

Ludwig Bilz | Gorden Sudeck | Jens Bucksch |
Andreas Klocke | Petra Kolip | Wolfgang Melzer |
Ulrike Ravens-Sieberer | Matthias Richter (Hrsg.)

Schule und Gesundheit

Ergebnisse des WHO-Jugendgesund-
heitssurveys »Health Behaviour in
School-aged Children«

Ludwig Bilz | Gorden Sudeck | Jens Bucksch |
Andreas Klocke | Petra Kolip | Wolfgang Melzer |
Ulrike Ravens-Sieberger | Matthias Richter (Hrsg.)
Schule und Gesundheit

Gesundheitsforschung

Herausgegeben von

Thomas Gerlinger | Petra Kolip | Oliver Razum |

Doris Schaeffer

Ludwig Bilz | Gorden Sudeck | Jens Bucksch |
Andreas Klocke | Petra Kolip | Wolfgang Melzer |
Ulrike Ravens-Sieberer | Matthias Richter (Hrsg.)

Schule und Gesundheit

Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitssurveys
„Health Behaviour in School-aged Children“

BELTZ JUVENTA

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

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes
ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt
insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen
und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2016 Beltz Juventa · Weinheim und Basel
Werderstr. 10, 69469 Weinheim
www.beltz.de · www.juventa.de
Satz: Helmut Rohde, Euskirchen

ISBN 978-3-7799-4458-4

Inhalt

Der vierte deutsche Jugendgesundheitsurvey „Health Behaviour in School-aged Children“

Ludwig Bilz, Gorden Sudeck, Jens Bucksch, Andreas Klocke, Petra Kolip, Wolfgang Melzer, Ulrike Ravens-Sieberer & Matthias Richter

7

I Theoretischer und methodischer Hintergrund

Bildung und Gesundheit im Jugendalter

Klaus Hurrelmann

18

Die Methodik des HBSC-Surveys 2013/14

Jens Bucksch, Emily Finne, Hannah Gohres, Ludwig Bilz, Irene Moor, Matthias Richter, Petra Kolip und der HBSC-Studienverbund Deutschland

35

II Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern

Psychische Gesundheit und Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern

Veronika Ottová-Jordan, Ludwig Bilz, Emily Finne und Ulrike Ravens-Sieberer

48

Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum im Jugendalter

Irene Moor, Nadine Schumann, Laura Hoffmann, Katharina Rathmann, Matthias Richter

65

Körperliche Aktivität, Ernährungsverhalten und Bildschirmmedienzeiten
Schulformspezifische Unterschiede und Implikationen

Gorden Sudeck, Jens Bucksch und Emily Finne

84

Traditionelle und moderne Kommunikationsformen und die Qualität sozialer Beziehungen von Schülerinnen und Schülern

Emily Finne & Eva Baumann

102

Verletzungen im Kindes- und Jugendalter

Sarah Maier und Andreas Klocke

121

5

Analysen zum multiplen Gesundheits- und Risikoverhalten und Konsequenzen für die schulische Gesundheitsförderung <i>Ludwig Bilz und Gorden Sudeck</i>	135
---	-----

III Gesundheitsrelevante Aspekte der schulischen Umwelt

Bildungsungleichheit, Schulumwelt und Gesundheit: Gibt es eine doppelte Benachteiligung? <i>Katharina Rathmann, Max Herke, Irene Moor und Matthias Richter</i>	156
--	-----

Schulische und außerschulische Unterstützung als Ressource für die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern <i>Matthias Ritter, Ludwig Bilz und Wolfgang Melzer</i>	181
--	-----

Auswirkung von außerschulischer und schulischer Unterstützung auf die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund <i>Marlis Pesch, Stefanie Gottschlich und Irene Moor</i>	200
---	-----

Gewalt und Mobbing im Schulkontext und dessen Folgen für die Gesundheit <i>Lars Oertel, Wolfgang Melzer und Nelly Schmechtig</i>	222
--	-----

IV Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule

Schulische Gesundheitsförderung aus Sicht von Schulleitungen: Umsetzungsstand und Einflussfaktoren <i>Kevin Dadaczynski, Jens Bucksch und Peter Paulus</i>	246
--	-----

Wirksamkeit schulischer Gesundheitsförderung und Prävention <i>Andreas Beelmann</i>	267
--	-----

Aktuelle Trends und Herausforderungen in der schulischen Prävention und Gesundheitsförderung <i>Peter Paulus und Kevin Dadaczynski</i>	284
--	-----

Autorinnen und Autoren	312
-------------------------------	-----

Der vierte deutsche Jugend- gesundheitssurvey „Health Behaviour in School-aged Children“

Ludwig Bilz, Gorden Sudeck, Jens Bucksch, Andreas Klocke,
Petra Kolip, Wolfgang Melzer, Ulrike Ravens-Sieberer &
Matthias Richter

Seit 15 Jahren ist Deutschland am internationalen Jugendgesundheitssurvey „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beteiligt. Die im Abstand von vier Jahren durchgeführten Befragungen liefern wichtige Informationen über den Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 15 Jahren (Inchley et al. 2016). Darüber hinaus können mit den HBSC-Daten personale und soziale Einflussfaktoren der Gesundheit untersucht werden. Die Ergebnisberichte der vergangenen drei Erhebungen haben deutlich aufgezeigt, wie wichtig die Lebenswelten Familie, Schule sowie die Gleichaltrigen-Gruppe für die gesunde Entwicklung im Kindes- und Jugendalter sind, welche gesundheitlichen Ressourcen und Risiken es in den Lebenswelten gibt und wie sie mit personalen Voraussetzungen der Schülerinnen und Schüler interagieren (Hurrelmann et al. 2003; Kolip et al. 2013; Richter et al. 2008). Mit Hilfe der regelmäßig erhobenen bundesweiten HBSC-Daten konnten Entwicklungstrends der letzten Jahre beschrieben werden, zum Beispiel der deutliche Rückgang des Tabak- und Alkoholkonsums sowie des Mobbing, die unverändert hohe Verbreitung psychischer Probleme und das konstant hohe Niveau übergewichtiger Kinder und Jugendlicher. Durch den internationalen Vergleich mit Daten aus inzwischen 44 Ländern, die mit parallelen Erhebungen und gleichen methodischen Standards an der HBSC-Studie teilnehmen (vgl. www.hbsc.org), besteht ein besonderer Mehrwert für die Gesundheitsberichterstattung. Im internationalen Vergleich werden gesundheitspolitische Handlungsbedarfe sichtbar und Empfehlungen ermöglicht (Bucksch et al. 2015).

Thematische Schwerpunkte der letzten beiden nationalen Ergebnisberichte lagen auf Ungleichheiten in der Gesundheit und dem Gesundheits-

verhalten, die sich auf die soziale Herkunft (Richter et al. 2008) und das Geschlecht (Kolip et al. 2013) der Kinder und Jugendlichen zurückführen lassen.

Den vorliegenden Ergebnisbericht der aktuellen HBSC-Befragung haben wir unter die Überschrift *Schule und Gesundheit* gestellt. Auch wenn die Analyse schulbezogener Einflüsse auf die Gesundheit und die daraus entwickelten Empfehlungen für die schulische Gesundheitsförderung seit der ersten HBSC-Befragung in Deutschland zentrale Themenfelder dieser Studie sind, verdienen sie aus mehreren Gründen eine vertiefende Betrachtung, wie sie in diesem Band vorgenommen wird.

Schule, Gesundheit und Gesundheitsförderung

Inzwischen wird die Bedeutung der Schule für die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern allgemein anerkannt. Die Relevanz dieser Lebenswelt für eine gesunde Entwicklung ergibt sich nicht nur aus der häufig als Argument angeführten Zeit, die Kinder und Jugendliche in der Schule verbringen, sondern sie lässt sich auch aus ihren engen Verbindungen zu allen im Kindes- und Jugendalter drängenden Entwicklungsaufgaben ableiten. Gemeint ist hierbei nicht nur die Auseinandersetzung mit den schulischen Leistungsanforderungen, sondern auch die Erlangung emotionaler Unabhängigkeit von den Eltern, die Übernahme von Geschlechtsrollen und, forciert durch die Gruppierung von Schülern in Altersgruppen, die soziale Entwicklung und der Aufbau von Beziehungen zu Gleichaltrigen. Hinzu kommt mit Blick auf die Berufswahl bzw. -vorbereitung die biographische Bedeutsamkeit der Schullaufbahn, die über erreichte Bildungsabschlüsse und resultierende berufliche Chancen die weitere Lebensplanung junger Menschen in ihrem Kern berührt.

