

Rademaker, Anna Lena : „Also ich finde, es gibt eigentlich nur Schulstress!“ – Empiriebasierte Implikationen für eine lebensweltorientierte Praxis schulischer Gesundheitsförderung

Date of secondary publication: 10.10.2024

Journal Article | Accepted Manuscript (Postprint)

This version is available at: <https://doi.org/110.57720/502>

Primary publication

Rademaker, Anna Lena 2017: "Also ich finde, es gibt eigentlich nur Schulstress!" – Empiriebasierte Implikationen für eine lebensweltorientierte Praxis schulischer Gesundheitsförderung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 66, Seiten 791–806. <https://doi.org/10.13109/prkk.2017.66.10.791>

Publisher Statement

This is an Accepted Author Manuscript of an article published by Vandenhoeck & Ruprecht. Available online: <https://doi.org/10.13109/prkk.2017.66.10.791>.

Legal Notice

This work is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this work in any way permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your usage. For other uses, you must obtain permission from the rights-holder(s).

This document is made available under a Creative Commons license.



The license information is available online:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>

Manuskript für die Zeitschrift für Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie.
Ergebnisse aus Psychotherapie, Beratung und Psychiatrie.

„Also ich finde es gibt eigentlich nur Schulstress!“ - empiriebasierte Implikationen für eine lebensweltorientierte Praxis schulischer Gesundheitsförderung

Autorin: Anna Lena Rademaker, Dr. phil., M.A. Soziale Arbeit, Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich Sozialwesen und Referentin der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG), Berlin.

Korrespondenzadresse: anna-lena.rademaker@fh-bielefeld.de

Abstract: Gesundheit wird im Alltag junger Menschen aufrechterhalten und (wieder)hergestellt. Dieser Alltag findet zu einem großen Teil in der Lebenswelt „Schule“ statt. Die Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz stehen dabei einerseits durch Strategien zur Bewältigung gleichermaßen wie biopsychosoziale Veränderungsdynamiken in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Gesundheit junger Menschen. Gesundheitliche Einschränkungen können die Möglichkeiten junger Menschen, den Anforderungen des Schulalltags nachzukommen und damit ihre Chancen langfristiger sozialer Integration früh begrenzen. Eine lebensweltorientierte Praxis von Gesundheitsförderung stellt daher einen Basiseckpfeiler jeglicher und insbesondere schulischer Sozialarbeit dar (Rademaker, 2017a). In diesem Beitrag plädiere ich für eine holistische, von Gesundheit als konstitutiven Bestandteil des Lebensalltags junger Menschen ausgehende Perspektive. Diese Perspektive fokussiert die der Schulsozialarbeit inne liegenden Potenziale, junge Menschen darin zu stärken, den Schulalltag gesund zu bewältigen. Sie kann unmittelbar am Lebensalltag junger Menschen ansetzen und Gesundheitsressourcen sowie darüber hinaus *gesundheitsbezogene Agency*, als die real zur Verfügung stehende Möglichkeit sich langfristig gesund zu verwirklichen, stärken.

Dies wird am Beispiel einer triangulativen Analyse mit knapp 500 15/16-Jährigen SchülerInnen (2013-2015) erläutert. Die Studie basiert auf einem Fragebogen, einer daraus quantitativ rekonstruierten Gesundheitstypologie (N=395) und Gruppendiskussionen (N=12) mit prototypischen VertreterInnen rekonstruierter Typen. Sie legt nahe, dass spezifische Ressourcen den Befragten zwar helfen gesund zu bleiben, vielmehr jedoch entscheidend ist, wie sie mit ihrer Gesundheit im realen Lebensalltag tatsächlich umgehen, dort gesundheitsbezogene Agency entfalten können.

Key words: Jugendgesundheit, Agency, Gesundheitsförderung, Ressourcenorientierung, Schulsozialarbeit

„For me, pressure at school is the most relevant in my life“ – empirical based implications for life world orientation in health promotion at school.

Abstract: School is a key system that supports all processes of adolescent development. Next to qualification, as one part of personality development, all developmental tasks of adolescence can take place within the school environment, through close interplay. This interplay both influences, and is influenced by young people's health which is essential to promote adolescent development and foster wellbeing in everyday life for young people. On one hand, risk taking behaviour can impact health and developmental progress. On the other hand, biopsychosocial changes can emerge to challenge young people in terms of coping with life and managing the tasks of normal adolescent development. Experiencing ill health can further limit young people's access to systems and social interaction essential to promote development. In this instance, life world orientation in health promotion becomes one fundamental part of social work, especially school social work (Rademaker, 2017a).

In this paper a holistic perspective on health is formulated, as an essential part of young people's daily life. The paper specifically focusses on social work's potential to empower young people to engage with their available resources to promote health related agency.

A triangulated study (2013-2015) provides an empirical example. Based on a questionnaire with 500 pupils aged 15-16-years (N=395), 3 health types could be identified, a healthy, an unhealthy and one in average, and prototypical cases (N=12) were interviewed in focus group discussions. The interplay of resources and structural borders in the life world of the participants could be reconstructed to provide understanding of how health related agency emerges in the lives of young people and shape their option to health.

Key words: youth health, agency, health promotion, resource orientation, school social work

Fazit für die Praxis: Die rekonstruierte Typologie verweist auf empirisch valide Gesundheitsressourcen, die jungen Menschen helfen Gesundheit im Alltag aufrecht zu erhalten. Diese Ressourcen entfalten ihre Wirksamkeit in konkreten Alltagssituationen. Eine lebensweltorientierte Praxis schulischer Gesundheitsförderung sollte an diesen konkreten Alltagssituationen anknüpfen und von dort aus, gemeinsam mit jungen Menschen ihre Interventionen planen. Aufgabe schulischer Gesundheitsförderung ist die Stärkung von Agency junger Menschen – ihre realen Optionen Gesundheit im Alltag zu entfalten. Das gelingt kaum in risikoorientierten Programmen, sondern basiert auf den realen Bedarfen junger Menschen in ihrem Schulalltag. Nur so kann es gelingen, dass Gesundheit in der Schule nicht zur Forderung und damit expandierenden Stress wird, sondern die Lebenswelt Schule dazu beiträgt junge Menschen in ihrer gesunden Entwicklung nachhaltig zu stärken.

