

Theorien junger Menschen über den Zusammenhang von Gesundheit, Bildung und
sozialer Benachteiligung
Eine qualitative Studie

Dorota Losch

Forschungsbericht

Februar 2017

Inhaltsverzeichnis

Zweck der Analyse/Forschungsproblem	4
Hintergrund und Forschungsstand	6
Historie der Gesundheitsförderung/forschung	6
Gesundheit von Jugendlichen.....	7
Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Benachteiligung.....	8
Zusammenhang zwischen Gesundheit und Bildung	14
Zusammenhang zwischen Bildung und sozialer Benachteiligung	17
Subjektive Theorien zur Gesundheit	20
Methodik der Studie	23
Ergebnisse	35
Soziale Benachteiligung und Bildung	37
Elternhaus und Erfolg beim Bildungserwerb	37
Finanzielle Aspekte und Bildungserwerb.....	40
Sozialer Status und Bildungserwerb	44
Handlungsmöglichkeiten und Bildungserwerb	46
Auswirkung der Arbeit auf die Bildung und umgekehrt	48
Einfluss der Gleichaltrigen auf den Bildungserwerb	50
Vergleich Arbeit und Schule.....	52
Migration und Bildung	53
Gesundheit und soziale Benachteiligung	54
Gesundheit und Familie	55
Gesundheit und Arbeit.....	58
Gesundheit und Handlungsmöglichkeiten	61
Gesundheit und Freunde.....	62
Gesundheit und Lebensalter	65
Gesundheit und Finanzen	66
Gesundheit und Gesellschaft.....	67
Gesundheit und Bildung.....	68
Gesundheitliche Probleme als Ursache für schlechte Leistungen.....	68
Sucht, Drogen und Abhängigkeiten	69
Gesundheitliche Folgen des Bildungsprozesses.....	70
Biologische Vorausbestimmtheit der Bildung	70
Verhalten/Handeln in Bezug auf Gesundheit und Bildung	71
Verbesserung der Gesundheit/Bildung	71
Gesundheit in der Familie	71
Sonstiges.....	72

Auswertung Gesamtschaubild.....	72
Schlussfolgerung /Ansätze	75
Was sollte man aus Sicht der Berufsgruppen beachten?	75
Ansätze zur Verbesserung der Bildung (Lehrer):	75
Medizinisches Personal (Gesundheit)	76
Sozialpädagogische Mitarbeiter	77
Literatur	77

Zweck der Analyse/Forschungsproblem

Eine Literaturrecherche hat ergeben, dass es kaum aktuelle Studien darüber gibt, in der die drei Bereiche Gesundheit, Benachteiligung und Bildungserwerb zusammen betrachtet werden. Bei den meisten bisherigen Studien wird der Zusammenhang zwischen zwei Bereichen betrachtet, der dritte Bereich bleibt unberücksichtigt. So gibt es zum Beispiel Studien, die die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Benachteiligung aufzeigen, die Rolle der Schule wird dabei aber nicht betrachtet. Dabei erhält man gerade durch die Schulpflicht die Möglichkeit zur Durchführung von Projekten und damit zur Verbesserung der Lage der heranwachsenden Generation. Studien, die sich mit Benachteiligung und Schule auseinandersetzen, fokussieren sich meistens darauf, die Chancengleichheit in der Bildung und im Berufsleben zu verbessern. Hier spielt die Frage nach der Gesundheit meistens keine Rolle. Projekte, die zur Verbesserung der Gesundheit in der Schule durchgeführt werden, haben keinen Schwerpunkt darin, die spezifischen Ursachen, die durch die Benachteiligung einzelner Schüler entstehen, im Vergleich zu den anderen Schülern zu betrachten. Hier gibt es meistens nur ein Konzept, was auf alle Schüler, mit oder ohne Benachteiligung, gleichermaßen angewendet wird. Jianghong Li (2012) schreibt „Was jedoch in der umfangreichen soziologischen Literatur (...) noch so gut wie gar nicht behandelt wurde, ist die bedeutende Rolle, die die Gesundheit als Teil des Humankapitals im Prozess des Bildungserwerbs spielt.“

Im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojekts wurden Interviews mit jungen Leuten in Bildungs- und Sozialeinrichtungen durchgeführt und ihr biografischer Bildungsweg unter der Berücksichtigung der Entwicklung ihres Gesundheitszustands und ggf. vorhandenen sozialen Benachteiligungen retrospektiv analysiert. Es wurde eng mit der Einrichtung für berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen zusammengearbeitet, in der die jungen Menschen befragt wurden. Diese Einrichtung besuchen Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 17 und 25 Jahren, die keinen Schulabschluss erworben haben bzw. eine Erstausbildung suchen. Die Untersuchungsgruppe setzte sich aus Individuen zusammen, die in der Vergangenheit nicht erfolgreich beim Bildungserwerb waren. Im Gegensatz zu erfolgreichen Jugendlichen ist es bei dieser Gruppe notwendig, Erkenntnisse darüber zu erlangen, wie die Situation verbessert werden kann. Aufgrund der Alters- sowie der Gruppenstruktur eignet sich die oben genannte Einrichtung gut für die geplante empirische Untersuchung. Ein Schlüssel zur Verbesserung der Situation ist, die subjektiven Theorien der Heranwachsenden zu verstehen und zu ergründen. Besonders aufschlussreich sind die Ursachen aus Sicht der Interviewten, die z. B. zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder zum

Alkohol- oder Drogenkonsum beigetragen haben und ob diese Ursachen mit einer sozialen Benachteiligung zusammenhängen. Faltermaier (1994) hat in seiner qualitativen Interviewstudie zu subjektiven Theorien zum Thema Gesundheit 10 unterschiedliche Typen von Theorien herausgearbeitet.

Neben der Gesundheit sind auch die Bereiche Bildung und soziale Situation von Relevanz für dieses Projekt. Hauptthema dieser Forschung sind die subjektiven Theorien zu den Zusammenhängen zwischen diesen drei Bereichen.

Bei der Erforschung subjektiver Theorien ist man mit der Herausforderung konfrontiert, dass bislang kaum Studien zum Zusammenhang zwischen drei so wichtigen Komponenten wie Bildung, Gesundheit und soziale Benachteiligung erprobt und validiert wurden. Die qualitative Interviewstudie trägt zum überschaubaren Forschungsbestand bei, indem sie alle drei Dimensionen erfasst.

Diese Interviewstudie bildet die Basis für die Erhebung subjektiver Theorien in der konkreten Zielgruppe. In den Interviews wurde angestrebt, subjektive Gesundheits- und Bildungstheorien beziehungsweise soziale Ursachenzuschreibungen zu identifizieren und in einem gemeinsamen Kontext zu betrachten. Das Subjekt hat ähnlich wie die Wissenschaftler „bestimmte Annahmen über sich und die Welt. Diese Annahmen hängen in sich zusammen, sind thematisch miteinander verknüpft, weshalb dabei auch von «Theorie» die Rede ist.“ (Flick, 1998, S. 13). Die subjektiven Theorien der Individuen über den Zusammenhang der drei Bereiche wurden untersucht, wobei ihre individuellen Erfahrungen mit den Bereichen dabei eine wichtige Rolle für ihre Theoriebildung spielten. Zu den Erfahrungen gehörten nicht nur die individuellen, persönlichen Erfahrungen, sondern auch die sekundären aus dem Umfeld der Individuen wahrgenommenen Informationen, die ebenfalls zu einer Erkenntnis geführt haben können. Der Forschungsmittelpunkt dabei war, zu ergründen, ob die Individuen aus ihren Erfahrungen subjektive Theorien über Zusammenhänge der drei Dimensionen sozialer Ungleichheit entwickelt haben und diese anschließend zu analysieren. Dabei waren neben den subjektiven Theorien hinsichtlich der eigenen Biografie auch Theorien über allgemeine Zusammenhänge der Bereiche von Interesse. Die subjektiven Theorien sollten nicht auf ihre Übereinstimmung mit wissenschaftlichen Erkenntnissen oder den eigenen Theorien zu untersucht und beurteilt werden. Jede Theorie steht für sich selbst und ist für diese Arbeit als gleichwertig anzusehen. Daher ist die Plausibilität der Theorien irrelevant. Durch die Analyse der subjektiven Theorien können Lücken in der Aufklärung der jungen Menschen erforscht werden, die wiederum zu neuen Erkenntnissen für die Entwicklung von zielgruppenadäquaten Präventionsprogrammen

führen.

Hintergrund und Forschungsstand

Bevor die konkrete Studie und deren Ergebnisse beschrieben werden, werden in diesem Kapitel die bereits bestehenden Kenntnisse über die Zusammenhänge der drei Bereiche dargestellt. Die angeführten Zusammenhänge sind nicht, wie in der vorliegenden Untersuchung, aus der Sicht der Jugendlichen abgeleitet worden, sondern basieren auf Studien, die bei Jugendlichen durchgeführt wurden. Die Zusammenhänge sind dabei von den jeweiligen Wissenschaftlern aufgestellt worden.

Historie der Gesundheitsförderung/forschung

Geschichtlich gesehen hat sich die Gesundheitsförderung in der Zeit der „sanitären Reformen“ und „Sozialhygiene“ des 19. Jahrhunderts entwickelt, was eng mit dem Anfang der „Öffentlichen Gesundheitspflege“ (Public Health) und „der gesundheitlichen Aufklärung“ sowie „Gesundheitsentwicklung“ zusammenhing. Dazu haben zahlreiche Krankheitsepidemien in den Industrieländern beigetragen. Die nächste Entwicklungsphase der Gesundheitsförderung erfolgte in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Der Ausgangspunkt dafür waren die Zivilisationskrankheiten und die Risikofaktoren. Aufgrund von veränderten Morbiditäts- und Mortalitätsstrukturen wurde man auf die Lebensweise und das Lebensverhalten der Menschheit aufmerksam. In vielen Ländern wurden aufgrund dessen Stellen für die gesundheitliche Aufklärung gegründet. So entstand 1954 in Deutschland der „Bundesausschuss für gesundheitliche Volksbelehrung“ (heute „Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.“). 1967 wurde die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) tätig als Fachbehörde des Bundesministeriums für Gesundheit. Zu deren Aufgaben gehört unter anderem die Koordinierung und Verstärkung der gesundheitlichen Aufklärung und die Gesundheitserziehung im Bundesgebiet (vgl. Naidoo, 2010; S. 80). Weiterhin trug die Weltgesundheitsorganisation (WHO) maßgeblich dazu bei, die Wichtigkeit der Gesundheitsförderung zu unterstreichen und diesem Thema internationale Aufmerksamkeit zu verschaffen.

Im Jahr 1986 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) der Begriff der Gesundheitsförderung geprägt. In der Ottawa-Charta wurden dabei die Grundgedanken zur Gesundheitsförderung festgelegt, die in den folgenden Jahren weiter ausgearbeitet wurden. Die in der Ottawa-Charta formulierten Grundsätze zur Gesundheitsförderung gelten bis heute als Hauptrahmen für die Praxis der Gesundheitsförderung (vgl. Naidoo, 2010; S. 85). Die

Zielsetzung war dabei, allen Menschen durch Aufklärung und Entwicklung von Fördermaßnahmen mehr Möglichkeiten zur Selbstbestimmung und Einflussnahme auf ihre eigene Gesundheit zu geben, um dadurch schließlich auch die Gesundheitssituation zu verbessern. Unter Gesundheit ist dabei nicht nur die körperliche, medizinische Gesundheit zu verstehen, sondern es sind auch die sozialen Aspekte und das allgemeine Wohlbefinden eingeschlossen. Die Gesundheit ist also nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern eine allgemeine positive Lebensgestaltung im Alltag, die voraussetzt, dass die Menschen Zugriff auf benötigte Ressourcen haben, um auch an Veränderungsprozessen in ihrer Umwelt mitzuwirken.

