebogen erhobenen Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen befragter Jugendlicher anhand offener Satzergänzungsaufforderungen. Die Angaben von n beziehen sich auf die Anzahl der von befragten Jugendlichen vorgenommenen Nennungen.*

Kategorie	Beschreibung der Kategorien für Gesundheit	Beschreibung der Kategorien für Krankheit	Ankerbeispiele aus dem F-LGJ Gesundheit (n=592)/Krankheit (n=576) bedeutet für mich, dass ich... Ich fühle mich rundherum gesund (n=552)/krank (n=563), wenn ich...
(1.) Vorhandensein oder Abwesenheit (insgesamt 670 Nennungen)	Gesundheit sowie sich gesund zu fühlen wird als ein Vorhandensein physischer/psychischer Gesundheit oder anhand von Abwesenheit physischer/psychischer Beschwerden beschrieben.	Krankheit sowie sich krank zu fühlen wird anhand physischer/psychischer Beschwerden sowie der Abwesenheit von Gesundheit beschrieben.	<u>Gesundheit:</u> ...körperlich und psychisch gesund bin. ...keine Beschwerden habe. ...nicht krank bin. <u>Krankheit:</u> ...körperliche Probleme habe. ...schlecht zugange bin. ...Schmerzen habe.
(2.) Befinden (insgesamt 590 Nennungen)	Gesundheit und sich gesund zu fühlen wird als ein positives Befinden beschrieben.	Krankheit und sich krank fühlen wird als ein negatives Befinden beschrieben.	<u>Gesundheit:</u> ...mich gut fühle. ...rundherum gesund fühle. ...mich wohl fühle. <u>Krankheit:</u> ...mich schlecht fühle. ...unglücklich bin. ...mich unwohl fühle.
(3.) Leistungs- und Funktionsfähigkeit (insgesamt 339 Nennungen)	Gesundheit und sich gesund fühlen wird anhand der Fähigkeiten beschrieben a.) leistungsfähig zu sein, b.) alltäglichen Anforderungen gerecht zu werden oder c.) gesellschaftlichen Rollenmodellen zu entsprechen.	Krankheit und sich krank fühlen wird anhand mangelnder Fähigkeiten a.) leistungsfähig zu sein oder b.) alltäglichen Anforderungen gerecht zu werden, beschrieben.	<u>Gesundheit:</u> ...Sport mache. ...körperlich fit zu sein. ...gute Ausdauer habe. ...mich draußen frei bewegen kann. <u>Krankheit:</u> ...schlapp bin. ...keine Kraft für Sport habe. ...in meinem Leben eingeschränkt bin. ...zu Hause bleiben muss.
(4.) Verhaltensweisen (insgesamt 365 Nennungen)	Gesundheit und sich gesund zu fühlen wird anhand (präventiver) Verhaltensweisen zur Gesunderhaltung beschrieben.	Krankheit und sich krank zu fühlen wird anhand gesundheitsschädlicher (teils riskanter) Verhaltensweisen beschrieben.	<u>Gesundheit:</u> ...mich gut ernähren. ...nicht zu viel oder zu wenig für mich tue. ...auf meine Psyche achte. <u>Krankheit:</u> ...mich schlecht ernähre. ...etwas Schlechtes gemacht habe.
(5.) physische Indikatoren (insgesamt 144 Nennungen)	Gesundheit und sich gesund zu fühlen wird anhand spezifischer physischer Indikatoren beschrieben.	Krankheit und sich krank fühlen wird anhand spezifischer physischer Indikatoren erläutert.	<u>Gesundheit:</u> ...keinen Husten habe. ...meine Zähne in Ordnung sind. <u>Krankheit:</u> ...schlechten Blutzucker habe. ...Kopf- oder Bauchschmerzen habe.

(6.) Personen, Orte und Gegenstände (insgesamt 141 Nennungen)	Gesundheit und sich gesund fühlen wird im Zusammenhang mit bestimmten Personen, Orten an denen man sich gesund oder krank fühlt oder mit Gegenständen in Verbindung gebracht, die Befragte sich gesund oder krank fühlen lassen, beschrieben.	Krankheit sowie sich krank zu fühlen wird im Zusammenhang mit bestimmten Personen, Orten oder Gegenständen beschrieben.	<u>Gesundheit:</u> ...mein Handy bei mir ist ...mit meinen Freunden zusammen bin. ...zum Schnellimbiss XY gehe. ...in XY-Stadt bin. <u>Krankheit:</u> ...XY sehe. ...im Krankenhaus liege. ...zur Schule gehe.
(7.) medizinische Intervention (insgesamt 31 Nennungen)	Gesundheit wird im Zusammenhang mit ausbleibenden medizinischen Interventionen beschrieben. Diese Kategorie konnte auf der Befindensebene von Gesundheit nicht gefunden werden.	Krankheit oder sich krank zu fühlen wird im Zusammenhang mit medizinischen Interventionen beschrieben.	<u>Gesundheit:</u> ...nicht viele Tabletten nehmen muss. <u>Krankheit:</u> ...den ganzen Tag im Bett liegen muss.
(8.) Schicksal (insgesamt 2 Nennungen)		Krankheit wird als ein schicksalhafteres Ereignis beschrieben. Diese Kategorie wurde nur auf Ebene der Krankheitsdefinitionen gefunden.	<u>Krankheit:</u> ...sie als Schicksal bekommen habe.
(9.) Ausblendung (insgesamt 1 Nennung)	Gesundheit wird im Leben als Thema ausgeblendet. Diese Kategorie findet sich nur auf Ebene der Gesundheitsdefinition.		<u>Gesundheit:</u> ...Gesundheit ist kein Thema für mich.

In den Antworten zu Gesundheitsdefinitionen Befragter (n=451; 228 Jungen, 223 Mädchen) lassen sich insgesamt 592 Nennungen von Dimensionen finden, in ihren Krankheitsdefinitionen 576. Im Schnitt nennen die Befragten 1,31 Dimensionen in ihren Beschreibungen über Gesundheit und 1,28 Dimensionen, wenn sie Krankheit beschreiben. Mädchen gaben durchschnittlich mehr Dimensionen in ihren Beschreibungen von Gesundheit und Krankheit an als Jungen (siehe Abbildung 27).

Abbildung 27: Durchschnittliche Anzahl der Benennung verschiedener Dimensionen bei der Beschreibung von Gesundheit und Krankheit befragter Jugendlicher.



Mädchen weisen sich demnach durch eine tendenziell detailliertere Beschreibung von Gesundheit und Krankheit aus. Sie verwenden in ihren Beschreibungen häufiger als Jungen mehrere verschiedene Dimensionen („*Gesundheit bedeutet für mich, dass ich ...mich gesund ernähre, stressfrei lebe und wohl fühle*“; ID: lfd. Nr. 242). Schaut man sich im Vergleich dazu einerseits die im Fragebogen identifizierten Geschlechtsunterschiede in der Wahrnehmung eigener Gesundheit und darüber hinaus Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheitsberichterstattung an, die deutlich darauf hinweisen, dass Mädchen ihren Körper und ihre Gesundheit sensibler und differenzierter wahrnehmen (vgl. RKI 2007, 2013; WHO 2011), so sollte es nicht weiter erstaunen, dass sie auch ihre Gesundheit und Krankheit quantitativ differenzierter explizieren als die befragten Jungen.

Insgesamt benannten die befragten Jugendlichen am häufigsten die Dimension des „Vorhandenseins oder der Abwesenheit“ von Gesundheit mit 670 Nennungen, dicht gefolgt von Beschreibungen anhand der Kategorie „Befinden“ mit 590 Nennungen. In 339 der Nennungen wurde Gesundheit oder Krankheit mit „Leistungs- und Funktionsfähigkeit“ assoziiert und in 365 Nennungen durch „gesundheitsbezogene Verhaltensweisen“ beschrieben. „Physische Indikatoren“ werden bei Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen insgesamt 144 mal benannt und anhand von „Personen, Orten und Gegenständen“, die mit Gesundheit und Krankheit in einem Zusammenhang stehen, machen die Befragten insgesamt 141 Nennungen. Sehr selten beschreiben sie Gesundheit und Krankheit anhand „medizinischer Interventionen“ (31 Nennungen) und zu vernachlässigen, der Vollständigkeit halber aber erwähnt, sind die beiden Kategorien „Schicksal“ und „Ausblendung“. Im inhaltlichen Geschlechtervergleich (siehe Abbildung 28) zeigt sich, dass Mädchen (n=223) Gesundheit sowie sich gesund zu fühlen am

häufigsten anhand von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen (31%) beschreiben. Unmittelbar gefolgt beschreiben Mädchen Gesundheit und sich gesund fühlen als Wohlbefinden (30%). Erst an dritter Stelle treten Beschreibungen anhand der Kategorie des Gegensatzes auf – Vorhandensein oder Abwesenheit von Gesundheit (21-25%). Jungen hingegen (n=228) bedienen sich am häufigsten der Kategorie des „Gegensatzes“ zur Beschreibung von Gesundheit (30%). Sich gesund zu fühlen wird von ihnen jedoch auch am häufigsten anhand gesundheitsfördernder Verhaltensweisen beschrieben (24%). Erst an die zweite Stelle treten bei ihnen Aspekte des Wohlbefindens in Erscheinung (24-28%). Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen werden von Jungen bei Beschreibungen von Gesundheit erst am dritthäufigsten benannt (25%) und auf der Befindensebene, *sich gesund zu fühlen*, in ca. einem Fünftel der Fälle. Beschreibungen von Gesundheit anhand von Leistungs- und Funktionsfähigkeit (...*körperlich fit zu sein*, ...*gute Ausdauer zu haben*) nehmen Jungen annähernd doppelt so häufig vor wie Mädchen. *Personen*, die in einen Zusammenhang mit Gesundheit gebracht werden oder in deren Nähe man sich gesund fühlt, spielen bei den Gesundheitsdefinitionen keine Rolle. Wird aber nach der Befindensebene (sich gesund fühlen) gefragt, kommen Personen in 8% der Antworten vor („Ich fühle mich rundherum gesund, wenn ich ...*mit meinen Freunden zusammen bin*“). Mädchen zeigen sich, ihren Gesundheitsdefinitionen nach zu urteilen, insgesamt achtsamer in Bezug auf ihre Gesundheit und mehr auf ihr psychosoziales Wohlbefinden bedacht als Jungen. Jungen hingegen definieren Gesundheit stärker mechanisch, in Form eines Vorhandenseins oder der Abwesenheit, und bringen Gesundheit auch stärker mit der Erfüllung von Rollen- oder Funktionsweisen, einer Form der Leistungsfähigkeit, in einen Zusammenhang.

Abbildung 28: Prozentuale Verteilung der Häufigkeiten von Beschreibungen nach den sechs am häufigsten benannten Kategorien Befragter zu Gesundheit. Das n bezieht sich in diesem Fall nicht auf die Anzahl befragter Mädchen und Jungen, sondern die Anzahl ihrer Beschreibungen pro Satzergänzungsaufforderung insgesamt. Die Fragen haben n=223 Mädchen und n=228 Jungen beantwortet.

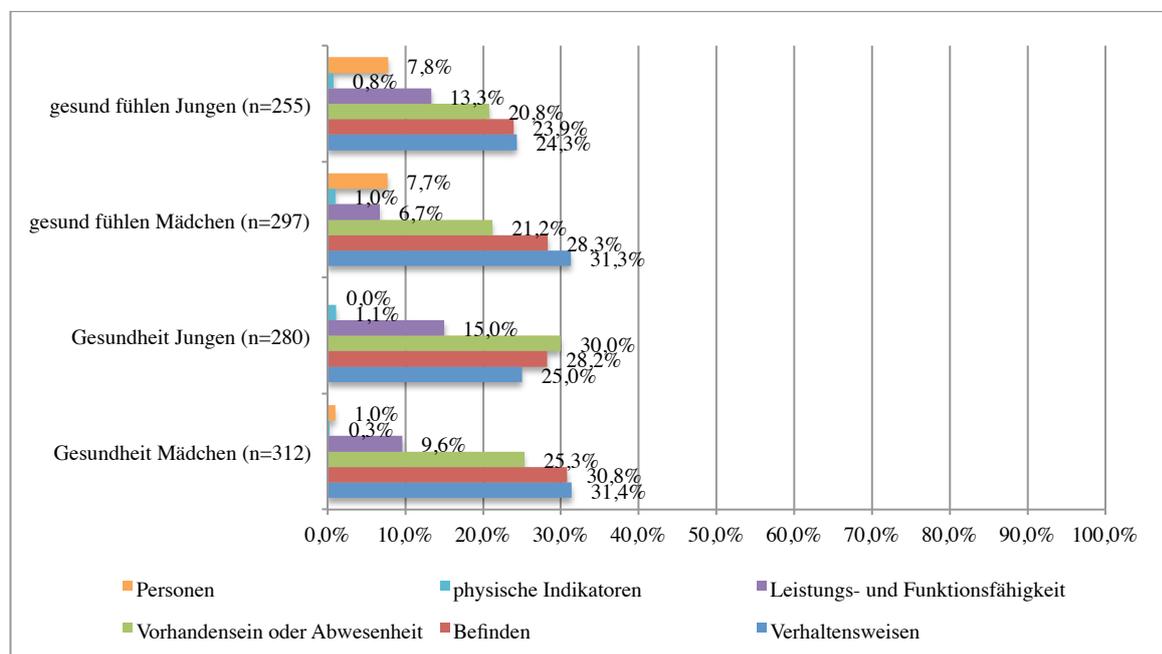
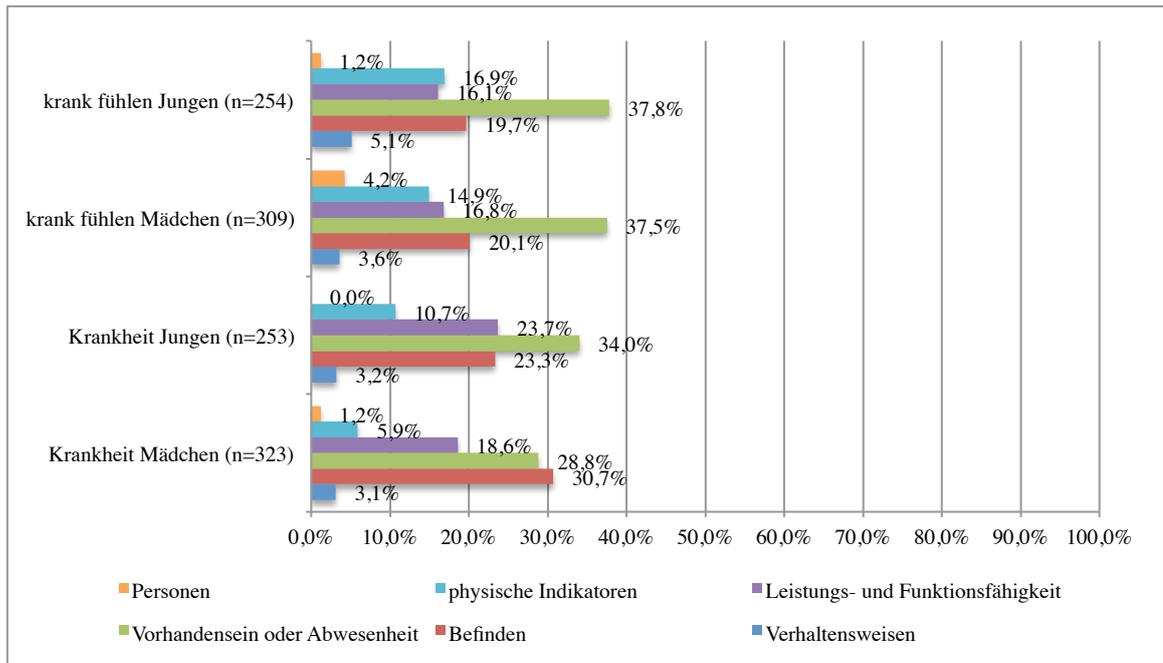
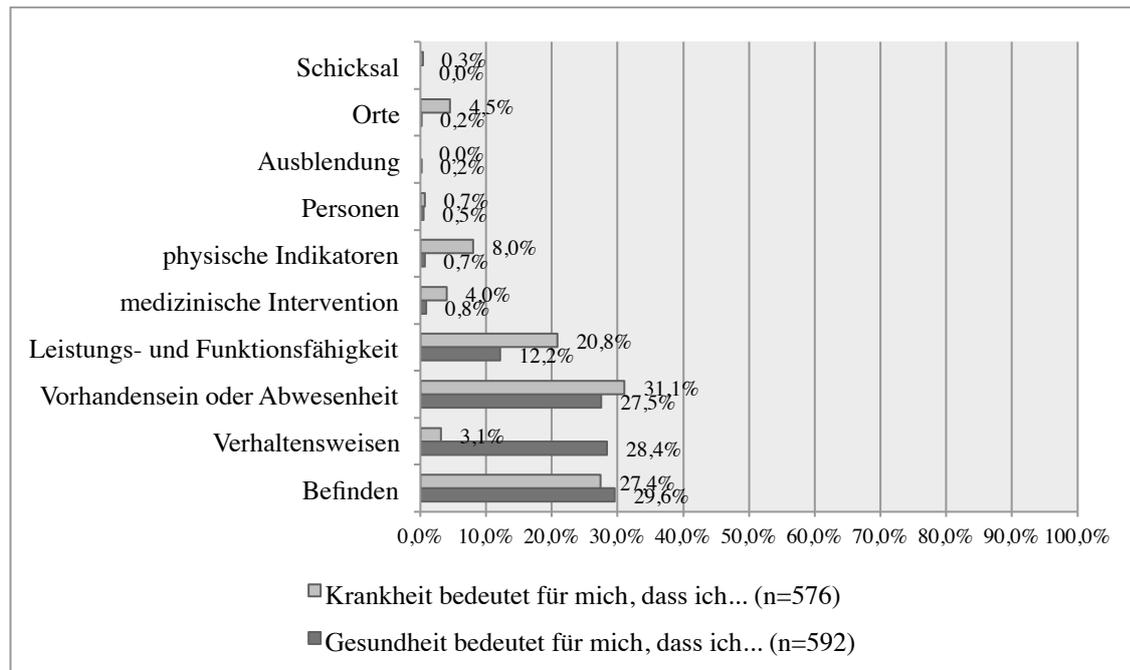


Abbildung 29: Prozentuale Verteilung der Häufigkeiten von Beschreibungen nach den sechs am häufigsten benannten Kategorien Begräfter zu Krankheit. Das n bezieht sich in diesem Fall nicht auf die Anzahl befragter Mädchen und Jungen, sondern die Anzahl ihrer Beschreibungen pro Satzergänzungsaufforderung insgesamt. Die Fragen haben n=223 Mädchen und n=228 Jungen beantwortet.



Geht es um die Beschreibung von Krankheit, so überwiegen auf der Befindensebene, sich krank zu fühlen, bei beiden Geschlechtern (n=451) eher gegensatzorientierte Beschreibungen eines Vorhandenseins von Beschwerden oder der Abwesenheit von Gesundheit (fast 40%). Bei den Krankheitsdefinitionen ist diese Form ebenfalls (fast) am häufigsten bei allen Befragten vertreten, auch wenn sie bei weiblichen Befragten leicht von Wohlbefindensdefinitionen überholt wird. Jungen sind diesbezüglich eindeutiger (n=228); die deutliche Mehrheit definiert Krankheit anhand eines Vorhandenseins von Beschwerden oder der Abwesenheit von Gesundheit (siehe Abbildung 29). Am dritthäufigsten definieren Mädchen (19%) und Jungen (24%) Krankheit anhand einer Einschränkung ihrer Rollen- und Leistungsfähigkeit. Mit Blick auf Satzergänzungsaufforderungen der Befindensebene (eines sich krank Fühlens), sind Beschreibungen anhand physischer Indikatoren wie der Einschränkung der Leistungs- und Funktionsfähigkeiten ähnlich stark ausgeprägt (15-17%). Fast gänzlich zu vernachlässigen ist bei den Krankheitsbeschreibungen die Ebene präventiver Verhaltensweisen (3-5%), die im Kontext von Gesundheitsdefinitionen bei Mädchen und Jungen noch hoch relevant war. Dafür aber nehmen physische Indikatoren nun einen höheren Stellenwert ein. Diese waren bei Gesundheitsdefinitionen noch kaum relevant. 6% der Mädchen und 11% der Jungen definieren Krankheit anhand vom Auftreten physischer Indikatoren. Auf der Befindensebene nähern sich die Geschlechter wieder an. Hier beschreiben 15-17% der Befragten *sich krank zu fühlen* anhand physischer Indikatoren.

Abbildung 30: Prozentuale Verteilung der Benennung von Kategorien in den Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen Befragter (n=451).



Zusammengefasst (siehe Abbildung 30) wird Gesundheit häufiger anhand der Kategorie „Befinden“ beschrieben, Krankheit häufiger in Form der Abwesenheit von Gesundheit bzw. des Vorhandenseins einer Erkrankung. Wobei bei den befragten Mädchen Abwesenheits- und Wohlbefindensdefinitionen auch bei Krankheit in gleicher Häufigkeit in Erscheinung treten. In fast einem Drittel aller Satzergänzungen zum Thema Gesundheit lassen sich (präventive) Verhaltensweisen finden. Bei Beschreibungen von Krankheit spielen diese kaum noch eine Rolle. An dritter Stelle für die Beschreibung von Krankheit gaben die Befragten Merkmale der Kategorie „Leistungs- und Funktionsfähigkeit“. In Beschreibungen über Gesundheit lässt sich diese Kategorie nur in 12% der Antworten Befragter finden. Hinzukommend wird Krankheit anhand physischer Indikatoren (8%), Orte, die mit Krankheit in Verbindung gebracht werden und medizinischer Interventionen (4%) beschrieben. Es zeigt sich, dass die Befragten Gesundheit mehrheitlich in Form eines positiven Befindens (...*mich rundherum gesund fühle*), auf der präventiven Verhaltensebene (...*mich gut ernähre*) sowie anhand der Abwesenheit von Erkrankungen (...*nicht krank bin*) und des Vorhandenseins von Gesundheit (...*körperlich und psychisch gesund bin*) beschreiben. Krankheit hingegen wird am häufigsten über das Vorhandensein von Erkrankungen oder Beschwerden definiert (...*körperliche Probleme habe*). Die Befindensebene (...*mich unwohl fühle*) rückt bei der Beschreibung von Krankheit an die zweite Stelle und eine Beschreibung anhand von Indikatoren, die die Leistungs- und Funktionsweise beschreibt (...*keine Kraft für Sport habe*) an die dritte Stelle.

Die befragten Jugendlichen definieren Gesundheit und Krankheit insgesamt häufiger als Abgrenzungskategorie (Vorhandensein oder Abwesenheit des jeweils anderen Zustands) als in der Untersuchung von Kolip und Nordlohne. Die Autorinnen sprechen 1994 von nur ca. einem

Fünftel der Befragten, die Gesundheit als Gegensatz von Krankheit beschreiben (vgl. ebenda). Auch konstatierten Nordlohne und Kolip, würden (präventive) Verhaltensweisen in den Gesundheitsdefinitionen Befragter kaum eine Rolle spielen (vgl. ebenda). In der vorliegenden Untersuchung zeigen diese sich aber an zweiter Stelle bei den Gesundheitsdefinitionen, mit ca. einem Drittel der Nennungen Befragter. Die vorliegende Untersuchung wurde im Jahr 2013 durchgeführt. Nordlohne und Kolips Ergebnisse stützen sich auf eine Studie, die 1994 publiziert wurde. Die konstatierten Diskrepanzen müssen demnach auch vor dieser enormen Zeitspanne analysiert werden. In den vergangenen Jahren hat sich unsere Gesellschaft gewandelt. Eigenverantwortlichkeit und individuelle Verantwortungsübernahme, auch für die eigene Gesundheit, haben an Relevanz deutlich zugenommen. Gesundheitssorge wird heute stärker als noch vor 20 Jahren als individuell zu bewältigende Aufgabe verstanden und ein gesundheitsfördernder (präventiver) Lebensstil so zum allgegenwertigen Anspruch. Im jüngsten KJB spricht Rauschenbach davon, die Lebensphase Jugend ‚diene‘ im öffentlichen Diskurs, heute mehr denn je zuvor, um Heranwachsende als *Teil öffentlichen Guts, fit für die Gesellschaft zu machen* (Rauschenbach 2013). Dies erfordert natürlich auch mit Blick auf ein gesundes Aufwachsen ein höheres Maß an Eigenverantwortung, Gesundheitsachtsamkeit und Fitness. Dass nun vor diesem Hintergrund präventive Definitionen von Gesundheit, im Vergleich zur Untersuchung Nordlohne und Kolips, zugenommen haben, scheint plausibel und verdeutlicht noch einmal mehr die enge Verwobenheit von Gesundheitsvorstellungen, -verhaltensweisen und der sozialen Lebenswelt.

In einer sich den offenen Satzergänzungsaufforderungen anschließenden Fragebatterie wurden Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen zudem einheitlich anhand vorgegebener Items erfasst. Diese Items wurden auf Grundlage der publizierten Antwortsätze, die Nordlohne und Kolip in ihrer Untersuchung erfasst hatten und in ihrer Ergebnispräsentation als Ankerbeispiele dienten (vgl. ebenda 1994). Diese Ankerbeispiele beziehen sich auf die damals identifizierten Kategorien „Gegensatz“, „Befinden“, „präventives Verhalten“, „Funktionsfähigkeit“ und „physische Indikatoren“ (vgl. ebenda). Nach faktorenanalytischer Reduktion konnten die Ergebnisse aus dem F-LGJ vier Dimensionen<sup>55</sup> zugeordnet werden: (1.) Abwesenheit, (2.) negatives Befinden, (3.) positives Befinden und (4.) präventives Verhalten. Die Kategorie (1) Abwesenheit wird durch Items mit Beschreibungen von Krankheitsdefinitionen dominiert („*Krankheit ist für mich,...*“) und die Kategorie (2) negatives Befinden besteht ausschließlich aus Krankheitsdefinitionen. (3) Positives Befinden und (4) präventives Verhalten wiederum umfassen ausschließlich Items zu Gesundheitsdefinitionen. Diese Verteilung von Items reiht sich plausibel in die o.g. Ergebnisse der offenen Satzergänzungsaufforderungen ein.

---

<sup>55</sup> Die Identifikation der Dimensionen erfolgte anhand der Faktorenanalyse mit der Varimax-Methode. Das Hauptkomponentenmodell befindet sich im Anhang.

- 1. Abwesenheit (dominiert von Krankheitsdefinitionen):** Gesundheit wird hierbei als Abwesenheit von Beschwerden sowie Krankheit anhand physischer und psychischer Einschränkungen aufgefasst.
  - Krankheit ist für mich, Fieber zu haben.
  - Krankheit ist für mich, mich schlecht zu fühlen.
  - Krankheit ist für mich, nicht gesund zu sein.
  - Krankheit ist für mich, Beschwerden zu haben.
  - Gesundheit ist für mich, keine Beschwerden zu haben.
  - Gesundheit ist für mich, keine Schmerzen zu haben.
- 2. negatives Befinden (ausschließlich Krankheitsdefinitionen):** Krankheit wird als ein schlechtes Befinden, das Auswirkungen auf den Alltag nimmt, beschrieben.
  - Krankheit ist für mich, schlecht gelaunt zu sein.
  - Krankheit ist für mich, unzufrieden zu sein.
  - Krankheit ist für mich, nicht mit Freunden zusammen zu sein.
  - Krankheit ist für mich, keine Leistung zu bringen.
- 3. positives Befinden (ausschließlich Gesundheitsdefinitionen):** Gesundheit wird als ein positives Befinden beschrieben, das ebenfalls Auswirkung auf den Alltag nimmt.
  - Gesundheit ist für mich, Spaß zu haben.
  - Gesundheit ist für mich, keine Sorgen zu haben.
  - Gesundheit ist für mich, gute Laune zu haben.
  - Gesundheit ist für mich, alles tun zu können, was ich will.
- 4. präventives Verhalten (ausschließlich Gesundheitsdefinitionen):** Gesundheit wird anhand gesundheitsfördernder Verhaltensweisen beschrieben.
  - Gesundheit ist für mich, mich ausreichend zu bewegen.
  - Gesundheit ist für mich, mich gesund zu ernähren.
  - Gesundheit ist für mich, Sport treiben zu können.

Krankheit wurde von den Befragten (n=447) am häufigsten anhand der Kategorie „Abwesenheit“ verstanden (siehe Abbildung 31). Fast 80% der Befragten stimmten voll zu, Krankheit sei für sie, Fieber zu haben und weitere 60% stimmten voll darin überein, Krankheit sei, Beschwerden allgemeiner Art zu haben. Darüber hinaus erachteten mehr als ein Drittel aller Befragten Krankheit als ein negatives Befinden in Form von Unzufriedenheit oder schlechter Laune.

Abbildung 31: Prozentuale Angaben der höchsten Zustimmung zu exemplarischen Indikatorvariablen zur Erassung von Krankheitsdefinitionen befragter Jugendlicher.

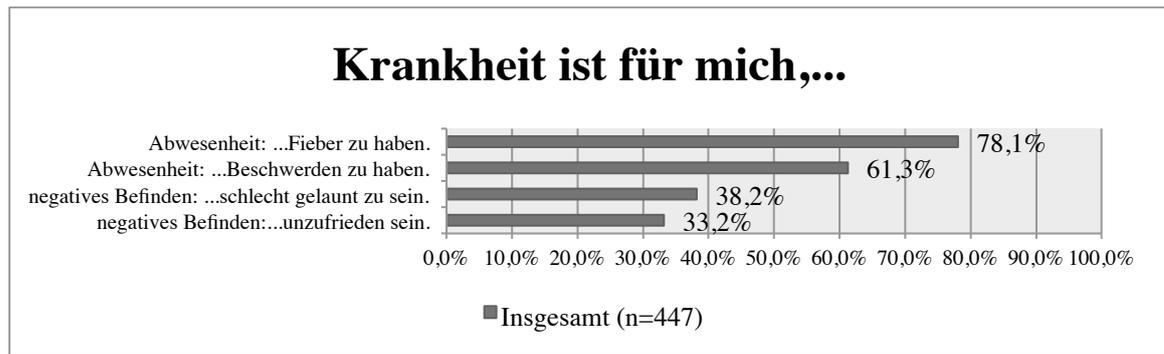
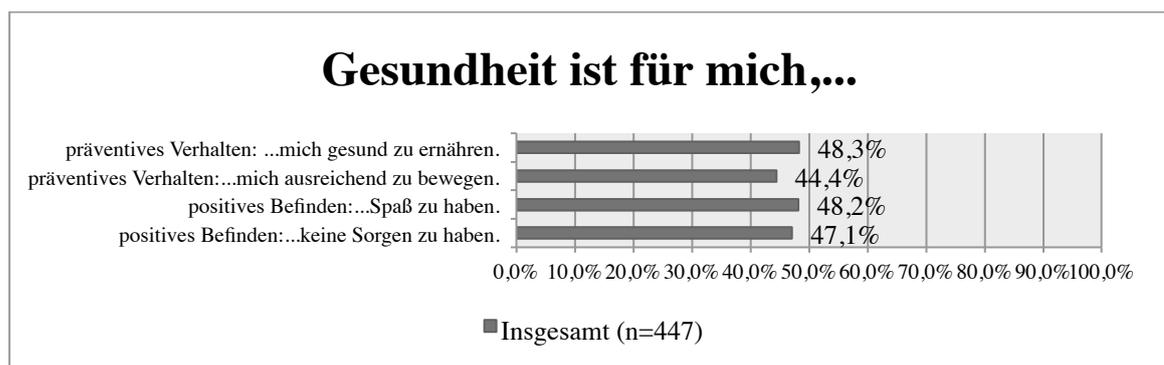


Abbildung 32: Prozentuale Angaben der höchsten Zustimmung zu exemplarischen Indikatorvariablen zur Erfassung von Gesundheitsdefinitionen befragter Jugendlicher.



Gesundheit hingegen wird in knapp der Hälfte der Fälle am häufigsten mit präventiven Verhaltensweisen und einem positiven Befinden in einen Zusammenhang gebracht (siehe Abbildung 32). Knapp die Hälfte der Befragten stimmte völlig darin überein, Gesundheit sei für sie, sich gesund zu ernähren und ausreichend zu bewegen. Für ebenfalls knapp die Hälfte aller Befragten heißt Gesundheit darüber hinaus, Spaß zu haben und sich keine Sorgen machen zu müssen. Es zeigt sich also eine ähnliche Tendenz wie bei den offenen Satzergänzungsaufforderungen. Die Befindensebene ist bei Beschreibungen von Gesundheit ausgeprägter vorhanden, wohingegen für Krankheitsdefinitionen am häufigsten Beschreibungen gewählt werden, die Krankheit in Form abwesender Gesundheit darlegen. Ferner spielen auch bei den geschlossenen Items präventive bzw. gesundheitsförderliche Verhaltensweisen eine zentrale Rolle. Differenziert nach Geschlecht bringen Mädchen Gesundheit häufiger mit präventiven Verhaltensweisen in einen Zusammenhang. 56% der Mädchen (n=221), jedoch nur 40% der Jungen (n=226) stimmen darin überein, Gesundheit sei für sie, sich gesund zu ernähren.

Beschreibungen von Krankheit erfolgen bei offen erfassten sowie auch vorformulierten Antwortkategorien am häufigsten anhand einer Abgrenzungskategorie (offen: fast 40%; geschlossen: 60-80%). Auch zeigen sich bzgl. einer Gesundheitsdefinition anhand präventiver Verhaltensweisen Parallelitäten bei offenen und geschlossenen Items. In beiden Fragebatterien zeigen Mädchen höhere Tendenzen, Gesundheit anhand gesunder Ernährung oder ausreichender

Bewegung zu verstehen. Die so erfassten kognitiven Repräsentationen von Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen der Befragten lassen in ihrer quantifizierbaren Verteilung bereits solide Erkenntnisse zu, die einen ersten Ausblick auf gesundheitsbezogene Verhaltensweisen der Befragten zulassen. Gesundheit wurde von den Befragten insbesondere anhand präventiver Verhaltensweisen (hierbei stärker von Mädchen) verstanden. In Bezug auf den Erhalt ihrer Gesundheit zeigen sich die Befragten motiviert, sich entsprechend zu verhalten und bspw. gesund zu ernähren oder auf ausreichend Bewegung zu achten. Eine in dieser Form vorbeugende Achtsamkeit scheint darüber hinaus eher bei Mädchen als Jungen zu finden zu sein. Für Jungen hingegen scheint eher der Erhalt ihrer Leistungsfähigkeit sinnstiftend für Gesundheitsachtsamkeit und Krankheitsvermeidung. Von beiden Geschlechtern wird Gesundheit eher als lebensweltlich wirksam werdendes, psychosoziales Wohlbefinden wahrgenommen, wohingegen Krankheit eher mit beeinträchtigten Indikatoren assoziiert wird. Mit Blick auf Motive der aktiven Gestaltung eigener Gesundheit scheint eine stärker am physischen Wohl orientierte Krankheitsvermeidung bzw. psychosozial orientierte Gesundheits-erhaltung ebenfalls plausibel. Die Art und Weise, wie sich die von den Befragten vorgenommenen Definitionen in der realen Handlungspraxis jedoch tatsächlich darstellen – welchen konkreten Einflüssen sie unterliegen und inwieweit sie auf das Leben Befragter (bspw. ihrer Gesundheitsachtsamkeit in konkreten Alltagshandlungen) tatsächlich Einfluss nehmen – kann anhand der vorliegenden Erkenntnisse nur erahnt werden.

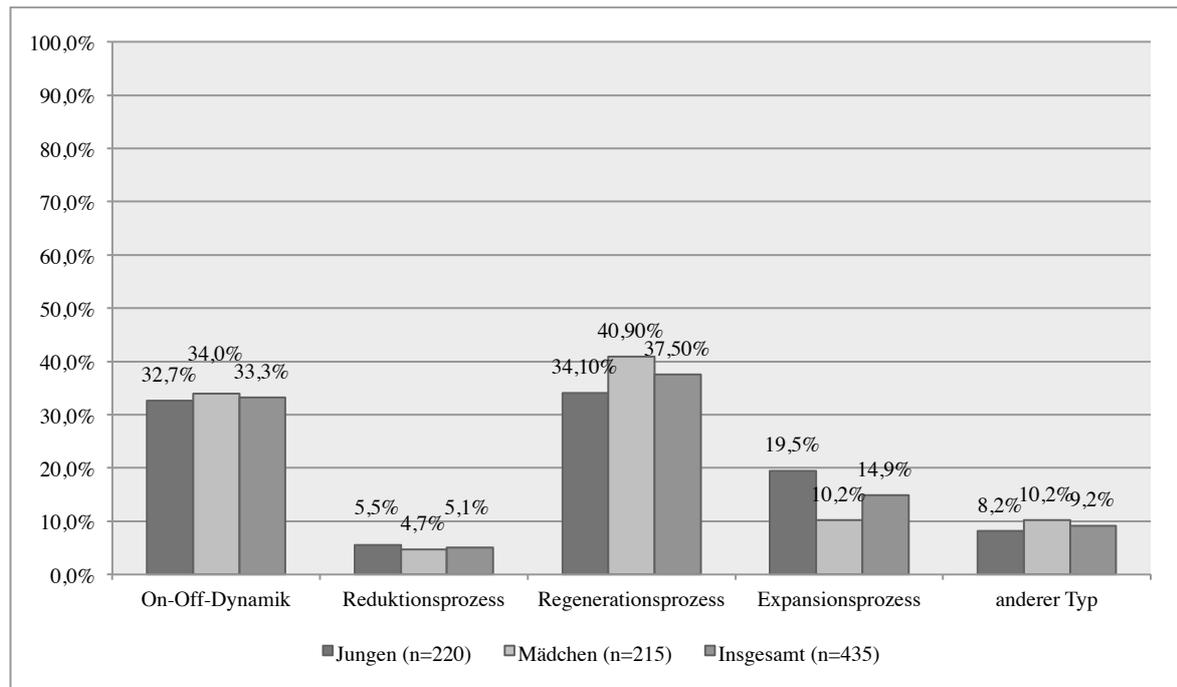
Ein weiterer Aspekt im Mosaik subjektiver Gesundheits- und Krankheitskonstruktionen kann in Vorstellungen über lebenslaufdynamische Entwicklungen von Gesundheit gefunden werden. Hierbei handelt es sich um Kognitionen darüber, wie die eigene Gesundheit sich im Verlauf des Lebens verhält, wie Zeiten der Genese und Regeneration verstanden werden und inwieweit Gesundheit und Krankheit dabei in einem dynamischen Prozess miteinander verstanden oder in jeweils der Abwesenheit des anderen Pols wahrgenommen werden. Wie auch bei der Erhebung von Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen ging es hierbei weniger um eine, die individuelle Komplexität verstehende, Erfassung, sondern die zahlenmäßige Verteilung generalistisch erfasster Tendenzen in der Untersuchungspopulation. Anlehnend an qualitative Untersuchungen, in denen vier typische Lebenslaufdynamiken von Gesundheit und Krankheit Erwachsener rekonstruiert wurden, konnten sich die Befragten im F-LGJ einem der folgenden vier Typen zuordnen (vgl. Faltermaier 2010a; Faltermaier/Brütt 2013). Diese Typen wurden differenziert in (1.) eine On-Off-Dynamik, (2.) einen Reduktionsprozess, (3.) einen Regenerationsprozess und (4.) einen Expansionsprozess (vgl. Faltermaier 2010a). Unter der On-Off-Dynamik wird eine Interpretation in nur zwei mögliche Zustände verstanden: entweder den des *gesund-seins* oder den des *krank-seins*, der jeweils beim Eintreten des Gegenpols verloren geht. Unter dem Label des Reduktionsprozesses verbirgt sich ein Verständnis, Gesundheit weise zu Beginn des Lebens ein maximales Potenzial auf, das im weiten Lebensverlauf stetig abnehme. Unter dem Regenerationsprozess wird verstanden, Gesundheit könne sich unter günstigen Umständen auch

wieder erholen – *regenerieren*. Nach dem sogenannten Expansionsprozess stellt sich das Potenzial von Gesundheit als beinahe unbegrenzt dar. Es kann sich unter besonders günstigen Umständen im Leben sogar erweitern. Im Fragebogen wurden diese vier verschiedenen Lebenslaufdynamiken anhand von vier Aussagen erfragt. Die befragten Jugendlichen mussten sich einer der Aussagen zuordnen. Mehrfachantworten wurden als „missings“ definiert. Hinzukommend wurde ein Freifeld eingefügt, in das eine eigene Lebenslaufdynamik eingetragen werden konnte, falls keine der zur Auswahl stehenden Antworten zutreffen sollte. Die Frage lautete: Wenn du dir **deine** Gesundheit im Verlauf deines Lebens vorstellst: Welcher der Aussagen stimmst du dann am ehesten zu?

1. *„Meine Gesundheit ist entweder vorhanden oder nicht vorhanden. Ich bin entweder gesund oder krank.“* (On-Off-Dynamik)
2. *„Zu Beginn meines Lebens war meine Gesundheit am größten. Bis zum Ende meines Lebens nimmt sie stetig ab.“* (Reduktionsprozess)
3. *„Meine Gesundheit kann im Laufe meines Lebens abnehmen. Unter guten Umständen kann sie aber auch wieder zunehmen.“* (Regenerationsprozess)
4. *„Meine Gesundheit kann sich im Laufe meines Lebens verbessern.“* (Expansionsprozess)

Insgesamt haben sich die meisten der befragten Jugendlichen dem sogenannten Regenerationsprozess zugeordnet (siehe Abbildung 33). Sie gehen davon aus, ihre Gesundheit könne sich zwar verschlechtern, unter günstigen Umständen aber auch wieder regenerieren. Sie unterliegt nicht ausschließlich einem suggestiv voranschreitenden Verfallsprozess, sondern wird eher als dynamisch wiederzugewinnendes Potenzial verstanden. Mädchen (n=215) stimmten dieser positiv konnotierten Verlaufsdynamik häufiger zu als Jungen. Jungen hingegen zeigten sich noch optimistischer als die befragten Mädchen. Fast doppelt so viele Jungen wie Mädchen gehen davon aus, das Potenzial ihrer Gesundheit könne sich nicht nur regenerieren, sondern im Laufe ihres Lebens sogar verbessern. Insgesamt ein Drittel aller Befragten gab aber auch an, ihre Gesundheit gehe durch das Eintreten von Krankheit verloren (On-Off-Dynamik) und sei so in einem Null-oder-Eins-Zustand zu verstehen.

Abbildung 33: Prozentuale Verteilung der Angaben zur Lebenslaufdynamik von Gesundheit differenziert nach ihrer Geschlechterverteilung.



Prinzipiell, so macht es den Anschein, weisen die Befragten eine recht positive Einstellung zum Verlauf ihrer Gesundheit im Leben auf. Sie sind eher der Überzeugung über ein noch großzügiges Potenzial von Gesundheit zu verfügen und denken kaum darüber nach, dass sich ihr aktueller Gesundheitszustand im Laufe ihres Lebens reduzieren könnte. Ein typisches Merkmal der Lebensphase Jugend, wie es auch in anderen Untersuchungen bereits rekonstruiert werden konnte (vgl. Wiehe 2013).

Knapp 10% der befragten Jugendlichen konnten aber auch keiner der dargelegten Definitionen zustimmen und bevorzugten eine eigene Beschreibung. Ein Hinweis auf die Komplexität von Lebenslaufperspektiven individueller Gesundheit, die sich in insgesamt 46 Freitextantworten widerspiegelt.<sup>56</sup>

Tabelle 26: Kodierleitfaden zur Erfassung der Freitextantworten im Fragebogen über Lebenslaufdynamiken von Gesundheit.

Lebenslaufdynamik	Beschreibung der Kategorie	Ankerzitate aus dem F-LGJ	Anzahl der Kodierungen
Gesundheit kann im Lebenslauf positiv beeinflusst werden	Gesundheit wird sich, je nachdem wie man auf sie achtet, in der Lebenslaufperspektive auch entwickeln. In dieser Kategorie zeigt sich eine hohe Zuschreibung von eigener Verantwortung auf die Gesundheit.	<i>Ich habe meine Gesundheit zu einem großen Teil selbst in der Hand.</i> <i>Je mehr man darauf achtet (die Gesundheit), desto besser wird sie.</i> <i>Seine Gesundheit kann man im Laufe seines Lebens selbst bestimmen.</i>	11

<sup>56</sup> Die Kategorien wurden anhand der bereits bekannten Lebenslaufdynamiken, im abduktiven Kodierprozess, mit der Datenanalysesoftware f4-Analyse gebildet und induktiv um weitere sich aus den Antworten Befragter abzeichnende Kategorien ergänzt.

frei sein von Beschwerden	Gesundheit wird im Verlauf des Lebens als Beschwerdefreiheit verstanden.	<i>Ich bin mein ganzes Leben über gesund. Ich bin nie so oft krank gewesen. Ich war und bin gesund.</i>	8
Reduktionsprozess	Gesundheit nimmt im Verlauf des Lebens stetig ab.	<i>Durch Alter verschlechtert sich die Gesundheit. Meine Gesundheit kann im Laufe meines Lebens abnehmen. Meine Gesundheit unterliegt dem biologischen Gesetz: nach der Geburt fängt man an zu sterben.</i>	7
On-Off-Dynamik	Durch den Eintritt von Krankheit geht die Gesundheit verloren. Es gibt nur einen der beiden Zustände, entweder krank oder gesund.	<i>Ich hatte eine Mandelentzündung. Nun sind die Mandeln draußen und ich bin gesund. Ich bin gesund, könnte aber erkranken. Man kann im Verlaufe seines Lebens gesund und krank sein, was genauso wechseln kann wie glücklich und unglücklich sein.</i>	5
Gesundheit wird von lebensweltlichen Umständen beeinflusst	Auf die Gesundheit im Lebenslauf hat man kaum Einfluss. Sie entwickelt sich abhängig von anderen Umständen, wie beispielsweise dem Lebensumfeld.	<i>Es ist mal so mal so. Je nachdem welche Lebensumstände vorherrschen oder was um einen herum passiert. Es kommt auf die aktuelle Lebenslage an, ob man sich gut oder schlecht fühlt.</i>	4
Expansionsprozess	Gesundheit kann sich im Laufe des Lebens verbessern bzw. an Potenzial zunehmen.	<i>Ich habe Allergien und die könnten besser werden. Unter guten Umständen kann sie auch zunehmen.</i>	4
leistungsbezogene Relation von Gesundheit in der vorherrschenden Lebensphase	Gesundheit wird in Relation zur Lebensphase gesetzt. Sie wird dabei als Möglichkeit der Verwirklichung von Zielen und Wünschen gesehen.	<i>Gesundheit ist, in den Situationen das zu erreichen was ich will. Jetzt einen Marathon, mit 100 einen Apfel pflücken. Wenn ich meine Ziele und Wünsche erreichen kann.</i>	3

Die von den Befragten vorgenommenen Beschreibungen von Vorstellungen ihrer gesundheitlichen Entwicklung im Leben zeigen sehr anschaulich, dass Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen als komplex zu verstehen sind. In ihren verschiedenen Detailierungsversuchen wird deutlich, dass eigene Erfahrungen und spezifische Kognitionen ihr Verständnis gegenüber dem eigenen Gesundheits- und Krankheitspotenzial stark zu beeinflussen scheinen. Die vorgegebenen Antworten reichten fast 50 Jugendlichen nicht mehr aus, um ein eigenes Verständnis plausibel darlegen zu können, sondern zwang sie, eigene Beschreibungen vorzunehmen. Darüber hinaus zeigt sich, dass mit Blick auf die beschriebenen Lebenslaufdynamiken von Gesundheit, Eigenverantwortlichkeit und Prävention als zentrale Kategorien hervorzubringen sind, ähnlich wie auch bereits bei Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen. Insgesamt elf der Befragten schreiben sich selbst eine hohe Verantwortung für die eigene Gesundheit zu und weitere drei setzen Gesundheit, zur Verwirklichung von Zielen und Wünschen, in eine leistungsbezogene Relation mit ihrer eigenen Lebensphase. Sie verstehen sich als selbst verantwortlich für den Erhalt ihrer Gesundheit (*ich habe meine Gesundheit zu einem großen Teil selbst in der Hand*) und gaben an, Gesundheit in der Erreichung von eigenen Wünschen und Zielen zu verstehen. Wenn man sich in diesem Zusammenhang Antworten der

Befragten ansieht, die in einem kurzen Warm-Up<sup>57</sup> zu Beginn des Fragebogens erfassten, was bei Jugendlichen heute „in“ und „out“ ist, so lassen sich die vorliegenden Erkenntnisse durchaus bekräftigen. Die Hälfte aller Befragten (n=458) sagte, es sei „in“, auf seine Gesundheit zu achten. 90% gaben an, es sei „in“, sportlich zu sein und 40%, auf die Ernährung zu achten. Zudem sind ca. 80% der Befragten der Überzeugung, es sei „in“, eigenverantwortlich zu leben und zu handeln. Bei geschlossenen wie auch offenen Antworten zeigt sich zudem eine zahlenmäßig stärkere Überzeugung, die eigene Gesundheit sei kein sich reduzierendes Potenzial, sondern könne sich im Laufe des eigenen Lebens auch wieder regenerieren. Die Balance auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit zu halten bzw. immer wieder zu gewinnen, liegt, könne man nun interpretieren, in der Verantwortung eines jeden selbst und ergänzt damit ein regenerierend verstandenes Gesundheitspotenzial um die aktive Komponente eigenen Einflusses auf die Gesunderhaltung. Präventive Verhaltensweisen, um Gesundheit aktiv beeinflussen zu können und Krankheit zu vermeiden, nehmen so an Bedeutung zu und lassen ihre Auftretenswahrscheinlichkeit, insbesondere bei weiblichen Befragten die sich durch eine sensiblere und stärker psychosozial orientierte Wahrnehmung von Gesundheit auszeichnen, ansteigen. Jungen hingegen scheinen sich eher motiviert zu fühlen in ihre Gesundheit zu investieren, wenn sie dadurch ihre Leistungsfähigkeit im Alltag verbessern oder aufrechterhalten können. Es zeigt sich also, dass die erhobenen Teilbereiche subjektorientierter Alltagskonstruktionen von Gesundheit ineinander greifen und sich in differenzierter Analyse aufeinander beziehen lassen. Die erhobenen Daten verdeutlichen damit, wie komplex sich Gesundheits- und Krankheitskonstruktionen insgesamt zeigen können. Sie hängen in ihren Einzelheiten und Explikationen eng miteinander zusammen und zeigen erst in ihrem Zusammenwirken deutlich, wie einerseits Gesundheit und Krankheit verstanden werden und sich andererseits gesundheitsbezogene Handlungsstrategien vor diesem Hintergrund herausbilden können.