1. Gesundheit in der Lebensphase Jugend

Gesundheit spielt in der Lebensphase Jugend eine zentrale Rolle. Auch wenn ihr in der Jugend zumeist kein besonders hohes Potenzial beigeplant wird, ist sie gegenwärtiger Bestandteil des Lebensalltags und steht im engen Zusammenhang mit den alltaglich wirksam werdenden jugendtypischen Entwicklungsaufgaben (Fend, 2001; Hurrelmann, 2007; Quenzel, 2015). Die Charakteristika adoleszenter Kernthemen weisen in vielerlei Hinsicht Zusammenhänge zur Gesundheit junger Menschen auf (siehe Tab. 1).

Tabelle 1: Jugendtypische Entwicklungsaufgaben und ihre Charakteristika (in eigener Zusammenstellung anlehnd an BMFSFJ, 2009; Fend, 2001; Hurrelmann, 2007; Homfeldt, 2014; Quenzel, 2015; Rademaker, 2016).

Entwicklungsaufgabe	Charakteristika der Entwicklungsaufgabe
(1) Akzeptanz physischer und psychischer Veränderungen	<input type="checkbox"/> Aneignung und Akzeptanz des eigenen, sich verändernden Körpers, Denkens und Fühlens. <input type="checkbox"/> Etablierung wertgeschätzter Umgangs- und Verwendungspraxen des Körpers in der Öffentlichkeit und im Privaten. <input type="checkbox"/> Herausbildung einer (Geschlechts-)Identität sowie eines präferierten Umgangs mit der Sexualität.
(2) Um- und Ausbau sozialer Beziehungen	<input type="checkbox"/> Aktiver Um- und Ausbau sozialer Beziehungen mit dem Ziel sozialer Integration und Integrität. <ul style="list-style-type: none"> ○ Ablösung vom Elternhaus und verstärkter Ausbau von Beziehungen zu Peers sowie Erfahrungen intimer Paarbeziehungen.
(3) Qualifikation & Berufsperspektive	<input type="checkbox"/> Entwicklung persönlicher Leistungsbereitschaft und Entfaltung intellektueller und sozialer Kompetenz. <input type="checkbox"/> Erreichung der Qualifikationsanforderungen auf dem Weg zur beruflichen Verselbstständigung und Entwicklung eigener Berufsperspektiven. <ul style="list-style-type: none"> ○ Erfahrungen ökonomischer Unabhängigkeit und Entwicklung eigener Strategien ihrer Absicherung.
(4) Regeneration (work-life-balance)	<input type="checkbox"/> Entwicklung eines wertgeschätzten Lebensstils, der es ermöglicht die work-life-balance aufrecht zu erhalten. <input type="checkbox"/> Herausbildung eines kontrollierten und bedürfnisorientierten Umgangs mit Freizeit-, Kultur- und Konsumangeboten.
(5) Partizipation & gesellschaftliche Teilhabe	<input type="checkbox"/> Erprobung und Herausbildung von Fähigkeiten einer verantwortlichen gesellschaftspolitischen Teilhabe. <input type="checkbox"/> Entwicklung sozialer, moralischer, religiöser, ökonomischer und politischer Orientierungen. <input type="checkbox"/> Erwerb und Erfahrung gesellschaftlicher Handlungsfähigkeit insbesondere durch wirksame Bedürfnis- und Interessensvertretung.

Ihre Bewältigung folgt nicht ausschließlich dem Ziel langfristiger Gesunderhaltung, sondern zudem kontextuellen Motiven des Lebensalltags. Sehr anschaulich seien hierfür die als jugendtypisch geltenden gesundheitsriskanten Verhaltensweisen wie gefährdender Konsum, Körperaneignungs- und Verwendungspraxen oder riskante Freizeitaktivitäten benannt. Dass

junge Menschen mit gesundheitsschädigenden Bewältigungsstrategien nicht explizit ihre Gesundheit beeinträchtigen wollen steht dabei außer Frage. In der Konsequenz werden Auswirkungen auf die Gesundheit aber (un)bewusst in Kauf genommen. Gleichmaßen können Erfahrungen mangelhafter Möglichkeiten Entwicklungsaufgaben positiv zu bewältigen nachhaltigen Einfluss auf die Gesundheit junger Menschen nehmen (Lenz, 2011; Pinquart/Silbereisen, 2010; Quenzel, 2015). Diese Chancen die Lebensphase Jugend gesund zu bewältigen sind in der Gesellschaft ungerecht verteilt, sie folgen einem sozialen Gradienten (Mielck, 2005). Junge Menschen aus sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen weisen auch einen schlechteren Gesundheitszustand auf (RKI, 2007, 2013) und damit einhergehend häufig auch schlechtere Chancen den Qualifikationsanforderungen der Jugendphase im hinreichenden Maße nachzukommen. Sie leiden, wenn man es genau nimmt, unter einer doppelten Restriktion bzgl. ihrer Gesundheit die über die Frage nach Ressourcen weit hinausgeht und sich in ihrem soziokulturellen Milieu niederschlägt (Lareau, 2011). Inwieweit es jungen Menschen gelingt die Entwicklungsaufgaben positiv zu bewältigen entscheidet aber wesentlich über ihr weiteres Leben und ihre Chancen sich sozial zu integrieren und individuell zu verwirklichen (McDonald/Shildrick, 2013).

1.1 Gesundheit in der Lebenswelt Schule

Die Lebenswelt „Schule“ als wesentlicher Bezugspunkt jugendlichen Alltags ist Ausgangspunkt der Bewältigung vieler adoleszenter Krisen und damit einhergehender Herausforderungen für ihre Gesundheit (Homfeldt, 2010; Keupp, 2013). Insbesondere die Herausforderung „Qualifikation“ wird als eine der stressreichsten von jungen Menschen selbst beschrieben (Quenzel, 2015). Schule ist damit nicht nur *Ort* der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, sie ist zudem selbst ein Kernaspekt jugendlicher Entwicklung. So betont der 15. Kinder- und Jugendbericht die Bedeutung von „Qualifikation“ zur Aneignung wesentlicher Handlungsfähigkeiten der „Verselbstständigung“ und „Selbstoptimierung“ (BMFSFJ, 2017, 49). Die Schule offeriert einerseits Chancen der Verwirklichung, gleichermaßen wie sie die Gesundheit junger Menschen beeinflussen und so ihre Verwirklichungschancen auch nachhaltig einschränken kann (McDonald/Shildrick, 2013). Erwachsen werden findet vor dem Hintergrund der Unsicherheit moderner Gesellschaften statt und den Anforderungen mit den komplexen und sich wandelnden Qualifikationsanforderungen im Leben zurecht zu kommen (BMFSFJ, 2017) und dabei gleichzeitig gesund zu bleiben. Das verweist unweigerlich auf eine holistische Perspektive von Zusammenhängen individueller Gesundheitschancen junger Menschen, unter Einbezug der Wechselbeziehungen von Familie, Peers, Schule, Freizeit und gesellschaftlichen Einflüssen (McDonald/Shildrick, 2013, 154) und wie junge Menschen in diesen Gesellschafts-Figurationen gut und gesund erwachsen werden können.