Gesundheit von Jugendlichen

Bereits im Jahr 1982 beschlossen Forscher aus Großbritannien, Finnland und Norwegen mehr über die Gesundheit von Jugendlichen zu erfahren. Zu dieser Zeit gab es nur wenige wissenschaftlich abgesicherte Daten zur Jugendgesundheit und diese waren auch nicht international vergleichbar, da jedes Land seine eigenen spezifischen Methoden hatte. Daher wurde ein für einen längeren Zeitraum angelegtes Forschungsvorhaben eingeführt, das man als „Health Behaviour in schoolaged Children“ (HBSC) bezeichnete. Mit der Zeit vergrößerte sich die Anzahl der teilnehmenden Länder und ab dem Jahr 1993 nahm auch Deutschland an dieser Studie teil. Zum aktuellen Zeitpunkt wird die Schülerumfrage in 43 Staaten angewendet. Unter der Leitung von Prof. Dr. Klocke, Prof. Dr. Kolip, Prof. Dr. phil. Ulrike Ravens-Sieberer, Prof. Dr. Matthias Richter und Prof. Dr. Wolfgang Melzer werden Umfragen zur Gesundheit der Jugendlichen an deutschen Schulen durchgeführt. Dabei werden die Jugendlichen im Alter von 11 bis 15 Jahren nach einem standardisierten Verfahren befragt. Aus der großen Datenmenge lassen sich sehr viele Aussagen zu unterschiedlichen Themengebieten ableiten, die hier nicht alle im Einzelnen aufgeführt werden können. Einige grundsätzliche Erkenntnisse sind, dass sich die Gesundheit der Schüler im Zeitraum von 2002-2010 verbessert hat und dass Mädchen und ältere Jugendliche größere Einschränkungen in der Gesundheit haben (Ottova et al., 2012; S. 15). Bei 13- und 15-Jährigen kommt das Untergewicht seltener vor, Übergewicht hat aber eine steigende Tendenz (Schmechtig et al., 2012; S. 25). Der regelmäßige Konsum von Alkohol und Tabak ist bei den Jugendlichen im Beobachtungszeitraum gesunken (Richter et al., 2012; S. 42). Bezüglich des Drogenkonsums gibt es kaum Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen (Bucksch et al., 2012; S. 56). Die gesundheitlichen Auswirkungen sozialer Benachteiligung sind hingegen nicht zurückgegangen. Hier gibt es immer noch einen Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und schlechterem Gesundheitsempfinden (Moor et al., 2012; S. 50). Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen zeigen sich beim Essverhalten und bei sportlichen Aktivitäten. Nach wie vor sind Jungen aktiver im Sport und

Mädchen ernähren sich öfter von Obst und Gemüse, lassen aber auch öfter Mahlzeiten aus oder machen häufiger Diäten (Bucksch et al., 2012; S. 61). Auch das Mobbing-Verhalten wurde im Zusammenhang mit der HBSC-Studie untersucht, da es sich auf die Gesundheit der Opfer auswirkt. Hier zeigt die Studie positive Tendenzen und führt diese zurück auf die eingeführten Aufklärungs- und Präventionsprogramme an den Schulen zum Thema Mobbing (Melzer et al., 2012; S. 76).

Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Benachteiligung

Im Jahr 2003 wurde auf Initiative der BZgA der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ gegründet. Zum Verbund gehören zurzeit 57 Organisationen mit dem Thema Gesundheitliche Chancengleichheit und mit dem Schwerpunkt der Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen, bei Arbeitslosen und bei Älteren. Der Kooperationsverbund unterstützt intensiv die Gesundheitsförderung der sozial Benachteiligten mit der Aufgabe der Koordinierungsstelle in Deutschland auf der Landesebene. Die Koordinierungsstellen setzen eigene inhaltliche Schwerpunkte landesweiter Arbeit, zum Beispiel zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit im frühen Kindesalter oder zur Bewegungs- und Rauchprävention usw.

„Bislang haben nur die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) im Rahmen von §20 des Sozialgesetzbuches (SGB V) den gesetzlichen Auftrag, «einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen» zu leisten.“ (Geene, Gold, 2009; S. 92)

Trotz der großen Wichtigkeit des Themas gibt es nur einige statistische Erhebungen dazu. Insbesondere gibt es keine Daten zum Thema Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen ohne dauerhaften Aufenthalt. In den Jahren 2003 bis 2006 wurde zum ersten Mal vom Robert Koch-Institut der Kinder und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) durchgeführt. Die Zielsetzung dieser bundesweit durchgeführten Studie war es, umfassende und repräsentative Informationen zum Gesundheitszustand und zum Lebensstil von ca. 18.000 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren zu liefern. Die Daten bewiesen die Notwendigkeit koordinierter, ressortübergreifender Maßnahmen, mit dem Ziel Kindergesundheit zu stärken und gesundheitliche Chancengleichheit der nachwachsenden Generation zu fördern.

In der Literatur wird ein Zusammenhang zwischen der Gesundheit und den sozialen Rahmenbedingungen der Jugendlichen beschrieben. Dabei werden je nach Quelle

unterschiedliche Aspekte der Gesundheit und der sozialen Rahmenbedingungen betrachtet. Die verschiedenen Aspekte sind zusammengefasst in der Abbildung 1 dargestellt.

Badura (2003) beschreibt, dass Jugendliche, die über Zugang zu guten sozialen Ressourcen verfügen, seltener zu gesundheitsgefährdenden Verhalten neigen und auch im Krankheitsfall einen besseren Krankheitsverlauf haben:

„Kinder und Jugendliche mit starken sozialen Ressourcen (z.B. soziale Unterstützung, gute Beziehungsqualität zu Gleichaltrigen) und persönlichen Ressourcen (z.B. positives Selbstkonzept, Selbstsicherheit) neigen vergleichsweise weniger zu Risikoverhaltensweisen, entwickeln seltener psychosoziale Störungsbilder und kommen auch mit chronischen Erkrankungen besser zurecht.“ (Badura 2003, S.4)

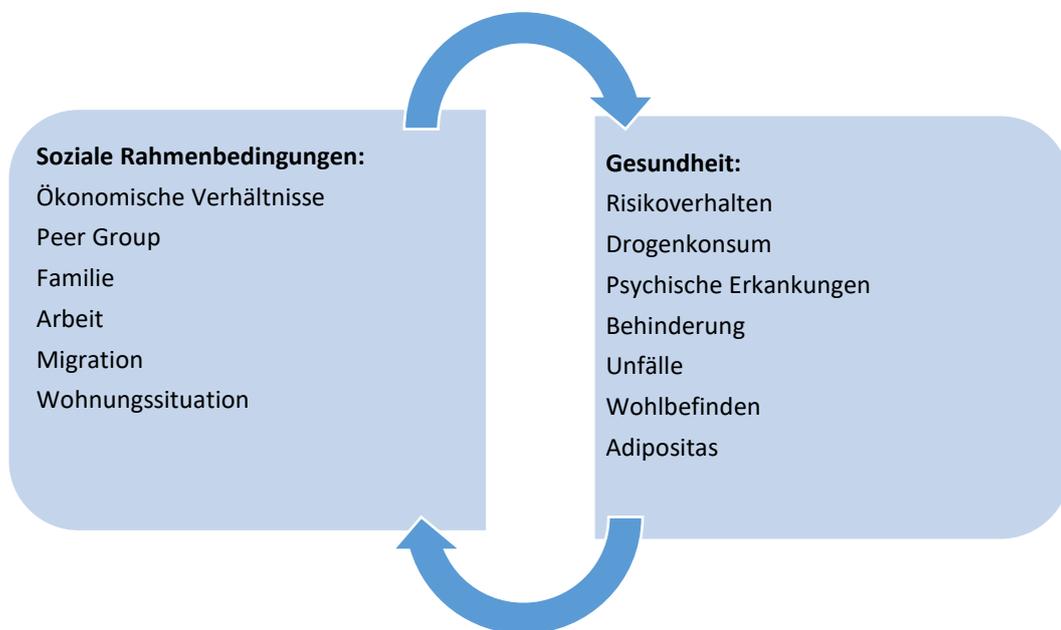


Abbildung 1: Übersicht der Zusammenhänge zwischen den sozialen Rahmenbedingungen und der Gesundheit von Jugendlichen

Die Peer Group spielt bei den Heranwachsenden eine besondere Bedeutung und wirkt sich auch auf das Gesundheitsverhalten aus, insbesondere wenn es um das Rauchen geht. Mittag und Jerusalem (1999) haben in einer Studie untersucht, wie das Rauchverhalten durch die zwei besten Freunde beeinflusst wird unter Berücksichtigung der eigenen Widerstandsgewissheit. Die Widerstandsgewissheit sagt aus, wie viel Vertrauen die Personen in sich selbst haben, sich dem Gruppendruck erfolgreich widersetzen zu können. Das Ergebnis zeigte, dass sich Personen mit hoher Widerstandsgewissheit tatsächlich seltener zu Rauchern werden, auch dann, wenn ihre besten Freunde zu den Rauchern zählen. Personen mit niedriger Widerstandsgewissheit in Kombination mit einem oder zwei rauchenden besten Freunden haben ein besonders hohes Risiko ebenfalls zu Rauchern zu werden. Rauchen die Freunde nicht, ist das Risiko auch für

Personen mit niedriger Widerstandsgewissheit geringer zum Raucher zu werden. Das Ergebnis zeigt, dass sowohl die Peer Group als auch Charaktereigenschaften einen großen Einfluss auf das Rauchverhalten haben.

Psychosomatische Krankheiten werden u. a. durch die Einflussfaktoren familiärer Stress, Substanzabhängigkeiten in der Familie und niedriger sozioökonomischer Status begünstigt (LIGA, 2010). In der Literatur (Hurrelmann 2002; Hurrelmann & Andresen, 2010; Klocke & Becker, 2003; Kim et al., 2007; RKI, 2008) wird Kindern mit niedrigerem sozioökonomischem Status ein höheres Risiko zugeschrieben, an psychischen Störungen oder Verhaltensproblemen zu erkranken. Ein psychisches Wohlbefinden tritt bei sozial schlechter gestellten Jugendlichen ebenfalls weniger häufig auf (Ravens-Sieberer et al., 2003).

Ein weiterer Einflussfaktor auf die (psychische) Gesundheit ist die Familiensituation und im speziellen die Beziehung der Jugendlichen zu den Eltern. Eine gute emotionale Beziehung zu den Eltern bereits in der Kindheit bedeutet eine positive Persönlichkeitsentwicklung und die Fähigkeit erfolgreiche Bewältigungsstrategien entwickeln zu können. Dadurch sinkt die Anfälligkeit für psychische Erkrankungen im späteren Leben:

„Darüber hinaus ist die emotionale Beziehung zu den Eltern ein entscheidendes Kriterium für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Je besser die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung, desto positiver ist in der Regel die psycho-soziale Gesundheit der Jugendlichen (Klocke & Becker, 2003). Der 13. Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ, 2009) betont die Bedeutung einer sicheren Eltern-Kind-Bindung im frühen Kindesalter, die entscheidend für die positive Persönlichkeitsentwicklung, das Sozialverhalten und die Entwicklung erfolgreicher Bewältigungsstrategien ist.“ (LIGA, 2010)

Hurrelmann et al. 2006 und Langness et al. 2006 beschreiben einen Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und der Qualität der Beziehung zu den Eltern. Je höher der soziale Status desto besser ist auch die Beziehung zu den Eltern im Durchschnitt. Damit tritt ein hoher sozialer Status meistens gemeinsam mit einer guten Eltern-Kind-Beziehung auf, was wiederum eine gute Voraussetzung für ein psychisches Wohlbefinden bedeutet. Die KiGGS Studie zeigte ebenfalls, dass der soziale Status der Familie einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit der Kinder hat. Je niedriger der soziale Status der Familie desto öfter trat bei den Kindern Hyperaktivität auf.

„Bei Kindern aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status wurde

ADHS häufiger diagnostiziert (6,4 %) als bei Kindern aus Familien mit mittlerem (5,0 %) und höherem sozioökonomischen Status (3,2 %).“ (RKI 2008, S. 50)

Eine Analyse der Mikrozensusdaten 2005 (Hollederer, 2010) konnte einen Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit der Eltern und dem Gesundheitszustand der Kinder aufzeigen.

„So weisen Kinder von Arbeitssuchenden im Vergleich zu Kindern von Erwerbstätigen einen höheren Krankenstand (4,3 % versus 3,3 %) und einen größeren Anteil an anerkannten Behinderungen (1,6 % versus 1,0 %) auf.“ (LIGA, 2010)

In einigen Studien zum Thema Gesundheit bei Jugendlichen wird zusätzlich auch der Migrationsstatus erfasst und ausgewertet. In Beiträgen zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes vom Robert Koch-Institut wird die Problematik bei der Untersuchung des Ernährungsverhaltens von Migranten beschrieben. Es gibt keine großangelegten repräsentativen Studien, da die Gesamtheit der Migranten eine sehr heterogene Gruppe darstellt, die durch unterschiedliche Kulturen und Biographien geprägt ist. Häufig wird in bestehenden Studien nur ein Teil der Migranten berücksichtigt, z. B. nur deutschsprachige Migranten oder Migranten aus bestimmten Herkunftsländern. Regionale Studien kommen häufig zu dem Ergebnis, dass sich Erwachsene Migranten eher nach den Ernährungsempfehlungen ernähren als die einheimische Bevölkerung und dass sie überwiegend an den traditionellen Ernährungsgewohnheiten festhalten. Allerdings sind auch Veränderungen in der Ernährung wie die Verwendung von im Herkunftsland unüblichen Produkten festzustellen (RKI, Beiträge, 2008; S. 44). Es zeichnet sich für die Gruppe der Migranten kein einheitliches Bild ab. Während in einer Studie Migranten eher gesünderes Ernährungsverhalten zugeschrieben wird, beschreibt eine andere Studie eher ungesünderes. Diese Untersuchungen stellen keinen Widerspruch dar, sondern verdeutlichen, dass das Ernährungsverhalten von einer Vielzahl weiterer Faktoren, wie z. B. dem Grad der Integration, Aufenthaltsdauer, Generation, Sprachkenntnissen und Nationalität abhängt (RKI, Beiträge, 2008, S. 44).