## **5.5 Gesundheitsbezogene Agency**

Der Grundstein beschriebener konstitutiver Persönlichkeitsmerkmale, subjektiver gesundheitsbezogener Handlungskompetenz, wird bereits in der frühen Kindheit gelegt und verfestigt sich im Laufe des Lebens durch verdichtende oder korrigierende Erfahrungen und den Zuwachs an Wissen (vgl. Antonovsky 1997; Bandura 1977; Beierlein et al. 2012b; Lenz 2011; Singer/Brähler 2007). Es handelt sich um ein Konglomerat selbst wahrgenommener personaler Kompetenzen und Fähigkeiten, der eigenen Einflussnahme auf die Gesundheit, die sich im Jugendalter bereits weitestgehend manifestiert haben. Gesundheitsbezogene Handlungsmacht (Agency) ist aber mehr als eine rein personale Ressource gesundheitsbezogener Handlungskompetenz. Erst, wenn personale Ressourcen auch als hilfreich wahrgenommen werden und ihr

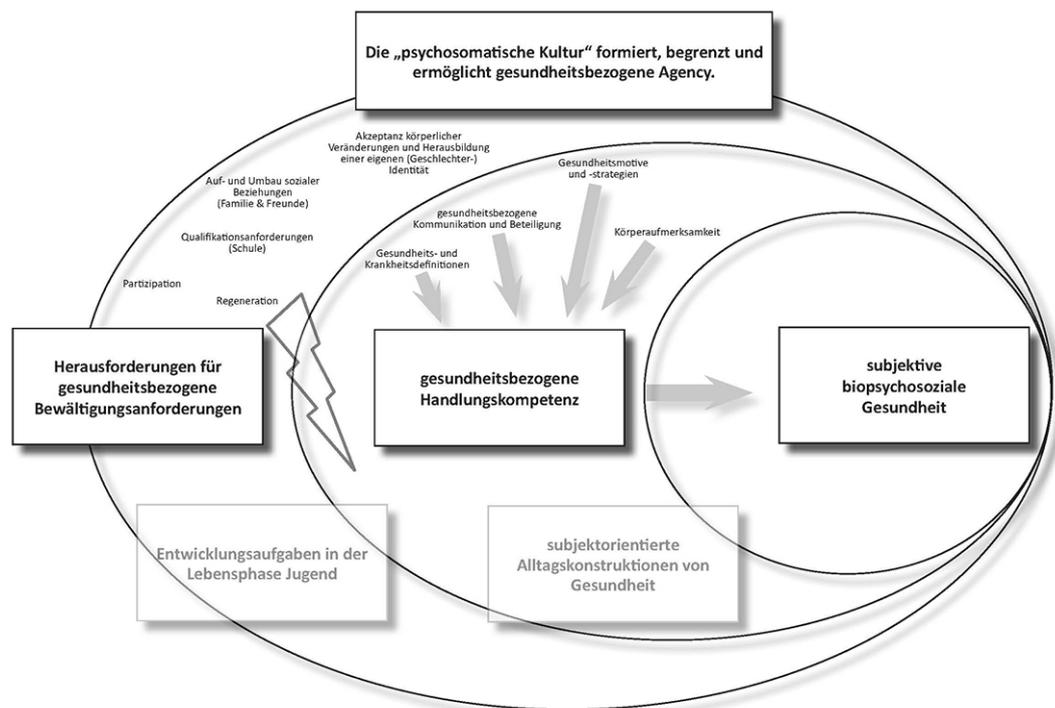
---

<sup>57</sup> Zu Beginn des Fragebogens wurden die Jugendlichen aufgefordert, zu verschiedenen Aspekten der Lebenswelt Jugendlicher anzugeben, inwieweit sie davon ausgehen, dass diese in der heutigen Jugend „in“ oder „out“ sind. Die Items entstammen der Shell-Jugendstudie aus dem Jahr 2010 (vgl. Deutsche Shell Holding GmbH 2010).

Einsatz mit Sinn und Zweck verbunden wird, eröffnen sie einen Zugang zu verschiedenen und je individuell präferierten Handlungsoptionen der Einflussnahme auf die eigene Gesundheit. Gesundheitsbezogene Agency, wie sie im Folgenden zu verstehen ist, bildet sich gleichermaßen vor dem Hintergrund subjektiv und kollektiv konstruierter Weltanschauung in Form lebensweltlicher Motive und Orientierungen heraus – einer Art psychosomatischer Kultur (vgl. Boltanski 1976) oder den sogenannten subjektorientierten Alltagskonstruktionen von Gesundheit (vgl. Faltermaier 1991, 1998, 2002, 2010a; Faltermaier/Brütt 2009, 2013; Herzlich 1994). Psychosomatische Kulturen, die milieuspezifischen Interpretation von Gesundheit der Mitglieder einer Gemeinschaft ebenso wie das gemeinschaftliche Verständnis von Gesundheit vor dem Hintergrund subjektorientierter Alltagskonstruktionen einzelner Mitglieder dieser Gemeinschaft (vgl. Herzlich 1973, nach Flick 1998) werden formiert durch kollektive Wissensbestände über Gesundheit, den alltäglich erlebten und gelebten Umgang mit Gesundheit sowie eigene wie auch gesellschaftlich vor- und gelebte Gesundheitsmotive innerhalb der eigenen Lebenswelt. Überspitzt formuliert, nicht lediglich die eigene Wahrnehmung personaler und sozialer Ressourcen gesundheitsbezogener Handlungskompetenz, sondern darüber hinaus das soziokulturelle Präferenzsystem für das Verständnis von- und den Umgang mit Gesundheit, legen die Basis für gesundheitsbezogene Handlungsmotive und -strategien. Mit einer hinreichenden Ausstattung von gesundheitsbezogener Handlungskompetenz können Jugendliche sehr kompetent, diszipliniert und effektiv Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen, unter welchem Gesundheitsmotiv dies aber steht, steht jedoch auf einem anderen Blatt und kann mitunter deutlich von einer gesellschaftlich konsensfähigen Vorstellung gesunden Verhaltens abweichen. Gesundheitsbezogene Agency umfasst deutlich mehr als diese individuelle Form von Handlungskompetenz. Um sie zu bestimmen, sind Jugendliche nicht nur als prinzipiell handlungsfähige Subjekte zu betrachten, sondern darüber hinaus in Abhängigkeit „(...) ihrer Situierung in sozialen Strukturen bzw. sozialen Beziehungen (...)“ zu analysieren (Scherr 2013, 233). Wenn wir danach fragen, was Jugendlichen hilft gesund zu bleiben bzw. ihre Gesundheit immer wieder gelingend herzustellen, richtet sich das Interesse nicht alleine auf verfügbare und mobilisierbare Ressourcen, sondern darüber hinaus auf die Verwobenheit dieser selbst wahrgenommenen individuellen Stärke innerhalb lebensweltlicher Strukturen, der Lebensphase, -lage und des Lebensstils. Mit Blick auf die Lebensphase Jugend richtet sich dieses Interesse auf das soziale Zusammensein von Jugendlichen in verschiedenen Lebenswelten (Lüders 2012), wie der Familie, der Schule, unter Peers oder in Freizeitorganisationen ebenso wie darauf, wie in diesen Lebenswelten Handlungsfähigkeit hervor gebracht wird. Lebensphasenbezogen ist gesundheitsbezogene Agency daher auch immer mit Blick auf biopsychosoziale Bewältigungsanforderungen der Adoleszenz zu analysieren, die sich je nach subkulturellem Hintergrund unterschiedlich formierend auf Gesundheitsvorstellungen, -motive und daraus resultierenden Strategien auswirken. Die Frage, welche Rolle Körperlichkeit, Gesundheit und Leistungsfähigkeit in den verschiedenen Lebenswelten Jugendlicher spielt und wie sie dort von den

Jugendlichen selbst in ihrer je spezifischen Ausprägung verstanden wird, hängt also eng damit zusammen, welche Vorstellungen sie selbst darüber haben und was das für eigene Handlungsintentionen bedeutet. Gesundheitsverständnis, Körperaufmerksamkeit, Umgang mit Gesundheit und überhaupt die Thematisierung gesundheitsbezogener Aspekte nehmen darauf Einfluss, welche Gesundheitsmotive im Alltag verfolgt werden. Diese alltäglichen Konstruktionen von Gesundheit, seien es nun jugendtypische Auffassungen spezifischer Bewegungs- oder Konsumgewohnheiten oder gesellschaftlich repräsentierte Normen, sind den MitgliederInnen einer bestimmten sozialen Gruppe (psychosozialen Kultur), in einem gemeinsamen Verständnis gemeinsam (vgl. Boltanski 1976). Es gibt bereits eine Vielzahl von Untersuchungen, die verdeutlichen in welchem engeren Zusammenhang lebensweltliche Vorstellungen von Gesundheit und Gesundheitshandeln zueinander stehen können, deren Evidenz für die Lebensphase Jugend aber noch begrenzt erscheint und mit Blick auf die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben allem Anschein nach bislang kaum Beachtung fand. Zumeist richten sich die Untersuchungen an bereits identifizierte Risikogruppen oder Risikoverhaltensweisen in der Adoleszenz. Am Beispiel obdachloser Jugendlicher konnte exemplarisch festgestellt werden, dass ein gesundheitsförderndes Handeln bzw. die Vermeidung gesundheitsriskanter Verhaltensweisen nur bedingt aus der subjektiven Bedeutsamkeit von Gesundheit wächst; die Befragten der Untersuchung erkennen ihre Lebensweise und persönlichen Umgang mit Gesundheit zwar als Einfluss an, erachten ihre eigene Einflussnahme jedoch eher als sozial erwünscht, statt reale Handlungsstrategie (vgl. Flick/Röhnisch 2008). Die Befragten in dieser Untersuchung handelten also entgegen ihres kognitiven Wissens, dass ihr Handeln sich negativ auf ihre Gesundheit auswirken kann. Ihr Handeln wird durch andere – sehr subtil einflussnehmende Motive – gesteuert, statt dem Wissen einer möglichen Gesundheitsschädigung. In dieser Studie beispielsweise eher anerkannten Motiven des Umgangs mit *Gesundheit auf der Straße* folgend.

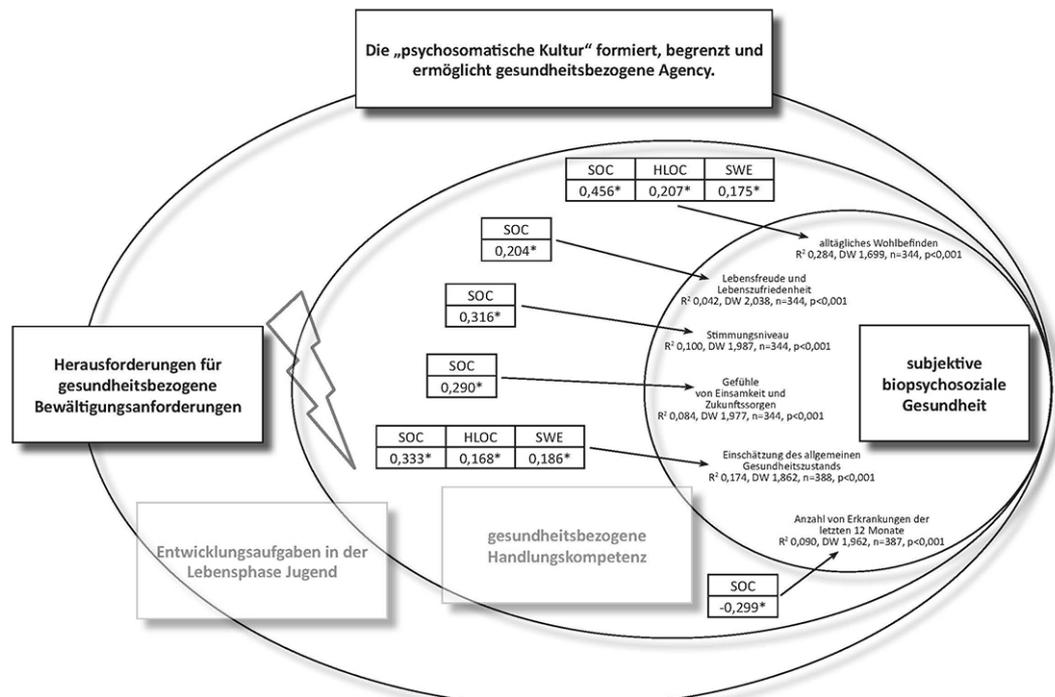
Abbildung 34: Theoriegeleitetes Empiriemodell gesundheitsbezogener Agency in ihrer soziokulturellen Verwobenheit der Jugendphase (eigene Darstellung).



Wie also wahrgenommene Handlungsmacht zur Einflussnahme auf die eigene Gesundheit innerhalb der jugendlichen Lebenswelt formiert, begrenzt und ermöglicht wird, hängt eng mit eigenen Vorstellungen und den gesellschaftlich anerkannten und gelebten Umgangsweisen mit Gesundheit zusammen. Theoretisches Ausgangsmodell der vorliegenden Analyse sind daher einerseits personale und umweltbezogene Ressourcen der inneren Überzeugung von Handlungskompetenz, die jedoch erst im interaktiven und soziokulturell formierten Handlungsprozess in unterschiedlicher Form wirksam werden. Inwieweit und wie Gesundheit in der Lebenswelt Befragter eine Rolle spielt, sie thematisiert wird, Jugendliche an Entscheidungen, ihre eigene Gesundheit betreffend, beteiligt werden, wie Gesundheit in ihrem sozialen Nahraum aufgefasst wird und welche Erfahrungen sie selbst sowie Bekannte mit Gesundheit gemacht haben, nehmen in der Wahrnehmung realer Handlungsoptionen einen wesentlichen Einfluss auf Handlungsmotive und -strategien. Hierbei wird davon ausgegangen, dass subjektorientierte Alltagskonstruktionen von Gesundheit, in Form einer psychosomatischen Kultur über den Umgang mit dem Körper, der Psyche und eigenen Gesundheit, die gesundheitsbezogene Agency Jugendlicher maßgeblich formiert. Für die hiesige Analyse ergeben sich damit zweierlei Fragen: 1.) Inwieweit nehmen Merkmale wahrgenommener gesundheitsbezogener Handlungskompetenz auf die Gesundheit Befragter einen statistisch signifikanten Einfluss? Und 2.) inwieweit wird die gesundheitsbezogene Handlungskompetenz Befragter durch die erfassten Merkmale subjektorientierter Alltagskonstruktionen von Gesundheit beeinflusst?

Ausgehend davon, dass Menschen nach dem biopsychosozialen Gesundheitsmodell der Salutogenese als prinzipiell handlungsfähige und (selbst)kompetente Wesen zu erachten sind, die autonome Entscheidungen über ihren Körper, ihre Leistung und Gesundheit treffen, wird zunächst impliziert, dass sie selbstständig in der Lage sind, ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen. Eigene Lebenskohärenz und Kompetenz sind dabei als wesentliche und wichtige personale Ressourcen hervorzuheben, denen ein theoretischer und empirisch nachgewiesener Beitrag zur Gesunderhaltung beigemessen werden kann. Diese individuelle personale Kompetenz der selbst wahrgenommenen Handlungsfähigkeit zur Einflussnahme auf die eigene Gesundheit, bildet sich durch verschiedene Erfahrungen, bspw. in Situationen, in denen Copingstrategien erprobt wurden, in der Sozialisation heraus. Sie kann als zeitlich stabiles Persönlichkeitsmerkmal, einer inneren Überzeugung der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit, von eintretenden (belastenden) Situationen verstanden werden, die es Menschen erlaubt, sich selbst als wirksam (effizient) in der Einflussnahme auf diese Situationen zu erleben und diese kontrollieren zu können. Insbesondere dem Merkmal von Lebenskohärenz konnte in der zugrunde liegenden Untersuchungspopulation ein enger Zusammenhang mit verschiedenen Indikatoren individueller Gesundheitseinschätzung nachgewiesen werden. Solch ein statistischer Zusammenhang lässt jedoch noch keine Rückschlüsse auf Richtungen von Einflüssen zu. Hierfür sind ergänzend Regressionen zu berechnen, anhand derer über einen lediglich identifizierten Zusammenhang hinweg, auch Richtungen und Prognosen eines Einflusses unabhängiger auf abhängige Merkmale analysiert werden können. Im folgenden Pfadmodell bezieht sich dies auf Einflüsse von erfassten Merkmalen selbst wahrgenommener gesundheitsbezogener Handlungskompetenz Befragter auf ihre biopsychosoziale Gesundheit (siehe Abbildung 35).

Abbildung 35: Statistisches Modell der Einflussnahme von Merkmalen gesundheitsbezogener Handlungskompetenz auf einzelne Indikatoren der von Befragten vorgenommenen Einschätzung eigener biopsychosozialer Gesundheit.



Die Stärke der Einflüsse der o.g. unabhängigen Faktorenwerte aus dem HK-Modell gesundheitsbezogener Handlungskompetenz wurden mittels linearer multipler Regressionsanalyse unter schrittweisem Einchluss auf die jeweiligen Hauptkomponenten biopsychosozialer Gesundheit (abhängige Variablen) in SPSS berechnet.  
\*Statistisch signifikante beta-Werte der einzelnen Regressionskoeffizienten im Regressionsmodell (p<0,001).

Wie bereits im Korrelationsmodell erläutert, zeigt sich auch hier das Merkmal von Sinnhaftigkeit, Bedeutsam- und Handhabbarkeit des eigenen Lebens (SOC) als äußerst stark im Einfluss auf Merkmale biopsychosozialer Gesundheit Befragter. Mit einer Varianzerklärung von knapp 30% erklärt das SOC-Niveau und die gesundheitsbezogene Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugung das von Jugendlichen selbst eingeschätzte alltägliche Wohlbefinden. Mit ca. 17% vermögen diese drei Persönlichkeitseigenschaften, sich auf den von befragten Jugendlichen selbst eingeschätzten Gesundheitszustand auszuwirken. Auch nimmt das SOC-Niveau Einfluss auf die Anzahl von akuten Erkrankungen, die Befragte für die letzten 12 Monate angegeben haben (9%), ihr allgemeines Stimmungsniveau (10%), Gefühle von Einsamkeit und Sorge um die Zukunft sowie ihre empfundene Lebensfreude (siehe Abbildung 35). Eine optimistische Lebenseinstellung (hohe Lebenskohärenz), die es den Befragten ermöglicht, ein globales Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen zu entwickeln, um Herausforderungen adäquat zu bewältigen, zeigt sich empirisch als eine wesentliche Einflussgröße auf die biopsychosoziale Gesundheit befragter Jugendlicher. Es ist davon auszugehen, dass diejenigen mit einer ausgeprägten Lebenskohärenz Belastungen und Stress eher als Herausforderung verstehen, deren Bewältigung für sie eher handhabbar erscheint und Sinn macht in sie zu investieren. Im salutogenen Modell gilt die Lebenskohärenz als eine generalisierte Ressource, die im Prozess der Belastungs- und Stressbewältigung von zentraler Bedeutung ist und zur psychischen Resilienz (Widerstandsfähigkeit) beiträgt. Menschen mit einer ausgeprägten Lebenskohärenz können flexibler auf Anforderungen reagieren und die für spezifische Situationen benötigten Ressourcen besser aktivieren (vgl. Bengel et al. 2001; Lenz

2011). Es spielt also eine untergeordnete Rolle, ob sich der einwirkende Stress durch Bewältigungsanforderungen von Entwicklungsaufgaben in der Jugendphase objektiv betrachtet unterscheidet. Vielmehr ist von Bedeutung, inwieweit eigene Kompetenzen wahrgenommen werden, die es ermöglichen, diesem Stress gelingend entgegen zu wirken und die eigene Gesundheit wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Dies bildet sich in ähnlichem Maße in den Merkmalen gesundheitsbezogener Selbstwirksamkeits- (SWE) und Kontrollüberzeugung (HLOC) heraus. Die Annahme einer hohen Kontrolle über den Körper, die Leistung sowie die eigene Gesundheit und die Überzeugung, Einfluss auf die Gesundheit ausüben zu können, zeigen einen positiven Effekt auf das alltägliche Wohlbefinden sowie die Einschätzung Befragter über ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Auch das Merkmal von Selbstwirksamkeit basiert auf der theoretischen Annahme, die Motivation einer Handlung hängt von den gesetzten Zielen und der Ergebniserwartung sowie behindernden oder förderlichen Umwelteinflüssen ab (vgl. Dlugosch/Dahl 2012). Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung spielt so eine entscheidende Rolle bei der Entscheidung für oder gegen ein (gesundheitsbezogenes) Handeln. Im hier erhobenen Merkmal bildet sie ab, inwieweit die Befragten sich selbst als kompetent erachten, gesundheitsbezogenen Stressoren gelingend entgegen zu wirken. Jugendliche, die über eine stärkere Überzeugung verfügen, gesundheitliche Belastungen kompetent lösen zu können, sich selbst als handlungsmächtig der Kontrolle über ihren Körper und ihre Gesundheit erleben und über die, zur Lösung eintreffender Belastungen benötigten Ressourcen (Fähigkeiten) verfügen, fühlen sich in der Konsequenz wohler als Jugendliche, denen es an wahrgenommener Kompetenz der Einflussnahme mangelt. Darüber hinaus schätzen sie auch ihren Gesundheitszustand besser ein. In einem Resümee über den Stand der Forschung zu Selbstwirksamkeit und Gesundheit halten Dlugosch und Dahl fest, sei eine hohe Selbstwirksamkeit entscheidend für die Umsetzung von Gesundheitsverhalten bzw. die Veränderung von Risikoverhalten und kommen zu dem Schluss, Selbstwirksamkeit sei eine wichtige Ressource im Hinblick auf gesundheitsfördernde Maßnahmen (vgl. ebenda 2012, 29). Mit Blick auf die beiden benannten Merkmale alltäglichen Wohlbefindens und allgemeiner Gesundheit kann dies in der hiesigen Untersuchungspopulation ebenfalls belegt werden. Darüber hinaus gehe eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung mit einem positiven Bewältigungsstil bei Krankheiten, Schmerzen und belastenden Situationen und einem allgemein besseren psychischen Wohlbefinden einher (vgl. ebenda). Auch dem Kohärenzsinn wird – zusammengefasst – ein enger empirischer Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit nachgesagt. Insbesondere psychische Belastungen, wie Ängstlichkeit und Depressivität, korrelieren hoch mit dem SOC (Bengel et al. 2001, 46). Dies zeigt sich auch in der vorliegenden Untersuchung. Der Kohärenzsinn wirkt sich unmittelbar auf die Prävalenz Befragter aus, sich einsam zu fühlen und große Sorgen um die Zukunft zu machen (siehe Abbildung 35). Auch hängt er statistisch signifikant damit zusammen, inwieweit sich die Befragten in einen

Freundeskreis integriert fühlen ( $r = -0,210$ ). Psychosozial erlebte Belastungen korrelieren ebenso mit der Einschätzung physischer Gesundheit der Befragten.

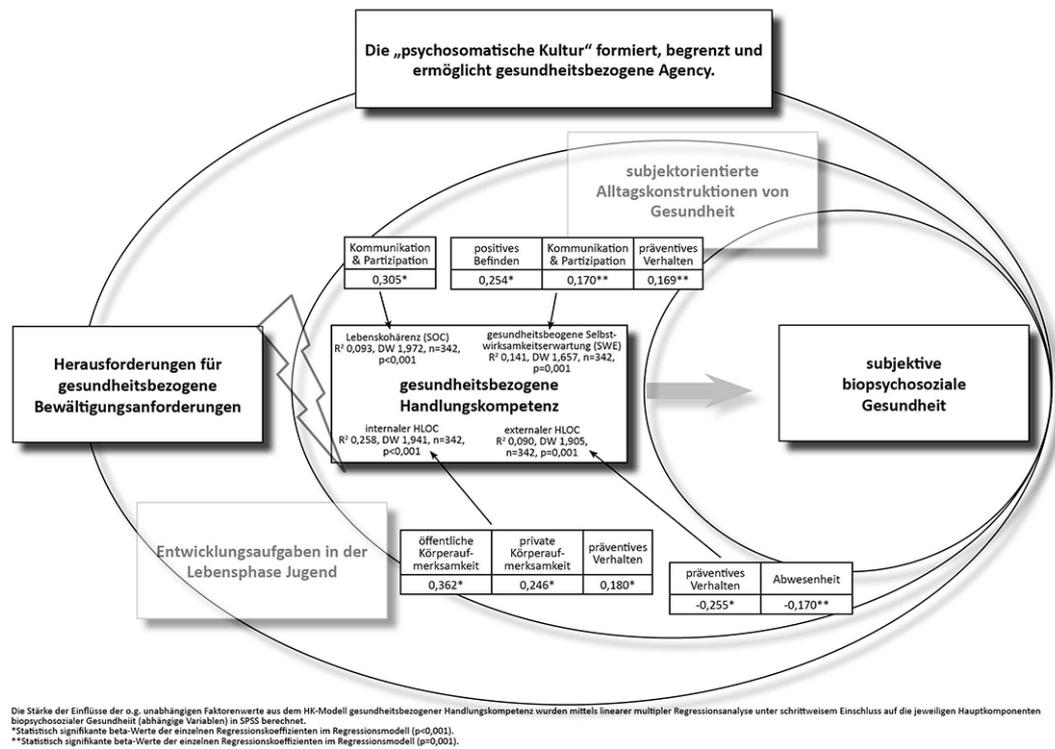
- So hängt das Merkmal von Zukunftssorgen, Einsamkeit und Freudlosigkeit, basierend auf Items zur Erfassung von Ängstlichkeit und Depressivität, statistisch signifikant mit Angaben über ihr alltägliches Wohlbefinden ( $r = -0,212$ ) und Stimmungsniveau ( $r = -0,226$ ) zusammen ( $n=377$ ).
- Externalisierende Auffälligkeiten, wie die hier erfassten Prävalenzen für ein beherrschungslos-wütendes Verhalten, korrelieren mit Angaben Befragter über ihr körperliches Wohlbefinden ( $r = -0,194$ ) und die Anzahl körperlicher Erkrankungen ( $r = -0,177$ ).
- Ferner steht eine schlechte Integration im Freundeskreis im statistisch signifikanten Zusammenhang mit der von Befragten selbst wahrgenommenen Lebensfreude und Lebenszufriedenheit ( $r = -0,169$ ).

Bei diesen Formen psychosozialer Belastungen handelt es sich um Merkmale zur Erfassung von Prävalenzen für Verhaltensauffälligkeiten in der Untersuchungspopulation, die unter gesundheitsbezogenem Blickwinkel verdeutlichen, dass Jugendliche mit Prävalenzen für Verhaltensauffälligkeiten als besondere Risikogruppe für Gesundheitsförderung und Prävention gelten müssen, wie auch die Bundesgesundheitsberichterstattung konstatiert (vgl. RKI 2014). Diese ersten Anzeichen psychischer Auffälligkeiten können sich zu manifesten Störungen entwickeln und langfristige Folgen für die gesunde Entwicklung nehmen. Das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten geht häufig einher mit erheblichen Beeinträchtigungen des familiären, schulischen und sozialen Umfelds (vgl. ebenda) und nimmt entsprechend Einfluss auf die Bewältigung von alterstypischen biopsychosozialen Entwicklungsaufgaben (vgl. Hurrelmann 2007; Lenz 2011, Quenzel 2015). Eine mangelhafte Bewältigung dieser jugendtypischen Herausforderungen kann sich dann jedoch wieder hemmend auf weitere Entwicklungsprozesse auswirken: mitunter als eine Art wahrgenommenen Scheiterns gelingendem Aufwachsens sowie der Belastung, mit diesen Gefühlen des Versagens umzugehen. Dies kann sich dann wiederum negativ auf die Wahrnehmung gesundheitsbezogener Lebensqualität auswirken. Die Chancen gesunder Entwicklung steigen jedoch mit dem Ausbau individueller Kohärenz und Kompetenz. Eine an der gesundheitsbezogenen Handlungskompetenz orientierte Jugendgesundheitsförderung, birgt demnach die Chance, Ressourcen der eigenen positiven Einflussnahme auf die eigene Gesundheit zu stärken und den beschriebenen Kreislauf psychosozialer und somatischer Beeinträchtigungen vor der Manifestation langanhaltender Gesundheitsstörungen zu durchbrechen. Damit wird nicht nur deutlich, dass Jugendliche, die unter psychosozialen Belastungen leiden, eine wichtige AdressatInnen-Gruppe für Interventionen zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit darstellen. Hinzukommend stützt dieser empirische Befund eine deutliche Forderung danach, dass Gesundheit als zentraler Eckpunkt professionsbezogener Sozialer Arbeit und Gesundheitsförderung als multidisziplinäre Aufgabe des Sozial-

und Gesundheitswesens in der Kinder- und Jugendhilfe stärker auf- und auszubauen ist (vgl. BMFSFJ 2009; Homfeldt 2010b). Gesundheitsbezogene Handlungskompetenz nimmt Einfluss auf die Chancen gesunden Aufwachsens von Jugendlichen. Eine Förderung von gesundheitsbezogener Befähigungsgerechtigkeit, durch die Stärkung von Handlungskompetenz, wird so zum konstitutiven Merkmal Sozialer Arbeit und insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe (vgl. Rademaker 2014). Sie wird zum Ausgangspunkt der Förderung junger Menschen innerhalb ihrer individuellen Lebenswelt und Lebensphase. Aus der Untersuchungspopulation lässt sich dies konkret ableiten: Die Gesundheit der befragten Jugendlichen hängt direkt mit ihren selbst wahrgenommenen Verwirklichungschancen zusammen, inwieweit sie sich selbst als einflussmächtig über ihre Gesundheit erleben.

Gesundheitsbezogene Agency hingegen ist aber mehr als diese individuelle Handlungskompetenz. Unstrittig bleibt, dass die Fähigkeit, sich selbst als einflussmächtig in Bezug auf die eigene Gesundheit zu erleben, eng mit dieser inne liegenden Überzeugung von Handlungskompetenz in Verbindung steht. Wohl aber wird sie gleichermaßen durch äußere, sehr subtil einwirkende Faktoren der Lebenswelt und Lebenslage begrenzt oder ermöglicht. Eigene Fähigkeiten der Einflussnahme auf die eigene Gesundheit müssen auch als vorhanden und nutzbar interpretiert werden. Erst das Spektrum real verfügbarer Handlungsoptionen, also welche Kompetenzen und Handlungsfähigkeiten tatsächlich zur Verfügung stehen (vgl. Ziegler et al. 2010) und überhaupt mit sinnstiftenden Motiven in Verbindung gebracht werden, begründen die Wahrnehmung gesundheitsbezogener Agency und bilden damit Grundlage gesundheitsbezogener Handlungsstrategien. Gesundheitsbezogene Agency wird durch den alltäglich erlebten und gelebten Umgang mit dem Körper, der eigenen Leistung und Gesundheit, beeinflusst. Sie wird durch gesellschaftliche Umgangsformen, habitualisierte Alltagsroutinen und Wissensbestände formiert. Würde eine Analyse gesundheitsbezogener Handlungskompetenz in der Jugendphase also auf dem individuellen Kompetenzmodell verbleiben, würden subtil einflussnehmende, machtanalytische Figurationen der jugendlichen Lebens- und Gesundheitswelt unterschlagen werden. In der vorliegenden Untersuchung wurden daher ergänzende Merkmale von subjektorientierten Alltagskonstruktionen der Gesundheit und Krankheit Befragter erfasst, den Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen, Merkmalen alltäglicher Gesundheitskommunikation und Beteiligung an Entscheidungen über die eigene Gesundheit, Gesundheitsmotive im Alltag und die Körperaufmerksamkeit Befragter und in ihrem Einfluss auf Merkmale gesundheitsbezogener Handlungskompetenz analysiert (siehe Kapitel 5.4).

Abbildung 36: Statistisches Modell der Einflussnahme von Merkmalen subjektorientierter Alltagskonstruktionen von Gesundheit auf einzelne Indikatoren gesundheitsbezogener Handlungskompetenz.



In der Gesamtschau zeigt sich, dass die erfassten Merkmale subjektorientierter Alltagskonstruktionen von Gesundheit Befragter einen teils deutlichen statistisch signifikanten Einfluss auf Indikatoren gesundheitsbezogener Handlungskompetenz nehmen (siehe Abbildung 36). Beispielsweise erklären die persönliche und öffentlichkeitsbezogene Körperaufmerksamkeit sowie ein Verständnis von Gesundheit als „Prävention“ gut 25% der Varianz des Merkmals internaler gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugung (HLOC) – dem Gefühl, den eigenen Körper, die eigene Leistungsfähigkeit und Gesundheit als selbst kontrollierbar wahrzunehmen. Inwieweit die befragten Jugendlichen Körpersignale, wie Hunger oder den eigenen Herzschlag, selbst wahrnehmen, ihren Körper in der Öffentlichkeit präsentieren – beispielsweise auf saubere Kleidung und gut frisierte Haare achten – und Gesundheit über präventive Verhaltensweisen beschreiben (wie bspw. gesunde Ernährung und viel Bewegung), wirkt sich darauf aus, inwieweit sie der Überzeugung sind, ihren Körper, ihre Gesundheit und Leistung selbst aktiv kontrollieren zu können. Die Merkmale einer Gesundheitsdefinition in Form positiven Befindens und präventiver Verhaltensweisen sowie der wahrgenommenen Kommunikation über und Beteiligung an Gesundheitsthemen, erklären immerhin noch 14% der Varianz der zugrunde liegenden Korrelationsmatrix zur Erfassung gesundheitsbezogener Selbstwirksamkeitserwartung (SWE). Ein mehrdimensionales Verständnis von Gesundheit, das insbesondere psychosoziales Wohlbefinden impliziert sowie ein Verständnis von Gesundheit anhand gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen, wie ausreichender Bewegung und gesunder Ernährung, wirken sich darauf aus, inwieweit die eigene Gesundheit als selbst zu beeinflussen wahrgenommen wird (SWE). Ebenfalls zeigt sich dieser Effekt, wenn sich die Befragten an

Themen, die ihre eigene Gesundheit unmittelbar betreffen, beteiligt fühlen und überhaupt genügend Möglichkeiten für sich selbst wahrnehmen, sich über Gesundheitsthemen mit anderen auszutauschen. Dieses Merkmal der Kommunikation und Mitsprache an Gesundheitsthemen im Alltag nimmt ebenso einen statistisch signifikanten Einfluss darauf, inwieweit die befragten Jugendlichen Belastungen als nachvollziehbar, handhabbar und sinnvoll wahrnehmen – wie stark ausgeprägt sie ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten vertrauen, auf ihre Gesundheit Einfluss ausüben zu können (SOC). Mit Blick auf das Merkmal externaler gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugung (HLOC) zeigen sich negative Effekte von Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen anhand „präventiver Verhaltensweisen“ und des „Gegensatzes“. Wird Gesundheit weniger in Form präventiver Verhaltensweisen oder anhand der Abwesenheit von Krankheit als eine eher funktionale Definition von Gesundheit verstanden, so steigt die Wahrscheinlichkeit, sich Belastungen schicksalhaft ausgesetzt zu fühlen und Gesundheit eher als puren Zufall, statt bedingt durch eigenes Zutun, zu verstehen. Im Umkehrschluss würde dies bedeuten, dass diejenigen, für die Gesundheit im engeren Sinne mit präventiven Verhaltensweisen in einem Zusammenhang steht, sich ihr seltener schicksalhaft ausgesetzt fühlen, wie es sich in der Untersuchungspopulation auch entsprechend nachweisen lässt. Wird Gesundheit in stärkerem Maße mit gesundheitspräventiven Verhaltensweisen assoziiert, so steigt auch die Überzeugung die eigene Gesundheit, Leistungsfähigkeit und den eigenen Körper „unter Kontrolle“ zu haben (siehe Abbildung 36). Betrachtet man die Stärke der jeweiligen Varianzerklärung, so fällt auf, dass Merkmale alltagsweltlicher Vorstellungen von Gesundheit den bedeutsamsten Einfluss auf den internalen HLOC (26% Varianzerklärung) nehmen. Von dem Merkmal SWE erklären sie immerhin noch gut 14% der Varianz. Das Merkmal von Lebenskohärenz (SOC) lässt sich im statistischen Sinne nur noch mit 9,3% Varianzerklärung durch das Merkmal „Kommunikation & Partizipation“ erklären. Auch hier zeigen sich Aspekte, die in der detaillierten Diskussion dieser Merkmale bereits angeklungen sind. Insbesondere der Kohärenzsinn, wohl aber auch die SWE, sind als zeitlich stabilere Persönlichkeitsmerkmale zu verstehen als der HLOC. Der HLOC hingegen erweist sich als stärker soziokulturell formiert. Unwiderlegbar sollten gesundheitsbezogene Verhaltensweisen immer vor dem Hintergrund ihrer Verwobenheit in psychosomatische Kulturen analysiert werden, inwieweit die erfassten Merkmale durch soziokulturelle Aspekte beeinflusst werden, scheint aber deutlich zu variieren. Der SOC kann hierbei allem Anschein nach als eine zeitlich stabilere Ressource verstanden werden, die es Heranwachsenden ermöglicht, sich prinzipiell fähig zu fühlen angemessene Copingstrategien zu verwenden. Die Merkmale von gesundheitsbezogener Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugung hingegen scheinen stärker durch die Lebenswelt, -phase und den präferierten Lebensstil formiert und damit auch leichter lebensweltlich beeinflussbar. Sie offerieren damit mehr Möglichkeiten und Chancen der Förderung gesundheitsbezogener Handlungskompetenz, die sich eine gesundheitsfördernde und präventive Soziale Arbeit gut zu Nutze machen kann. Das Merkmal von Lebenskohärenz bildet also eher eine als stabiler zu

bewertende personale Ressource ab, die durch lebensweltliche Einflüsse eher in besonders einschneidenden oder konsistenten Erfahrungen irritiert werden kann. Mit Blick auf die vorliegende Analyse gelingt dies durch die Etablierung einer Kommunikations- und Beteiligungskultur. Als wesentlich einflussnehmendes Merkmal auf den Kohärenzsinn Befragter, lässt sich die von Befragten selbst wahrgenommenen Möglichkeiten der Thematisierung von und Beteiligung an Gesundheitsthemen identifizieren. Eine Einflussnahme auf das Merkmal optimistischer Lebenseinstellung (SOC) scheint demnach insbesondere dann möglich, wenn die Befragten sich selbst kommunikativ mit ihrer Gesundheit auseinandersetzen (können) und sich an Entscheidungen, die ihre eigene Gesundheit betreffen, auch aktiv beteiligt fühlen. Ähnlich zeigt es sich auch mit Blick auf das Merkmal von Selbstwirksamkeitserwartung. Kommunikation und Beteiligung zeigen hier ebenfalls einen statistisch signifikanten positiven Effekt auf die Einschätzung Befragter, sich selbst als effektiv-handelnd wahrzunehmen. Die – statistisch betrachtet – am stärksten zu beeinflussende personale Ressource zur Aufrechterhaltung von Gesundheit bleibt jedoch der interne HLOC. Die eigene und öffentliche Achtsamkeit auf eigene Körpersignale bzw. die Präsentation des Körpers in der Öffentlichkeit zeigen, zusammen mit einem präventiven Gesundheitsverständnis, einen deutlichen positiven Effekt auf die Überzeugung, den eigenen Körper, die Leistungsfähigkeit und Gesundheit aktiv kontrollieren zu können, sich selbst als handlungsmächtig zu begreifen. Ein wesentlicher und wichtiger Hinweis für Anknüpfungspunkte für Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei sollten gesundheitsbezogene Interventionen der Kinder- und Jugendhilfe jedoch bei weitem nicht verweilen, denn wie sich ebenso herausstellt reicht ein hohes Maß gesundheitsbezogener Handlungskompetenz nicht aus, beachtet man nicht zudem vor welchem Hintergrund diese herausgebildet wird. Lebensweltliche Auffassungen von Gesundheit und dem Umgang mit Gesundheit im Alltag, sind weniger als einseitig einflussnehmende Faktoren auf gesundheitsbezogene Handlungskompetenz zu verstehen, sondern, wie auch Scherr konstatiert, eher als formierende Aspekte, die sich subtil in Form einer gesundheitsbezogenen Agency niederschlagen (vgl. Scherr 2013). Die eigene Wahrnehmung gesundheitsbezogener Handlungskompetenz der hier Befragten, wird statistisch nachweisbar von lebensweltlichen Indikatoren beeinflusst; wie und inwieweit diese Indikatoren in der Lebenswelt Befragter wirksam werden, bleibt dabei in dieser Form der Erhebung noch nebulös. Sie lassen wertvolle Auskünfte über Zusammenhänge von Gesundheitskognitionen, -motiven und -strategien vor dem Hintergrund der in der Lebensphase Jugend wirksam werdenden Entwicklungsaufgaben zu, können aber insbesondere im empirisch qualitativen Gehalt noch verdichtet werden. Ausgehend von den statistisch generierten Erkenntnissen wird es nun interessant, worin sich die Befragten a.) mit Blick auf ihre Gesundheit und ihr Gesundheitsverständnis unterscheiden und b.) wie diese Unterschiede in typischen gesundheitsbezogenen Handlungsmotiven und –strategien wirksam werden.



## 6 (Be)Grenz(ung)en gesundheitsbezogener Agency

### Ergebnisse der Gruppendiskussionen über Gesundheitsrepräsentationen

*„Ja Gesundheit ist auch find ich die Kontrolle über den eigenen Körper zu haben weil wenn man zum Beispiel halt krank ist (...) oder allgemein dann kann man den Körper halt nicht mehr kontrollieren (...) ich finde dadurch dass man die Kontrolle über den Körper also über den eigenen Körper verliert fühlt man sich halt auch so schlecht.“*

*(aus einer Gruppendiskussion: Manuela, 17)*

Zusammenfassend zeigte sich bereits, dass Merkmale der von befragten Jugendlichen selbst wahrgenommenen gesundheitsbezogenen Handlungskompetenz einen statistisch signifikanten Einfluss auf ihre eigene Einschätzung biopsychosozialer Gesundheit nehmen und darüber hinaus diese selbst wahrgenommene Handlungsmacht durch soziokulturelle Indikatoren beeinflusst wird. Inwieweit sich die Befragten in ihren Interpretationen von Gesundheit und ihrem Gesundheitsverhalten konkret unterscheiden, bleibt noch immer unklar. Um diesen Fragen in einem ergänzenden Schritt nachzugehen, wurden die befragten Jugendlichen im explorativen Verfahren der Clusteranalyse in drei Gesundheitstypen, anhand der sechs Hauptkomponenten subjektiver biopsychosozialer Gesundheit, differenziert und anschließend bzgl. typischer Merkmale hin analysiert.<sup>58</sup> In dem statistischen Rechenverfahren der Clusteranalyse wurden die Gruppen (Cluster), die sich innerhalb eines Clusters bzgl. ihrer Merkmalsausprägungen biopsychosozialer Gesundheit<sup>59</sup> besonders ähnlich sind und zwischen den Clustern besonders hohe Unterschiede aufweisen, anhand des Distanzmaßes der quadrierten euklidischen Distanz gebildet (vgl. Backhaus et al. 2008, 2011). Die einem Typ inne liegende *Realität*, dem Verständnis von Gegenständen, Themen oder Verhaltensweisen, wird so auf eine begrenzte Anzahl von Gruppen reduziert und dadurch Übersichtlichkeit sowie das „Typische“ einer Gruppe hervorgebracht (vgl. Kluge/Kelle 2010), um einen Einblick in das Typische Gesundheitsverständnis Befragter zu erhalten. In einem letzten Schritt wurden Jugendliche, die jeweils als möglichst repräsentativ für die drei Clustertypen gelten können, aus dem Untersuchungssample herausgefiltert und 12 von ihnen in Gruppendiskussionen interviewt. In dieser engen Verbindung quantitativ gewonnener Erkenntnisse durch eine daraus generierte qualitative Untersuchungspopulation wurde dem Anliegen nachgekommen, eine rein zusammenhangsaufdeckende Logik um eine Analyse von typenspezifischen Gesundheitsmotiven und -strategien Befragter zu erweitern. Ziel dieser Ergänzung war es, über die rekonstruierten Gesundheitstypen einerseits valide Aussagen treffen zu können, ihnen darüber hinaus in ihrer Aussagekraft, Mehrdimensionalität und Kontextualität aber gleichermaßen *Leben* einzuhauchen, um so verallgemeinerungsfähigere Aussagen auch über sinnstiftende

---

<sup>58</sup> Die Methode der Clusteranalyse wird im Methodenkapitel der statistischen Datenanalyse erläutert und daher hier nur knapp umrissen.

<sup>59</sup> Grundlage der CLA war ein Sechskomponentenmodell subjektiver biopsychosozialer Gesundheit befragter Jugendlicher, welches im letzten Kapitel detailliert erläutert wurde.

Motive und Handlungsstrategien generieren zu können (vgl. Treumann et al. 2007). Diese Form der Triangulation lehnt sich eng an ein biopsychosoziales Verständnis von Gesundheit an. Gesundheit basiert einerseits auf wahrgenommener körperlicher und psychosozialer Verfassung und wird andererseits innerhalb der Lebenswelt, -phase und -lage als ein je spezifisch zu verstehendes individuelles Sichbefinden wirksam. Alleine ihr Gegenstand, denkt man ihn in dieser Form *richtig* zu Ende, erfordert eine mehrdimensionale empirische Erfassung, um ein tatsächliches Verständnis darüber zu gewinnen, was Jugendlichen hilft gesund zu bleiben. Diese Form der Triangulation wird für die hiesige Untersuchung daher als Mehrwert gesehen, nimmt aber natürlich auch damit einhergehende Einschränkungen in Kauf. Die Untersuchungspopulation für die Gruppendiskussionen wurde selektiv am statistischen Modell identifiziert und schließt damit mögliche Erkenntnisse aus, die außerhalb der zugrunde liegenden Fallkonstellation existieren könnten. Sie orientiert sich an statistisch rekonstruierten Zusammenhangs- und Pfadmodellen und bewirkt dadurch eventuelle „blinde Flecke“, die in rein rekonstruktiven Verfahren entdeckt werden können, strukturell zu vernachlässigen. Hinzukommend variiert die Altersstruktur der beiden Untersuchungspopulationen, da sich die Fragebogenuntersuchung über den Sommer/Herbst 2013 erstreckte, die Gruppendiskussionen erst im Mai 2015 erfolgten und das befragte Sample für die Gruppendiskussionen bestand ausschließlich aus SchülerInnen eines Gymnasiums. Inwieweit sich mögliche VertreterInnen der rekonstruierten Gesundheitstypen anderer besuchter Schulformen ähneln oder unterscheiden, kann daher nur statistisch beantwortet werden und wäre eine spannende Ergänzung, die in weiteren Gruppendiskussionen Beachtung finden könnte.

## **6.1 Statistisch identifizierte Gesundheitstypen**

In der Clusteranalyse konnten drei Gesundheitstypen identifiziert werden. Diese drei Typen unterscheiden sich statistisch betrachtet maximal in ihrer eigenen Einschätzung biopsychosozialer Gesundheit zwischen einander und minimal untereinander. Der Typ I (n=176) repräsentiert dabei Jugendliche, die ihre Gesundheit als besonders gut einschätzten, der Typ II (n=101) Jugendliche, die eine durchschnittliche Bewertung ihrer Gesundheit vornahmen und der Typ III (n=117) Jugendliche, die ihre Gesundheit vergleichsweise schlecht bewerteten. Hervorzuheben ist, dass sich Angehörige der drei Typen in ihren Angaben über körperliche Erkrankungen statistisch nicht signifikant unterscheiden.

Tabelle 27: Soziodemografische, kulturelle und ökonomische Merkmale in differenzierter Betrachtung der drei statistisch identifizierten Gesundheitstypen.

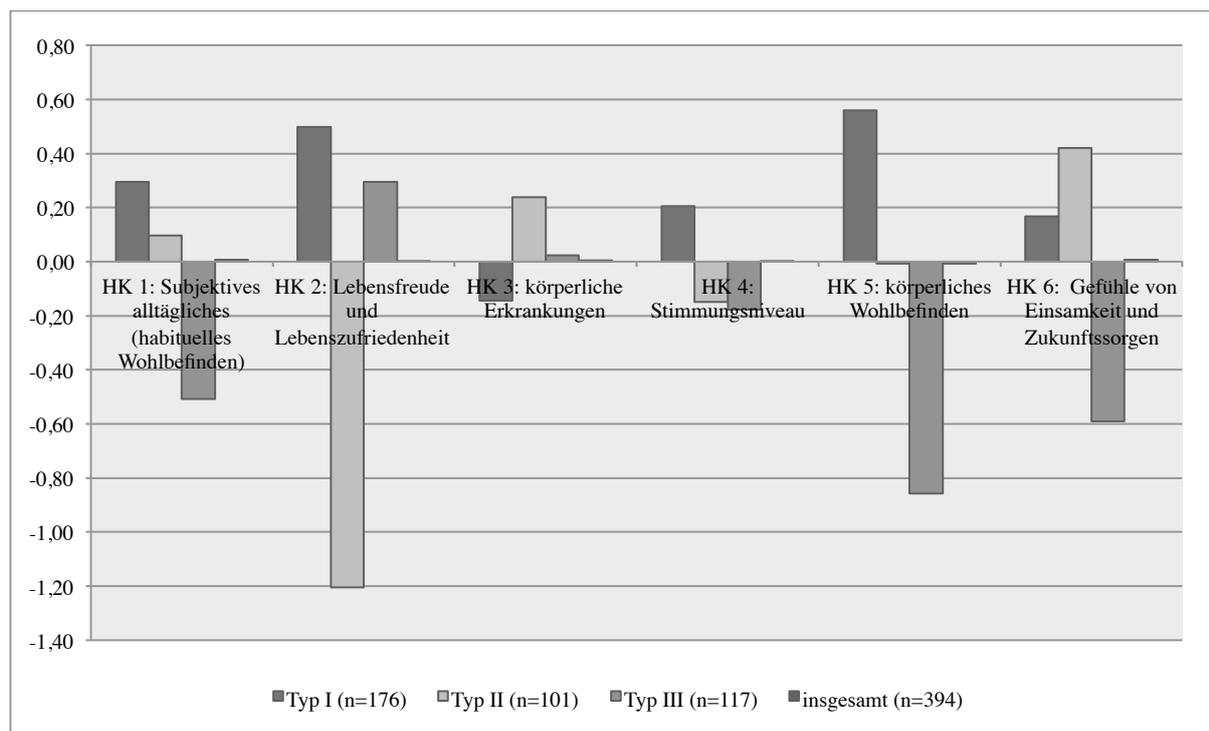
	Typ I (n=176)	Typ II (n=101)	Typ III (n=117)
<b>Alter (n=379)</b>	15,3 Jahre (n=164)	15,3 Jahre (n=100)	15,3 Jahre (n=115)
<b>Geschlechtsverteilung (n=389, m=195, w=194)</b>	56% Jungen 45% Mädchen (n=173)	45% Jungen 55% Mädchen (n=101)	46% Jungen 54% Mädchen (n=115)
<b>besuchte Schulform (n=394, HS=87, RS=201, GY=106)</b>	Hauptschule 48,3% Realschule 40,8% Gymnasium 49,1%	Hauptschule 20,7% Realschule 27,4% Gymnasium 26,4%	Hauptschule 31% Realschule 31,8% Gymnasium 24,5%
<b>Wohnverhältnisse (z-transformierte Werte der HK) (n=275)</b>	MW 0,048 (n=124) sd 1,023	MW -0,102 (n=74) sd 1,012	MW -0,008 (n=77) sd 0,926
<b>kulturelles Kapital (z-transformierte Werte der HK) (n=275)</b>	MW 0,001 (n=124) sd 0,989	MW 0,076 (n=74) sd 0,989	MW -0,030 (n=77) sd 1,079
<b>ökonomisches Kapital (z-transformierte Werte der HK) (n=275)</b>	MW 0,100 (n=124) sd 0,966	MW -0,177 (n=74) sd 1,129	MW 0,013 (n=77) sd 0,964

VertreterInnen der drei Typen sind im Durchschnitt 15,3 Jahre alt und unterscheiden sich nur gering in ihrer Geschlechterverteilung und aktuellem Bildungsniveau (siehe Tabelle 27). Dem Typ I, der seine Gesundheit im Vergleich zu den anderen beiden Typen positiver bewertet, gehören mehr Jungen als Mädchen an. Demgegenüber lassen sich dem Sample des Typs II und Typs III mehr Mädchen als Jungen zuordnen. Die bereits vielfach konstatierten Geschlechtereffekte, dass Mädchen prinzipiell dazu neigen ihre Gesundheit kritischer zu bewerten, zeigen sich demnach auch in der Typologie. GymnasiastInnen und HauptschülerInnen lassen sich häufiger im Typ I, dem *gesünderen*, zuordnen, GymnasiastInnen und RealschülerInnen eher dem *Durchschnittstyp* II und Real- und HauptschülerInnen eher dem *ungesündesten* Typ III. Merkmale über die Wohnverhältnisse, kulturelles und ökonomisches Kapital Befragter unterscheiden sich nicht statistisch signifikant.