Die Verbindungen zwischen Charakteristika der schulischen Umwelt und Gesundheitsparametern auf Seiten der Schülerinnen und Schüler sind inzwischen empirisch gesichert (z. B. Loukas/Robinson 2004; Roeser/Eccles/Sameroff 1998), zum Teil auch auf Basis der Daten der HBSC-Studie (z. B. Bilz/Hähne/Melzer 2003; Bilz 2008; Rathmann 2015; Ravens-Sieberger et al. 2009). Nicht zuletzt können die zahlreichen Wirksamkeitsnachweise von Maßnahmen schulischer Prävention und Gesundheitsförderung die Bedeutsamkeit der Schule für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen untermauern (z. B. Beelmann/Pfost/Schmitt 2014; Durlak et al. 2011; Safron et al. 2015). Dieser Nachweis überzeugt vor allem dann, wenn es durch eine Verschränkung verhaltens- und verhält-

nisorientierter Interventionen, also einschließlich einer Veränderung der schulischen Umwelt selbst, gelingt, die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler positiv zu beeinflussen.

Als empirisch gesichert kann inzwischen auch der enge wechselseitige Zusammenhang zwischen Bildungs- und Gesundheits-„Outcomes“ der Schule gelten. Demnach ist Bildungserfolg einerseits eine wichtige Ressource für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, gleichzeitig befördert ein positiver Gesundheitsstatus den schulischen Kompetenzerwerb (Dadaczynski 2012).

Diese Erkenntnisse haben ihren Niederschlag in der Empfehlung der Kultusministerkonferenz zur schulischen Gesundheitsförderung und Prävention (KMK 2012) sowie in den Schulgesetzen der deutschen Bundesländer gefunden. Unterstützt werden die Umsetzungsprozesse durch das im Jahre 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz (Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention vom 17.07.2015) und die zu erwartenden Aktivitäten der Nationalen Präventionskonferenz (NPK), die eine nationale Präventionsstrategie entwickeln und fortschreiben soll. Auswirkungen haben diese veränderten Rahmenbedingungen auf alle Bundesländer, in denen Rahmenvereinbarungen zwischen den Trägern der Präventionsmaßnahmen und den zuständigen Landesministerien verhandelt werden oder bereits bestehen.

Ein Teilerfolg besteht bereits dahingehend, dass in fast allen Bundesländern gesundheitsbezogene Ziele als Teil des schulischen Erziehungs- und Bildungsauftrages definiert werden bzw. verankert werden sollen. Im Schulalltag verhält es sich so, dass an vielen – jedoch nicht allen – Schulen Gesundheitsförderung ein wichtiger Bestandteil des Schullebens ist.

Ungeachtet dessen gibt es beim Thema Schule und Gesundheit sowie bei der Umsetzung schulischer Prävention und Gesundheitsförderung noch viele Herausforderungen und viele offene Fragen. Mit den Beiträgen dieses Bandes soll deshalb zum einen über die aktuellen Ergebnisse der HBSC-Studie zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten deutscher Kinder und Jugendlicher informiert und darüber hinaus offene Fragen beantwortet werden. Hierfür hat sich eine interdisziplinäre Gruppe von Autorinnen und Autoren aus den Gesundheitswissenschaften, der Soziologie, der Psychologie und den Erziehungswissenschaften zusammengefunden.

Überblick über den Band

Im ersten Kapitel wird der theoretische und methodische Rahmen des Bandes aufgespannt. *Klaus Hurrelmann* beschreibt in seinem Beitrag, welche Auswirkungen die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben des Jugendalters auf die Gesundheit in dieser Altersphase hat und welche Rolle hierbei soziale Herkunft und Bildung spielen. Er stellt die wechselseitigen Zusammenhänge zwischen Bildung und Gesundheit dar und fordert eine Gesundheitsbildung, die „Kompetenzen zur gesundheitlichen Selbststeuerung“ fördert. Anschließend werden, wie in den Vorgänger-Bänden, in einem allgemeinen Methodenbeitrag zunächst die wesentlichen Eckpunkte des Studiendesigns vorgestellt. Darin enthalten sind konkrete Beschreibungen der Stichprobe, des Erhebungsverfahrens und der Erhebungsinstrumente, die kapitelübergreifend von Bedeutung sind (Schulform, Migration, familiärer Wohlstand).

In den Beiträgen des zweiten Kapitels werden die Ergebnisse der aktuellen HBSC-Befragung in Deutschland zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten vorgestellt. Hierbei werden schulformspezifische Verbreitungsmuster beschrieben und im Kontext der schulbezogenen Gesundheitsforschung diskutiert. Viele Gesundheitsstudien berichten Prävalenzen gesundheitlicher Problemlagen differenziert nach Altersgruppen, Geschlecht und ggf. dem sozioökonomischen Status. Nur selten wird hingegen über Schulformunterschiede informiert. Auch die bisherigen Ergebnisberichte der HBSC-Studie haben hierauf mitunter verzichtet oder lediglich die Differenzen zwischen Gymnasien und nichtgymnasialen Schulformen präsentiert. Im nach wie vor stark gegliederten deutschen Schulsystem repräsentieren die Schulformen differenzielle Entwicklungsmilieus, die nicht nur hinsichtlich des schulischen Kompetenzerwerbs (Baumert et al. 2009; Schümer 2004), sondern möglicherweise auch für die gesundheitliche Entwicklung von Schülerinnen und Schülern von Bedeutung sind. Hierfür könnten Schulformunterschiede in der Verfügbarkeit von Ressourcen für Gesundheitsförderung und Prävention, in der Zusammensetzung der Schülerschaft hinsichtlich sozialer Herkunft, Motivation und Sozialverhalten oder auch differierende pädagogische Ziele, Überzeugungen und Praktiken der Lehrerschaft verantwortlich sein. Zudem benötigen wir vertiefte Einblicke in Schulformunterschiede bei Gesundheitsparametern, um die Passung zwischen dem Bedarf und dem Angebot an präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen an Schulen zu erhöhen. Dementsprechend geben die Beiträge in Kapitel II differenzierte Hinweise für eine zielgruppengerechte Planung von schulischen Maßnahmen der Gesundheits-

förderung und Prävention, wobei Befunde zu Schulformunterschieden präsentiert werden.

Im Beitrag von *Veronika Ottová-Jordan, Ludwig Bilz, Emily Finne* und *Ulrike Ravens-Sieberer* geschieht dies für den Bereich der psychischen Gesundheit: Aktuelle Zahlen zur Verbreitung psychosomatischer Beschwerden, dem Ausmaß des psychischen Wohlbefindens und der subjektiven Zufriedenheit mit dem eigenen Körper werden vorgestellt. Deutliche Disparitäten zwischen den Schulformen mit höheren Belastungen an Förder- und Hauptschulen und niedrigeren an den Gymnasien finden sich nicht nur bei der psychischen Gesundheit, sondern auch beim Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis (Beitrag von *Irene Moor, Nadine Schumann, Laura Hoffmann, Katharina Rathmann* und *Matthias Richter*). In den Analysen von *Gorden Sudeck, Jens Bucksch* und *Emily Finne* zur körperlichen Aktivität, zur Ernährung und zur Bildschirmmediennutzung spielt die Schulform ebenfalls eine wichtige Rolle, jedoch nicht durchgehend mit ungünstigerem Gesundheitsverhalten bei ansteigendem Bildungsabschluss. *Emily Finne* und *Eva Baumann* widmen sich angesichts der rasanten technischen Weiterentwicklung und Verbreitung moderner mediengestützter Kommunikationsformen der Frage, wie traditionelle und moderne Kommunikationsformen von Kindern und Jugendlichen genutzt werden und inwieweit die Qualität sozialer Beziehungen davon beeinflusst wird. Es zeigen sich einige interessante schulformspezifische Besonderheiten, wie die selteneren persönlichen freundschaftlichen Kontakte der Gymnasiastinnen und Gymnasiasten. Den Jugendlichen scheint es aber insgesamt zu gelingen, die spezifischen Kommunikationsformen komplementär für den Aufbau und die Pflege positiver sozialer Beziehungen nutzen zu können. Negative soziale Folgen mediengestützter Kommunikation werden für die Gesamtgruppe der Kinder und Jugendlichen nicht gestützt. *Sarah Meier* und *Andreas Klocke* können in ihren Analysen zu Verletzungen von Kindern und Jugendlichen ebenfalls schulformspezifische Unterschiede feststellen, wobei insbesondere die häufigeren Mehrfachverletzungen bei den Förderschülerinnen und Förderschülern auffallen. Differenzierte Analysen von Verletzungsorten und Verletzungstätigkeiten deuten darauf hin, dass Zusammenhänge mit dem Freizeitverhalten bestehen, welches wiederum Assoziationen mit der besuchten Schulform aufweist.