In der KiGGS-Studie wird insbesondere türkischstämmigen Migranten ein eher ungünstiges Ernährungsverhalten zugeschrieben, weil sie häufig eine größere Affinität zu Softdrinks, Fast Food und Süßigkeiten haben. Da Kinder mit Migrationshintergrund aber auch überproportional in der Gruppe mit einem niedrigeren Sozialstatus vertreten sind (RKI, Gesundheitsberichterstattung, 2008), bleibt ungeklärt, ob die schlechteren Ernährungsgewohnheiten mehr durch den sozialen Status oder den Migrationshintergrund verursacht werden. Der Bericht (Beauftragte; 8. Bericht, 2010; S. 214,) beschreibt auch, dass Kinder mit Migrationshintergrund häufiger übergewichtig bzw. adipös sind. Hier wird

allerdings zwischen der ersten Generation von Migranten und der in Deutschland geborenen Generation unterschieden. Während in der ersten Generation das Übergewicht unabhängig von sozialen Status ist, kann man bei der jüngeren Generation sagen, dass der soziale Status einen ebenso bedeutenden Einfluss hat wie bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Das bedeutet, dass der Grund für Übergewicht in der ersten Generation auf die Migration zurückzuführen ist, während er bei in Deutschland geborenen Kindern mit Migrationshintergrund eher auf sozialstrukturellen Einflüssen beruht.

Die Studie des Robert Koch Instituts (RKI, 2008B) kommt zu dem Schluss, dass es bei der gesunden Ernährung keine wesentlichen Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund bestehen, lediglich beim Konsum von Süßigkeiten wurden Unterschiede festgestellt. „Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund überschreiten signifikant häufiger die maximal geduldete Menge an Süßigkeiten als Kinder aus Familien ohne Migrationshintergrund.“ (RKI, 2008B)

Einige Veröffentlichungen beschreiben, dass ein erhöhtes Gesundheitsrisiko von Migranten auch in den nachfolgenden Generationen bestehen bleibt. Razum und Spallek (Razum & Spallek, 2009) beschreiben eine Gruppe von Migranten aus Südasien, England und Schottland, deren Gewohnheiten sich mit der Zeit dem „westlichen“ Lebensstil anpassen. Sie vermuten, dass eine erhöhte Insulinresistenz der Migranten im Zusammenhang mit einer fettreicheren Ernährung und Bewegungsmangel die Ursache dafür ist, dass das Herzinfarktrisiko bei dieser Gruppe größer ist als das Risiko im Herkunftsland und im Zielland. Hier hat das erhöhte Gesundheitsrisiko also medizinische Ursachen, die auch über Generationen erhalten bleiben können. Dabei sei allerdings darauf hingewiesen, dass es sich bei dieser plausiblen Erklärung laut eigener Aussage um eine Vermutung handelt.

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Gesundheitszustand und Migration gibt es unterschiedliche Sichtweisen. Auf der einen Seite haben Menschen mit Migrationshintergrund „in einigen Bereichen eine schlechtere Gesundheit als die übrige Bevölkerung (...). Auch in Bezug auf die Prävention und die medizinische und pflegerische Versorgung stellt sich die Situation von Migranten (...) zum Teil ungünstiger dar als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.“ (Datenreport, 2011)

In der Untersuchung des RKI (RKI, 2008), gibt es hingegen auch Aspekte, bei denen die Jugendlichen mit Migrationshintergrund gesundheitlich besser gestellt sind. Jugendliche ohne

Migrationshintergrund leiden seltener unter Heuschnupfen und Neurodermitis und bekommen seltener Keuchhusten, Windpocken und Scharlach (RKI, 2008).

„Viele Studien weisen auf die Bedeutung relativ schlechter Wohnungsausstattung und Wohnlage und die ungünstigere Erreichbarkeit von sozialen Infrastruktureinrichtungen wie Kindergärten, Schulen, Arztpraxen, Präventions- und Pflegediensten hin“. (Klein (1996) zitiert in Hurrelmann (2000))

Wenn Krankheiten durch gesellschaftliche Faktoren verursacht werden, spricht man von der Soziogenese. Die Soziogenese stellt ein zentrales Thema bei der analytischen Untersuchung des Gesundheitsstatus von Migranten dar (Weiss, 2005; S. 42). Empirische Untersuchungen zu diesem Thema gehören zum Fachgebiet der Sozialepidemiologie. Weit verbreitet ist die Erkenntnis, dass soziale Benachteiligung zu einem schlechteren Gesundheitszustand führt, allerdings gilt auch das umgekehrte Ursache-Wirkungs-Prinzip, dass mangelnde Gesundheit zur sozialen Ungleichheit führen kann.

Um die soziale Ungleichheit zu betrachten, reicht es nicht aus, nur die ökonomischen Aspekte zu untersuchen. Bourdieu beschreibt drei Kategorien von Kapital: das ökonomische Kapital, das kulturelle Kapital und das soziale Kapital. (Bourdieu, 1983) Alle drei Formen des Kapitals können durch unterschiedliche Prozesse von den Eltern auf die Kinder transferiert werden. Die Fähigkeit das kulturelle Kapital und insbesondere das inkorporierte Kapital, wozu auch der Bildungserwerb zählt, anzuhäufen, hängt davon ab, wie viel kulturelles Kapital die Eltern besitzen und bereits in die Kinder investiert haben. Die Übertragung von inkorporiertem Kapital erweist sich am schwierigsten, da dazu Zeit investiert werden muss. Diese Zeit lässt sich nicht durch den Einsatz von ökonomischen Kapital verkürzen. Die Aufgabe der Übertragung kann auch nur an Personen delegiert werden, die ebenfalls inkorporiertes Kapital besitzen. Daher gehört der Bildungserwerb zu den am schwierigsten zu transferierenden Kapitalarten. Die soziale Benachteiligung kann in alle drei Kapitalarten eingeordnet werden. Soziale Benachteiligung aufgrund finanzieller Faktoren gehört zum ökonomischen Kapital. Soziale Benachteiligung aufgrund von Wissen oder Kultur gehört zum kulturellen Kapital und die soziale Benachteiligung aufgrund fehlender sozialer Kontakte lässt sich dem sozialen Kapital zuordnen. Eine neuere Sichtweise besteht darin, den Körper bzw. die Gesundheit ebenfalls als eine Art von Kapital anzusehen, da er die Aspekte des Kapitals erfüllt. Im Laufe des Lebens kann das Kapital angehäuft werden und die Kapitalformen können ineinander umgewandelt werden. So lässt sich durch den Einsatz von Zeit, die mit dem Training des Körpers verbracht wird, die Leistungsfähigkeit des Körpers steigern. Professionelle Sportler nutzen diese

Umwandlung, um anschließend wieder das Kapital des Körpers in ökonomisches Kapital umzusetzen. Genauso kann ökonomisches Kapital dazu verwendet werden, das körperliche Kapital zu erhöhen, indem davon zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen bezahlt werden, gesunde Ernährung finanziert wird oder Operationen durchgeführt werden. Bourdieu ordnet das körperliche Kapital allerdings nicht als eigenständige Art des Kapitals ein, sondern zählt es zum symbolischen Kapital. Das symbolische Kapital ist dabei eine übergeordnete Kapitalform, die sich aus den drei anderen Kapitalformen ergibt und als Prestige oder Ansehen verstanden werden kann.

Das bereits erwähnte Salutogenese Modell von Antonovsky wurde von Faltermaier aufgegriffen und erweitert. Im ursprünglichen Modell der Salutogenese von Antonovsky wurde eine Subjektdimension, „die ergänzend zu dem reaktiven Bewältigungshandeln auch eine direkte und bewußte Einflußnahme des Individuums auf das Gesundheitskontinuum möglich macht“ (Faltermaier, 1998, S. 28), nicht berücksichtigt. Daher hat Faltermaier das theoretische Modell um die Subjektebene erweitert. Diese sagt aus, dass das Gesundheitshandeln einen direkten Einfluss auf das Gesundheitskontinuum hat. Dieses Handeln kann auch ohne das Vorhandensein von Stressoren ausgeführt werden. Die Handlung hängt vom Gesundheitsbewusstsein ab, das wiederum auf den individuellen Lebenserfahrungen der einzelnen Personen basiert. Die Personen entwickeln auf Basis ihrer Lebenserfahrungen ihre eigenen Vorstellungen und subjektiven Theorien zur Gesundheit.

Verschiedene Begriffe werden im Zusammenhang von Untersuchungen zu den subjektiven Vorstellungen von Gesundheit verwendet: Einstellungen, Überzeugungen, Attributionen, subjektive Theorien, subjektive Konzepte, Laienbegriffe, Repräsentationen oder Alltagswissen von Gesundheit (vgl. Faltermaier, 1994, S. 74). Groeben & Scheele definieren subjektive Theorien als „Kognitionen der Selbst- und Weltsicht, als komplexes Aggregat mit (zumindest impliziter) Argumentationsstruktur, das auch die zu objektiven (wissenschaftlichen) Theorien parallelen Funktionen der Erklärung, Prognose, Technologie erfüllt.“ (Groeben 1988a, 19).

„Durch seine subjektive Theorie wird das Subjekt zum Experten für einen bestimmten Lebensbereich.“ (Flick, 1998, S. 14) Subjektive Theorien ermöglichen die Vorhersage künftiger Ereignisse, erleichtern die Entwicklung von Handlungsempfehlungen bzw. dienen der Stabilisierung und Optimierung des Selbstwertes. (vgl. Flick, 1998, S. 14)

Zusammenhang zwischen Gesundheit und Bildung

Den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Bildung kann man unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachten. Die allgemeinbildenden Schulen stellen für die Jugendlichen eine

der wichtigsten Einrichtungen zur Erlangung von Bildung dar. Jeder Jugendliche (in Deutschland) ist verpflichtet die Schule zu besuchen und die Schule bedeutet unweigerlich einen Mittelpunkt im Leben des Jugendlichen. Hier finden die meisten sozialen Kontakte statt und kommt zur Bildung von Peer Gruppen. Daher eignet sich die Schule besonders gut, um Jugendliche aus allen sozialen Schichten und von unterschiedlicher Herkunft gemeinsam zu erreichen. Das Setting „Schule“ ist also bei der Vermittlung von Gesundheitswissen, bei Präventionsprogrammen und auch bei der Durchführung von Studien von besonderer Bedeutung. Den Lehrern kommt dabei eine besondere Rolle zu. Sie bilden die Bezugspersonen, die eine emotionale Bindung zu den Jugendlichen haben und deren individuelle Biographien kennen. Daher können sie das allgemeine Gesundheitswissen individuell angepasst an die einzelnen Jugendlichen vermitteln. Die individuelle Ansprache führt zur erhöhten Aufmerksamkeit zum besseren Verständnis des jeweiligen Themas. Ein weiterer Vorteil des Setting Schule zur Ansprache von Jugendlichen zu Gesundheitsthemen ist, dass die Vermittlung des Wissens zentral planbar ist. So können Jugendliche zu bestimmten Themen (z. B. Rauchen oder Sexualkunde) in einem bestimmten Alter angesprochen werden. Wenn die Gesundheitsthemen im Lehrplan vorgesehen werden, kann sichergestellt werden, dass alle Jugendlichen in dem Alter auch erreicht werden.