1.2 Gesundheitsressourcen

Gesundheitsressourcen sind jene Potenziale die es jungen Menschen ermöglichen sich als Handlungsfähig zur Einflussnahme auf alltägliche Herausforderungen bzgl. ihrer Gesundheit wahrzunehmen (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse, 2009; Lenz, 2011). Diese beziehen sich

einerseits auf personale Ressourcen und auf die Ressourcen der sozialen Umwelt. Personale Ressourcen sind die körperliche Konstitution, das Alter, Geschlecht sowie Zeit, Geld und Wissen – gleichermaßen wie eigene Fähigkeiten mit alltäglichen biopsychosozialen Belastungen zurecht zu kommen. So helfen insbesondere

- ein positives Selbstwertgefühl, eine optimistische Lebenseinstellung (Kohärenzsinn), Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Selbstregulationsfähigkeiten (Kontrollüberzeugung),
- Kommunikations- und Kooperationsfähigkeiten,
- Planungskompetenzen, Zielorientierung, Problemlösefähigkeiten und aktive Bewältigungsstrategien sowie
- die eigene Leistungsbereitschaft, Kreativität, Talente, Hobbies und Leidenschaften

einen positiven Einfluss auf die Gesundheit nehmen zu können (Bengel et al., 2001; Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse, 2009; Lenz, 2011; Lerner et al., 2007, 2011, 2013). Darüber hinaus helfen stabile Beziehungen und soziale Unterstützung der Familie, Freunde und Institutionen, physische Ressourcen der sozialen Umwelt, kollektive Aktivitäten und der Zugang zu kontextuellen Ressourcen (ebenda). Diese Ressourcen entfalten ihre Wirksamkeit nicht losgelöst ihrer soziokulturellen Verwobenheit, sondern in der gelebten Alltagspraxis der Menschen. Gesundheit wird so zu einem „Modus der Interpretation der Gesellschaft durch das Individuum“ und „Modus der Beziehung des Individuums zur Gesellschaft“ (Herzlich, 1973, zit. nach Flick, 1998, 22). Diese sogenannten subjektorientierten Alltagskonstruktionen von Gesundheit (Faltermaier, 1998, 2010; Faltermaier/Brütt, 2009, 2013; Flick, 1991, 1998) basieren auf individuellen Interpretationen eigener Wissensbestände und Erfahrungen mit Gesundheit, sowie auf gesellschaftlichen Konformitäten. Sie legen den Grundstein für gesundheitsbezogene Handlungsstrategien (Faltermaier, 2010). Das Gesundheitshandeln kann somit kaum als individuelle Alleinleistung gelten. Motive für oder gegen ein gesundheitsbezogenes Handeln hängen von den gesellschaftlich konformen „Anstandsregeln“ im Umgang mit der Gesundheit ab, die den Mitgliedern einer bestimmten (Sub)Kultur gemein sind (Boltanski, 1976). Mit Blick auf die Lebenswelt „Schule“ sind dabei insbesondere die mit jugendtypischen Entwicklungsaufgaben verbundenen Bewältigungsstrategien junger Menschen am Lebens- und Lernort „Schule“ relevant. Das geht über „Qualifikation“ als Bildungsauftrag hinaus und ist kaum trennungsscharf zwischen den o.g. Bewältigungsanforderungen und damit einhergehenden gesundheitsbezogenen Charakteristika zu differenzieren (siehe Tab. 1). In der Lebenswelt Schule spielen Körperpraxen, die Entdeckung und Auslebung von Geschlechtlichkeit, soziale Beziehungen zu Peers und Erwachsenen, Erfahrungen von Teilhabe und Umgang mit Freizeit und Leistung unweigerlich in den Qualifikationsalltag ein. Was jedoch häufig vernachlässigt wird ist inwieweit diese Aspekte ineinandergreifen und inwieweit sie in diesem Zusammenspiel einerseits Einfluss auf die Gesundheit junger Menschen und andererseits davon ausgehend ihre Chancen langfristiger Verwirklichung nehmen (Rademaker, 2017a, 2017b, 2017c).