Mit Blick auf die sechs Hauptkomponenten selbst wahrgenommener biopsychosozialer Gesundheit, auf deren Grundlage die oben beschriebene Typologie gebildet wurde, zeigen sich in allen der sechs Hauptkomponenten statistisch signifikant unterschiedliche Mittelwerte, mit Ausnahme der Hauptkomponente zur Erfassung körperlicher Erkrankungen. VertreterInnen des Typs I zeichnen sich, im Vergleich zu den beiden anderen Typen, durch eine überdurchschnittlich hohe Einschätzung psychosozialen Wohlbefindens aus. Angehörige dieses Typs schätzen Aspekte ihres alltäglichen Wohlbefindens, ihrer Lebenszufriedenheit und ihres Stimmungsniveaus im Vergleich zu den beiden anderen Typen besonders positiv ein (siehe Abbildung 37). Auch ihr allgemeines körperliches Wohlbefinden bewerten sie überdurchschnittlich gut. Im Vergleich der z-transformierten Mittelwerte über akute und chronische Erkrankungen sticht die Gruppe der Typ I-Jugendlichen jedoch negativ hervor. VertreterInnen des Typs II zeichnen sich durch eine vergleichsweise gute Einschätzung der Anzahl wahrgenommener körperlicher Erkrankungen aus. Alltägliches und körperliches

Wohlbefinden schätzen Typ II-Angehörige vergleichsweise durchschnittlich gut ein. Im Merkmal selbst wahrgenommener Lebensfreude und Lebenszufriedenheit weichen sie aber deutlich negativ von Angehörigen der beiden anderen Clustertypen ab. Auch ihr selbst wahrgenommenes Stimmungsniveau bewerten sie im Vergleich zur gesamten Untersuchungspopulation pessimistischer. VertreterInnen des Typs III zeichnen sich durch ein vergleichsweise schlechtes alltägliches und körperliches Wohlbefinden aus. Auch ihr Stimmungsniveau schätzen Angehörige des Typs III unterdurchschnittlich ein. Bei Angaben zur Lebensfreude und -zufriedenheit zeigen sie sich hingegen fast so optimistisch wie VertreterInnen des Typs I. Angehörige des Typs III neigen aber demgegenüber zu weniger Angaben über wahrgenommene körperliche Erkrankungen.

Abbildung 37: Vergleich der z-transformierten Mittelwerte einzelner HK des der Typologie zugrunde liegenden Modells biopsychosozialer Gesundheit differenziert nach den drei identifizierten Clustertypen.

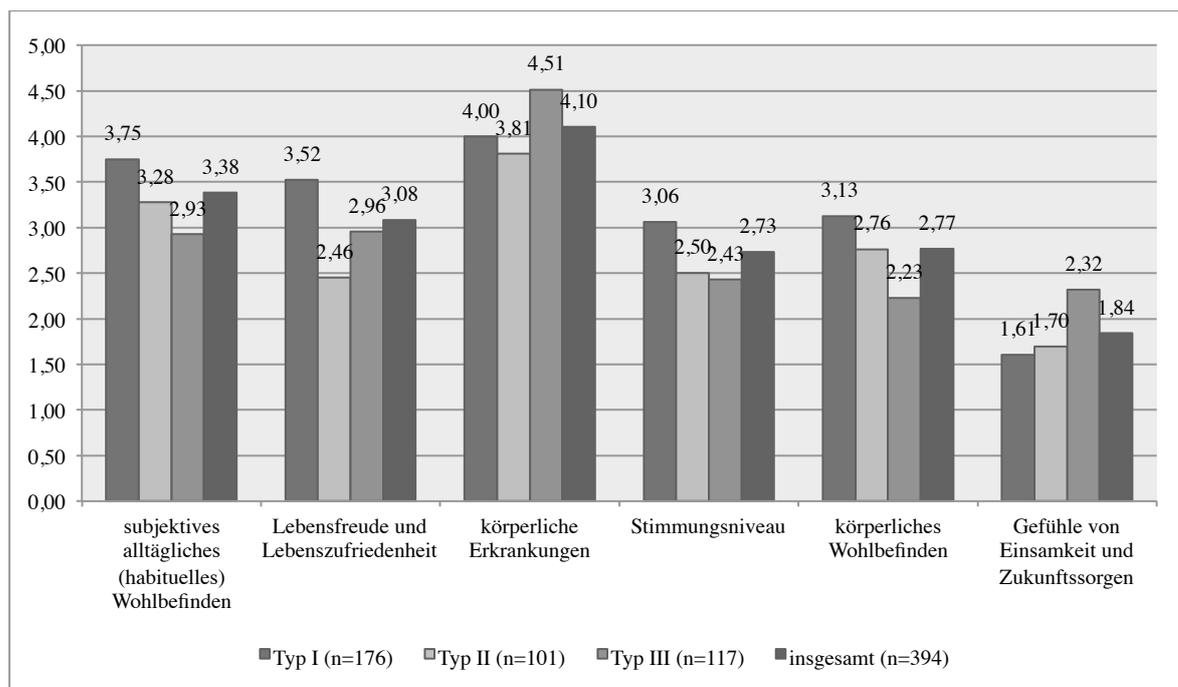


Im Vergleich der z-transformierten Mittelwerte wird ersichtlich, dass Angehörige des Typs I ihr biopsychosoziales Wohlbefinden überdurchschnittlich gut bewerten, dennoch aber zu ebenso überdurchschnittlich vielen Erkrankungen neigen. Demgegenüber geben VertreterInnen des Typs II unterdurchschnittlich viele Erkrankungen an, schätzen ihr psychosoziales Wohlbefinden aber kritischer ein. Im Typ III hingegen vereinen sich diejenigen, die ihr biopsychosoziales Wohlbefinden unterdurchschnittlich bewerten, dennoch aber lebensfroh und -zufrieden zu sein scheinen.

In Betrachtung einzelner empirischer Realwerte zeigt sich, dass knapp 30% der Angehörigen des Typs I völlig mit der Aussage übereinstimmen, vieles in ihrem Leben erreicht zu haben, was sie für sich erstrebten (n=176) (siehe Abbildung 38). Noch immer 22% der Angehörigen des

Typs II (n=101), jedoch nur noch 12% des Typs III (n=117) stimmten dieser Aussage in vollem Umfang zu. In Merkmalen psychosozialen Wohlbefindens differieren die Antworten der Befragten verschiedener Gesundheitstypen noch eindeutiger. Knapp über die Hälfte derjenigen, die dem Typ I angehören, sind mit ihrem Leben völlig zufrieden. Dem kann sich nur noch knapp ein Drittel der Typ II-VertreterInnen und lediglich 12% der Typ III-VertreterInnen anschließen. Auf einer Lebenszufriedenheitsskala von 0 bis 10, vom denkbar schlechtesten bis zum denkbar besten Leben, sehen Angehörige des Typs I ihr Leben im Durchschnitt auf der Stufe 8, Angehörige des Typs II auf Stufe 7 und Angehörige des Typs III auf Stufe 6. Gut drei Viertel der Angehörigen des Typs I gaben im Fragebogen an, sie haben in der vergangenen Woche viel gelacht und Spaß gehabt.<sup>60</sup> Ebenfalls teilen 60% der Typ III-Angehörigen diese Einschätzung. Fragt man hingegen VertreterInnen des Typs II, so gaben nur noch 12% an, in der vergangenen Woche viel gelacht und Spaß gehabt zu haben. Ferner gaben die Befragten des Typs I (fast die Hälfte) und des Typs III (noch immer ein Fünftel) häufiger an, sorgenfrei in den Tag hinein gelebt zu haben als VertreterInnen des Typs II (4%). VertreterInnen des Typs II sind zwar durchschnittlich zufrieden mit ihrem Leben, weisen dennoch aber eine deutlich kritischere Einschätzung wahrgenommener Lebensfreude und Aspirationen für die eigene Zukunft auf. Im Kontrast dazu gaben sie die geringste durchschnittliche Anzahl von Erkrankungen an (siehe Abbildung 38).

Abbildung 38: Vergleich der Mittelwerte von Summenscores einzelner Merkmale des der Typologie zugrunde liegenden HK-Modells biopsychosozialer Gesundheit differenziert nach den drei identifizierten Clustertypen.



Jugendliche, die dem Typ I angehören, zeichnen sich durch ein hohes Stimmungsniveau aus. Sie fühlen sich bspw. häufiger so, *als ob sie vor Freude übersprudeln* (13%) im Gegensatz zu

<sup>60</sup> Es handelt sich hierbei um die Angabe, *viertel und häufiger* in der vergangenen Woche gelacht und Spaß gehabt zu haben, der höchst möglichen Einschätzung auf einer Rating-Skala von 1 bis 4.

VertreterInnen der Typen II (5%) und III (2%). Mit Blick auf Angaben körperlichen Wohlbefindens zeigt sich, dass VertreterInnen des Typs III häufiger angaben, sich in der vergangenen Woche krank (15%) oder müde und erschöpft (56%) gefühlt zu haben als Angehörige der Typen I (1%; 18%) und II (4%; 29%). Auch gaben sie häufiger an, in der vergangenen Woche Schmerzen (25%) gehabt zu haben als Typ I- (2%) oder Typ II- (5%) Jugendliche. Ihren allgemeinen Gesundheitszustand bewerteten fast die Hälfte der Jugendlichen, die dem Typ I angehören, als „sehr gut“, aber nur noch 16% der Typ II-Jugendlichen und 11% der Typ III-VertreterInnen. Im Kontrast dazu zeigen sich Angaben zur physischen Beschwerdelast Befragter – ihren zahlenmäßigen Angaben akuter, psychosomatischer und chronischer Erkrankungen. Insgesamt gaben VertreterInnen des Typs II die wenigsten Erkrankungen an (5,1). VertreterInnen des Typs I liegen mit durchschnittlich 5,5 Erkrankungen leicht höher und VertreterInnen des Typs III mit 6,1 Erkrankungen am höchsten. Am Beispiel der Typ I Angehörigen zeigt sich, dass diese ihr physisches Wohlbefinden zwar am besten von allen Gruppen einschätzen, parallel dazu aber nicht deutlich weniger Erkrankungen angaben. VertreterInnen des Typs II hingegen schätzen ihr körperliches Wohlbefinden deutlich kritischer ein, weisen jedoch im Kontrast, nach eigenen Angaben, die geringste Anzahl von Erkrankungen auf. Diese Unterschiede zahlenmäßiger Angaben von Erkrankungen sind statistisch nicht signifikant. Differenziert nach chronischen und psychosomatischen Erkrankungen verschwinden sie annähernd, sodass alle Befragten hier im Durchschnitt eine chronische Erkrankung für ihr ganzes Leben und zwei psychosomatische Erkrankungen für die vergangenen 12 Monate angaben. In detaillierter Betrachtung zeigen sich auch hier kleinere, aber nicht zu vernachlässigende Unterschiede. So gaben bspw. 65% der Typ III-VertreterInnen an, in den letzten 12 Monaten unter Rückenschmerzen, 44% unter Kreislaufbeschwerden, 23% unter Verdauungsbeschwerden und 18% unter Migräne gelitten zu haben. Typische Erscheinungsbilder psychosomatischer Erkrankungen. Die Häufigkeiten von Nennungen dieser Beschwerden bei VertreterInnen der Typen I und II fielen durchweg geringer aus. Unter chronischen Erkrankungen, wie Asthma, Neurodermitis oder Heuschnupfen, leiden hingegen VertreterInnen des Typs I am häufigsten. Unter Betrachtung dieser Ergebnisse drängen sich zunehmend Fragen der inhaltlichen Konstitution der Typologie auf. Ob und wie kann Gesundheit hierbei verstanden werden und inwieweit lässt sich die Gesundheitseinschätzung verschiedener Typen über ihre Merkmalsausprägungen biopsychosozialer Gesundheit interpretieren? Hierbei werden Differenzen deutlich, die allem Anschein nach im kausalen Zusammenhang, Gesundheit sei Wohlbefinden und Krankheit Unwohlsein, nur noch schwer präzise zu erklären sind.

Betrachtet man die Gesundheitstypologie nun weiter anhand ihrer Merkmalsausprägungen gesundheitsbezogener Handlungskompetenz, so lassen sich auch hier Differenzen aufzeigen, die nach theoretischer und empirischer Vorannahmen plausibel erscheinen. In allen drei Merkmalen gesundheitsbezogener Handlungskompetenz zeigen VertreterInnen des Typs I das am stärksten

ausgeprägte Potenzial (siehe Statistisch äußern sich die Unterschiede selbst wahrgenommener gesundheitsbezogener Handlungskompetenz folgendermaßen: Im Detail betrachtet stimmen Jugendliche, die dem Typ I angehören, in stärkerem Maße dem Item zu, dass sie *spüren, wie schön es ist zu leben, wenn sie über ihr Leben nachdenken* (SOC) (33%). VertreterInnen der Typen II und III zeigen sich diesbezüglich weniger optimistisch (11%; 15%). Auch sind sie eher der Überzeugung, *dass sie sich auch weiterhin gut fühlen werden, wenn sie etwas tun, was ihnen ein gutes Gefühl gibt* (29%) als Typ II- (12%) und Typ III-(14%) Jugendliche. Diese neigen hingegen vergleichsweise häufig zu der Einschätzung, *dass dann bestimmt etwas passieren wird, was dieses gute Gefühl wieder verdirbt* (Typ I: 2%; Typ II: 11%; Typ III: 16%). *In ungewohnten Situationen wissen VertreterInnen des Typs III (12%) häufiger nicht, was sie tun sollen* als VertreterInnen des Typs I (4%). Typ I-Jugendliche fühlen sich auch seltener als *traurige Verlierer* (2%) als Typ III-Jugendliche (18%).

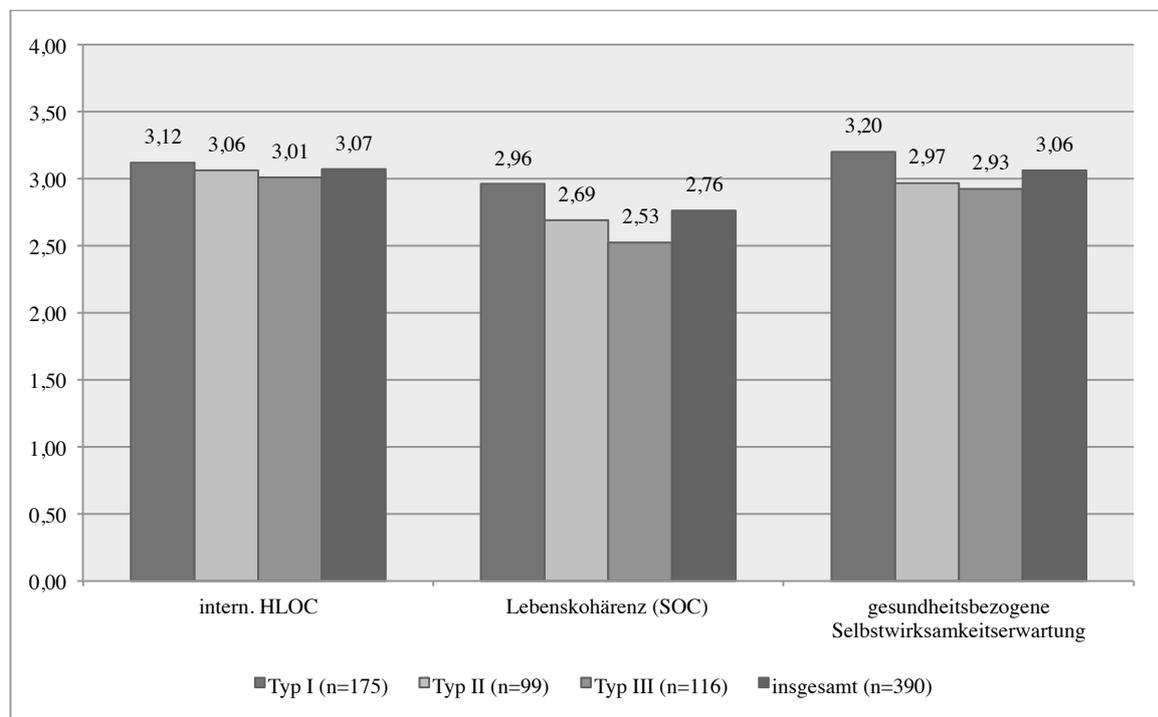
Abbildung 39). Diese Differenz lässt sich im Merkmal wahrgenommener Lebenskohärenz (SOC) in statistischer Signifikanz identifizieren. Gesundheitsbezogene Kontroll- (HLOC) und Selbstwirksamkeitsüberzeugung (SWE) zeigen Unterschiede, jedoch ohne statistische Signifikanz. VertreterInnen des Typs I erachten sich als kompetenter, um auf Belastungen adäquat reagieren zu können. Sie verstehen sich selbst als handlungsfähiger als VertreterInnen der beiden anderen Gesundheitstypen und verstehen Belastungen so eher als Herausforderung statt unüberwindbares Hindernis. Mit Blick auf ihr SOC-Niveau verfügen sie über eine statistisch signifikant stärker ausgeprägte personale Ressource, der Wahrnehmung realer Handlungsfähigkeit und aktiven Beeinflussung des eigenen Lebens und der eigenen Gesundheit. Auch im Merkmal SWE und HLOC zeigen sie ein stärker ausgebildetes selbst wahrgenommenes Potenzial. Mit Blick auf das bereits beschriebene empirisch rekonstruierte Gesamtmodell gesundheitsbezogener Handlungskompetenz ist der Typ I nicht pauschal als der „gesündeste“ Typ zu erachten, sondern vielmehr als der Typ, der sich selbst am ehesten als kompetent erachtet, auf sein Leben und seine Gesundheit Einfluss ausüben zu können. Diese stärker ausgeprägte individuelle Handlungsmacht hilft VertreterInnen des Typs I sich als „gesünder“ wahrzunehmen, weil sie ihre eigene Gesundheit in stärkerem Maße zu kontrollieren wissen, wie bereits das zu Beginn dieses Kapitels angeführte Zitat aus einer der Gruppendiskussionen aufzeigt:

*„Ja Gesundheit ist auch find ich die Kontrolle über den eigenen Körper zu haben weil wenn man zum Beispiel halt krank ist (...) oder allgemein dann kann man den Körper halt nicht mehr kontrollieren (...) ich finde dadurch dass man die Kontrolle über den Körper*

*also über den eigenen Körper verliert fühlt man sich halt auch so schlecht.“ (aus einer Gruppendiskussion: Manuela, 17<sup>61</sup>)*

Statistisch äußern sich die Unterschiede selbst wahrgenommener gesundheitsbezogener Handlungskompetenz folgendermaßen: Im Detail betrachtet stimmen Jugendliche, die dem Typ I angehören, in stärkerem Maße dem Item zu, dass sie *spüren, wie schön es ist zu leben, wenn sie über ihr Leben nachdenken* (SOC) (33%). VertreterInnen der Typen II und III zeigen sich diesbezüglich weniger optimistisch (11%; 15%). Auch sind sie eher der Überzeugung, *dass sie sich auch weiterhin gut fühlen werden, wenn sie etwas tun, was ihnen ein gutes Gefühl gibt* (29%) als Typ II- (12%) und Typ III-(14%) Jugendliche. Diese neigen hingegen vergleichsweise häufig zu der Einschätzung, *dass dann bestimmt etwas passieren wird, was dieses gute Gefühl wieder verdirbt* (Typ I: 2%; Typ II: 11%; Typ III: 16%). *In ungewohnten Situationen* wissen VertreterInnen des Typs III (12%) *häufiger nicht, was sie tun sollen* als VertreterInnen des Typs I (4%). Typ I-Jugendliche fühlen sich auch seltener als *traurige Verlierer* (2%) als Typ III-Jugendliche (18%).

Abbildung 39: Vergleich der Mittelwerte von Summenscores einzelner Merkmale gesundheitsbezogener Handlungskompetenz differenziert nach den drei identifizierten Clustertypen.



Geht es darum, sich *auf die eigenen Fähigkeiten, auf die Gesundheit Einfluss nehmen zu können, verlassen zu können* (SWE), zeigen sich diejenigen, die dem Typ I angehören, deutlich optimistischer (41%) als Angehörige der beiden anderen Typen (Typ II: 27%; Typ III: 28%). Auch sind sie stärker der Überzeugung, *die meisten gesundheitlichen Beschwerden aus eigener*

<sup>61</sup> Manuela gehört dem Gesundheitstyp I an. Sie wurde durch einen Zuordnungsfehler in der Gruppendiskussion der Typ II-VertreterInnen interviewt, bringt das konstruktive Merkmal einer stark ausgeprägten gesundheitsbezogenen Handlungskompetenz von Typ I-VertreterInnen im Diskurs aber dennoch prägnant auf den Punkt.

*Kraft gut meistern zu können* (39%) als Typ II- (22%) und Typ III- (20%) VertreterInnen. Zudem fühlen sie sich in stärkerem Maße gewachsen, *schwerwiegende Erkrankungen gut bewältigen zu können* (Typ I: 33%; Typ II: 17%; Typ III: 13%). Ähnliche Differenzen zeigen sich auch bei Items zur Einschätzung des internalen HLOC. Typ I und Typ II-VertreterInnen (rund 50%) gehen eher davon aus, *dass man gesund bleibt, wenn man auf sich selbst achtet* als VertreterInnen des Typs III (35%). Geht es jedoch um die Aussage, *jeder sei für seine körperliche Leistungsfähigkeit oder Gesundheit selbst verantwortlich*, stimmten VertreterInnen aller drei Typen nahezu gleichermaßen zu (63%). Prinzipiell lassen sich also, wie auch in Statistisch äußern sich die Unterschiede selbst wahrgenommener gesundheitsbezogener Handlungskompetenz folgendermaßen: Im Detail betrachtet stimmen Jugendliche, die dem Typ I angehören, in stärkerem Maße dem Item zu, dass sie *spüren, wie schön es ist zu leben, wenn sie über ihr Leben nachdenken* (SOC) (33%). VertreterInnen der Typen II und III zeigen sich diesbezüglich weniger optimistisch (11%; 15%). Auch sind sie eher der Überzeugung, *dass sie sich auch weiterhin gut fühlen werden, wenn sie etwas tun, was ihnen ein gutes Gefühl gibt* (29%) als Typ II- (12%) und Typ III-(14%) Jugendliche. Diese neigen hingegen vergleichsweise häufig zu der Einschätzung, *dass dann bestimmt etwas passieren wird, was dieses gute Gefühl wieder verdirbt* (Typ I: 2%; Typ II: 11%; Typ III: 16%). *In ungewohnten Situationen* wissen VertreterInnen des Typs III (12%) *häufiger nicht, was sie tun sollen* als VertreterInnen des Typs I (4%). Typ I-Jugendliche fühlen sich auch seltener als *traurige Verlierer* (2%) als Typ III-Jugendliche (18%).

Abbildung 39 dargestellt, Unterschiede im Merkmal des internalen HLOC erkennen. Diese sind, im Vergleich zu den Merkmalen von SOC und SWE, jedoch als deutlich schwächer einzuschätzen. Differenzen von gesundheitsbezogener Handlungskompetenz zeigen sich im *stabileren* Persönlichkeitsmerkmal von SOC in statistischer Signifikanz, nehmen über die Merkmale von SWE bis hin zum HLOC jedoch sukzessive ab - den beiden Merkmalen, denen auch eine stärkere Beeinflussung durch soziokulturelle Einflüsse nachgewiesen werden konnten. Während sich also im SOC-Niveau noch statistisch signifikante Differenzen zwischen den drei Typen niederschlagen, verringern sich diese, betrachtet man sich Ausprägungen wahrgenommener SWE und egalisieren sich sogar in einigen Items des HLOC. Die Untersuchten schätzten zwar ihre biopsychosoziale Gesundheit statistisch signifikant unterschiedlich ein, bei Merkmalen gesundheitsbezogener Handlungskompetenz nähern sich diese Unterschiede jedoch wieder stärker aneinander an. Ressourcen der Lebenskohärenz und in Teilen auch die der wahrgenommenen Selbstwirksamkeitsüberzeugung helfen den Befragten sich als einflussmächtig auf ihre eigene Gesundheit zu begreifen und sich dementsprechend biopsychosozial wohler zu fühlen, dennoch aber reichen sie nicht alleine als generalisierbarer protektiver Faktor aus, die Auftretenswahrscheinlichkeit physisch wahrnehmbarer Erkrankungen zu verringern ebenso wie psychosoziales Wohlbefindens per se positiv zu beeinflussen. Einen Einfluss auf die Anzahl von Erkrankungen kann durch das SOC-Niveau

statistisch zwar nachgewiesen werden, reicht aber allem Anschein nicht aus, um die unterschiedlichen Einschätzungen biopsychosozialen Wohlbefindens Befragter auch zu verstehen. Trotz maximaler Ausprägung des SOC-Niveaus bei Typ I-Jugendlichen differieren Erkrankungen zwischen den Gruppen kaum. Vielmehr lässt sich die positivere Einschätzung wahrnehmbarer Erkrankungen nicht im Typ I finden, sondern im sich eher kritisch zeigenden und sich selbst nur durchschnittlich gesund wahrnehmenden Typ II. Wie also die unterschiedlichen Einschätzungen biopsychosozialer Gesundheit und gesundheitsbezogener Handlungskompetenz der drei Gesundheitstypen konkret zu verstehen ist, bleibt in der statistischen Analyse noch vage. Dies bedarf eines erweiternden verstehenden Forschungszugangs zur Rekonstruktion subtil einflussnehmender und formierender soziokultureller Strukturen, die vor dem Hintergrund der Lebensphase, innerhalb der individuellen Lebenswelt Befragter wirksam werden.

## 6.2 Rekonstruktion *typischer* Charakteristika

*„Lebt ihr eigentlich gesund?“ (Erzählaufforderung in den Gruppendiskussionen)*

Jugendlich-alltagsweltliche Konstruktionen von Gesundheit repräsentieren eine spezifische Form psychosomatischer Kultur, die den MitgliederInnen einer bestimmten Subkultur als ein Konsens des Umgangs mit der eigenen Gesundheit, dem Körper und der Psyche, gemein sind gleichermaßen wie ebendiese psychosomatische Kultur subjektorientierte Alltagskonstruktionen von Gesundheit hervorbringt (vgl. Boltanski 1976; Herzlich 1994). Dieses gemeinsame Verständnis von Gesundheit sowie über den *guten* alltäglichen Umgang mit ihr dient, folgt man dem Modell psychosomatischer Kultur, als sinnstiftende und motivierende Grundlegung für gesundheitsbezogenes Verhalten. Das kollektive Gesundheitsverständnis einer Gruppe besteht über den gemeinsamen Diskurs hinaus und muss auch nicht zwingend gemeinsam hergestellt worden sein. Verbindendes Wissen über- sowie ähnliche Erfahrungen und Umgangsweisen mit Gesundheit können in völlig unabhängig voneinander stattgefundenen Situationen erworben worden sein und werden dann erst im Diskurs, in Formen der Konsensfindung und/oder Kontrastierung spezifischer gemeinschaftlicher Repräsentationen von Gesundheit, hervorgebracht. Vor diesem Hintergrund eignet sich das Gruppendiskussionsverfahren besonders gut, um Unterschiede und Gemeinsamkeiten einzelner RepräsentantInnen der drei statistisch identifizierten Gesundheitstypen, nun einer tiefergehenden und erweiternden Analyse zu unterziehen. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die statistisch identifizierte Typologie eine gemeinsame Vergangenheit und Gegenwart vereint, wohl aber wird davon ausgegangen, dass sich das verbindende Merkmal der Zugehörigkeit zu einem der drei identifizierten Gesundheitstypen auch in kollektive Alltagskonstruktionen von Gesundheit, gesundheitsbezogenen Handlungsmotiven und –strategien widerspiegelt. In der sprachlichen Explikation im Diskurs kann das verbindende

einzelner VertreterInnen eines Gesundheitstypen zutage kommen und vermag so das Typische eines der drei Gesundheitstypen offenzulegen. Hierzu wurden die geführten Gruppendiskussionen einer schrittweisen Analyse unterzogen.<sup>62</sup> Im ersten Schritt, um einen ersten Ein- und Überblick zu erhalten anhand von Fallzusammenfassungen, anschließend in detaillierter Betrachtung einzelner Gesundheitstypen und schlussendlich im kontrastiven Vergleich der drei Typen untereinander.<sup>63</sup> Die zugrunde liegende statistisch rekonstruierte Typologie bot eine methodengeleitete Chance der Herstellung möglichst homogener Settings für die Gruppendiskussionen zu generieren. Laut der vorangegangenen Analyse wurde davon ausgegangen, dass Angehörige der drei Gesundheitstypen je eine subtile Form konjunktiven Verständnisses von Gesundheit verbindet, das im Diskurs hervorgebracht werden kann. Diese Grundlage statistischen Homogenität einzelner RepräsentantInnen eines Gesundheitstypen zeigte sich im Diskurs, alleine in Form der gegenseitigen Verständigung und Bezugnahme aufeinander, als äußerst förderlich und ließ zudem erste Rückschlüsse auf typenspezifische Merkmale zu. Insbesondere in der Form des Aufgreifens erstgewählter erzählgenerierender Stimuli - „*Lebt ihr eigentlich gesund?*“ - zeigten sich unter VertreterInnen eines Gesundheitstypen charakteristische Gemeinsamkeiten und zwischen den drei Gruppendiskussionssettings typenspezifische Unterschiede. Zwar standen zu Beginn aller Settings Ernährung und Bewegung als Merkmal des *gesund lebens* im Fokus, diese differierten jedoch im weiteren Verlauf stark in ihrer tatsächlichen Interpretation durch die DiskutantInnen, wie in der anschließenden Ergebnispräsentation herausgearbeitet wird. Die Namensgebung der drei Gesundheitstypen erfolgte im Analyseprozess, wird nun aber bereits vorweggenommen. Während in der ersten Gruppe (Typ I), den funktional-leistungsorientierten, körperliche Erkrankungen und ein stärker funktional biomedizinisches Verständnis von Gesundheit deutlich wurde, besprachen DiskutantInnen des Typs II, den ausgleichs- balanceorientierten, Gesundheit in stärkerem Maße mit Blick auf ein inneres biopsychosoziales Gleichgewicht und Momente der Achtsamkeit im Alltag. VertreterInnen des Typs III, den reaktiv-ausgleichenden, fiel es überhaupt schwer, im Diskurs bei dem Thema Gesundheit zu verweilen, sondern drifteten immer wieder zu anderen Lebensbereichen ab. Für einen Einblick in das Untersuchungssample sind die einzelnen DiskutantInnen nun zusammenfassend und anhand statistischer Kennwerte über ihr Proximitätsmaß schematisch dargestellt (siehe Tabelle 28) und werden in den anschließenden Kapiteln zunächst bezüglich charakteristischer Merkmale der Gesprächsorganisation und ihres Gesundheitsverständnisses allgemein vorgestellt. Ein folgender Teil beschäftigt sich daran anschließend mit einer detaillierten Analyse typischer Gesundheitsmotive und gesundheitsbezogener Handlungsstrategien von Angehörigen der drei Typen, die anhand charakteristischer Ankerzitate belegt wird und schlussendlich in einer kontrastiven Diskussion aller Ergebnisse endet.

---

<sup>62</sup> Das methodische Vorgehen der Fallgenerierung sowie Datenerhebung, -dokumentation und -analyse für das Gruppendiskussionsverfahren wird im vierten Kapitel detailliert dargestellt.

<sup>63</sup> Die detaillierte Darstellung der Schrittfolge der Datenanalyse befindet sich ebenfalls im vierten Kapitel.

Tabelle 28: TeilnehmerInnen an den Gruppendiskussionen mit prototypischen RepräsentantInnen der drei Gesundheitstypen.

<b>Gruppendiskussion 01_1 und 01_2<sup>64</sup> mit Typ I: Der funktional-leistungsorientierte Gesundheitstyp<sup>65</sup></b> n=176; Statistik des Proximitätsmaß: MW 1,93, min. 0,86, max. 3,79, sd 0,572			
Name <sup>66</sup>	Alter	Proximitätsmaß	Bemerkungen
Susi	17	1,1	Nahm nur an der zweiten Gruppendiskussion teil, da sie am ersten Termin erkrankt war.
Lara	18	1,52	Fehlte krankheitsbedingt in der zweiten Gruppendiskussion.
Andrea	17	1,08	Zeichnete sich als Vielrednerin aus und zeigte sich als besonders prototypisch für funktional-leistungsorientierte DiskutantInnen in der Gruppendiskussion.
Leo	17	2,23	Übernahm die Rolle des informellen Moderators in der Gruppendiskussion.
<b>Gruppendiskussion 02_1 mit Typ II: Der ausgleichs-balanceorientierte Gesundheitstyp</b> n= 101; Statistik des Proximitätsmaß: MW 2,12, min. 0,9, max. 4,19, sd 0,658			
Name	Alter	Proximitätsmaß	Bemerkungen
Manuela	17	1,56	Manuela ist dem Typ I zugehörig. Durch einen Zuordnungsfehler bei der Planung der Gruppendiskussionen ist sie versehentlich in die zweite Gruppe gekommen.
Nadine	17	1,26	Zeigte besonders charakteristische Merkmale für den Typen der ausgleichs- und balanceorientierten DiskutantInnen in der Gruppendiskussion.
Sarah	17	2,05	
Torben	17	2,19	
<b>Gruppendiskussion 03_1 mit Typ III: Der reaktiv-ausgleichende Gesundheitstyp</b> n= 117; Statistik des Proximitätsmaß: MW 2,28, min. 0,79, max. 4,3, sd 0,691			
Name	Alter	Proximitätsmaß	Bemerkungen
Jan	17	1,3	Jan, Alena und Sandra verbinden viele gemeinsame Erfahrungen miteinander. Sie haben zeitweilig die gleiche Klasse besucht und verbringen auch ihre Freizeit zuweilen gemeinsam.
Alena	17	1,6	
Sandra	17	2,48	
Lena	18	1,47	Lena und Jan können als die prototypischsten VertreterInnen dieses Gesundheitstypen - auch im Diskurs verstanden werden.

### 6.2.1 Diskursorganisation

Der *funktional-leistungsorientierte* Gesundheitstyp repräsentiert mit insgesamt 176 Befragten die Mehrheit des Samples der Fragebogenuntersuchung. Seine VertreterInnen sind eher männlich als weiblich, besuchen eher die Realschule oder das Gymnasium und zeichnen sich durch eine besonders positive Bewertung ihres alltäglichen Wohlbefindens, ihrer Lebenszufriedenheit und ihres wahrgenommenen Stimmungsniveaus aus. Auch schätzen sie ihr körperliches Wohlbefinden äußerst positiv ein, gaben aber dennoch eine vergleichsweise hohe Anzahl von Erkrankungen an. Es kann darüber hinaus davon ausgegangen werden, dass der funktional-leistungsorientierte Gesundheitstyp sich selbst als kompetenter erachtet, um auf Belastungen adäquat reagieren zu können. VertreterInnen weisen in stärkerem Maße Merkmale auf, die darauf schließen lassen, dass sie sich selbst als handlungskompetenter als VertreterInnen der beiden anderen Gesundheitstypen erachten und Belastungen so eher als

<sup>64</sup> Die Transkripte der Gruppendiskussionen wurden in zweierlei Form analysiert, so dass im Text Verweise auf Zeilennummern (Z. xy) und Zeitstempel (00:10:10) zu finden sind. Diese methodische Differenz hängt jedoch mit keiner spezifischen Analyseverfahren zusammen, sondern ist einem, im Prozess entstandenen Pragmatismus der Datenanalyse geschuldet.

<sup>65</sup> Im Falle der ersten Gruppe (Typ I) handelt es sich um zwei transkribierte Settings, da das erste Gespräch unterbrochen wurde.

<sup>66</sup> Die Namen wurden anonymisiert und die Altersangaben beziehen sich auf den Untersuchungszeitpunkt im Frühjahr 2015.

Herausforderung statt unüberwindbares Hindernis wahrnehmen. Gemessen am SOC-Niveau nehmen sie für sich selbst statistisch signifikant mehr Handlungsoptionen wahr, die ihnen helfen ihr Leben und ihre Gesundheit aktiv beeinflussen zu können. Auch im Merkmal SWE und HLOC zeigen sie ein stärker ausgebildetes selbst wahrgenommenes Potenzial. Ferner zeichnen sich VertreterInnen des funktional-leistungsorientierten Gesundheitstyps durch statistisch signifikant höhere Werte in der Einschätzung ihrer Kommunikations- und Partizipationsmöglichkeiten über und an Gesundheitsthemen im Alltag aus. Sie beschreiben Gesundheit statistisch signifikant häufiger anhand eines *positiven Befindens* und zeigen zudem ein signifikant ausgeprägteres alltägliches Gesundheitsmotiv im Alltag. In der Gruppendiskussion zeichneten sich die repräsentativen DiskutantInnen der funktional-leistungsorientierten Gruppe durch einen eher am eigenen Interesse ausgerichteten und weniger aufeinander Bezug nehmenden Diskurs aus und fallen sich dabei gegenseitig häufig ins Wort. Sie bleiben, haben sie ein Thema gefunden, das auf ihr individuelles Interesse stößt, lieber bei dieser Thematik, anstatt sich auf Themen anderer einzulassen. Dieses Gesprächscharakteristikum zeigt sich sehr eindrucksvoll bei Andrea (17 Jahre), die nach statistischer Analyse als prototypischste Repräsentantin der funktional-leistungsorientierten gelten kann. Sie zeigt sich insbesondere im ersten Setting als Vielrednerin, die ihre eigenen Interessen besonders gerne in den Vordergrund stellt. Andrea verknüpft Gesundheit eng mit Fragen der nachhaltigen Lebensmittelproduktion und kommt so immer wieder auf verschiedene Themen der Billigfleisch Produktion im Zusammenhang mit Umweltschutz zu sprechen. Zudem leidet sie an bereits langanhaltenden Magenbeschwerden, die sie auch immer wieder im Diskurs thematisiert, auch wenn sie damit weniger im Dialog mit den anderen steht. Auch den anderen DiskutantInnen fällt es in ähnlichem Maße schwer sich aufeinander einzulassen. Ein weiteres Charakteristikum zeigt sich in ihrem hohen Bedarf an Struktur im Gespräch. Leo (17 Jahre) übernimmt von daher schnell die Rolle der informellen Moderation, sobald er oder die Gruppe ein Thema als erschöpfend diskutiert wahrnehmen. Dann bringt er neue Themen in die Gruppendiskussion ein, markiert Gesprächsstellen, wenn er der Ansicht ist, die Gruppe würde abschweifen „ah ich glaub wir (driften) ab“ (GD\_01\_1, 00:34:56) und kommentiert den Diskurs „ihr beiden seid extrem kommunikativ das muss man sagen“ (ebenda, 00:22:06). Diese informelle Moderatorenrolle wird von den anderen wahrgenommen, die dann sogar Überleitungen von Leo einfordern: „bring wieder so ne schöne Überleitung wie grade ma“ (Andrea zu Leo, GD\_01\_1, 00:26:27) oder „Leo wir warten auf deine Überleitung“ (Andrea, GD\_01\_1, 00:35:01). Leo fordert darüber hinaus die Forscherin auf, das Gespräch zu steuern, wenn ein Diskurs abebbt: „Können Sie vielleicht nen Impuls geben?“ (Leo zur Interviewerin, GD\_01\_1, 00:26:42). Diese Form der Gesprächsorganisation obliegt Leo im ersten sowie zweiten Setting, zu dessen Beginn er ferner eine Sammlung von Themen mitbringt, die er sich nach dem ersten Setting gemeinsam mit Andrea für die zweite Diskussion überlegt hatte. Diese Themen stellt Leo dann im zweiten Setting zur Diskussion „okay was denkt ihr

über Blutspenden dann?“ (ebenda, 00:06:51) oder „gibt’s Erbkrankheiten bei euch in der Familie?“ (ebenda, 00:26:26). Redebeiträge von Lara (18 Jahre) und Susi (17 Jahre) hingegen fallen, im Vergleich zu Leo und Andrea, geringer aus.

Anders zeigt es sich im *ausgleichs-balanceorientierten* Gesundheitstyp, dem mit insgesamt 101 VertreterInnen mehr Mädchen als Jungen, aber ebenso primär RealschülerInnen und GymnasiastInnen, wie dem funktional-leistungsorientierten Gesundheitstypen angehören. Angehörige dieses Typs schätzen emotional-affektive Merkmale wie ihre Lebensfreude und -zufriedenheit sowie ihr Stimmungsniveau pessimistischer ein und bewerteten auch ihr psychosoziales und physisches Wohlbefinden kritischer als Typ I-VertreterInnen. Dennoch aber gaben sie die geringste Anzahl körperlicher Erkrankungen an. Mit Blick auf Merkmale ihrer gesundheitsbezogenen Handlungskompetenz sowie Alltagskonstruktionen von Gesundheit zeigen sich die ausgleichs-balanceorientierten Gesundheitstypen als durchweg eher durchschnittlich. Ganz im Gegenteil zu den DiskutantInnen des funktional-leistungsorientierten Gesundheitstypen erkennen die der ausgleichs- und balanceorientierten DiskutantInnen eine Verbindung zwischen ihrem körperlichen und psychosozialen Wohlbefinden. Charakteristisch für sie zeigt sich, dass sie nicht nur darauf achten, sich sportlich zu betätigen oder gesund zu ernähren, um leistungsfähig zu bleiben, sondern um darüber hinaus ihre Gesundheit zu erhalten und präventiv Belastungen entgegen zu steuern. Dabei zeigen sie sich als äußerst sensibel in der Wahrnehmung von Signalen ihres eigenen Körpers und von gesellschaftlichen Diskursen über Gesundheit, die sie zur Gesundheitsachtsamkeit motivieren. Diese Achtsamkeit zeigen die Angehörigen ausgleichs-balanceorientierter beinahe identisch im Diskurs. Im Gegensatz zur ersten Gruppe lassen sie einander ausreden und nehmen deutlich stärker Bezug auf das zuvor gesagte anderer. Ferner zeichnet sich ihr Diskurs durch teilweise sehr lange Pausen zwischen den einzelnen Wortbeiträgen aus. Es macht nahezu den Eindruck, als würden sie sehr intensiv und genau darüber nachdenken, *was sie wie* erzählen möchten, sich dafür auch hinreichend Zeit einräumen und stets bedacht antworten. Während sich die DiskutantInnen in der ersten Gruppe regelmäßig ins Wort fallen, warten die Beteiligten der zweiten Gruppe geduldig ab, bis sie ein Gespräch weiter verfolgen bzw. auf Wortbeiträge der anderen eingehen, affektive Äußerungen treten in ihrem Diskurs kaum auf. Nadine (17 Jahre) ist häufig die erste, die auf Fragen der Moderatorin eingeht. Gemeinsam mit Torben und Sarah (17 Jahre) wird der Diskurs geführt. Manuela (17 Jahre) ist eine eher ruhigere Gesprächsteilnehmerin. Sie ist durch einen Zuordnungsfehler in die Gruppe der ausgleichs-balanceorientierten gekommen, gehört nach statistischer Analyse aber eigentlich dem Typ der funktional-leistungsorientierten Jugendlichen an, was an einigen Stellen auch im Diskurs deutlich und noch thematisiert wird. Zudem kommt sie eine Viertelstunde zu spät zu der Diskussionsrunde und verpasst damit die Einstiegssequenz.

Mit insgesamt 117 Angehörigen ist der *reaktiv-ausgleichende* Typ annähernd genauso stark vertreten, wie der ausgleichs- und balanceorientierte Gesundheitstyp. In ihm vereinen sich

ebenso mehr Mädchen als Jungen, aber im Gegensatz zu beiden anderen Typen mehr Haupt- und RealschülerInnen als GymnasiastInnen. Reaktiv-ausgleichende Typen gaben eine besonders hohe Einschätzung ihrer Lebensfreude und -zufriedenheit an, aber auch ein vergleichsweise schlechteres körperliches und psychosoziales Wohlbefinden. Sie reden statistisch signifikant weniger über Themen, die ihre Gesundheit betreffen und fühlen sich gleichermaßen weniger daran beteiligt, vergleicht man sie mit der Gruppe der funktional-leistungsorientierten. Auch im Merkmal von alltäglichen Gesundheitsmotiven zeigen sie sich statistisch betrachtet deutlich weniger achtsam als VertreterInnen des ersten Typs. Betrachtet man nun ihren Diskurs so wird deutlich, dass Gesundheit kaum ein Thema ihrer Lebenswelt darzustellen scheint. Im Fokus ihrer Unterhaltungen stehen alle möglichen Belange, die sie zum Erhebungszeitpunkt interessierten, kaum aber ihre Gesundheit oder gesundheitsbezogene Verhaltensweisen – trotz themenfokussierter Stimuli. Diese werden zwar aufgegriffen, verlieren sich im Diskurs aber schnell und werden durch, für die DiskutantInnen relevanter erscheinende Themen, ersetzt. Eine Thematisierung von Gesundheit, wie bereits die statistische Analyse verdeutlichte, scheint in der Lebenswelt des reaktiv-ausgleichenden Typs eine deutlich untergeordnete Rolle zu spielen. Die DiskutantInnen des reaktiv-ausgleichenden Gesundheitstypen kommen, wie auch die funktional-leistungsorientierter, sehr schnell und intensiv in einen selbstläufigen Diskurs, in dem sie aufeinander Bezug nehmen, lachen und über Alltagsbelange, die sie u.a. miteinander verbinden, reden. Dies ist als charakteristisches Alleinstellungsmerkmal von DiskutantInnen des reaktiv-ausgleichenden Gesundheitstypen hervorzuheben: die DiskutantInnen kennen sich, sie haben eine gemeinsame Vergangenheit und Gegenwart. Teilweise besuchten sie in der Vergangenheit gemeinsame Schulklassen, teilen gemeinsame Freizeit- und Sporterlebnisse und engagieren sich aktuell in verschiedenen Planungsgruppen zum baldigen Schulabschluss. Sie haben zusammen Yoga gemacht (Alena und Sandra, GD03\_1, Z. 68) oder versuchten gemeinsam zu joggen (Jan, Alena und Sandra, ebenda, Z. 73). Jan und Sandra (17 Jahre) kennen sich seit der 7. Klasse (ebenda, Z. 247). Alena (17 Jahre) und Sandra waren damals bereits in einer gemeinsamen Klasse (ebenda, Z. 252). Eine ähnliche freundschaftliche Verbundenheit insbesondere von Jan, Alena und Sandra weisen DiskutantInnen der anderen beiden Gesundheitstypen nicht auf.

### **6.2.2 Gesundheitsverständnis**

Auf die einleitende Frage hin, ob die DiskutantInnen gesund leben, gehen Angehörige des funktional-leistungsorientierten Gesundheitstypen zunächst auf ihre Ernährung und ihr Bewegungsverhalten ein. Einerseits, so die DiskutantInnen, ernähren sie sich ungesund und bewegen sich zu wenig (Andrea, GD01\_1, 00:03:19-5) und würden sich zudem „wahrscheinlich n’bisschen viel Stress“ machen, andererseits sagen sie würden sie schon auf eine „frische“ Ernährung und hinreichend Bewegung achten (Lara, ebenda, 00:04:21). Im Konsens kommen sie aber darin überein, dass sie ihrer Einschätzung nach *nicht ganz ungesund leben* und

Stress, kommt er vor, als unbelastend wahrnehmen (Leo, ebenda, 00:03:47). In dieser ersten Sequenz gehen die DiskutantInnen zunächst auf Fragen der Ernährung und Bewegung als Merkmale von Gesundheit ein. Stress, als Aspekt psychosozialer Gesundheit, wird zwar kurz angerissen, aber nicht weiter vertieft bzw. als unbelastend interpretiert. Nachdem ein anfänglicher Diskurs über Ernährung nach weniger als zehn Minuten bereits abebbt, wird das Thema körperlicher Gesundheit vertieft, wobei der Diskurs schnell auf langfristige körperliche Beschwerden kommt, deren Ursachen medizinisch nicht eindeutig zu finden sind (Lara und Andrea, ebenda, 00:09:27). Sie geben an, dass sie abgesehen von langfristigen Beschwerden kaum ärztlichen Rat bräuchten und daher auch keinen festen Hausarzt hätten (Andrea und Leo, ebenda, 00:09:36). Im zweiten Setting stehen in der Anfangssequenz ebenfalls zuerst körperliche Beschwerden der DiskutantInnen im Fokus (Susi, Andrea und Leo, GD01\_2, 00:05:55). In beiden Settings reden sie viel über eigene Erkrankungen und Erfahrungen mit der körperlichen Gesundheit (bspw. Weisheitszahn-OP's oder Arztbesuche bei Spezialisten, wie Augen- oder Zahnärzten) ebenso wie über allgemeine Themen mit Bezug zur Gesundheit (bspw. Blut- oder Organspenden und Unterschiede zwischen Privat- und KassenpatientInnen). Dabei machen sie immer wieder deutlich, dass es ihnen gut gehe, sie kaum Ärzte bräuchten, sich gut selbst zu helfen wüssten oder Erkrankungen und psychosoziale Belastungen kaum als diese wahrnehmen.

*„Mir geht's eigentlich überdurchschnittlich oft ziemlich gut (...) und meine Ärztin will mir sagen dass ich depressiv bin (2) 'naja' (2) ich glaube ich kann meine Probleme immer nich so gut verständlich machen (...).“ (Andrea, GD 01\_1, 00:19:24).*

Sie fühlen sich *überdurchschnittlich oft ziemlich gut*, auch wenn sie damit nicht immer im Konsens mit ihren Ärzten stehen, beziehen diese auch psychosoziale Aspekte in ihre Diagnosen ein. Diagnosen von Ärzten oder anderen Gesundheitsprofis, die nicht in ihr Verständnis eines somatisch-orientierten Gesundheitsverständnisses passen, erachten sie als eher zu vernachlässigen. Darüber hinaus nehmen sie ihre Gesundheit eher in ihrem Verlust bzw. dem Auftreten von Erkrankungen wahr. Bspw. gehen sie auf die Nachfrage nach ihrer bedeutsamsten Erfahrung mit Gesundheit auf Situationen des Gesundheitsverlusts ein, der Wahrnehmung von körperlicher Krankheit. Diesen Verlust von Gesundheit nehmen sie wiederum erst wahr, wenn er sie auch im Alltag einschränkt, sie ihn für sich selbst als belastend wahrnehmen. Sie schaffen es ihre physischen Beschwerden, wie bspw. die langanhaltenden Erkrankungen, so gut und kompetent in ihren Alltag zu integrieren, sodass sie diese meist kaum als Belastung wahrnehmen müssen und sich wieder überdurchschnittlich gut fühlen können.