In der Vergangenheit wurden daher Präventionsmaßnahmen zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen in der Schule durchgeführt:

- Gewaltprävention (Verbeek & Petermann 1999)
- AIDS Prävention (Kleiber et al. 1998; Pforr 1997; Rotheram-Borus et al. 1995 zitiert in: Badura 2003)
- Ernährungsverhalten (Jacobson et al. 1997 zitiert in: Badura 2003)
- Suchtpräventionen (vgl. Bruvold 1993; Fischer 2002; Hansen 1992; Jerusalem 1999; Tobler et al. 1999; Tobler & Stratton 1997)
- Mobbing (Zentrale Geschäftsstelle und Landesausschuss des „Netzwerks gegen Gewalt“ der Hessischen Landesregierung 2015)
- Ernährungs- & Verbraucherbildung (Schule & Gesundheit HKM, 2016)

Ein weiterer Gesichtspunkt bezüglich des Zusammenhangs zwischen Bildung und Gesundheit beschäftigt sich mit der Frage, ob sich der Gesundheitsstatus von Jugendlichen in den unterschiedlichen Schulformen unterscheidet. Altenhöher, Philippi und Böcken kamen zu

Folgender Erkenntnis: „Im Gesundheitszustand zeigten sich Differenzen in Abhängigkeit von der Schicht und Bildung. Befragte mit niedrigerem Sozialstatus oder geringerer schulischer Bildung wiesen einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand auf als Personen mit höherem Status bzw. (Fach-) Abitur.“ (Altenhöher, T.; Philippi M., Böcken J. 2014) Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch die HBSC Studie. Dort heißt es „Unabhängig vom Geschlecht berichten Hauptschüler häufiger über eine negative gesundheitliche Situation als Gymnasiasten.“ (Bohn, Rathmann, Richter 2010)

Hurrelmann führt zur Erklärung der Abhängigkeit des Gesundheitszustands vom Bildungsstand vier Wirkmechanismen an (Hurrelmann 2000). Ein niedriger Bildungsstand führt zu einem geringen Selbstvertrauen zur Bewältigung von beruflichen und sozialen Problemen. Weiterhin besteht weniger Wissen über die Erhaltung der Gesundheit und eine unzureichende Fähigkeit zur Konflikt- oder Krankheitsbewältigung. Zusammen mit der geringen Kompetenz sich fachkundige Hilfe zu suchen, führen diese Punkte zu einer falscher Ernährung, zu wenig Bewegung, einem erhöhten Alkohol- und Drogenkonsum und zu unzureichendem Vorsorgeverhalten (vgl. Hurrelmann 2000).

Der schlechtere Gesundheitszustand kann auf ein „riskantes gesundheitsbezogenes Verhalten“ zurückgeführt werden.

„Personen mit geringerer Schulbildung, niedrigerem Einkommen oder unter beruflichen Statusgruppen scheinen in nahezu allen Bereichen ein riskanteres gesundheitsbezogenes Verhalten aufzuweisen. Sie rauchen häufiger, sind seltener sportlich aktiv und scheinen eine ungesündere Ernährungsweise zu haben. Ungünstige gesundheitsbezogene Verhaltensweisen werden dementsprechend auch als eine Komponente zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit angesehen.“ (Altenhöher, Philippi & Böcken 2014)

Die Schule trägt aber nicht immer nur zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Jugendlichen bei, sondern kann aus einer anderen Perspektive betrachtet gleichzeitig auch Auslöser für gesundheitliche Probleme sein. Untersuchungen zeigen, dass sich der Leistungsdruck in der Schule, der den Jugendlichen durch die Gesellschaft und die Eltern auferlegt wird, negativ auf die Gesundheit der Jugendlichen auswirken kann:

„Drohendes Schulversagen geht mit einem erheblichen Anstieg von delinquentem und aggressivem Verhalten, gesundheitlichen Beschwerden und Konsum legaler und illegaler Drogen einher. Der Erwartungsdruck der Eltern an die schulische

Leistungsfähigkeit ihrer Kinder ist angesichts der problematischen Lage am Arbeitsmarkt sehr stark. Nur 10% der Eltern wollen sich mit dem Schulabschluss der Hauptschule zufrieden geben, alle anderen erwarten Realschul- und Gymnasialabschluss. Zeichnet sich ab, dass die Erwartung der Eltern nicht realisiert werden kann, reagieren viele der betroffenen Jugendlichen mit psychosozialen und psychosomatischen Symptomen.“ (Hurrelmann, 2000)

Ungleiche Bildungschancen führen bei sozial Benachteiligten zu schlechteren Bildungsabschlüssen. Als Konsequenz ergeben sich finanzielle, psychische und soziale Belastungsmomente für die Jugendlichen (vgl. Erhart, Wille & Ravens-Sieberer 2008). Diese Belastungen wirken sich wiederum negativ auf den Gesundheitszustand aus.

Zusammenhang zwischen Bildung und sozialer Benachteiligung

Die Bildung und der soziale Status sind eng miteinander verbunden. Ein höherer Bildungsabschluss oft ist die Voraussetzung für besser bezahlte Arbeitsstellen. Das Ansehen in der Gesellschaft hängt wiederum stark vom Bildungsabschluss und dem ausgeübten Beruf ab. Ein hoher sozialer Status tritt daher meistens zusammen mit einem höheren Bildungsabschluss auf. Die Chancen auf einen erfolgreichen Bildungserwerb sind allerdings nicht für alle Jugendlichen gleich. Viele Studien haben die Faktoren untersucht, die die Chancen auf einen erfolgreichen Bildungserwerb verringern und damit zur Bildungsarmut bei Jugendlichen führen.

Bei diesen Faktoren kann man zwischen inneren- und außerschulischen Gesichtspunkten unterscheiden: Also Aspekten, die mit der Funktion des Schulsystems verbunden sind, u. a. Qualifikationen und den Kompetenzen des Schulpersonals, Organisation und Ausstattung der Schule, Methodik, Didaktik und Inhalt des Unterrichts und die Bildungsvoraussetzungen der Schule einschließlich der Unterstützungsmöglichkeiten ihrer Familien. Unter den außerschulischen Aspekten versteht man, alles was nicht im Einflussbereich der Schule liegt, wie zum Beispiel die persönlichen Verhältnisse innerhalb der Familie.

Die Analysen der PISA-Ergebnisse haben gezeigt, dass der familiäre Hintergrund einer der wichtigsten Punkte ist. Die Bildung der Eltern spielt die entscheidende Rolle bei der Leistungsförderung der Kinder. Ein niedriger Bildungsstand der Eltern hat einen starken negativen Einfluss auf die Lernergebnisse der Kinder. Diese Tatsache trägt im großen Umfang zur Bildungsarmut bei.

„So auch ist der Wissensvorsprung von Schülern, die in Haushalten mit mindestens zwei

Regalen voller Bücher leben, gegenüber Schülern in Haushalten mit weniger als einem Bücherbrett etwa doppelt so groß wie der durchschnittliche Wissensunterschied zwischen Schülern der siebten und achten Klasse.“(Wößmann, 2003)

Bildungsdefizite werden oft von einer Generation auf die nächste vererbt. 23 % der Männer und 28 % der Frauen in Westdeutschland (Jahr 2002) (Datenreport, 2006), die eine ungelernete Berufsposition haben, kommen aus Familien, in denen der Vater auch eine ungelernete Berufsposition hatte.

Diese Tatsache tritt vor allem bei Migrantenkinder auf. Analysen zum sozialen Hintergrund der Kinder zeigen, dass die Möglichkeiten des Elternhauses schon einen erheblichen Einfluss auf die vorschulische Entwicklung ihrer Kinder haben. „Je niedriger das Bildungsniveau der Eltern ist, desto seltener besuchen Kinder vorschulische Bildungseinrichtungen.“ (Datenreport, 2006). Besonders benachteiligt sind „Kinder aus Zuwandererfamilien, die bei der Einschulung zurückgestellt oder an die Sonderschule verwiesen werden.“ (Böhmer, 2006) Ein Niveauunterschied schon am Anfang des Bildungsverlaufs kann dementsprechend zu großen Ungleichheiten im späteren Lebensverlauf führen. So gesehen ist soziale Ungleichheit bezogen auf die Bildungsarmut sowohl eine Ursache für Bildungsarmut als auch ihre Folge.

Nicht nur der Bildungsstand der Eltern, sondern auch die Herkunft hat eine Auswirkung auf die Bildungsarmut. Die Aspekte der die Migrationsbiographie (Einreisealter, Immigrationsbiographie der Eltern) und die Möglichkeiten der Familie zur schulischen Unterstützung spielen eine Rolle beim Bildungsverlauf. Besonders benachteiligt sind diejenigen, die nicht ursprünglich in Deutschland geboren sind. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund (beide Eltern im Ausland geboren, einschließlich Spätaussiedler) haben im Vergleich zu Deutschen schlechtere Chancen, u. a. wegen mangelnder Sprachkenntnisse eine Realschule oder ein Gymnasium zu besuchen. „So haben deutsche Jugendliche rund dreimal bessere Chancen, von der Grundschule auf das Gymnasium zu wechseln, während Migrantenkinder ein fast neunmal höheres Risiko haben, in die Hauptschule zu wechseln.“ (Datenreport, 2006) Die problematische Bildungssituation wird sehr deutlich, wenn man Deutsche mit Migranten vergleicht. Beim Vergleich besuchen „44 % der ausländischen und nur 19 % der deutschen Jugendlichen eine Hauptschule, 17 % der ausländischen und 8,5 % der deutschen Jugendlichen erreichen keinen Schulabschluss. Die Ausbildungsquote von ausländischen Jugendlichen sinkt seit Mitte der 90er Jahre: 9,8 Prozent 1994 auf 4,4 % im Jahr 2005. Rund 40 % verbleiben ohne abgeschlossene Berufsausbildung (11 % der Deutschen).“ (Böhmer, 2006) Bezüglich der Nationalität der jungen Menschen „haben Migranten aus

Griechenland bessere Bildungschancen als die größte Ausländergruppe in Deutschland, die Türken. Die Italiener weisen sogar noch schlechtere Bildungserfolge als die Türken auf.“ (Datenreport, 2006) Was daraus folgt ist, dass es eine große Zahl von Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergründen gibt, die auf einem niedrigen Schulniveau bleiben. Nur wenige erreichen anschließend den Ausbildungsabschluss.

Anhand der PISA–Daten zur Lesekompetenz zeigt sich, dass sich im deutschen Schulsystem Unterschiede der ethnischen und sozioökonomischen Herkunft stärker auswirken als z.B. in der Schweiz oder in Frankreich.

Die PISA Studien haben das Ausmaß der Bildungschancen verdeutlicht. Je höher die Bildung, umso bessere Lebenschancen eröffnen sich dem Einzelnen. Bildung sichert also Wohlstand. Familien mit besseren Einkommen können dem Nachwuchs bessere Bildungschancen bieten.

Der Aspekt des Einkommens der Eltern lässt sich bei den Untersuchungen aber nicht ganz unabhängig vom Aspekt der Bildung der Eltern betrachten, da den besser gebildeten Eltern meistens auch damit automatisch ein höheres Einkommen zur Verfügung steht, was wiederum in die Ausbildung der Kinder investiert werden kann. Umgekehrt können sich viele Leute aus ärmeren Verhältnissen keinen Nachhilfeunterricht, keine Privatschulen und keine Auslandspraktika leisten.

Das gesamte Bildungs- und Ausbildungssystem hat eine Schlüsselfunktion für die Bewertung der Bildungsarmut. Die PISA Ergebnisse haben dem deutschen Schulsystem (Dreigliedrigkeit) eine weitgehend große Selektivität und Abhängigkeit des Schulerfolgs von sozialen und ethnischen Herkunft bescheinigt. Die frühe Trennung der Bildungswege im deutschen Schulsystem bedeutet ein Problem z.B. für die, deren soziale Lage ungünstig ist. Schüler mit Migrationshintergründen können dann ihren Rückstand bei schulischen Anforderungen gegenüber gebürtigen Deutschen kaum aufholen. Das dreigliedrige Bildungssystem in der Bundesrepublik erweist sich als so Faktor zur Bildungsungleichheit und verstärkt die Bildungsarmut.

Arme Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind einer massiven Bildungsbenachteiligung in der modernen Leistungsgesellschaft ausgesetzt (Herz 2010). Die Betroffenen befinden sich in einer ausweglosen Situation, aus der sie sich aus eigener Kraft nur sehr schwer befreien können. Anstelle die schwächeren zu fördern, werden diese Jugendlichen stigmatisiert und an den Rand der Gesellschaft gedrängt. Die Tendenz den Sozialstaat zugunsten einer neoliberalen Politik umzubauen verstärkt diese Entwicklung weiter.