1.3 Gesundheitsbezogene Agency in der Lebenswelt Schule

Gesundheit ist ein konstitutiver Bestandteil aller „kleiner Lebenswelten“ (Lüders, 2013) in denen sich junge Menschen bewegen. Sie ist einerseits an die in ihr verfügbaren personalen sowie umweltbezogenen Ressourcen sowie darüber hinaus die situativ wirksam werdenden Bedingungen der sozialen Handlungsvollzüge und Handlungsprobleme sozialkulturell und lebenspraktisch zurückzubinden (Dewe/Otto, 2010). Der „practical freedom“ (Otto/Ziegler/Scherr, 2013, 210) gesund erwachsen zu werden, wird in der konkreten Alltagspraxis einer jeden kleinen Lebenswelt hervorgebracht. Junge Menschen sind in dieser konkreten Alltagspraxis nicht gänzlich frei von Konventionen und Zwängen, sondern an kollektiv hervorgebrachte strukturelle Grenzen *gebunden*, die ein Handlungsspektrum *tatsächlich* zur Verfügung stehender Möglichkeiten offerieren Gesundheit zu entfalten (Rademaker, 2016, 2017a, 2017c). Am Beispiel Schulstress kann dies plausibel erläutert werden. Die Möglichkeiten mit Stress in der Schule umzugehen hängen neben der Ressourcenfrage, also den Fähigkeiten und und strukturellen Möglichkeiten, davon ab, wie Stress im Schulalltag wahrgenommen wird und welche Strategien im Umgang mit Stress als die kollektiv wertgeschätzten Anwendung finden (bspw. aktiv vs. passiv). Diese Strategien sind nur bis zu einem gewissen Grad ein rein individuelles Produkt. Sie formieren sich vor dem Hintergrund soziokulturell wertgeschätzter Umgangsformen mit dem Körper, der Psyche und Gesundheit (Rademaker, 2017c). Dem Individuum offeriert sich ein spezifisches Spektrum von Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit, um am Beispiel zu bleiben Schulstress, dass wiederum die individuellen Chancen auf Gesundheit langfristig beeinflussen kann (Bspw. Burnout vs. Balance finden). Das Wissen um die Auswirkungen von Schulstress, entsprechende Skills im Umgang mit Schulstress und Unterstützung seitens der Schulsozialarbeit oder Lehrerschaft sind hilfreich und wichtig, reichen aber nicht aus um junge Menschen darin zu stärken den Schulalltag gesund zu bewältigen. Hierfür bedarf es eines vertiefenden, analytischen Blicks in die Lebensalltagspraxis und wie darin Gesundheit hervorgebracht, bzw. mit Stress vor dem Hintergrund soziokulturelle Konventionen umgegangen werden kann. Dieser Blick richtet sich auf die gesundheitsbezogene Agency (Rademaker, 2016, 2017c), den jungen Menschen real zur Verfügung stehenden Möglichkeiten in konkreten Alltagssituationen Gesundheit nachhaltig aufrecht erhalten zu können.

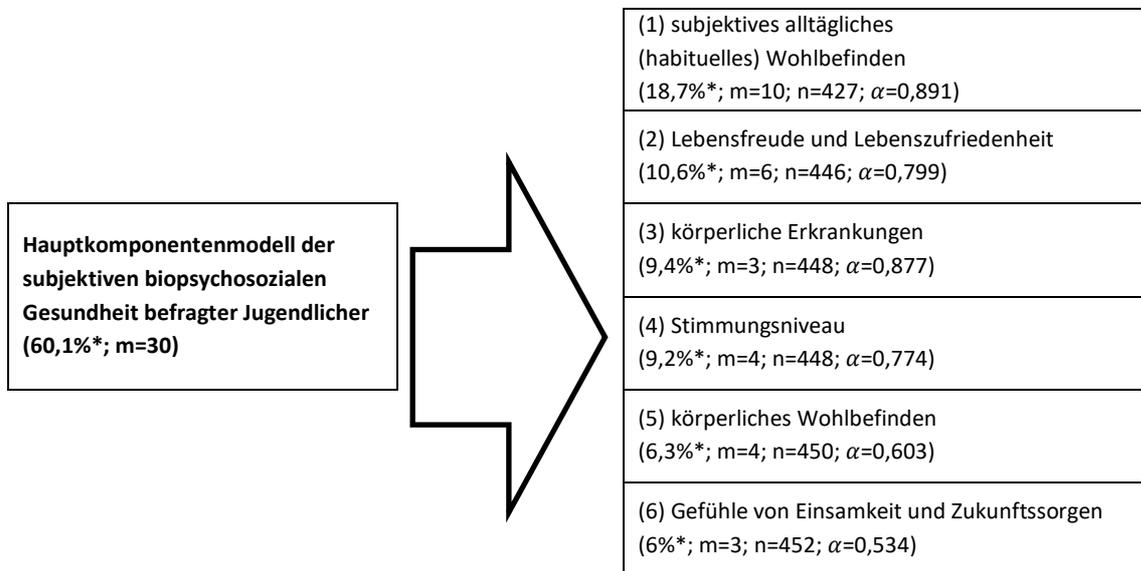
2. Die Lebens- und Gesundheitswelt junger Menschen

Die Studie über die „Lebens- und Gesundheitswelt junger Menschen“ widmete sich genau diesem Forschungsinteresse. Sie wurde 2013 bis 2015 als freie empirische Promotion durchgeführt und verband quantitative und qualitativen Methoden, zur erklärenden sowie verstehenden Rekonstruktion von Gesundheit in der Alltagspraxis junger Menschen. Im quantitativen Teil¹ wurden junge Menschen im Alter von 15/16 Jahren (N=458) in 9. und 10. Jahrgängen von Haupt- (N=97), Realschulen (N=237) und Gymnasien (N=124), mit einem

¹ Auf das Methodendesign wird nicht näher eingegangen. Die Fragebogenkonstruktion kann in der Basispublikation nachvollzogen werden (Rademaker 2016). Der Fragebogen erhob die subjektive Gesundheit, verschiedene Gesundheitsressourcen in der Familie, Schule und dem Freundeskreis, personale Fähigkeiten und alltägliche Umgangsformen mit Gesundheit nach Selbstauskunft Befragter.

Fragebogen befragt. Aus den eingegangenen Fällen wurde eine Dreiertypologie² (N=394), anhand z-standarisierter Faktorenwerte von sechs Hauptkomponenten (HK) subjektiver biopsychosozialer Gesundheit gebildet (Abb. 1).