Ganz anders zeigt es sich im Diskurs von Angehörigen des ausgleichs- und balanceorientierten Gesundheitstypen. Gleich zu Beginn des Settings wird deutlich, dass Gesundheit eine hohe individuelle Auslegung beigemessen wird, die „jeder für sich selber (...) anders definiert“ (Nadine, GD02\_1, Z. 11). Gesundheit wird nicht allein als normatives gesundes

Verhalten, wie gesunde Ernährung oder Bewegung verstanden, sondern in ihrer Individualität wahrgenommen. Zudem wird Gesundheit eine psychische und physische Dimension beigemessen „ja dann auch die geistige und die körperliche Gesundheit“ (ebenda, Z. 13). Prinzipiell betrachten sich die DiskutantInnen als gesund, fühlen sich aber stark von der Schule belastet. Sie haben verschiedene Strategien entwickelt diese Belastungen auszugleichen, um immer wieder in eine innere Balance zu finden, wie sie erzählen, um so langfristigen Störungen oder Belastungen präventiv vorzubeugen.

*„(...) vor allen Dingen weil man das jetzt auch ja durch die Medien immer mehr so mitkriecht Burnouts oder so und das halt generell durch G8 viele Schüler so unter diesem Stress und Druck stehen und das möchte ich halt für mich persönlich irgendwie vermeiden weil mich das dann doch zu sehr belastet also (1) ja das ich den irgendwie loswerde das ich den abbaue diesen Stress.“ (Nadine: GD02\_1, Z. 32)*

Sport und Bewegung schreiben alle DiskutantInnen eine hohe Bedeutung im Zusammenhang mit ihrer biopsychosozialen Gesundheit zu. Sie betonen dabei immer wieder die Funktion des Ausgleiches, insbesondere im Zusammenhang mit ihren Strategien der Stressreduktion von wahrgenommenen Belastungen des Schulalltags. Sie planen in ihren Alltag Momente des eindeutigen Abstands zur Schule und dem Schulstress ein, die sie zeitlich und räumlich klar vom Alltagsgeschehen abgrenzen. Freizeit, Abstand zum stressigen Alltag und insbesondere Spaß am Leben und mit Freunden sind, neben einem stark präventiv ausgerichteten Gesundheitserhalten, konstitutive Merkmale von DiskutantInnen des ausgleichs- und balanceorientierten Gesundheitstyps.

DiskutantInnen des reaktiv-ausgleichenden Gesundheitstypen hingegen nehmen ihre Gesundheit erst wahr, wenn sie sich in ihrer gesundheits- oder leistungsbezogenen Lebensqualität eingeschränkt fühlen oder eine Bedrohung dafür wahrnehmen. Ist dem nicht der Fall, so sind andere Themen für sie von höherer Relevanz und Gesundheit wird mehr oder weniger aus dem kommunikativen Alltag ausgeklammert.

*I: „ähm erzählt mal was bedeutet denn gesund leben für euch?“*

*Jan: „Wir sind immer noch da?“*

*I: „Hmm.“*

*Jan: „ach du kacke (1) ,gesund leben““ (Jan: GD03\_1, Z. 293).*

Gesundheit wird kaum Bedeutung im Diskurs beigemessen obwohl Erzählaufforderungen ebenso themenfokussiert wie in allen Settings gewählt wurden. Angehörige des reaktiv-ausgleichenden Gesundheitstypen diskutieren dennoch lieber fröhlich, lachend und stark an aktuell für sie relevanten Themen orientiert über alltagsweltliche Belange. Sie sind miteinander befreundet bzw. gut bekannt und schweifen immer wieder vom Thema Gesundheit auf andere

Dinge ab. Gesundheit wird zwar immer mal wieder in den Diskurs eingebunden, dies aber eher beiläufig.

*Lena: „um wieder auf's Thema zu kommen Alkohol ist ungesund ,ja‘.“  
(GD03\_1, Z. 153)*

Auf die erste Nachfrage, ob die DiskutantInnen gesund leben, wird auch diese Diskussion anhand der beiden Indikatoren gesunde Ernährung und Bewegung eröffnet. Jedoch steht bei ihnen der Lustaspekt im Fokus ihrer Gesundheitsmotivation. Mit Blick auf ihre Ernährungsgewohnheiten konstatieren sie bspw. „also ich verzichte jetzt aber nicht so immer auf so'n Burger oder so“ (Lena: ebenda, Z. 30, 32), sondern gleichen solche ‚Ernährungsünden‘ lieber wieder mit Phasen gesunder Ernährung aus „so phasenweise ernähre ich mich heftigst ungesund dann kommt auch mal wieder so'ne gesunde Phase“ (Sandra: ebenda, Z. 33; Jan, ebenda, Z. 38). Ähnlich zeigt sich ihr allgemeines Verständnis von Gesundheit. Gesundheit scheint in ihrem Leben erst dann eine Rolle zu spielen, wenn sie eine Bedrohung, Gefährdung oder bereits eingetretene Einschränkung für sie wahrnehmen oder zu befürchten haben (Lena, ebenda, Z. 971, 922; Jan, ebenda, Z. 967). Vor dem Hintergrund möglicher Gesundheitsgefahren entwickeln sie gesundheitsachtsame Strategien

*„vielleicht schon gemerkt das ich vielleicht n'bisschen sehr viel Alkohol trinke also ne Zeitlang gemacht-macht hab und das darauf dann halt schon irgendwie so'n Gefühl einfach ey so du musst eigentlich ma gucken was was mit dir so los is nicht das dir das auch passiert“ (Jan: ebenda).*

Von welcher Nachhaltigkeit geplante Verhaltensänderung sind, bleibt im Diskurs jedoch nur zu erahnen, lassen aber wenig Dauerhaftigkeit vermuten.

*Sandra: „ach so ((lacht)) du bist also so'n prinzipieller Absturzschieber?“  
Jan: „auf jeden Fall (1) stimmt wir warn noch nie feiern (1) Sandra (...).“  
(GD03\_1, Z. 394)*

*„das merk ich auch bei mir also wenn irgendwie jetzt (...) deine Freunde grad auch immer oder so oder wenn irgendwer plötzlich ins Krankenhaus geht weil (1) das und das hat-er-oder das und das irgendwie versagt hat dann denkst du halt schon drüber nach so ey was wär passiert wenn aber irgendwann verdrängst du's halt wieder.“  
(Jan, ebenda, Z. 995)*

Einschränkungen in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität werden aber dennoch mit langfristigen und nicht wieder umkehrbaren Folgen assoziiert „ich find dann kann man so voll nicht so sein Leben so quasi in vollen Zügen genießen und so alles ausprobieren (...)“ (Sandra, ebenda, Z. 989), insbesondere dann wenn sie in einem Zusammenhang mit ihrer aktuellen Lebensphase und Lebenslage gesehen werden, auch wenn Intentionen von realen Verhaltensänderungen kaum thematisiert werden.

### 6.2.3 Gesundheitsmotive und gesundheitsbezogene Handlungsstrategien

*„Ja also für mich bedeutet es halt primär äh dadurch dass ich halt körperlich eigentlich gesund bin dass ich halt wirklich genug Schlaf bekomme und dass ich halt so ein Ausgleich zu der Schule habe also das ich da dann Sport mache oder mich halt irgendwie anders beschäftige mit Freunden treffe das ich da die Schule wirklich ma vergessen kann so diesen Druck diesen Leistungsdruck auch ähm (1) halt wirklich weil's mir körperlich gut geht bin ich da vielleicht eher so auf meine geistige Gesundheit bedacht vor allen Dingen weil man das jetzt auch ja durch die Medien immer mehr so mitkriecht Burnouts oder so und das halt generell durch G8 viele Schüler so unter diesem Stress und Druck stehen und das möchte ich halt für mich persönlich irgendwie vermeiden weil mich das dann doch zu sehr belastet also (1) ja das ich den irgendwie loswerde das ich den abbaue diesen Stress.“ (Nadine, GD02\_1, Z. 32)*

Die DiskutantInnen ausgleichs- und balanceorientierter Gesundheitstypen verstehen Gesundheit anhand körperlicher und psychosozialer Dimensionen, finden Einflüsse auf die eigene Gesundheit im Alltag, denen sie in präventiv-ausgleichsmotivierten Strategien aktiv entgegen wirken und erweisen sich zudem als durchaus kritisch-reflexiv im Verständnis von und Umgang mit der eigenen Gesundheit.

*„Ja ich denk manche empfinden oder sagen oder definieren äh gesund ähm so mit gesunder Ernährung so was zum Beispiel inner Zeitschrift steht wie man sich das man sich körperlich betätigen soll das man das man sich gesund ernähren soll ähm und ähm keine Ahnung und für manche is gesund einfach nur das man zufrieden mit sich is und wie ich vorhin schon gesagt habe das man sich in seinem Körper wohl fühlt und ja da gibt's denk ich so zwei Positionen zu.“ (Sarah, GD02\_1, Z. 80)*

Sie gehen davon aus, dass jeder *gesund zu sein* individuell definiert, wobei sie immer wieder ein Wechselspiel zwischen Elementen geistiger und körperlicher Gesundheit betonen (Nadine, GD02\_1, 11, 13). Den Schwerpunkt oder Fokus würde dabei jeder selbst und je nach physischer und psychischer Verfassung setzen (ebenda, 82). Angehörige der ausgleichs- und balanceorientierten DiskutantInnen nehmen einen Zusammenhang zwischen physischen Belastungen und einflussnehmenden psychosozialen Aspekten ihrer eigenen Lebenswelt für sich selbst wahr.

*„Also bei mir wars zum Beispiel so dass ich einmal das schon bisschen länger her vor eins zwei Jahren oder sowas das ich irgendwie hier in Deutschland immer so ähm Nierenschmerzen hatte komischer Weise weiß ich auch nich wovon und dann im Urlaub als ich in Spanien war und ich da am Strand lag immer auf einmal wars dadurch weg und da hab ich mich so richtig wie so neu geboren gefühlt das war einfach dann so schön da die Zeit dann da zu genießen und einfach auch allgemein weg von hier zu sein weil mich das dann zu sehr an den ganzen Stress erinnert hätte und auf jeden Fall ging's mir dadurch auch besser (...).“ (Torben, GD02\_1, 00:48:32)*

Ganz im Gegenteil zu DiskutantInnen des funktional-leistungsorientierten Gesundheitstyps, die kaum einen Zusammenhang zwischen physischen und psychosozialen Dimensionen von Gesundheit finden können, erkennen sie direkte Zusammenhänge physischer Gesundheit und psychosozialen Wohlbefindens. Dies zeichnet den Diskurs ausgleichs-balanceorientierter Gesundheitstypen in besonderem Maße aus. Angehörigen ist es, wie fast allen anderen wichtig, Sport zu treiben und sich gesund zu ernähren, sie integrieren dies aber bewusst und mit dem Ziel des Ausgleichs stressiger oder belastender Alltagssequenzen in ihren Lebensalltag. Sie richten präventive Strategien bewusst dahingehend aus, Stress zu reduzieren oder ihn mit Momenten der Erholung auszugleichen. Sie sind um einen fortwährenden Ausgleich bedacht, den sie sich, insbesondere vor dem Hintergrund präventiv orientierter Motive zur weiteren Aufrechterhaltung oder *Balance* ihrer Gesundheit, „gönnen“. Veranschaulichen lassen sich diese Ausgleichssequenzen beispielsweise in der deutlichen Trennung von Schule und Freizeit, die Nadine, Torben und Sarah für sich immer wieder einfordern. Torben erzählt, er verbiete an manchen Tagen sogar seinen FreundInnen in seiner Freizeit über die Schule zu sprechen. Für Nadine ist es ebenfalls wichtig, „Schule einfach mal wegzulassen und dann ähm ja einfach so gemeinsame Zeit mit den Freunden zu finden andere Themen zu haben“ (ebenda, Z. 74). Im gänzlichen Verdrängen der Schule aus dem Freizeitleben, wie Torben es von seinen FreundInnen einfordert, wird jedoch eine Schwierigkeit gesehen. Die Schule nehme im Leben Jugendlicher einen so großen Bereich ein, dass es sich kaum vermeiden ließe, dass sie auch in der Freizeit zu Sprache kommt (Nadine: ebenda). Dennoch stimmen sie prinzipiell darin überein, dass sie es für wichtig erachten, sich im Freizeit-Alltag mit ganz anderen Themen, als der Schule, zu beschäftigen. Man spreche unter der Woche schon so viel über die Schule, dann wolle man sich am Wochenende lieber mit anderen treffen, feiern oder ins Kino gehen und die Schule einfach ausblenden (Sarah, ebenda, Z. 75). Am Wochenende und in der Freizeit stehen für sie eher Entspannung, Abstand und Regeneration im Vordergrund (ebenda) „am Wochenende is dann Schule weniger Thema als unter der Woche wenn man sich (unterhält)“ (Nadine, Sarah, ebenda, Z. 76, 77). Anders ist es bei Manuela, die durch einen Zuordnungsfehler in die Gruppe der balance- und ausgleichsorientierten DiskutantInnen gerutscht ist. Sie nimmt sich ihre Hausaufgaben auch schon mal mit an den See und lernt dort mit ihren FreundInnen in der Freizeit (Manuela, ebenda, Z. 73). Sie nimmt die Verbindung ihrer Pflichten mit ihrer Freizeit als weniger belastend wahr. Bei Manuela zeigen sich auch an anderer Stelle Differenzen zum Profil der ausgleichs-balanceorientierten DiskutantInnen. Beispielsweise scheint bei Manuela ein biomedizinisches Verständnis von Gesundheit, gegenüber einem eher mehrdimensionalen der ausgleichs- und balanceorientierten Typen, zu dominieren und auch in ihrem Alltag langanhaltende Erkrankungen eine Rolle zu spielen – ähnlich wie bei DiskutantInnen der funktional-leistungsorientierten Gruppe.

*„Also ich hab mich das letzte Mal so richtig gesund gefühlt als ich dann also ich hätte in den letzten Jahr öfter ma Krankenhausbesuche weil ich ähm Nierenprobleme habe und*

*dann als ich dann endlich aus dem Krankenhaus konnte weil im Krankenhaus find ich fühlt man sich einfach nur noch kranker als man schon is und dann is das irgendwie so schön dass man endlich so in sein Alltag gehen kann und das machen kann wo man sich wohl fühlt und dadurch fühlt man sich find ich auch gesund.“ (Manuela: GD02\_1, Z. 90).*

Ähnlich dem Gesundheitsverständnis funktional-leistungsorientierter DiskutantInnen erzählt Manuela auf Nachfrage zu einer Situation, in der sie sich gesund gefühlt hatte, den wahrgenommenen Verlust und die Wiedergewinnung körperlicher Gesundheit. Hier zeigt sich ein stärker biomedizinisch geprägtes Verständnis von Gesundheit, das Manuela mit einer auch selbst wahrgenommenen körperlichen Beeinträchtigung verbindet. RepräsentantInnen des ausgleichs- und balanceorientierten Typs hingegen gehen in dieser Sequenz auf Situationen eines Wohlbefindens nach dem Sport ein, in denen sie sich *powervoll* oder *gesund* fühlten (Sarah, Torben, Nadine, GD02\_1, Z. 84, 87, 89). Zwar beschreibt auch Manuela die Wiedergewinnung ihrer Gesundheit als konstitutives Merkmal, orientiert sich in ihrer Erzählung aber erstens am vorherigen Verlust ihrer Gesundheit und zweitens stärker an medizinischen Indikatoren, wie ihren körperlichen Beschwerden und der Institution Krankenhaus. Die DiskutantInnen des ausgleichs- und balanceorientierten Typs hingegen nehmen ihre Gesundheit im Zusammenhang mit körperlicher Aktivität und psychosozialem Wohlbefinden in alltagsspezifischen Situationen wahr. Ihnen geht es nicht primär um die Wiedergewinnung von Gesundheit, sondern eher das Spüren von Gesundheit und Wohlbefinden in ihrer eigenen Wirksamkeit sowie des aktiven Ausgleichs zur Vorsorge von Belastungen, seien sie nun physisch oder psychisch.

Insbesondere mit Blick auf schulische Leistungsanforderungen agieren die DiskutantInnen ausgleichsorientiert. Um einerseits ihrem Bedarf an Abstand und andererseits schulischen Ansprüchen gerecht werden zu können, planen sie Auszeiten strategisch in ihren Alltag ein.

*„Ja also äh wie gesagt also (...) diese Aufgaben so beiseite zu schieben und ich mach die dann und dann muss ich halt aber also da is es dann wieder schwer auf mich selber zu gucken wie gesagt dann brauch ich auch diesen Moment wo ich immer rausgehe einfach laufe und so alles was ich gerade gemacht habe oder wo man dann halt diese lange Zeit am Schreibtisch gesessen hat dann einfach mal aufzustehen und sich zu bewegen.“ (Nadine, GD02\_1, Z. 46)*

Sie wissen von sich, dass sie erst nach Erledigung ihrer Pflichten mit gutem Gewissen entspannen können und versuchen dies daher so gut wie möglich zu berücksichtigen „weil sonst lieg ich dann in meinem Bett und denke 'du hast das jetzt nich gemacht wie läuft es denn dann jetzt am nächsten Tag ne das geht so nich' und dann würd ich das wahrscheinlich alles noch machen und dann wieder zu wenig Schlaf kriegen und deswegen ja erledige ich das halt vorher hmm“ (Nadine, ebenda, Z. 46). Diese hohe Disziplin erst alle Aufgaben zu erledigen und sich dann lebensweltlichen Bedürfnissen hinzugeben, gelingt nicht allen DiskutantInnen

gleichermaßen. Einige schaffen sich erst einen Ausgleich und Abstand vom anstrengenden Tag mit verschiedenen Freizeitaktivitäten und erledigen dann ihre Hausaufgaben. Unter anderem mit der Konsequenz, ihre Hausaufgaben bis spät in die Nacht zu bearbeiten (Torben, ebenda, Z. 35). Es fällt ihnen unterschiedlich stark schwer, sich direkt nach der Schule zu ihren Hausaufgaben zu motivieren. Spätestens in der Nacht halte sie ihr schlechtes Gewissen dann aber alle vom erholsamen Schlaf ab, wie Manuela hier zusammenfasst.

*„(...) und dann später so nachts fällt mir das dann so ein dann sag ich so „ja ok ey mach ich das lieber bevor ich das morgen machen muss“ oder so und dann schlaf ich halt ne Stunde weniger oder so und dann bereue ich es morgens meistens doch so spät schlafen gegangen zu sein.“ (Manuela, GD02\_1, Z. 49)*

Die Müdigkeit am nächsten Tag erinnert sie an diese Fehlentscheidung (Torben, ebenda, 35). Dennoch sind sie in vielen Alltagssituationen eher um ihr biopsychosoziales Wohlbefinden bedacht und stellen Pflichten dann auch schon mal hinten an – auch mit der Konsequenz sich am nächsten Morgen nicht ausgeschlafen zu fühlen.

Als wichtige Strategien des Ausgleichs im Alltag führen die DiskutantInnen insbesondere sportliche Freizeitaktivitäten an „ich beweg mich schon viel oder geh raus um irgendwie auch so‘n Ausgleich zu haben“ (Torben: GD02\_1, Z. 17). Sport wird als Gegensatz zu der bewegungsarmen Schule wahrgenommen, der es ihnen ermöglicht, ihren Körper anders wahrzunehmen.

*„Also man hat halt einfach irgendwie was getan also auch körperlich sich dann mal angestrengt weil das einfach so was ganz anderes ist weil im Gegensatz zu der Schule wo man dann den ganzen Vormittag über nur auf seinem Stuhl sitzt oder auch zu Hause wenn man Hausaufgaben macht am Schreibtisch.“ (GD02\_1, Z. 93)*

In dieser kontrastiven Wahrnehmung des sportlich aktiven Körpers, im Gegensatz zu kognitiven Konzentrationsleistungen im Schulalltag, finden sie einen Ausgleich zum stressigen Alltag. Sport wird dabei als verbindendes und freudvolles Erlebnis mit oder ohne FreundInnen verstanden und kaum leistungsorientiert ausgeübt.

*„Man-macht man nich nur Sport ähm spielt Fußball sondern es macht ja auch eigentlich Spaß wenn man da mit genug Leuten is dann macht man das ja auch nich nur so um sich irgendwie fit zu halten sondern einfach weil man bisschen Zeit vertreiben will und m ja wie gesagt es macht eim dann auch Spaß deshalb macht man das dann auch.“ (Torben, GD02\_1, Z. 94)*

Ausgleichs- und balanceorientierte DiskutantInnen verfolgen zwar unterschiedliche, aber prinzipiell kaum leistungsorientierte Motive beim Freizeitsport. Bei ihnen steht das eigene Wohlbefinden im Fokus um den stressigen, belastenden oder anderweitig einnehmenden Lebensalltag mit positiven Erlebnissen auszugleichen. Sie erfahren diese Form von innerer

Balance, zwischen Belastung und Entspannung, in ähnlicher Intensität bei entweder alleinigen Aktivitäten oder auch Freizeitaktivitäten im Freundeskreis. Die DiskutantInnen des ausgleichs- und balanceorientierten Gesundheitstyps unterscheiden dabei aber sehr eindeutig zwischen Phasen der Erholung und dem eher leistungsorientiert-stressigen Alltag. Daher differenzieren sie nicht nur zwischen alltäglichen Aufgaben und Freizeitaktivitäten am Nachmittag, sondern auch zwischen der Arbeitswoche und ihrer Freizeit am Wochenende und in den Ferien (Torben, GD02\_1, Z. 127). Ebenso wie unter der Woche erlauben sie sich erholsame Lebenssequenzen, unter der Maßgabe im Alltag allen Pflichten gerecht geworden zu sein, mit gutem Gewissen.

*„man muss es ja nicht übertreiben aber dann brauch man echt nicht nochmal so nachzudenken irgendwie dass man auch noch genug für die Schule tut also deshalb is es mir wichtig mich jetzt erst mal noch diese zwei drei Wochen auf diese ganzen Klausuren zu konzentrieren aber danach kommt ja kommen ja noch diese ganzen Sommertage oder Geburtstage wo man dann einfach dann gar nichts dann machen will und ich finde wenn man das jetzt dann auch gut übersteht und dann noch n gutes Gewissen dabei hat das man sich so sagt ja s-da war jetzt keine ungefähr-äh-keine-unbedingt-schlechte Klausur dabei dann kann man sich auch wirklich mal so 'n Tag oder n Wochenende nehm wo man ma macht worauf man Lust hat.“ (Torben, ebenda, Z. 127)*

Freie Tage werden als Ausgleich zum alltäglichen und insbesondere durch die schulischen Anforderungen strukturiertes Leben wahrgenommen. Sie dienen der Regeneration und Erholung und stellen einen geschützten Raum für die DiskutantInnen dar, um wieder Kraft zu gewinnen. Dafür strengen sie sich bspw. in der Klausurphase besonders an. Insbesondere charakteristisch für die DiskutantInnen des ausgleichs-balanceorientierten Gesundheitstyps ist dabei nicht nur eine zeitliche sondern darüber hinaus auch räumliche Trennung von Alltag und Freizeit. Dies berichten sie sehr anschaulich auf Nachfrage nach dem schönsten Erlebnis mit ihrer eigenen Gesundheit, anhand von Situationen und Orten, an denen sie wieder Kraft schöpfen konnten. Torben erfuhr dieses Gefühl nach einer vergangenen Klausurphase, als er in der Therme im Whirlpool lag und sich völlig entspannt fühlte (GD02\_1, Z. 147). Sarah fällt dazu ihr letzter Urlaub ein, in dem sie „mit mehreren Freundinnen“ in einer eigenen Wohnung eine entspannte Zeit bei gutem Wetter verlebt und viel unternommen habe (ebenda, Z. 148). In diesem Urlaub habe sie sich „sehr gesund gefühlt also sehr wohl auch noch“ (ebenda). Nadine erinnert sich bei der Frage nach dem schönsten Erlebnis mit Gesundheit an einen Urlaub mit ihrer Familie.

*„egal was man macht aber schön ist dann halt das man mit der Familie was zusammen macht das man mit denen zusammen ist (...) Urlaub is halt einfach so 'ne stressfreie Zeit also man kann sich wirklich entspannen man muss nich an die Schule denken oder halt ähm bei den Eltern an die Arbeit was ich halt sonst zu Hause auch immer oft mitkriege (...) im Urlaub ist das halt alles ganz anders da ist man dann ja weggefahren und ähm is halt eben vielleicht nich unbedingt zu erreichen ich schalte dann auch gerne mein Handy mal aus*

*und muss dann da nich immer dran sein sondern kann dann einfach mal alles vergessen ja sich dann wohlfühlen.“ (Nadine, ebenda, Z. 150)*

Diese Phasen werden in inhaltlicher und räumlicher Distanz als erholsam wahrgenommen, in denen weder an Schule oder Beruf gedacht wird noch die Örtlichkeit, an die diese alltäglichen Momente erinnern. In ihren Auszeiten nehmen sie bewusst Abstand vom Alltäglichen und lassen sich auf konträre Erlebnisse und Erfahrungen ein, die ihnen Gemeinschaft, Freude und inneres Wohlbefinden vermitteln. Insbesondere die Bewusstheit dieser Handlungen zeigt sich als charakteristisch im Diskurs des ausgleichs-balanceorientierten Gesundheitstypen. Seine Angehörigen nehmen räumlich Abstand, konzentrieren sich auf die von ihnen als positiv wahrgenommene Situation und entscheiden sich ganz bewusst dazu, den Alltag auszuklammern, indem sie bspw. auch mal das Handy ausschalten (Sarah, Nadine, ebenda, Z. 150, 151).

Überdies zeichnen sich die ausgleichs- und balanceorientierten VertreterInnen im Diskurs durch eine einerseits recht kritisch-reflexive Selbstwahrnehmung und andererseits eine kritische Einstellung gegenüber gesundheitlichen Risiken ihrer Lebenswelt aus. Sie richten gesundheits-achtsame Verhaltensweisen präventiv an ihrer individuellen Verfassung und Lebenssituation aus und nehmen darüber hinaus allgemeine Gesundheitsinformationen wahr, die sie in ihre eigenen präventiv-achtsamen Strategien einbeziehen.

*„(...) vor allen Dingen weil man das jetzt auch ja durch die Medien immer mehr so mitkriecht Burnouts oder so und das halt generell durch G8 viele Schüler so unter diesem Stress und Druck stehen und das möchte ich halt für mich persönlich irgendwie vermeiden weil mich das dann doch zu sehr belastet also (1) ja das ich den irgendwie loswerde das ich den abbaue diesen Stress.“ (Nadine: GD02\_1, Z. 32)*

Im medialen Diskurs erhöhter Burnout-Prävalenzen erkennen sie in diesem Beispiel ein eigenes Gesundheitsrisiko und wirken diesem mit entsprechend präventiv angelegten Strategien bereits frühzeitig entgegen. Ähnlich handeln sie auch mit Blick auf die Vermeidung physischer Erkrankungen, wie sie Nadine am Beispiel ihrer Vorbereitungen auf einen vergangenen Auslandsaufenthalt erläutert.

*„Wir wollten halt alle diese Zeit da hinten genießen und auch alle Aktivitäten mitmachen können und das man da dann wirklich sehr auf die Hygiene geachtet hat oder auch darauf was man halt isst zum Beispiel das man nicht ähm das ungefilterte Wasser da hinten trinkt oder das man auch kein Salat da essen durft der halt mit diesem Wasser gewaschen wurde ähm ja das man da halt sehr drauf aufgepasst hat auf die Gesundheit auch das ich da obwohls in (x-Land) ja warm is auch trotzdem immer n Schal dabei hatte wenn man dann wieder in klimatisierten Räumen war das man keine Erkältung gekriecht hat.“ (Nadina, GD02\_1, Z. 120)*

Einige dieser präventiv achtsamen Strategien haben die DiskutantInnen zudem vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen entwickelt:

*„ich glaube auch das man einmal also nich unbedingt bei jeder Krankheit aber wenn man so krank is dass man dann beim nächsten Mal dann besser drauf aufpasst und dann mehr Rücksicht-nehm“ (Torben, ebenda, Z. 107).*

Sie achten nicht nur auf allgemeine Gesundheitsinformationen oder -empfehlungen anderer, sondern auch die Signale ihres eigenen Körpers. Wenn der Stress in der Schule als übermäßig empfunden wird, gleichen sie ihn mit unterschiedlichen Stressreduktionsstrategien aus, um einer psychischen Belastung entgegenzuwirken (Nadine, ebenda, Z. 32) oder wenn sie aufgrund ihrer eigenen Körpererfahrung eine mögliche Erkrankung befürchten, beugen sie dieser mit einer bspw. entsprechenden Kleidung vor (Torben, ebenda, Z. 107). Ihre Gesundheitsachtsamkeit basiert einerseits auf kognitiv und andererseits interaktiv kritisch-reflexiven Auseinandersetzungen mit fremdem oder eigenem Erfahrungswissen. In allen Situationen führt diese hoch ausgeprägte kritisch-reflexive Kompetenz aber zu einem achtsamen Umgang mit der eigenen Gesundheit und Wahrnehmung eigener Grenzen. Am Beispiel von Alkohol bedeute dies „vielleicht einmal so seine Grenze kennen lernen (...) bis er (...) das dann wieder auskotzt“ (Torben, ebenda, Z. 110) und führe dazu, den Konsum beim nächsten Mal rechtzeitig zu beenden.

*„ja also man fühlt sich dann ja schlecht wenn man dann zu viel getrunken hat oder was auch immer und dann wird man das ja wahrscheinlich nich noch mal wiederholen und deshalb weiß man dann beim nächsten Mal ungefähr Bescheid und sagt dann ne es reicht hab genug getrunken ich will nich nochmal so weit gehen.“ (Torben, ebenda, Z. 114)*

Nicht alle mussten diese alkoholbedingte Grenze erst überschreiten, um sich an sie zu halten. Nadine, die sich als sehr gesundheitsachtsam im Diskurs zeigt, erzählt, sie höre pauschal frühzeitig auf zu trinken und habe die Erfahrung eines alkoholbedingten Absturzes noch nicht machen müssen (Nadine, ebenda, Z. 118). Im Vergleich zu Torben, der seine Alkoholgrenzen seinen Erläuterungen folgend wahrscheinlich schon erlebt hat und dadurch zu achtsamen Strategien gelangte, ist Nadine disziplinierter und fordert ihre Grenzen erst gar nicht heraus, sondern beendet den Konsum rechtzeitig. Präventive Strategien zeigen sich bei ihr durchweg am deutlichsten.

Die ausgleichs-balanceorientierten DiskutantInnen sehen eigene gesundheitliche Risiken zudem in lebensweltlich einwirkenden Faktoren, wie insbesondere der Schule. Diese stelle Jugendliche heutzutage unter einen sehr hohen Leistungsdruck und wirke sich contra produktiv auf individuelle Regenerations- und Selbstfindungszeiten aus. In einer Unterrichtsstunde zur aktuellen Lebenslage Jugendlicher ist ihnen aufgefallen, wie intensiv sich die schulischen

Leistungsansprüche aktuell und insbesondere auf ihrer Schule auf jugendliche Lebenswelten auswirken:

*„und da is uns halt aufgefallen dass das aber auch so besonders an unsere Schule irgendwie stärker is ähm so irgendwas zu erreichen oder das auf jeden Fall alle das Abi schaffen müssen“ (Sarah, GD02\_1, Z. 61).*

Ohne ein Abitur rechnen sie sich schlechtere Chancen für ihre eigenen Zukunftspläne aus. Das Abitur zu erreichen, wird jedoch in Verbindung mit sehr hohen Leistungsanforderungen wahrgenommen.

*„Ich denke auch manchmal das jedes Fach das ich habe mein LK-Fach wär (...) irgendwie in Sport sogar Referate halten.“ (Torben, ebenda, Z. 60)*

Vorzugsweise führen sie diese hohen Leistungsanforderungen auf die verkürzte Oberstufe auf nur noch insgesamt 12 Jahre Schule zurück. Hierdurch würde ihnen nicht nur weniger Zeit für das Abitur bleiben, sondern auch für die eigene Zukunftsplanung.

*„Ich glaube auch das ähm das uns durch G8 viel Zeit genommen wurde also vorher bei G9 hatten wir denk ich mehr Zeit oder hätten wir mehr Zeit gehabt das seh ich auch bei meinem Bruder der hatte noch vorher G9 weil bei ihm war das noch also finde ich ähm entspannter (...) also wir müssten jetzt zum Beispiel schon mit siebzehn unsere Bewerbung schreiben ähm für anne Uni keine Ahnung wo wir studieren möchten und was wir studieren möchten und das machen wir dann vielleicht unser ganzes Leben lang und das soll'n wir jetzt schon mit siebzehn entscheiden (...) das find ich schon heftig und da spürt man auch bei vielen so den Druck das man sich halt entscheiden muss für etwas.“ (Sarah, ebenda, Z. 61)*

Die DiskutantInnen stehen vor dem Dilemma, einerseits ihrem Anspruch schulischer Leistungserfüllung gerecht werden zu können, andererseits hinreichend Momente der Auseinandersetzung mit Zukunftsaspirationen zu finden, um sich auch noch Gedanken für eine berufliche Zukunft zu machen, die sie wiederum nur gelingend erreichen, weisen sie auch ein gutes Abitur vor. Unter diesem Druck, so sagen sie, könne man es sich nicht einmal mehr erlauben in der Schulzeit krank zu sein.

*„also mir fällt auch auf das man sich so im Moment einfach gar nich erlauben kann wenn man mal krank is das man dann nich einfach so zu Hause bleiben kann“ (Sarah, ebenda, Z. 64).*

Insbesondere in den Klausurphasen verpassen sie zu viel, wenn sie krankheitsbedingt einen Tag nicht am Unterricht teilnehmen. Um den verpassten Stoff zusätzlich nachzuholen, fehle die Zeit neben all den sowieso schon anfallenden Aufgaben, sodass sich ein Fehlen aufgrund von Krankheit als zusätzlicher Stress auswirke (Sarah, ebenda). Neben der wahrgenommenen psychosozialen Belastung durch Stress und Druck im Schulalltag, verspüren sie zudem noch

eine Verhinderung körperlicher Regenerationszeiten, wollen sie dem eigenen Anschluss- und Leistungsdruck noch gerecht werden. Sie brauchen ein gutes eigenes Zeitmanagement, um Regenerationszeiten, die für sie sehr wichtig sind, fortwährend aufrechterhalten zu können.

*„Ja man braucht halt so ‘n richtig gutes Zeitmanagement weil die Lehrer da halt einen nicht mehr irgendwie so an die Hand nehmen und sagen ok jetzt macht ihr diesen-diese kleine Teilaufgabe bis dahin und dann danach die Teilaufgabe bis zum nächsten Mal sondern die geben halt eine große Hausaufgabe auf und die muss man dann bis nächste Woche fertig haben dazwischen sind dann drei Tage frei mit den Feiertagen und dann müssen wa halt irgendwie zusehen das man das hinkriecht und dann auch noch die ganzen anderen Aufgaben aus anderen Fächern mitberücksichtigen und dann halt aufpassen ähm ja das man das halt nicht zulange vor sich herschiebt weil es sonst einfach unmachbar ist.“ (Nadine, ebenda, Z. 66)*

Die DiskutantInnen des ausgleichs-balanceorientierten Gesundheitstypen nehmen den alltäglichen Leistungsdruck wahr und ernst, schaffen es aber dennoch, sich immer wieder Momente der Regeneration einzuplanen, die ihnen helfen, Kräfte für den Alltag zu sammeln. Sie achten auf Signale ihres Körpers, nehmen Gesundheitsinformationen kritisch und selbstreflexiv wahr und richten ihr alltägliches Verhalten dementsprechend präventiv aus. Sie haben keineswegs weniger Stress als andere Jugendliche, aber sie nehmen ihren Stress wahr und ernst und achten in besonderem Maße auf ihren Körper, ihre Psyche und das sich diese im inneren Gleichgewicht befinden und *gönnen* sich zeitlich und räumlich klar abgetrennte Momente der bewussten Regeneration.

*„Ich glaub man fühlt sich auch besser wenn man eine Klausur hinter sich hat zum Beispiel wenn man heute jetzt die Klausur hinter sich hat dann äh hat man ja vielleicht dafür schon viel Zeit investiert und dafür kann man dann am anderem Tag dann dafür den Tag einfach für was ganz anderes nutzen und dann ja weniger sich auf Schule konzentrieren weil man auch dann allgemein sich einfach dann besser fühlt wenn man weiß des-man sich hinter sich hat (zwar) kann man dann eh nichts mehr ändern an der Note aber trotzdem find ich das dann für einen äh auch für Kopf so besser das man dann nicht mehr weiß dass man eigentlich noch lernen sollte weil dann man irgendwie nie aus dem Kopf kriegt ‚bisschen‘ irgendwann muss man ja was dafür tun wenn man weiß was man hinter sich hat dann kann man sich dann auch noch für andere Sachen konzentrieren.“ (Torben, GD02\_1, Z. 144)*

Im deutlichen Kontrast zu den ausgeprägt präventiv-achtsamen Motiven und Strategien der ausgleichs-balanceorientierten DiskutantInnen zeigen sich gesundheitsbezogene Verhaltensweisen der funktional-leistungsorientierten RepräsentantInnen. Diese repräsentieren ein, in der Untersuchungspopulation gegenüber den beiden anderen Typen, zahlenmäßig deutlich überlegenes Sample mit insgesamt 172 Angehörigen. Charakteristisch für die funktional-leistungsorientierten DiskutantInnen ist ein stark medizinisch-physisch ausgerichtetes

Gesundheitsverständnis. In der Anfangssequenz, auf die Frage ob sie gesund leben, gehen sie zuerst auf eine gesunde Ernährung und Bewegung im Alltag ein, schwanken dann aber schnell zu Erzählungen über eigene Erkrankungen und Arztbesuche über.

*Lara: „aber was mir jetzt grad so zu Gesundheit noch so einfällt also äm also ich war jetzt letztens beim äh Arzt weil ich schon seit keine Ahnung wie viel paar Wochen auf jeden Fall krank bin und immer noch nich äh gesund wurde und die äh der Arzt meinte auch das halt ähm das ich halt nen geschwächtes Immunsystemsystem hab und ähm deswegen hab ich solche so homöopathische Tabletten bekommen das anscheinend das Immunsystem stärkt und ähm ja weiß ich jetzt ni-also is schon n'bisschen besser geworden aber“*

*Andrea: „ich war auch schon öfter ma beim Arzt weil ich immer Bauchschmerzen hab aber die findet nichts“*

*Lara: „ne?“*

*Andrea: „mm“*

*Lara: „ich weiß auch nich irgendwie is das schon“*

*Leo: „ich bin nich oft beim Arzt und hab auch eigentlich keinen Hausarzt deswegen“*

*Andrea: „ich geh eigentlich nie zum Arzt außer wegen meinen Bauchschmerzen und das jetzt ungefähr seit einem Jahr“*

*Leo: „weil ich ja nie was hab“*

*Andrea: „und die wollen irgendwie nichts finden.“ (GD01\_1, 00:09:27)*

Zunächst einmal zeigt sich in dieser Sequenz ein *typischer* am eigenen Interesse ausgerichteter Diskurs der funktional-leistungsorientierten VertreterInnen wie er bereits eingangs konstatiert wurde. Die DiskutantInnen gehen wenig aufeinander ein, sondern erzählen von eigenen Erfahrungen und unterbrechen sich dabei gegenseitig. Gesundheit wird dabei eher im Zusammenhang mit dem Auftreten von Beschwerden und einem daraus resultierenden Aufsuchen von Ärzten verstanden. Dies zeigt sich im Diskurs neben den immer wieder thematisierten Langzeiterkrankungen in Erzählungen über Erfahrungen mit der Entfernung von Weisheitszähnen (ebenda, 00:11:39) oder Besuchen bei Augenärzten (ebenda, 00:17:30). In keinem anderen Diskussionssetting wurde so viel über physische Krankheit und Erfahrungen mit dem öffentlichen Gesundheitssystem gesprochen, wie im Diskurs von VertreterInnen des funktional-leistungsorientierten Gesundheitstypen. Zwei der drei DiskutantInnen weisen zudem langfristige körperliche Beschwerden auf, für die sie sich seit längerem eine medizinisch plausible Erklärung erhoffen. Bislang sind sie jedoch mit den Diagnosen ihrer Ärzte wenig zufrieden und stellen eher fest, „(...) meine ganzen Ärzte sind unfähig meine eine Ärztin äh findet nich raus (wo) meine Bauchschmerzen sind ich krich keine Brille wenn ich eine brauche (...)“ (Andrea, ebenda, 00:19:16). Anderen Erklärungen, neben medizinisch objektiv nachzuvollziehenden Diagnosen, räumen sie dabei weniger Bedeutung ein. Sie erachten dann eher medizinisches Versagen und physische Indikatoren als verantwortlich für ihre Leiden, anstatt einen Zusammenhang zu ihrer Lebenswelt und -lage finden zu können.

*Lara: „oder vielleicht is das Stress oder so?“*

*Andrea<sup>67</sup>: ja das hat meine Ärztin auch gesagt aber sie hat's nich so ausgedrückt sondern „ja das hört sich ziemlich nach ner'depressiven Verstimmung an“ weil ich mein ich hab Stress in der Schule (...) ((lacht bezugnehmend auf MitdiskutantInnen)) ja das hab ich dann auch gesagt ich so ja ich hab schon manchmal Stress aber nich so stark (...) nein aber im Ernst also Stress kann ja voll gut sein aber ich bin ja n-dann hat sie mir irgendwie so'n Mittel gegen ähm „jaaa hier nimm das mal vielleicht geht's dir dann ja auch bald besser“ ja aber den Stress werd ich dadurch ja nich los (...) ich ohhh fand ich irgendwie ganz komisch weil ich (...) aber ich bin ja deswegen trotzdem kein depressiver Mensch ich hab noch nie jemanden erlebt der meinte ich wirke irgendwie traurig oder so und ich bin auch nich traurig (...) mir geht's eigentlich überdurchschnittlich oft ziemlich gut (...) und meine Ärztin will mir sagen dass ich depressiv bin (2) ‚naja‘ (2) ich glaube ich kann meine Probleme immer nich so gut verständlich machen (2) (...) ich hab einfach irgendetwas Unverträglichkeit und die wird immer schlimmer.“ (ebenda, 00:19:24).*

Ein möglicher Zusammenhang von Stress in der Schule und dem Auftreten der Magenschmerzen wird nicht völlig ausgeklammert, aber physischen Indikatoren gegenüber deutlich relativiert. Das Gefühlsleben oder psychosoziale Wohlbefinden spielt eine untergeordnete Rolle, um sich die Beschwerden zu erklären. Schlussendlich werden körperliche Belastungen eher dem Label einer „Unverträglichkeit“ oder schlechten Ernährungsgewohnheiten untergeordnet (Andrea, ebenda, 00:20:24). Die DiskutantInnen sprechen auffällig viel über den Verlust ihrer eigenen Gesundheit und verschiedenen eigenen sowie Krankheitserfahrungen anderer. Dabei beziehen sie sich aber kaum auf soziale noch psychische Einflussfaktoren, sondern primär medizinische Kategorien, die erst in ihren Einschränkungen alltäglicher Funktionalität wahrgenommen werden. Gesundheit kann kaum als Wohlbefinden oder -gefühl für sich wahrgenommen werden, sondern erst im eben gegensätzlichen, ihrem Verlust durch eine physische funktionale Einschränkung. Auf die Frage nach einer Situation, in der sich die DiskutantInnen wohl gefühlt haben, gehen sie auf Momente nach dem Sport ein, in denen sie sich wohl fühlen, wenn sie sich selbst als leistungsfähig bzw. ihrem Anspruch genügend wahrnehmen.

*Susi: „also immer wenn (2) ja wenn ich zu Hause bin und erst mal zum Beispiel zu viel gefressen hab dann fühl ich mich ja scheiße und dann geh ich zum-Beispiel-zum Training oder geh joggen oder geh ins Fitnessstudio und so und dann fühl ich mich wieder voll-also man fühlt sich einfach wieder komplett wohl im Körper und ich liebe das (...) (ich jedenfalls) ich fühl mich dann auch richtig wohl (1) so als ob ich fliege.(...)“*

*Leo: „ja aber es ist schon so irgendwie beim Sp-also nach'm Sport irgendwie nach einmal um den See laufen, wenn man dann zuhause ankommt dann hat man irgendwie so'n Gefühl*

<sup>67</sup> Andrea wird, und das ist ein sehr typisches Charakteristikum im Diskurs der funktional-leistungsorientierten RepräsentantInnen, immer wieder unterbrochen, bekräftigt oder von den anderen kommentiert. Zu Zwecken der Lesbarkeit wurde dieses exemplarische Beispiel daher auf ihre Kernaussage reduziert und Unterbrechungen durch die anderen DiskutantInnen durch „(...)“ gekennzeichnet.

*dass man's geschafft hat und äh (...) ja vor allem müde fühl ich mich dann aber, äh schon gesund ja.“ (GD01\_2, 00:12:19)*

Susi geht joggen, um ihrem schlechten Gewissen entgegenzuwirken und sich nicht mehr *fett und vollgefressen* zu fühlen. Leo hingegen erlebt diese Form von Wohlbefinden, indem er sich als sportlich leistungsfähig wahrnimmt. Ein *gesundes* Gefühl erfährt er, indem er seine Joggingrunde *geschafft hat*. Susi hingegen bezieht ihr Wohlbefinden auf den Ausgleich einer übermäßigen Ernährung. Sie scheinen mit Sport einen eher funktionalen Effekt zu verbinden, der sich weniger auf ein inneres Wohlbefinden, Abstand und Erholung bezieht, wie es im Diskurs der ausgleichs- und balanceorientierten Jugendlichen beschrieben wurde, sondern primär am Erleben von Leistungsfähigkeit oder dem Genügen eigener Rollenerfüllung bemisst. Ganz im Gegensatz zu den ausgleichs-balanceorientierten DiskutantInnen beziehen sie Aspekte ihres inneren Wohlbefindens kaum auf regenerative Momente des Ausgleichs zum stressigen Alltag, sondern stellen auch hier physische oder leistungsbezogene Aspekte in den Fokus ihres Wohlbefindens, das sie dann eher darin wahrnehmen, eigenen Ansprüchen gerecht werden zu können „(...) und wenn man dann noch seine persönliche Bestzeit gebrochen hat“ (Leo, ebenda, 00:13:16). Daher spielt bei ihnen auch die Erfüllung von eigenen Leistungsansprüchen im schulischen Alltag eine durchaus bedeutsame Rolle.

*Andrea: „Ja also zum Beispiel wenn man schreibt Klausuren dann denkt man ok letzte Klausur hat drei Wochen schreibt dann die nächsten sechs Klausuren hat äh einen Tag für den man vier Analysen und drei Matheprobeklausuren aufhat und muss das dann abends noch machen weil man bis fünf Uhr Schule hatte“*

*Lara: „ja genau“*

*Leo: „und dann hat man den Anspruch auch an sich das irgendwie gut zu machen“*

*Andrea: „eben weil die Lehrer im LK zum Beispiel auch wollen das man was abgibt und und dann sitzt man da abends um halb zehn kam grad von Schulsport und danach noch Hobbysport wieder und denkt sich ok du musst jetzt noch fünf Seiten schreiben dann is das Zimmer unordentlich man hat irgendwie seit Wochen seine Freundin nicht mehr gesehen“*

*Lara: ((hakt ein)) „hat man noch Freunde?“*

*Andrea: „is nich mehr aus seinem Zimmer gekrochen.“ (GD01\_1, 00:27:08)*

Egal ob vergangene Klausuren dem eigenen Anspruch nach bewältigt wurden oder nicht (Andrea, Lara, ebenda, 00:27:42), verspüren die DiskutantInnen einen hohen Leistungsdruck an sich selbst, der sich auch auf ihre Pflege von Sozialkontakten auswirken kann. Mit Blick auf ihren Lebensalltag nehmen sie daher durch die Schule eine besonders hohe Belastung und Einschränkung wahr, die sich auch auf den Freundeskreis auswirken kann.

*„also ich finde es gibt eigentlich nur äh Schulstress“ (Lara, GD01\_1, 00:36:03).*

*„aber ich glaub auch irgendwie wenn man dann da so irgendwie mit Freunden dann viel zu tun hat und gleichzeitig mit der Schule Stress is dann macht man also ich bei mir is das so*

*dann mach ich eher was für die Schule und das mit den Freunden stell ich dann hinten an.“ (Leo, ebenda, 00:36:42)*

In dieser klaren Bevorzugung der Schule unterscheiden sich die beiden Mädchen. Sie konstatieren, bei ihnen sei es „genau anders herum“ (Andrea und Lara, ebenda, 00:36:27), schränken sich dann aber dahingehend ein, dass sie einräumen „es is auch oft schwierig sich so mal ö-öfters so zu treffen wegen der Schule“ (Lara, ebenda, 00:36:58) und dies damit begründen einen guten Abschluss zu erreichen, um später studieren gehen zu können „m-wir wolln ja alle studi-ern“ (Andrea, ebenda, 00:37:04). Sie stecken hier in einem deutlichen Zwiespalt zwischen der Pflege von Sozialkontakten und der Erfüllung eigener schulischer Leistungsanforderungen, denen sie ihrer Einschätzung nach gerecht werden müssten, um auch ein gutes Abitur zu erhalten und studieren gehen zu können.

*„ich äh ja hab mir überlegt BWL zu studieren dafür dafür brauch ich ja jetzt auch keine großartigen Noten aber irgendwie so (...) weiß nich hab ich das so hab ich das so in mir das äh ja schon das Beste da immer rauszuholen“ (Leo, ebenda, 00:37:39).*

Um immer das Beste herauszuholen, ziehen sie sich selbst in die Verantwortung und bauen sich so einen hohen Leistungsdruck auf „man denkt immer man muss das alles machen“ (Lara, ebenda, 00:28:20). Bezugnehmend auf ihre Aussage, ihnen ginge es überdurchschnittlich oft ziemlich gut, erläutern die DiskutantInnen jedoch, dass sie sich einerseits schon durch ihren schulischen Alltag gestresst fühlen, sich andererseits aber auch als kompetent wahrnehmen, ihn immer wieder zu bewältigen und daraus die Kraft beziehen, stetig weiter zu machen.

*Andrea: „also ich sehe dann immer irgendwie (auch wenn’s mir irgendwann mal) nicht so gut geht solange man irgendwann später sagen kann war jetzt nicht so schlimm ist es auch nicht so schlimm“*

*Susi: „ja.“ (GD01\_2, 00:38:30)*

Als Ausweg von dem wahrgenommenen Schulstress ziehen sie eher sich selbst in die Verantwortung, sich ihre Aufgaben vernünftig einteilen zu müssen (Andrea, GD01\_1, 00:28:24) oder kritisieren Versäumnisse ihrer LehrerInnen in deren Unterrichtsorganisation. Dies nehmen sie insbesondere in den Phasen kurz vor Klausuren wahr. Lehrer seien häufig zu wenig strukturiert und würden die SchülerInnen nicht zielgerichtet genug auf Prüfungsphasen vorbereiten, was sich im Nachhinein negativ auf sie auswirke.