„Statt individueller Förderung herrscht Zensuredruck, statt politisch proklamierter Bildungsgerechtigkeit die Aussonderung sozial benachteiligter SchülerInnen, wobei Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund oft mit einer doppelten Segregation konfrontiert sind. Das Risiko, dass schulische Entwicklung unter Armutsbedingungen scheitert, wird jedoch privatisiert.“ (Herz, 2010)

Die benachteiligten Schüler befinden sich in einem Teufelskreis aus Stigmatisierungen und dem Nicht-Erreichen von Leistungsanforderungen. Arme Kinder leiden besonders stark unter dem Leistungsdruck in der Schule.

„So leiden Kinder zwischen 6 und 11 Jahren häufiger unter Ängsten, die sich auf den Alltag beziehen. Besonders deutlich wird dieser Unterschied bei der Furcht vor schlechten Schulnoten, wonach ca. zwei Drittel der Kinder, die Armut erleben, von derartigen Ängsten bedrückt sind.“ (LIGA, 2010)

Dieses führt zu Schulphobien, Versagensängsten und diffuser Unlust, was wiederum die Leistungsfähigkeit der Schüler mindert. Ein ausreichender Schulabschluss, der zur Aufnahme einer qualifizierten Arbeitsstelle notwendig ist, ist somit fast nicht mehr zu erreichen (vgl Herz 2010).

Subjektive Theorien zur Gesundheit

Bis jetzt wurden nur wenige qualitative Studien zum Thema subjektive Gesundheitstheorien untersucht. In den durchgeführten Interviews sollten die Befragten über ihre persönlichen Erfahrungen zum Thema Gesundheit berichten. Aus diesen Interviews wurden dann die einzelnen subjektiven Theorien herausgearbeitet. Wie Faltermaier zusammenfasst, gibt es folgende Studien über subjektive Theorien von Krankheit z. B. von: Faller (1991), Faltermaier (1994), Filipp (1990), Flick (1991). Diese setzen sich mit spezifischen Krankheiten (wie Krebs, AIDS, Herz und Kreislauferkrankungen) auseinander und „konzentrieren sich dabei vor allem auf Ursachenvorstellungen, auf die Risikowahrnehmung und auf Kontrollüberzeugungen.“ (Faltermaier, 1998, S. 42.) Weitere subjektive Theorien von Gesundheit wurden von: Herzlich (1973), Crawford (1987), Pierret (1988), Mullen (1992) beschrieben.

Faltermaier hat in seiner qualitativen Interviewstudie 40 Personen zu ihren subjektiven Theorien zum Thema Gesundheit befragt und ist dabei auf 10 unterschiedliche Typen von Theorien gestoßen, z. B.: Gesundheit als Schicksal, Gesundheit als Folge von biologischen

Prozessen, Gesundheit als Folge von Umwelteinflüssen, Risikofaktorentheorie der Gesundheit; Bewegungstheorie der Gesundheit; Ernährungstheorie, Gesundheit als Folge von Arbeitsbelastungen, Theorie der Regeneration, Bewältigungstheorie, psychosomatische Theorie der Gesundheit (vgl. Faltermaier, 1998, S. 42). Dazu schreibt Faltermaier „Zum anderen ist der Gesundheitsbegriff multidimensional; er umfasst die folgenden Dimensionen:

- Abwesenheit von Krankheit,
- funktionale Leistungsfähigkeit,
- Reservoir an Energie und Stärke,
- körperliches und psychisches Wohlbefinden oder Gleichgewicht.“ (Faltermaier, 1994, S. 166)

Die Studie von Herzlich (1973) hat bereits hervorgebracht, dass „subjektive Vorstellungen von Gesundheit sozialen Normierungen unterliegen und weitaus facettenreicher sind als medizinische Definitionen vermuten lassen.“ (Kolip, Kuhlmann, 1998, S. 106)

Die Gesundheitsbiographie kann einen Einfluss auf die Entwicklung der Persönlichkeit haben (Faltermaier et al., 2001). Bei Jüngeren treten selten schwerwiegende Krankheiten auf, daher wird die die Persönlichkeitsentwicklung durch die Gesundheit nicht so stark beeinflusst wie bei älteren Menschen. Schwangerschaft und Menopause sind ebenfalls als starke körperliche Veränderungen anzusehen, die die Betroffenen dazu bringt, ihre Werte und Lebensgewohnheiten in Frage zu stellen und ggf. zu verändern. Auch der allmähliche Verlust der körperlichen Leistungsfähigkeit beim Alterungsprozess kann Sinneswandel auslösen und zu persönlichen Krisen führen (z. B. Midlife crisis).

Menschen aller Bevölkerungsschichten sind in der Lage differenzierte subjektive Theorien zur Gesundheit zu entwickeln. Diese Theorien führen bei Krankheitserlebnissen zu einer Selbstreflektion, die nicht nur zu einem veränderten Umgang mit Gesundheitsthemen führen kann, sondern darüber hinausgehend einen Entwicklungsprozess der Persönlichkeit anstoßen können. Grundlegende Werte, Überzeugungen, Lebenskonzepte und Prioritäten im Leben werden in Bezug auf die Krankheitserfahrungen neu bewertet und verändert (vgl. Faltermaier, 2001).

Bei den subjektiven Konzepten zur Gesundheit wird zwischen der negativen und der positiven Bestimmung unterschieden. Die negative Bestimmung der Gesundheit bezieht sich auf die

Abwesenheit von negativen Eigenschaften, wie zum Beispiel die Definition der Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit oder Schmerzen. Die positive Bestimmung orientiert sich an den positiven Aspekten, wie zum Beispiel: Leistungsfähigkeit, Wohlbefinden usw. Faltermaier beschreibt, dass bei den meisten Menschen die positive Bestimmung überwiegt (Faltermaier, 2015). Weiterhin gibt es in den wenigen vorhandenen Untersuchungen zur Abhängigkeit von der sozialen Schicht die Tendenz, dass in den unteren Schichten mehr negative und instrumentelle Bestimmungen als bei mittleren und höheren sozialen Schichten vorkommen, die eher positive Bestimmungen verwenden.

Es können vier Gesundheitskonzepte unterschieden werden, die beschreiben, wie sich die Gesundheit über die Zeit verändert. Die vier Gesundheitskonzepte basieren auf biographischen Untersuchungen (Faltermaier et al. 1998).

- On-Off Dynamik: Das bedeutet es gibt in der Vorstellung nur zwei Zustände, die sich gegenseitig ausschließen: Gesundheit und Krankheit. Weiche Übergänge oder Mischzustände sind in der Vorstellung nicht vorhanden.
- Reduktionsprozess: Diesem Konzept nach gibt es zu Beginn des Lebens einen gewissen maximalen Vorrat an Gesundheit, der im Laufe des Lebens durch Krankheiten, Altern, Gesundheitsrisiken immer weiter abnimmt.
- Regenerationsprozess: Ähnlich wie der Reduktionsprozess, nur dass der Vorrat an Gesundheit auch wieder durch günstige Bedingungen (z. B. gesunde Ernährung oder Erholungsphasen) wieder aufgeladen werden kann.
- Expansionsprozess: Dier Vorstellung nach, kann der Vorrat an Gesundheit den man zu Beginn hatte noch weiter vergrößert werden, d.h. die Gesundheit kann unbegrenzt gesteigert werden.

Bei den subjektiven Theorien zur Gesundheit, also den Vorstellungen durch welche Faktoren die Gesundheit oder Krankheit verursacht wird, wurden von Faltermaier (Faltermaier, 2015) vier Typen von Gesundheitstheorien rekonstruiert.

- Risikotheorien: Risikotheorien gehen davon aus, dass es bestimmte Risikofaktoren gibt, die die Gesundheit beeinflussen. Man unterscheidet zwischen externen Risikofaktoren z. B. Umwelteinflüssen und den Risiken, die selbst verursacht werden, wie z. B. Rauchen oder ungesunde Ernährung
- Ressourcentheorien: Bei den Ressourcentheorien hängt die Gesundheit von dem

Vorhandensein bestimmter Ressourcen ab, die die Gesundheit erhalten. Es gibt Ressourcen der eigenen Disposition (z. B. starke Persönlichkeit), Ressourcen der Lebensweise (z. B. befriedigende Arbeit) und Ressourcen der sozialen Umwelt (z. B. unterstützende Beziehungen). Das Entziehen dieser Ressourcen wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus.

- **Ausgleichs- und Balancetheorien:** Die Ausgleichs- und Balancetheorien gehen davon aus, dass zur Erhaltung der Gesundheit bestimmte Faktoren im Gleichgewicht sein müssen. Körperliche, psychische und soziale Kräfte müssen bezüglich Anforderungen, Bedürfnissen und Möglichkeiten in ein individuelles Gleichgewicht gebracht werden.
- **Schicksalstheorien:** Schicksalstheorien gehen davon aus, dass Krankheiten durch Schicksal oder Zufall entstehen und so die Gesundheit reduzieren.

(vgl. Faltermaier, 2015)

Methodik der Studie

Nachdem die Forschungsfrage feststand, mussten dafür geeignete Daten erhoben werden. Dazu wurden Interviews mit jungen Leuten in einer Bildungs- und Sozialeinrichtung durchgeführt mit Schwerpunkt auf ihren biografischen Bildungswegen unter der Berücksichtigung der Entwicklung ihres Gesundheitszustands und ggf. vorhandenen sozialen Benachteiligungen. Die Untersuchungsgruppe wurde durch ein theoretisches Sampling bestimmt. Die Kriterien dazu beruhen auf den folgenden Überlegungen. Die Interviewpartner sollten bereits volljährig sein, damit keine Vollmacht der Erziehungsberechtigten benötigt wird, um die Interviews durchzuführen. Der Prozess der Datenerhebung konnte dadurch wesentlich vereinfacht werden, da keine zeitaufwendigen und abstimmungsintensiven Vorbereitungen notwendig waren. Ein Nachteil keine Minderjährigen zu interviewen ergibt sich nicht, weil die jungen Erwachsenen ebenfalls aus der Zeit, als sie noch Minderjährig waren, berichten können. Vielmehr ergibt sich ein Vorteil, dass ältere Personen mehr erlebt haben und in ihrem Bildungsprozess weiter fortgeschritten sind. Sie haben unter Umständen auch schon erste Erfahrungen bei der Ausbildungssuche, im Berufsleben oder bei Praktika gesammelt und können daher die eigene Situation besser reflektieren. Ein zweites Kriterium für das Sampling ist, dass die Sichtweisen von Individuen untersucht werden soll, die bisher wenig erfolgreich im Bildungserwerb waren. Hintergrund dieses Kriteriums ist die Überlegung, dass bei wenig erfolgreichen jungen Erwachsenen ein Handlungsbedarf besteht, ihre Situation zu verbessern. Daher sind die Erforschung und das Verständnis ihrer Sichtweisen gesellschaftlich gesehen notwendiger als

das erfolgreicher Personen. Weitere Kriterien sind, dass die Interviewpartner über die Fähigkeit zur Reflexion und Artikulation verfügen, die dafür notwendige Zeit haben sowie bereit sein, an der Untersuchung teilzunehmen. Ebenso ist es wichtig, um den Aufwand für die Durchführung der Interviews in vertretbaren Grenzen zu halten, dass die Interviewpartner aus einer Region stammen. Aufgrund dieser Kriterien ergab sich die Einrichtung einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme als geeigneter Kontaktaufnahmepunkt. Diese Einrichtung besuchen Jugendliche und junge Erwachsene aus dem Rhein-Main-Gebiet im Alter zwischen 16 und 25 Jahren, die keinen Schulabschluss erworben haben bzw. eine Erstausbildung suchen. Die Untersuchungsgruppe setzt sich aus weiblichen und männlichen Individuen zusammen, die in der Vergangenheit nicht erfolgreich beim Bildungserwerb waren. Aufgrund der Alters- sowie der Gruppenstruktur eignet sich die oben genannte Einrichtung gut für die geplante empirische Untersuchung.

