

**Rademaker, Anna Lena: Agency & Gesundheit in der Lebenswelt junger Menschen**

Date of secondary publication: 10.10.2024

Journal Article | Accepted Manuscript (Postprint)

This version is available at: <https://doi.org/10.57720/5026>

## Primary publication

Rademaker, Anna Lena 2017: "Agency und Gesundheit in der Lebenswelt junger Menschen". In: neue praxis: Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik, 47, Seiten 401–419.

## Publisher Statement

This is an Accepted Author Manuscript of an article published by Verlag neue praxis.

## 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

„Agency & Gesundheit<sup>1</sup> in der Lebenswelt junger Menschen“

---

**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](mailto:anna-lena.rademaker@fh-bielefeld.de)

**Abstract:** *Gesundheit zu fördern* ist Aufgabe der Gesellschaft mit dem Ziel nachhaltiger gesundheitlicher Chancengerechtigkeit (OHCHR 2002; WHO 1986). Gesundheit ist integraler Bestandteil des Lebens, sie ist Basis alltäglichen Wohlbefindens und Mediator sozialer Integration. Vor diesem Hintergrund widmet sich der vorliegende Beitrag einer Auseinandersetzung mit Gesundheit in der Sozialen Arbeit und im Speziellen der Kinder- und Jugendhilfe und fragt danach wie in ihrer Praxis junge Menschen in ihren Gesundheitspotenzialen gefo(r)rdert werden (können), um sich gesund in der Gesellschaft zu verwirklichen. Gesundheitsförderung ist mit der Gefahr einer Engführung auf das Verhalten junger Menschen konfrontiert und wird im Kontext Sozialer Arbeit häufig erst als Reparaturbetrieb bzw. Notinstanz für *hard-to-reach* AdressatInnen verstanden. Die Soziale Arbeit kann aber weitaus mehr leisten. Sie vermag es das Versprechen der Ottawa-Charta, Gesundheit in der Lebenswelt zu stärken und damit sozial bedingter gesundheitsbezogener Chancengerechtigkeit zu begegnen, ausgehend der Lebensalltagspraxis der Menschen einzulösen. Dabei geht sie weniger von Gesundheitskompetenz, sondern gesundheitsbezogener Agency aus, der Handlungsfähigkeit in der Lebensalltagspraxis der Menschen und wie diese ihre Gesundheit formiert. Dies wird am Beispiel einer Untersuchung (2013-2015) mit knapp 500 Jugendlichen zwischen 15 und 18 Jahren über ihre Lebens- und Gesundheitswelt erläutert. Die Ergebnisse der Untersuchung verweisen einerseits auf die Relevanz von Gesundheitsressourcen, darüber hinaus aber zugleich auf die subjekt- und kontextgebundene Diversität von Gesundheit im Alltag junger Menschen, die anhand einer in der Untersuchung triangulativ rekonstruierten Gesundheitstypologie diskutiert wird. Die Ergebnisse legen nahe Gesundheit als Alltagskonstruktion junger Menschen wahr und ernst zu nehmen, sie kritisch vor dem Hintergrund soziokultureller Reproduktion zu analysieren und davon ausgehend nicht nur Gesundheitsressourcen, sondern gesundheitsbezogene Agency als Basis gesunder Verwirklichung zu stärken.

---

<sup>1</sup> Gesundheitsförderung und Prävention werden in dem Artikel annähernd synonym verwendet. Ich gehe davon aus, dass sie in der Praxis kaum trennungsscharf voneinander zu betrachten sind. Eine Stärkung von Gesundheitsressourcen dient i.d.R. gleichermaßen der Prävention und Gesundheitsförderung. Mit Blick auf die stärkere Akzentuierung von Potenzialen Sozialer Arbeit gesundheitsfördernd bzw. präventiv zu argumentieren, könnte eine Differenzierung in diesem Artikel sogar kontraproduktiv wirken, würde dadurch implizit vermittelt, dass präventive Bestrebungen eher einer Risikoperspektive affin sind anstatt lebenswelt- und ressourcenorientiert.

## 1. Einleitung

Im Diskurs um gesundheitliche Chancen(un)gerechtigkeit scheint aus Perspektive der Sozialen Arbeit zunächst einmal die Frage nach dem individuellen Leidensdruck der Menschen ein plausibler Ausgangspunkt. Der Sozialen Arbeit obliegt es die Gesundheitschancen, ihren Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, gemeinsamer Verantwortung und Achtung von Vielfalt (IFSW 2014) nachkommend, kritisch zu hinterfragen, mit dem Ziel Menschen dahingehend zu stärken „existenzielle Herausforderungen zu bewältigen und das Wohlergehen zu verbessern“ (ebenda). Die Förderung gesundheitlichen Wohlbefindens (WHO 1986) kann kaum von einer Förderung alltäglichen Wohlbefindens getrennt werden. Die WHO argumentiert zwar ausgehend von Gesundheit als subjektives Wohlbefinden, bleibt aber am biopsychosozialen Paradigma (WHO 1948), wohingegen die IFSW Wohlbefinden auf alle Lebensbereiche bezieht, dabei Gesundheit nicht expliziert, sondern in den Alltag der Menschen subsumiert. Das muss sie m.E. nach auch nicht. Als Menschenrechtprofession ist der Sozialen Arbeit Gesundheit ein selbstverständlicher Bestandteil im Leben der Menschen: “The right to health is a fundamental part of our human rights and of our understanding of a life in dignity” (OHCHR 2002). Dichotom betrachtet kann diesem Recht auf ein vollständiges körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden (WHO 1948) in der geforderten Tragweite der *Vollständigkeit* in der Realität kaum nachgekommen werden (Schramme, 2012; Whiteback 2012). Im Fokus steht vielmehr ein individuell wertgeschätztes Gleichgewicht von Gesundheit und Krankheit im Alltag, um Gesundheit zu empfinden. Dies verweist unumgänglich auf die soziokulturelle Verwobenheit von Gesundheit im Alltag der Menschen. Gesundheit versteht sich als Potenzial, das sich in Lebensqualität und -freude im Sinne des alltäglichen subjective well-being in seiner soziokulturellen Verwobenheit im Alltag der Menschen zeigt.

## 2. Lebensweltorientierte Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit

Gesundheit wird in der alltäglichen Praxis in subjektorientierten Alltagskonstruktionen (Faltermaier 1998, 2010a; Faltermaier/Brütt 2013; Herzlich 1994) hervorgebracht. Sie ist Produkt der einzelnen Mitglieder einer Gemeinschaft und wird in der gelebten und wertgeschätzten Alltagspraxis von diesen Mitgliedern in ihrer Lebenswelt aufrechterhalten und (wieder) hergestellt (Faltermaier 2010b; Herzlich 1994; Boltanski 1976). Diese, für eine lebensweltorientierte Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit plausible Perspektive auf Gesundheit, bezieht die Kontextualität von Gesundheit stärker ein und relativiert subjektives Wohlbefinden vor dem Hintergrund normativer Aspekte soziokultureller Verwobenheit (Rademaker 2016a, 2017a). Sie basiert auf einem kontextual sowie zeit- (geist-) abhängigen Verständnis von Gesundheit das in einer Gemeinschaftsproduktion von Individuen und Gesellschaften – in einer sich wechselseitig bedingenden (Re-)Produktion – hergestellt wird (Boltanski 1976; Flick 1998; Herzlich 1994). Krankheit wird als das verstanden, was individuell als Einschränkung oder Störung wahrgenommen wird, wofür es eine (wissenschaftlich) legitime Erklärung gibt und was darüber hinaus in das gesellschaftliche Normsystem, eines von der Gesundheit abweichenden Zustands passt bzw. als Gesundheitseinschränkung wahrgenommen wird (Schramme 2012). Gesundheitsförderung aus Perspektive der Sozialen Arbeit ist lebensweltorientiert. Ihre Praxis basiert auf dem Gegenstand Sozialer Arbeit und sollte davon ausgehend einen eigenen Rahmen für ein Handlungs- und Forschungsfeld von Gesundheit formulieren (Homfeldt 2013). Gesundheitsförderung

muss sich dabei als Teil der Praxis Sozialer Arbeit, und nicht Soziale Arbeit als Teil einer Technik von Gesundheitsförderung verstehen, damit die ihrer Praxis inne liegenden gesundheitsfördernden Potenziale entfaltet werden können. Das Soziale an der Gesundheit ist mehr als *biopsychosoziale* und *ökonomisch-marktwirtschaftlich* orientierte Funktionalität (Homfeldt 2010). Es folgt dem Anliegen gesundheitsbezogener Befähigungsgerechtigkeit (Rademaker 2014), den Möglichkeiten der Menschen sich in der Gesellschaft gut und gesund zu verwirklichen und legt zugrunde, Gesundheit nicht nur in der Lebenswelt der Menschen zu fördern, sondern Gesundheit als Alltagskonstruktion und in ihrer soziokulturellen Verwobenheit in der Lebenswelt der Menschen wahr und ernst zu nehmen und davon ausgehend gesundheitsbezogene Verwirklichungschancen zu erweitern (Rademaker 2016a, 2017a). Damit bleibt Soziale Arbeit nicht allein bei der Stärkung von Gesundheitsressourcen, sondern erweitert ihren Blick auf die in der Lebenswelt der Menschen real zur Verfügung stehenden Optionen, sich gesund zu entfalten und richtet ihren Blick auf die gesundheitsbezogene Agency, den realen Möglichkeiten Gesundheit in konkreten Alltagssituationen herzustellen und aufrecht zu erhalten (ebenda).