*Leo: „das die dann am Anfang lassen sich die Lehrer dann immer schön viel Zeit mach das alles in Ruhe machen irgendwie noch n’paar keine Ahnung n’Theaterspiel oder so“*

*Lara und Andrea: „was alles total unnütz“*

*Leo: „total unnützlich is“*

*Andrea: „können die nach der Klausur machen“*

*Leo: „und äh ja ne nich nach der Klausur weil dann is ja schon wieder vor der Klausur“*

*Andrea und Lara: „ja ok“*

*Leo: „einfach so gar nich.“ (ebenda, 00:29:56)*

Anstatt sie zielgerichtet auf Klausuren vorzubereiten, monieren die DiskutantInnen ineffiziente Unterrichtsstrategien ihrer LehrerInnen. Bei ihnen steht Effektivität und Effizienz im Vordergrund und Unterrichtseinheiten, die nicht der Klausurvorbereitung dienen, werden als unnützlich deklariert. Im Resümee kommen die DiskutantInnen jedoch, auch wenn sie ein straffes Zeitmanagement verfolgen und zudem auch noch mit ihren LehrerInnen Glück haben, immer wieder an Grenzen ihrer Belastbarkeit, um den schulischen Anforderungen gerecht werden zu können, sodass sie mitunter auf Strategien zurück greifen, wie „(...) die Schule zu schwänzen um zu lernen“ (Lara, ebenda, 00:29:09) oder auch nur „Sport schwänzen damit du nachmittags Mathe lernen kannst wenn du am nächsten Tag schreibst“ (Andrea, ebenda, 00:29:15). Um sich auf die Klausuren vorzubereiten, reichen ihnen die zur Verfügung stehenden freien Zeitfenster am Nachmittag und den Wochenenden nicht mehr aus, sodass sie Unterrichtseinheiten, die für sie weniger relevant erscheinen, wie hier beispielsweise der Sportunterricht, nutzen, um in diesen Zeitfenstern für Klausuren zu lernen. Geht es also um ihr Vorankommen in der Schule, nehmen es die DiskutantInnen hin, Unterrichtszeiten zu verpassen. Geht es hingegen um Krankheitszeiten, so zeigt sich der Diskurs mit deutlich gegenteiligem Akzent. Sind sie erkrankt, so fällt ihnen ein Wegbleiben vom Unterricht schwerer. Sie versuchen Krankheitszeiten so gut wie möglich zu umgehen und fühlen sich, insbesondere durch ein neu eingeführtes online-Erfassungssystem von Fehlzeiten, dem „H.“ unter Druck gesetzt. Dieser H. „gibt dem Schüler gar nicht so richtig die Möglichkeit auch mal wirklich richtig krank zu sein“ (Leo, GD01\_2, 00:43:32), weil jede Fehlstunde dokumentiert und darin eindeutig und für jeden ersichtlich verbucht wird (Andrea, ebenda, 00:43:40). Sogar das krankheitsbedingte Fehlen im Sportunterricht werde offiziell als Fehlstunde verbucht (Leo, ebenda, 00:44:04) und von den DiskutantInnen als deutliche Kontrolle wahrgenommen

*„also weißt du ich bin jetzt auch nicht immer krank (...) aber wenn dann komm ich mir einfach so so vor das äh weißt du wenn ich mich einmal abmelde denk ich immer eh ich hab geschwänzt so“ (Andrea: ebenda, 00:45:13).*

Wenn es um die Vorbereitung von Klausuren geht, fühlen sie sich allem Anschein nach weniger kontrolliert als wenn es um die Erfassung von Krankheitszeiten geht. Im Diskurs über ein Fehlen im Unterricht, um sich auf Klausuren vorzubereiten, wurde das online-Erfassungssystem nicht erwähnt. Geht es nun aber darum in der Unterrichtszeit zu erkranken, so setzt dies die DiskutantInnen unter einen hohen Druck. Sie fühlen sich dabei beinahe pauschal unter Generalverdacht des Schwänzens und so auch in ihrer gesundheitlichen Selbstbestimmung eingeschränkt.

*Andrea: „und wir dürfen nicht krank sein zum Beispiel Herr O. Luisa hatte eben H. ((das online-Erfassungssystem)) zur Hälfte voll (...) dann meinte er ((Herr O.)) „krieg mal deine Migräne in den Griff“ wie soll sie das denn machen?“ (Andrea, ebenda, 00:45:38)*

*Andrea: „vor allen Dingen Frau L. ist auch geil die will immer unbedingt den H. sehen wenn jemand nen H. hat sagt die „ja interessiert mich nicht ich ruf wahrscheinlich eh bei deinen Eltern an wenn du länger fehlst“.“ (Andrea, ebenda, 00:47:03)*

Hinzukommend, zum Eintrag im online-Portal, müssen sich die DiskutantInnen dann auch noch bei der Stufenleitung abmelden, wenn sie krank sind. Dies erachten sie als eine weitere Stigmatisierung

*„als würden sie es unterscheiden können ob man krank ist oder nicht zweitens wenn sie jetzt sagen „nein“ und dir geht’s wirklich schlecht dann bist du ja total am Arsch“ (Andrea, ebenda, 00:46:09).*

Einige ihrer MitschülerInnen könnten damit entspannter umgehen, wie im Diskurs erläutert wird. Für die DiskutantInnen des funktional-leistungsorientierten Typs stellt das online-Erfassungssystem aber eine scheinbar hohe Bedrohung ihrer gesundheitsbezogenen Autonomie dar. Auffällig im Diskurs der funktional-leistungsorientierten ist, dass sie kaum Momente der Regeneration benennen. Nehmen sich die ausgleichs-balanceorientierten bewusste Auszeiten von der Schule und dem damit einhergehenden Leistungsdruck, so scheinen die funktional-leistungsorientierten in einem ständigen Tun und Treiben zu sein. Bei ihnen scheinen Momente des Abstands für Freizeitaktivitäten, das Treffen mit FreundInnen oder anderen Formen der Regeneration weniger relevant in ihrem Alltag zu sein. Sie erwecken eher den Eindruck, ihrem fortwährenden Zustand innerer Anspannung nicht entkommen zu können, wie sie auch selbst im Diskurs feststellen:

*„aber du wirkst auch immer gestresst weil du so schnell redest.“ (Leo zu Andrea, GD 01\_1, 00:19:54)*

Weiterhin charakteristisch für den Diskurs der funktional-leistungsorientierten RepräsentantInnen ist eine fortwährende Präsenz sozial-, gesundheits- und/oder gesellschaftskritischer Themen, die sie mit Gesundheit assoziieren, aber nicht unmittelbar mit ihrer Person in einen Zusammenhang setzen. Wohingegen die DiskutantInnen in der ersten Gruppe sich über Themen kritisch aber auch reflexiv mit Blick auf Anteile ihrer eigenen Person oder unmittelbaren Umwelt beziehen (→ bspw. einer medial vermittelten „Burnout“-Prävalenz mit entsprechend präventiven Strategien entgegenzuwirken), steht bei funktional-leistungsorientierten DiskutantInnen weniger ihre eigene Person im Fokus. Gleich zu Beginn schweifen sie in eine kritische Würdigung des Gesundheitssystems ab, indem sie Unterschiede zwischen Privat- und KassenpatientInnen herausstellen, sich später dem Besitz von Organspendeausweisen widmen oder über das Thema Blutspenden sprechen. Die Themen sind

durchweg dominiert von westlich-medizinisch orientierten Indikatoren menschlicher Gesundheit und sind bemessen an *Klassikern* des ärztlichen Versorgungssystems.

*Leo: „ähm was ich noch loswerden wollte die ähm Privatpatienten die regen einen immer auf wenn man beim Arzt ist“*

*Andrea: „kriegten immer erst ( )“*

*Leo: „ja ich hab einmal beim Augenarzt vier Stunden“*

*Andrea und Lara: „ja beim Augenarzt ist das schlimmste“*

*Andrea: „beim Augenarzt du kriegst einfach keinen Termin wenn du kein Privatpatient bist (...)“*

*Lara: „aber ähm beim Kieferorthopäden also da wo wir waren ähm muss man auch ganz schön lange warten wenn man jetzt so äh also noch nicht die Weisheitszähne rausbekommt sondern so Beratungstermine vorher ne ich find da also da muss man auch richtig lange warten“ (GD01\_1, 00:16:25)*

*Leo: „ja meine andere Oma die ist jetzt im Altersheim ähm aber das find ich eigentlich auch erschreckend so was man da jetzt mitbekommt also in so-nem Altersheim würde ich auch nicht gerne alt werden“*

*Andrea: „nö ich auch nicht“*

*Susi: „warum was ist denn da?“*

*Leo: „Ja weiß ich nicht irgendwie“*

*Susi: „werden die schlecht behandelt?“*

*Leo: „also es ist so unpersönlich und“*

*Andrea: „kalt und lieblos.“ (GD01\_2, 00:34:23)*

*Leo: „okay was denkt ihr über Blutspenden dann?“ (GD01\_2, 00:06:53)*

*Leo: „Organspendeausweis“*

*Susi: „hab ich“*

*Andrea: „will ich aber ich weiß nicht kriegt man so einen unter achtzehn?“*

*Leo: „Ich glaub unter achtzehn gilt der nicht ne?“*

*Andrea: „achso.“ (GD01\_2, 00:20:29)*

Auf alle Erzählimpulse, alle von Leo dem informellen Moderator der Gruppendiskussion, folgt jeweils ein lebhafter Diskurs über das deutsche Gesundheitssystem und ihre Erfahrungen mit Ärzten, alternden Großmüttern, ob und inwieweit homosexuelle Menschen Blut spenden können oder den Verbleib und die Verwendung von Organen, die zur Spende freigegeben wurden. Die DiskutantInnen wissen ausschweifend über diese Themen zu berichten, bleiben dabei aber fast ausschließlich auf einer allgemeinen informativen Gesprächsebene. Persönliche und insbesondere emotionale Erfahrungen bleiben annähernd unberücksichtigt. Ähnlich zeigt es sich in Diskursen über die Billig-Fleischproduktion und die damit verbundene Massentierhaltung und daraus resultierenden negativen Umwelteinflüssen, die insbesondere Andrea immer wieder in den Diskurs einbringt.

*Andrea: „also nich mal unbedingt also auch wegen den Tieren aber so weil so dieses billig-Fleisch-essen ist Umweltverschmutzung da wird irgendwie pro einem Hamburger werden keine Ahnung wie viele Liter Trinkwasser verbraucht und so das is ja das is ja kacke also“*

*Lara: „ja“*

*Andrea: „ganz ehrlich Massentierhaltung würde man bestimmt auch irgendwie ohne dass alle Vegetarier werden irgendwie abgeschafft kriegen“*

*Lara: „vor allem das sind die Tiere wie die gehalten werden“*

*Andrea: „aber das mit der Umweltverschmutzung das geht ja gar nicht.“ (GD01\_1, 00:23:51)*

Diese Thematik wird im ersten Setting immer wieder aufgegriffen und auch im zweiten Setting fortgeführt (GD01\_2, 00:09:50). Gesundheit und mit Gesundheit im Zusammenhang stehende Themen, wie hier die Ernährung, begleiten die DiskutantInnen beharrlich in ihrer Lebenswelt und werden vielfach diskutiert. Egal über welches Thema sie dabei sprechen, kommen sie immer wieder auf eine allgemein berichtende Thematisierung von Gesundheit zurück. Dazu beziehen sie hauptsächlich gesellschaftlich-normative *mainstream*-Themen ein. Ihr eigener Körper, ihre eigene Gesundheit und insbesondere eine sensible und reflexive Wahrnehmung dieser, thematisieren sie kaum und wissen einer drohenden, zu persönlich werdenden Thematisierung immer wieder gelungen auszuweichen.

*Andrea: „ja ok, kommen wir auf das Thema zurück wir können ja mal über geistige Gesundheit sprechen“*

*Leo: „ja“*

*Susi: „und wie geht's euch so geistig?“*

*Andrea: „mir geht's super geistig“*

*Susi: „jo und du?“*

*Leo: „bisschen müde aber“*

*Andrea: „bin geistig ausgelaugt von Mathe.“ (GD01\_2, 00:29:14)*

Nach dieser exemplarischen Sequenz, die eher gezwungenermaßen von Andrea eingeschoben wurde, um wieder auf das Thema Gesundheit zurück zu kommen, verfallen die DiskutantInnen in ein Gespräch über die vergangene Matheklausur und ihre LehrerInnen. Über ihre eigene geistige bzw. psychische Gesundheit sprechen sie nicht weiter. Im Gegenteil zu den ausgleichs- und balanceorientierten DiskutantInnen, die immer wieder Bezug auf ihre Strategien nehmen, um stressigen Lebenssequenzen präventiv entgegenzuwirken, zeigen sich die funktional-leistungsorientierten eher am Diskurs über allgemeine Gesundheitsthemen interessiert und weniger an einer selbstreflexiven Auseinandersetzung mit Gesundheit. Beispielsweise kommen sie kurze Zeit später erneut auf einen Zusammenhang von Schulstress und psychischer Gesundheit zu sprechen, wobei sie dann, beinahe ganz in ihrem Element, auf die psychische Verfassung von SchülerInnen einer anderen Schule abschweifen, die es allem Anschein nach nicht so gut wie sie schaffen würden, den Ansprüchen der Schule psychisch gesund gerecht werden zu können.

*Leo: „aber ich glaub es gibt auch viele bei denen das nicht so ist oder?“ ((Leo meint damit den Stress der Schule immer wieder gut bewältigen zu können))*

*Andrea und Susi: „ja“ „mmh“*

*Andrea: „zum Beispiel äh also mein Vater wohnt ja in XY und da kennen die ein paar von der Schule da da ist das irgendwie voll krass da sind schon die Kinder teilweise mit dreizehn so depressiv dass die nur noch zu Hause bleiben (...) da gibt's echt viele wohl die teilweise deswegen auch von der Schule gehen und so in XY (...) stehen dann halt richtig unter Druck in der Schule und so und ich kenn da auch einen Jungen der hat halt auch Depressionen der ist jetzt vierzehn geworden muss aber schon Medikamente nehmen und zur Therapie gehen“*

*Leo und Susi: „uff“ „krass (...)“*

*Andrea: „hmm ((zustimmend)) eine geht gar nicht mehr zur Schule (...)“*

*Leo: „in der Fahrschule hab ich so'n Mädchen kennengelernt die äh wollte auch nicht irgendwie in XY zur Schule gehen sondern hier (...).“ (GD01\_2, 00:39:50)*

DiskutantInnen des funktional-leistungsorientierten Gesundheitstypen reden beinahe unentwegt über Gesundheit und Themen, die sie mit Gesundheit in einen Zusammenhang bringen können. Dabei weichen sie aber, wird es persönlich, immer wieder auf das sichere Terrain allgemeiner Diskurse aus. Im Gegensatz zu den ausgleichs- und balanceorientierten DiskutantInnen scheinen sie dabei weniger system-, dafür aber mehr individual-kritisch zu argumentieren. Werden im Diskurs erstgenannter noch stärker strukturell auf die Gesundheit einflussnehmende Faktoren hervorgehoben, denen mit entsprechend ausgleichenden Strategien entgegengehalten wird, um

Gesundheit und Wohlbefinden aufrechtzuerhalten, so sehen DiskutantInnen des funktional-leistungsorientierten Gesundheitstypen eher sich selbst oder andere Personen ihres Umfelds in der Verantwortung für den Verlust von Gesundheit.

Ganz im Gegenteil zum funktional-leistungsorientierten Gesundheitstyp sprechen die DiskutantInnen des reaktiv-ausgleichenden Typs fast überhaupt nicht über Gesundheit. Sie thematisieren weder eigene Beschwerden noch Themen, die sie in einer anderen Art und Weise mit Gesundheit in einen Zusammenhang bringen. In ihrem aktuellen Lebensalltag spielt Gesundheit keine Rolle und rückt auch im Diskurs immer wieder in den Hintergrund, wie selbst die DiskutantInnen höhnisch bestätigen:

*„Jugend von heute kann nichts zum Thema Gesundheit sagen.“ (Jan, GD03\_1, Z. 318)*

Im Fokus ihres Diskurses stehen eher Themen wie die Organisation von Partys oder gemeinschaftliche Freizeitaktivitäten, die immer mal wieder einen kurzen Impuls für das Thema Gesundheit zulassen, jedoch nicht ernsthaft von den DiskutantInnen verfolgt werden. In ihrem Diskurs driften sie immer wieder auf Themen ab, die sich fast ausschließlich auf ihren situativen, jugendlichen Alltag beziehen.

*Kommentar aus dem Transkript, in dem eine kleine Passage nicht verschriftlicht wurde:  
„Die DiskutantInnen tauschen sich wieder über die Planungen der Abi-Party und die Beteiligung einzelner Komitee Mitglieder aus und kommen dabei auf zwei Mädchen zu sprechen.“*

*Jan: „beide Raucher (1) zum Thema so ((alle lachen))“*

*Alena: „wow wir werfen jetzt immer so'n paar Sachen ein Rauchen is ungesund ( ) ist sind ungesund“*

*Lena: „erst mal Essen organisieren dann auch für die Abi-Partys und so“*

*Alena: „gesundes Essen?“*

*Sandra: „jap (...) Obst und Gemüse ((lacht))“*

*Alena: „das was die jetzt-dieses Jahr hatten das war richtig lecker diese Kartoffeln“*

*Sandra: „ja.“ (GD03\_1, Z. 172)*

Anschließend unterhalten sie sich in diesem Beispiel wieder über die Planung ihrer Abi-Party. Gesundheit, egal ob körperlich oder psychisch, bleibt in ihrem Alltag eher nebensächlich, sie nehmen keine eigene Belastung oder Bedrohung ihrer Gesundheit wahr. Solange es ihnen gut geht, scheinen sie Gesundheitsthemen aus ihrem Leben eher auszuklammern.

*I: „ähm erzählt mal was bedeutet denn gesund leben für euch?“*

*Jan: „wir sind immer noch da?“*

*I: „Hmm.“*

*Jan: „ach du kacke (1) ‚gesund leben‘.“ (GD03\_1, Z. 281)*

Ähnlich zeigt es sich auch in ihrem allgemeinen Gesundheitsverständnis. Erst wenn ihnen ungesunde Verhaltensweisen bewusst werden, wie bspw. eine schlechte Ernährung oder zu wenig Bewegung, sind sie motiviert situativ zu reagieren, um ihre Sünden direkt wieder auszugleichen.

*Lena: „Also ich verzichte jetzt aber nich so immer auf so’n Burger oder so (...) also das ich esse schon dann gerne auch-ma oder Schokolade oder so aber ich kann auch ma so Tage dazwischen schieben wo ich dann so sage jetzt esse ich mal nur Salat und Obst ,also‘ ((lachen)) ,ja“*

*Sandra: „also ich find man ernährt sich schon also es is immer so phasenweise so phasenweise ernähre ich mich heftigst ungesund dann kommt auch mal wieder so’ne gesunde Phase ,ja‘ is eigentlich immer so voll im Ausgleich aber Sport is jetzt auch (1) nicht so ((lacht)) also ne ja ne“*

*Jan: „also ich guck schon drauf was ich esse also phasenweise fällt man halt schon in so’n ungesunde Gewohnheiten zurück also mal ne Tüte Chips oder so sagt man o.k. aber ich guck halt schon dass ich zwei Liter am Tag trinke oder so.“ (GD03\_1, Z. 18f)*

Eine ungesunde oder ausufernde Ernährung gleichen sie mit gesunden Phasen aus, in denen sie sich wieder besser ernähren oder auch, wie im Beispiel von Jan, im Ausgleich zur Tüte Chips darauf achten, hinreichend zu trinken „auspendeln das man wenn man mal jetzt richtig ungesund gegessen hat oder so das danach wieder gesund isst“ (Lena, ebenda, Z. 307). Auf eine konkretere Aufforderung der Moderatorin, was es bedeute gesund zu leben, fangen die DiskutantInnen an verschiedene Indikatoren einer gesunden Lebensweise aufzuzählen „gesund essen Sport machen“ (Lena, ebenda, Z. 297), „das man auf sich achtet“ (Sandra, ebenda, Z. 298) und „vielleicht auch so’n bisschen äh halt ja halt schon darauf achtet was was man isst was man trinkt was man so zu sich nimmt rechtzeitig schlafen gehen“ und „auf jeden Fall nicht rauchen“ (Jan, ebenda, Z. 299, 301). Die DiskutantInnen ergänzen sich gegenseitig in ihren Antworten, die alle eher stichpunktartig und knapp formuliert bleiben. Jan artikuliert sich zudem eher vage und spekulierend „vielleicht auch so’n bisschen äh (...)“ (ebenda, Z. 299). Die Antworten wirken einsilbig und scheinen wenig im Zusammenhang mit ihrem eigenen Gesundheitserleben zu stehen, sondern sich eher an allgemein gängigen Maßstäben zu orientieren. Gesundheit spielt eine untergeordnete Rolle in ihrem Leben, über die sie sich kaum auszutauschen scheinen und daher auch wenig zu sagen haben. Irgendwie, so sagen sie, gehören jugendtypische Gesundheitssünden zum Alltag ihrer Lebensphase. Solange man diese nicht übertreibt, befürchten sie kaum aktuelle Auswirkungen. Perspektivisch machen sie sich eher weniger Gedanken darüber, dass ihre kleinen Sünden eine Auswirkung in ihrem späteren Leben nehmen könnten.

*Alena: „aber ich finde irgendwie als Jugender macht man äh trinkt man Alkohol und raucht schon mal ich finde es ist es geht darum das man so sein so seine Grenzen kennt erstens“*

Jan: „hmm“

Alena: „und auch so dass man's nicht übertreibt zum Beispiel das man daraus nicht so ne Gewohnheit macht also dann halt die ganze Zeit rauchen möchte oder halt ich weiß nicht also man macht das ja irgendwann mal oder man is ja manchmal ungesund aber man muss halt gucken dass das nicht zu oft vorkommt.“ (GD03\_1, Z. 292)

Auch in diesem Fall kann wohl eher kaum davon ausgegangen werden, dass sich die DiskutantInnen zu präventiven Verhaltensweisen, wie sie die ausgleichs-balanceorientierten konstatieren, hinreißen lassen. Solange sie es nicht übertreiben, erwarten sie auch keine Konsequenzen für ihre Gesundheit und fühlen sich demnach auch kaum motiviert von geschätzten Verhaltensweisen Abstand zu gewinnen. Sie werden erst aktiv, wenn sie eine reale Einschränkung in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität für sich selbst befürchten.

Jan: „der ((Jan's Cousin)) hat sich glaube ich wann war das letzten Herbst also letztes Jahr Herbst hat er sich ne Pilzvergiftung geholt also der is wirklich keine Ahnung ich glaub sech-fünf-sechs Jahre alt hat n'falschen Pilz gegessen und äh seine Leber hat versagt (...) so dann war ganze Familie angespannt und wir ham alle drauf gehofft dass er ne Spendenleber bekommt-hat er auch bekommen und also darf jetzt zum Beispiel wird er niemals wirklich äh Party machen gehen dürfen oder viel Alkohol trinken dürfen einfach weil halt die Leber davon zu sehr strapaziert werden kann und dann hab ich mir diese Zeit halt schon eben gedacht so was wär denn wenn dir das passiert wäre von vielleicht schon gemerkt das ich vielleicht n'bisschen sehr viel Alkohol trinke also ne Zeitlang gemacht-macht hab und das darauf dann halt schon irgendwie so'n Gefühl einfach ey so du musst eigentlich ma gucken was was mit dir so los is nicht das dir das auch passiert (...)“ (GD03\_1, Z. 974)

Sandra: „deswegen find ich das immer so unfair wenn das so Leuten passiert die so ja (...) so alles dafür getan haben und dann trotzdem so“

Jan: „ja ich meine (...) stell dir ma vor du hättest irgendwie wenn du fünf bist in so'n Pilz reingebissen hätts't dir das Ding geholt hätts dich äh vergiftet (...)“

Sandra: „ich find dann kann man so voll nich so sein Leben so quasi in vollen Zügen genießen und so alles ausprobieren ,das kann er ja ab jetzt nich mehr“ (GD03\_1, Z. 983)

Lena: „eine Freundin von mir die hat ähm halt son das wusste sie nich aber sie war halt anfällig für Rheuma und dann hat ihr Freund sie halt mit so irgendwie angesteckt oder so und dann is es ausgebrochen und seitdem hat sie das halt und ähm die hat halt die muss auf total viel verzichten jetzt wurde ihr letztes gesagt dass sie wahrscheinlich ihren Führerschein nich machen darf weil sie das hat und sie darf im Winter kein Fahrrad fahren oder im Winter wenig raus gehen und so und die is total eingeschränkt und da denkt man sich auch immer nur so ja gut das dir das nich passiert das du das nich darfst weil du möchtest auch nich so eingeschränkt sein.“ (GD03\_1, Z. 992)

Neben einem eher reaktiven Motiv, das eigene Verhalten erst zu verändern, wenn eine Einschränkung oder Belastung für sich selbst befürchtet wird, zeigen sich an dieser Stelle zudem Hinweise auf eine schwächer ausgeprägte gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung als bei Angehörigen des funktional-leistungsorientierten Gesundheitstypen, wie es auch die statistischen Daten im Vergleich der Typologie darlegen. Insbesondere im zweiten und dritten Zitat lassen sich Hinweise dazu finden. Die Erkrankung und daraus resultierende Einschränkung von Jans Cousin wird auf sein Alter bezogen und dadurch als wenig beeinflussbar wahrgenommen. Weder die Verantwortlichkeit anderer noch die der eigenen Person stehen im Fokus. Vielmehr wird von einer eher schicksalhaften Verkettung von Ereignissen ausgegangen. Im Falle von Lena zeigt sich dieses Phänomen ganz ähnlich. Ihre Freundin ist aufgrund von unglücklichen Umständen erkrankt, die mit einer Ansteckung und ihrer Unwissenheit über ihre eigene Anfälligkeit zusammen hingen. Durch diese Erfahrungen befürchten die DiskutantInnen mögliche Einschränkungen in ihrer eigenen Gesundheit, die sich auf ihr aktuelles Leben auswirken können und beschreiben daraus resultierend Strategien eigener Vorbeugung. Diese Verhaltensänderungen scheinen jedoch stark situativ und weniger nachhaltig und werden im Alltag dann anscheinend doch wieder vernachlässigt.

*Jan: „immer so wenn du irgendwie hörst dass irgendwem so-was Schlimmes passiert ist (...) dann denkst du kurz über-also denkst du kurz drüber nach wie's so bei dir grad steht weil die meisten vergessen's dann auch ziemlich schnell wieder (2) also wenn's akut irgendwie ansteht ich meine das merk ich auch bei mir also wenn irgendwie jetzt sagst irgendwie deine Freunde grad auch immer oder so oder wenn irgendwer plötzlich ins Krankenhaus geht weil (1) das und das hat-er-oder das und das irgendwie versagt hat dann denkst du halt schon drüber nach so ey was wär passiert wenn aber irgendwann verdrängst du's halt wieder.“ (GD03\_1, Z. 993)*

Die DiskutantInnen reagieren mit kurzfristigen, ausgleichenden Strategien, erahnen oder befürchten sie eine einschränkende Folge für ihre aktuelle Lebensqualität. Sind jedoch die auslösenden Situationen nicht mehr präsent, so verfallen sie wieder in alte Muster. So wird Jan bspw. im Diskurs als alkoholbedingter „Absturzschieber“ gehandelt (Alena, GD03\_1, Z. 394). Seine zuvor konstatierte Motivation, zukünftig weniger Alkohol zu trinken, scheint, seit dem Erlebnis mit seinem Cousin nach ca. einem halben Jahr wieder deutlich gesunken.

Auch ihr Bewegungsverhalten zeigt sich primär durch situative Elemente geprägt. Jan bringt sich selbst und auch durch die anderen betitelt als ein „Sport-Sport und Gesundheitstyp“ hervor (Alena zu Jan, ebenda, Z. 34). Sandra und Alena outen sich als bewusst unsportlich bzw. weniger ambitioniert, regelmäßig sportlich tätig zu sein „Sport mehr so vorm Urlaub ((lachen)) wenn's wichtig ist“ (Sandra, ebenda, Z. 39) und Lena trainiert im Verein, aber „so dann dazwischen wenn Klausurphase is hab ich auch keinen Bock (...)“ (Lena, ebenda, Z. 46). Haben die DiskutantInnen einen situativen Grund sich sportlich zu betätigen, wie bspw. um sich kurz

vor dem Urlaub für eine Strandfigur in Form zu bringen, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie aktiv werden. Überwiegen jedoch andere Dinge im Alltag, wie den schulischen Aufgaben gerecht zu werden, so schwinden auch ihre sportlichen Motive. Sie führen ihre geringe sportliche Aktivität darauf zurück, keinem Sportverein anzugehören „dann hast du einfach so was festes“ (Sandra, ebenda, Z. 60 und Jan, Alena, Sandra: ebenda, Z. 47f.), im Alltag keine Zeit zu finden (Lena, ebenda, Z. 46) oder aktuell nicht in der körperlichen Verfassung zu sein (Jan, Alena, ebenda, Z. 62, 85). Fehlt ihnen Verbindlichkeit, Zeit oder die körperliche Konstitution zum Sport, so mangelt es ihnen auch an Motivation sich aufzuraffen. Im Gegensatz zu den ausgleichs-balanceorientierten nutzen die DiskutantInnen des reaktiv-ausgleichenden Gesundheitstyps Sport kaum, um sich darin einen Ausgleich zum Alltag zu verschaffen, um Stress abzubauen, ihren Körper in ihrer Aktivität wahrzunehmen oder einfach nur Freude zu erleben. Genauso wenig zeigen sie sich leistungsorientiert, um mit Sport bspw. ihrem Leistungsanspruch (Bestzeit) gerecht zu werden. Für sie scheint Sport eher eine nebensächliche Rolle in ihrem Lebensalltag zu spielen. Er gehört zu ihrem Alltag, erfüllt aber kaum regenerative oder leistungsorientierte Funktionen, sondern wird anderen Bedürfnissen gegenüber nachrangig behandelt.

*Sandra: „,nein‘ ja doch manchmal denk ich mir so boa jetzt Sport machen aber“*

*Alena: „mm“*

*Jan: „aber dann muss ich aufstehen“*

*Sandra: „,ja‘ ((lacht leise)) nein ich weiß nicht (3), in der Woche hat man keine Zeit und am Wochenende‘ is es Wochenende ((lacht)).“ (GD03\_1, Z. 413)*

#### **6.2.4 Diskussion der Gesundheitstypologie**

Die befragten Jugendlichen lassen sich, anhand ihrer eigenen Wahrnehmung erhobener Gesundheitsindikatoren, nach drei statistisch rekonstruierten Gesundheitstypen differenzieren. Einem funktional-leistungsorientierten, dem fast die Hälfte der Untersuchungspopulation angehört, einem ausgleichs- und balanceorientierten und einem reaktiv-ausgleichenden Gesundheitstypen. Letztere beide sind annähernd in gleicher Anzahl von Fällen vertreten. Im funktional-leistungsorientierten Gesundheitstypen, dessen Angehörige Merkmale physischer und psychosozialer Gesundheit prinzipiell positiver bewerten, vereinen sich mehr Jungen, in den beiden anderen, deren VertreterInnen ihre Gesundheit eher durchschnittlich oder schlechter im Vergleich bewerten, mehr Mädchen. Auch zeichnen sich bildungsbezogene Zusammenhänge in der statistischen Typologie ab. GymnasiastInnen lassen sich eher in dem Typen der funktional-leistungs- oder balanceorientierten und HauptschülerInnen in dem Typen reaktiv-ausgleichender und funktional-leistungsorientierter Gesundheitstypen wiederfinden. Insgesamt schätzen also Mädchen ihre Gesundheit leicht schlechter ein als Jungen. HauptschülerInnen bewerten ihre Gesundheit eher über- oder unterdurchschnittlich, GymnasiastInnen eher über- oder durchschnittlich und RealschülerInnen eher durchschnittlich oder unterdurchschnittlich.

Mit Blick auf die nationale und internationale Jugendgesundheitsberichterstattung scheinen die Geschlechtereffekte plausibel (vgl. RKI 2007, 2013, 2014, 2015; WHO 2011, 2014), die Zusammenhänge von Qualifikationsniveau und subjektiver Gesundheit werfen aber Fragen auf. Sollte die Typologie einer Art Chronologie von besonders gesunden zu besonders ungesunden Befragten folgen und man davon ausgehen muss, dass Qualifikationsniveau und Gesundheit zusammenhängen, passen die überproportional vielen HauptschülerInnen nicht in den Typ funktional-leistungsorientierter. Hier wären ja dann eigentlich eher RealschülerInnen zu vermuten. Die sind dort auch wiederzufinden, aber nachweislich seltener als HauptschülerInnen und GymnasiastInnen. Ferner bleibt eine Chronologie mit Blick auf Merkmale gesundheitsbezogener Handlungskompetenz aufrechterhalten. Bezüglich ihrer Einschätzung biopsychosozialen Wohlbefindens und gesundheitsbezogener Handlungskompetenz zeigen sich VertreterInnen funktional-leistungsorientierter im Vergleich sehr optimistisch und kompetent, Angehörige der ausgleichs-balanceorientierten in annähernd allen Bereichen durchschnittlich und Angehörige reaktiv-ausgleichender eher pessimistisch im Vergleich zu den anderen beiden Typen. Eine zweite Auffälligkeit zeigt sich bei Angaben zur Erfassung des Beschwerdedrucks Befragter. Hier unterscheiden sich Angehörige der drei Typen, im Gegensatz zu allen anderen Merkmalen ihrer biopsychosozialen Gesundheit, in keinerlei statistischer Signifikanz. Trotz differenter Einschätzung psychosozialer, ebenso wie physischer Indikatoren gesundheitsbezogener Lebensqualität, gaben VertreterInnen aller drei Typen im Durchschnitt beinahe gleich viele Erkrankungen an, bzw. Angehörige des ausgleichs- und balanceorientierten Typs, wenn auch nicht in statistischer Signifikanz, die wenigsten. Betrachtet man nun noch exemplarisch standardisiert erfasste Merkmale subjektorientierter Alltagskonstruktionen von Gesundheit, so zeigt sich, dass Angehörige des funktional-leistungsorientierten Gesundheitstypen statistisch signifikant mehr Möglichkeiten im Alltag wahrnehmen, mit anderen Menschen über ihre Gesundheit reden zu können und an Gesundheitsthemen, die sie selbst betreffen, beteiligt zu werden als Angehörige des reaktiv-ausgleichenden Gesundheitstypen. Ferner weisen Angehörige des reaktiv-ausgleichenden Gesundheitstypen mit Blick auf das operationalisierte Merkmal alltäglicher Gesundheitsmotive die schlechtesten Werte auf. Zusammenhänge, die wieder plausibel erscheinen (siehe Tabelle 29).

Tabelle 29: Zusammenfassender Vergleich der statistisch rekonstruierten Gesundheitstypen.

	<b>Der funktional-leistungsorientierte Gesundheitstyp (n=176)</b>	<b>Der ausgleichs- und balanceorientierte Gesundheitstyp (n=101)</b>	<b>Der reaktiv-ausgleichende Gesundheitstyp (n=117)</b>
<b>soziodemografische Merkmale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>durchschnittlich 15 Jahre</li> <li>mehr Jungen als Mädchen</li> <li>mehr GymnasiastInnen und HauptschülerInnen als RealschülerInnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>durchschnittlich 15 Jahre</li> <li>mehr Mädchen als Jungen</li> <li>mehr GymnasiastInnen und RealschülerInnen als HauptschülerInnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>durchschnittlich 15 Jahre</li> <li>mehr Mädchen als Jungen</li> <li>etwas mehr HauptschülerInnen und RealschülerInnen als GymnasiastInnen</li> </ul>
<b>biopsychosoziale Gesundheit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>überdurchschnittlich hohe Werte zur Einschätzung der physischen und psychosozialen Gesundheit</li> <li>durchschnittlich hohe Anzahl körperlicher Erkrankungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>durchschnittliche Werte zur Einschätzung der physischen und psychosozialen Gesundheit</li> <li>geringste Anzahl körperlicher Erkrankungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>unterdurchschnittliche Werte zur Einschätzung der physischen und psychosozialen Gesundheit; bei dennoch sehr hoher Einschätzung aktueller Lebensfreude und –zufriedenheit</li> <li>höchste Anzahl körperlicher Erkrankungen</li> </ul>
<b>gesundheitsbezogene Agency</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zeigen das am stärksten ausgeprägte Potenzial von Merkmalen gesundheitsbezogener Agency; im Merkmal SOC mit statistischer Signifikanz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zeigen eher durchschnittliche Werte von Merkmalen gesundheitsbezogener Agency</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zeigen das am wenigsten ausgeprägte Potenzial von Merkmalen gesundheitsbezogener Agency</li> </ul>
<b>operationalisierte Indikatoren subjektorientierter Alltagskonstruktionen von Gesundheit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>schätzen eigene Möglichkeiten der Kommunikation über und Beteiligung an Gesundheitsthemen im Alltag besonders hoch ein</li> <li>beschreiben Gesundheit besonders häufig als positives Befinden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zeigen sich auch in der Einschätzung von Indikatoren subjektorientierter Alltagskonstruktionen als durchweg durchschnittlich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>schätzen eigene Möglichkeiten der Kommunikation über und Beteiligung an Gesundheitsthemen im Alltag besonders niedrig ein</li> <li>zeigen sich als deutlich weniger achtsam im Merkmal alltäglicher Gesundheitsmotive</li> </ul>

Es sollte aber bereits mehr als deutlich geworden sein, dass eine pauschallogische Differenzierung der drei Typen in gesündere, durchschnittlichere und kränkere Befragte kaum mehr tragbar ist. Mit Blick auf die rekonstruierte Typologie können dieser Logik entscheidende qualitativ generierte Erkenntnisse entgegen gebracht werden. Unter Betrachtung dieser Ergebnisse aus den typenspezifischen Gruppendiskussionen lässt sich nun auch die Konstitution der drei Typen besser verstehen. DiskutantInnen von Angehörigen des ausgleichs- und balanceorientierten Gesundheitstypen verstehen Gesundheit mehrdimensional im Zusammenwirken körperlicher und psychosozialer Determinanten. Sie erachten Gesundheit als ein inneres individuelles Wohlbefinden, für das jeder selbst und je nach gesundheitlicher Konstitution sowie individueller Präferenz einen eigenen Schwerpunkt legt. Gesundheit verstehen sie in einem fortwährenden und dynamischen Prozess der eigenen und aktiven Aufrechterhaltung physischen und psychosozialen Wohlbefindens auf einem, wie es auch in der Salutogenese konstatiert wird, Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Ferner verfügen sie über ein differenziertes und kritisch-sensibles Körper- und Selbstbild. Sie achten in stärkerem Maße auf Signale ihres eigenen Körpers und nehmen diese auch ernst. Diese ausgeprägte Körperachtsamkeit, verbunden mit einem mehrdimensionalen und dynamisch aktiv zu regulierenden Gesundheitsverständnis, trägt dazu bei, dass die DiskutantInnen von Angehörigen

des ausgleichs- und balanceorientierten Gesundheitstypen ihr inneres Wohlbefinden selbst kritischer wahrnehmen, entsprechend bewerten und darauf reagieren. Sie schätzen ihre Gesundheit im Vergleich zu Angehörigen des funktional-leistungsorientierten Gesundheitstypen nicht per se schlechter, sondern eher selbst-kritischer ein. DiskutantInnen von Angehörigen des funktional-leistungsorientierten Typs hingegen prägt ein duales und stark am medizinisch-objektivierbaren ausgerichtetes Gesundheitsverständnis. Gesundheit nehmen sie eigentlich erst im Eintritt ihrer Gegenkategorie Krankheit wahr und wenn diese zudem mit einer Einschränkung in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität einhergeht. Zusammenhänge zwischen physischen Belastungen und psychosozialen Determinanten werden von ihnen kaum wahrgenommen. Für den Erhalt und die Wiederherstellung von Gesundheit sind daher ihrer Ansicht nach auch eher medizinische ExpertInnen verantwortlich. Einem eigenen Zutun durch Lebensstil und Lebensweise wird wenig Relevanz beigemessen. Im Vergleich zu DiskutantInnen von Angehörigen des ausgleichs- und balanceorientierten Gesundheitstypen trägt ihr stark am physischen Wohlbefinden und an Einschränkungen in der Lebensqualität orientiertes Gesundheitsverständnis dazu bei, dass sie Belastungen auch weniger wahrnehmen und sich so auch zunächst einmal gesünder/wohler fühlen, dementsprechend aber auch weniger präventiv handeln. DiskutantInnen von Angehörigen des reaktiv-ausgleichenden Gesundheitstypen hingegen scheinen Gesundheit als Thema in ihrem Alltag völlig auszuklammern. Die eigene Gesundheit ebenso wie gesundheitsrelevante Themen, wie sie beispielsweise von repräsentativen Angehörigen des funktional-leistungsorientierten Typen intensiv diskutiert oder von denen des ausgleichs- und balanceorientierten Gesundheitstypen kritisch reflektiert wurden, finden im Diskurs von RepräsentantInnen des reaktiv-ausgleichenden Typen kaum Beachtung. Gesundheit wird erst in ihrer Abwesenheit wahrgenommen und thematisiert. In ihrer Kommunikation über Gesundheit bleiben Angehörige dieses Typs bei knappen und scheinbar auch wenig mit Fachwissen untermauerten Ausführungen. Gesundheit, so macht es den Anschein, wird als ‚natürlich‘ gegeben und kaum beachtenswert im Alltag hingenommen. Treten hingegen gesundheitliche Beeinträchtigungen auf oder werden sie in spezifischen Situationen befürchtet, so verfolgen auch sie eher kurzfristig zu bezeichnenden Interventionen. In der Gesamtschau macht es aber den Eindruck, werden gesundheitliche Beeinträchtigungen als weniger kontrollierbar wahrgenommen und eher passiv hingenommen. Angehörige des reaktiv-ausgleichenden Gesundheitstypen weisen sich stärker durch einen hohen Optimismus in Bezug auf ihre ‚natürlich gegebene‘ Gesundheit aus und scheinen sie daher auch fast völlig aus ihrem Lebensalltag auszuklammern.

Tabelle 30: Typische Merkmale des Gesundheitsverständnisses von Angehörigen der drei Gesundheitstypen.

Der ausgleichs- und balanceorientierte Gesundheitstyp	Der funktional-leistungsorientierte Gesundheitstyp	Der reaktiv-ausgleichende Gesundheitstyp
<ul style="list-style-type: none"> <li>• verstehen Gesundheit mehrdimensional im Zusammenwirken körperlicher und psychosozialer Determinanten</li> <li>• Gesundheit wird als inneres individuelles Wohlbefinden erachtet</li> <li>• verfügen sie über ein differenziertes und kritisch-sensibles Körper- und Selbstbild</li> <li>• gehen selbstkritisch mit individuellen und strukturellen Gesundheitsrisiken um</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• duales und stark am medizinisch-objektivierbaren ausgerichtetes Gesundheitsverständnis</li> <li>• Gesundheit wird im Eintritt ihrer Gegenkategorie Krankheit wahrgenommen und an einer Einschränkung in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bemessen</li> <li>• Zusammenhänge zwischen physischen Belastungen und psychosozialen Determinanten werden kaum wahrgenommen</li> <li>• erachten die eigene Gesunderhaltung in einem engen Zusammenhang mit der eigenen Kontrolle über den Körper und die Gesundheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheit wird erst in ihrer Abwesenheit wahrgenommen und thematisiert; Gesundheit wird so als ‚natürlich‘ gegeben hingenommen und findet im Alltag wenig Beachtung</li> <li>• gesundheitliche Beeinträchtigungen werden als weniger kontrollierbar wahrgenommen</li> </ul>

Ähnlich wie bei DiskutantInnen von Angehörigen des reaktiv-ausgleichenden Gesundheitstypen werden Beschwerden von DiskutantInnen von VertreterInnen des funktional-leistungsorientierten Gesundheitstypen erst wahr- und ernstgenommen, wenn sie auch eine Einschränkung im Alltag bedeuten. Die funktional-leistungsorientierten schaffen es jedoch, ihre auffällig häufig und detailliert thematisierten körperlichen Erkrankungen recht erfolgreich in ihren Alltag zu integrieren, sodass diese nicht mehr als Belastung wirksam werden, sondern zuweilen sogar den Anschein eines konstitutiven Persönlichkeitsmerkmals machen. Dazu scheint ihnen ihre besonders ausgeprägte gesundheitsbezogene Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugung sehr hilfreich. Sie erachten ihre eigene Gesunderhaltung in einem engen Zusammenhang mit der eigenen Kontrolle über den Körper und die Gesundheit. Werden Kontrollverluste wahrgenommen durch bspw. den Eintritt von Krankheit, so suchen sie nach Verantwortlichen, die ihnen helfen, ihre Gesundheit wieder herzustellen, zunächst einmal im für sie naheliegenden ExpertInnenkreis des öffentlichen Gesundheitswesens. Finden sie dort nicht die Hilfe die sie sich erhofften, machen sie dafür eher die hinzugezogenen ExpertInnen und weniger eigene Verhaltensweisen oder strukturelle Bedingungen verantwortlich. Ihr stark duales Gesundheitsverständnis wirkt diametral zu Überlegungen, Risiken eventuell auch im eigenen Handeln oder gesellschaftlichen Strukturen zu finden. Ihre sich selbst zugesprochene ‚Gesundheitskompetenz‘ müssten sie nun eigentlich anzweifeln, überwinden dieses Dilemmata aber, indem sie ihre Beschwerden in den Alltag integrieren und ihnen damit ihre Wirksamkeit entziehen. Entgegen einer gesundheitsprotektiven Funktion von gesundheitsbezogener Handlungskompetenz nimmt sie bei DiskutantInnen von Angehörigen des funktional-leistungsorientierten Gesundheitstypen so mitunter ein riskantes Ausmaß an. Gesundheit, als funktionale Fitness und Erfüllung von Leistungsfähigkeit, wird damit zu einem Gut, für dessen Aufrechterhaltung von einer hohen subjektiven Verantwortung ausgegangen wird. DiskutantInnen von VertreterInnen des ausgleichs- und balanceorientierten Gesundheitstypen zeigen sich im Gegensatz dazu in stärkerem Maße reflexiv in der Bewertung individueller und

struktureller Gesundheitsrisiken und aktiv sowie präventiv einflussnehmend in der Art und Weise ihres Umgangs mit der eigenen Gesundheit. Sie setzen sich selbstkritisch mit biopsychosozialen Risiken wie körperlichen Erkrankungen, Schulstress oder anderen Einflüssen auseinander und beziehen eigene Erfahrungen sowie Wissensbestände über Gesundheit und Gesundheitsverhalten in ihre alltäglichen Handlungsstrategien ein. Sie achten darauf, im Alltag einen Ausgleich zu finden und sich möglichen gesundheitlichen Gefahren gegenüber präventiv-achtsam zu verhalten. Sie fühlen sich zwar für den Erhalt und die Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit ebenso verantwortlich und kompetent wie DiskutantInnen von VertreterInnen funktional-leistungsorientierter, finden aber mehrdimensionale Gründe für gesundheitliche Beschwerden in ihrem Lebensstil, ihrer Lebensphase und -welt, die sie kritisch reflektieren und denen sie aktiv und präventiv mit ausbalancierenden Strategien entgegensteuern. Sie scheinen sich weniger selbst ‚unter Druck gesetzt‘ zu fühlen, Leistungsansprüchen funktionaler Fitness gerecht werden zu müssen. Sie schaffen es, sich im leistungsorientierten Alltag Auszeiten zu ‚gönnen‘, in der sie auch thematisch-inhaltlich, räumlich sowie zeitlich Abstand gewinnen, um Kräfte zu regenerieren. Sie sind prinzipiell leistungsorientiert, erlauben sich aber nach erfolgten Anstrengungen bewusste Auszeiten, in deutlicher Trennung von Schule und Freizeit – Leistung und Erholung.

Tabelle 31: Als typisch zu bezeichnende Gesundheitsmotive von Angehörigen der drei Gesundheitstypen.

Der ausgleichs- und balanceorientierte Gesundheitstyp	Der funktional-leistungsorientierte Gesundheitstyp	Der reaktiv-ausgleichende Gesundheitstyp
<ul style="list-style-type: none"> <li>• gehen selbstkritisch mit individuellen und strukturellen Gesundheitsrisiken um</li> <li>• sehen einen direkten Zusammenhang zwischen physischen Gefährdungen und Belastungen ihrer Lebenswelt und eigenem Verhalten</li> <li>• weisen stark präventiv-achtsame Gesundheitsmotive auf; sie lernen selbst-reflexiv aus vergangenen Erfahrungen mit ihrem Körper und ihrer Psyche und beziehen diese Erfahrungen sowie allgemeine Gesundheitsinformationen auf ihr eigenes Verhalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• erachten für den Erhalt und die Wiederherstellung von funktionaler Gesundheit medizinische ExpertInnen als verantwortlich</li> <li>• reden viel über Gesundheit und kritisieren begrenzende Aspekte ihrer Lebenswelt, beziehen diese Kritik aber eher auf individuelles oder strukturelles Versagen</li> <li>• Gesunderhaltung steht in einem engen Zusammenhang mit der eigenen Kontrolle über den Körper und die Gesundheit</li> <li>• Motive funktionaler Leistungsfähigkeit scheinen gegenüber der eigenen Wahrnehmung körperlicher oder psychosozialer Signale zu überwiegen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• weisen sich durch einen hohen und teils unrealistischen Optimismus aus</li> <li>• lebensweltliche Belange und situative Gegebenheiten stehen im Vordergrund</li> <li>• erst in der Wahrnehmung von Risiken für die eigene Gesundheit werden gesundheitsbezogene Verhaltensweisen überdacht</li> </ul>

Bei DiskutantInnen von Angehörigen des reaktiv-ausgleichenden Gesundheitstypen stehen lebensweltliche Belange und situative Gegebenheiten im Vordergrund beinahe jeglicher, nicht nur gesundheitsbezogener, Handlungsmotive. Erst in der situativen Wahrnehmung von Risiken für die eigene Gesundheit werden gesundheitsbezogene Verhaltensweisen überdacht und strategische Änderungen intendiert. So werden gesundheitsbezogene Strategien wirksam, wenn Einschränkungen der eigenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität in einer je aktuell vorherrschenden Situation befürchtet werden. Diese Handlungsstrategien – oder besser formuliert diese situativen Interventionen – zeichnen sich durch eher kurzfristige und von kaum

nachhaltiger Dauer und Intensität geprägte Strategien aus. Sie weisen eher einen reaktiven anstatt präventiv orientierten Charakter auf. So werden von ihnen typischerweise eher ‚Gesundheitssünden‘ ausgeglichen, indem situative Handlungsstrategien folgen. DiskutantInnen von Angehörigen des funktional-leistungsorientierten Gesundheitstypen weisen ebenfalls kaum präventiv-achtsame Gesundheitsstrategien auf, sondern richten Handlungsmotive eher an funktionaler Leistungserfüllung aus. Demnach trennen sie auch kaum zwischen Leistungsanforderungen und regenerativen Freizeitaktivitäten, wie es im Diskurs von Angehörigen der ausgleichs- und balanceorientierten Gesundheitstypen konstatiert wird. Leistungsmotive und der Erhalt funktionaler Fitness scheinen typische Merkmale von RepräsentantInnen dieses Typs, die sie fortwährend antreiben und damit auch in die Wahrnehmung regenerativer Momente im Alltag eingreifen.