Die Interviews wurden im Zeitraum zwischen Mai 2013 bis April 2014 durchgeführt. Zur Wahrung der Privatsphäre stand dazu ein ruhiges Arbeitszimmer mit verschließbarer Tür zur Verfügung. Da in den Interviews sehr persönliche und private Themen zur Sprache kamen, war es wichtig, den Ethikkodex für Sozialforschung einzuhalten. Daher fand vor den Interviews eine Aufklärung über meine Person und den Zweck des Interviews statt. Es wurde zugesichert, mit den Informationen vertrauensvoll umzugehen und die Informationen nur in anonymisierter Form ohne Rückschlussmöglichkeit auf die Person weiterzuverarbeiten. Während des Interviews wurden Schädigungen der Person vermieden und der Interviewpartner wurde in Würde behandelt. Im Laufe des Interviews musste ein Vertrauen des Gesprächspartners zu mir aufgebaut werden, da gesundheitliche und familiäre Themen behandelt wurden, die zum privaten Kernbereich der Lebensführung gehören. Diese Themen werden von vielen in der Öffentlichkeit nicht thematisiert. Ich hatte den Eindruck, dass mir der „Fremde im Zug Effekt“ dazu verholten hat, dass mir die Interviewpartner aus ihrem privaten Lebensbereich erzählt haben. Die Interviews wurden mit einem Diktiergerät zur späteren Transkription aufgezeichnet. Die Transkription erfolge wortwörtlich, wobei bereits in dieser Phase die Namen und Orte anonymisiert wurden. Umgangssprachliche Ausdrücke wurden beibehalten und unverständliche Wörter gekennzeichnet. Die umgangssprachlichen Ausdrücke können als Hinweis auf das soziale Milieu dienen. Zusätzlich wurden Gesprächspausen und emotionale Anzeichen (z. B. Freude oder Lachen) in der Aufzeichnung notiert. Bei der Interpretation von Aussagen sind diese Angaben wichtig für die korrekte Deutung, die oft über die reine Semantik hinausgeht.

Es wurden 27 narrative Interviews mit Heranwachsenden in deutscher Sprache durchgeführt, die jeweils ungefähr eine Stunde dauerten. Die Interviewpartner sind als Alltagsexperten anzusehen, da jeder Interviewpartner ein Experte bezüglich seiner eigenen subjektiven Theorien ist. Es galt dabei herauszufinden, wie die Interviewpartner sich selbst die Zusammenhänge zwischen den drei Bereichen Bildung, Gesundheit und soziale Situation erklären bzw. ob diese Zusammenhänge existieren und überhaupt in ihren Theorien vorkommen. Zu Beginn der Interviews wurden die Gesprächspartner über den Datenschutz und über den Sinn des Interviews aufgeklärt. Dabei durfte ihnen die genauen Details zum Thema dieser Arbeit nicht offenbart werden, um das Ergebnis nicht zu beeinflussen. Stattdessen wurde das Thema verallgemeinert umschrieben als „Forschungsprojekt zu den Lebensläufen der Teilnehmer in der Bildungsmaßnahme“. Im Sinne des narrativen Interviews begannen die Interviews mit einer offenen Einstiegsfrage, die zum Erzählen animieren sollte. Die Einstiegsfrage ist inhaltlich angelehnt an Flick (zitiert nach Hermanns 1995, S.195; In : Flick 2012, S.229) und lautete:

„Ich möchte dich bitten, mir deine Lebensgeschichte zu erzählen. Alles was dir einfällt, interessiert mich. Von deiner Geburt an bis zum heutigen Tage. Lass dir Zeit, wie viel du möchtest.“

Diese Einstiegsfrage habe ich gewählt, da diese sehr viel Gestaltungsraum für die Erzählungen des Gesprächspartners bietet. Durch die Methode des narrativen Interviews kann der Interviewte frei erzählen und ist nicht an bestimmte Themenkomplexe gebunden. Dadurch können neue Zusammenhänge aufgedeckt werden und es können sich neue Erklärungsansätze ergeben. Eine Umfrage oder ein reines Leitfadenterview wäre dazu weniger geeignet, da vorher bereits alle Untersuchungsgegenstände bekannt sein müssen, um sie in die Umfrage zu integrieren. Um die subjektiven Theorien zu erforschen, ist das narrative Interview eine geeignete Methode. Der Interviewte kann nicht davon ausgehen, dass der Interviewer Hintergrundinformationen über die Erzählung und die Zusammenhänge hat und daher muss er die Erlebnisse explizit erklären. Durch die Erklärungen erhält man einen Einblick in die Sichtweise des Interviewten und erfährt über die kausalen Zusammenhänge, wie sie im Verständnis des Individuums existieren.

Die Erzählung wurde möglichst lange durch aktives Zuhören aufrecht erhalten, indem ich in kurzen Pausen Zuhörersignale äußerte. Typischerweise signalisierten die Interviewten dann nach einigen Ausführungen, dass sie am Ende der Erzählung angekommen waren. Die bis dahin erhaltenen Informationen waren je nach Persönlichkeit des Interviewpartners ausführlich oder eher knapp gehalten. Daher ging es im zweiten Teil des narrativen Interviews darum, durch Detailierungsfragen an weitere, vertiefende Informationen zu gelangen oder Themen anzusprechen, die bisher nur angedeutet wurden. Dabei wurden in diesen Fragen konkrete Situationen aus der Erzählung wieder aufgegriffen, die für das Forschungsthema interessant sein könnten. Als typische Detailierungsfrage wurde z. B. das folgende Frageschema verwendet: „Du hast gesagt, dass <...>. Was ist da genau passiert?“

Nach einer ersten Einheit von sechs narrativen Interviews wurden diese transkribiert und überschlüssig darauf hin analysiert, ob darin Informationen zur Forschungsfrage enthalten sind. Diese erste Analyse hat ergeben, dass die Interviewpartner zwar viel berichteten, aber nur ein sehr kleiner Teil davon für diese Arbeit relevant war. Daraufhin wurde für die weiteren Interviews eine Änderung im Ablauf der Interviews geplant. Zu den bisherigen Phasen des Interviews wurde eine dritte Phase hinzugefügt, die zielgerichtet auf die Erkenntnisse in Richtung der Forschungsfrage abgestimmt war. Um an die gewünschten Informationen zu gelangen, wurden die folgenden Fragen erarbeitet, die einerseits als Ergebnis subjektive Theorien der Interviewpartner enthalten können und andererseits so allgemein gehalten sind, dass die zu ergründenden Zusammenhänge nicht schon in der Fragestellung suggeriert werden. Es galt also das Kriterium der Nichtbeeinflussung einzuhalten. Daher durften in einer Frage nicht bereits zwei Bereiche erwähnt werden, da ansonsten die Gefahr bestanden hätte, dass der Zusammenhang erst zum Zeitpunkt des Interviews und nur durch die Fragestellung in das Bewusstsein der Interviewpartner gerät. Da die Fragen unter Umständen auch Themen aufgreifen, die in der bisherigen Erzählung keine Rolle gespielt haben, sich aber auf den Forschungsschwerpunkt beziehen, werden die Fragen auch als exmanente Nachfragen (Schütze, 1983) bezeichnet.

Gesundheit

- Was bedeutet für dich Gesundheit?

- Wozu ist das wichtig?
- Wann hat für dich Gesundheit eine Rolle gespielt?
- Welche Folgen hatte das für dich, als <...> passierte?
- Was hast du dabei gedacht?
- Was hast du dabei gefühlt?
- Was wäre heute anders?
- Welchen Einfluss hat für dich Gesundheit?
- Warum sind manche krank und andere nicht? Woran liegt das?
- Was meinst du, wie geht es weiter mit deiner Gesundheit?
- Was kannst du tun, um gesund zu bleiben?
- Warum bist ausgerechnet du krank gewesen?
- Wenn du dich immer gesund verhalten möchtest, auf welche Regeln würdest du achten?
- Wie gehst du damit um, wenn deine Kameraden gesundheitliche Probleme haben?
- Wodurch entstehen Krankheiten?

Bildung

- Was bedeutet für dich Bildung?
- Wozu ist das wichtig?
- Wann hat für dich Bildung eine Rolle gespielt?
- Welche Folgen hatte das für dich, das du keinen Abschluss erreicht hast?
- Was hast du dabei gedacht?
- Was hast du dabei gefühlt?
- Was wäre heute anders?
- Welchen Einfluss hat für dich Bildung?
- Warum sind manche besser und andere schlechter in der Schule?
- Was meinst du, ist es wichtig heutzutage gebildet zu sein?
- Was hat man davon?

- Wozu braucht man das?
- Was meinst du, wie geht es weiter mit deiner Ausbildung?
- Was kannst du tun, um bessere Ausbildung zu haben?
- Warum hast ausgerechnet du Schwierigkeiten den Abschluss zu machen?
- Wenn du jetzt zurückblickst, was würdest du ändern, um jetzt einen Abschluss zu machen?
- Warum sind einige Menschen ungebildet?

Soziale Situation

- Was verbindest du mit dem Wort Geld?
- Warum haben einige mehr Geld als die anderen?
- Welche Bedeutung hat das für deinen persönlichen Lebensweg?
- Gibt es eine Unterscheidung in der Schule zwischen arm und reich? Wie äußert sich das?
- Wodurch entsteht Armut?
- Wodurch entsteht Reichtum?

Tabelle 1: Examente Nachfragen im dritten Teil der Interviews

Die Fragen sind in die drei Bereiche Bildung, soziale Situation und Gesundheit unterteilt. Zu jedem Bereich existieren analoge Frageformen, die auf den jeweiligen Bereich angepasst sind. Im Folgenden werden die Überlegungen auf denen die Fragen basieren beispielhaft am Bereich Bildung erklärt. Die Überlegungen gelten analog auch für die anderen Bereiche. Bei dem Bereich soziale Situation gibt es weniger konkrete Nachfragen zur Benachteiligung, da die Gespräche bei diesem Punkt oft ins Stocken geraten sind und die Interviewpartner sich nicht gerne zu ihrer finanziellen Situation äußern wollten (siehe Ergebniskapitel). Daher sind die Nachfragen hier eher allgemein gehalten und nicht auf den konkreten Einzelfall des Interviewpartners bezogen.

Bildung

- Was bedeutet für dich Bildung?

In dieser Einstiegsfrage geht es darum zu erfahren, was der Interviewpartner überhaupt unter dem Wort Bildung versteht. Da noch weitere Fragen folgen, wird hier zunächst eine Begriffsbestimmung aus Sicht des Interviewpartners abgefragt. Diese Bedeutung ist wichtig, um die folgenden Fragen richtig interpretieren zu können. Gleichzeitig wird der subjektive Aspekt durch die Ergänzung „für dich“ betont. Es wird nicht nach einer allgemeinen Definition gefragt, sondern nach der persönlichen Sichtweise. Daher gibt es keine richtige und falsche Antwort bei dieser Frage und es wird kein Allgemeinwissen abgefragt. Der Interviewpartner braucht keine Hemmung bei der Beantwortung der Frage zu haben, aus Angst etwas Falsches zu sagen. Die Frage nach der persönlichen Bedeutung kann auch so verstanden werden, dass sie darauf abzielt eine Bewertung abzugeben. Es geht also auch darum zu ergründen, ob die Bildung eine wichtige oder unwichtige Rolle im Leben des Interviewpartners spielt bzw. gespielt hat. Falls bei der Beantwortung der Frage keine Bewertung der Bildung für das eigene Leben geäußert wurde, können die zwei folgenden Fragen diesen Punkt vertiefen.

- Wozu ist das wichtig?
- Wann hat für dich Bildung eine Rolle gespielt?

Bei dieser retrospektiven Frage wird die Bildung in Verbindung mit der persönlichen Biographie gebracht. Die Frage zielt darauf ab, Zusammenhänge zwischen dem Lebensweg und der erworbenen Bildung zu erfahren. In welchen Situationen hat die Bildung oder die Bildungsarmut Einfluss auf den weiteren Lebensweg genommen? Interessant ist, welche Zusammenhänge der Interviewpartner in seinem Lebensweg erkennen kann und an welchen konkreten Beispielen er dies festmacht.

- Welche Folgen hatte das für dich, das du keinen Abschluss erreicht hast?

Diese Frage ist für die Interviewpartner vermutlich leichter zu beantworten als die vorherige Frage, da sie sich auf einen konkreten Umstand in ihrem Leben bezieht und nach dessen Konsequenzen fragt. Eventuell können hier Zusammenhänge mit anderen Bereichen erwähnt werden. Hier wird auch ergründet, ob sich die Interviewpartner überhaupt über die Konsequenzen Gedanken gemacht haben und wie sie mit der Situation umgehen. Haben sie Pläne oder Strategien entwickelt und wie ist ihre eigene Einstellung zu ihrer Zukunft?

Die folgenden zwei Fragen leiten das Gespräch wieder ein wenig weg von der Sachebene zur subjektiven Sichtweise und auf die Emotionsebene.

- Was hast du dabei gedacht?
- Was hast du dabei gefühlt?

- Was wäre heute anders?