Die meisten Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung sind häufig isoliert auf einzelne Themenfelder (z. B. Substanzkonsum, Bewegung, Ernährung, psychische Gesundheit) ausgerichtet. Internationale Forschungsbefunde zeigen jedoch deutlich, dass gesundheitliche Risikoverhaltensweisen gemeinsam auftreten und somit viele Kinder und Jugendliche in

mehreren Bereichen problematische Verhaltensweisen zeigen (Prochaska/Spring/Nigg 2008; Richter 2010). Offen ist bisher, wie groß diese Gruppe mit multiplen Problemlagen in Deutschland ist und welche Implikationen dies für die Ausrichtung der Prävention und Gesundheitsförderung hat. Die Untersuchung der funktionalen Beziehungen zwischen verschiedenen gesundheitlichen Problemverhaltensweisen (z. B. übermäßiger Medien- und Alkoholkonsum als dysfunktionale emotionsregulierende Strategie) könnte neue Impulse für die Weiterentwicklung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung liefern. Daher wird im letzten Beitrag dieses Kapitels von *Ludwig Bilz* und *Gorden Sudeck* das Phänomen des multiplen Gesundheits- und Risikoverhaltens untersucht und beschrieben, welche gesundheitsrelevante Verhaltensweisen in welchen Gruppen gehäuft gleichzeitig auftreten.

Im dritten Kapitel wird die Schule als gesundheitsrelevante Lebenswelt betrachtet und analysiert, welche Faktoren Einfluss auf die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern nehmen und in welcher Weise dies geschieht. Der Beitrag von *Katharina Rathmann*, *Max Herke*, *Irene Moor* und *Matthias Richter* nimmt schulformspezifische Unterschiede in der Verbreitung gesundheitlicher Einschränkungen zum Anlass, die hierfür verantwortlichen Mechanismen zu analysieren. Untersucht wird die These, dass zusätzlich zu herkunftsbedingten Ungleichheiten, die sich in ungünstigeren Gesundheitsparametern an nicht-gymnasialen Schulformen manifestieren, Schülerinnen und Schüler an diesen Schulen durch ungünstigere Ausprägungen von Schulumweltmerkmalen (z. B. Unterrichtsqualität, Schulzufriedenheit) quasi doppelt benachteiligt sind.

Die folgenden drei Beiträge stellen die psychische Gesundheit der Schülerinnen und Schüler in den Mittelpunkt der Betrachtung und analysieren Einflüsse der schulischen Umwelt. Der Beitrag von *Matthias Ritter*, *Ludwig Bilz* und *Wolfgang Melzer* zeigt, dass die in der Schule erfahrene soziale Unterstützung von Lehrkräften sowie Mitschülerinnen und Mitschülern genauso relevant für die psychische Gesundheit ist, wie die Unterstützung von Seiten der Eltern sowie der Gleichaltrigen außerhalb der Schule. Diese Zusammenhänge betrachten *Marlis Pesch*, *Stefanie Gottschlich* und *Irene Moor* spezifisch für die Gruppe der Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund und untersuchen, ob bei dieser Gruppe mit erhöhten gesundheitlichen Belastungen soziale Unterstützung in der Schule als Ressource wirksam ist. *Lars Oertel*, *Wolfgang Melzer* und *Nelly Schmechtig* berichten über die Verbreitung von Mobbing-Erfahrungen an deutschen Schulen – einem der wichtigsten schulbezogenen Risikofaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen –, beschreiben Ent-

wicklungstrends und analysieren differenziert die gesundheitlichen Folgen für Schülerinnen und Schüler mit Erfahrungen als Opfer und/oder Täter.

Mittlerweile verfügen wir auch in Deutschland über einige Erfahrungen mit der Umsetzung schulischer Prävention und Gesundheitsförderung, außerdem liegen Befunde zur Wirksamkeit verschiedener Ansätze vor. Im vierten und letzten Kapitel wird eine Bestandsaufnahme der schulischen Gesundheitsförderung an deutschen Schulen vorgenommen. *Kevin Dadaczynski, Jens Bucksch und Peter Paulus* nutzen hierfür Befragungsdaten von Schulleiterinnen und Schulleitern. *Andreas Beelmann* fasst die Ergebnisse von Studien und Meta-Analysen zur Wirksamkeit schulbezogener Programme zusammen. Aus beiden Zugängen wird deutlich, dass in diesem Feld weitere Anstrengungen nötig sind. Die zusammenfassende Betrachtung der Evaluationsbefunde sowie die Analyse der Programm- und Implementationsparameter ermöglichen es, Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der schulischen Prävention und Gesundheitsförderung zu ziehen. Nach wie vor ist der Bedarf hoch, Schülerinnen und Schülern an mehr Schulen als bisher den Zugang zu wirksamen Interventionen zu ermöglichen und diese nachhaltig zu implementieren.

Peter Paulus und Kevin Dadaczynski fassen in ihrem abschließenden Beitrag die aktuellen Trends der schulischen Gesundheitsförderung zusammen, benennen zukünftige Herausforderungen und erläutern, wie mithilfe des Ansatzes der „guten gesunden Schule“ eine Verknüpfung von Bildung und Gesundheit gelingen kann.

Die Herausgeberinnen und Herausgeber dieses Bandes danken dem internationalen HBSC-Konsortium für die fachliche Kooperation und die Unterstützung bei der Aufbereitung der Daten, den beteiligten 188 Schulen in ganz Deutschland für ihre Kooperationsbereitschaft sowie den 6.000 Schülerinnen und Schülern für die Teilnahme an der Befragung. Wir hoffen, dass diese Unterstützung und Zusammenarbeit, ohne die eine solche Studie nicht möglich ist, neue Impulse für die Forschung und Praxis der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention geben kann.

Literatur

- Baumert, J./Maaz, K./Stanat, P./Watermann, R. (2009): Schulkomposition oder Institution – was zählt? Schulstrukturen und die Entstehung schulformspezifischer Entwicklungsverläufe. In: Die Deutsche Schule 101, H. 1, S. 33–46.
- Beelmann, A./Pfof, M./Schmitt, C. (2014): Prävention von Verhaltens- und Erlebensproblemen bei Kindern und Jugendlichen. Eine Meta-Analyse deutschsprachiger Evaluationsstudien. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 22, S. 1–14.