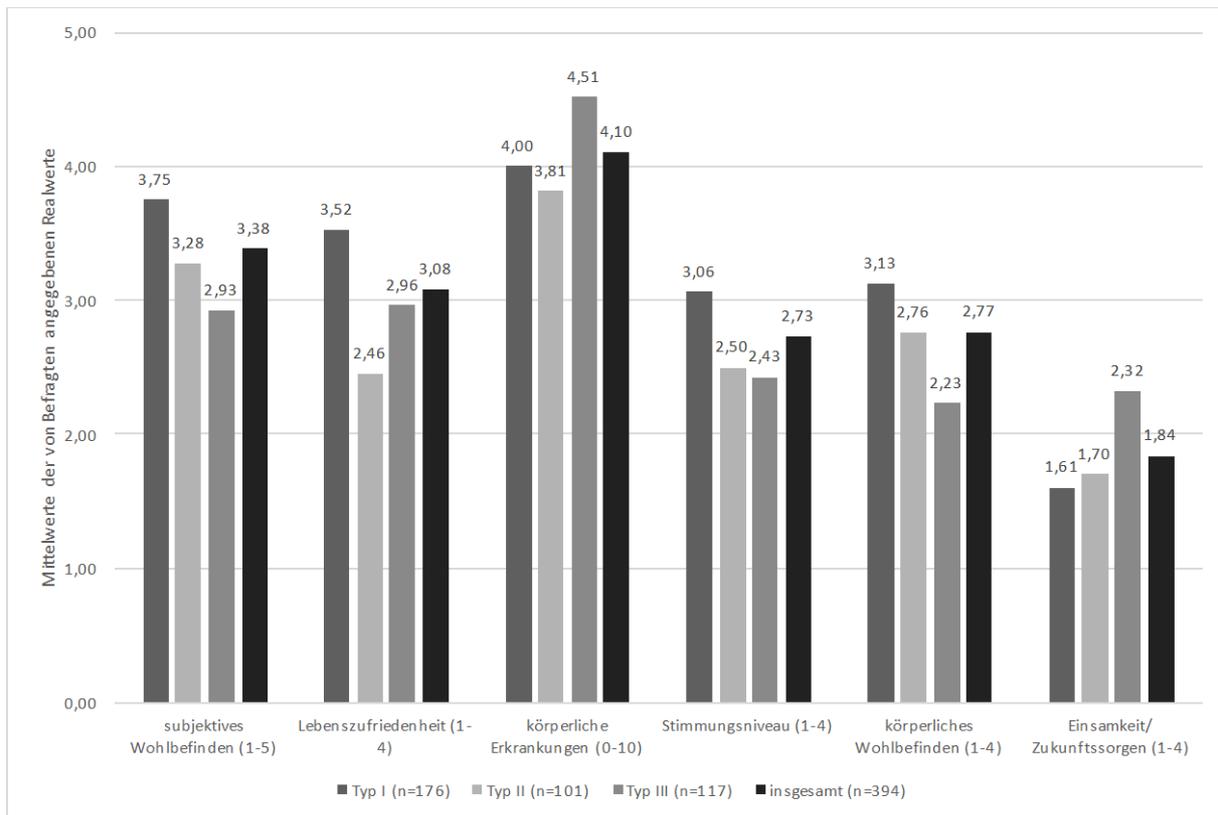
Abb. 1: Hauptkomponentenmodell der subjektiven Angaben biopsychosozialer Gesundheit befragter Jugendlicher (*durch die jeweilige Komponente aufgeklärte Varianz der Korrelationsmatrix in Prozent).



Die clusterzentrenanalytisch rekonstruierte Dreier-Typologie anhand dieser sechs HK umfasste schlussendlich 176 Fälle die ihre Gesundheit positiv bewerten (Typus I), 101 die sie tendenziell durchschnittlich (Typus II) und 117 Fälle die ihre Gesundheit vergleichsweise schlecht einschätzen (Typus III) (siehe Abb. 2).

² Die Gesundheitstypen wurden mittels Clusterzentrenanalyse und die prototypischen VertreterInnen (N=12) für die anschließenden Gruppendiskussionen mittels Distanzmaß (quadrierte euklidische Distanz) zum Clusterzentroid identifiziert.

Abb. 2: Realwerte der Angaben Befragter zur Einschätzung von Merkmalen subjektiver Gesundheit anhand der clusteranalytisch rekonstruierten Typologie (N=394).



In anschließenden typenhomogenen GD mit prototypischen VertreterInnen (N=12) der statistisch rekonstruierten Typologie, die im Jahr 2015 mit den dann entsprechend 17/18 Jahre alten Befragten realisiert wurden, konnten die statistisch rekonstruierten Typen validiert und mit Blick auf typische Charakteristika spezifiziert werden. Diese triangulativ rekonstruierten Typen lassen einerseits Verallgemeinerungen über die Gesundheitsressourcen der Befragten zu, darüber hinaus zudem Erklärungen, wie diese Ressourcen vor dem Hintergrund habitualisierter Umgangsformen mit der Gesundheit im Alltag der Befragten wirksam werden.

2.1 Gesundheitsressourcen junger Menschen

Die identifizierten drei Typen unterscheiden sich nicht nur in ihrer Gesundheitsselbstschätzung nach dem o.g. HK-Modell statistisch signifikant, sondern auch in den personalen Ressourcen des Kohärenzsinn (SOC), der gesundheitsbezogenen Selbstwirksamkeits- (SWE) und Kontrollüberzeugung (HLOC). Jugendliche die über ein ausgeprägtes SOC-, SWE- und HLOC-Niveau verfügen bewerten ihre Gesundheit statistisch signifikant positiver (Rademaker, 2015, 2016, 2017c). Die gesundheitsfördernden Potenziale dieser personalen Ressourcen sind nicht unbekannt (Bengel et al., 2001; Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse, 2009; Lenz, 2011; Lerner et al., 2007, 2011, 2013) und auch bei den hier befragten jungen Menschen lassen sich statistisch teils hoch signifikante Effekte auf die Gesundheit nachweisen (siehe Tab. 2).

Tab. 2: Prädiktoren für die Selbsteinschätzung der Gesundheit: Lineares multiples Regressionsmodell ($p < 0,001$ *).

Selbsteinschätzung der Gesundheit	Prädiktoren		
	SOC Exp. (B)*	SWE Exp. (B)*	HLOC Exp. (B)*
Alltägliches Wohlbefinden R ² .284; N=344	0.456	0.175	0.207
Lebensfreude-/ Zufriedenheit R ² .042; N=344	0.204		
Stimmungsniveau R ² .100; N=344	0.316		
Gesundheitszustand R ² .174; N=388	0.333	0.186	0.168
Erkrankungen der letzten 12 Monate R ² .090; N=387	-0.299		

Was bislang jedoch weniger Beachtung in statistischen Analysen zu finden scheint, ist die Verwobenheit dieser personalen Ressourcen in die Lebensalltagspraxis junger Menschen und inwieweit diese in einem Zusammenhang mit den Entfaltungsmöglichkeiten bzw. der Funktion von Gesundheitsressourcen steht. Personale Ressourcen können kaum isoliert ihrer Funktionalität für das Individuum bemessen werden, die in der Untersuchung anhand von Umgangsweisen mit der Gesundheit im Alltag³, wie Kommunikationsformen und Beteiligungsmöglichkeiten, sowie Gesundheitsdefinitionen⁴ erfasst wurden (siehe Tab. 3).