Diese Frage nach einer alternativen Realität, die unter anderen Umständen eingetreten wäre, ist besonders gut geeignet, um Zusammenhänge aus Sicht der Interviewpartner zu ergründen. Der Interviewpartner schildert eine andere fiktive Gegenwart, die nur deshalb so eingetreten ist, weil eine andere Ausgangssituation vorlag. Der Interviewpartner beschreibt also den kausalen Zusammenhang zwischen den veränderten Ausgangsbedingungen in der Vergangenheit und den Auswirkungen der Gegenwart. Wenn der Interviewpartner zum Beispiel sagt, „Wenn ich damals den Abschluss gemacht hätte, müsste ich heute nicht als Aushilfe arbeiten.“, lässt sich daraus die folgende Theorie ableiten: „Ein besserer Schulabschluss führt zu einem besserem Job.“

- Warum sind manche besser und andere schlechter in der Schule?

Diese Frage konfrontiert den Interviewpartner mit einer Beobachtung, die er vermutlich schon aus der eigenen Erfahrung kennt: Es gibt Schüler die überwiegend gute Noten in der Schule haben und welche die überwiegend schlechte Noten in der Schule haben. Mit dieser Frage wird er dazu motiviert sich über die Ursache Gedanken zu machen, falls er es noch nicht getan hat. Der Interviewpartner wird Vermutungen äußern, die er aus den Erinnerungen an seine Schulzeit rekonstruiert.

- Was meinst du, ist es wichtig heutzutage gebildet zu sein?

Diese Frage zielt darauf ab, zu erfahren, ob der Interviewpartner einen Vorteil in der Bildung erkennt und wenn ja welchen.

- Was hat man davon?
- Wozu braucht man das?
- Was meinst du, wie geht es weiter mit deiner Ausbildung?

Mit dieser Frage soll herausgefunden werden, wie der Interviewpartner die Zukunft einschätzt und ob er schon Pläne hat. Der Ausblick in die Zukunft zeigt, ob er zum Beispiel bereits resigniert hat ist oder ob er motiviert ist, die Situation zu verändern. Anhand der inneren Einstellung kann man erkennen, welche möglichen Möglichkeiten der Interviewpartner sieht und wie er seinen eigenen Einfluss auf die Zukunft bewertet.

- Was kannst du tun, um bessere Ausbildung zu haben?

Diese Frage schließt sich thematisch an die vorherige an, fokussiert aber auf die eigenen Einflussmöglichkeiten. Hier soll herausgefunden werden, ob die Interviewpartner ihre Zukunft als fremdbestimmt durch äußere Faktoren sehen, oder ob sie der Meinung sind aus eigenen Mitteln die Zukunft positiv zu gestalten.

- Warum hast ausgerechnet du Schwierigkeiten den Abschluss zu machen?

Diese Frage ist eine Spezialisierung der Frage nach den guten und schlechten Schülern. Sie bezieht sich aber nicht auf einen allgemeinen Fall, sondern genau auf die persönlichen Gründe des Interviewpartners aus seiner subjektiven Sichtweise.

- Wenn du jetzt zurückblickst, was würdest du ändern, um jetzt einen Abschluss zu machen?

Hier wird abgefragt, ob der Interviewpartner Schlüsse aus seiner Vergangenheit gezogen hat. Hat er aus den Erkenntnissen, die er als Ursache für das Scheitern erkannt hat, Handlungsstrategien entwickelt, die dem Scheitern entgegenwirken? Wenn ja, werden diese Strategien auch angewendet, um in der jetzigen Situation die Zukunft zum positiven zu verändern?

- Warum sind einige Menschen ungebildet?

In dieser Frage wird eine unbestimmte Gruppe von ungebildeten Menschen erwähnt. Eine interessante Information ist, ob sich der Interviewpartner zu dieser Gruppe dazu zählt und wie er sich das Vorhandensein von Bildungsarmut erklärt.

In den folgenden Interviews wurden diese Fragen angewendet und ggf. in Bezug auf die zuvor berichtete persönliche Biografie adaptiert. Es stellte sich heraus, dass die so geführten Interviews tatsächlich ergiebiger im Sinne der Forschungsfrage waren.

Das Transkribieren und Kodieren wurde parallel zur Phase der Datenerfassung durchgeführt. Der Vorteil bestand darin, dass während der Phase der Interviews festgestellt werden konnte, dass eine Sättigung an Informationen bezüglich der Forschungsfrage mit der Zeit aufgetreten ist. Während die ersten Interviews noch viele neue Aspekte zum Vorschein brachten, traten bei den letzten Interviews häufig nur noch Wiederholungen in einer anderen Form auf. Durch die eingetretene theoretische Sättigung wurde nach 27 Interviews beschlossen, die Phase der Datenerhebung zu beenden. Alle Transkriptionen zusammen ergaben eine Menge von ungefähr 400 Seiten.

Die drei Hauptkategorien für die Kodierung wurden direkt aus der Forschungsfrage abgeleitet: Bildung, Gesundheit und soziale Situation. Für die Strukturierung der Ergebnisse sind die Subkategorien von Interesse. Diese wurden aus den ersten Interviews abgeleitet und im Laufe der Untersuchung ergänzt bzw. verdichtet.

Zur Vereinfachung der Kodierung wurden Schlüsselbegriffe für die Kategorien und Subkategorien extrahiert, die für eine automatische Codierung der Interviews herangezogen wurden. Da dieses aber eine rein lexikalische Kategorisierung darstellt, ist dieses für die qualitative Analyse nicht ausreichend. Daher wurde in einem zweiten Schritt auf Basis der lexikalischen Codierung eine manuelle Kodierung des gesamten Materials sukzessiv durchgeführt.

Auf Basis der Kodierung und des Rohmaterials wurden dann Deutungszusammenhänge in Form von Memos in den einzelnen Interviews erarbeitet. In den Memos wurden die wörtlichen Aussagen der Interviewpartner paraphrasiert wiedergegeben. Die Paraphrasierung stellt eine Abstraktion des Rohmaterials dar, bei der die einzelfallspezifischen Charakteristika aus der Aussage entfernt werden, der Kern der Aussage jedoch erhalten bleibt. Jedes einzelne Interview

wurde also transformiert in eine Auflistung der vorhandenen Paraphrasen bezüglich der Forschungsfrage. Wenn innerhalb eines Interviews an unterschiedlichen Stellen dieselben Paraphrasen enthalten waren, wurden diese zu einer Paraphrase zusammengefasst. Die Zusammenfassung ist eine der drei Grundformen der Interpretation nach Mayring (Mayring, 2010, S. 65). Mayring unterscheidet die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung. An dieser Stelle wurde die Zusammenfassung verwendet, um das Material und in die Informationen so zu verdichten, dass man sich einen Überblick verschaffen kann. Die Zusammenfassung erfolgte zunächst für jedes Interview einzeln. Gleichzeitig wurden die vorhandenen Informationen strukturiert. Themen, die für diese Arbeit nicht von Interesse waren, wurden herausgefiltert und die relevanten Themen wurden geordnet. Dazu wurden im nächsten Schritt die chronologisch aufgelisteten Paraphrasen in die folgenden Gruppen unterteilt. Es wurden die Kategorien/Subkategorien als Ordnungskriterien verwendet, die bei der Abstraktion aus dem zugeordneten Rohmaterial übernommen wurden:

- Aussagen zu einem Bereich
 - Bildung
 - Gesundheit
 - Soziale Benachteiligung
- Aussagen zum Zusammenhang zweier Bereiche:
 - Soziale Benachteiligung/Situation und Bildung
 - Gesundheit und soziale Benachteiligung/Situation
 - Gesundheit und Bildung

Diese Zusammenfassung wurde interviewübergreifend erstellt, indem die Paraphrasen aller Interviews in die oben genannte Struktur einsortiert wurden. Dazu wurde notiert, in welchem Interview welche Paraphrase enthalten war. Dadurch ist zum einen eine spätere Rückführung der Erkenntnisse zu dem Rohmaterial möglich. Zum anderen kann man auch erkennen, welche Zusammenhänge häufig erwähnt wurden und welche nur selten. Die Bestimmung der Häufigkeit eines Auftretens zählt zu den quantitativen Analysemethoden. Aufgrund der geringen Stichprobe von nur 27 Interviews lassen sich daraus keine wissenschaftlich belastbaren Rückschlüsse für die Allgemeinheit folgern. Betrachtet man aber nur die begrenzte Gruppe der Interviewten, so stellt es für genau diese Gruppe trotzdem eine korrekte Aussage dar. Ob diese quantitativen Aussagen auf andere Gruppen übertragbar sind, liegt nicht im Fokus dieser Arbeit. Dennoch können die Erkenntnisse dieser speziellen Gruppe als zu untersuchende Hypothesen für folgende quantitative Studien dienen.

Die Erkenntnisse, die nur einen Bereich berücksichtigen, sind nicht im Forschungsinteresse dieser Arbeit, obwohl dort auch einige interessante Theorien entdeckt werden konnten. Daher wurden diese Erkenntnisse für die folgende Strukturierung nicht mehr betrachtet.

Zur Rekonstruktion subjektiver Theorien werden häufig Dialog-Konsens-Methoden, wie zum Beispiel die SLT (Struktur Lege Technik) oder die ZMA (Ziel Mittel Argumentation) angewendet (Scheele & Groeben, 1988). Bei diesen Methoden wird zum Beispiel auf Basis eines halbstandardisierten Interviews durch den Forscher eine Struktur von kausalen Zusammenhängen aus Sicht des Interviewpartners erstellt. Bei der SLT-Methode werden die zentralen Begriffe aus dem Interview auf Kärtchen geschrieben, die dann durch die im Leitfaden festgelegte Symbolik untereinander in Beziehung gebracht werden und so ein Gesamtbild der Ursache-Wirkung-Beziehungen ergeben. Danach folgt eine Phase der kommunikativen Validierung, bei der die subjektiven Theorien dem Interviewpartner vorgestellt und diskutiert werden. Ziel dabei ist eine Validierung, ob die abstrahierten Zusammenhänge in der dargestellten Form, auch so von dem Interviewpartner aufgefasst werden. Dabei wird an den Interviewpartner die Anforderung gestellt, die Struktur seiner Theorien unter Hilfe des Forschers selbstständig zu erkennen und diese zu abstrahieren zu können. Als Diskussionsgrundlage muss der Interviewpartner einen Leitfaden zur Deutung der Strukturdiagramme zuvor verstanden und verinnerlicht haben. Es wird sogar vorgeschlagen zum Erlernen des Leitfadens gesonderte Termine mit dem Interviewpartner auszumachen. In dieser Arbeit habe ich aus den folgenden Überlegungen heraus keine Dialog-Konsens-Methode angewendet. Zur Bewältigung der Strukturierungsaufgabe wird von dem Interviewpartner ein Mindestmaß an Abstraktionsvermögen vorausgesetzt ebenso wie die Fähigkeit seine eigenen Theorien zu reflektieren. Scheele und Groeben schreiben dazu „Das heißt, der Forscher muß vor dem Rekonstruktionsversuch das jeweilige System der Verknüpfungsregeln, das er zur Abbildung der Subjektiven Theorien einzusetzen gedenkt, in systematischer und möglichst verständlicher Form dem Versuchspartner zur Kenntnis bringen; und zwar so, daß dieser nicht nur die Rekonstruktionsgenese des Wissenschaftlervorschlags durchschaut, sondern auch selbst das jeweilige Regelsystem einsetzen und damit eine eigene subjekt-theoretische Elaboration seiner Kognitionsinhalte vornehmen kann.“ (Scheele & Groeben, 1988) Diese Anforderungen können bei den von mir ausgewählten Interviewpartnern nicht vorausgesetzt werden. Schließlich handelt es sich um junge Erwachsene, die bisher unterdurchschnittlich erfolgreich im Bildungserwerb waren und deren Erfahrungen mit wissenschaftlichen Arbeitsweisen gering

sind. Weiterhin kann die Anforderungen zusammen etwas zu entwickeln von den Interviewpartnern als eine Art Prüfungssituation empfunden werden. Hier besteht die Gefahr, dass die Interviewpartner Verhaltensweisen aus ihren bisherigen Prüfungssituationen übertragen. Die Interviewpartner könnten sich zum Beispiel verweigern oder versuchen der Erwartungshaltung gerecht zu werden, indem sie die „richtigen“ Zusammenhänge erraten. Aus wissenschaftlicher Sicht wäre das letztere schlimmer, da es zu Erkenntnissen führen würde, die nicht der subjektiven Sichtweise der Interviewpartner entsprächen, sondern aufgrund der Analogie zur Prüfungssituation hinzuerfunden wurden.

Daher wurde die Struktur der subjektiven Theorien alleine aus den geführten Interviews ermittelt, ohne die Interviewpartner in diesen Prozess einzubeziehen.