- Bilz, L. (2008): Schule und psychische Gesundheit. Risikobedingungen für emotionale Auffälligkeiten von Schülerinnen und Schülern. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bilz, L./Hähne, C./Melzer, W. (2003): Die Lebenswelt Schule und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim und München: Juventa. S. 243–299.
- Bucksch, J./Hilitzer, U./Gohres, H./Kolip, P. (2015): Die HBSC-Studie als Instrument der Gesundheitsberichterstattung im Kindes- und Jugendalter – Potenziale und Grenzen. In: Das Gesundheitswesen (efirst).
- Dadaczynski, K. (2012): Stand der Forschung zum Zusammenhang von Gesundheit und Bildung. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 20, S. 141–153.
- Durlak, J.A./Weissberg, R.P./Dymnicki, A.B./Taylor, R.D./Schellinger, K.B. (2011): The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. In: Child Development 82, S. 405–432.
- Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2003): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim und München: Juventa.
- Inchley, J. et al. (Eds.) (2016): Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2013/14 survey. Copenhagen: WHO European Office for Europe.
- KMK – Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2012): Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012. Verfügbar unter: http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlung.pdf (Abfrage: 05.05.2016).
- Kolip, P./Klocke, A./Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2013): Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich: Ergebnisse des Jugendgesundheits-surveys „Health Behaviour in School-aged Children“. Weinheim und München: Juventa.
- Loukas, A./Robinson, S. (2004): Examining the moderating role of perceived school climate in early adolescent adjustment. In: Journal of Research on Adolescence 14, H. 2, S. 209–233.
- Prochaska, J.J./Spring, B./Nigg, C.R. (2008): Multiple health behavior change research: An introduction and overview. In: Preventive Medicine 46, H. 3, S. 181–188.
- Rathmann, K. (2015): Bildungssystem, Wohlfahrtsstaat und gesundheitliche Ungleichheit. Ein internationaler Vergleich für das Jugendalter. Wiesbaden: Springer VS.
- Ravens-Sieberer, U./Freeman, J./Kokonyei, G./Thomas, C.A./Erhart, M. (2009): School as a determinant for health outcomes – A structural equation model analysis. In: Health Education 109, H. 4, S. 342–356.
- Richter, M./Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2008): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim und München: Juventa.
- Richter, M. (2010): Risk behaviour in adolescence. Patterns, determinants and consequences. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Roeser, R.W./Eccles, J.S./Sameroff, A.J. (1998): Academic and emotional functioning in early adolescence: Longitudinal relations, patterns, and prediction by experience in middle school. In: *Development and Psychopathology* 10, S. 321–352.
- Safron, M./Cislak, A./Gaspar, T./Luszczynska, A. (2011): Effects of school-based interventions targeting obesity-related behaviour and body weight change: A systematic umbrella review. In: *Behavioral Medicine* 37, S. 15–25.
- Schümer, G. (2004): Zur doppelten Benachteiligung von Schülern aus unterprivilegierten Gesellschaftsschichten im deutschen Schulwesen. In: Schümer, G./Tillmann, K.-J./Weiss, M. (Hrsg.): *Die Institution Schule und die Lebenswelt der Schüler. Vertiefende Analysen der PISA-2000-Daten zum Kontext von Schülerleistungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 73–114.

I Theoretischer und methodischer Hintergrund

Bildung und Gesundheit im Jugendalter

Klaus Hurrelmann

1 Die Komplexität der Lebensphase Jugend

In allen hoch entwickelten Gesellschaften unterliegt die Lebensphase Jugend einem Strukturwandel. Durch die Vorverlagerung der Geschlechtsreife im Lebenslauf beginnt der Eintritt in diese Lebensphase so früh wie noch nie in der menschlichen Lebensgeschichte. Die typischen Turbulenzen der körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung werden von jungen Frauen und jungen Männern in einem früheren Alter durchlebt, als es für vorangehende Generationen der Fall war. Zugleich verschiebt sich der Übergang in das Erwachsenenalter, sodass diese Lebensphase eine noch nie gekannte Länge erfahren hat.

Im Jugendalter geht es um die Bewältigung von vier komplexen Gruppen von Entwicklungsaufgaben (Hurrelmann/Quenzel 2013, S. 29):

1. „Bilden und Qualifizieren“: Die Entwicklung der intellektuellen und sozialen Kompetenzen für Leistungs- und Sozialanforderungen sowie der Bildung und Qualifizierung, um die gesellschaftliche Mitgliedsrolle eines Berufstätigen zu übernehmen.
2. „Ablösen und Binden“: Die Entwicklung der Körper- und Geschlechtsidentität, die emotionale Ablösung von den Eltern, den Aufbau von Freundschaftsbeziehungen zu Gleichaltrigen und die Fähigkeit der partnerschaftlichen Bindung, um die gesellschaftliche Mitgliedsrolle eines Familiengründers zu übernehmen.
3. „Regenerieren und Konsumieren“: Die Entwicklung von Entlastungs- und Entspannungsstrategien und die Fähigkeit zum Umgang mit Wirtschafts-, Freizeit- und Medienangeboten, um die gesellschaftliche Mitgliedsrolle eines Konsumenten und Wirtschaftsbürgers zu übernehmen.
4. „Orientieren und Partizipieren“: Die Entwicklung eines individuellen Werte- und Normensystems und der Fähigkeit zur sozialen und politischen Partizipation, um die gesellschaftliche Mitgliedsrolle eines sozial engagierten Bürgers zu übernehmen.

Durch alle vier Gruppen von Entwicklungsaufgaben, ganz besonders die an zweiter Stelle genannte (Ablösen und Binden) zieht sich die übergreifende Aufgabe, mit der angeborenen körperlichen und psychischen Disposition umgehen zu lernen und die mit dem Einsetzen der Pubertät besonders intensiven physiologischen und seelischen Veränderungen zu verarbeiten. Werden alle diese Aufgaben gemeistert, sind die Voraussetzungen für die Entwicklung einer Ich-Identität gegeben, die ihrerseits die Basis für eine stabile und gesunde Persönlichkeitsentwicklung bildet (Hurrelmann/Bauer 2015).

Seit dem Ende des 19. Jahrhunderts hat sich das Jugendalter als ein Zwischenstadium zwischen der von den Eltern abhängigen Kindheit und dem Erwachsenenleben etabliert. Der Status „Erwachsener“ gilt als das biographisch zu erreichende Ziel, als Inbegriff einer Lebensphase, in der man selbstständig und eigenverantwortlich handelt. In diesem Sinne wird vom Jugendalter als einem „Übergangsalter“ gesprochen, das im Wesentlichen durch die schulische und berufliche Ausbildung gekennzeichnet ist und auf die Erwerbsarbeit und die Gründung einer eigenen Familie vorbereitet.

Weil aber der Eintritt in Erwerbsarbeit und Familiengründung immer später im Lebenslauf erfolgt, erstreckt sich der Übergang heute auf eine im historischen Vergleich sehr lange Spanne der Lebenszeit. Der Eintritt in diese Lebensphase erfolgt früher und der Austritt später als in vorhergehenden Generationen. Die Vorverlagerung der Pubertät auf ein durchschnittliches Alter von etwa zwölf Jahren dürfte auf das Zusammenspiel von veränderten Ernährungsgewohnheiten, Zusammensetzung der Nahrung, Impuls- und Rhythmusbeschleunigungen des sozialen Lebens, intensive Medieneinflüsse und den verstärkten Anregungsgehalt der alltäglichen Lebenseinflüsse zurückzuführen sein. Der späte Austritt aus dem Jugendalter liegt an den verlängerten Bildungs- und Ausbildungswegen und dem Mangel an ausreichenden Ausbildungs- und Arbeitsplätzen.

Durch diese Verschiebungen hält das Jugendalter heute im Durchschnitt 15 Jahre an und muss sowohl von der Gesellschaft als auch von den Jugendlichen selbst als eine Lebensphase eigenen Rechts und nicht mehr nur als eine Übergangsphase im Lebenslauf verstanden und gestaltet werden (Hurrelmann/Quenzel 2013). In hoch entwickelten Gesellschaften, die durch einen Abbau von traditionellen Regeln und Umgangsformen gekennzeichnet sind und hierdurch eine Individualisierung der Lebensvollzüge nahelegen, existieren verhältnismäßig wenige standardisierte und gesellschaftlich genormte Vorgaben und Anleitungen für die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben. Entsprechend hoch sind die Spielräume für die persönliche Gestaltung des Lebensalltags. Damit verbunden ist aber

zwangsläufig auch eine hohe Anforderung an die eigenständige Bearbeitung der Entwicklungsaufgaben mit kreativen Wegen zu ihrer Bewältigung (Schulenberg/Maggs/Hurrelmann 1997). Das Risiko, an der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben zu scheitern, ist entsprechend groß.

2 Die Anforderungen an die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben

Um sein Leben erfolgreich zu meistern, benötigt ein Jugendlicher oder eine Jugendliche aus allen diesen Gründen heute vielfältige Fertigkeiten und Kompetenzen. Der im Vergleich zu früheren Generationen sehr viel größere Spielraum für die eigene biografische Gestaltung fällt besonders im Freizeitleben und bei der Beziehungsgestaltung bis hin zu intimen Freundschafts- und Sexualkontakten auf, also bei den Entwicklungsaufgaben „Ab lösen und Binden“ und „Konsumieren und Regenerieren“. Im historischen Vergleich hat es wohl noch nie eine derartig große Vielfalt der Formen von sozialen Kontakten und eine so freie Gestaltung von persönlichen Freundschafts- und Liebesbeziehungen gegeben wie heute. In Freizeit und Konsum dürfte es – durch die elektronischen Medien verstärkt – ungewöhnlich hohe Möglichkeiten von Anregung und Zerstreuung geben.