## 2.1 Agency & Gesundheit

Der Gesundheit sind im Alltag subtile Grenzen (*structure*) gesetzt, die Agency ermöglichen und gleichsam begrenzen (Giddens 1984). Diese Grenzen sind ein auf sich selbst bezogenes Set von Regeln, die die Instandhaltung und Koordination sozialer Systeme sichern und gleichzeitig durch die in ihnen agierenden Akteure (wieder) hergestellt und aufrechterhalten werden: individuelles Handeln unterliegt einem internalen Sinn, der durch soziale Systemgrenzen ermöglicht bzw. begrenzt wird (Giddens 1984, 25). Gesundheit wird nach einem „Modus der Interpretation der Gesellschaft durch das Individuum“ und „Modus der Beziehung des Individuums zur Gesellschaft“ (Herzlich 1973, zit. nach Flick 1998, 22) hergestellt. Wie eine Gemeinschaft von den in ihr lebenden Menschen wahrgenommen wird, welches Verständnis von Gesundheit dort vorherrschend ist und wie Gesundheit dort öffentlich thematisiert wird, wirkt sich gleichsam wie die Beziehung der Menschen zu dieser Gesellschaft, wie sie ihren *gesellschaftlichen Stand* und eigenen *Einfluss* auf Gesundheit darin interpretieren und welche Handlungsalternativen sie für sich als realisierbar erachten, aus. Diese gemeinsame Deutung von Gesundheit bestimmter sozialer Gruppen in einer Gemeinschaft, beschreibt der Soziologe Luc Boltanski als *somatische Kultur* (Boltanski 1976). Er konstatiert damit den Umgang mit dem eigenen Körper als System der Beziehungen zwischen der Gesamtheit der körperlichen Verhaltensweisen von bestimmten Gruppenmitgliedern und dem System der Beziehungen, die diese körperlichen Verhaltensweisen und die objektiven Existenzbedingungen dieser Gruppe vereinen (Berger 2003). Somatische Kulturen sind ein Kodex von *guten Sitten, für den Umgang mit dem eigenen Körper*, der tief verinnerlicht und so allen Mitgliedern einer bestimmten sozialen Gruppe gemeinsam ist (ebenda). „Eine solche Theorie“, so Boltanski „verbietet erstens, den spezifischen Charakter des Gesundheitsverhaltens (...) der Mitglieder jeder sozialen Klasse zu bemerken und zweitens, die Art der „Affinität“ wahrzunehmen, die die Gesamtheit der körperlichen Verhaltensweisen, die den Individuen der selben Klasse eigen sind, verbindet (...).“ (Boltanski 1976, 165). Gesundheitsbezogene Agency ist mehr als Handlungskompetenz. Sie bezieht sich auf die individuell und kontextuell unterschiedlich verteilten Möglichkeiten der Menschen, sich gesund in ihrer Lebenswelt zu verwirklichen. Die reale Chance auf Gesundheit wird vor dem Hintergrund gesellschaftlich offerierter Möglichkeiten soziokulturell begrenzt. Diese Subjekt-

Gesellschafts-Macht-Figurationen nehmen Einfluss auf das subjektive Gesundheitsverständnis sowie daraus resultierende Gesundheitspraxen der Menschen im Alltag (Rademaker 2016a, 2017a). Wechselbeziehungen und Abhängigkeiten innerhalb denen (sozial benachteiligte) Menschen ihr Leben und ihren Alltag verbringen beeinflussen subtil ihre Chancen auf Gesundheit sowie die Chancen folgender Generationen: „(...) highly valued resources such as the possession of wealth; having an interesting, well-paying, and complex job; having a good education; and owning a home, are not evenly distributed throughout the society. Moreover, these resources are transferred across generations.” (Lareau 2011, 7f.) Der einzelne Mensch ist durchaus ein aktiver und (eigen-)williger Konstrukteur seines Lebens, das er vor dem Hintergrund eigener Erfahrung und (selbst)kritischer Reflexion lebensweltlicher Gegebenheiten in der Gesellschaft versucht in einer seinen Möglichkeiten nachkommenden Art und Weise zu verwirklichen. Seine Realfreiheit ist jedoch begrenzt in einem abgesteckten Möglichkeitshorizont zur Verfügung stehender Optionen im Umgang mit dem Körper, der Psyche und Gesundheit (Rademaker 2016a, 2017a). Diese Realoptionen basieren auf “the provision of resources or basic goods which can in fact be made use of by concrete people in their concrete life circumstances.” (Otto/Scherr/Ziegler 2013, 210) Gesundheitsbezogene Agency beschreibt die dem einzelnen Menschen in seiner konkreten Lebenswelt tatsächlich zur Verfügung stehenden Handlungsoptionen im Umgang mit seiner Gesundheit und rückt Fragen nach strukturellen (Be)Grenz(ung)en, die es sozial benachteiligten Menschen (v)er(un)möglichen ihre Gesundheit zu entfalten, in den Fokus Sozialer Arbeit (Rademaker 2016a). Diese psychosomatische Kultur (ebenda) formiert Gesundheit und gesundheitsbezogene Verhaltensweisen der Menschen und plausibilisiert, dass kaum alleine die Verfügbarkeit von Ressourcen Gesundheit bedingt. Die realen Chancen auf Gesundheit werden in wechselseitiger Beeinflussung spezifischer (Sub)Kulturen hervorgebracht und in alltäglichen Gesundheitspraxen aufrechterhalten.

## 2.2 Gesundheitschancen sozial benachteiligter Menschen

In aktivierungspolitischer Programmatik läuft Gesundheit Gefahr zur Forderung und damit schier unerreichbaren Ziel, nicht nur aber insbesondere sozial benachteiligter Menschen zu werden. Diese Programmatik versucht, orientiert an expertokratisch definierten Gesundheitsrisiken, ein Gesundheitsdiktat vorzugeben (Homfeldt 2014), das eher an Maßgaben gesellschaftlichen Funktionierens weniger aber individueller Verwirklichung ausgerichtet ist. Erreicht werden damit i.d.R. diejenigen denen Gesundheits(selbst)sorge bereits affin ist. An sozial ausgegrenzten, benachteiligten oder gefährdeten Gruppen gehen diese Maßnahmen von Gesundheitsförderung und Prävention aber i.d.R. vorbei (Bauer 2005). Eher noch wird gesundheitliche Ungerechtigkeit verschärft, wenn Gesundheit zum, wie benannten gesellschaftlichen Diktat und damit unerreichbaren Ziel, schlimmer noch zum Druckmittel für die (bessergestellte) Mehrheitsgesellschaft pervertiert (Kickbusch 2006). Zugespitzt kann diese Programmatik also krank machen. Sie ist besonders anschlussfähig an Gewinnoptimierung und Leistungssteigerung, Logiken einer an der *Funktionalität* orientierten Wohlfahrtsprogrammatik, die auch vor der Profession Sozialer Arbeit keinen Halt macht. Sie nimmt Einfluss auf Politik, Gesellschaft und ihre Institutionen (Kessl 2013; McDonald/Shildrick 2013), um gut funktionierende und gesundheitlich fitte Gesellschaftsmitglieder zu generieren, mit deutlichen Auswirkungen auf das Leben Einzelner. Das Lebensweltliche an der Gesundheit, so wie es

gesundheitsbezogene Agency darlegt, scheint für viele der vorherrschenden Programme von Gesundheitsförderung (noch) wenig anschlussfähig. Die relationale Lebenswelt der Menschen, als Raum, in dem Gesundheit im Alltag aufrechterhalten wird und in dem tagtäglich Gesundheitsprobleme und Belastungen bewältigt werden, rückt in den Hintergrund. Dabei kommt es eigentlich viel weniger darauf an, ob ein Programm das Label „gesundheitsfördernd“ oder „präventiv“ trägt, sondern vielmehr wie es die Optionen der Menschen erweitert sich gesund zu verwirklichen und sie damit in ihrer gesundheitsbezogenen Agency stärkt. Die Förderung von Gesundheitschancen sozial benachteiligter Menschen kommt um einen kritisch-emanzipatorischen Diskurs um Gesundheit in ihrer Lebenswelt kaum umhin. Dieser basiert auf der Trias des Subjekts, der zur Verfügung stehenden Ressourcen und der Lebenswelt und mündet in einer kritischen Analyse von realen Gesundheits- und Verwirklichungschancen im Alltag der Menschen.