*Tabelle 32: Als typisch zu bezeichnende gesundheitsbezogene Handlungsstrategien von Angehörigen der drei Gesundheitstypen.*

<b>Der ausgleichs- und balanceorientierte Gesundheitstyp</b>	<b>Der funktional-leistungsorientierte Gesundheitstyp</b>	<b>Der reaktiv-ausgleichende Gesundheitstyp</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesunderhaltung erfolgt im selbstregulativ-interaktiven Prozess der eigenen und aktiven Aufrechterhaltung physischen und psychosozialen Wohlbefindens</li> <li>• im Alltag achten sie bewusst darauf, stressige oder belastende Zeiten durch regenerierende Aktivitäten, wie Sport oder ‚schulfreier Zeit‘, auszugleichen, mitunter auch auf Kosten schulischer Anforderungen</li> <li>• sie sind prinzipiell leistungsorientiert, ‚gönnen‘ sich aber nach erfolgten Anstrengungen bewusste Auszeiten; sie trennen inhaltlich, zeitlich und räumlich sehr deutlich zwischen Schule und Freizeit – Leistung und Erholung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• schaffen es, körperliche Erkrankungen in ihren Alltag zu integrieren, sodass diese nicht mehr als Belastung wirksam werden</li> <li>• werden Hilfen nicht im Gesundheitswesen gefunden, machen sie eher ExpertInnen und weniger eigene Verhaltensweisen oder strukturelle Bedingungen verantwortlich</li> <li>• kaum Strategien der Trennung schulischer Leistungsanforderungen und regenerativer Freizeitaktivitäten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• präventive Strategien werden wirksam, wenn Einschränkungen der eigenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu befürchten sind und orientieren sich stark an der aktuellen Situation</li> <li>• diese zeichnen sich durch eher kurzfristige und von kaum nachhaltiger Dauer und Intensität aus; weisen eher den Charakter einer Reaktion auf situative Ereignisse auf</li> </ul>



## 7 Kontrolle ist gut ... Balance ist besser

### Oder ob Gesundheitskompetenz die Gesundheit begrenzt?



„In Balance zu bleiben und den roten Faden zu behalten“ (Rieger 2014) wurde bereits im zweiten Kapitel dieser Arbeit als Dreh- und Angelpunkt von Gesundheit, durch den jungen Hobbyfotografen des oben erneut abgebildeten Fotos, konstatiert. Der Ursprung von Gesundheit liegt in der Wahrnehmung der Verfügbarkeit und Mobilisierbarkeit eigener Ressourcen, um sich selbst als mächtig zur Einflussnahme auf die eigene Gesundheit zu erachten – er findet sich im Ausmaß individuell verfügbarer gesundheitsbezogener Handlungskompetenz. Gesundheitsbezogene Handlungskompetenz hilft es Heranwachsenden kompetent auf Belastungen zu reagieren und sich so auf einem dynamischen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum immer wieder aktiv dem gesunden Pol anzunähern. Im ersten Untersuchungsteil wurde deutlich herausgearbeitet, dass ein Erleben gesundheitsbezogener Handlungskompetenz und damit einhergehend der Wahrnehmung eigenen Einflusses auf die eigene Gesundheit, als wichtige Ressource gesunden Aufwachsens in der Adoleszenz hervorzuheben ist, die sich über die gesamte Lebenswelt Heranwachsender erstreckt. Im darauf aufbauenden zweiten Untersuchungsteil konnte darüber hinaus herausgearbeitet werden wie gesundheitsbezogene Handlungsmotive und –strategien, vor dem Hintergrund subjektorientierter Alltagskonstruktionen, sich begründen lassen. Gesundheit basiert auf Wissen über sowie der interaktiven Auseinandersetzung mit Gesundheit, der wahrgenommenen Verfügbarkeit und Mobilisierbarkeit von Ressourcen ihrer Wiederherstellung und Aufrechterhaltung gleichermaßen wie auf den alltäglichen und subkulturell formierten Praxisweisen im Umgang mit dem Körper, der Psyche und Gesundheit. Versteht man gesundheitsbezogene Handlungskompetenz primär verhaltensorientiert, so wird man ihr kaum gerecht werden können. Ein adressatInnen-orientiertes Verständnis gesundheitsbezogener Handlungskompetenz bedarf zudem eines Hinzuzugs subjektiver Bedeutsamkeiten von Gesundheit, die sich vor dem Hintergrund je spezifischer Lebensphase, -lage und -welt herausbildet, um zu einem theoretisch wie auch empirisch tragfähigen Modell *gesundheitsbezogener Agency* zu gelangen, das sich als Grundlage der Förderung von Gesundheit in der Adoleszenz dienlich erweist. Repräsentationen

von Gesundheit, subjektorientierte Alltagskonstruktionen, unterliegen sozialen Einflüssen, auf deren Basis sich je individuell wertgeschätzte Praxisweisen herausbilden. In der Fragebogenuntersuchung konnte bspw. belegt werden, dass die Achtsamkeit auf den Körper und das äußere Erscheinungsbild in einem direkten Zusammenhang mit dem Merkmal gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugung steht. Je mehr die Befragtenangaben auf ihr äußeres Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit sowie Signale des Körpers zu achten, je mehr Möglichkeiten nahmen sie auch bei sich selbst wahr, auf ihren Körper, ihre Leistung und Gesundheit Einfluss ausüben zu können. Achtsamkeit konnte damit als eine wesentliche statistisch nachweisbaren Ressource identifiziert werden, sich selbst als gesundheitskompetent zu erachten. Auch im Diskurs der prototypischen VertreterInnen dreier Gesundheitstypen wurde deutlich, dass diejenigen, die ihren Körper, ihre Psyche und Gesundheit durchweg sensibler wahrnehmen - die Angehörigen des ausgleichs- und balanceorientierten Gesundheitstypen – auch wesentlich achtsamer und präventiver im Alltag agieren, als die anderen DiskutantInnen. Überdies konnten statistisch signifikante Einflüsse des Merkmals alltäglicher Kommunikation und Beteiligung an Gesundheitsthemen auf die von Befragten wahrgenommene Handlungskompetenz gefunden werden. Dieses Merkmal der „(Mit-)Sprache“ korreliert bspw. statistisch signifikant mit dem Merkmal der Selbstwirksamkeitsüberzeugung. In den anschließenden Gruppendiskussionen mit prototypischen VertreterInnen wurde dieser Zusammenhang deutlich bekräftigt, einerseits inhaltlich-thematisch und andererseits sogar im differenten Aufgreifen der Gesundheitsthematik im Diskurs der drei Gesundheitstypen: Angehörige des funktional-leistungsorientierten Gesundheitstyps diskutierten fast ausschließlich über Gesundheit, Angehörige des reaktiv-ausgleichenden Typs kaum. Erstere rechneten sich selbst eine wesentlich höhere Verantwortung zu, ihre Gesundheit immer wieder herzustellen und fühlten sich dieser auch mächtig, letztere machten eher den Anschein Gesundheit als ‚natürlich‘ gegeben, wenig zu beeinflussen und eher schicksalhaft gegeben wahrzunehmen. Gesundheitsbezogene Agency erfordert, neben diesen funktionalen und interaktiven Komponenten, jedoch zudem eine kritisch-reflexive Komponente der Befähigung in Form eines selbst-reflexiven Umgangs mit dem eigenen Körper, der Psyche und Gesundheit sowie einer gesellschafts-kritischen Gesundheitskompetenz, die sich an der jugendlichen Lebensphase, -lage und -welt orientiert. Dies konnte insbesondere im Diskurs der ausgleichs- und balanceorientierten RepräsentantInnen wiedergefunden werden. Diese gehen selbstkritisch mit individuellen und strukturellen Gesundheitsrisiken um und sehen sie in ihrer direkten biopsychosozialen Verwobenheit miteinander. Sie verstehen Gesundheit in mehrdimensionaler und dynamisch zu regulierender Balance zwischen Be- und Entlastungen und zeichnen sich daran anlehnend durch präventiv-achtsame Gesundheitsstrategien aus, die sie vor dem Hintergrund vergangener Erfahrungen mit ihrem Körper und ihrer Psyche sowie anhand allgemeiner Gesundheitsinformationen entwickelt haben. Diese Erfahrungen beziehen sie selbst-reflexiv auf ihr eigenes Gesundheitsverhalten.

Mit Blick auf die empirischen Erkenntnisse lassen sich wegweisende Hinweise für eine adressatInnen- und lebensphasenorientierte Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe ableiten. Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe, wird sie auch unter neoliberaler Verwischung im Sinne des aktivierenden Sozialstaates missbräuchlich verwendet, sollte sich nicht ausschließlich an der Risikoprävention oder alleinigen Förderung gesundheitsbezogener Handlungskompetenz ausrichten. Ihr Anliegen sollte es sein sich noch wesentlich stärker anwaltschaftlich für die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten junger Menschen stark zu machen. Dabei darf sie die individuellen und lebensphasengeschuldeten Bedarfen junger Menschen nicht aus dem Auge verlieren, um diese selbst darin zu befähigen ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial, nach eigener Präferenz ebenso wie unter Berücksichtigung eines gerechten Zugangs zu Verwirklichungschancen für alle jungen Menschen, zu entfalten, um gesund erwachsen und älter werden zu können. Gesundheitsförderung muss es dabei gelingen rein individualzentrierte Konzepte zu überwinden und direkt am gesellschaftlichen Diskurs über Gesundheit anzuknüpfen. Es reicht nicht aus, Möglichkeiten der Gesundheitsförderung zu schaffen, werden damit psychosomatische Subkulturen strukturell ausgeschlossen bzw. nicht erreicht. Am Beispiel des funktional-leistungsorientierten Gesundheitstypen, dem zahlenmäßig am stärksten vertretenden Typ im Sample, deren VertreterInnen *nach außen* suggerierten fit, gesund und leistungsfähig zu sein, verdeutlicht sich dieser anwaltschaftliche Anspruch gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit sehr eindrucksvoll. Solange den gesellschaftlichen Diskurs ein dual-medizinisch-orientiertes Gesundheitsverständnis dominiert und funktionale Leistungsfähigkeit sowie individuelle Verantwortlichkeit für Gesundheit die psychosomatische Kultur prägen, wird auch die Mehrheit junger Menschen sich diesem Verständnis beugen. Natürlich soll damit Bedeutung gesundheitsbezogener Autonomie nicht geschmälert werden. Unter detaillierter Analyse von DiskutantInnen des funktional-leistungsorientierten Gesundheitstypen wurde jedoch sehr eindrücklich deutlich, dass auch eine stark ausgeprägte gesundheitsbezogene Handlungskompetenz, vereint sie sich mit einem funktional und physisch orientierten Gesundheitsverständnis, Gesundheit schlichtweg auch begrenzen kann.

An diesem Dilemma knüpft im internationalen wie auch jüngst nationalen Diskurs das gesundheitswissenschaftlich geprägte Konzept von Health Literacy an, das ein durchaus beachtliches Potenzial aufzuweisen scheint auch für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit und damit die Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe anschlussfähig zu sein. Denn, wie von seinen VertreterInnen hervorgehoben wird, soll die Förderung von Health Literacy mehr als nur die Förderung von Gesundheitskompetenz sein. Eine Förderung von Health Literacy scheint über übliche, zumeist risikoorientierte Programme der Gesundheitsförderung und Prävention hinauszugehen. Gesundheitsförderung und Prävention bleiben damit weniger in lastender Verantwortung Einzelner, sondern lehnen sich wieder enger dem gesundheitsförderlichen Anliegen der Ottawa-Charta (1986) an: Der gesundheitlichen

Chancengerechtigkeit insbesondere durch Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, mit dem Ziel sich stärker an einer gesundheitsbezogenen Befähigungsgerechtigkeit auszurichten, die es Heranwachsenden ermöglicht ihr eigenes Gesundheitspotenzial zu entfalten. Mit Blick auf die Empfehlungen des 13. Kinder- und Jugendberichts sollte es gesundheitsbezogene Soziale Arbeit als ihre Aufgabe verstehen, verhaltensorientierte Interventionen mit reglementierendem Blick auf den ‚riskanten Lebensstil einzelner Jugendlicher‘ zu kritisieren und öffentlichkeitswirksamen zu thematisieren. Mit dem Health Literacy Ansatz scheint sich hierzu eine Chance gefunden, gesundheits-, erziehungs- und bildungswissenschaftliche Erkenntnisse fruchtbar für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit aus, mit und weiter zu gestalten. Health Literacy versteht sich nicht nur als die Fähigkeit, sich „Zugang zu grundlegenden gesundheitsbezogenen Informationen zu verschaffen, diese zu verstehen, zu interpretieren und zu bewerten, gesundheitsbezogene Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen“, sondern darüber hinaus die Fähigkeit „diese in einer Weise zu nutzen, die es ermöglicht, individuelle Gesundheitsförderung zu betreiben“ (Okan et al. 2015, 930). Es bleibt also nicht bei einer Stärkung individueller Gesundheitskompetenz, sondern darüber hinaus einer Förderung von gesundheitsbezogener Agency wie sie hier herausgearbeitet werden konnte, in Abhängigkeit der soziokulturellen „(...) Situierung in sozialen Strukturen bzw. sozialen Beziehungen (...)“ (Scherr 2013, 233), in denen Handlungsfähigkeit hervorgebracht wird. Im Rekurs auf empirisch gewonnene Erkenntnisse erfordert die Stärkung gesundheitsbezogener Agency, als wesentliche Ausgangslage gesundheitsfördernder Bestrebungen der Kinder- und Jugendhilfe in der Lebensphase Jugend, auf individueller Ebene eine Förderung von personalen Ressourcen der gesundheitsbezogenen Handlungskompetenz, der offenen Kommunikation über und Beteiligung an Themen die eigene Gesundheit betreffend ebenso wie der Förderung eines achtsamen und selbst-reflexiven Umgangs mit dem eigenen Körper, der Psyche und Gesundheit, um zu einer selbst- und gesellschafts-kritischen Gesundheitskompetenz vor dem Hintergrund soziokultureller Strukturen und lebensphasenbezogener Herausforderungen zu gelangen. Darüber hinaus erfordert eine Stärkung gesundheitsbezogener Agency einen deutlichen und öffentlichkeitswirksamen kritischen Diskurs über Gesundheit, der die biopsychosozialen Belange junger Menschen, vor dem Hintergrund ihrer Lebensphase, ihres je individuellen Lebensstils und ihrer Lebenswelt vertritt und anwaltschaftlich für gesundheitsbezogene Befähigungsgerechtigkeit junger Menschen eintritt. Aufgabe einer gesundheitsbezogenen Kinder- und Jugendhilfe ist es dabei ihre besondere Kompetenz konsequenter AdressatInnen- und Lebensweltorientierung (vgl. Homfeldt 2010?) im gesamtgesellschaftlichen Diskurs selbstbewusst zu vertreten, um ein real gelebtes *biopsychosoziales* Gesundheitsverständnis zu stärken und damit befähigungsorientierte Gesundheitskulturen in der Jugendphase nachhaltig aus- und weiterzubilden.

Abbildung 40: Ebenen der Förderung gesundheitsbezogener Agency in der Lebensphase Jugend in Anlehnung an die „Levels of Health Literacy“ (Nutbeam 2000) in eigener Darstellung.



Basierend auf den empirischen Erkenntnissen sowie skizzierten Anforderungen an eine gesundheitsfördernde und präventive Kinder- und Jugendhilfepraxis sollte sich eine Stärkung gesundheitsbezogener Agency in der Lebensphase Jugend insbesondere auf folgende drei Ebenen beziehen:

1. Die personenbezogene Förderung gesundheitsbezogener Agency

- Förderung der Herausbildung, Wahrnehmung von und dem Vertrauen in eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie interpersonale Kompetenzen, Kommunikationsfähigkeiten und gesundheitsbezogene Handlungsstrategien.
- Stärkung der Wahrnehmung des eigenen Körpers, der Psyche und Gesundheit sowie eines achtsamen Umgangs mit ihr insbesondere durch Schaffung von Möglichkeiten der interaktiven und selbst-reflexiven Auseinandersetzung mit dem sich verändernden jugendlichen Körper.
- Befähigung zu einem verantwortungsvollen Umgang mit der eigenen *life-balance*, um einen eigenen Lebensstil, mit Momenten der Regeneration und zur Stressregulation, unter Achtung gesellschaftlicher und kultureller Regeln und Normen sowie des sozial vertretbaren Gerechtigkeitssinn, zu entwickeln.

## 2. Die soziale Förderung gesundheitsbezogener Agency

- Schaffung von Möglichkeiten zum Auf- und Ausbau sozialer Beziehungen zu anderen Menschen und Institutionen, zur Stärkung sozialer Gemeinschaft sowie gegenseitiger sozialer Unterstützung, Fürsorge und Mitgefühl.
- Stärkung von Möglichkeiten und Kompetenzen der Interessensvertretung, insbesondere durch die Beteiligung Jugendlicher an Entscheidungen, die ihre eigene sowie gesundheitsbezogene Themen innerhalb ihrer Lebenswelt betreffen, um sie zu einer gesundheits-kritischen Selbst- und Außenwahrnehmung zu befähigen.
- Förderung eines institutionellen Bewusstseins und Verständnis für die je individuell-diversen gesundheitsbezogenen Aspekte der Lebensphase Jugend - vor dem Hintergrund biopsychosozialer Bewältigungsanforderungen - mit dem Ziel der Stärkung gesundheitsbezogener Selbstbestimmung junger Menschen.

## 3. Die strukturelle Förderung gesundheitsbezogener Agency

- Einerseits Sichtbarmachung gesundheitsgefährdender Lebensstile und -welten sowie darüber hinaus deren kritische Analyse vor dem Hintergrund struktureller (Be)Grenz(ung)en innerhalb der jugendlichen Gesundheitskultur, zur Stärkung eines konstruktiven Beitrags gesamtgesellschaftlicher Gesundheitsförderung.
- Andererseits die Herstellung einer stärkeren fachlichen und politischen Aufmerksamkeit für gesundheitsbezogene Herausforderungen des Schul- und Jugendalters, immer mit Blick auf die jugendliche Lebenswelt und den darin wirksam werdenden spezifischen und individuellen Bedarfen.

Eine Förderung gesundheitsbezogener Agency sollte sich über alle der drei Ebenen hinweg an der jugendlichen Lebensphase, -lage und -welt orientieren. Sie erkennt Jugendliche als aktive und eigenwillig interagierende Subjekte mit spezifischen Bedarfen und Bedürfnissen – einem eigenen life-balance-Konzept - an und geht nicht lediglich von einem Risikofaktorenmodell aus, das Jugendliche zu mehr oder weniger wehrlos ausgesetzten Objekten deklariert. Auf der Ebene personenbezogener sowie auch sozialer Förderung gesundheitsbezogener Agency zeigte sich empirisch einerseits, in welchem engem Zusammenhang Merkmale biopsychosozialer Gesundheit mit jugendtypischen Entwicklungsaufgaben stehen und andererseits, dass Merkmale von Kompetenz und Kohärenz einen statistisch signifikanten Einfluss auf die von Jugendlichen selbst wahrgenommene Gesundheit nehmen. Eine personenbezogene Förderung gesundheitsbezogener Agency sollte sich daher an einer Stärkung der Herausbildung, Wahrnehmung von und dem Vertrauen in eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie interpersonale Kompetenzen, Kommunikationsfähigkeiten und gesundheitsbezogene Handlungsstrategien orientieren. Hierzu zählen kognitive Aspekte, wie allgemeines Gesundheitswissen gleichermaßen wie interaktive Kompetenzen, Informationen auch in einer für sich angemessenen Art konstruktiv zu verstehen

und umsetzen zu können. Empirisch, wie auch nach umfangreicher Literaturrecherche, sind hierzu insbesondere dem Kohärenzsinn, der gesundheitsbezogenen Selbstwirksamkeits- und Kontrollüberzeugung eine besondere Bedeutung zuzuschreiben. Sie konnten als empirisch nachweisliche Potenziale rekonstruiert werden, die es Jugendlichen ermöglichten, sich selbst als handlungsmächtig im Einfluss auf ihre Gesundheit wahrzunehmen. In der Typologie und insbesondere der qualitativen Analyse der Gesundheitstypen im Diskurs wird zudem aber deutlich, dass lediglich Kompetenz und Kohärenz noch nicht ausreichen, um ‚health literate‘ interagieren zu können. DiskutantInnen des funktional-leistungsorientierten Gesundheitstypen, der sich, statistisch wie auch im Diskurs rekonstruierbar, durch eine stärker ausgeprägte gesundheitsbezogene Handlungskompetenz, im maximal kontrastiven Vergleich zu Angehörigen des reaktiv-ausgleichenden Typs, ausweisen, erachten ihren Körper und ihre Leistung zwar in stärkerem Maße als kontrollierbar und fühlen sich auch wohler, dies aber motiviert durch ein duales Verständnis von Gesundheit als eher funktionale Fitness, statt biopsychosoziales Wohlbefinden. Sie fühlen sich selbst in hohem Maße kompetent, verhalten sich dabei aber mit Blick auf psychosoziale Determinanten von Gesundheit als gleichzeitig eher riskant in Bezug auf ihre Handlungsstrategien. Nach ihrem Gesundheitsverständnis sind psychosoziale Aspekte in ihrer Auswirkung auf die physische Gesundheit zu vernachlässigen und scheinen daher in ihrem life-balance-Konzept kaum Beachtung zu finden. Präventive oder achtsame Strategien, wie beispielsweise regenerative Aktivitäten oder Auszeiten, verlieren für sie an Relevanz. Eher schaffen sie es Beschwerden ‚kompetent und beschwerdefrei‘ in ihren Alltag zu integrieren und sich weiterhin *überdurchschnittlich gut* zu fühlen. Am Beispiel des Diskurses von VertreterInnen des ausgleichs- und balanceorientierten Gesundheitstypen konnte jedoch sehr anschaulich herausgearbeitet werden, inwieweit Angehörigen ein mehrdimensionales und darüber hinaus prozessual orientiertes Verständnis von Gesundheit dazu verhilft, Signale des eigenen Körpers sensibler wahrzunehmen und vor diesem Hintergrund präventiv-achtsam zu agieren. Sie schaffen es, biopsychosoziales Wohlbefinden wahr und ernst zu nehmen, räumen sich zur Wiedergewinnung und Aufrechterhaltung ihrer eigenen Gesundheit einen hohen eigenen Einfluss ein und sind fortwährend darum bemüht, ihre life-balance aufrecht zu erhalten. Dies gelingt ihnen u.a. durch eine recht konsequente Trennung des leistungsorientierten Alltags und regenerativen Freizeitmomenten, in denen sie Kraft und Energie schöpfen, gleichzeitig aber auch soziale Beziehungen pflegen, auf- und ausbauen. Demnach sollte eine personenbezogene Förderung gesundheitsbezogener Agency Jugendliche unbedingt an der individuellen Wahrnehmung des eigenen Körpers, der Psyche und Gesundheit Jugendlicher selbst sowie ihres Umgangs damit, insbesondere durch die Schaffung von Möglichkeiten der interaktiven und selbst-reflexiven Auseinandersetzung mit dem sich verändernden jugendlichen Körper, ansetzen. Eine Förderung personenbezogener gesundheitsbezogener Agency in der Lebensphase Jugend zielt ab auf die Befähigung junger Menschen zu einem verantwortungsvollen Umgang mit der eigenen life-balance, um einen

eigenen Lebensstil, mit Momenten der Regeneration und zur Stressregulation, unter Achtung gesellschaftlicher und kultureller Regeln und Normen sowie des sozial vertretbaren Gerechtigkeitssinn, zu entwickeln. Auf sozialer Ebene sollten zudem Möglichkeiten zum Auf- und Ausbau sozialer Beziehungen zu anderen Menschen und Institutionen, zur Stärkung sozialer Gemeinschaft sowie gegenseitiger sozialer Unterstützung, Fürsorge und Mitgefühl gefördert werden. Die soziale (Laien-)Unterstützung bei der Bewältigung biopsychosozialer Belastungen kann eine wesentliche und wichtige Pufferfunktion übernehmen und ließ sich empirisch als wertvolle soziale Ressource rekonstruieren. Eine Stärkung sozialer gesundheitsbezogener Agency sollte sich darüber hinaus an einer Förderung von Möglichkeiten und Kompetenzen der Interessensvertretung ausrichten, insbesondere durch die aktive Beteiligung Jugendlicher an Entscheidungen, die ihre eigene sowie gesundheitsbezogene Themen innerhalb ihrer Lebenswelt betreffen und sie so zu einer gesundheits-kritischen Selbst- und Außenwahrnehmung zu befähigen. Vor diesem Hintergrund erweist es sich von hoher Relevanz ein institutionelles Bewusstsein und Verständnis für die je individuell-diversen gesundheitsbezogenen Aspekte der Lebensphase Jugend - vor dem Hintergrund biopsychosozialer Bewältigungsanforderungen - mit dem Ziel der Stärkung gesundheitsbezogener Selbstbestimmung junger Menschen, zu befördern. Besonders anschaulich verdeutlicht sich dies im Diskurs über die online-Erfassung von gesundheitsbedingten Fehlstunden, die VertreterInnen des funktional-leistungsorientierten Gesundheitstypen unter einen enormen Druck zu setzen scheint, der es ihnen sogar erschwert bei Krankheit zu Hause zu bleiben. Durch die detaillierte Erfassung von Fehlstunden, einhergehend mit einer wenig wertschätzenden Haltung ihrer LehrerInnen gegenüber der eigenen Einschätzung von gesundheitlichem Befinden der DiskutantInnen, fühlen diese sich in ihren Belangen kaum wahr und ernst genommen, mitunter sogar unter Pauschalverdacht des Schwänzens gestellt. Von einer Förderung gesundheitsbezogener Autonomie kann hierbei wohl kaum die Rede sein. Vor diesem Hintergrund sollte auf der dritten Ebene, der strukturellen Förderung gesundheitsbezogener Agency in der Lebensphase Jugend, gesundheitsgefährdende oder -belastende Lebensstile und –welten sichtbar gemacht, kritisch analysiert und vor dem Hintergrund struktureller (Be)Grenz(ung)en innerhalb psychosomatischer Kulturen der Lebensphase Jugend, anwaltschaftlich vertreten werden, um damit einen konstitutiven gesamtgesellschaftlichen Beitrag von Gesundheitsförderung zu leisten. Anliegen einer strukturellen Förderung gesundheitsbezogener Agency sollte es daher sein, das in der Gesellschaft vorherrschende Bild von Gesundheit in der Öffentlichkeit zu analysieren und auf Basis dieser Erkenntnisse öffentlichkeitswirksam zu thematisieren. Hierbei sollte es insbesondere um die Herstellung einer stärkeren fachlichen und politischen Aufmerksamkeit für gesundheitsbezogene Herausforderungen des Schul- und Jugendalters gehen, die jugendliche Lebenswelten für sich und darüber hinaus, darin wirksam werdende spezifische und individuelle Bedarfe Jugendlicher besonders in den Blick zu nehmen hat. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit und im Speziellen

die Kinder- und Jugendhilfe kann und soll ihre Kompetenzen noch selbstbewusster in den öffentlichen Diskurs einspeisen. Aus Perspektive der Wissenschaft bedeutet dies beispielsweise eine stärkere Vernetzung mit Nachbardisziplinen, um theoretische und empirische Erkenntnisse miteinander in einen Bezug zu bringen. Es bedeutet eine weitere Etablierung multi- und transdisziplinärer Forschung und interdisziplinär ausgerichteter Projekte im Schnittfeld des Sozial- und Gesundheitswesens, insbesondere unter Hervorstellung der konstitutiven Kompetenzen Sozialer Arbeit – eines Subjekt- und Lebensweltbezugs und ihres anwaltschaftlich-kritischen Mandats, mit dem Ziel der Stärkung *realer* gesundheitsbezogener Befähigungsgerechtigkeit in der Lebensphase Jugend. Diese Bestrebungen, insbesondere auch mit Blick auf eine weitere Etablierung gesetzlicher und finanzieller Grundlagen für die Wissenschaft, Forschung und Handlungspraxis, sind darauf angewiesen, in der (Fach-)Öffentlichkeit wahr und ernst genommen zu werden und fordern gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, als ein spezifisches *sozialarbeiterisches* Projekt heraus, sich im Diskurs öffentlichkeitswirksam zu positionieren.

### **7.1 Analytische Desiderate**

Die triangulativ gewählte Methodik dieser Untersuchung begünstigt einerseits eine multiperspektivische Erfassung des komplexen Gegenstands von Gesundheit und hat sich zu diesem Zwecke auch als äußerst passgenau erwiesen, kann aber zugleich die Gefahr einer zu stark pauschalisierend orientierten Subsumptionslogik bergen, wird dieses Vorgehen bei der Interpretation der Ergebnisse unzureichend reflektiert. Die Gesundheitstypen wurden anhand des statistischen Analyseverfahrens, der Clusterzentrenanalyse identifiziert und die DiskutantInnen, als im statistischen Sinne möglichst prototypische RepräsentantInnen, ausgewählt. Dieses Rekrutierungsverfahren für das Untersuchungssample trug dazu bei, die Komplexität des Gegenstands Gesundheit, für die gesamt einfließende Untersuchungspopulation auf ein erfassbares Maß zu reduzieren und die daraus hervorgegangenen rekonstruierten Gesundheitstypen zudem in ihren charakteristisch typischen Interpretation von Gesundheit, ihren Gesundheitsmotiven und -strategien mithilfe exemplarischer, als prototypisch identifizierter VertreterInnen besser zu verstehen. Der interessierende Forschungsgegenstand konnte methodengeleitet vorstrukturiert werden, um die Lebens- und Gesundheitswelt Jugendlicher in dieser Komplexität besser beschreiben, erklären und verstehen zu können. Diese Vorgehensweise ist insbesondere dem multidisziplinär ausgerichteten Forschungsinteresse geschuldet, um zusammenhangsbeschreibende, eher gesundheitswissenschaftlich orientierte Verfahren mit eher zusammenhangserklärenden rekonstruktiv-sozialarbeitswissenschaftlichen Forschungsmethoden erkenntnisgewinnbringend zu verbinden. Die gewonnenen Erkenntnisse konnten im wechselseitigen Bezug aufeinander diskutiert und analysiert werden und sich darin gegenseitig äußerst fruchtbar ergänzen und erweitern. Die quantitativen Daten wurden mit Leben gefüllt, die qualitativen in ihrer Verallgemeinerungsfähigkeit für das spezifisch gewählte

Sample bekräftigt. Für die Forschungspraxis im Schnittpunkt Sozialer Arbeit und Gesundheit hat sich die in dieser Art triangulativ gewählte Methode für das hier vorliegende Projekt, wenn auch mit hohem Aufwand verbunden, mit Blick auf die vorliegenden Erkenntnisse bewährt. Die gebildete Typologie hilft, die gesundheitsbezogene Handlungskompetenz Befragter im Zusammenhang mit ihrer Gesundheit zu erklären und darüber hinaus vor dem Hintergrund der Lebensphase, -lage und -welt Befragter zu verstehen. Die Ergebnisse gehen über eine Analyse von verfügbaren Ressourcen zur Gewinnung von Handlungsmacht hinaus und betrachtet diese gleichermaßen in ihrer sozialen Situierung psychosomatischer Kulturen. Auch mit Blick auf das Gruppendiskussionsverfahren hat sich die triangulative Methodenwahl durchaus bewährt. Die DiskutantInnen zeigten nicht nur inhaltlich sondern darüber hinaus auch in ihrer Gesprächsorganisation eine ganz eigene, je spezifisch typische Dynamik, die eine diskursfördernde Wirkung übernahm. Die dabei gewonnen Erkenntnisse sind jedoch, und darin verdeutlichen sich die methodischen Einschränkungen, der Wahl des Forschungsdesigns, in ihrer Aussagekraft auf das spezifisch gewählte Sample limitiert gleichermaßen wie sie auch das Forschungserkenntnis selbst limitieren. Die Erkenntnisse aus den Gruppendiskussionen basieren auf Diskussionen mit ausschließlich GymnasiastInnen. Inwieweit sich also die rekonstruierten typischen Gesundheitsvorstellungen, -motive und -strategien der drei Gesundheitstypen über dieses Sample hinaus konstituieren, müsste durch weitere Untersuchungen ergänzt werden. Darüber hinaus waren in allen drei Gruppendiskussionssettings Jungen unterrepräsentiert, obwohl sie in der statistisch rekonstruierten Typologie funktional-leistungsorientierter überproportional vertreten sind. Zwar ließen sich in der quantitativen Analyse an vielerlei Stellen sehr eindeutige Hinweise auf den Bedarf einer geschlechtssensiblen Betrachtung finden, im Gruppendiskussionsverfahren konnten diese aber kaum verfolgt werden. Gerade mit Blick auf die Herstellungspraktiken von Geschlechteridentitäten und Umgangsweisen mit dem eigenen Körper, der Psyche und der Gesundheit ergeben sich aber anschlussfähige Erweiterungsmöglichkeiten der rekonstruierten Gesundheitstypologie unter geschlechtssensibler Betrachtung. Mit Blick auf die statistische Verteilung der Typenzugehörigkeit zeigt sich beispielsweise, dass Mädchen zwar als das *gesundheitsvulnerablere* Geschlecht gelten könnten, sie aber auch häufiger dem ausgleichs- und balanceorientierten Gesundheitstypen zugehören, dem Typen, der sich keineswegs als ungesünder, sondern eher sensibler, reflektierter und kritischer gegenüber dem eigenen Körper, der Psyche und Gesundheit auszeichnet. Dem gegenüber zeigte sich, dass Jugendliche allgemein und Jungen im Besonderen zahlenmäßig eher dem funktional-leistungsorientierten Gesundheitstypen zugehörig sind. Auch nach der Analyse der standardisiert erfassten Gesundheitsdefinitionen überwiegen insbesondere bei männlichen Befragten Beschreibungen von Gesundheit anhand funktionaler Leistungsfähigkeit, die ebenso verdeutlichen, von welcher hohen Relevanz vertiefende geschlechtssensible Analysen zu erachten sind. Im Resümee zeigt sich aber, auch wenn insbesondere Aspekte des Qualifikationsniveau und Geschlecht noch zu erweitern sind, können die Ergebnisse dieser Untersuchung zur

qualitativen Erweiterung des Forschungsstandes über Lebens- und Gesundheitswelten junger Menschen einen wichtigen Beitrag leisten, wird dabei achtsam mit den gewonnen Erkenntnissen umgegangen. Denn – und das sei an dieser Stelle noch einmal deutlich hervorgehoben –, die Komplexität jugendlicher Lebens- und Gesundheitswelt kann zum Verständnis zwar typisiert und damit auf ein verstehbares Maß reduziert werden, dies darf jedoch nicht auf Kosten der Eigensinnig- und Eigenwilligkeit von Jugendlichen als handlungsfähige Subjekte und ihrer je individuellen Diversität geschehen. Die rekonstruierte Gesundheitstypologie ist kaum als stringent überschneidungsfreies Pauschalverständnis jugendlicher Lebens- und Gesundheitswelten zu interpretieren. Die darin rekonstruierten typischen Charakteristika von Gesundheitskonstruktionen, -motiven und -strategien lassen durchaus Mischformen oder spezifische Akzentuierungen zu - je einzelne und ganz individuell hervorgebrachte alltägliche Umgangsformen des guten und wertgeschätzten Umgang mit dem eigenen Selbst.



## Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) (2015): Stellungnahme aus der Arbeit der AGJ zur Weiterentwicklung der Psychotherapeutenausbildung. In: Forum Jugendhilfe. Heft 1/2015. Seite 49-50.
- Antonovsky, Aaron (1997): Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Albert, Matthias / Hurrelmann, Klaus / Quenzel, Gudrun (2010): Jugend 2010: Selbstbehauptung trotz Verunsicherung. In: Shell Deutschland Holding (Hrsg.): Jugend 2010. Eine pragmatische Generation behauptet sich. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag. Seite 37-51.
- Backhaus, Klaus / Erichson, Bernd / Plinke, Wulff / Weiber, Rolf (2008): Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. 12., vollständig überarbeitete Auflage.
- Backhaus, Klaus / Erichson, Bernd / Plinke, Wulff / Weiber, Rolf (2011): Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. 13., vollständig überarbeitete Auflage.
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, Volume 84. Seite 191-215.
- Bauer, Ullrich / Bittlingmayer, Uwe H. / Richter, Matthias. (2008): Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Die Herausforderung einer erklärenden Perspektive. In: Bauer, Ullrich / Bittlingmayer, Uwe H. / Richter, Matthias (Hrsg.): Health inequalities – Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS. Seite 13-56.
- Baur, Jürgen / Miethling, Wolf-Dietrich (1991): Die Körperkarriere im Lebenslauf. Zur Entwicklung des Körperverhältnisses im Jugendalter. In: Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie, Heft 11, 3/1991. Seite 165-188.
- Beierlein, Constanze / Kemper, Christoph J. / Kovaleva, Anastassyia / Rammstedt, Beatrice (2012a): Kurzskala zur Messung des zwischenmenschlichen Vertrauens: Die Kurzskala interpersonales Vertrauen (KUSIV3). In: GESIS – Leibniz Institut für Sozialwissenschaften (Hrsg.): GESIS-Working Papers. 22/2012.

- Beierlein, Constanze / Kovaleva, Anastassya / Kemper, Christoph J. / Rammstedt, Beatrice (2012b): Ein Messinstrument zur Erfassung subjektiver Kompetenzerwartungen. Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzsкала (ASKU). In: GESIS – Leibniz Institut für Sozialwissenschaften (Hrsg.): GESIS-Working Papers. 17/2012.
- Bengel, Jürgen / Strittmatter, Regine / Willmann, Hildegard (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert; eine Expertise im Auftrag der BZgA. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Erweiterte Neuauflage (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Band 6).
- Berger, Astrid (2003): Frauenkörper – zwischen sozialem Konstrukt und individueller Leiblichkeit. München: GRIN Verlag (Magisterarbeit).
- Bittlingmayer, Uwe. H. / Ziegler, Holger (2012): PUBLIC HEALTH UND DAS GUTE LEBEN. Der Capability-Approach als normatives Fundament interventionsbezogener Gesundheitswissenschaften? Discussion Paper SP I 2012–301. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2012).
- Bohner, G. / Harlacher, U. / Rudolf, C. / Sieger, H. / Schwarz, N. (1983): Selbstaufmerksamkeit und Körperaufmerksamkeit. In: Luer, G (Hrsg.): Bericht über den 33. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Mainz 1982 (S. 649-652). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co KG.
- Boltanski, Luc (1976): Die soziale Verwendung des Körpers. In: Kamper, Dietmar / Rittner, Volker (Hrsg.): Zur Geschichte des Körpers. München, Wien: Carl Hanser Verlag. Seite 138-177.
- Bohnsack, Ralf / Przyborski, Aglaja / Schäffer, Burkhard (2010): Einleitung: Gruppendiskussionen als Methode rekonstruktiver Sozialforschung. In: Bohnsack, Ralf / Przyborski, Aglaja / Schäffer, Burkhard (Hrsg.): Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Seite 7-22.
- Bohnsack, Ralf (2014): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich. 9. Auflage.
- Boltanski, Luc (1976): In: Kamper, Dietmar / Rittner, Volker (Hrsg.): Zur Geschichte des Körpers. München-Wien: Carl Hanser Verlag. Seite 138-177.
- Bortz, Jürgen / Schuster, Christof (2010): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. 7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage.

- Brühl, Achim (2012): SPSS 20. Einführung in die moderne Datenanalyse. München: Pearson Verlag. 13., aktualisierte Auflage.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (2012): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Link: <http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtprevention/> (letzter Zugriff 21.01.2016).
- Brühl, Achim (2012): SPSS 20. Einführung in die moderne Datenanalyse. München: Pearson Verlag. 13., aktualisierte Auflage.
- Cantril, H. (1965): The pattern of human concerns. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Callahan, Daniel (2012): Die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation. In: Schramme, Thomas (Hrsg.): Krankheitstheorien. Berlin: Suhrkamp Verlag. Seite 191-204.
- Cierpka, M. / Frevert, G. (1994): Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co KG.
- Clark, Zoe (2015): Jugend als Capability? Der Capabilities Approach als Basis für eine gerechtigkeits- und ungleichheitstheoretische Jugendforschung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Dalbert, C. (1992): HSWBS. Habituelle subjektive Wohlbefindensskala. Quelle: Dahlbert, C. (1992): Subjektives Wohlbefinden junger Erwachsener: Theoretische und empirische Analysen der Struktur und Stabilität. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 13, 207-220. Zugriff über ZIS: Link: <http://www.zpid.de/index.php?wahl=products&uwahl=frei&uuwahl=testarchiveintro#h> (letzter Zugriff: 31.07.2013).
- Dann, H. / Humpert, W. / Krause, F. / von Kügelgen, T. / Riemele, W. / Tennstedt, K. (2012): Subjektive Aspekte des Lehrerberufes. In: Glöckner-Rist, A. (Hrsg.): Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen. ZIS Version 15.00. Bonn: GESIS.

- Detmers, Stefan (2015): Kompetenzen in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Zur Notwendigkeit eines spezifischen Qualifikationskonzeptes. In: Sozialmagazin. Die Zeitschrift für Soziale Arbeit. Weinheim und München: Beltz Juventa Verlag. 40. Jahrgang, Heft 7-8. Seite 92-97.
- Deutsche Shell Holding GmbH (2010/Hrsg.): Shell-Jugendstudie 2010. Link: <http://www.shell.de/aboutshell/our-commitment/shell-youth-study/downloads.html> (Letzter Zugriff: 31.07.2013).
- Dewe, Bernd / Otto, Hans-Uwe (2010): Reflexive Sozialpädagogik. Grundstrukturen eines neuen Typs dienstleistungsorientierten Professionshandelns. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden: Springer Fachmedien, VS Verlag für Sozialwissenschaften. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Seite 197-217.
- Diener, Ed. / Emmons, Robert A. / Larsen, Randy J. / Griffin, Sharon (1985): The Satisfaction With Life Scale. In: Journal of Personality Assessment. Heft 49, 1/1985. Seite 71-75.
- Dlugosch, Gabriele E. / Dahl, Christina (2012): Die Rolle der Selbstwirksamkeit und Achtsamkeit bei der Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Menschen – eine Projektdokumentation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 39. Köln: Bundesministerium für Gesundheit.
- European Centre for Clinical Social Work e.V. (ECCSW) (2009): Definition Klinische Sozialarbeit. Link: <http://www.eccsw.de/index.html> (letzter Zugriff: 04.01.2016).
- Ellert, U. / Brettschneider, A.-K. / Ravens-Sieberer, U. (KiGGS Study Group) (2014): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). In: Bundesgesundheitsblätter (Hrsg.): Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 7. Springer Verlag. Heft 7/2014. Link: <http://edoc.rki.de/oa/articles/rewpcO0jJpaCw/PDF/20mHufW2LSvbQ.pdf> (letzter Zugriff 4.09.2015).
- Erhart, M. / Hölling H. / Bettge, S. / Ravens-Sieberer, U. / Schlack, R. (2007): Der Kinder und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Berlin: Springer Medizin Verlag.

- Faltermaier, Toni (1991): Gesundheit. In: Flick, Uwe / v. Kardoff, Ernst / Keupp, Heiner / v. Rosenstiel, Lutz / Wolff, Stefan (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Weinheim: Beltz – Psychologie Verlag Union. 2. Auflage. Seite 306-319.
- Faltermaier, Toni / Kühnlein I. / Burda-Viering M. (1998): Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa Verlag.
- Faltermaier, Toni (1998): Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit. Begründung, Stand und Praxisrelevanz eines gesundheitswissenschaftlichen Forschungsfeldes. In: Flick, Uwe (Hrsg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim und München: Juventa Verlag. Seite 70-86.
- Faltermaier, Toni (2002): Gesundheitsvorstellungen und Laienkompetenz. In: Psychomed. Heft 14/3, Seite 149-154.
- Faltermaier, Toni / Brütt, Anna Levke (2009): Subjektive Krankheitstheorien. In: Schaeffer, Doris (Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Verlag Hans Huber. Seite 207-221.
- Faltermaier, Toni (2010a): Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit. In: BzGA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Link: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/subjektive-gesundheit-alltagskonzepte-von-gesundheit/> (letzter Zugriff 07.01.2016).
- Faltermaier, Toni (2010b): Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: BzGA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Link: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsverhalten-krankheitsverhalten-gesundheitshandeln/> (letzter Zugriff: 04.01.2016).
- Faltermaier, Toni / Wihofszky, Petra (2012): Partizipation in der Gesundheitsförderung: Salutogenese - Subjekt - Lebenswelt. in: Rosenbrock, Rolf / Hartung, Susanne (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG. Seite 102 - 113
- Faltermaier, Toni / Brütt, Anna Levke (2013): Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen: Bedeutung für Forschung und Praxis. In: Hoefe, Hans-Wolfgang / Brähler, Elmer (Hrsg.): Krankheitsvorstellungen von Patienten. Herausforderungen für Medizin und Psychotherapie. Lengerich: Pabst Science Publishers. Seite 59-72.

- Fend, Helmut (2001): Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Ein Lehrbuch für pädagogische und psychologische Berufe. Opladen: Leske und Budrich Verlag. 2. Durchges. Auflage.
- Field, Andy (2009): Discovering Statistics Using SPSS. LA, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: Sage Publications. 3<sup>thrd</sup>. Edition.
- Flick, Uwe (1991): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Flick, Uwe (1997): Gesundheitsvorstellungen im Alltag: Forschungsansätze und ihre Bedeutung für Psychologie und Gesundheitswissenschaften. In: Weitkunat, Rolf / Haisch, Jochen / Kessler, Manfred (Hrsg.): Gesundheitsvorstellungen im Alltag: Forschungsansätze und ihre Bedeutung für Psychologie und Gesundheitswissenschaften. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber. Seite 191-200.
- Flick, Uwe (1998): Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In: Flick, Uwe (Hrsg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim und München: Juventa Verlag. Seite 7-30.
- Flick, Uwe / Röhnisch, Gundula (2008): Gesundheit auf der Straße. Gesundheitsvorstellungen und Umgang mit Krankheit im Kontext von Jugendobdachlosigkeit. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Flick, Uwe (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Hamburg: Rowolt Verlag GmbH.
- Flick, Uwe / Röhnisch, Gundula (2011): „(...) da bin ich eigentlich der Außenseiter, und das ist das Schlimmste.“ Krankheitserleben und -verhalten von chronisch kranken obdachlosen Jugendlichen. Seite 151-164. In: Oelerich, Gertrud / Otto, Hans-Uwe (2011): Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Studienbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften und Springer Fachmedien.
- Franke, A. (2010): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber und Hogrefe Verlag GmbH & Co KG. 2. Auflage.
- Franzkowiak, Peter (2011): Gesundheitsförderung. In: Bieker, R. / Floercke, P. (Hrsg.): Träger, Arbeitsfelder, Zielgruppen der Sozialen Arbeit. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Franzkowiak, Peter / Homfeldt, Hans Günther / Mühlum Albert (Hrsg. 2011): Lehrbuch Gesundheit. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

- Fröhlich-Gildhoff, Klaus / Rönnau-Böse, Maike (2009): Resilienz. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG.
- Fydrich, T. / Sommer, G. / Brähler, E. (2007): Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co KG.
- Gadamer, Hans-Georg (2010): Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Gahleitner, Silke B. / Homfeldt, Hans Günther / Fegert, Jörg M. (2012): Gemeinsam Verantwortung für Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf übernehmen? Hindernisse und Lösungswege für Kooperationsprozesse. In: Gahleitner, Silke B. / Homfeldt, Hans Günther (Hrsg.): Kinder- und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf: Beispiele und Lösungswege für Kooperationen der sozialen Dienste. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. Seite 247-272
- Gahleitner, Silke B. / Homfeldt, Hans Günther (2013): Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit und soziale(s) Netzwerke(n). In: Fischer, Jörg / Kosellek, Tobias (Hrsg.): Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen. Weinheim und Basel: Beltz und Juventa Verlag. Seite 494-516.
- Gahleitner, Silke B. / Rademaker, Anna Lena / Hahn, Gernot (2015): Forschung in der Klinischen Sozialarbeit. In: DVSG e.V. in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, der DGSA e.V. Sektion Klinische Sozialarbeit und dem European Centre for Clinical Social Work e.V. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. Themenschwerpunkt: Klinische Sozialarbeit – State of the Art 2015. 11. Jg., Heft 3, Seite 9-11.
- Giddens, Anthony (1984): The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration. Berkeley & LA: University of California Press.
- Gille, Martina (2012): Vom Wandel der Jugend. Junge Menschen haben heute Entfaltungsmöglichkeiten wie noch nie. Das ist eine große Chance, für viele aber auch ein großes Risiko. In: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): DJI Impulse. Das Bulletin des Deutschen Jugendinstituts. Schwerpunkt: Lebenswelten Jugendlicher. Freunde, Schule, Job: Was die Jugend heute bewegt. Heft 3/2012, Nr. 99. München: PINSKER Druck & Medien GmbH. Seite 4-8.
- Glücks, Sarah-Christina / Kolip, Petra (2013): Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. In: In Kolip, Petra / Klocke, Andreas / Melzer, Wolfgang / Ravens-Sieberer, Ulrike (Hrsg.): Weinheim und Basel: Juventa Verlag. Seite 8-24.

- Goodman (1997): SDQ – The Strengths and Difficulties Questionnaire. Verwendung der dt. Version (2005). Link: <http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=German> (letzter Zugriff: 31.07.2013).
- Göppel, Rolf (2011): Erwachsen werden. Der pubertierende Körper aus biopsychosozialer Perspektive. In: Niekrenz, Yvonne / Witte, Matthias D. (Hrsg.): Jugend und Körper. Leibliche Erfahrungswelten. Weinheim und München: Juventa Verlag. Seite 23-40.
- Green, John (2012): Das Schicksal ist ein mieser Verräter. München: Carl Hanser Verlag.
- Hafen, Martin (2007): Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag (Systemische Forschung).
- Hafen, Martin (2013): Soziale Arbeit und Gesundheit – Chancen und Herausforderungen an der Schnittstelle zweier Funktionssysteme. In: Schneider, Armin / Rademaker, Anna Lena / Lenz, Albert / Müller-Baron, Ingo (Hrsg.): Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit. Forschung: biopsychosozial. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Band 8. Opladen: Verlag Barbara Budrich. Seite 35-48.
- Herzlich, Claudine (1994): Soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld. In: Uwe Flick (Hrsg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim: Juventa Verlag. S. 171-180.
- Hölling, H. / Erhart, M. / Ravens-Sieberer, U. / Schlack, R. (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Berlin: Springer Medizin Verlag.
- Hölling, H. / Schlack, R. (2007): Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Berlin: Springer Medizin Verlag.

- Hölling, H. / Schlack, R. / Petermann, F. / Ravens-Sieberer, U. / Mauz, E. (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten des (2003-2006 und 2009-2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS-Welle 1). In: Bundesgesundheitsblätter (Hrsg.): Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 7. Springer Verlag. Heft 7/2014. Link: <http://link.springer.com/10.1007/s00103-014-1979-3> (letzter Zugriff 4.09.2015).
- Hampel, P. / Petermann, F. (2005): Screening psychischer Störungen im Jugendalter (SPS-J). Deutschsprachige Adaption des Reynolds Adolescent Adjustment Screening Inventroy<sup>TM</sup> von William M. Reynolds. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co KG.
- Homfeldt, Hans Günther / Schröer, Wolfgang / Schweppe, Cornelia (2009). Lebenslage Jugend: Armut, Agency und Jugendpolitik. In: Bauer, Ullrich (Hrsg.): ZSE Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation. Weinheim: Beltz/Juventa Verlag. Ausgabe 4/2009, Seite 359-370.
- Homfeldt, Hans Günther (2010a): Gesundheit. In: Bock, Karin / Miethe, Karin (Hrsg.): Handbuch Qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich. Seite 124-131.
- Homfeldt, Hans Günther (2010b): Gesundheit und Soziale Arbeit. In: Schröer, Wolfgang / Schweppe, Cornelia (Hrsg.): Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online. Soziale Herausforderungen der Sozialen Arbeit. Weinheim und München: Juventa Verlag. Seite 1-33 (die Seitenangaben beziehen sich auf den Online-Artikel: DOI 10.3262/EEO14100063).
- Homfeldt, Hans Günther (2010d): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien. 3., überarbeitete Auflage. Seite 498-503.
- Homfeldt, Hans Günther (2012): Kooperation der sozialen Dienste – Hemmnisse und Lösungshinweise. In: Stange, Waldemar / Krüger, Rolf / Henschel, Angelika / Schmitt, Christoff (Hrsg.): Erziehungs- und Bildungspartnerschaften. Wiesbaden: Springer Fachmedien, VS Verlag für Sozialwissenschaften. Seite 215-224.