Auch bei den Entwicklungsaufgaben „Qualifizieren“ und „Partizipieren“ ist gegenüber früheren Generationen der Freiraum gestiegen und damit auch die Eigenverantwortung für ganz persönliche Lösungswege angewachsen. Zwar sind Jugendliche heute im sozioökonomischen Bereich relativ wenig autonom, weil sie so lange auf wirtschaftliche Unterstützung ihrer Eltern angewiesen sind, bis sie in eine eigene berufliche Position mit Erwerbseinkommen eintreten können. Auch sind die Anforderungen an ihre Leistungsfähigkeit im schulischen und beruflichen Ausbildungsbereich wegen des gewachsenen Konkurrenzdrucks im historischen Vergleich eher gestiegen. Gleichwohl ergeben sich nach den vorliegenden Untersuchungen sehr viele Ansatzpunkte für eine individuelle Ausgestaltung der Entwicklungsanforderungen, im Schulbereich zum Beispiel durch das aktive Einwirken auf Leistungsmaßstäbe und Verfahren des Ablaufes von Lernprozessen. Im Bereich „Partizipieren“ fallen die vielen Kanäle und Formen auf, mit denen sich Jugendliche über soziale Netzwerke in die Gestaltung ihrer sozialen Umwelt und der politischen Konstellationen einmischen (Hurrelmann/Albrecht 2014).

Die dicht geballte Häufung von Entwicklungsaufgaben im Jugendalter mit den ihnen zugeordneten Übergängen stellt ein besonders hohes Risiko

für die weitere soziale und gesundheitliche Persönlichkeitsentwicklung dar. Jugendliche müssen mit einer offenen Zukunftsperspektive umgehen können, weil sie keine Garantie für den Eintritt in den Beruf und für eine gesicherte berufliche Laufbahn haben. Außerdem verfügen sie während der gesamten Spanne dieser Lebensphase nicht über die Gewissheit, ob sie eine dauerhafte Partnerbeziehung mit dem Ziel der Gründung einer eigenen Familie eingehen werden. Der Umgang mit Offenheit und Unsicherheit, mit der Ungleichzeitigkeit von autonomen und nichtautonomen Lebensbereichen und einer dichten und oft nicht vorhersehbaren Aufeinanderfolge von komplexen Entwicklungsaufgaben in verschiedenen Bereichen ist charakteristisch für die Lebensphase Jugend. Hieraus ergeben sich hohe psychische und soziale Anforderungen an die Entwicklung der Ich-Identität und die damit verbundene Herstellung der Gesundheits-Krankheits-Balance (Ravens-Sieberer/Thomas/Erhard 2003).

Risiken sind besonders dann gegeben, wenn die körperliche und psychische Konstitution eines Jugendlichen beeinträchtigt ist oder wenn keine ausreichenden sozialen und materiellen Ressourcen für die Unterstützung der individuellen Bewältigungsarbeit durch die Eltern oder die Repräsentanten in Schule, Ausbildung und Hochschule zur Verfügung gestellt werden. Die permanente Auseinandersetzung mit Unsicherheiten und Ungewissheiten der Lebensgestaltung führt deshalb bei allen Angehörigen der jungen Generation zu erheblichen Belastungen, die sich in gesundheitlichen Beeinträchtigungen niederschlagen können (Richter 2005).

Gesundheitliche Beeinträchtigungen entstehen jeweils durch die Disharmonie zwischen den Anforderungen der vier beteiligten „Systeme“ Körper, Psyche, soziale Umwelt und dingliche Umwelt. Gesundheit wird in der neueren interdisziplinären Forschung als der Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person bezeichnet, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist beeinträchtigt, wenn sich in einem oder mehreren dieser Bereiche Anforderungen ergeben, die von der Person in der jeweiligen Phase im Lebenslauf nicht erfüllt und bewältigt werden können. Die Beeinträchtigung kann sich in Symptomen der sozialen, psychischen und physisch-physiologischen Auffälligkeit manifestieren (Hurrelmann/Richter 2013).

3 Der Zusammenhang von Sozialstatus und Gesundheit

Die Kompetenzen zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben hängen eng mit der sozialen Herkunft der Jugendlichen, also der sozioökonomischen Lage ihrer Familie, zusammen. Das international vergleichende Forschungsvorhaben „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ liefert hierzu seit vielen Jahrzehnten verlässliche Daten. Es stellt Trendanalysen zum Zusammenhang von Sozialstatus auf der einen und Gesundheitsverhalten, Gesundheitsbewusstsein und subjektiven Gesundheitsstatus dieser Altersgruppe auf der anderen Seite zur Verfügung und liefert differenzierte und belastbare Informationen für die Jugendgesundheitsforschung und -politik (Hurrelmann et al. 2003; Richter et al. 2008; Kolip et al. 2013).

Die vorliegenden Studien belegen die Abhängigkeit der gesundheitlichen Befindlichkeit der Jugendlichen vom „sozioökonomische Status“ ihrer Herkunftsfamilie (Richter/Hurrelmann 2009). Dieser Status drückt die relative Position im gesellschaftlichen Gefüge von Privilegien und Wohlstand aus. Zur Bestimmung des sozioökonomischen Status werden im Wesentlichen die finanziellen Ressourcen (der „Finanzstatus“) und die Schul- und Berufsausbildung (der „Bildungsstatus“) der Eltern herangezogen und mit unterschiedlicher Gewichtung zu einem Gesamtstatus kombiniert. In der Regel wird der Finanzstatus, in den auch oft der Berufsstatus der Eltern mit einbezogen wird, am höchsten gewichtet.

Gesundheitssoziologische Studien dokumentieren nachdrücklich, wie stark die Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen durch den Finanzstatus ihres Elternhauses bestimmt wird. Sind die Eltern materiell schwach, dann leiden darunter die Qualität der Wohnsituation, der Ernährungslage und auch der gesundheitlichen Versorgung. Auffällig wird das bei wirtschaftlichen Engpässen: Kommt es, zum Beispiel durch eine lang anhaltende Arbeitslosigkeit, zu wirtschaftlichen Schwierigkeiten der Familie, dann kann dies mit einem Umzug in eine kleinere und unbequemere Wohnung, mit Einschränkungen beim Lebensmitteleinkauf und einer Verschlechterung der hygienischen Bedingungen und der Sorgfalt bei der medizinischen Versorgung einhergehen. Der Verlust der gesellschaftlichen Anerkennung kann Spannungen innerhalb der Familie zur Folge haben, weil zum Beispiel die Eltern große Schwierigkeiten haben, angesichts ihrer sozialen und psychischen Verunsicherung eine gute Partnerbeziehung aufrechtzuerhalten. Darunter leiden der Kontakt zu den Kindern und die Qualität der Erziehung. Wirtschaftlich benachteiligte Eltern können ihre pädagogische Funktion häufig unzureichend erfüllen, weil sie mit sich beschäf-

tigt sind und nicht immer emphatisch und geduldig auf Wünsche und Interessen der Kinder eingehen können (Klocke/Lampert 2005).

Eine relative Armut, die nach internationaler Definition dann gegeben ist, wenn das Einkommen ihres Elternhauses weniger als 60% des statistisch durchschnittlichen Einkommens aller Haushalte beträgt, führt zu einer Mischung aus wirtschaftlicher und kultureller Benachteiligung der Kinder und Jugendlichen, die zu langfristig erheblichen Beeinträchtigungen in ihrer Entwicklung führt. Diesen Kindern und Jugendlichen fehlt für ihre körperliche, psychische, soziale, emotionale und intellektuelle Entwicklung eine stabile und verlässliche Umwelt mit einer Vielfalt von Anregungen aller ihrer Fähigkeiten und Sinne. Die ökonomische Zurücksetzung durch die Lebenssituation ihrer Eltern bringt Einschränkungen bei Ausstattung und Konsum mit sich, führt auf diese Weise zu Verunsicherung und Störung des Selbstwertgefühls, blockiert die soziale Partizipation und hat negative Folgen für die Bildungssituation der Jugendlichen (Jungbauer-Gans/Kriwy 2004). Während im Grundschulalter nur 21% der Kinder aus der relativ ärmsten Sozialschicht das Abitur als Schulabschluss anstrebt, liegt der Anteil der Kinder bei der wohlhabendsten Schicht bei 82% (World Vision Deutschland 2010).