### **3. Gesundheit in der Lebensphase Jugend**

In der Lebensphase Jugend erworbene Handlungspraxen im Umgang mit der Gesundheit können sich auf die Gesundheit im weiteren Leben und damit die Verwirklichungschancen junger Menschen nachhaltig auswirken. Dennoch scheint sie noch wenig Beachtung zu finden. Gesundheit in der Lebenswelt junger Menschen „have not been investigated concertededly as factors that are shaped by, and that shape, patterns of youth transition and processes of social exclusion and inclusion“ (McDonald und Shildrick 2012, 158). Aus sozialisationstheoretischer Perspektive sind lebensweltliche Aspekte der Jugendphase und Gesundheit eng miteinander verwoben (Hurrelmann/Richter 2016). Diese legen eine Analyse des Zusammenhangs lebensphasentypischer Entwicklungsaufgaben (Fend 2001; Hurrelmann 2007), der Gesundheit in der Lebenswelt junger Menschen und gesundheitlicher Ungerechtigkeit nahe (Hurrelmann/Richter 2016). Der Umgang mit dem Körper, die Identitätsarbeit, Um- und Ausbau sozialer Beziehungen, Bewältigung von Leistungsanforderungen in Schule, Studium und Beruf, Formen der Regeneration (Etablierung einer work-life-Balance) und gesellschaftlichen Teilhabe werden in der Lebenswelt hervorgebracht und weisen einen engen Zusammenhang mit der Gesundheit junger Menschen auf (Quenzel 2015). Riskante Bewältigungsstrategien gleichermaßen wie unzureichende Möglichkeiten der positiven Bewältigung von Entwicklungsaufgaben können nachhaltige Folgen, wenn auch in der Lebensphase Jugend nicht immer direkt erkenn- und erfassbar, auf die Gesundheit junger Menschen und ihr ganzes weiteres Leben nehmen. So betonen McDonald und Shildrick „a better understanding of critical moments (their advent and outcomes) is one avenue for exploring individual difference and agency – in respect of wellbeing, the impact of well-known health inequalities, the shape of transitions, the experience of social exclusion – in shared contexts of social and economic disadvantage.“ (ebenda 2012, 158) Die soziale Funktion von Gesundheit rückt in den Fokus der Analyse. Gesundheitsriskantes Verhalten, spezifische Gesundheitsprobleme oder bereits manifestierte Störungen finden sich vielfach in alltäglichen Lebenspraxen begründet: in begrenzten Möglichkeiten von Alternativen, in Motiven die zwar dem subjektiven Wohlbefinden weniger aber nachhaltiger Gesundheit geschuldet sind oder in der Bewältigung von Erfahrungen mit Marginalisierung, Ausgrenzung und Stigmatisierung und ziehen, werden sie unreflektiert internalisiert, weitreichende Folgen für die Gesundheit im weiteren Leben sowie den Verwirklichungschancen und den Chancen auf gesellschaftliche Integration junger Menschen nach sich.

### 3.1 Verwirklichungschancen und Gesundheit junger Menschen

Gesundheit spielt eine zentrale Rolle im Zusammenhang mit jugendlicher Verwirklichung und ihre Förderung muss, so konstatiert bereits der 13. Kinder- und Jugendbericht (KJB), zum Ziel fachlichen Handelns erklärt werden (BMFFSJ 2009, 254). Die Jugendhilfe muss sich stärker an der qualitativen Verbesserung der gesundheitlichen Chancen junger Menschen beteiligen, insbesondere im Bereich Gesundheitsförderung steht damit vor der Hausforderung sich stärker in die Verringerung gesundheitlicher Chancenungerechtigkeit einzumischen. Jedoch weist der 13. KJB auch darauf hin, es sei zu bedenken, „dass gesundheitsbezogene Herausforderungen bei Heranwachsenden auf der einen Seite definiert werden durch die beteiligten Fachwissenschaften und Professionen, allen voran die Medizin,“ (BMFSFJ 2009, 247) die aber, blicken wir zurück auf Limitierungen der WHO Definition von Gesundheit (1948), kaum Lösungen für alle sozialen, politischen und kulturellen Probleme bereithalten kann (Callahan 2012). „Auf der anderen Seite kann nicht davon abgesehen werden, dass der jeweilige *sozialpolitische Kontext* einen großen Einfluss darauf hat, was als Herausforderungen für die Fachpraxis definiert wird und inwieweit diese mit passenden Angeboten reagieren kann.“ (BMFSFJ 2009, 247). Im Zentrum des aktuellen 15. KJB, der sich in besonderem Maße der Lebensphase Jugend widmet, stehen die funktionalen gesellschaftlicher Erfordernisse der Qualifizierung, Verselbstständigung und Selbstoptimierung und wie diese organisiert, reguliert, institutionell arrangiert und generational eingebettet werden im Fokus (BMFSFJ 2017, 49). Vor diesem Hintergrund und Tendenzen Gesundheit zur Voraussetzung für soziale Integration zu fordern, die Jugendphase damit im Kern als Optimierungsphase mit hoher Eigenverantwortung zu verstehen, wird die zentrale Herausforderung für eine lebensweltbezogene Praxis von Gesundheitsförderung in der Jugendhilfe nur zu deutlich. Kurzum, solange Gesundheit in ihrer Funktion sozialer Teilhabe und Verwirklichung junger Menschen nicht endlich mehr Aufmerksamkeit im Diskurs geschenkt wird, bekommt ihre Praxis kaum eine Chance ihr gesundheitsförderndes Potenzial zu entfalten.

In der Jugendhilfepraxis sollte es darum gehen nach Verwirklichungschancen im Zusammenhang mit Gesundheit zu fragen. Junge Menschen sind sich selbst steuernde Individuen, die tagtäglich Erfahrungen im Umgang mit ihrer Gesundheit und ihren Möglichkeiten mit ihr machen. Motive für oder gegen ein gesundheitsbezogenes Handeln, für oder gegen eine Definition von gesund oder krank oder für oder gegen Konformitäten im Umgang mit der Gesundheit werden in den von jungen Menschen wertgeschätzten Umgangsformen vor dem Hintergrund subtil formierender psychosomatischer Kulturen herausgebildet (Rademaker 2016a, 2017a, 2017b). Diese habitualisierten Umgangsformen mit Gesundheit basieren auf den subjektorientierten Alltagskonstruktionen junger Menschen und sind kontextuelle Produkte der Wechselbeziehungen zwischen ihnen und der Gesellschaft. Sie werden in den verschiedenen Lebenswelten ihres Alltags reproduziert und begrenzen die Handlungsmöglichkeiten im Sinne realer Wahlfreiheit für oder gegen bestimmte Umgangsformen mit der Gesundheit. Junge Menschen sind in diesen psychosomatischen Kulturen *gefangen*. Sie zu durchbrechen versteht sich als Aufgabe einer an der Gesundheit junger Menschen interessierten Jugendhilfe. Diese tatsächlich realisierbaren Optionen gesunder Entwicklung sind Dreh-und-Angelpunkt einer lebensweltorientierten Praxis von Gesundheitsförderung. Erst durch ein Verständnis von Gesundheit in der Lebenswelt junger Menschen kann Gesundheitsförderung auch an die situativen Bedingungen der sozialen

Handlungsvollzüge und Handlungsprobleme sozialkulturell und lebenspraktisch zurückgebunden werden (Dewe/Otto 2010) und den “practical freedom” (Otto/Scherr/Ziegler 2013, 210) junger Menschen stärken.

#### **4. Lebens- und Gesundheitswelten junger Menschen**

Inwieweit Gesundheit im Alltag junger Menschen hervorgebracht und davon ausgehend auch ihre Chance auf Gesundheit subtil formiert, scheint noch wenig erforscht (McDonald/Shildrick 2013). Zwar lassen sich durchaus steigende Zahlen von Untersuchungen, die sich spezifisch dem Kontext Sozialer Arbeit und Gesundheit widmen (Gahleitner/Rademacher/Pauls 2015; Homfeldt 2013) sowie subjektiver Theorien von Gesundheit (Faltermaier 2010a; Faltermaier/Brütt 2013; Herzlich 1994) oder subjektiven Krankheitstheorien von Kindern und Jugendlichen (zusammenfassend bei Wiehe 2013) und Gesundheit in der Lebenswelt (Flick/Röhnisch 2008, 2011) verzeichnen, Studien über die Lebens- und Gesundheitswelt *gesunder* junger Menschen in der Adoleszenz scheinen aber noch rar. Dies kann auf den „Mythos gesunder Jugend“ (Engel/Hurrelmann 1989 und Weinstein 1982 in Nordlohne/Kolip 1994; Wargo 2007) zurückgeführt werden, gleichermaßen aber auch darauf, dass Auswirkungen von Gesundheitsverhalten häufig erst in späteren Lebensphasen erkennbar werden (Homfeldt 2010). Gesundheitsförderung und Prävention basieren aber auf einem frühen Verständnis von Gesundheit in der Lebenswelt junger Menschen, bevor Einschränkungen oder Belastungen erkennbar sind oder Störungen sich manifestiert haben. Diese Forschung geht einerseits der Frage nach was jungen Menschen in ihrer Lebenswelt hilft sich gesund zu verwirklichen (Identifikation von Gesundheitsressourcen) und darüber hinaus inwieweit diese Gesundheitsressourcen tatsächlich dazu beitragen Gesundheit im Alltag aufrechtzuerhalten und in Belastungssituationen wiederherzustellen (Analyse gesundheitsbezogener Agency). Sie fragt nach den subjektorientierten Alltagskonstruktionen von Gesundheit in der Lebensalltagspraxis junger Menschen und wie sie sich davon ausgehend gut und gesund verwirklichen können.