Tab. 3: Prädiktoren für die Selbsteinschätzung personaler Ressourcen des Sense of Coherence (SOC), der Selbstwirksamkeitsüberzeugung (SWE) und dem Health Locus of Control (HLOC): Lineares multiples Regressionsmodell ($p < 0,001$ *).

Personale Ressourcen des SOC, der SWE und dem HLOC	Prädiktoren			
	präventives Verhalten Exp. (B)*	Kommunikation & Partizipation Exp. (B)*	öffentliche Körperaufmerksamkeit Exp. (B)*	private Körperaufmerksamkeit Exp. (B)*
SOC R ² .093; N=342		0.305		
SWE R ² .141; N=342	0.169	0.170		
interner HLOC R ² .258; N=342	0.180		0.362	0.246
externer HLOC R ² .090; N=342	-0.255			

Beispielsweise erklären die persönliche und öffentlichkeitsbezogene Körperaufmerksamkeit (Roth, 2012), als Indikator für Umgangsformen mit dem Körper, sowie ein „präventives“ Gesundheitsverständnis (Nordlohne/Kolip, 1994) gut 25% der Varianz des HLOC, dem Gefühl den eigenen Körper, die eigene Leistungsfähigkeit und Gesundheit als kontrollierbar wahrzunehmen. Zudem weisen ein „positives Befinden“ und „präventives“ Gesundheitsverständnis (ebenda; Faltermaier 1998, 2002), sowie Möglichkeiten des

³ Die Items zur Erfassung gesundheitsbezogenen Kommunikationsverhaltens und der Beteiligungsempfindung basieren auf einer Typologie Faltermaiers über Erwachsene und ihre gesundheitsbezogenen Aktivitäten und Lebensweisen (Faltermaier 1998, 2002). Die Items wurden explorativ auf Basis Faltermaiers qualitativ rekonstruierter Typen entwickelt. Die Entwicklung aller explorativen Fragebatterien ist der Basispublikation zu entnehmen (Rademaker 2016).

⁴ Die verwendeten Items basieren auf einer Fragebogenuntersuchung zu subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen Jugendlicher von Nordlohne und Kolip (1994).

kommunikativen Austauschs und der wahrgenommenen Beteiligung an Gesundheitsthemen im Alltag, einen statistisch signifikanten Effekt auf die Selbstwirksamkeitserwartung und den Kohärenzsinn auf.

2.2 Gesundheit in der Alltagspraxis junger Menschen

Basierend auf diesen statistisch gewonnenen Erkenntnissen wurden zwei Jahre nach dem ersten Erhebungszeitpunkt GD (je zwei GD mit vier statistisch möglichst prototypischen VertreterInnen eines Typus⁵) durchgeführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Kuchartz, 2014) ausgewertet. Ziel dieser Triangulation war es die statistisch gewonnenen Erkenntnisse zu verdichten und den rekonstruierten drei Typen „Leben einzuhauchen“, um herauszufinden inwieweit sich die drei Gesundheitstypen in ihren Umgangsformen mit Gesundheit im Alltag voneinander unterscheiden. Zusammenfassend zeigen sich im Typus I funktional-leitungsorientierte, im Typus II ausgleichs- und balanceorientierte und im Typus III reaktiv-ausgleichende Charakteristika.

Angehörige des funktional-leistungsorientierten Typus I neigen dazu Motive funktionaler Leistungsfähigkeit physischen und psychischen Signalen des Körpers überzuordnen. Beschwerden werden in der Einschränkung von Lebensqualität wahrgenommen, Zusammenhänge zwischen physischer und psychosozialer Gesundheit hingegen kaum. Die Kontrolle über die eigene Gesundheit, den Körper und die Leistung scheint von hoher Relevanz.

„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.“ (weiblich, 17 Jahre, Typus I)

Trotz der besten Selbsteinschätzung von Gesundheit im Fragebogen, diskutieren VertreterInnen des Typus I vergleichsweise viel über Einschränkungen ihrer physischen Gesundheit, Arztbesuche sowie das Gesundheitssystem (Privat- und Kassenpatienten, Organspenden und Spezialärzte). Themen rund um die psychosoziale Gesundheit sind im Diskurs hingegen unterrepräsentiert.

Lara⁶: „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 (...)“

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“

⁵ Die prototypischen VertreterInnen wurden anhand des Distanzmaß (quadrierte euklidische Distanz) nach Clusterzentrenanalyse identifiziert. Zur besseren Vergleichbarkeit der GD wurden nur VertreterInnen einer Schule ausgewählt und die GD's auch in dieser Schule, alle in einem Zeitraum von nur wenigen Wochen, durchgeführt. Die Wahl der Schule fiel aufgrund der zugrundeliegenden Untersuchungspopulation auf ein Gymnasium im stadtnahen Bereich einer kleineren Großstadt in NRW.

⁶ Namen sind anonymisiert, Geschlechter beibehalten.

Leo: „ich bin nicht 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.“

Es scheint zudem als legten Angehörige des Typus I großen Wert darauf, den normativen Anforderungen von Leistung und Funktionalität im Schulalltag fortwährend nachzukommen zu wollen. Diese Anforderungen, um einen guten Abschluss als Zugang zu weiteren Qualifikationsmöglichkeiten zu erreichen, nehmen in ihrem Alltag einen hohen Stellenwert ein.

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 nicht mehr aus seinem Zimmer gekrochen.“

(Diskurs Typus I, n=4, 17 Jahre)

Dabei fällt es ihnen schwer gleichzeitig der Pflege sozialer Beziehungen, Hobbies und ihrer Freizeit, gleichermaßen wie Signalen des Körpers nach Regeneration nachzukommen. Gepaart mit einem somatisch-medizinisch orientierten Gesundheitsverständnis „benutzen“ sie ihre ausgeprägten personalen Ressourcen (SOC, SWE und HLOC), um den schulischen Leistungsansprüchen nachzukommen. Das hilft ihnen sich im Alltag wohl zu fühlen aber auch mögliche (psychosomatische) Belastungen zu „verdrängen“.