Weitere wichtige Ergebnisse der Studien zum Zusammenhang von Finanzstatus der Familie und gesundheitlicher Lage der Kinder und Jugendlichen sind die folgenden (Currie/Gabhainn/Godeau 2009; Hurrelmann/Richter 2013; Mielck 2005):

- Die Häufigkeit von frühzeitiger Sterblichkeit (Mortalität) und Krankheiten (Morbidity) ist bei Kindern aus niedrigen sozio-ökonomischen Schichten am höchsten. Vor allem die Säuglings- und Kleinkindsterblichkeit ist hoch. So ist zum Beispiel die Häufigkeit von Totgeburten bei Müttern mit einer Sonderschulbildung erheblich höher als die aller anderen Mütter. Die Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen und andere repräsentative Erhebungen dokumentieren eine größere Häufigkeit von fast allen körperlichen und psychischen Krankheitsformen bei sozial benachteiligten Kindern. Nur Allergien, Neurodermitis und Bronchitis bilden eine Ausnahme.
- Kinder aus relativ armen Sozialschichten praktizieren ein ungünstiges Gesundheitsverhalten. Die Kinder ernähren sich schlechter als sozial besser gestellte Kinder und bewegen sich auch weniger. So konsumieren Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien seltener Lebensmittel, die in ihrer Zu-

sammensetzung als physiologisch hochwertig einzustufen sind, während sie Lebensmittel mit hoher Energiedichte, einem hohen Fett, Salz- und Zuckeranteil und niedrigem Nährstoffgehalt häufiger verzehren (Klocke/Lampert 2005). In den sozialen Unterschichten wird weniger Obst und Gemüse konsumiert, dafür mehr Süßigkeiten und zuckerhaltige Limonaden (Softdrinks). Auch das Erlernen von gesunden Ernährungsroutinen, insbesondere das Einhalten regelmäßiger Mahlzeiten, ist in den niedrigen Statusgruppen geringer. Jungen und Mädchen der am schlechtesten gestellten Gruppen nehmen besonders häufig kein Frühstück vor der Schule zu sich.

- Auch nehmen Zahnpflege und Zahngesundheit kontinuierlich von der oberen bis zur unteren Sozialschicht ab. Das deutet darauf hin, dass das Gesundheitsverhalten im Sozialisationsprozess der Familie vermittelt und eintrainiert wird. Von den Eltern übernehmen schon Kleinkinder die Muster von Hygiene, Ernährung, Bewegung und Tagesrhythmus und eignen sie sich unbewusst an. Entsprechend stark sind diese Verhaltensmuster im persönlichen Handeln verankert. Im Endeffekt erleiden sie auch häufiger Unfälle als andere. Das gilt auch für Unfälle mit einem hohen Schweregrad, die bleibende Gesundheitsschäden nach sich ziehen. Kinder aus den ärmeren sozialen Unterschichten nehmen weniger an Vorsorgeuntersuchungen teil.

4 Die wachsende Bedeutung des Bildungsstatus

In den letzten zwanzig Jahren verdichten sich die Hinweise, dass nicht mehr wie bisher dem Finanzstatus (also vor allem dem Einkommen), sondern auch dem Bildungsstatus der Eltern (also dem erreichten Schul- und Qualifikationszertifikat der Mütter und der Väter) die höhere Bedeutung zukommt. Die beiden Status-Ausprägungen korrelieren dabei stark miteinander (Hurrelmann/Quenzel/Rathmann 2011; Hurrelmann/Richter/Rathmann 2011).

Der Bildungsgrad von Müttern hat zum Beispiel einen hohen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung schon von kleinen Kindern. Die Häufigkeit von Frühgeburten und das niedrige Geburtsgewicht hängen eng mit dem Bildungsgrad von Müttern zusammen. Auch das Rauchen während der Schwangerschaft ist eng mit dem Bildungsgrad der Mütter assoziiert. Das Risiko einer Depression scheint ebenfalls von der Bildung abzuhängen.

Auch scheinen Zusammenhänge zwischen der Bildung der Mütter und der psychischen Gesundheit der Kinder zu bestehen (Jungbauer-Gans/Kriwy 2004).

Schon lange ist bekannt, dass der Bildungsgrad der Eltern auch den der Kinder beeinflusst. Dabei kommt den frühen Entwicklungsjahren eine besondere Bedeutung zu (Heckman 2006; Kuh/Ben-Shlomo 1997). Einschlägige Untersuchungen zeigen, dass die frühe Kindheit eine besonders wichtige Phase für Bildungsinvestitionen ist, weil Grundlagen der gesamten Persönlichkeitsentwicklung gelegt und eine „Eigenproduktivität“ aufgebaut wird: Wenn einmal die Grundlagen für ein effizientes Bewältigen von Wissen und den Aufbau von Fähigkeiten gelegt sind, dann ergeben sich hieraus die Kompetenzen auch in späteren Lebensabschnitten, eigenständig und produktiv den Herausforderungen im Bildungsprozess gerecht zu werden (Conti/Heckman/Urzua 2010; Spieß 2013). Die kontinuierliche Unterstützung und Förderung durch die Eltern und ihre ständige Begleitung des Bildungsprozesses bis zum Ende des Jugendalters sind besonders wirkungsvoll.

Wer eine gute Bildung und einen hohen Bildungsabschluss hat, erzielt später ein höheres Einkommen, ist vor Arbeitslosigkeit deutlich besser geschützt, erreicht einen höheren sozialen Status und mehr gesellschaftliches Ansehen, hat stärkeren Einfluss auf die Gestaltung seiner sozialen Belange und partizipiert politisch kompetenter und effektiver. Wer keinen Erfolg im Bildungssystem hat, also zum Beispiel überhaupt keinen Schul- oder Ausbildungsabschluss erwirbt, der hat weitaus schlechtere Chancen, in den Arbeitsmarkt und in eine einigermaßen sichere Berufsposition zu erlangen.

Das wirkt sich kollektiv auf die gesamte Gesellschaft aus: Innovationsfähigkeit und Produktivität der Volkswirtschaft eines Landes hängen vom Bildungsniveau der Bevölkerung ab. Die Lebensqualität der Bevölkerung, ihre Bereitschaft und Fähigkeit zur politischen Mitgestaltung und die soziale Kohäsion der Gesellschaft verbessern sich mit einem anwachsenden Bildungsgrad. Sind größere Gruppen der Bevölkerung in ihrer Bildungslaufbahn nicht erfolgreich, werden sie zu „Bildungsverlierern“, dann belasten sie das Wohlfahrtsniveau des ganzen Landes. Die Randposition dieser Gruppen im Erwerbssystem bringt in der Regel enorme Integrationsprobleme bis hin zu Kriminalität und Gewalt mit sich, die zu hohen Folgekosten führen (Hurrelmann/Quenzel/Rathmann 2011).

Diese Studien zeigen: Nicht nur beeinflusst der Bildungsstatus des Elternhauses die Bildungsleistungen der Kinder und Jugendlichen, sondern auch ihre gesamte Persönlichkeits- und Gesundheitsentwicklung. Je höher das Bildungsniveau, desto besser ist die Gesundheit und desto geringer das

Erkrankungs- und Sterberisiko von Kindern und Jugendlichen (Richter et al. 2012). Bildung ist demnach eine wichtige Ressource für die Gesundheit.

5 Die Schlüsselbedeutung des Gesundheitsverhaltens

Durch die Aneignung von Wissen und die gezielte Förderung von intellektuellen, sozialen und emotionalen Fähigkeiten wird die gesundheitliche Entwicklung schon im Kindes- und Jugendalter unterstützt (Hurrelmann/Richter 2013). Menschen mit einem relativ hohen Bildungsgrad sind besser in der Lage, ihren gesamten Lebenslauf so zu planen und zu gestalten, dass er im Einklang mit ihren körperlichen, psychischen und sozialen Ressourcen steht. Wohl aus diesem Grund haben sie eine längere Lebensdauer. Das gilt im Grunde für alle chronischen Krankheiten von den Herz-Kreislauf-Krankheiten über Diabetes bis hin zu Adipositas. Der Faktor Bildung erweist sich in immer mehr Untersuchungen als gewichtiger als der Faktor „Einkommen“ (Lampert et al. 2005).