##### 4.1 Methode

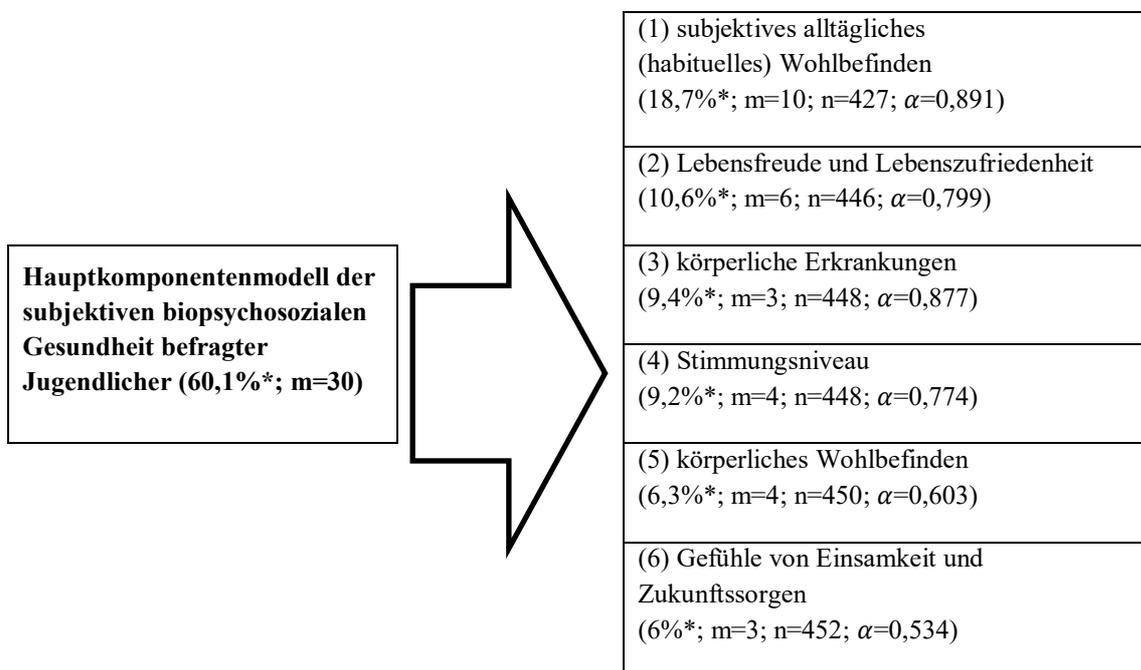
Die Studie über die „Lebens- und Gesundheitswelt Jugendlicher“ widmete sich genau diesem Forschungsinteresse. Sie wurde 2013 bis 2015 als freie Promotion durchgeführt und verband quantitative und qualitative Methoden, die der erklärenden sowie verstehenden Rekonstruktion von Gesundheitspraxen Jugendlicher in ihrem Alltag beitragen sollten. Im quantitativen Teil<sup>2</sup> wurden junge Menschen (n=458) über den Zugang Schule in 9. und 10. Jahrgängen von Haupt- (n=97), Realschulen (n=237) und Gymnasien (n=124) mit einem Fragebogen befragt. Nach einer daraus rekonstruierten

---

<sup>2</sup> Auf das Methodendesign wird im Folgenden nicht näher eingegangen. Die Fragebogenkonstruktion kann in der Basispublikation nachvollzogen werden (Rademaker 2016a). Der Fragebogen erhob die subjektive Gesundheit, Gesundheitsressourcen in der Familie, Schule und dem Freundeskreis, personale Fähigkeiten und alltägliche Gesundheitspraxen.

Gesundheitstypologie<sup>3</sup> wurden einzelne, als repräsentativ geltende VertreterInnen in typenhomogenen Gruppendiskussionen (GD) interviewt. Zielführende Fragestellung war es benennen zu können inwieweit Ressourcen jungen Menschen helfen gesund zu bleiben und wie diese Ressourcen in ihrer gelebten Alltagspraxis, vor dem Hintergrund habitualisierter Gesundheitspraxen in der Lebenswelt, tatsächlich ihr gesundheitsförderndes Potenzial entfalten können. Aus den N=458 eingegangenen Fällen (15/16 Jahre) wurde eine Dreiertypologie (N=394), anhand z-standarisierter Faktorenwerte von sechs Hauptkomponenten (HK) subjektiver biopsychosozialer Gesundheit gebildet (Abb. 1).

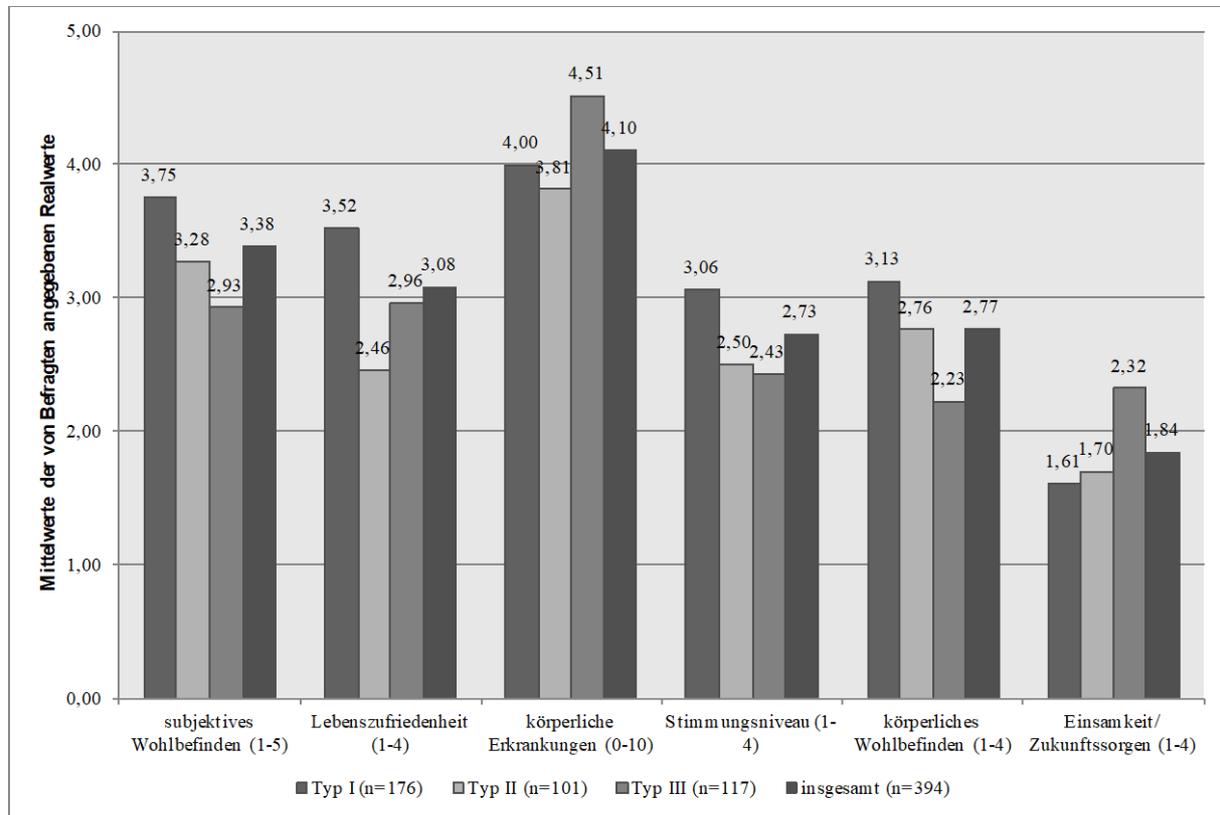
Abb. 1: Hauptkomponentenmodell der subjektiven Angaben biopsychosozialer Gesundheit befragter Jugendlicher (\*durch die jeweilige Komponente aufgeklärte Varianz der Korrelationsmatrix in Prozent).



Die clusterzentrenanalytisch rekonstruierte Dreier-Typologie anhand der sechs identifizierten 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).

<sup>3</sup> Die Gesundheitstypen wurden mittels Clusterzentrenanalyse und die prototypischen VertreterInnen mittels Distanzmaß (quadierte euklidische Distanz) zum Clusterzentroid identifiziert.

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



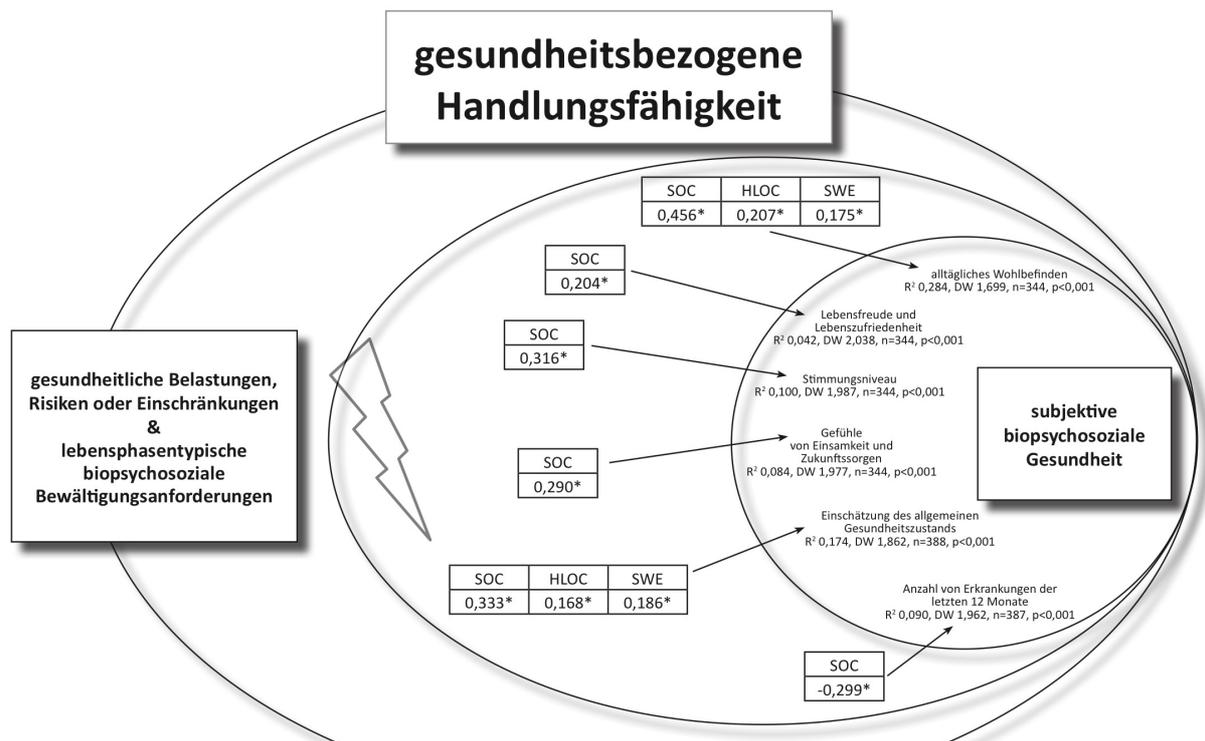
In anschließenden typenhomogenen GD mit prototypischen VertreterInnen (N=12) der statistisch rekonstruierten Typologie, die im Jahr 2015 mit den dann entsprechend 17/18 jährigen Jugendlichen realisiert wurden, konnten die statistisch rekonstruierten Typen validiert und mit Blick auf typische Charakteristika spezifiziert werden. Diese triangulativ rekonstruierten Typen lassen einerseits Verallgemeinerung, darüber hinaus aber zudem Erklärungen über die Lebens- und Gesundheitswelt der Befragten zu (Treumann 2011).