- Homfeldt, Hans Günther / Gahleitner, Silke B. (2012): Agency – Biografie – Gemeinwesen: eine gemeinsame Basis für Kooperationen. In: Gahleitner, Silke B. / Homfeldt, Hans Günther (Hrsg.): Kinder- und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf: Beispiele und Lösungswege für Kooperationen der sozialen Dienste. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. Seite 273-284.
- Homfeldt, Hans Günther (2013): Forschungsfacetten einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Orientierungspunkte – Einblicke – Aufgaben. In: Schneider, Armin / Rademaker, Anna Lena / Lenz, Albert / Müller-Baron, Ingo (Hrsg.): Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit. Forschung: bio-psycho-sozial. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Band 8. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Homfeldt, Hans Günther (2014): Soziale Arbeit und Gesundheit. In: DVSG e.V. in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, der DGSA e.V. Sektion Klinische Sozialarbeit und dem European Centre for Clinical Social Work e.V. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. Themenschwerpunkt: Gesundheitsförderung. 10. Jg., Heft 3/2014, Seite 4-6.
- Homfeldt, Hans Günther (2014b): Körper/Leib, Gesundheit(-sförderung ) und Soziale Arbeit. Die Verankerung als fachlicher Standard. In: Sozial Extra, Volume 38, Heft 1/2014, Seite 33-36.
- Hornstein, Walter / Thole, Werner (2008): Jugend. In: Kreft, Dieter / Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Weinheim und München: Juventa Verlag. 6., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Seite 451-455.
- Hurrelmann, Klaus (2007): Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Weinheim und München: Juventa Verlag. 9., aktualisierte Auflage.
- Hurrelmann, Klaus / Klotz, Theodor / Haisch, Jochen (2010): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus / Klotz, Theodor / Haisch, Jochen (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Seite 13-22.
- Hübner-Funk, Sibylle (2003): Wie entkörperlicht ist die Jugend der Jugendsoziologie? Argumente für eine „somatische Wende“. In: Sozialwissenschaftlicher Fachinformationsdienst (soFid). Jugendforschung. Heft 2003/2. Seite 9-16.
- International Federation of Social Workers (IFSW) (2014): Global Definition of Social Work. Link: <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/> (letzter Zugriff 04.01.2016).

- Jonkisz, Ewa / Moosbrugger, Helfried / Brandt, Holger (2012): Planung und Entwicklung von Tests und Fragebogen. In: Moosbrugger, Helfried / Kelave, Augustin (Hrsg.): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Seite 27-74.
- Kessl, Fabian (2011): Von der Omnipräsenz der Kooperationsanforderungen in der Sozialen Arbeit. Eine Problematisierung. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik. 9. Jahrgang, 2011, Heft 4. Seite 405-415.
- Keupp, Heiner (2012): Capability. Verwirklichungschancen zur positiven Jugendentwicklung. Freiburg, Centaurus Verlag & Media KG.
- Keupp, Heiner (2013): Verwirklichungschancen und Gesundheit. In: Bundesinstitut für Sozialpädagogik (Hrsg.): Sozialpädagogische Impulse. Gesundheit. Hollabrunn. Heft 1/2013, Seite 14-15.
- Kickbusch, Ilona (2003): Gesundheitsförderung. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm / Badura, Bernhard / Busse, Reinhard / Leidl, Reiner / Raspe, Heiner / Siegrist, Johannes / Walter, Ulla (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München & Jena: Urban & Fischer Verlag. 2. Auflage, Seite 181-189.
- King, Vera (2011): Der Körper als Bühne adoleszenter Konflikte. Dimensionen der Vergeschlechtlichung. In: Niekrenz, Yvonne / Witte, Matthias D. (Hrsg.): Jugend und Körper. Leibliche Erfahrungswelten. Weinheim und München: Juventa Verlag. Seite 79-92.
- Kluge, Udo / Kelle, Susann (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften und Springer Fachmedien. 2., überarbeitete Auflage.
- Kolip, Petra (1997): Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen. Opladen: Leske und Budrich Verlag.
- Kolip, Petra / Klocke, Andreas / Melzer, Wolfgang / Ravens-Sieberer, Ulrike (Hrsg.) (2013): Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitsurvey „Health Behaviour in School-aged Children“. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Kruse, Jan (2014): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Weinheim: Beltz und Juventa Verlag.
- Kuckartz, Udo (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag. 2., durchgesehene Auflage.

- Kurth, B.-M. (2006): Symposium zur Studie Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Berlin: Springer Medizin Verlag.
- Lampert, T. / Kuntz, B. (KiGGS Study Group) (2015): Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? Robert Koch-Institut (Hrsg.); Berlin. GBE kompakt. Heft 6(1). [www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt).
- Landhäußer, Sandra / Ziegler, Holger (2011): Hauptkomponentenanalyse. In: Oelerich, Gertrud / Otto, Hans-Uwe (Hrsg.): Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Studienbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften und Springer Fachmedien. Seite 229-334.
- Lange, Andreas (2008): Agency – Eine Perspektive für die Jugendforschung. In: Homfeldt, Hans Günther / Schröer, Wolfgang / Schweppe, Cornelia (Hrsg.): Vom Adressaten zum Akteur. Soziale Arbeit und Agency. Opladen & Farmington Hill: Verlag Barbara Budrich. Seite 165ff.
- Lerner, Richard M. / Alberts, Amy E. / Bobek, Deborah L. (2007): Engagierte Jugend – lebendige Gesellschaft. Möglichkeiten zur Stärkung von Demokratie und sozialer Gerechtigkeit durch positive Jugendentwicklung. Medford, USA: Bertelsmann Stiftung (Herausgegeben von: Development, Institute for Applied Research in Youth).
- Lenz, Albert (2011): Ressourcen und Resilienz. In: Lenz, Albert (Hrsg.): Empowerment. Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis. Tübingen: dgvt-Verlag. Seite 57-76.
- Lenz, Albert (2014): Gesundes Aufwachsen der Kinder psychisch erkrankter Eltern fördern – Rahmenbedingungen und Schnittstellen. In: DVSG e.V. in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, der DGSA e.V. Sektion Klinische Sozialarbeit und dem European Centre for Clinical Social Work e.V. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. Themenschwerpunkt: Gesundheitsförderung. 10. Jg., Heft 3/2014, Seite 12-13.
- Leppin, Anja (2010): Konzepte und Strategien der Prävention. In: Hurrelmann, Klaus / Klotz, Theodor / Haisch, Jochen (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Seite 35-43.
- Lüders, Christian (2012): Gleichaltrigengruppen als soziale Lebenswelten. Aufschlussreiche Binnenperspektive: Peer-Beziehungen aus der Sicht der Jugendlichen. In: DJI (Hrsg.): DJI Impulse: Lebenswelten Jugendlicher. Freunde, Schule, Job: Was die Jugend heute bewegt. Ausgabe 3/2012, Nr. 99. Seite 12-14.

- Mayring, Phillip (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. 11. Vollständig überarbeitete Auflage.
- McCarten, Anthony (2007): *Superhero*. Zürich: Diogenes Verlag AG.
- Mielck, Andreas (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Huber Verlag.
- Miller, L.C., Murphy, R., & Buss, A.H. (1981): *Consciousness of body: Private and public*. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 41. Seite 397 - 406.
- Mrazek, J. (1987): *Körperbezogene Kontrollüberzeugungen*. In: Lämmer, M. (Hrsg.): *Kölner Beiträge zur Sportwissenschaft*. St. Augustin: Richarz. Band 15, Seite 99-116.
- Mrazek, J. (1989): *Die Erfassung körperbezogener Kontrollüberzeugungen*. In: Krampen, G. (Hrsg.): *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co KG. Seite 112-118.
- Mühlum, Albert (2004): *Sozialarbeitswissenschaft. Wissenschaft der Sozialen Arbeit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Murasko, Jason E. (2007): *A lifecourse study on education and health: The relationship between childhood psychosocial resources and outcomes in adolescence and young adulthood*. In: *Social Science Research*. Volume 36, Seite 1348-1370.
- Naidoo, Jennie / Wills, Jane (2010): *Lehrbuch Gesundheitsförderung*. Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) in Köln. Hamburg: Conrad Verlag für Gesundheitsförderung. 2. überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage.
- Nair, Manisha / Baltag, Valentina / Bose, Krishna / Boschi-Pinto, Cynthia / Lambrechts, Thierry / Mathai, Matthews (2015): *Improving the Quality of Health Care Services for Adolescents, Globally: A Standards-Driven Approach*. In: *Journal of Adolescent Health*. 57/2015. Seite 288-298.
- Nordlohne, Elisabeth / Kolip, Petra (1994): *Gesundheits- und Krankheitskonzepte 14- bis 17-jähriger Jugendlicher: Ergebnisse einer repräsentativen Jugendbefragung*. In: Kolip, Petra (Hrsg.): *Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung*. Seite 121-138.
- Nutbeam, Don (2000): *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. In: *Health Promotion International*. Vol. 15, No. 3. Seite 259-267.

- Nussbaum, Martha C. (2012): *Gerechtigkeit oder das gute Leben*. Gender Studies. Frankfurt am Main: Surkamp Verlag. 7. Auflage.
- Nussbaum, Martha C. (2015): *Aspiration and the Capabilities List*. Paper for the plenary panel at the HDCA Meeting in Washington, D.C., September 2015. Hosted by Georgetown University in Washington D.C. on the theme: "Capabilities on the Move: Mobility and Aspirations". Download: <http://hd-ca.org/conferences/2015-conference-Washington-d-c#anchor4> (letzter Zugriff 04.01.2016).
- Okan, Okan / Pinheiro, P. / Zamora, P. / Bauer, Ullrich (2015): *Health Literacy bei Kindern und Jugendlichen. Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand*. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Heft 9/2015. Seite 930-941.
- Otto, Hans-Uwe / Ziegler, Holger (2008): *Der Capabilities-Approach als neue Orientierung in der Erziehungswissenschaft*. In: Otto, Hans-Uwe / Ziegler, Holger (Hrsg.): *Capabilities – Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH. Seite 9-13.
- Otto, Hans-Uwe / Ziegler, Holger (2013): *Introduction: Enhancing Capabilities. The Role of Social Institutions*. In: Otto, Hans Uwe / Ziegler, Holger (Hrsg.): *Enhancing Capabilities. The Role of Social Institutions*. Opladen: Verlag Barbara Budrich. Seite 7-9.
- Otto, Hans-Uwe / Scherr, Albert / Ziegler, Holger (2013): *On the normative Foundation of Social Welfare – Capabilities as a Yardstick for Critical Social Work*. In: Otto, Hans Uwe / Ziegler, Holger (Hrsg.): *Enhancing Capabilities. The Role of Social Institutions*. Opladen: Verlag Barbara Budrich. Seite 197-230.
- Otto, Hans-Uwe / Ziegler, Holger (2015): *Soziale Arbeit als emanzipatorische Sozialwissenschaft. Ein radikalisiertes Programm der Lebensweltorientierung*. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik. Weinheim: Beltz Juventa Verlag 13. Jahrgang, Heft 2/2015. Seite 193-205.
- Ottova, Veronika / Hillebrandt, Dirk / Bilz, Ludwig / Ravens-Sieberer, Ulrike (2013): *Psychische Gesundheit und Wohlbefinden bei Kindern und Jugendlichen aus geschlechtsspezifischer Sicht*. In: Kolip, Petra / Klocke, Andreas / Melzer, Wolfgang / Ravens-Sieberer, Ulrike (Hrsg.): *Weinheim und Basel: Juventa Verlag*. Seite 38-57.

- Pauls, Helmut (2015): Klinische Sozialarbeit – State of the Art 2015. In: DVSG e.V. in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, der DGSA e.V. Sektion Klinische Sozialarbeit und dem European Centre for Clinical Social Work e.V. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. Themenschwerpunkt: Klinische Sozialarbeit – State of the Art 2015. 11. Jg., Heft 3/2014, Seite 6-8.
- Pinquart, Martin / Silbereisen, Rainer K. (2010): Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter. In: Hurrelmann, Klaus / Klotz, Theodor / Haisch, Jochen (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber. 3. Auflage.
- Przyborski, Aglaja / Wohlrab-Sahr, Monika (2014): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag. 4. Auflage.
- Quenzel, Gudrun (2015): Entwicklungsaufgaben und Gesundheit im Jugendalter. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Rademaker, Anna Lena (2014): Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung – eine gemeinsame biopsychosoziale Befähigungsgerechtigkeit? In: DVSG e.V. in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, der DGSA e.V. Sektion Klinische Sozialarbeit und dem European Centre for Clinical Social Work e.V. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. Themenschwerpunkt: Gesundheitsförderung. 10. Jg., Heft 3/2014, Seite 7-9.
- Rademaker, Anna Lena (2015): Gesundheit in der Jugendphase – zur Rekonstruktion subjektiver biopsychosozialer Gesundheitstypen in der Jugendphase. In: Schneider et al. (Hrsg.): Forschung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen – Konzepte – Perspektiven. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Band 11. Opladen: Verlag Barbara Budrich. Seite 129-149.
- Raitelhuber, Eberhard (2008): Von Akteuren und agency – eine sozialtheoretische Einordnung der structure/agency-Debatte. In: Homfeldt, Hans Günther / Schröder, Wolfgang / Schewpe, Cornelia (Hrsg.): Vom Adressaten zum Akteur. Soziale Arbeit und Agency. Opladen und Farmington Hill: Verlag Barbara Budrich. Seite 17-45.
- Rauschenbach, Thomas (2013): Kinder- und Jugendhilfe in neuer Gesellschaft. Wie sich das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen verändert – und wie die Kinder- und Jugendhilfe darauf reagiert. In: DJI (Hrsg.): DJI Impulse: Kinder- und Jugendhilfe im Wandel. Wie sich das Aufwachsen in Deutschland verändert – und wie Politik und Praxis darauf reagieren. Ausgabe 1/2013, Nr. 101. Seite 4-6.

- Ravens-Sieberer, U. / Bullinger, M. (2000): KINDL-R. Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (Revidierte Form), Jugendversion. Link: <http://kindl.org/deutsch/frageboegen/> (letzter Zugriff: 31.07.2013).
- Ravens-Sieberer, U. / Wille, N. / Bettge, S. / Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Berlin: Springer Medizin Verlag.
- Ravens-Sieberer, U. / Ellert, U. / Erhart, M. (2007b): Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Berlin: Springer Medizin Verlag.
- Rieger, Lukas (2014): Balance – den roten Faden behalten. Foto eines 16-jährigen Nachwuchsfotografen aus Paderborn. Kontakt: [Luk-Rieg1609@outlook.de](mailto:Luk-Rieg1609@outlook.de).
- Robert-Koch-Institut (RKI 2007): Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Link: <http://www.kiggs-studie.de/deutsch/ergebnisse/kiggs-basiserhebung/ergebnisbroschuere.html> (letzter Zugriff: 04.01.2016).
- Robert-Koch-Institut (RKI 2013): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland 2013. <http://www.kiggs-studie.de/deutsch/ergebnisse/kiggs-welle-1/ergebnisbroschuere.html> (letzter Zugriff 04.01.2016).
- Robert-Koch-Institut (RKI 2014): Faktenblätter zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009-2012. RKI, Berlin. Link: <http://www.kiggs-studie.de/deutsch/ergebnisse/kiggs-welle-1/faktenblaetter.html> (letzter Zugriff 04.01.2016).
- Robert-Koch-Institut (RKI 2015): Gesund aufwachsen – welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? In: GBE kompakt: Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Link: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2015\\_1\\_gesund\\_aufwachsen.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2015_1_gesund_aufwachsen.html) (letzter Zugriff 04.01.2016).
- Robson, Colin (2006): Real World Research. Malden, Oxford, Victoria: Blackwell Publishing. 2. Edition.

- Rosenthal, Gabriele (2008): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa Verlag. 2., korrigierte Auflage.
- Roth, M. (2012). Fragebogen zur Körpererfahrung für Jugendliche. In Glöckner-Rist, A. (Hrsg.): Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen. ZIS Version 15.00. Bonn: GESIS. Originalquelle: Roth, M. (1998). Das Körperbild im Jugendalter. Diagnostische, klinische und entwicklungspsychologische Perspektiven. Aachen: Verlag Mainz.
- Rotter, Julian B. (1989): Internal versus external control of reinforcement. A case history of a variable. In: American Psychologist Association (Hrsg.): American Psychologist. Volume 45, No. 4. Seite 489-493.
- Schäfer, Sabine / Otto, Hans-Uwe (2014): Introduction: A Social Sciences Perspective on the Capability Approach. In: Otto, Hans-Uwe / Schäfer, Sabine (Hrsg.): New Approaches Towards the ‚Good Life‘. Applications and Transformations of the Capability Approach. Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich Publishers. Seite 7-13.
- Scherr, Albert (1997): Subjektorientierte Jugendarbeit. Eine Einführung in die Grundlagen emanzipatorischer Jugendpädagogik. Beltz-Juventa Verlag. Open-Access-Ausgabe des 1997 im Juventa-Verlag erschienen, seit 2010 vergriffenen Buches (Seitenangaben weichen von der Druckfassung ab).
- Scherr, Albert (2013): Agency – ein Theorie- und Forschungsprogramm für die Soziale Arbeit? In: Graßhoff, Günther (Hrsg.): Adressaten, Nutzer, Agency. Akteursbezogene Forschungsperspektiven in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien. Seite 229-242.
- Schlack, R. / Hölling, H. (2007): Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Berlin: Springer Medizin Verlag.
- Schlack, R. / Hölling, H. / Kurth, B.-M. / Huss, M. (2007) Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Berlin: Springer Medizin Verlag.

- Schmidt, Lothar R. / Fröhling, Heike (1994): Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen von Kindern und Jugendlichen. In: Flick, Uwe (Hrsg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Seite 33-44.
- Schramme, Thomas (2012): Einleitung: Die Begriffe ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ in der philosophischen Diskussion. In: Schramme, Thomas (Hrsg.): Krankheitstheorien. Berlin: Suhrkamp Verlag. Seite 7-37.
- Schütze, Fritz (1973): Zur Einführung: Alltagswissen, Interaktion und Gesellschaftliche Wirklichkeit. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Teil 1: Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Verlag. Seite 11-53.
- Schütze, Fritz (1995): Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In: Krüger, Heinz-Hermann et al. (Hrsg.): Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. Opladen: Leske und Budrich Verlag. Seite 116-157.
- Singer, Susanne / Brähler, Elmar (2007): Die „Sense of Coherence Scale“. Testhandbuch zur deutschen Version. Göttingen Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Sommerfeld, Peter (2011): Sozialpädagogische Forschung. In: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. München/Basel: Reinhardt Verlag. 4. völlig überarbeitete Auflage. Seite 1462-1475.
- Sørensen, Kristine / Van den Broucke, Stephan / Fullam, James / Doyle, Gerardine / Pelikan, Jürgen / Slonska, Zofia / Brand, Helmut and (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.
- Sting, Stefan (2010): Gesundheit im Jugendalter. In: Schröder, Wolfgang / Schweppe, Cornelia (Hrsg.): Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online. Soziale Herausforderungen der Sozialen Arbeit. Weinheim und München: Juventa Verlag. Seite 1-21 (die Seitenangaben beziehen sich auf den Online-Artikel). DOI 10.3262/EEO13100134 (letzter Zugriff: 5.09.2015).
- Störig, Hans Joachim (2013): Kleine Weltgeschichte der Philosophie. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag. 7. Auflage.

- Thiersch, Hans (2013): AdressatInnen der Sozialen Arbeit. In: Graßhoff, Günther (Hrsg.): Adressaten, Nutzer, Agency. Akteursbezogene Forschungsperspektiven in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien. Seite 17-32.
- Thole, W. et al. (1998): KlassikerInnen der Sozialen Arbeit. Sozialpädagogische Texte aus zwei Jahrhunderten – ein Lesebuch. Neuwied/Kriftel: Luchterhand. Seite 131-145.
- Thole, Werner (2010): Abschlussdatum des Bachelor- und Master-Studiums in den Fachbereichen Sozialwesen. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien. 3. Überarbeitete Auflage. Seite 19-70.
- Treumann, Klaus Peter / Meister, Dorothee M. / Sander, Uwe / Burkatzki, Eckhard / Hagedorn, Jörg / Kämmerer, Manuela / Strotmann, Mareike / Wegener, Claudia (2007): Medienhandeln Jugendlicher. Mediennutzung und Medienkompetenz. Bielefelder Medienkompetenzmodell. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH.
- Treumann, Klaus Peter (2011): Zur empirischen Erfassung von Medienkompetenz und zur Rekonstruktion von Medienhandlungstypen mittels einer triangulativen Kombination quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden. In: Ecarius, Jutta / Miethe, Ingrid (Hrsg.): Methodentriangulation in der qualitativen Bildungsforschung. Leverkusen und Farmington Hills: Budrich Verlag. Seite 65-88.
- Trojan, Alf (1992): Gesundheit fördern oder kontrollieren? Ein kritischer Streifzug durch die Präventionslandschaft. In: Trojan, Alf / Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH. Seite 9-35.
- Trojan, Alf / Kofahn, Christopher (2010): Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung. In: BzGA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Link: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/selbsthilfe-selbsthilfegruppen-und-selbsthilfefoerderung/> (letzter Zugriff 04.01.2016).
- Urban, Dieter / Mayerl, Jochen (2011): Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Van Santen, Eric / Seckinger, Mike (2003): Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. München: DJI Verlag Deutsches Jugendinstitut.

- Van Santen, Eric / Seckinger, Mike (2011): Die Bedeutung von Vertrauen für interorganisatorische Beziehungen – ein Dilemma für die Soziale Arbeit. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik. 9. Jahrgang, Heft 4. Seite 387-404.
- Wakefield, Jerome C. (2012): Der Begriff der psychischen Störung: An der Grenze zwischen biologischen Tatsachen und gesellschaftlichen Werten. In: Schramme, Thomas (Hrsg.): Krankheitstheorien. Berlin: Suhrkamp Verlag. Seite 239-262.
- Waller, Heiko (2006): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage.
- Whiteback, Caroline (2012): Eine Theorie der Gesundheit. In: Schramme, Thomas (Hrsg.): Krankheitstheorien. Berlin: Suhrkamp Verlag. Seite 205-222.
- Wiehe, Katharina (2013): Subjektive Krankheitstheorien bei Kindern und Jugendlichen. In: Brähler, Elmar / Hoefert, Hans-Wolfgang (Hrsg.): Krankheitsvorstellungen von Patienten. Herausforderungen für Medizin und Psychotherapie. Lengerich: Papst Sciences Publishers. Seite 255-278.
- Witteriede, Heinz (2014): Koordinaten einer Gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit im Kontext von Gesundheitsförderung – Krankheitsprävention – Krankheitsbehandlung. In: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans (Hrsg.): Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik. 44. Jg., Heft 6/2014, Seite 603-611.
- World Health Organization (WHO) (1948): Constitution of the World Health Organization. Link: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> (letzter Zugriff: 04.01.2016).
- World Health Organization (WHO) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In der WHO-autorisierten Übersetzung nach Hildebrand/Kickbusch. Link: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) (letzter Zugriff 04.01.2016).
- World Health Organization (WHO) (2011): Soziale Determinanten der Gesundheit und des Wohlbefindens junger Menschen. Zentrale Ergebnisse der Studie „Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter“ (Health Behaviour in School-aged Children – HBSC): internationaler Bericht über die Befragung 2009/2010. Link: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/163790/Key-Findings-German.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/163790/Key-Findings-German.pdf) (letzter Zugriff 04.01.2016) und die einzelnen Faktenblätter unter dem Link: <http://hb-sc-germany.de/downloads/> (letzter Zugriff 16.01.2016).

- World Health Organization (WHO) (2014): Health for the World's Adolescence. A second chance in the second decade (Summary). Switzerland: Printed by the WHO Document Production Service. Link: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>. Letzter Zugriff 11.01.2016.
- Ziegler, Holger (2008): Soziales Kapital und agency. In: Homfeldt, Hans Günther / Schröder, Wolfgang / Schweppe, Cornelia (Hrsg.): Vom Adressaten zum Akteur. Soziale Arbeit und Agency. Opladen und Farmington Hill: Verlag Barbara Budrich. Seite 83-106.
- Ziegler, Holger (2009): Human Development und Capabilities – Wohlergehen als Maßeinheit zur Bestimmung des Nutzens Sozialer Arbeit für ihre AdressatInnen. In: Homfeldt, Hans Günther / Reutlinger, Christian (Hrsg.): Soziale Arbeit und Soziale Entwicklung. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren. Seite 126-147.
- Ziegler, Holger / Schröder, Mark / Oelkers, Nina (2010): Capabilities und Grundgüter als Fundament einer sozialpädagogischen Gerechtigkeitsperspektive. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden: Springer Fachmedien; VS Verlag für Sozialwissenschaften. 3., überarbeitete Auflage. Seite 297-310.
- Ziegler, Holger (2014): Die Debatte um Agency. In: DVSG e.V. in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, der DGSA e.V. Sektion Klinische Sozialarbeit und dem European Centre for Clinical Social Work e.V. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. Themenschwerpunkt: Gesundheitsförderung. 10. Jg., Heft 3/2014, Seite 10-11.



## Anhang

### A Fragebogenlayout

Layout der Frontseite des Fragebogens zur Erfassung der Lebens- und Gesundheitswelt Jugendlicher (F-LGJ).

# Dein Leben...



1

... ein Fragebogen über das Leben und Befinden Jugendlicher.

**Katholische Hochschule NRW**  
Abteilung Paderborn  
Fachbereich Sozialwesen  
Leostraße 19 – 33098 Paderborn

**Kontakt über:**  
**Anna Lena Rademaker**  
Tel.: 05251 – 1225-78  
E-Mail: [al.rademaker@katho-nrw.de](mailto:al.rademaker@katho-nrw.de)

**Universität Bielefeld**  
Fakultät für Erziehungswissenschaft  
Universitätsstraße 25 – 33615 Bielefeld

---

<sup>1</sup> © Quelle: Fotolia.com, Fotograf Franz Pflügl

## B Identifikation extremer Werte und Fallausschüsse

Variable	Min-Max	Mittelwert (MW)	Standard-abweichung (sd)	Begründung der Zuweisung	Bruttostichprobe, Nettostichprobe und fehlende Werte
<b>Anzahl der FreundInnen (V 19)</b>	0-150	36 FreundInnen	43,75	Die Variable wurde missverständlich aufgenommen und teils als digitale Freundschaftsbeziehungen über bspw. Facebook von den Befragten interpretiert. Die Grenze wurde am Schwellwert von 150 FreundInnen mit 95,2% der Angaben Befragter festgelegt).	n=458 brutto n=436 netto n=22 fehlend (davon system-fehlend 1)
<b>Anzahl der Brüder (V 59)</b>	0-10	1	1,05	Angaben über 10 Brüder werden als wenig plausibel erachtet.	n=458 brutto n=448 netto n=10 fehlend (davon system-fehlend 6)
<b>Anzahl der Schwestern (V 59)</b>	0-10	1	1,13	Angaben über 10 Schwestern werden als wenig plausibel erachtet.	n=458 brutto n=446 netto n=12 fehlend (davon system-fehlend 7)
<b>Anzahl akuter Erkrankungen</b>	0-14	4,78	2,45	Begrenzung einer maximalen Anzahl von 14 akuten Erkrankungen im vergangenen Monat.	n=458 brutto n=445 netto n=3 fehlend
<b>Anzahl chronischer Erkrankungen</b>	0-4	0,84	0,989	Begrenzung einer maximalen Anzahl von 4 chronischen Erkrankungen im vergangenen Jahr.	n=458 brutto n=455 netto n=3 fehlend
<b>Anzahl aller Erkrankungen (Beschwerdedruck)</b>	0-14	2,55	2,65	Begrenzung einer maximalen Anzahl von 14 Erkrankungen insgesamt.	n=458 brutto n=448 netto n=10 fehlend
<b>durchschnittlicher täglicher Zigarettenkonsum (V 137)</b>	0-26	1,1	3,78	Angaben von mehr als 30 Zigaretten pro Tag wurden als wenig plausibel erachtet.	n=458 brutto n=446 netto n=12 fehlend (davon system-fehlend 8)
<b>durchschnittliche Häufigkeit des Betrunkenseins pro Monat (V 138)</b>	0-10	0,74	1,45	Angaben von 10 und mehr Situationen pro Monat, zu denen die Befragten angaben betrunken gewesen zu sein, wurden als fehlend deklariert.	n=458 brutto n= 443 netto n= 15 fehlend (davon system-fehlend 9)
<b>durchschnittlicher, monatlicher Drogen-konsum (V 139)</b>	0-10	0,29	1,29	Angaben von 10 und mehr Situationen pro Monat, zu denen die Befragten angaben Drogen genommen zu haben, wurden als fehlend deklariert.	n=458 brutto n=441 netto n=17 fehlend (davon system-fehlend 9)
<b>sportliche Ertüchtigung der vergangenen Woche in Stunden (V 140)</b>	0-15	4,43	3,44	Angaben über mehr als 15 Stunden Sport pro Woche wurden ebenso als fehlende Werte angegeben.	n=458 brutto n=415 netto n=43 fehlend (davon system-fehlend 13)
<b>Anzahl der Autos in der Familie (V 242)</b>	0-5	2	1,17	Angaben über 10 Autos in einer Familie wurden, auch unter Berücksichtigung eventuell vorhandener Dienstwagen, als wenig plausibel erachtet.	n=458 brutto n=445 netto n=13 fehlend (davon system-fehlend 13)

<b>durchschnittliche Jahresurlaube (V 248)</b>	0-5	1,75	1,13	Angaben von mehr als 5 Jahresurlauben wurden als wenig plausibel erachtet.	n=458 brutto n=438 netto n=20 fehlend (davon system-fehlend 20)
<b>Personen im Haushalt (V 253)</b>	1-10	4,35	1,46	Angaben über 20 Personen im Haushalt wurden als wenig plausibel erachtet.	n=458 brutto n=427 netto n=31 fehlend (davon system-fehlend 16)
<b>monatlich zur Verfügung stehendes Geld Jugendlicher (V 255)</b>	0-150 €	56,67 €	41,63	Angaben von mehr als 200 €, die den Befragten im Monat zur Verfügung stehen, erscheinen wenig plausibel.	n=458 brutto n=415 netto n=43 fehlend (davon system-fehlend 43)
<b>monatliches Taschengeld (V 260)</b>	0-200 €	36,52 €	25,55	Auch bei Angaben von mehr als 200 € Taschengeld pro Monat wurden fehlende Werte eingesetzt.	n=458 brutto n=352 netto n=106 fehlend (davon system-fehlend 96)

## C Leitfaden für die fokussierten Gruppendiskussionen

<b>Grundreiz</b>	
	„Sagt mal, lebt ihr gesund?“ „Bitte erzählt mal, was gesund leben für euch bedeutet.“
<b>immanenter Nachfrageteil</b>	
	„Ihr habt das Thema .... angesprochen, könnt ihr mir etwas mehr dazu erzählen?“ „Ihr habt das Thema .... angesprochen, könnt ihr mir eine Situation erzählen, in der ihr das erlebt habt?“ vertiefend.... „Bitte erzählt mal, wie war das damals in der Situation ...., könnt ihr mir dazu noch ein Beispiel erzählen, damit ich diese Situation besser verstehe?“
<b>exmanenter Nachfrageteil</b>	
<b>Thema 1: subjektive Vorstellungen und Alltagskonstruktionen von Gesundheit</b>	
Gesundheit als Gegenstand	„Bitte erzählt mal eine Situation, die mit Gesundheit zu tun hat.“ „Erzählt mal eine Situation in der ihr euch (besonders) gesund gefühlt habt.“ „Ihr habt von der Situation XY erzählt, in der ihr euch gesund gefühlt habt, könnt ihr mir die Situation noch etwas genauer erzählen?“
Erfahrungen mit Gesundheit	„Erzählt mir mal, was war eure bedeutsamste Erfahrung mit Gesundheit?“ ....anschließend: „Könnt ihr mir die Situation XY, in der ihr diese bedeutsame Erfahrung mit Gesundheit gemacht habt, genauer erzählen?“
Krankheit als Gegenstand	„Bitte erzählt mal eine Situation, die mit Krankheit zu tun hat.“ „Bitte erzählt mal eine Situation, in der ihr euch krank gefühlt habt.“ ....anschließend: „Ihr habt von der Situation XY erzählt, in der ihr euch krank gefühlt habt, könnt ihr mir die Situation noch etwas genauer erzählen?“
Erfahrungen mit Krankheit	„Erzählt mir mal, was war eure bedeutsamste Erfahrung mit Krankheit?“ ....anschließend: „Könnt ihr mir die Situation XY, in der ihr diese bedeutsame Erfahrung mit Krankheit gemacht habt, genauer erzählen?“
<b>nach der Diskussion</b>	
Themen resümieren	„Erzählt mal, wie fasst ihr die heutige Diskussion zusammen?“ oder „...was nehmt ihr aus der heutigen Diskussion mit?“ „Erzählt mal, was war für euch in der Diskussion heute das wichtigste Thema?“
Themen kontrastieren und provozieren	„Ihr habt heute einerseits von .... erzählt und andererseits von .... Erzählt mal, wie passt das zusammen?“ oder „...erzählt mal, schließt denn das eine nicht das andere aus?“ „Ihr habt die Situation .... erzählt. Erzählt mal, könnte man das nicht auch ( <i>provokativ</i> so und so) sehen?“
zu kurz gekommene Themen abfragen	„Gibt es noch ein Thema, das euch heute zu kurz in der Diskussion kam?“ „Gibt es noch ein Thema, über das ihr gerne noch mehr gesprochen hättet als heute möglich war?“
Klärung des Gruppenverbands	„Kanntet ihr euch eigentlich vor der Diskussion heute schon?“ „Verbringt ihr schon mal eure Freizeit zusammen?“ und „Wenn ja, wie?“

## D Transkriptionssystem

,	=	kurzes Absetzen
(4)	=	Dauer der Pause in Sekunden
Ja:	=	Dehnung eines Vokals
((lachend))	=	Kommentar der Transkribierenden
<b>nein</b>	=	betont
<b>NEIN</b>	=	laut
viel-	=	Schneller Anschluss
‘nein‘	=	leise
( )	=	Inhalt der Äußerung ist unverständlich; Länge der Klammern entspricht etwa der Dauer der Äußerung
(sagte er)	=	unsichere Transkription
Ja so war L nein ich	=	gleichzeitiges Sprechen ab „so“

## E Kodierleitfaden für die Auswertung der Gruppendiskussionen

### E1 Kategorie: subjektorientierte Alltagskonstruktionen von Gesundheit aus dem Fragebogen (F-LGJ)

im F-LGJ identifizierte Subkategorien	Abwesenheit: Gesundheit als Abwesenheit von Beschwerden bzw. Krankheit anhand psychischer / physischer Einschränkungen.	Negatives Befinden: Krankheit als schlechtes Befinden mit Auswirkungen auf den Alltag.	Positives Befinden: Gesundheit als positives Befinden mit Auswirkungen auf den Alltag.	Präventives Verhalten: Gesundheit anhand gesundheitsfördernder Verhaltensweisen.
Indikatorvariablen aus dem F-LGJ	Krankheit ist für mich... ...Fieber zu haben. ...mich schlecht zu fühlen. ...nicht gesund zu sein. ...Beschwerden zu haben. Gesundheit ist für mich... ...keine Beschwerden zu haben. ...keine Schmerzen zu haben.	Krankheit ist für mich... ...schlecht gelaunt zu sein. ...unzufrieden sein. ...nicht mit FreundInnen zusammen sein. ...keine Leistung zu bringen.	Gesundheit ist für mich... ...Spaß zu haben. ...keine Sorgen zu haben. ...alles tun zu können, was ich will.	Gesundheit ist für mich... ...mich ausreichend zu bewegen. ...mich gesund zu ernähren. ...Sport treiben zu können.

**E2 Kategorie: Körper- und gesundheitsbezogene Achtsamkeit im Alltag aus dem Fragebogen (F-LGJ)**

im F-LGJ identifizierte Subkategorien	Aufmerksamkeit auf das körperliche Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit.	Aufmerksamkeit auf Reaktionen des eigenen Körpers.	Ohne ausgeprägtes Gesundheitsmotiv im Alltag.	Ausgeprägtes Gesundheitsmotiv im Alltag.
<b>Indikatorvariablen aus dem F-LGJ</b>	Ich achte darauf, gut frisiert zu sein. Ich achte darauf, dass mein Haar gut aussieht. Erst, wenn ich mich zurechtgemacht habe, fühle ich mich wohl. Ich finde es wichtig, dass man gut aussieht.	Ich merke sehr schnell, wenn mein Körper auf Hunger reagiert. Ich merke es sofort, wenn mein Mund oder Hals trocken wird. Ich achte auf saubere Kleidung. Ich bemerke schnell, wenn ich körperlich angespannt bin.	Solange ich mich gut fühle, denke ich auch nicht über meine Gesundheit nach. Ich lebe ohne mich besonders um meine Gesundheit zu kümmern. Ich handele lieber danach worauf ich Lust habe, statt mir Sorgen darüber zu machen, dass manche Dinge schädlich für meine Gesundheit sein könnten.	Gesundheit ist für mich körperlich und psychisch. Egal ob in der Schule, zu Hause oder in meiner Freizeit, achte ich auf mein inneres Wohlbefinden. Ich achte auf eine ausgewogene Ernährung und bewege mich viel.

**E3 Kategorie: (Mit)Sprache und Beteiligung an Themen, die eigene Gesundheit betreffend aus dem Fragebogen (F-LGJ)**

<b>Indikatorvariablen aus dem F-LGJ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich werde nach meiner Meinung gefragt, wenn es um Entscheidungen zu meiner Gesundheit geht.</li> <li>• Ich habe Menschen um mich herum, die mit mir reden, wenn ich mich unwohl fühle.</li> <li>• Ich werde nach meiner Meinung gefragt, wenn es um Entscheidungen zu meiner Gesundheit geht.</li> <li>• Ich habe Menschen, mit denen ich über meine Gesundheit oder Krankheit sprechen kann.</li> <li>• Wenn ich etwas über Gesundheit wissen möchte, habe ich Menschen, die ich dazu fragen kann. Ich rede häufig mit anderen darüber, wie es mir geht.</li> </ul>
---	---

**E4 Kategorie: Entwicklungsaufgabe**

<b>Akzeptanz körperlicher Veränderungen</b>	den sich entwickelnden Körper <i>bewohnen</i> lernen eine eigene (Geschlechter-)Identität sowie den präferierten Umgang mit Sexualität herausbilden
<b>Auf- und Ausbau sozialer Bindungen</b>	aktive Ausgestaltung des Umbaus sozialer Beziehungen mit dem Ziel sozialer Integration und Integrität Ablösung vom Elternhaus Beziehungen zu den Peers sowie intime Paarbeziehungen zu Gleichaltrigen
<b>Qualifikation</b>	aktive Ausgestaltung persönlicher Leistungsbereitschaft durch Entfaltung intellektueller und sozialer Kompetenz Verselbstständigung im Beruflichen Sicherung ökonomischer Unabhängigkeit mit dem Ziel einer unabhängigen Teilhabe am Kultur- und Konsummarkt sowie einer Selbstverwirklichung im Beruflichen
<b>Regeneration</b>	einen eigenen Lebensstil entwickeln, der es ermöglicht, die life-balance aufrechtzuerhalten zu einem kontrollierten und bedürfnisorientierten Umgang mit Freizeit-, Kultur- und Konsumangeboten kommen, mit dem Ziel, psychische und körperliche Kräfte zu regenerieren
<b>Partizipation</b>	Fähigkeiten einer verantwortlichen gesellschaftspolitischen Partizipation Entwicklung moralischer und politischer Orientierungen Erwerb politischer Handlungsfähigkeiten Erlernen der Bedürfnis- und Interessensvertretung im sozialen Umfeld und der Öffentlichkeit

## F Alter und Religionszugehörigkeit Befragter

Alter der Befragten (n=432; w=215; m=217)	Insgesamt
14 Jahre (n=66)	15,3%
15 Jahre (n=220)	50,9%
16 Jahre (n=114)	26,4%
17 Jahre (n=32)	7,4%
Religionszugehörigkeit (n=441; w=218; m=223)	Insgesamt
katholisch (n=130)	29,5%
römisch-katholisch (n=62)	14,1%
evangelisch (n=105)	23,8%
evangelische Freikirche (n=15)	3,4%
Islam (n=56)	12,7%
keine Religionsgemeinschaft (n=42)	9,5%
eine andere Religionsgemeinschaft (n=30)	6,8%

## G Hauptkomponentenmodell zur Erfassung sozioökonomischen Kapitals Befragter

Güte des Modells: m=8, KMO 0,665, 68,49% Varianzklärung.

Indikatorvariablen	Komponentenladungen**	Hauptkomponente*
Wie viele verschiedene Wohnungen gibt es neben deiner Wohnung in deinem Haus (V 252)?	0,896	Wohnverhältnisse (m=3, n=430, $\alpha$ 0,636, 28%***)
Lebst du in einer Wohnung oder in einem Haus (V 251)?	0,873	
Habt ihr zu Hause einen Garten, den du nutzen kannst (V 241)?	0,772	
Wie viele Bücher (ohne Schulbücher) gibt es bei dir zu Hause (V 240)?	0,815	kulturelles Kapital (m=3, n=416, $\alpha$ 0,532, 22%***)
Habt ihr zu Hause klassische Literatur (z.B. Goethe oder Schiller) (V 246)?	0,768	
Habt ihr zu Hause eine Enzyklopädie (bspw. den Brockhaus) (V 244)?	0,657	
Wie viel Geld hast du im Monat im Durchschnitt zur Verfügung (V 255)?	0,859	ökonomisches Kapital (m=2, n=340, $\alpha$ 0,598, 19%***)
Erhältst du Taschengeld (V 260)?	0,859	
* Orthogonale Einfachstruktur gemäß Varimax-Kriterium. ** Ladungen der Indikatorvariablen auf den Hauptkomponenten. *** Durch die jeweiligen Komponenten aufgeklärte Varianz der Korrelationsmatrix in Prozent.		

## H Korrelationen psychischer und physischer gesundheitsbezogener Lebensqualität

	Ich habe mich krank gefühlt.	Ich hatte Schmerzen.	Ich war müde und erschöpft.	Ich hatte viel Kraft und Ausdauer.	Bewertung des Gesundheitszustand im Allgemeinen.
Ich habe viel gelacht und Spaß gehabt.	,141**	,106*	0,075	,285**	,263**
Sig. (2-seitig)	0,003	0,024	0,112	0	0
n	455	454	455	454	456
Ich habe sorgenfrei in den Tag hinein gelebt.	,163**	,148**	,193**	,262**	,356**
Sig. (2-seitig)	0,001	0,002	0	0	0
n	452	451	451	451	452
Ich habe mich einsam gefühlt.	,189**	,274**	0,09	0,06	,154**
Sig. (2-seitig)	0	0	0,057	0,207	0,001
n	452	451	451	451	452
Ich habe mir Sorgen über die Zukunft gemacht.	,130**	,183**	,136**	0,079	,226**
Sig. (2-seitig)	0,006	0	0,004	0,095	0
n	452	451	451	451	452
Ich hatte Schwierigkeiten einzuschlafen.	,192**	,289**	,175**	,164**	,255**
Sig. (2-seitig)	0	0	0	0	0
n	455	454	454	454	455
Ich hatte Spaß mit FreundInnen.	0,076	0,084	0,048	,282**	,224**
Sig. (2-seitig)	0,105	0,076	0,31	0	0
n	452	451	452	451	453
Ich habe mich gut gefühlt.	,168**	,199**	,138**	,354**	,352**
Sig. (2-seitig)	0	0	0,003	0	0
n	452	451	451	451	452
Ich fand, dass alles in meinem Leben O.K. war.	,242**	,155**	,146**	,270**	,305**
Sig. (2-seitig)	0	0,001	0,002	0	0
n	454	453	453	453	454
Ich bin gut mit Erwachsenen ausgekommen.	0,047	0,072	-0,052	,172**	,180**
Sig. (2-seitig)	0,321	0,128	0,273	0	0
n	455	454	454	454	455
** Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig).					
* Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig).					

## I Hauptkomponentenmodell zur Erfassung von Prävalenzen für Verhaltensauffälligkeiten Befragter

Güte des Modells: KMO 0,675, 91 df, Chi-Quadrat 671,507, m=14, 48,6% Varianzerklärung.

Indikatorvariable	Komponentenladungen**	Hauptkomponente*
Ich habe mir große Sorgen über die Zukunft gemacht (V102).	0,716	Zukunftssorgen, Einsamkeit und Freudlosigkeit (m=4, $\alpha$ 0,603, n=442, 14,4 %***)
Ich habe mich sehr einsam gefühlt (V 101).	0,712	
Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss oft weinen (V 183).	0,662	
Ich mache mir häufig Sorgen (V 179).	0,596	
Ich schlage mich häufig; ich kann andere zwingen zu tun, was ich will (V 182).	0,658	Beherrschungslosigkeit, Aggression und Wut (m=4, $\alpha$ 0,433, n=447, 12,5 %***)
Andere behaupten oft, dass ich lüge oder moegele (V 185).	0,62	
Ich werde leicht wütend; verliere oft meine Beherrschung (V 178).	0,536	
Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht (V 177).	0,534	
Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, LehrerInnen oder Gleichaltrigen) (V 187).	0,736	Hilfsbereitschaft und soziales Verhalten (m=3, $\alpha$ 0,444, n=450, 10,9 %***)
Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind (V 180).	0,641	
Ich versuche nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig (V 176).	0,545	
Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt (V 184).	0,783	Beliebtheit und Anerkennung im Freundeskreis (m=3, $\alpha$ 0,495, n=439, 10,7 %***)
Ich habe einen oder mehrere gute FreundInnen (V 181).	0,614	
Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert (V 186).	0,572	
* Orthogonale Einfachstruktur gemäß Varimax-Kriterium. ** Ladungen der Indikatorvariablen auf den Hauptkomponenten. *** Durch die jeweiligen Komponenten aufgeklärte Varianz der Korrelationsmatrix in Prozent.		

## J Hauptkomponentenmodell zur Erfassung des Vertrauens in den eigenen Freundeskreis

Indikatorvariable	Komponentenladungen**	Hauptkomponente*
Ich kann meinen FreundInnen vertrauen (V 27).	0,811	Interpersonales Vertrauen in den eigenen Freundeskreis (m=3, $\alpha$ 0,580, n=450, 55,2 %***)
Meine FreundInnen haben meist gute Absichten (V 25).	0,716	
Man kann sich auf niemanden mehr verlassen auch nicht auf die eigenen FreundInnen (V 26).	0,697	
* Orthogonale Einfachstruktur gemäß Varimax-Kriterium. ** Ladungen der Indikatorvariablen auf den Hauptkomponenten. *** Durch die jeweiligen Komponenten aufgeklärte Varianz der Korrelationsmatrix in Prozent.		

## K Hauptkomponentenmodell zur Erfassung der sozialen Beziehungen von SchülerInnen

Indikatorvariable	Komponentenladungen**	Hauptkomponente*
Wie wir SchülerInnen in unserer Schule persönlich miteinander umgehen, ist eigentlich recht erfreulich (V 52).	0,729	Sozialbeziehungen der SchülerInnen untereinander (m=7, $\alpha$ 0,780, n=441, 43,3 %***)
Die meisten SchülerInnen respektieren die Rechte ihrer MitschülerInnen (V 55).	0,720	
Das Verspotten von MitschülerInnen ist in unserer Schule äußerst beliebt (V 53).	0,709	
Die meisten SchülerInnen sind untereinander sehr hilfsbereit (V 49).	0,640	
In unserer Schule haben es Außenseiter besonders schwer sich zu integrieren (V 51).	0,633	
Kameradschaftliches Verhalten kann man in unserer Schule, im Vergleich zu anderen Schulen, nur selten beobachten (V 50).	0,596	
In unserer Schule nehmen wir auf schwächere und schlechtere SchülerInnen besonders Rücksicht (V 54).	0,561	
* Orthogonale Einfachstruktur gemäß Varimax-Kriterium. ** Ladungen der Indikatorvariablen auf den Hauptkomponenten. *** Durch die jeweiligen Komponenten aufgeklärte Varianz der Korrelationsmatrix in Prozent.		

## L Hauptkomponentenmodell zur Erfassung *jugendtypischer* gesundheitsbezogener Risikoverhaltensweisen

Güte des Modells:  $m=9$ , KMO 0,679, 53,6% Varianzerklärung.

Indikatorvariablen	Komponentenladungen**	Hauptkomponente*
Ich bin betrunken Auto oder Mofa gefahren (V 174).	0,726	<i>Jugendtypische</i> gesundheitsschädigende Verhaltensweisen ( $m=4$ , $n=432$ , $\alpha$ 0,598, 19,7%***)
Ich habe mit einem Mädchen/Jungen ohne Kondom geschlafen (V 170).	0,675	
Ich habe mehr Alkohol getrunken als ich vertragen kann (V 173).	0,526	
Ich bin mit einem betrunkenen/berauschten Fahrer im Auto mitgefahren (V 169).	0,455	
Ich habe Drogen genommen (V 175).	0,777	Drogen- und Alkoholkonsum ( $m=3$ , $n=433$ , $\alpha$ 0,458, 18,9%***)
Häufigkeit des durchschnittlichen monatlichen Drogenkonsums (V 139).	0,757	
Häufigkeit des durchschnittlichen monatlichen Betrunkenseins (V 138).	0,505	
Ich habe zu viel Fastfood und Süßigkeiten gegessen (V 172).	0,739	riskantes Ernährungsverhalten ( $m=2$ , $n=449$ , $\alpha$ 0,328, 15,1%***)
Ich habe Mahlzeiten ausfallen lassen, um abzunehmen (V 171).	0,712	
* Orthogonale Einfachstruktur gemäß Varimax-Kriterium.		
** Ladungen der Indikatorvariablen auf den Hauptkomponenten.		
*** Durch die jeweiligen Komponenten aufgeklärte Varianz der Korrelationsmatrix in Prozent.		

## M Hauptkomponentenmodell zur Erfassung der (Mit)Sprache Beteiligter bei Fragen ihre Gesundheit betreffend

Indikatorvariable	Komponentenladungen**	Hauptkomponente*
Ich werde nach meiner Meinung gefragt, wenn es um Entscheidungen zu meiner Gesundheit geht (V 154).	0,764	(Mit)Sprache über Gesundheit ( $m=6$ , $\alpha$ 0,748, $n=443$ , 45,4 %***)
Ich habe Menschen um mich herum, die mit mir reden, wenn ich mich unwohl fühle (V 157).	0,733	
Ich werde nach meiner Meinung gefragt, wenn es um Entscheidungen zu meiner Gesundheit geht (V 158).	0,733	
Ich habe Menschen, mit denen ich über meine Gesundheit oder Krankheit sprechen kann (V 153).	0,700	
Wenn ich etwas über Gesundheit wissen möchte, habe ich Menschen, die ich dazu fragen kann (V 156).	0,597	
Ich rede häufig mit anderen darüber, wie es mir geht (V 155).	0,470	
* Orthogonale Einfachstruktur gemäß Varimax-Kriterium.		
** Ladungen der Indikatorvariablen auf den Hauptkomponenten.		
*** Durch die jeweiligen Komponenten aufgeklärte Varianz der Korrelationsmatrix in Prozent.		