Ein wesentlicher Grund hierfür ist das Gesundheitsverhalten, das offenbar besonders stark vom Grad der Bildung beeinflusst wird (Cutler/Lleras-Muney 2010; Hadjar/Haunberger/Schubert 2008). Gesundheitsschädigendes Verhalten wie etwa Rauchen und unkontrolliertes Trinken von Alkohol, Fehlernährung und mangelnde Bewegung tritt statistisch häufiger bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem niedrigen Bildungsstatus der Eltern auf. Besonders deutlich ist das beim Zigarettenrauchen, das heute fast schon ein Indikator für einen niedrigen Bildungsgrad ist. Auch beim Bewegungsverhalten sind die Unterschiede stark. Der Anteil der sportlich Inaktiven ist bei Kindern und Jugendlichen aus bildungsfernen Elternhäusern deutlich höher als bei anderen. Eine der Langzeitfolgen ist Übergewicht, das wiederum die Entwicklung von chronischen, die Lebensqualität mindernden Krankheiten und Gesundheitsstörungen wie Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall und Diabetes beschleunigt. Bei Kindern und Jugendlichen ist der Anteil der übergewichtigen und adipösen Personen in der niedrigsten Bildungsgruppe deutlich höher als in den anderen (Lampert et al. 2005).

Weiterhin wirken sich die Bildungsunterschiede auf die Inanspruchnahme von Informationsangeboten zu Gesundheitsthemen aus. Jugendliche in den unteren Bildungsgruppen informieren sich insgesamt seltener über gesundheitsrelevante Themen und nutzen weniger spezifische Medien als die höheren Bildungsgruppen. Auch Informationen im Internet und Bücher zu Gesundheitsthemen werden eher von den höheren Bildungsgruppen

nachgefragt. Bei der Betroffenheit von chronischen Krankheiten fällt auf, dass weniger Gebildete die Anleitungen der Patientenschulung, also zum „Selbstmanagement“ im Umgang mit der Krankheit schlechter beherrschen und deshalb ihre Belastung mit der Krankheit weiter erhöhen (Mielck 2005).

Weil der Bildungsstatus des Elternhauses sehr eng mit dem Bildungsgrad der Jugendlichen korreliert, lassen sich alle diese Aussagen auch hierauf übertragen: Das Gesundheitsverhalten der besser gebildeten Jugendlichen ebenso wie ihre Aufnahme und Verarbeitung von Gesundheitsinformationen ist bewusster und konzentrierter als bei den weniger Gebildeten. Die Bildungskomponente im sozioökonomischen Status des Elternhauses wirkt sich also ebenso wie der eigene Bildungsgrad auf die Gesundheitslage aus. Besonders anschaulich wird das im Fall von schulischem Versagen. So schlagen sich Ereignisse wie eine Klassenwiederholung, eine Zurückstellung in eine niedrigere Schulform, ein Verfehlen des gewünschten Schulabschlusses oder ein Scheitern bei einer Prüfung negativ auf die Gesundheit der davon betroffenen Jugendlichen nieder (Fend/Sandmeier 2004). Erfahrungen des Scheiterns und der Nichtbewältigung von Leistungsanforderungen wirken sich im gesamten weiteren schulischen Verlauf der Schul- und Ausbildungslaufbahn negativ auf die Gesundheit aus. Der Abbruch einer beruflichen Ausbildung zum Beispiel führt häufig zu psychischer Überforderung und körperlicher Beeinträchtigung.

6 Der Zusammenhang von Bildung und Gesundheit

Wie lässt sich nach diesen Befunden der Zusammenhang von Bildung und Gesundheit theoretisch erklären? Ganz offensichtlich hat Bildung einen Effekt auf die Gesundheit, weil sie das Gesundheitsverhalten beeinflusst. Aus den zitierten Untersuchungen lässt sich ablesen, dass die Ressource „Bildung“ auf die Fähigkeit zur souveränen Selbststeuerung wirkt. Das besondere Potenzial von Bildung scheint in der Kompetenz zu liegen, Wissen in Handlung umzusetzen und eine Fähigkeit zur selbstgesteuerten Kontrolle des Verhaltens zu entwickeln.

In der internationalen Forschung wird in diesem Zusammenhang von einer „*Health Literacy*“ gesprochen, also einer Art „gesundheitlicher Literalität“ (Nutbeam 2000). Der Bildungsgrad erhöht die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu erfassen, Gesundheitswissen zu erwerben und auf dieser Basis das Gesundheitsverhalten zu steuern. Menschen mit einem hohen Bildungsgrad können besser als andere die Informationen so verar-

beiten, dass sie in ihr Verhalten übergehen. Sie sind eher in der Lage, ihr Verhalten so zu steuern, dass sie die richtigen Entscheidungen treffen, wenn es um das Gesundheitsverhalten oder die Bewältigung und Behandlung von Gesundheitsstörungen und Krankheiten geht. Dazu gehört die Fertigkeit, sich gezielte Unterstützung von Laien und Fachleuten bei der gesundheitlichen Versorgung zu holen.

Damit kommen wir auf das sozialisationstheoretische Konzept der Entwicklungsaufgaben zurück. Um die vier zentralen Entwicklungsaufgaben des Jugendalters in ihrer körperlichen, psychischen, sozialen und ökologischen Dimension angemessen bewältigen und produktiv verarbeiten zu können, ist ein Mindestmaß von Bildung notwendig (Hurrelmann/Richter 2013). Je höher die Bildung, desto eher besteht die Kompetenz,

- den Körper mit den sich aus den Phasen des Lebenslaufs ergebenden charakteristischen unvermeidlichen Veränderungen zu akzeptieren und ihn zugleich so zu beeinflussen, dass gute Voraussetzungen für eine fortbestehende Gesundheitsdynamik entstehen;
- die Psyche in ihren Grundstrukturen anzunehmen, die im Lebenslauf typischen unvermeidbaren Umformungen genau zu registrieren und eine solche Neueinstellung von persönlichen Dispositionen einzuleiten, dass eine Sicherung der Gesundheitsdynamik möglich wird;
- die soziale Umwelt auf die soziale, kulturelle und ökonomische Lebenslage einzustellen und die Lebensführung auf die hiermit einhergehenden Alltagsbedingungen auszurichten, zugleich aber Möglichkeiten der Gestaltung dieser Bedingungen auszuschöpfen, um gute Voraussetzungen für eine Gesundheitsdynamik zu schaffen und
- sich die räumlichen, technischen und ökologischen Bedingungen der physischen, räumlichen Umwelt so „anzueignen“, dass Körper und Psyche auf die sich daraus ergebenden Anforderungen aktiv eingestellt und auf diese Weise gute Voraussetzungen für die Gesundheitsdynamik gesichert werden.

In hoch entwickelten Gesellschaften mit einer offenen Struktur des Lebenslaufs sind, wie eingangs dargestellt, diese Anforderungen erheblich komplexer als in traditionellen Industriegesellschaften. Neuartige Situationen im Lebenslauf stellen jeweils Stadien einer intensiven und beschleunigten Veränderung der an das Individuum gestellten Entwicklungsaufgaben dar. Die

Anforderungen in einer diffizilen Übergangsphase wie dem Jugendalter sind offenbar besser zu bewältigen, wenn die Kompetenz zur flexiblen Anpassung und Weiterentwicklung des vorhandenen Verhaltensrepertoires gegeben ist.

Von wichtiger vermittelnder Bedeutung ist das Ausmaß der Beteiligung und der Partizipation Jugendlicher an der Gestaltung ihrer Umwelt (Reinders 2014). Eine gute Bildung fördert nicht nur kognitive, sondern auch soziale Kompetenzen und setzt Ressourcen frei, die aktiv für die Durchsetzung eigener Interessen eingesetzt werden können. Hiermit hängt auch die Fähigkeit zusammen, sich soziale Netzwerke und darunter auch helfende Kontakte bei Anspannungen und Belastungen aufzubauen. Dazu gehört die Fähigkeit, sich direkte Hilfen zu organisieren und die Barriere zu überwinden, sich für andere Menschen zu öffnen.