#### 4.2 Gesundheitsressourcen junger Menschen

Gesundheitsressourcen sind Fähigkeiten und Fertigkeiten die es Menschen erlauben sich als einflussmächtig auf ihre Gesundheit wahrzunehmen. Auf personaler Ebene tragen insbesondere Selbstwirksamkeits- (SWE) und Kontrollüberzeugung (HLOC) gleichermaßen wie der Kohärenzsinn (SOC) der Gesundheit bei (Antonovsky 1997; Bengel et al. 2001; Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2009; Lenz 2011). Auf sozialer Ebene sind es stabile inner- und außerfamiliäre Beziehungen, soziale Unterstützung, Rückhalt und Integration sowie die Qualität von Sozial- und Gesundheitsleistungen (ebenda). Exemplarisch für personale Gesundheitsressourcen konnten bei den befragten jungen

Menschen statistisch signifikante<sup>4</sup> Zusammenhänge zwischen dem SOC-Niveau und den sechs HK (Abb. 1) subjektiver biopsychosozialer Gesundheit identifiziert werden. Insbesondere korreliert das SOC-Niveau mit Angaben körperlicher Erkrankungen/Gesundheitszustand (.3) und dem subjektiven Wohlbefinden (.5). SWE und HLOC weisen ebenfalls statistisch signifikante Korrelationen mit dem Gesundheitszustand und subjektiven Wohlbefinden der Befragten auf.

Abb. 3: Gesundheitsbezogene Handlungsfähigkeit bei 15/16-jährigen SchülerInnen anhand der einflussnehmenden Faktoren des Sence of Coherence (SOC), der Selbstwirksamkeitsüberzeugung (SWE) und dem Health Locus of Control (HLOC).



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

Darüber hinaus lassen sich statistisch signifikante Effekte (nach linearer Regressionsanalyse) auf die subjektive Gesundheit Befragter nachweisen (Abb. 3). Insbesondere das SOC-Niveau zeigt sich erneut als besonders einflussstark und kann damit als zentrale personale Gesundheitsressource für die befragten jungen Menschen hervorgehoben werden. Ähnlich zeigen sich Effekte im Zusammenspiel von SWE, HLOC und SOC auf das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand Befragter. Wie aber bereits erwähnt, können Ressourcen kaum isoliert ihrer Funktionalität für das Individuum im Alltag bemessen werden. Sie nehmen Einfluss vor dem Hintergrund soziokultureller Verwobenheit in der Lebenswelt,

<sup>4</sup> \* Korrelationskoeffizienten der statistisch signifikanten bivariaten Pearson-Korrelationen (p<=0,001).

die in der Untersuchung anhand von Kommunikationsformen, Beteiligungsmöglichkeiten, Gesundheitsdefinitionen und Umgangsweisen mit der Gesundheit im Alltag erfasst wurden. Diese explorativen Skalen basieren auf qualitativen Studien<sup>5</sup>, deren Konstruktion in der Basispublikation nachvollzogen werden können (Rademaker 2016a).

Abb. 4: Gesundheitsbezogene Handlungsfähigkeit bei 15/16-jährigen SchülerInnen anhand der einflussnehmenden Faktoren von Kommunikation und Partizipation in Gesundheitsfragen, Gesundheitsdefinitionen und der Körperaufmerksamkeit.



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

Diesen Merkmalen konnten in der Untersuchungspopulation statistisch signifikante Effekte auf das SOC, SWE und HLOC-Niveau nachgewiesen werden (siehe Abb. 4). Die persönliche und öffentlichkeitsbezogene Körperaufmerksamkeit (Roth 2012), als Indikator für Umgangsformen mit dem Körper, sowie die Gesundheitsdefinition von Gesundheit als „Prävention“ (vgl. hierzu Nordlohne/Kolip 1994) erklären gut 25% der Varianz des HLOC, dem Gefühl den eigenen Körper, die eigene Leistungsfähigkeit und Gesundheit als kontrollierbar wahrzunehmen. Zudem erklären ein „positives Befinden“ und „präventive Verhaltensweisen“ sowie „Kommunikation“ und „Beteiligung“ im

<sup>5</sup> Die verwendeten Items zur Erfassung von Gesundheitsdefinitionen basieren auf einer Fragebogenuntersuchung zu subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen Jugendlicher von Nordlohne und Kolip (1994). 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 2016a).

Zusammenhang mit Entscheidungen über Gesundheit gut 14% der Varianz der zugrundeliegenden Korrelationsmatrix zur Erfassung von SWE. Darüber hinaus nehmen sie Einfluss auf das SOC-Niveau Befragter, ihr Empfinden inwieweit Belastungen als nachvollziehbar, handhabbar und sinnhaft wahrgenommen werden und sich selbst Vertrauen geschenkt wird, Belastungen zu bewältigen.

#### 4.3 Typische Gesundheitspraxen junger Menschen

Basierend auf diesen Erkenntnissen interessierte anschließend, inwieweit sich die Befragten bzgl. ihrer Gesundheitseinschätzung und inwieweit die verschiedenen Gruppen unterschiedliche Ausprägungen bzgl. ihrer Gesundheitsressourcen und gesundheitsbezogenen Alltagspraxen aufweisen. In der clusteranalytisch rekonstruierten Typologie, anhand der sechs HK biopsychosozialer Gesundheit, zeigen sich die Angehörigen des Typus I (siehe Abb. 2) nicht nur am optimistischsten in der Bewertung ihrer Gesundheit, sondern gleichermaßen in ihrem SOC-, SWE- und HLOC-Niveau (siehe Tab. 1).

Tab. 1: Mittelwerte der Angaben Befragter zur Einschätzung von SOC-, SWE- und HLOC-Niveau nach der clusteranalytisch rekonstruierten Typologie (n=390).

<b>Gesundheitstypus</b>	<b>SOC</b>	<b>SWE</b>	<b>intern. HLOC</b>	<b>extern. HLOC</b>
Mittelwert des Typus I (n=175)	2,96	3,20	3,12	1,93
Mittelwert des Typus II (n=99)	2,69	2,97	3,06	1,93
Mittelwert des Typus III (n=116)	2,53	2,93	3,01	2,07
Mittelwert der Gesamtpopulation (n=390)	2,76	3,06	3,07	1,97

Bspw. geben gut 1/3 der Angehörige des Typus I an, ‚zu spüren wie schön ihr Leben ist‘ (SOC). Dem stimmen nur 11% der Typus II- und 15% der Typus II-VertreterInnen zu. Auch sind Typus I-VertreterInnen optimistischer mit Blick auf die Zukunft. Fast 30% sind der Überzeugung, ‚dass sie sich auch weiterhin gut fühlen werden, wenn sie etwas tun, was ihnen ein gutes Gefühl gibt‘. Im Vergleich dazu stimmen diesem Item nur 12% des Typus II und 14% des Typus III zu. Angehörige des Typus III neigen hingegen eher dazu, sich selbst als ‚traurigen Verlierer‘ wahrzunehmen (18%). Dem schließen sich hingegen nur 2% des Typus I an. Auch im Bezug darauf, ‚sich auf die eigenen Fähigkeiten, auf die Gesundheit Einfluss nehmen zu können, verlassen zu können‘ (SWE), zeigen sich Angehörige des Typus I optimistischer (41%) als Typus II- (27%) und Typus III-VertreterInnen (28%). Fast 40% der Typus I-VertreterInnen sind der Überzeugung, ‚die meisten gesundheitlichen Beschwerden aus eigener Kraft gut meistern zu können‘. VertreterInnen des Typus II (22%) und Typus III (20%) stimmen diesem Item weniger häufig zu.

Auf Basis der anschließenden GD (je zwei GD mit vier statistisch möglichst als prototypisch identifizierten VertreterInnen eines Typus<sup>6</sup>) konnten nach qualitativer Inhaltsanalyse (Kuchartz 2014) typische Charakteristika subjektiver Alltagskonstruktionen von Gesundheit rekonstruiert werden, in denen sich VertreterInnen der drei Gesundheitstypen deutlich voneinander unterscheiden, Angehörige eines Typus aber deutliche Ähnlichkeiten aufweisen. Im Typus I zeigten sich funktional-leistungsorientierte, 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 von ihnen in der Einschränkung von Lebensqualität wahrgenommen, Zusammenhänge zwischen physischer und psychosozialer Gesundheit hingegen kaum. Die Kontrolle über die eigene Gesundheit, den Körper und die Leistungsfähigkeit zu behalten scheint für sie 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 höchsten Werte in der Selbsteinschätzung von Gesundheit im Fragebogen, diskutieren VertreterInnen des Typus I vergleichsweise auffällig viel über ihre physische Gesundheit, Arztbesuche sowie das Gesundheitssystem (Privat- und Kassenpatienten, Organspenden und Spezialärzte). Themen rund um die psychosoziale Gesundheit sind im Diskurs hingegen unterrepräsentiert.