„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“

(weiblich, 17 Jahre, Typus I)

Anders zeigt es sich im Diskurs mit prototypischen DK (n=4) des ausgleichs-
balanceorientierten Typus II. Die DK zeichnen sich durch ein mehrdimensionales Gesundheitsverständnis aus, indem Wohlbefinden für sich wahrgenommen wird und nicht erst in der Abwesenheit von Gesundheit. Der Erhalt dieses physischen und psychischen Wohlbefindens steht für sie häufig im Vordergrund. Angehörige des Typus II gehen vergleichsweise reflektiert und kritisch mit Signalen ihres Körpers um und nehmen eigene Einflüsse sowie Einflüsse ihrer sozialen Umwelt auf ihre Gesundheit wahr und ernst.

„Ja also für mich bedeutet es gesund leben 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 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 ja das ich den irgendwie loswerde das ich den abbaue diesen Stress.“
(Typus II, weiblich, 17)*

Charakteristisch für DK dieses Typus zeigt sich ein Streben nach Balance durch eine klare Trennung zwischen stressigen und belastenden Zeiten im Alltag und bewusst regenerativen Phasen in der Freizeit. Dabei trennen sie zeitlich (Wochenende, Ferien), räumlich (rausgehen, vom Schreibtisch aufstehen) und inhaltlich (laufen gehen, in das Schwimmbad, zum Sport) zwischen Phasen der Leistungserbringung und Erholung. Sie nehmen Zusammenhänge gesundheitlicher Risiken und des eigenen Verhaltens ernst und integrieren bereits erlebte Erfahrungen mit der eigenen Gesundheit, sowie für sie relevant erscheinendes Expertenwissen, in ihre alltäglichen Handlungsstrategien. Auch ihren Diskurs charakterisiert ein hoher von der Schule ausgehender Leistungsdruck. Den ausgleichs- und balanceorientierten DK fällt es hingegen leichter, sich von diesem Leistungsdruck nicht „regieren“ zu lassen, sondern immer wieder eine Balance im Alltag durch entsprechende Auszeiten zu finden.

Im Gegensatz zu den DK des leistungsorientierten Typus I die im Diskurs beinahe ausschließlich über für sie relevante, meist am klassischen Gesundheitssektor orientierte Gesundheitsthemen sprechen oder den Angehörigen des ausgleichs-balanceorientierten Typus II die im Diskurs vielfach lebensweltliche Aspekte kritisch im Zusammenhang mit ihrer Gesundheit hervorheben, wird Gesundheit im Diskurs von Angehörigen des reaktiv-ausgleichenden Typus III kaum thematisiert. Sie wird im Alltag scheinbar eher als natürlich gegeben hingenommen bzw. scheint für die DK kaum eine Rolle zu spielen.

***Interviewer:** „Ähm erzählt mal was bedeutet denn gesund leben für euch?“
Jan.: „Wir sind immer noch da?“
Interviewer: „Hmm ((nickend))!“
Jan.: „Ach du kacke (1), gesund leben’!“*

Alltägliche Belange und situative Gegebenheiten stehen im Vordergrund des Diskurses und Gesundheitspraxen werden erst hinterfragt, wenn Risiken für die Gesundheit akut wahrgenommen werden oder Belastungen bereits eingetreten sind.

*„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.** (Typus III, männlich, 17 Jahre)*

Ebenfalls im Kontrast zum Diskurs der Typus I und II VertreterInnen scheint Schule oder Schulstress kaum eine Rolle bei Typus III DK zu spielen, sondern neben den alltäglichen Belangen an Relevanz zu verlieren.

3. Schule, Lebenswelt, Gesundheit – Implikationen für eine an der jugendlichen Lebenswelt orientierte Praxis schulischer Gesundheitsförderung

Gesundheit ist ein konstitutiver Bestandteil des Lebensalltags junger Menschen, der in der Lebenswelt Schule über klassische Gesundheitsthemen hinausgehend eine zentrale Rolle für die Verwirklichungschancen junger Menschen spielt. In der Untersuchung konnte am Beispiel Schulstress plausibel aufgezeigt werden, inwieweit die realen Handlungsoptionen im Umgang mit dem Körper, der Psyche und Gesundheit in der Lebenswelt junger Menschen begrenzt werden. Würde man dem Typus I nach statistischer Analyse noch eine hohe Gesundheitskompetenz beipflichten, so gerät dieses Bild nach qualitativer Triangulation ins Wanken. Die Frage nach personalen und sozialen Gesundheitsressourcen ist nicht unwichtig, reicht aber bei weitem nicht aus, um junge Menschen in ihren realen Chancen gesunder Verwirklichung zu stärken. Die Förderung gesundheitsbezogener Agency impliziert demzufolge einen konsequenten Lebensweltbezug, der die jugendtypischen Herausforderungen immer wieder an die für junge Menschen real wirksam werdenden Handlungsvollzüge zurückbindet und davon ausgehend kritisch analysiert, inwieweit sie sich innerhalb der Lebenswelt Schule tatsächlich gesund verwirklichen können (Rademaker, 2017c). Bei einer lebensweltorientierten Praxis von Gesundheitsförderung im Rahmen der Schulsozialarbeit geht es also weniger um Programme schulischer Gesundheitsförderung im klassischen Sinne, sondern vielmehr um die Betonung der, der Sozialen Arbeit inne liegenden gesundheitsfördernden Potenziale, die sich insbesondere in ihrem konstitutiven Lebensweltbezug wiederfinden lassen (Rademaker 2017b). Dabei kommt es weniger darauf an, ob ein Programm das Label „gesundheitsfördernd“ oder „präventiv“ trägt, sondern wie die Optionen junger Menschen sich gesund im Schulalltag zu verwirklichen tatsächlich erweitert werden können (Rademaker, 2017a, 2017c). Dies verweist unweigerlich auf eine kritische Analyse von Gesundheit in der Lebenswelt „Schule“, um Implikationen für die Praxis der Schulsozialarbeit abzuleiten, die nicht nur gesundheitsbezogene Handlungskompetenz, sondern gesundheitsbezogene Agency stärken. Programme expertokratisch definierter Risikominimierung können diesem Anspruch kaum nachkommen, neigen sogar eher dazu Gesundheit zum unerreichbaren Ziel oder Druckmittel für die bessergestellte Mehrheitsgesellschaft zu pervertieren (Kickbusch, 2006) und damit genau das Gegenteil von dem, was sie eigentlich bewirken sollten hervorzurufen: Gesundheitsförderung. Vielmehr erachten sich Interventionen der Schulsozialarbeit, die Gesundheit als Teil des jugendlichen Alltags bewusst in ihre Arbeit integrieren als zielführend (Rademaker, 2017b). Ich würde sogar so weit gehen zu behaupten, dass es keiner expliziten Programme von Gesundheitsförderung in der Schule bedarf, wenn die Schulsozialarbeit Gesundheit als Alltagsphänomen konsequent in ihre Arbeit integriert. Sie kann direkt an der Alltagspraxis von SchülerInnen in der Lebenswelt „Schule“ ansetzen und vermag es in dieser Lebenswelt wirksam werdende Gesundheitsrestriktionen kritisch emanzipatorisch hervorzuheben. Das erfordert natürlich ein Umdenken aller beteiligter Akteure, eine kritisch-reflektierte Distanz zu Gesundheit in der Lebenswelt „Schule“ sowie die Etablierung eines gemeinsamen Verständnisses von Gesundheit als integralen Bestandteil des Alltags junger Menschen. In Anlehnung an Dotterweich's Strategien im Rahmen des „Positive Youth Development“ (Lerner et al., 2007, 2011, 2013) lassen sich folgende Implikationen zur Förderung guter und