## N Hauptkomponentenmodell zur Erfassung subjektiver Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen

Güte des Modells: 136 df, Chi-Quadrat 2756,034,  $p < 0,001$ , KMO 0,853, 62,6% Varianzerklärung.

Indikatorvariable Gesundheit/Krankheit ist für mich...	Komponenten- ladungen**	Hauptkomponente*
...Fieber zu haben (V 207).	0,802	Abwesenheit: Gesundheit als Abwesenheit von Beschwerden bzw. Krankheit anhand psychischer/physischer Einschränkungen (m=6, $\alpha$ 0,817, n=437, 18,6 %***)
...mich schlecht zu fühlen (V 208).	0,699	
...nicht gesund zu sein (V 203).	0,692	
...keine Beschwerden zu haben (V 200).	0,671	
...keine Schmerzen zu haben (V 197).	0,667	
...Beschwerden zu haben (V 210).	0,661	
...schlecht gelaunt zu sein (V 204).	0,801	Negatives Befinden: Krankheit als schlechtes Befinden mit Auswirkungen auf den Alltag (m=4, $\alpha$ 0,788, n=437, 16 %***)
...unzufrieden sein (V 213).	0,773	
...nicht mit FreundInnen zusammen zu sein (V 209).	0,711	
...keine Leistungen zu bringen (V205).	0,679	
...Spaß zu haben (V 193).	0,757	Positives Befinden: Gesundheit als positives Befinden mit Auswirkungen auf den Alltag (m=4, $\alpha$ 0,789, n=447, 15,2 %***)
...keine Sorgen zu haben (V 201).	0,717	
...gute Laune zu haben (V 195).	0,711	
...alles tun zu können, was ich will (V 199).	0,697	
...mich ausreichend zu bewegen (V 202).	0,844	Präventives Verhalten: Gesundheit anhand gesundheitsfördernder Verhaltensweisen (m=3, $\alpha$ 0,759, n=448, 12,7 %***)
...mich gesund zu ernähren (V 196).	0,785	
...Sport treiben zu können (V 198).	0,722	
* Orthogonale Einfachstruktur gemäß Varimax-Kriterium.		
** Ladungen der Indikatorvariablen auf den Hauptkomponenten.		
*** Durch die jeweiligen Komponenten aufgeklärte Varianz der Korrelationsmatrix in Prozent.		

## O Fragebogen zur Lebens- und Gesundheitswelt Jugendlicher (F-LGJ)

### Delin Leben...



68

**... ein Fragebogen über das Leben und Befinden Jugendlicher.**

**Katholische Hochschule NRW**  
Abteilung Paderborn  
Fachbereich Sozialwesen  
Leostraße 19 – 33098 Paderborn

**Universität Bielefeld**  
Fakultät für Erziehungswissenschaft  
Universitätsstraße 25 – 33615 Bielefeld

**Kontakt über:**  
**Anna Lena Rademaker**  
Tel.: 05251 – 1225-78  
E-Mail: [al.rademaker@katho-nrw.de](mailto:al.rademaker@katho-nrw.de)

## Dein Leben...

... in diesem Fragebogen geht es um dein Leben, deine Freunde, deine Familie, Freizeit, Gesundheit, Schule und wie du das alles für dich siehst.

Warum? Weil du mir damit hilfst, mehr über die Lebenssituation und das Befinden von Jugendlichen zu erfahren. Vielleicht kannst du dabei auch Neues über dich erfahren?

*Zu meiner Person:*

Ich bin wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Katholischen Hochschule in Paderborn und arbeite, zusammen mit der Uni Bielefeld, an einer Forschungsarbeit über das Leben und Befinden von Jugendlichen.

Bei dieser Forschungsarbeit werde ich alle deine Angaben völlig **anonym** behandeln. Deine Daten werden an **niemanden** weitergegeben, auch deine Lehrer und Eltern erfahren **nicht**, wie du die Fragen beantwortet hast.



*Nun noch ein paar Hinweise:*

- ⇒ Bitte beantworte alle Fragen vollständig und lass keine Frage aus.
- ⇒ Kreuze bitte bei jeder Frage nur das an, was auf **dich selbst** zutrifft. Es gibt dabei kein Richtig oder Falsch!
- ⇒ Bei einigen Fragen sind mehrere Antworten möglich.
- ⇒ Bitte beantworte jede Frage ehrlich und ohne lange darüber nachzudenken.
- ⇒ Du weißt am besten über dein Leben bescheid. Deswegen ist mir **deine** Meinung sehr wichtig!
- ⇒ Alle deine Angaben sind **freiwillig**!

*Und nun viel Spaß!*

**Anna Lena Rademaker**

Tel.: 05251 – 1225-78

E-Mail: [al.rademaker@katho-nrw.de](mailto:al.rademaker@katho-nrw.de)

**Zunächst interessiert mich, was bei Jugendlichen, deiner Meinung nach „in“ und was „out“ ist.**

Was ist deiner Meinung nach bei Jugendlichen heute „in“ und was ist „out“? → Bitte kreuze in jeder Zeile an, was deiner Meinung nach bei Jugendlichen „in“ und was „out“ ist.		
	„in“	„out“
1. einen hohen Lebensstandard haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. fleißig und ehrgeizig sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. das tun, was die anderen auch tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. gut aussehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. sich mit ‚neuen Medien‘ gut auskennen (z.B. Computer, iPhone,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. auf seine Gesundheit achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. an etwas glauben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. eigene Bedürfnisse durchsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. sportlich sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ein gutes Familienleben führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. sagen, was man denkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Alkohol trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. immer ‚online‘ sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. sich gesund ernähren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. eigenverantwortlich leben und handeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. gute Freunde haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. mit den Eltern über alles reden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Und jetzt möchte ich gerne wissen, wie dein Leben so aussieht!**

<i>Fangen wir mit den Menschen an, die dich alltäglich umgeben: Zuerst einmal deine Freunde:</i>		
19. Wie viele Freunde hast du? → Trage die Anzahl bitte hier ein:		Freunde
20. Hast du eine beste Freundin oder einen besten Freund? → <b>keine</b> Liebesbeziehung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
21. Hast du eine feste Freundin oder einen festen Freund? → Liebesbeziehung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
22. Hast du eine feste „Clique“?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<i>Und in der Schule?</i>		
23. Hast du eine beste Freundin oder einen besten Freund <b>in der Schule</b> ? → <b>keine</b> Liebesbeziehung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
24. Hast du <b>in der Schule</b> eine feste „Clique“?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Nun geht es um deine Einstellung zu deinen Freunden.

→ Gib bitte, auf einer Skala von „trifft genau zu“ bis „trifft gar nicht zu“ an, inwieweit **du selbst** jeder Aussage zustimmen kannst.

Wenn die Aussage *genau auf dich zutrifft*, mache dein Kreuz bitte in der ersten Klammer ganz links, wenn die Aussage *gar nicht auf dich zutrifft*, mache dein Kreuz bitte in der letzten Klammer ganz rechts. Liegt deine Antwort zwischen diesen beiden Extremwerten, mache dein Kreuz bitte in einer der Klammern dazwischen: *trifft eher zu* (Mitte links) oder *trifft weniger zu* (Mittel rechts).

		trifft genau zu		trifft gar nicht zu	
25.	Ich bin davon überzeugt, dass die meisten meiner Freunde gute Absichten haben.	( )	( )	( )	( )
26.	Heutzutage kann man sich auf niemanden mehr verlassen (auch nicht auf die eigenen Freunde).	( )	( )	( )	( )
27.	Im Allgemeinen kann ich meinen Freunden vertrauen.	( )	( )	( )	( )

Im Folgenden geht es um Unterstützungen, die wir von anderen Menschen erfahren.

Bitte gib bei jeder Aussage an, auf welchen Menschen aus deinem eigenen Umfeld, sie **am ehesten** zutrifft.

→ Bitte gib jeweils nur **eine einzige Antwort** für jede Aussage an!

	Vater	Mutter	bester Freund	Freunde (allgemein)	Partner/ Partnerin
28.	Jemand, der sich um meine Dinge kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	( )	( )	( )	( )
29.	Jemand, der mich ohne Einschränkung so nimmt, wie ich bin.	( )	( )	( )	( )
30.	Jemand, von dem ich viel Verständnis und Geborgenheit erfahre.	( )	( )	( )	( )
31.	Jemand, der mir sehr vertraut ist und mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	( )	( )	( )	( )
32.	Jemand, bei dem ich mir, bei Bedarf, ohne Probleme etwas ausleihen kann.	( )	( )	( )	( )
33.	Jemand, der sich auf jeden Fall Zeit nimmt und gut zuhört, wenn ich mich aussprechen möchte.	( )	( )	( )	( )
34.	Jemand, mit dem ich gerne etwas unternehme.	( )	( )	( )	( )
35.	Jemand, der mich einfach mal umarmt.	( )	( )	( )	( )
36.	Jemand, den ich ohne Zögern bitten kann, mich bei alltäglichen Dingen zu unterstützen.	( )	( )	( )	( )

	Vater	Mutter	bester Freund	Freunde (allgemein)	Partner/ Partnerin
37. Jemand, zu dem ich gehen kann, wenn ich mal sehr bedrückt bin.	( )	( )	( )	( )	( )
38. Jemand, der Freude und Leid mit mir teilt.	( )	( )	( )	( )	( )
39. Jemand, bei dem ich auch mal ganz ausgelassen sein kann.	( )	( )	( )	( )	( )
40. Jemand, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkungen wohl fühle.	( )	( )	( )	( )	( )
41. Jemand, zu dem ich gehöre und mit dem ich mich häufig treffe.	( )	( )	( )	( )	( )

42. Und wie wichtig sind derzeit folgende Menschen für dein Leben? → Bitte ein Kreuz pro Zeile (Person)!	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	ganz unwichtig
mein Vater	( )	( )	( )	( )
meine Mutter	( )	( )	( )	( )
mein Bruder oder meine Schwester	( )	( )	( )	( )
meine Familie im Allgemeinen	( )	( )	( )	( )
meine beste Freundin / mein bester Freund	( )	( )	( )	( )
meine feste Freundin / mein fester Freund	( )	( )	( )	( )
meine Clique	( )	( )	( )	( )
meine Freunde im Allgemeinen	( )	( )	( )	( )

<i>Nun wüsste ich gerne noch etwas zu deiner Schule:</i>			
43. Welchen höchsten Schulabschluss strebst du an?			
Hauptschulabschluss ( )	Ich habe die Schule bereits mit folgendem Abschluss beendet:		
Realschulabschluss ( )			
Fachhochschulreife ( )			
Abitur ( )	Ich habe keinen Schulabschluss ( )		
44. Und auf welche Schule gehst du oder bist du gegangen?			
( ) Hauptschule	( ) Gesamtschule	( ) Sonderschule / Förderschule	
( ) Realschule	( ) Gymnasium	( ) eine andere Schule	
<i>Und wie sieht dein Alltag in der Schule so aus?</i>			
45. Wie zufrieden bist du selbst mit deinen schulischen Leistungen?			
sehr zufrieden ( )	zufrieden ( )	unzufrieden ( )	sehr unzufrieden ( )
46. Und wie ist es momentan allgemein mit der Schule? Wie gerne gehst du zur Schule?			
sehr gern ( )	gern ( )	weniger gern ( )	sehr ungern ( )

47. Und wie stressig empfindest du deinen schulischen Alltag?			
sehr stressig	stressig	entspannt	sehr entspannt
( )	( )	( )	( )
48. Wie stark fühlst du dich durch deinen schulischen Alltag belastet?			
überhaupt nicht	ein wenig	stark	sehr stark
( )	( )	( )	( )

Ich bitte dich nun einige Fragen im Bezug auf deine Schule zu beantworten. Bitte denk bei der Beantwortung daran, dass es hier um **deine eigene Schule** geht und um **deine persönlichen Erfahrungen** in der Schule.

→ Kreuze bitte auf der Skala von „völlig falsch“ bis „völlig richtig“ an, inwieweit jede Aussage für **dich selbst falsch** oder **richtig** ist. Liegt deine Antwort zwischen diesen beiden Extremwerten, mache dein Kreuz bitte in einer der Klammern dazwischen: *eher falsch* (Mitte links) oder *eher richtig* (Mittel rechts).

	völlig falsch		völlig richtig
49. Die meisten Schüler sind untereinander sehr hilfsbereit.	( )	( )	( ) ( )
50. Kameradschaftliches Verhalten kann man in unserer Schule, im Vergleich zu anderen Schulen, nur selten beobachten.	( )	( )	( ) ( )
51. In unserer Schule haben es Außenseiter besonders schwer sich zu integrieren.	( )	( )	( ) ( )
52. Wie wir Schüler in unserer Schule persönlich miteinander umgehen, ist eigentlich recht erfreulich.	( )	( )	( ) ( )
53. Das Verspotten von Mitschülern ist in unserer Schule äußerst beliebt.	( )	( )	( ) ( )
54. In unserer Schule nehmen wir auf schwächere und schlechtere Schüler besonders Rücksicht.	( )	( )	( ) ( )
55. Die meisten Schüler respektieren die Rechte ihrer Mitschüler.	( )	( )	( ) ( )
56. Prügeleien unter Schülern sind in unserer Schule die Ausnahme.	( )	( )	( ) ( )

*Nun komme ich zu deiner Familie: Zuerst etwas Allgemeines....*

57. Mit wem lebst du **aktuell** zusammen?  
 → Adoptiveltern gelten wie leibliche Eltern!  
 → Kreuze bitte **alle Personen** an, mit denen du aktuell zusammen lebst.

( ) mit meiner Mutter	( ) mit meinem Großvater
( ) mit meinem Vater	( ) mit anderen Verwandten
( ) mit dem Partner meiner Mutter	( ) mit meinem Partner / meiner Partnerin

<input type="checkbox"/> mit der Partnerin meines Vaters	<input type="checkbox"/> mit meinen Pflegeeltern	
<input type="checkbox"/> mit meiner Schwester / meinen Schwestern	<input type="checkbox"/> ich lebe in einem Heim	
<input type="checkbox"/> mit meinem Bruder / meinen Brüdern	<input type="checkbox"/> ich lebe alleine	
<input type="checkbox"/> mit meiner Großmutter	<input type="checkbox"/> woanders	
58. Hast du eine Zeit in deinem Leben <b>nicht</b> mit einer der oben benannten Personen zusammengelebt? Wann war das?		
	von:	bis:
Mutter <input type="checkbox"/>		
Vater <input type="checkbox"/>		
Partner meiner Mutter <input type="checkbox"/>		
Partnerin meines Vaters <input type="checkbox"/>		
meine Schwester / meine Schwestern <input type="checkbox"/>		
mein Bruder / meine Brüder <input type="checkbox"/>		
meine Großmutter <input type="checkbox"/>		
mein Großvater <input type="checkbox"/>		
anderen Verwandten <input type="checkbox"/>		
mit meinen Pflegeeltern <input type="checkbox"/>		
Heim <input type="checkbox"/>		
59. Wie viele Geschwister hast du?		
<input type="text"/>	Brüder	
<input type="text"/>	Schwestern	

...und nun zu deinem Familienleben.

In diesem Kasten findest du Aussagen über deine Familie. Bitte lies dir jede Aussage sorgfältig durch und entscheide, wie gut die jeweilige Aussage deine Familie beschreibt.

→ Kreuze bitte auf der Skala von „stimmt genau“ bis „stimmt gar nicht“ an, inwieweit jede Aussage für **dich selbst stimmt**. Liegt deine Antwort zwischen diesen beiden Extremwerten, mache dein Kreuz bitte in einer der Klammern dazwischen: *stimmt eher* (Mitte links) oder *stimmt weniger* (Mittel rechts).

	stimmt genau		stimmt gar nicht	
60. Wenn bei uns in der Familie Probleme aufkommen, suchen wir gemeinsam nach neuen Lösungswegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Die Familienpflichten sind gerecht verteilt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Wenn ich jemanden in der Familie bitte, zu erklären, was er meint, bekomme ich offene und direkte Antworten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Wir teilen uns gegenseitig mit, wie es uns wirklich geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. In unserer Familie hat man es schwer, einen eigenen Weg zu verfolgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimmt genau		stimmt gar nicht	
65. Wenn ich frage, warum wir bestimmte Regeln haben, bekomme ich keine befriedigende Antwort.	( )	( )	( )	( )
66. Wir haben die gleichen Ansichten darüber, was richtig und falsch ist.	( )	( )	( )	( )
67. Wir versuchen, Schwierigkeiten gleich zu lösen und nicht auf die lange Bank zu schieben.	( )	( )	( )	( )
68. Wir stimmen darin überein, wer was in unserer Familie tun soll.	( )	( )	( )	( )
69. In unserer Familie wissen wir gewöhnlich, wenn sich jemand aufgeregt hat.	( )	( )	( )	( )
70. In unserer Familie kann jeder seinen eigenen Interessen nachgehen, ohne dass die anderen deswegen sauer werden.	( )	( )	( )	( )
71. Wir brauchen zu lange, um mit schwierigen Situationen zurecht zu kommen.	( )	( )	( )	( )
72. Wir nehmen uns Zeit, einander anzuhören.	( )	( )	( )	( )
73. Eigentlich vertrauen wir einander nicht.	( )	( )	( )	( )
74. Wenn wir etwas falsch machen, bekommen wir keine Gelegenheit, es zu erklären.	( )	( )	( )	( )
75. In unserer Familie haben wir die Freiheit, zu sagen, was wir denken.	( )	( )	( )	( )
76. Wir müssen uns meistens gegenseitig daran erinnern, was in der Familie von den einzelnen getan werden muss.	( )	( )	( )	( )
77. Wir streiten in unserer Familie oft darüber, wer was gesagt hat.	( )	( )	( )	( )
78. Wir teilen einander mit, was uns gerade stört.	( )	( )	( )	( )
79. In unserer Familie lebt jeder eher für sich.	( )	( )	( )	( )
80. In unserer Familie gibt es keine festen Regeln oder Vorschriften.	( )	( )	( )	( )

**Als nächstes Thema möchte ich gerne wissen, wie es dir geht.**

Zunächst einmal ganz allgemein...

Bitte beurteile im folgenden, wie es dir <b>im Allgemeinen</b> geht und wie zufrieden du im Allgemeinen mit deinem Leben bist.		stimmt genau		stimmt gar nicht	
81.	Mein Leben könnte kaum glücklicher sein, als es ist.	( )	( )	( )	( )
82.	Ich fühle mich meist ziemlich fröhlich.	( )	( )	( )	( )
83.	Ich glaube, dass sich vieles erfüllen wird, was ich für mich erhoffe.	( )	( )	( )	( )
84.	Wenn ich an mein bisheriges Leben zurück denke, so habe ich viel von dem erreicht, was ich erstrebe.	( )	( )	( )	( )
85.	Ich halte mich für eine glückliche Person.	( )	( )	( )	( )
86.	Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	( )	( )	( )	( )
87.	Ich glaube, dass mir die Zeit noch einige interessante und erfreuliche Dinge bringen wird.	( )	( )	( )	( )
88.	Ich bin nicht so fröhlich wie die meisten Menschen.	( )	( )	( )	( )
89.	Ich bin mit meiner Lebenssituation zufrieden.	( )	( )	( )	( )
90.	Ich bin selten in wirklicher Hochstimmung.	( )	( )	( )	( )
91.	Ich sehe im allgemeinen mehr die Sonnenseiten des Lebens.	( )	( )	( )	( )
92.	Wenn ich so auf mein bisheriges Leben zurück blicke, bin ich zufrieden.	( )	( )	( )	( )
93.	Ich fühle mich meist so, als ob ich vor Freude übersprudeln würde.	( )	( )	( )	( )

<p>94. Wenn du dir dein Leben als eine Leiter mit 10 Sprossen vorstellst, und zwar von dem denkbar besten Leben bis zum schlechtesten denkbaren Leben: Auf welcher Sprosse siehst du dein derzeitiges Leben? → Kreuze die Zahl an, die am ehesten auf dein Leben zutrifft!</p>	10 ( )	<p>das beste denkbare Leben</p>
	9 ( )	
	8 ( )	
	7 ( )	
	6 ( )	
	5 ( )	
	4 ( )	
	3 ( )	
	2 ( )	
	1 ( )	
	0 ( )	

Wie häufig trafen in der <b>letzten Woche</b> folgende Aussagen auf dein <b>körperliches</b> Befinden zu?				
	nie	1 Mal	2-3 Mal	4 Mal und häufiger
95. Ich habe mich krank gefühlt.	( )	( )	( )	( )
96. Ich hatte Schmerzen.	( )	( )	( )	( )
97. Ich war müde und erschöpft.	( )	( )	( )	( )
98. Ich hatte viel Kraft und Ausdauer.	( )	( )	( )	( )
Und wie hast du dich in der <b>letzten Woche</b> gefühlt?				
	nie	1 Mal	2-3 Mal	4 Mal und häufiger
99. Ich habe viel gelacht und Spaß gehabt.	( )	( )	( )	( )
100. Ich habe sorgenfrei „in den Tag hinein“ gelebt.	( )	( )	( )	( )
101. Ich habe mich sehr einsam gefühlt.	( )	( )	( )	( )
102. Ich habe mir große Sorgen über die Zukunft gemacht.	( )	( )	( )	( )
103. Ich hatte Schwierigkeiten einzuschlafen.	( )	( )	( )	( )
Wie häufig passten folgende Aussagen auf dich in der <b>letzten Woche</b> zu?				
	nie	1 Mal	2-3 Mal	4 Mal und häufiger
104. Ich hatte Spaß mit Freunden.	( )	( )	( )	( )
105. Ich habe mich gut gefühlt.	( )	( )	( )	( )
106. Ich fand, dass alles in meinem Leben O.K. war.	( )	( )	( )	( )
107. Ich bin gut mit Erwachsenen ausgekommen.	( )	( )	( )	( )
108. Und wie würdest du deinen Gesundheitszustand auf einer Skala von 1 „sehr gut“ bis 4 „sehr schlecht“ <b>im Allgemeinen</b> bewerten?				
sehr gut				sehr schlecht
1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	

<i>Jetzt komme ich zu deinen Erkrankungen:</i>			
109. Welche der folgenden Krankheiten hattest du in den <b>letzten 12 Monaten</b> ? → Bitte kreuze alle diejenigen Antwortmöglichkeiten an, die auf <b>dich selbst</b> zutreffen!			
<input type="checkbox"/> Erkältung	<input type="checkbox"/> Magenschleimhautentzündung		
<input type="checkbox"/> Grippe oder Bronchitis	<input type="checkbox"/> (starkes) Übergewicht		
<input type="checkbox"/> Gelenkerkrankungen oder Gelenksbeschwerden	<input type="checkbox"/> (starkes) Untergewicht		
<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Magersucht		
<input type="checkbox"/> Knochenbrüche oder Knochenprellungen	<input type="checkbox"/> Ess-/Brechsucht		
<input type="checkbox"/> Körperbehinderung durch einen Unfall	<input type="checkbox"/> Akne		
<input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden (Schwindel)	<input type="checkbox"/> Blasenbeschwerden		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen		
<input type="checkbox"/> Herzschmerzen	<input type="checkbox"/> Migräne		
<input type="checkbox"/> Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden (bei Mädchen)		
110. Und welche der folgenden Krankheiten hattest du <b>im Laufe deines bisherigen Lebens</b> ?			
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)		
<input type="checkbox"/> Neurodermitis (allergischer Hautausschlag)	<input type="checkbox"/> eine Krebserkrankung		
<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> eine angeborene Körperbehinderung		
<input type="checkbox"/> andere Allergien			
Im Folgenden findest du eine Reihe von Aussagen. Bitte ließ jede Aussage sorgfältig durch und entscheide, wie gut sie auf <b>dich selbst</b> zutrifft.			
→ Kreuze bitte auf der Skala von „trifft genau zu“ bis „trifft gar nicht zu“ an, inwieweit jede Aussage für <b>dich selbst zutrifft</b> . Liegt deine Antwort zwischen diesen beiden Extremwerten, mache dein Kreuz bitte in einer der Klammern dazwischen: <i>trifft eher zu</i> (Mitte links) oder <i>trifft weniger zu</i> (Mittel rechts).			
		trifft genau zu	trifft gar nicht zu
111. Gute Gesundheit ist überwiegend Zufall.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
112. Ich kann mein Herz oft schlagen hören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113. Wenn man auf sich achtet ist man körperlich leistungsfähig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114. Ich merke es sehr gut, wenn sich meine Körpertemperatur ändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115. Ich achte darauf, dass mein Haar gut aussieht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116. Jeder ist für seine körperliche Leistungsfähigkeit selbst verantwortlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117. Ich achte den ganzen Tag über darauf, gut frisiert zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
118. Man kann für seine Gesundheit nicht viel tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
119. Ich bemerke es sehr schnell, wenn ich körperlich angespannt bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120. Erst, wenn ich mich gut zurecht gemacht habe, fühle ich mich richtig wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121. Gute körperliche Leistungsfähigkeit ist ‚überwiegend Zufall‘.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
122. Wer immer körperlich leistungsfähig ist, hat eben Glück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123. Jeder ist für seine Gesundheit selbst verantwortlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft genau zu		trifft gar nicht zu	
124. Ich achte auf saubere Kleidung.	( )	( )	( )	( )
125. Wer körperlich nicht so leistungsfähig ist, ist ,überwiegend selbst schuld'.	( )	( )	( )	( )
126. Ich merke sehr schnell, wenn mein Körper auf Hunger reagiert.	( )	( )	( )	( )
127. Wenn man auf sich selbst achtet, bleibt man gesund.	( )	( )	( )	( )
128. Wenn man auf sich selbst achtet, sieht man gut aus.	( )	( )	( )	( )
129. Jeder ist für sein Aussehen selbst verantwortlich.	( )	( )	( )	( )
130. Wer krank ist, ist überwiegend selbst schuld.	( )	( )	( )	( )
131. Ich merke es sofort, wenn mein Mund oder Hals trocken wird.	( )	( )	( )	( )
132. Ich finde es wichtig, dass man gut aussieht.	( )	( )	( )	( )
133. Man kann für seine körperliche Leistungsfähigkeit nicht viel tun.	( )	( )	( )	( )

*Jetzt möchte ich gerne wissen, was du von dir selbst hältst:*

134. Wie zufrieden bist **du selbst** mit deinem Aussehen?  
 sehr zufrieden                      zufrieden                      unzufrieden                      sehr unzufrieden  
 ( )                      ( )                      ( )                      ( )

135. Und machst du zurzeit etwas, um dein Aussehen zu verändern (wie beispielsweise eine Diät, Muskeltraining, Gymnastik, Sport oder etwas anderes)?  
 ja                      nein                      → Wenn **ja**, was genau? Trage es bitte in diesem Kasten ein:  
 ( )                      ( )                     

136. Glaubst du, dass du... → Bitte nur **ein einziges** Kreuz!  
 ...viel zu dünn bist?                      ( )  
 ...ein bisschen zu dünn bist?                      ( )  
 ...genau das richtige Gewicht hast?                      ( )  
 ...ein bisschen zu dick bist?                      ( )  
 ...viel zu dick bist?                      ( )

*...und jetzt zu deinem Gesundheitsverhalten im Alltag:*

137. Wie viele Zigaretten rauchst du im Durchschnitt **am Tag**?  
 Zigaretten pro Tag

138. Wie oft bist du im Durchschnitt **im Monat** betrunken?  
 Mal

139. Wie oft konsumierst du im Durchschnitt **im Monat** Drogen?  
 Mal

140. Wenn du an die letzte Woche denkst, wie **viele Stunden** hast du Sport gemacht, so dass du „ins Schwitzen“ gekommen bist?  
 Stunden

141. Was glaubst du, wie stark achtest <b>du selbst</b> auf deine Gesundheit?			
gar nicht	wenig	stark	sehr stark
( )	( )	( )	( )
Und auf einer Skala von „gar nicht“ bis „sehr stark“, was glaubst du, wie stark achten diese Menschen auf ihre Gesundheit? → Bitte <b>ein Kreuz pro Zeile!</b>			
		gar nicht	sehr stark
142. mein Vater	( )	( )	( )
143. meine Mutter	( )	( )	( )
144. mein Bruder / Schwester	( )	( )	( )
145. meine Familie im Allgemeinen	( )	( )	( )
146. meine beste Freundin / mein bester Freund	( )	( )	( )
147. mein fester Freund / meine feste Freundin	( )	( )	( )
148. meine Clique	( )	( )	( )
149. meine Freunde im Allgemeinen	( )	( )	( )

150. Als du <b>das letzte Mal</b> <i>körperliche Schmerzen</i> hattest, an wen hast du dich da gewendet um Hilfe und Unterstützung zu bekommen? → Bitte nur <b>eine einzige Person</b> angeben!			
( ) an einen Arzt	( ) meine Clique / Freundeskreis		
( ) an einen Psychologen	( ) an meinen Vater		
( ) an meinen besten Freund / meine beste Freundin	( ) an meine Mutter		
( ) an meinen festen Freund / feste Freundin	( ) an meinen Bruder / Schwester		
( ) an eine andere Person, und zwar:			
151. Als du dich <b>das letzte Mal</b> <i>unwohl</i> , traurig oder niedergeschlagen gefühlt hast, an wen hast du dich gewendet um Hilfe und Unterstützung zu bekommen? → Bitte nur <b>eine einzige Person</b> angeben!			
( ) an einen Arzt	( ) meine Clique / Freundeskreis		
( ) an einen Psychologen	( ) an meinen Vater		
( ) an meinen besten Freund / meine beste Freundin	( ) an meine Mutter		
( ) an meinen festen Freund / feste Freundin	( ) an meinen Bruder / Schwester		
( ) an eine andere Person, und zwar:			
152. Was glaubst du, wie viel kannst <b>du selbst</b> tun um deine Gesundheit zu erhalten?			
sehr viel	viel	wenig	sehr wenig
( )	( )	( )	( )

Im Folgenden findest du eine Reihe von Aussagen. Wie gut treffen diese Aussagen auf **dich selbst** zu?

→ Kreuze bitte auf der Skala von „trifft genau zu“ bis „trifft gar nicht zu“ an, inwieweit jede Aussage für **dich selbst** zutrifft. Liegt deine Antwort zwischen diesen beiden Extremwerten, mache dein Kreuz bitte in einer der Klammern dazwischen: *trifft eher zu* (Mitte links) oder *trifft weniger zu* (Mittel rechts).

	trifft genau zu		trifft gar nicht zu	
153. Ich habe Menschen, mit denen ich über meine Gesundheit oder Krankheit sprechen kann.	( )	( )	( )	( )
154. Ich werde nach meiner Meinung gefragt, wenn es um Entscheidungen, zu meiner Gesundheit geht.	( )	( )	( )	( )
155. Ich rede häufig mit anderen darüber, wie es mir geht.	( )	( )	( )	( )
156. Wenn ich etwas über Gesundheit wissen möchte, habe ich Menschen, die ich dazu fragen kann.	( )	( )	( )	( )
157. Ich habe Menschen um mich herum, die mit mir reden, wenn ich mich unwohl fühle.	( )	( )	( )	( )
158. Ich werde nach meiner Meinung gefragt, bevor etwas über meine Gesundheit entschieden wird.	( )	( )	( )	( )

Und wie gut treffen diese Aussagen auf **dich selbst** zu?

→ Kreuze bitte auf der Skala von „trifft genau zu“ bis „trifft gar nicht zu“ an, inwieweit jede Aussage für **dich selbst** zutrifft. Liegt deine Antwort zwischen diesen beiden Extremwerten, mache dein Kreuz bitte in einer der Klammern dazwischen: *trifft eher zu* (Mitte links) oder *trifft weniger zu* (Mittel rechts).

	trifft genau zu		trifft gar nicht zu	
159. Ich lebe ohne mich besonders um meine Gesundheit zu kümmern.	( )	( )	( )	( )
160. Ich achte auf eine ausgewogene Ernährung und bewege mich viel.	( )	( )	( )	( )
161. Gesundheit ist für mich körperlich und psychisch.	( )	( )	( )	( )
162. Ich kümmere mich um meine Gesundheit, auch wenn es mir gut geht.	( )	( )	( )	( )
163. Egal ob in der Schule, zu Hause oder in meiner Freizeit Ich achte auf mein inneres Wohlbefinden.	( )	( )	( )	( )

	trifft genau zu		trifft gar nicht zu	
164. So lange ich mich gut fühle, denke ich auch nicht über meine Gesundheit nach.	( )	( )	( )	( )
165. Fast alles, was ich mache, steht unter dem Motto Gesundheit.	( )	( )	( )	( )
166. Ich achte darauf gesund zu bleiben.	( )	( )	( )	( )
167. Ich handle lieber danach, worauf ich Lust habe, anstatt mir Sorgen darüber zu machen, dass manche Dinge schädlich für meine Gesundheit sein könnten.	( )	( )	( )	( )

Wie häufig hast du <b>im letzten Jahr</b> etwas gemacht, weil du bei Freunden „gut dar stehen“ bzw. dich nicht blamieren wolltest, obwohl du wusstest, dass es deiner Gesundheit schaden kann?				
	nie	1 Mal	2-3 Mal	4 Mal und häufiger
168. Ich habe keinen Helm beim Fahrrad oder Inliner fahren aufgesetzt.	( )	( )	( )	( )
169. Ich bin in einem Auto mitgefahren, dessen Fahrer betrunken war oder Drogen genommen hat.	( )	( )	( )	( )
170. Ich habe ohne Kondom mit einem Mädchen/Jungen geschlafen.	( )	( )	( )	( )
171. Ich ließ Mahlzeiten ausfallen, um abzunehmen.	( )	( )	( )	( )
172. Ich habe zu viel Fastfood und Süßigkeiten gegessen.	( )	( )	( )	( )
173. Ich habe mehr Alkohol getrunken, als ich vertrage.	( )	( )	( )	( )
174. Ich bin betrunken Auto/Mofa gefahren.	( )	( )	( )	( )
175. Ich habe Drogen genommen.	( )	( )	( )	( )
Und wie zutreffend waren diese Aussagen für dich selbst <b>im letzten Jahr</b> ?				
	trifft eher zu		trifft eher nicht zu	
176. Ich versuche nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig.	( )	( )	( )	( )
177. Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht.	( )	( )	( )	( )
178. Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung.	( )	( )	( )	( )
179. Ich mache mir häufig Sorgen.	( )	( )	( )	( )
180. Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind.	( )	( )	( )	( )
181. Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen.	( )	( )	( )	( )
182. Ich schlage mich häufig; ich kann andere zwingen zu tun, was ich will.	( )	( )	( )	( )
183. Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen.	( )	( )	( )	( )
184. Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt.	( )	( )	( )	( )
185. Andere behaupten oft, dass ich lüge oder moegele.	( )	( )	( )	( )
186. Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert.	( )	( )	( )	( )
187. Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen).	( )	( )	( )	( )

*Ganz besonders interessiert mich jetzt noch, was für **dich selbst** Gesundheit ist:*  
→ Bitte vervollständige hierzu folgende Sätze in den dafür vorgesehenen Kästchen:

188. Gesundheit bedeutet für mich, dass ich.....

189. Ich fühle mich rundherum gesund, wenn ich.....

190. Krankheit bedeutet für mich, dass ich.....

191. Ich fühle mich krank, wenn ich.....

Wie sehr kannst du folgenden Aussagen über <b>Gesundheit</b> zustimmen?				
→ Kreuze bitte auf der Skala von „hoher Zustimmung“ bis „keine Zustimmung“ an, inwieweit <b>du selbst</b> jeder Aussage <i>zustimmst</i> . Liegt deine Antwort zwischen diesen beiden Extremwerten, mache dein Kreuz bitte in einer der Klammern dazwischen: <i>eher Zustimmung</i> (Mitte links) oder <i>eher keine Zustimmung</i> (Mittel rechts).				
Gesundheit ist für mich...	hohe Zustimmung		keine Zustimmung	
<sup>192.</sup> ... nicht krank zu sein.	( )	( )	( )	( )
<sup>193.</sup> ... Spaß zu haben.	( )	( )	( )	( )
<sup>194.</sup> ... den Stoff in der Schule zu beherrschen.	( )	( )	( )	( )
<sup>195.</sup> ... gute Laune zu haben.	( )	( )	( )	( )
<sup>196.</sup> ... mich gesund zu ernähren.	( )	( )	( )	( )
<sup>197.</sup> ... keine Schmerzen zu haben.	( )	( )	( )	( )
<sup>198.</sup> ... Sport treiben zu können.	( )	( )	( )	( )
<sup>199.</sup> ... alles tun zu können, was ich will.	( )	( )	( )	( )
<sup>200.</sup> ... keine Beschwerden zu haben.	( )	( )	( )	( )
<sup>201.</sup> ... keine Sorgen zu haben.	( )	( )	( )	( )
<sup>202.</sup> ... mich ausreichend zu bewegen.	( )	( )	( )	( )
Und wie sehr kannst du folgenden Aussagen über <b>Krankheit</b> zustimmen?				
→ Kreuze bitte auf der Skala von 4 für „hohe Zustimmung“ bis 1 für „keine Zustimmung“ an, inwieweit <b>du selbst</b> jede Aussage <i>zustimmst</i> . Liegt deine Antwort zwischen diesen beiden Extremwerten, mache dein Kreuz bitte in einer der Klammern dazwischen: <i>eher Zustimmung</i> (Mitte links) oder <i>eher keine Zustimmung</i> (Mittel rechts).				
Krankheit ist für mich....	hohe Zustimmung		keine Zustimmung	
<sup>203.</sup> ... nicht gesund zu sein.	( )	( )	( )	( )
<sup>204.</sup> ... schlecht gelaunt zu sein.	( )	( )	( )	( )
<sup>205.</sup> ... keine Leistungen zu bringen.	( )	( )	( )	( )
<sup>206.</sup> ... mich nicht zu bewegen.	( )	( )	( )	( )
<sup>207.</sup> ... Fieber zu haben.	( )	( )	( )	( )
<sup>208.</sup> ... mich schlecht zu fühlen.	( )	( )	( )	( )
<sup>209.</sup> ... nicht mit Freunden zusammen zu sein.	( )	( )	( )	( )
<sup>210.</sup> ... Beschwerden zu haben.	( )	( )	( )	( )
<sup>211.</sup> ... viele Zigaretten zu rauchen.	( )	( )	( )	( )
<sup>212.</sup> ... mich nicht zu pflegen.	( )	( )	( )	( )
<sup>213.</sup> ... unzufrieden sein.	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )

214. Wenn du dir **deine** Gesundheit, im Verlaufe deines Lebens vorstellst:  
 Welcher der Aussagen stimmst du dann am ehesten zu?  
 → Bitte nur ein einziges Kreuz machen!

Meine Gesundheit ist entweder vorhanden oder nicht vorhanden. Ich bin *entweder* gesund *oder* krank ( )

Zu Beginn meines Lebens war meine Gesundheit am größten. Bis zum Ende meines Lebens nimmt sie stetig ab. ( )

Meine Gesundheit kann im Laufe meines Lebens abnehmen. Unter guten Umständen kann sie aber auch wieder zunehmen. ( )

Meine Gesundheit kann sich im Laufe meines Lebens verbessern ( )

Ich kann keiner der Aussagen zustimmen. ( )

*sondern* stelle mir meine Gesundheit im Laufe meines Lebens eher so vor:

*Und ich wüsste gerne, was du selbst zu deiner Gesundheit beitragen kannst:*

→ Kreuze bitte auf der Skala von „trifft genau zu“ bis „trifft gar nicht zu“ an, inwieweit jede Aussage für **dich selbst** zutrifft. Liegt deine Antwort zwischen diesen beiden Extremwerten, mache dein Kreuz bitte in einer der Klammern dazwischen: *trifft eher zu* (Mitte links) oder *trifft weniger zu* (Mitte rechts).

	trifft genau zu		trifft gar nicht zu	
215. Ich kann mich auf meine Fähigkeiten verlassen, auf meine Gesundheit Einfluss zu nehmen.	( )	( )	( )	( )
216. Die meisten gesundheitlichen Beschwerden kann ich aus eigener Kraft gut meistern.	( )	( )	( )	( )
217. Auch schwerwiegende Erkrankungen kann ich in der Regel gut bewältigen.	( )	( )	( )	( )

*Hier sind einige Fragen, die sich auf verschiedene Aspekte deines Lebens beziehen.*

→ Bitte kreuze die Zahl an, die am ehesten auf dich zutrifft. Die Zahlen 1 und 4 sind Extremwerte, wenn für dich eine Antwort dazwischen zutrifft, kreuze diese Zahl an!

218. Wie oft hast du das Gefühl, dass du in einer ungewohnten Situation bist und nicht weißt, was du tun sollst?

seht oft		sehr selten oder nie	
1	2	3	4
( )	( )	( )	( )

<p><sup>219.</sup> Wenn du über dein Leben nachdenkst, ist es dann sehr oft so, dass...                  ...du spürst, wie schön es ist zu leben. <i>oder</i> ...du dich fragst, wieso du überhaupt lebst.</p>			
1	2	3	4
( )	( )	( )	( )
<p><sup>220.</sup> Wie oft sind deine Gefühle und Gedanken ganz durcheinander?                  sehr oft <i>oder</i> sehr selten oder nie</p>			
1	2	3	4
( )	( )	( )	( )
<p><sup>221.</sup> Wenn du etwas tust, das dir ein gutes Gefühl gibt...                  ...dann ist es bestimmt so, dass du dich auch weiterhin gut fühlen wirst. <i>oder</i> ...dann wird bestimmt etwas passieren, das dieses Gefühl wieder verdirbt.</p>			
1	2	3	4
( )	( )	( )	( )
<p><sup>222.</sup> Du erwartest für die Zukunft, dass dein eigenes Leben...                  ...ohne jeden Sinn und Zweck sein wird. <i>oder</i> ...voller Sinn und Zweck sein wird.</p>			
1	2	3	4
( )	( )	( )	( )
<p><sup>223.</sup> Viele Leute - auch solche mit einem starken Charakter - fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft hast du dich in der Vergangenheit so gefühlt?                  sehr oft <i>oder</i> sehr selten oder nie</p>			
1	2	3	4
( )	( )	( )	( )
<p><sup>224.</sup> Wenn du an Schwierigkeiten denkst, denen du bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen wirst, hast du das Gefühl, dass...                  ...es dir immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden. <i>oder</i> ...du es nicht schaffen wirst, die Schwierigkeiten zu überwinden.</p>			
1	2	3	4
( )	( )	( )	( )
<p><sup>225.</sup> Wie oft hast du das Gefühl, dass die Dinge, die du im täglichen Leben tust, wenig Sinn haben?                  sehr oft <i>oder</i> sehr selten oder nie</p>			
1	2	3	4
( )	( )	( )	( )

**Und nun noch etwas zu deiner Person.**

<p><sup>226.</sup> Wann bist du geboren?</p>		Monat	Jahr
		( ) Mädchen	( ) Junge
<p><sup>227.</sup> Bist du ein Mädchen oder ein Junge?</p>			
<p><sup>228.</sup> Und welcher Religionsgemeinschaft gehörst du an?</p>			
( ) katholisch	( ) evangelische Freikirche	( ) keiner Religionsgemeinschaft	
( ) römisch-katholisch	( ) andere Religionsgemeinschaft	( ) weiß ich nicht	
( ) evangelisch	( ) Islam		

<p>229. Und jetzt komme ich zu deiner Staatsbürgerschaft: Welche Staatsbürgerschaft hast <b>du</b>?          → Wenn du die Staatsbürgerschaft mehrerer Länder hast, kreuze sie bitte <b>alle</b> an!</p>	
<input type="checkbox"/> Deutschland	<input type="checkbox"/> Polen
<input type="checkbox"/> Türkei	<input type="checkbox"/> Russland
<input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> ein anderes Land, und zwar:
<input type="checkbox"/> Griechenland	
<input type="checkbox"/> Kroatien	
<p>230. Und welche Staatsbürgerschaft hat dein <b>Vater</b>?          → Wenn er die Staatsbürgerschaft mehrerer Länder hat, kreuze sie bitte auch <b>alle</b> an!</p>	
<input type="checkbox"/> Deutschland	<input type="checkbox"/> Polen
<input type="checkbox"/> Türkei	<input type="checkbox"/> Russland
<input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Ein anderes Land, und zwar:
<input type="checkbox"/> Griechenland	
<input type="checkbox"/> Kroatien	
<p>231. Und welche Staatsbürgerschaft hat deine <b>Mutter</b>?          → Wenn sie die Staatsbürgerschaft mehrerer Länder hat, kreuze sie bitte auch <b>alle</b> an!</p>	
<input type="checkbox"/> Deutschland	<input type="checkbox"/> Polen
<input type="checkbox"/> Türkei	<input type="checkbox"/> Russland
<input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Ein anderes Land, und zwar:
<input type="checkbox"/> Griechenland	
<input type="checkbox"/> Kroatien	

<p><i>Jetzt wüsste ich gerne noch etwas zur Ausbildung deiner Eltern: Zunächst dein Vater...</i></p>	
<p>232. Welchen Schulabschluss hat <b>dein Vater</b>?</p>	
<input type="checkbox"/> keinen Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife
<input type="checkbox"/> Sonderschule abgeschlossen	<input type="checkbox"/> Abitur / Hochschulreife
<input type="checkbox"/> Volks-/Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/> weiß ich nicht
<input type="checkbox"/> Mittlere Reife / Realschulabschluss / Polytechnische Oberstufe nach der 10. Klasse abgeschlossen	
<p>233. Und hat <b>dein Vater</b> eine berufliche Ausbildung oder ein Studium abgeschlossen?</p>	
<input type="checkbox"/> ja, eine berufliche Ausbildung	<input type="checkbox"/> nein, nichts von beidem
<input type="checkbox"/> ja, ein Studium	<input type="checkbox"/> weiß ich nicht
<p>234. Ist dein <b>Vater</b> zurzeit beruflich erwerbstätig?</p>	
<input type="checkbox"/> Er ist <b>vollzeit-erwerbstätig</b> von ca. 35 und mehr Stunden in der Woche.	
<input type="checkbox"/> Er ist <b>teilzeit-erwerbstätig</b> mit ca. 15 bis 34 Stunden pro Woche.	
<input type="checkbox"/> Er ist <b>stundenweise erwerbstätig</b> mit weniger als 15 Stunden pro Woche.	
<input type="checkbox"/> Er ist <b>Student</b> .	
<input type="checkbox"/> Er macht eine <b>Ausbildung</b> .	
<input type="checkbox"/> Er ist <b>arbeitslos</b> .	
<input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht.	

235. Und welche berufliche Tätigkeit übt dein **Vater** aus?  
 → Bitte trage seine berufliche Tätigkeit hier ein:

*...nun zu deiner Mutter:*

236. Welchen Schulabschluss hat **deine Mutter**?  
 keinen Schulabschluss  Fachhochschulreife  
 Sonderschule abgeschlossen  Abitur / Hochschulreife  
 Volks-/Hauptschulabschluss  weiß ich nicht  
 Mittlere Reife / Realschulabschluss /  
 Polytechnische Oberstufe nach der 10. Klasse abgeschlossen

237. Und hat **deine Mutter** eine berufliche Ausbildung oder ein Studium abgeschlossen?  
 ja, eine berufliche Ausbildung  nein, nichts von beidem  
 ja, ein Studium  weiß ich nicht

238. Ist deine **Mutter** zurzeit beruflich erwerbstätig?  
 Sie ist **vollzeit-erwerbstätig** von ca. 35 und mehr Stunden in der Woche.  
 Sie ist **teilzeit-erwerbstätig** mit ca. 15 bis 34 Stunden pro Woche.  
 Sie ist **stundenweise erwerbstätig** mit weniger als 15 Stunden pro Woche.  
 Sie ist **Studentin**.  
 Sie macht eine **Ausbildung**.  
 Sie ist **arbeitslos**.  
 Ich weiß es nicht.

239. Und welche berufliche Tätigkeit übt deine **Mutter** aus?  
 → Bitte trage ihre berufliche Tätigkeit hier ein:

*...nun noch etwas ganz allgemeines:*

240. Wie viele Bücher (ohne Schulbücher) gibt es bei dir zu Hause?  
 keine oder nur sehr wenige (0-10 Bücher).  
 genug um ein Regalbrett zu füllen (11-25 Bücher).  
 genug um ein Regal zu füllen (26-100 Bücher).  
 genug um zwei Regale zu füllen (101-200 Bücher).  
 genug um drei oder noch mehr Regale zu füllen (über 200 Bücher).

241. Habt ihr zu Hause einen Garten, den du nutzen kannst?  ja  nein

242. Wie viele Autos gibt es insgesamt in deiner Familie?  Autos

243. Habt ihr zu Hause eine Putzfrau oder Haushaltshilfe?  ja  nein

244. Habt ihr zu Hause eine Enzyklopädie (bspw. den Brockhaus)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
245. Habt ihr zu Hause einen Internetanschluss?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
246. Habt ihr zu Hause klassische Literatur (z.B. Goethe oder Schiller)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
247. Habt ihr zu Hause Kunstwerke (Gemälde, Bilder oder Figuren von Künstlern)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
248. Wie oft fahrt ihr mit der Familie durchschnittlich im Jahr in den Urlaub?		Mal

*Und mich interessiert noch, wie du wohnst:*

249. Wo hast du den größten Teil deiner Kindheit bis zum 15. Lebensjahr verbracht?	eine Großstadt	eine mittelgroße Stadt	eine Kleinstadt	auf dem Lande
Das war.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
250. Lebst du heute noch in dieser Stadt oder Gegend?				
	<input type="checkbox"/> ja, immer noch	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, wieder			
251. Lebst du in einer Wohnung oder in einem Haus?				
	<input type="checkbox"/> in einer Wohnung	<input type="checkbox"/> in einem Haus		
252. Wie viele verschiedene Wohnungen gibt es neben eurer Wohnung in deinem Haus?				
	<input type="checkbox"/> Es lebt nur meine Familie in dem Haus.	<input type="checkbox"/> 4 bis 5 weitere Wohnungen.		
	<input type="checkbox"/> Eine weitere Wohnung.	<input type="checkbox"/> 6 oder mehr weitere Wohnungen.		
	<input type="checkbox"/> 2 bis 3 weitere Wohnungen.			
253. Wie viele Personen seid ihr, <b>mit dir zusammen</b> , insgesamt zu Hause?				
Insgesamt leben zu Hause		Personen.		
254. Hast du ein eigenes Zimmer für dich alleine oder teilst du dir dein Zimmer mit anderen Personen?				
	<input type="checkbox"/> Ich habe ein eigenes Zimmer.			
	<input type="checkbox"/> Ich teile mir mein Zimmer mit anderen Personen.			

*Und wie sieht es mit Geld aus?*

255. Wie viel Geld hast du im <b>Monat</b> im Durchschnitt zur Verfügung?				
		Euro		
256. Und wie würdest du die finanzielle Situation <b>deiner Familie / deines Haushalts</b> einschätzen?				
sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
257. Was glaubst du:				
Kannst du dir finanziell mehr oder weniger leisten als die meisten deiner Freunde?				
viel mehr	mehr	weniger	viel weniger	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