*Lara<sup>7</sup>: „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“*

*Leo: „ich bin nich oft beim Arzt und hab auch eigentlich keinen Hausarzt deswegen“*

*Andrea: „ich geh eigentlich nie zum Arzt außer wegen meinen Bauchschmerzen und das jetzt ungefähr seit einem Jahr“*

*Leo: „weil ich ja nie was hab“*

*Andrea: „und die wollen irgendwie nichts finden.“*

Angehörige dieses Typus machen für den Erhalt und die Wiederherstellung ihrer Gesundheit primär medizinische Experten (Ärzte) verantwortlich. Werden keine somatisch plausiblen Diagnosen

---

<sup>6</sup> Die prototypischen VertreterInnen wurden anhand des Distanzmaß (quadierte euklidische Distanz) nach Clusterzentrenanalyse identifiziert. Zur besseren Vergleichbarkeit der GD wurden nur VertreterInnen einer Schule ausgewählt und die GD 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.

<sup>7</sup> Namen sind anonymisiert, Geschlechter beibehalten.

gefunden, neigen sie dazu körperliche Beschwerden in den Alltag zu integrieren anstatt Erklärungen im eigenen Verhalten oder psychosozialen Zusammenhängen zu suchen. Andrea, eine Vertreterin des Typus I die nach Clusterzentrenanalyse als prototypischste Repräsentantin des funktional-leistungsorientierten Typus gelten kann, erzählt im gesamten Diskurs immer wieder unter langanhaltenden Magenbeschwerden zu leiden, für die keine medizinischen Ursachen gefunden werden können (s.o.). Ihre Ärztin vermutet, so Andrea, Zusammenhänge mit Stress in der Schule und eine daraus resultierende psychosomatische Reaktion, nachdem in der Untersuchung keine somatische Erklärung gefunden wurde. Dem kann Andrea nichts abgewinnen.

*„mir geht's eigentlich überdurchschnittlich oft ziemlich gut (...) und meine Ärztin will mir sagen dass ich depressiv bin (2) 'naja' (2) ich glaube ich kann meine Probleme immer nich so gut verständlich machen (...)“ (weiblich 17, Typus I)*

Andrea führt weiter aus, ihr ginge es gut, sie sei kein depressiver Mensch, könne mit dem Stress in der Schule gut umgehen und fühle sich sogar überdurchschnittlich oft ziemlich gut. Dies reiht sich in die statistischen Erkenntnisse ein: Angehörige des Typus I bewerten nicht nur ihre biopsychosoziale Gesundheit besonders positiv, sondern weisen zudem ein ausgeprägtes SOC-, SWE- und HLOC-Niveau auf. Vernachlässigt wurde bislang jedoch, dass Angehörige des Typus I sich kaum in der von ihnen angegeben Anzahl von Erkrankungen zu Angehörigen der anderen beiden Typen unterscheiden (siehe Abb. 2). Fragt man nach den klassisch psychosomatischen Erkrankungen wie Magenschmerzen, Rücken- und Kopfschmerzen so liegen sie sogar leicht im Vorsprung. Es scheint so als legten Angehörige des Typus I großen Wert darauf normativen Anforderungen von Leistung und Funktionalität nachzukommen. Anforderungen des Schulalltags, um einen guten Abschluss als Zugang zu weiteren Qualifikationsmöglichkeiten zu erreichen, nehmen im Diskurs bspw. einen hohen Stellenwert ein. Dabei fällt es ihnen schwer gleichzeitig der Pflege sozialer Beziehungen, Hobbies und ihrer Freizeit, gleichermaßen wie Signalen des Körpers nach Regeneration, Ruhe und Entspannung nachzukommen. Diese Bedürfnisse werden leistungsorientierten Motiv untergeordnet. Gepaart mit einem stärker somatisch-medizinisch orientierten Gesundheitsverständnis „benutzen“ sie, so scheint es, ihre ausgeprägten personalen Ressourcen (SOC, SWE und HLOC) um den alltäglichen Leistungsansprüchen nachzukommen. Das hilft ihnen sich im Alltag wohl zu fühlen aber auch (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 RepräsentantInnen des ausgleichs-balanceorientierten Typus II. Die DiskutantInnen (DK) charakterisiert ein mehrdimensionales Gesundheitsverständnis. Sie nehmen das Gefühl von Wohlbefinden ohne Bezugnahme der Abgrenzungskategorie Krankheit wahr. Der Erhalt dieses inneren Wohlbefindens steht für sie im Alltag stärker als bei DK des Typus I im Vordergrund, wobei sie sich auf physische und psychosoziale Dimensionen beziehen. Darüber hinaus weisen sie ein reflektiertes und sensibleres Körper- und Selbstbild auf und setzen sich kritisch mit Gesundheit in ihrem Alltag auseinander.

*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 (1) halt wirklich weil's mir körperlich gut geht bin ich da vielleicht eher so auf meine geistige Gesundheit bedacht vor allen Dingen weil man das jetzt auch ja durch die Medien immer mehr so mitkriecht Burnouts oder so und das halt generell durch G8 viele Schüler so unter diesem Stress und Druck stehen und das möchte ich halt für mich persönlich irgendwie vermeiden weil mich das dann doch zu sehr belastet also (1) ja das ich den irgendwie loswerde das ich den abbaue diesen Stress.“ (weiblich 17, Typus II)*

DK des ausgleichs-balanceorientierten Typus versuchen zwischen stressigen und belastenden Zeiten im Alltag und bewussten regenerativen Phasen einen Ausgleich zu schaffen. Dabei trennen sie zeitlich, räumlich und inhaltlich zwischen Phasen der Leistungserbringung und Erholung. Sie verlassen den Ort (Schreibtisch, Schule, zu Hause), nehmen keine Aufgaben (Hausaufgaben) oder materiellen Abhängigkeiten (Handy) mit und nutzen Orte der Erholung (auf der Joggingstrecke, im Schwimmbad, dem Bolzplatz) um Abstand zu gewinnen (das alles vergessen, abschalten, einen Ausgleich finden, Spaß haben). Wie auch die Angehörigen des Typus I ist ihnen eine gelungene Schulkarriere besonders wichtig, ihnen fällt es aber leichter parallel zu den damit einhergehenden Leistungsanforderungen Signale ihres Körpers wahrzunehmen und darauf einzugehen - auch entgegen der an sie gestellten Erfordernisse. Sie weisen ein hoch ausgeprägtes Reflexionspotenzial auf, das ihnen, gepaart mit ihrem mehrdimensionalen Verständnis von Gesundheit, hilft, ihre physische und psychosoziale Gesundheit im Alltag in Balance zu halten. Sie agieren bewusst im Umgang mit ihrer Gesundheit und integrieren eigene sowie fremde Erfahrungen in ihren Umgang mit der eigenen Gesundheit ein, mit dem Ziel Gesundheit langfristig aufrecht zu erhalten.

Ganz im Kontrast zu Angehörigen des Typus I und II haben VertreterInnen des Typus III kaum etwas zum Thema Gesundheit zu sagen, was sie nach wiederholter Aufforderung durch die GD-Leitung, sich über Gesundheit zu äußern, selbst pointieren:

*„Jugend von heute kann nichts zum Thema Gesundheit sagen.“ (männlich<sup>8</sup> 17, Typus III)*

Gesundheit scheint von ihnen beinahe als natürlich gegeben und damit kaum im Alltag benennenswert wahrgenommen zu werden.

**GD-Leitung:** *„ähm erzählt mal was bedeutet denn gesund leben für euch?“*

**Jan:** *„wir sind immer noch da?“*

**GD-Leitung:** *„Hmm ((nickt Jan zu)).“*

---

<sup>8</sup> Die angeführten Zitate zur Illustration des Typs III entstammen einem männlichen Diskutanten. Hierbei sollte jedoch nicht der Eindruck entstehen es handele sich um einen männlich dominierten Typus. In jeder der durchgeführten Gruppendiskussionen waren je drei Mädchen und ein Junge vertreten. Da die Diskussionen zwar mit möglichst prototypischen VertreterInnen, dabei aber auch nur mit Freiwilligen durchgeführt wurden, konnte auf die Geschlechterverteilung aus forschungspragmatischen Gründen wenig Einfluss genommen werden.

*Jan: „ach du kacke (I) ‚gesund leben‘.“  
(männlich, 17 Jahre, Typus III)*

Alltägliche Belange und situative Gegebenheiten (im Diskurs insbesondere Party-Planungen oder Treffen mit Freunden) stehen bei DK des reaktiv-ausgleichenden Typus im Vordergrund. Themen rund um die Gesundheit und Gesunderhaltung finden kaum einen Platz. Sport, so sagen sie, sei in ihrem Alltag eher eine Nebensache, ihre Ernährung phasenweise gut dann aber wieder übelst ungesund und achtsam seien sie wenn es darauf ankäme (Bikini-Figur im Sommer, solide Basis um unerwünschte Auswirkungen von Alkohol abzumildern). Normative Kategorien wie Sport, Ernährung und Alkoholkonsum führen sie in den Diskurs ein, bleiben dabei aber bei Worthülsen (Alkohol ist ungesund, gesund essen und Sport machen ist wichtig) und gehen kaum auf Erzählungen aus ihrem Lebensalltag ein. Im Bezug auf Gesundheitsrisiken ihres Alltags scheinen die DiskutantInnen eher optimistisch.