gesunder Entwicklung junger Menschen, die auch für die Schulsozialarbeit hilfreich sein könnten ableiten (Dotterweich, 2015, 16):

- weg von der Risiko- und hin zur Ressourcenorientierung,
- weg von der Fokussierung auf Problemverhalten und hin zu einer proaktiven, befähigenden Arbeit an Gesundheitsthemen im Schulalltag,
- weg von der Orientierung an Problem(ziel)gruppen und hin zur Arbeit mit allen SchülerInnen,
- weg von der Annahme SchülerInnen seien Leistungsempfänger und hin zu der Betrachtung von SchülerInnen als aktive Gestalter ihrer Lebens- und Gesundheitswelt und
- weg von der Fokussierung auf spezifische Programme/Interventionen und hin zu der Fokussierung auf die sozialen Beziehungen und Interaktionen zwischen SchülerInnen, LehrerInnen, Familienangehörigen und anderen beteiligten außerschulischen Akteuren.

Eine lebensweltorientierte Praxis schulischer Gesundheitsförderung ist kein *add on*-Programm. Sie sollte die Gesundheit junger Menschen alltagsnah fördern, indem sie konstitutive Veränderungsimpulse mit Blick auf soziokulturell formierte Gesundheits(be)grenz(ung)en im Schulalltag setzt und davon ausgehend die Handlungsoptionen junger Menschen, gemeinsam mit jungen Menschen und ausgehend der für sie wirksam werdenden Handlungsvollzüge, stärkt, damit sie sich langfristig gut und gesund verwirklichen können. Damit ist die Förderung gesundheitsbezogener Agency gemeint, die, so mein Resümee, konstitutive Stärke einer an der Gesundheit junger Menschen interessierten Schulsozialarbeit.

Literatur

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: BZgA.

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.

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.

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2017): 15. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland.
- 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.
- Dotterweich, Jutta (2015): Positive Youth Development 101 : A Curriculum for Youth Work Professionals. ACT for Youth Center of Excellence. Bronfenbrenner Center for Translational Research College of Human Ecology Cornell University.
- 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 (2010): 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 02.04.2017).
- 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.
- Flick, Uwe (1991): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.

- 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.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus / Rönna-Böse, Maike (2009): Resilienz. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG.
- Homfeldt, Hans Günther (2010): 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 (2014): Körper/Leib, Gesundheit(-sförderung) und Soziale Arbeit. Die Verankerung als fachlicher Standard. In: Sozial Extra, Volume 38, Heft 1/2014, Seite 33-36.
- Hurrelmann, Klaus (2007): Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Weinheim und München: Juventa Verlag. 9., aktualisierte Auflage.
- Keupp, Heiner (2013): Verwirklichungschancen und Gesundheit. In: Bundesinstitut für Sozialpädagogik (Hrsg.): Sozialpädagogische Impulse. Gesundheit. Hollabrunn. Heft 1/2013, Seite 14-15.
- Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft – Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kuckartz, Udo (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag. 2., durchgesehene Auflage.
- Lenz, Albert (2011): Ressourcen und Resilienz. In: Lenz, Albert (Hrsg.): Empowerment. Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis. Tübingen: dgvt-Verlag. Seite 57-76.
- Lareau, Annette (2011): Unequal childhoods: Class, race, and family life. University of California Press.
- 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).
- Lerner, Richard M. / Lerner, Jacqueline V. and Colleagues (2011): The positive development of youth: Report of the findings from the first seven years of the 4H Study of Positive Youth. Institute for Applied Research in Youth Development: Tufts University.

- Lerner, Richard M. / Lerner, Jacqueline V. and Colleagues (2013): The Positive Development of Youth: Comprehensive Findings from the 4-h Study of Positive Youth Development. Institute for Applied Research in Youth Development: Tufts University.
- 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.
- McDonald, Robert / Shildrick, Tracy (2013): Youth and wellbeing: experiencing bereavement and ill health in marginalised young people's transitions. In: *Sociology of Health & Illness*. Vol. 35 No. 1 2013 ISSN 0141-9889, pp 147-161.
- Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Huber Verlag.
- 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.
- 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.
- Quenzel, Gudrun (2015): *Entwicklungsaufgaben und Gesundheit im Jugendalter*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.
- 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.
- Rademaker, Anna Lena (2016): *Agency & Gesundheit. Eine triangulative Analyse biopsychosozialer Repräsentationen von Gesundheitstypen Jugendlicher*. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Rademaker, Anna Lena (2017a): *Agency & Gesundheit in der Lebenswelt junger Menschen*. In: Thiersch, Hans/Otto, Hans-Uwe (Hrsg.): *neue praxis*. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik. Lahnstein: Verlag neue praxis GmbH (in Erscheinung).

Rademaker, Anna Lena (2017b): Setting, Lebenswelt, Gesundheit. Ein Plädoyer für eine lebensweltorientierte Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. In: DVSG (Hrsg.): Forum Sozialarbeit und Gesundheit. Ausgabe 3/2017. Seite 10-12.

Rademaker, Anna Lena (2017c; in Erscheinung): Agency und Gesundheit in jugendlichen Lebenswelten. Herausforderungen für die Soziale Arbeit. Weinheim und München: Beltz Juventa Verlag.

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).

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.