Aus sozialisationstheoretischer Sicht ist körperliche und psychische Gesundheit dann gegeben, wenn ein Jugendlicher oder eine Jugendliche die schulischen und beruflichen Bildungs- und Ausbildungsanforderungen meistert, konstruktive Sozialbeziehungen aufbauen kann, sozial integriert ist, eine angemessene Befriedigung der Grundbedürfnisse durch die ökologische Umwelt erfährt, die eigene Lebensgestaltung an die wechselhaften Belastungen des Lebensumfeldes anpassen und dabei die persönlichen Bedürfnisse ausdrücken und Sinnerfüllung finden kann, und wenn dieses im Einklang mit den biogenetischen und physiologischen Potentialen und den körperlichen Möglichkeiten geschieht (Hurrelmann/Quenzel 2013). Da Gesundheit, wie bereits dargestellt, kein statisch-stabiler Dauerzustand, sondern ein Gleichgewichtsstadium zwischen verschiedenen Kräften und Anforderungen ist, das auf der Basis der bisherigen lebensgeschichtlichen Kontinuität immer erneut hergestellt werden muss, ist der Bildungsgrad entscheidend für das Gelingen der Bewältigung.

7 Die Verbindung von Bildungs- und Gesundheitsförderung

Bildung, so lassen sich diese Erkenntnisse zusammenfassen, ist eine zentrale Investition eines Menschen in das eigene Leistungs- und Arbeitsvermögen. Bildung dient der Persönlichkeitsentwicklung und dem Erlernen sozialer Kompetenzen. Die Ausprägung und Stärkung dieser Kompetenzen wirkt sich auf die individuelle Lebenszufriedenheit und auf diesem Weg auch auf die gesundheitliche Lebensqualität aus (Wulforst/Hurrelmann 2008). Im Laufe der letzten Jahrzehnte sind diese Bildungsinvestitionen immer wichtiger für die Herstellung der Gesundheitsbalance geworden.

Um die jugendlichen Bevölkerungsgruppen zu unterstützen, die einen geringen Bildungsgrad haben und aus diesem Grund auch nur einen niedrigen Gesundheitszustand erreichen, ist nach den vorliegenden Untersuchungen eine gezielte Kombination von Familien-, Sozial-, Bildungs- und Gesundheitspolitik notwendig. Folgen wir der Argumentation dieses Artikels, dann sollte der Ausgangspunkt für politische Interventionen das Aufbrechen der starken Abhängigkeit des Bildungserfolges von Jugendlichen von ihrer sozialen Herkunft sein. Diese Abhängigkeit bietet das Einfallstor für die verhältnismäßig niedrige Gesundheit der gering gebildeten Jugendlichen. Die Abhängigkeit ist in Deutschland besonders stark, weil die Traditionen der konservativen, subsidiären Wohlfahrtspolitik immer noch nachwirken. Sie haben dazu geführt, dass dem Elternhaus die dominante Rolle bei der Erziehung und Bildung von Kindern eingeräumt wird. Entsprechend fließen sehr viele öffentliche Finanzmittel in die Unterstützung von Familien, die den öffentlichen Bildungseinrichtungen im Vorschulsektor und im Schulsektor fehlen (Leven/Quenzel/Hurrelmann 2010).

Die traditionell starke „Familienfixierung“ der Kinderpolitik mit ihren relativ hohen finanziellen Unterstützungen für Eltern wirkt sich insgesamt ungünstig auf den Bildungserfolg und damit die Gesundheitslage der sozial benachteiligten Kinder aus. Die finanzielle Unterstützung öffentlicher Betreuungs- und Erziehungseinrichtungen, die direkte Unterstützung für Kinder anbieten und dabei eng mit den Elternhäusern zusammenarbeiten, sollte in den nächsten Jahren schrittweise erhöht werden, während zum Beispiel Steuererleichterungen wie das Familiensplitting abgeschmolzen werden sollten (OECD 2009).

Deutschland kann sich dabei an anderen Ländern orientieren. Viele europäische Länder schreiben dem Staat mit seinen Erziehungs- und Bildungseinrichtungen eine verantwortliche Rolle für jeden Bürger und jede Bürgerin zu, auch schon für die ganz jungen. Sie relativieren damit absichtlich den Einfluss der Eltern. Die Niederlande und die skandinavischen Länder, um nur einige Beispiele zu nennen, investieren anteilmäßig mehr in die vorschulische Erziehung und Bildung als in die Unterstützung von Familien. Sie sehen die öffentliche Erziehungs- und Bildungspolitik als einen integralen Bestandteil der Wohlfahrtspolitik an und geben ihr ein entsprechend hohes Gewicht. Vergleichende Studien machen deutlich, dass diese Länder damit positive Effekte für das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen erreichen, die weit über die in Deutschland hinausgehen.

Die OECD-Studien führen zu dem Schluss, soziale Ungleichheiten ließen sich abbauen, wenn finanzielle Zuwendungen verstärkt an Einrichtungen gingen, die Kinder und Jugendliche direkt fördern. Besonders wir-

kungsvoll für die Lern- und Leistungsförderung wäre es, bei Kindern im Alter von 0–10 Jahren das anteilig meiste Bildungsgeld auszugeben. In diesen prägenden und formativen Entwicklungsphasen haben Anregungen und Unterstützungen die intensivste Wirkung. Diese Erkenntnisse decken sich mit der Sozialisationsforschung, die zeigt, wie stark der Fördereffekt von gut strukturierten pädagogischen Programmen gerade im Kindergartenalter ist. In der Lebensphase „Kindheit“ können sowohl die sozialen als auch die kognitiven Kompetenzen stärker als in der Lebensphase „Jugend“ beeinflusst werden, weil die soziale und intellektuelle Entwicklungskapazität und das Lerntempo besonders hoch sind. Voraussetzung ist allerdings, dass die Förderprogramme auf einer genauen Diagnose der Ausgangssituation der Kinder aufbauen und präzise Anregungsimpulse vermitteln.

Folgen wir weiterhin der Argumentation in diesem Artikel, dann sollten neben der indirekten Förderung des Gesundheitszustandes von Jugendlichen über ihren Bildungsgrad auch direkte Einflüsse auf ihr Gesundheitsverhalten und ihre dahinterliegende Gesundheitskompetenz ausgeübt werden. Wie oben dargestellt, werden in hoch entwickelten Gesellschaften, die durch einen Abbau von traditionellen Regeln und Umgangsformen gekennzeichnet sind und hierdurch ein hohes Maß an individueller Gestaltung und Selbststeuerung der Lebensvollzüge verlangen, diese Entwicklung mit einem hohen Ausmaß von Anforderungen an die Persönlichkeitsstärke verbunden. Der Umgang mit Offenheit und Unsicherheit, mit der Ungleichzeitigkeit von autonomen und nichtautonomen Lebensbereichen und einer dichten und oft nicht vorhersehbaren Aufeinanderfolge von komplexen Entwicklungsaufgaben in verschiedenen Bereichen, der so charakteristisch für die Lebensphase Jugend ist, stellt hohe psychische und soziale Anforderungen an die Herstellung der Gesundheits-Krankheits-Balance.

Aus diesem Grunde sind moderne Konzepte der Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung zu entwickeln und umzusetzen. Es liegen eindeutige Belege dafür vor, dass eine systematische Unterstützung von Jugendlichen bei der Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben die größten Erfolge bei der Verbesserung ihres Gesundheitsverhaltens erzielt. Ziel dieser Ansätze ist die Unterstützung der eigenen Kräfte von Jugendlichen für die gelingende Bewältigung der Entwicklungsaufgaben und in der Folge davon der Verbesserung des Gesundheitsverhaltens. Im Unterschied zur traditionellen Orientierung setzt diese Konzeption bei der Motivation eines jungen Menschen an, sein Verhalten selbst zu steuern. Es werden keine aus einer normativen Vorgabe abgeleiteten Ziele für das eigene Verhalten gesetzt („Du sollst nicht rauchen“, „Du darfst nichts Fettiges essen“), sondern möglichst nur rein sachliche Informationen über Gesundheitsprobleme