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

Auffällig ist auch, dass Angehörigen des reaktiv-ausgleichenden Typus, gegensätzlich der durchweg hohen Präsenz des Themas Schule und mit der Schule einhergehenden Leistungsanforderungen im Diskurs mit Typus I- und II-VertreterInnen, kaum über ihren Schulalltag erzählen. Schule wie auch Aspekte rund um ihre Gesundheit scheinen nicht gänzlich irrelevant, sie finden an der einen oder anderen Stelle Erwähnung, im Vergleich zu Angehörigen der anderen beiden Typen aber weitaus weniger häufig und weitaus weniger intensiv. Spezifisch gesundheitsfördernde oder krankheitsmildernde Strategien werden angewandt, wenn damit eingehend ein positiver Effekt auf aktuell relevante Situationen erhofft wird. Diese zeichnen sich durch eher kurzfristige Handlungen aus, die kaum von nachhaltiger Dauer und Intensität sind und eher den Charakter reaktiv-ausgleichender Interventionen aufweisen.

## 5. Diskussion der Ergebnisse

SOC, SWE und HLOC zeigten sich in der Untersuchungspopulation als besonders einflussstark auf die Gesundheit Befragter und damit als wichtige Ressourcen gesunden Aufwachsens. Eine Stärkung dieser Ressourcen kann durchaus positive Effekte für die Gesundheit junger Menschen erzielen, bevor sie sich mit zunehmendem Alter verfestigen. Damit sind die Möglichkeiten einer lebensweltorientierten Praxis von Gesundheitsförderung, wie sich in den GD nachzeichnen ließ, aber bei weitem noch nicht erschöpft. Die Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit findet im Alltag der befragten jungen Menschen statt und eröffnet weitaus mehr Optionen für die Kinder- und Jugendhilfe. Anhand der Typologie konnten nicht nur die statistischen Erkenntnisse verdichtet, sondern zudem nachgewiesen werden, inwieweit sich die Handlungspraxen der DK an individuellen Relevanzsetzungen bei der Bewältigung alltäglicher Herausforderungen ausrichten, von ihren Alltagskonstruktionen über Gesundheit abhängen und so ihre Chancen auf Gesundheit subtil formieren. Nicht nur die typenspezifische Merkmalsverteilung der Selbsteinschätzung von Gesundheit und des SOC-, SWE- und HLOC-Niveaus,

sondern darüber hinaus die in der Typologie rekonstruierten Charakteristika im Gesundheitsverhalten, die sich im kontrastiven Vergleich der drei Typen zeigen, verbinden die Angehörigen des jeweiligen Typus miteinander und verweisen auf eine spezifische Art des Umgangs mit dem Körper, der Psyche und Gesundheit, die den Angehörigen desselben Typus eigen ist. Diese habitualisierten Umgangsformen legen in den drei Typen funktional-leistungsorientierte, ausgleichs-balanceorientierte und reaktiv-ausgleichende Motive zugrunde. Sie sind damit einerseits anschlussfähig an die von Faltermaier rekonstruierten Alltagskonstruktionen von Gesundheit Erwachsener, die sich insbesondere in Motiven funktionaler Fitness, des Ausgleichs und der Balance und Risiko- bzw. Schicksalstheorien widerspiegeln (Faltermaier 1998, 2010a; Faltermaier/Brütt 2013), gehen methodisch betrachtet aber noch darüber hinaus. Sie lassen zudem Rückschlüsse auf die quantitative Verteilung von Merkmalen, gemessen an der gesamten Untersuchungspopulation, zu. So ist beispielsweise der Typus I funktional-leistungsorientierter junger Menschen am häufigsten vertreten und weist die besten Werte in der Selbsteinschätzung von Gesundheit, personalen Ressourcen und auch statistisch signifikant bessere Werte auf den explorativen Skalen zur Gesundheitskommunikation und –beteiligung auf. Im subjekt- und lebensweltorientierten Verständnis eröffnete sich dann aber ein Zugang zu den *realen Optionen* der Angehörigen jenes Typus, in konkreten Alltagssituationen Gesundheit herzustellen. Im Diskurs stach dabei besonders das Thema Schulstress als lebensphasentypische Herausforderung hervor. Qualifikation spielt in der Jugendphase eine zentrale Rolle, die über Chancen sozialer Integration wesentlich mitentscheidet. Durch „Qualifikation“ werden Handlungsfähigkeiten angeeignet, die der Reproduktion der Gesellschaft sowie systematisch Prozessen sozialer, politischer und ökonomischer Verantwortungsübernahme dienen und basierend auf dieser „Verselbstständigung“ „Selbstopтимierung“ eröffnen, die Balance zwischen subjektiver Freiheit und sozialer Zugehörigkeit (BMFSFJ 2017, 49). Qualifizierung bedeutet heute weitaus mehr als schulische Bildung. Sie bedeutet in der Unsicherheit der Moderne mit den komplexen und sich wandelnden Anforderungen im Leben zurecht zu kommen (ebenda) und gleichzeitig gesund zu bleiben. Daher scheint es kaum verwunderlich, dass die Phase der Qualifikation als eine der stressreichsten Bewältigungsanforderungen von jungen Menschen selbst wahrgenommen wird (Quenzel 2015). Umso interessanter ist wie der Umgang mit Schulstress in den typenhomogenen GD thematisiert wird (siehe hierzu auch Rademaker 2017b). Die DK des Typus I, deren Angehörige viel Stress in der Schule empfinden („*also für mich gibt es eigentlich nur Schulstress*“) und alltagsweltliche Belange wie die Pflege von Freundschaften, Hobbies oder der Regeneration dem Leistungsdruck der Schule unterordnen, scheinen einen hohen Druck zu empfinden, den Anforderungen der Schule gerecht werden zu können („*...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 ist das Zimmer unordentlich man hat irgendwie seit Wochen seine Freundin nicht mehr gesehen (...) hat man noch Freunde? ist nicht mehr aus seinem Zimmer gekrochen*“). Sie haben es schwer sich dem Leistungsdruck zu entziehen, mitunter auch zu Lasten ihrer Gesundheit, wie das Beispiel von Andrea sowie der Blick auf die Verteilung psychosomatischer Erkrankungen im Vergleich zur gesamten Untersuchungspopulation illustrieren. Den DK des ausgleichs-balanceorientierten Typus gelingt es hingegen besser Abstand zum alltäglichen Schulstress zu finden und regenerativen Tätigkeiten, Freizeit und Hobbies trotz Leistungsdruck nachzukommen. Was sie dabei besonders auszuzeichnen scheint ist ihre hohe Reflexionsfähigkeit, die ihnen nicht nur hilft ihren Alltag positiv zu bewältigen, sondern, so lässt sich mutmaßen, ihre Gesundheit dabei auch langfristig aufrecht zu halten. In der statistischen Analyse schlägt sich dies allem Anschein nach in kritischeren

Angaben bzgl. ihrer Einschätzung biopsychosozialer Gesundheit nieder und lässt ihre Werte dort rein objektiv betrachtet sinken. Ein Phänomen, das sich erst im triangulativen Vergleich rekonstruieren ließ. Die Chancen gesunder Verwirklichung von Angehörigen der beiden Typen scheinen durchaus unterschiedlich verteilt. Ihre gesundheitsbezogene Agency, die ihnen real zur Verfügung stehenden Handlungsoptionen im Umgang mit ihrer Gesundheit, bildet sich vor dem Hintergrund der strukturellen Begrenztheit der von ihnen wertgeschätzten Handlungspraxen im Alltag heraus. Im Diskurs konnte nachgezeichnet werden, inwieweit der Umgang mit Schulstress, als Beispiel einer der herausforderndsten Bewältigungsanforderung der Lebensphase Jugend, zu einem Gesundheitsrisiko führen kann, dass nach aktuellem Stand der Gesundheitsberichterstattung nicht ganz abwegig zu sein scheint. Erkrankungen junger Menschen haben sich in ihrem Panorama von akuten zu chronischen und psychosomatischen Beschwerden verschoben (RKI 2007, 2013), eine mögliche Antwort junger Menschen, den an sie gestellten Anforderungen gerecht werden zu können. Diametral stehen dem die unweigerlich damit einhergehenden Konsequenzen für ihre Gesundheit, mit Auswirkungen nicht nur auf die Gesundheit, sondern jegliche Verwirklichungschancen, bis ins Erwachsenenalter entgegen. Die habitualisierten Praxen formieren also nicht nur die Gesundheit junger Menschen, sondern nehmen Einfluss auf ihr ganzes Leben. Um am Beispiel der Typus I DK zu bleiben, scheint es anschlussfähig danach zu fragen inwieweit die DK tatsächlich eine Chance haben, die berichteten chronischen Beschwerden zu bewältigen oder inwieweit diese ihre Gesundheit und damit ihre Verwirklichungschancen in anderen Lebensbereichen nachhaltig beeinträchtigen könnten.

## **6. Ausblick für eine lebensweltorientierte Praxis von Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe**

Ziel der Untersuchung war es nicht einen Handlungsrahmen für Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe abzustecken, sondern aufzuzeigen, inwieweit die in der Lebenswelt junger Menschen zur Verfügung stehende Optionen ihre Gesundheit und Chancen individueller Verwirklichung subtil formieren und wie weitreichend Gesundheit in dieser sozial formierenden Funktion im Leben junger Menschen Einfluss nehmen kann. Die gewonnenen Erkenntnisse lassen aber durchaus Implikationen für eine lebensweltorientierte Praxis von Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe zu. Die Diversität der, in der Untersuchung über Lebens- und Gesundheitswelten junger Menschen rekonstruierten Typologie, verweist darauf, dass Gesundheitsförderung kaum mit den üblichen one-size-fits-all Programmen zur Stärkung von Gesundheitsressourcen genüge getan ist. Auch eine eindimensionale Ausrichtung an den *üblichen* jugendtypischen Herausforderungen reicht nicht aus. Gesundheitsförderung sollte keine Gesundheit von jungen Menschen bzgl. der speziell an sie gestellten Bewältigungsanforderungen einfordern, sondern sich an ihrer Lebenswelt orientieren und davon ausgehend kritisch analysieren, wie Chancen auf Gesundheit in der konkreten Lebensalltagspraxis ermöglicht werden (Rademaker 2016a, 2017a). Gesundheit ist ein konstitutiver Bestandteil dieses Alltags junger Menschen, der über Chancen und Möglichkeiten sozialer Teilhabe und damit einhergehend individueller Verwirklichung mitentscheidet. Für die Kinder- und Jugendhilfe ist dieses Verständnis von Gesundheit, an den situativen Handlungsvollzügen junger Menschen anzusetzen und davon ausgehend Gesundheitsoptionen zu stärken, spätestens seit dem 13. KJB eigentlich unumstrittener Teil ihrer Praxis. Die Frage ist nur, inwieweit sie dies auch tut bzw. inwieweit sie dieser

Herausforderung nachkommen kann? Hier sehe ich insbesondere die Forschung und Wissenschaft gefragt, mit PraktikerInnen in einen Diskurs über Gesundheit im Alltag junger Menschen einzusteigen. Die jugendtypischen Herausforderungen junger Menschen sind sicherlich eine handlungsleitende Größe, werden aber für die diversen AdressatInnen-Gruppen der Kinder- und Jugendhilfe als Analyserahmen nicht ausreichen. Junge Menschen bringen eigene Vorstellung von Gesundheit in ihrem Alltag mit und verfügen über Erfahrungen sowie Einstellungen zum Umgang mit ihrer Gesundheit, die nicht selten vor dem Hintergrund von Stigmatisierung, Ausgrenzung und Marginalisierung gebildet wurden und ihnen als handlungsleitende Motive dienen. Die Disziplin Sozialer Arbeit ist gefragt diese Alltagskonstruktionen junger Menschen und die sich vor diesem Hintergrund herausbildenden Umgangsformen mit ihrer Gesundheit im Alltag kritisch zu analysieren und ausgehend dieser Analysen in einen kritisch reflexiven Dialog mit jungen Menschen über Möglichkeiten der Erweiterung ihrer Handlungsmöglichkeiten, sich gut und gesund zu verwirklichen zu treten. Die Kinder- und Jugendhilfe ist prädestiniert die gesundheitsbezogene Agency Jugendlicher zu stärken und so konstitutive Veränderungsimpulse mit Blick auf soziokulturelle Gesundheits(be)grenz(ung)en zu setzen, indem sie sich auf die Trias Subjekt, Ressource und Lebenswelt besinnt und Gesundheit in der konkreten Alltagspraxis und ausgehend der konkreten lebensweltlich wirksam werdenden Herausforderungen junger Menschen stärkt.

## **Literatur**

- Antonovsky, Aaron (1997): Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Bengel, Jürgen / Strittmatter, Regine / Willmann, Hildegard (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert; eine Expertise im Auftrag der BZgA. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Erweiterte Neuauflage (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Band 6).
- Berger, Astrid (2003): Frauenkörper – zwischen sozialem Konstrukt und individueller Leiblichkeit. München: GRIN Verlag (Magisterarbeit).
- 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.
- 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 (2010a): Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit. In: BzGA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Link: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/subjektive-gesundheit-alltagskonzepte-von-gesundheit/> (letzter Zugriff 07.01.2016).
- Faltermaier, Toni (2010b): Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: BzGA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Link: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsverhalten-krankheitsverhalten-gesundheitshandeln/> (letzter Zugriff: 04.01.2016).

- Faltermaier, Toni / 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 (1998): Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In: Flick, Uwe (Hrsg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim und München: Juventa Verlag. Seite 7-30.
- Flick, Uwe / Röhnisch, Gundula (2008): Gesundheit auf der Straße. Gesundheitsvorstellungen und Umgang mit Krankheit im Kontext von Jugendobdachlosigkeit. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Flick, Uwe / Röhnisch, Gundula (2011): „(...) da bin ich eigentlich der Außenseiter, und das ist das Schlimmste.“ Krankheitserleben und -verhalten von chronisch kranken obdachlosen Jugendlichen. Seite 151-164. In: Oelerich, Gertrud / Otto, Hans-Uwe (2011): Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Studienbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften und Springer Fachmedien.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus / Rönnau-Böse, Maike (2009): Resilienz. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG.
- Gahleitner, Silke B. / Rademaker, Anna Lena / Hahn, Gernot (2015): Forschung in der Klinischen Sozialarbeit. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. Themenschwerpunkt: Klinische Sozialarbeit – State of the Art 2015. 11. Jg., Heft 3, Seite 9-11.
- Giddens, Anthony (1984): The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration. Berkley & LA: University of California Press.
- Herzlich, Claudine (1994): Soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld. In: Uwe Flick (Hrsg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim: Juventa Verlag. S. 171-180.
- 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 Günter (2013): Forschungsfacetten einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Orientierungspunkte – Einblicke – Aufgaben. In: Schneider, Armin / Rademaker, Anna Lena / Lenz, Albert / Müller-Baron, Ingo (Hrsg.): Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit. Forschung: bio-psycho-sozial. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Band 8. Opladen: Verlag Barbara Budrich.

- Homfeldt, Hans Günther (2014): Körper/Leib, Gesundheitsförderung) 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.
- Hurrelmann, Klaus / Richter, Matthias (2016): Life course influences on health and health inequalities: A socialisation perspective. In: ZSE Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation. No. 03/2016, pp 264-281.
- International Federation of Social Workers (IFSW) (2014): Global Definition of Social Work. Link: <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/> (letzter Zugriff 04.01.2016).
- Kessl, Fabian (2013): Soziale Arbeit in der Transformation des Sozialen. Eine Ortsbestimmung. Wiesbaden: Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- 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.
- Lereau, Annette (2011): Unequal childhoods: Class, race, and family life. University of California Press.
- Lenz, Albert (2011): Ressourcen und Resilienz. In: Lenz, Albert (Hrsg.): Empowerment. Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis. Tübingen: dgvt-Verlag. Seite 57-76.
- MacDonald, 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.
- Nordlohne, Elisabeth / Kolip, Petra (1994): Gesundheits- und Krankheitskonzepte 14- bis 17-jähriger Jugendlicher: Ergebnisse einer repräsentativen Jugendbefragung. In: Kolip, Petra (Hrsg.): Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung. Seite 121-138.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) (2002): The Right to Health. Fact Sheet No. 31. Link: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf> (last access 04/09/2016).
- 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.

- Quenzel, Gudrun (2015): *Entwicklungsaufgaben und Gesundheit im Jugendalter*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Rademaker, Anna Lena (2014): *Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung - eine gemeinsame biopsychosoziale Befähigungsgerechtigkeit?* In: *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*. Themenschwerpunkt: Gesundheitsförderung. 10. Jg., Heft 3, Seite 7-9.
- Rademaker, Anna Lena (2016a): *Agency & Gesundheit. Eine triangulative Analyse biopsychosozialer Repräsentationen von Gesundheitstypen Jugendlicher*. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Rademaker, Anna Lena (2016b): *Soziale Arbeit mit Gesundheitsbezug. Auf dem Weg zur Profilierung einer Fachdisziplin?* In: *DVSG (Hrsg.): Forum Sozialarbeit und Gesundheit*. Ausgabe 4/2016. Seite 35-38.
- Rademaker, Anna Lena (2017a): *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 (2017b): *„Also ich finde es gibt eigentlich nur Schulstress!“ - empiriebasierte Implikationen für eine lebensweltorientierte Praxis schulischer Gesundheitsförderung*. In: *Zeitschrift für Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychotherapie, Beratung und Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag (erscheint im September 2017).
- 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.
- Schramme, Thomas (2012): *Einleitung: Die Begriffe "Gesundheit" und "Krankheit" in der philosophischen Diskussion*. In: Schramme, Thomas (Hrsg.): *Krankheitstheorien*. Berlin: Suhrkamp Verlag. Seite 9-37.
- Treumann, Klaus Peter (2011): *Zur empirischen Erfassung von Medienkompetenz und zur Rekonstruktion von Medienhandlungstypen mittels einer triangulativen Kombination quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden*. In: Earius, Jutta / Miethe, Ingrid (Hrsg.): *Methodentriangulation in der qualitativen Bildungsforschung*. Leverkusen und Farmington Hills: Budrich Verlag. Seite 65-88.

- Wargo, Eric (2007): Adolescents and Risks: Helping Young People make better Choices. In: Act for Youth Center of Excellence (Eds.): Research facts and Findings. Cornell University, University of Rochester, New York State Center for School Safety & Cornell Cooperative Extension of New York City.
- Wiehe, Katharina (2013): Subjektive Krankheitstheorien bei Kindern und Jugendlichen. In: Brähler, Elmar / Hoefert, Hans-Wolfgang (Hrsg.): Krankheitsvorstellungen von Patienten. Herausforderungen für Medizin und Psychotherapie. Lengerich: Papst Sciences Publishers. Seite 255-278.
- Whiteback, Caroline (2012): Eine Theorie der Gesundheit. In: Schramme, Thomas (Hrsg.): Krankheitstheorien. Berlin: Suhrkamp Verlag. Seite 205-222.
- World Health Organization (WHO) (1948): Constitution of the World Health Organization. Link: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> (letzter Zugriff: 04.01.2016).
- World Health Organization (WHO) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In der WHO-autorisierten Übersetzung nach Hildebrand/Kickbusch. Link: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) (letzter Zugriff 04.01.2016).