Ergebnisse

Die Auswertung der Paraphrasen hat eine große Vielfalt an unterschiedlichen Zusammenhängen ergeben. Diese wurden zur besseren Übersicht in folgende Gruppenstruktur eingeordnet. Jede Gruppe steht dabei für den Zusammenhang zwischen zwei Bereichen und ist in diverse Untergruppen kategorisiert. Die einzelnen Thesen werden in Anführungszeichen gesetzt, was nicht bedeutet, dass es sich dabei um ein Zitat der Untersuchungsgruppe handelt. Vielmehr symbolisieren die Anführungszeichen, dass es sich bei der Aussage inhaltlich um eine Aussage der Untersuchungsgruppe handelt.

- Soziale Benachteiligung/Situation und Bildung
 - Elternhaus und Erfolg beim Bildungserwerb
 - Finanzielle Aspekte und Bildungserwerb
 - Sozialer Status und Bildungserwerb
 - Handlungsmöglichkeiten und Bildungserwerb
 - Auswirkung der Arbeit auf die Bildung und umgekehrt
 - Einfluss der Gleichaltrigen auf den Bildungserwerb
 - Vergleich Arbeit und Schule
 - Migration und Bildung

- Gesundheit und soziale Benachteiligung/Situation
 - Gesundheit und Familie
 - Gesundheit und Arbeit

-
- Gesundheit und Handlungsmöglichkeiten
 - Gesundheit und Freunde
 - Gesundheit und Lebensalter
 - Gesundheit und Finanzen
 - Gesundheit und Religion/Schicksal
 - Gesundheit und Gesellschaft
- Gesundheit und Bildung
 - Gesundheitliche Probleme als Ursache für schlechte Leistungen
 - Sucht und Bildungsprozess
 - gesundheitliche Folgen des Bildungsprozesses
 - Biologische Vorausbestimmtheit der Bildung
 - Verhalten/Handeln in Bezug auf Gesundheit und Bildung
 - Verbesserung der Gesundheit/Bildung
 - Gesundheit in der Familie
 - Sonstiges

Es zeigt sich in den Interviews, dass die Jugendlichen über ihre finanzielle Situation weniger gern reden als über gesundheitliche Themen. Obwohl beides sehr persönliche Angelegenheiten sind, stellt sich die Frage, wieso es den Jugendlichen schwerer fällt, über Geld zu reden. Vermutlich empfinden sie eine gewisse Scham über ihre finanzielle Benachteiligung zu reden, obwohl sie ja nichts für die finanzielle Situation der Eltern können. Geld hat einen großen Einfluss auf die soziale Anerkennung in der Gesellschaft. Wenn sie zugeben aus armen Familienverhältnissen zu kommen, befürchten sie wahrscheinlich einen Verlust der Anerkennung und haben Angst durch das Schubladendenken auf das schlechte Image der Hartz 4 Empfänger reduziert zu werden. Bei gesundheitlichen Themen ist der Bezug zum gesellschaftlichen Status weniger stark ausgebildet. Sowohl Personen mit hoher als auch niedriger gesellschaftlicher Anerkennung können an dieselben Krankheiten leiden. Daher führt das Offenbaren einer Krankheit in der Regel nicht zu einer Abwertung der gesellschaftlichen Anerkennung. Allerdings gibt es auch bestimmte Krankheiten, wie zum Beispiel Geschlechtskrankheiten, die negativ besetzt sind und dadurch zu einer Abwertung des Status führen können. In den durchgeführten Interviews kamen diese negativ besetzten Krankheiten nicht zur Sprache.

Soziale Benachteiligung und Bildung

In diesem Kapitel werden die Zusammenhänge zwischen der sozialen Benachteiligung bzw. sozialen Situation und Bildung aus Sicht der Interviewpartner dargestellt.

Elternhaus und Erfolg beim Bildungserwerb

Zum Thema wie die Bildung mit dem Elternhaus zusammenhängt gibt es eine Vielzahl von Thesen. Viele der Interviewpartner erkannten zwischen dem Elternhaus bzw. der Erziehung und den schulischen Erfolgen einen direkten Zusammenhang.

„Der Erfolg im Bildungsprozess ist davon abhängig, aus welchen familiären Verhältnissen man stammt und welche Erziehung die Betroffenen erhalten haben.“

Einige der Interviewpartner führten diesen Zusammenhang noch genauer aus mit den die folgenden zwei Erklärungen:

„Mehr Druck der Eltern führt zu besseren Leistungen und zu weniger Freizeit.“

„Der Bildungsabschluss hängt mit dem Bildungsabschluss der Eltern zusammen.“

In der ersten Erklärung sind zwei Ansichten enthalten. Zum einen die Erkenntnis, dass Druck seitens der Eltern ein wirksames Mittel ist, um die Leistungsfähigkeit zu steigern. Zum anderen die Erkenntnis, dass die Ressource Zeit begrenzt ist und deshalb die Freizeit und die Zeit, die man mit Lernen verbringt, zueinander in Konkurrenz stehen. Durch den Druck der Eltern wird die Zeit, die sonst für Freizeitaktivitäten zur Verfügung stehen würde, als Lernzeit verwendet. Ohne äußeren Druck würden die Kinder lieber ihre Freizeit mit anderen Aktivitäten als Lernen verbringen.

Zu dieser These kam auch eine Gegentheorie zur Sprache, die lautete:

„Jeder kann gebildet sein, er muss nur Willensstärke zeigen.“

Das bedeutet, unabhängig von den äußeren Bedingungen und Einflüssen kann jeder Mensch gebildet sein. Einzige Voraussetzung ist, dass der Mensch das Ziel hat sich fortzubilden und dieses Ziel entgegen allen Widrigkeiten weiterverfolgt. Dieses ist eine spezielle Ausprägung der optimistischen Einstellung, dass man Alles erreichen kann, was man will, sofern man sich genügend anstrengt. Die eigene Persönlichkeit wird also als Ursache darin gesehen, warum manche erfolgreich und andere weniger erfolgreich im Bildungsprozess abschneiden.

Der Einfluss der Eltern auf den Bildungsprozess beschränkt sich aber nicht nur darauf, die notwendige Motivation zum Lernen zu geben, sondern wirkt auch noch in anderen Situationen:

„Erfolg in der Schule hängt auch damit zusammen, wie stark sich die Eltern (auch in Problemsituationen) für ihre Kinder einsetzen.“

Wenn die Kinder Unterstützung durch die Eltern erhalten, zum Beispiel bei der Klärung von Problemen in der Schule, können die Kinder erfolgreicher sein, da die Eltern die Probleme aus dem Weg räumen und die Kinder nicht auf sich alleine gestellt sind.

Aus anderen Aussagen geht hervor, dass das Elternhaus nicht nur positive Einflüsse auf den Bildungserwerb haben kann, sondern auch negative:

„Wenn ein Kind in der Schule schlecht ist, bedeutet es, dass es in der Familie Probleme hat.“

Diese Aussage bedeutet, dass aus der Sicht des Interviewpartners sämtliche schlechten Leistungen in der Schule allein durch die familiäre Situation verursacht werden. Andere Ursachen kommen nicht infrage.

Der Umkehrschluss zu diesem Zusammenhang wurde auch von den Interviewpartnern formuliert:

„Leute mit weniger Stress in der Familie sind in der Schule besser.“

Ein anderer Interviewpartner vertrat hingegen folgende These:

„Stress in der Familie kann dazu führen, dass man lieber in der Schule als zuhause ist.“

Dieses würde bedeuten, dass Stress in der Familie die Fehlzeiten in der Schule reduzieren würde, da die Schule als eine Art Fluchtmöglichkeit von den Problemen aus dem Familienumfeld verwendet wird. Ob das Gefühl, lieber in der Schule als zuhause zu sein, einen positiven Einfluss auf die Noten hat, kann aus dieser Aussage nicht entnommen werden.

Die Familie nimmt einen hohen Stellenwert aus Sicht der Interviewpartner ein. Wenn es zu einer Situation kommt, in der sich die jungen Erwachsenen zwischen Familie und Bildungsweg entscheiden müssen, wird die Familie priorisiert:

„Die Familie und Freunde sind wichtiger als die Bildung.“

Diese Priorisierung kann schlechte Leistungen im Bildungsprozess dadurch erklären, dass die Bildung bei begrenzten zeitlichen Ressourcen hinter den Themen Familie und Freunde zurückstehen muss.

Die Familie spielt auch bei der Berufsfindung eine wichtige Rolle aus Sicht der Interviewpartner. Das Berufsziel wird durch die Eltern beeinflusst und die Eltern geben dadurch vor, welchen Bildungsabschluss die Kinder erreichen sollen. Das Bildungsziel wird also durch die Erwartungen der Eltern gesetzt.

„Die Eltern bestimmen mit, welchen Beruf die Kinder haben sollen, und damit welchen Schulabschluss sie benötigen.“

„Eltern unterstützen einen bei der Berufswahl.“

Ein Motivationsfaktor beim Bildungserwerb ist die Aussicht, die Bildung an die eigenen Kindern weiterzugeben können.

„Man benötigt eine Bildung, um den Kindern später etwas beibringen zu können.“

Finanzielle Aspekte und Bildungserwerb

Fast alle Interviewpartner sahen in der Bildung eine Grundvoraussetzung, um Geld zu verdienen:

„Bildung ist notwendig, um Geld zu verdienen.“

„Durch Bildung soll Geld verdient werden, damit die Familie finanziell später unterstützt werden kann (Motivation).“

Dabei erwähnten die Meisten noch den quantitativen Zusammenhang zwischen höherer Bildung und besseren Verdienstmöglichkeiten:

„Ein besserer Bildungsabschluss führt zu einem höheren Einkommen. (Sogar für die gleiche Arbeit).“

Als Nachteil beim Bildungserwerb wurde angeführt, dass ein höherer Bildungsabschluss mehr Zeit in Anspruch nimmt und dass man deshalb während der Ausbildungszeit weniger Geld verdient.

„Wenn man Bildung erwerben will, muss man zunächst auf das schnelle Geldverdienen verzichten.“

Die Aussicht später einen besser bezahlten Beruf auszuüben wird also mit einem vorübergehenden finanziellen Verzicht erkaufte. Diese Situation tritt zum Beispiel bei den Schülern auf, die nach dem Hauptschulabschluss vor die Wahl gestellt werden, eine einfache Tätigkeit auszuführen oder den nächst höheren Bildungsabschluss zu erwerben.

Über die Konsequenzen eines fehlenden Bildungsabschlusses äußern sich die Interviewpartnern folgendermaßen:

„Leute sind arm (finanziell), wenn sie keine Bildung haben.“

„Wenn man die Schule bzw. die Ausbildung abbricht, weil andere Sachen cooler sind, wird man später arm.“

Der gegenteilige Effekt tritt ein, wenn man gebildet ist:

„Bildung führt zu Reichtum.“

Aber nicht nur Bildung führt zu Reichtum, sondern man kann auch reich werden, wenn man besonders schwer oder viel arbeitet:

„Wenn man hart arbeitet, hat man Geld.“

Eine andere Situation liegt vor, wenn die Notwendigkeit Geld zu verdienen nicht besteht, weil man bereits finanziell abgesichert ist.

„Wenn man bereits Geld besitzt, ist man nicht mehr unbedingt auf eine gute Bildung angewiesen.“

Die Argumentationskette ist dann wie folgt: Da die Bildung (nur) zum Geld verdienen benötigt wird, ist diese nicht mehr von Bedeutung, wenn man bereits Geld besitzt.

Zwei weitere Auswirkungen wurden genannt, die im Zusammenhang mit übermäßigen bzw. ausreichenden finanziellen Mitteln stehen:

„Man lernt nicht mit Geld umzugehen, wenn man immer alles hinterhergeworfen bekommt.“

„Was es kostenlos gibt (Bildung), wissen manche Leute nicht zu schätzen. Wenn Bildung eigenständig finanziert werden muss, sind die Betroffenen mehr motiviert, Erfolge zu erreichen.“

Beide Ansichten basieren auf der Idee, dass Dinge, die im Überfluss vorhanden sind oder die leicht zu erhalten sind, für manche Personen keinen Wert mehr besitzen. Wenn die Quelle für Geld unerschöpflich ist, besteht keine Notwendigkeit sich über die Ausgaben viele Gedanken zu machen. Wenn Bildung einfach zu erhalten ist, besteht keine Notwendigkeit die Möglichkeiten effektiv zu nutzen, da für die Ausbildung nichts bezahlt wurde. Als Vergleich wurde die Bildungssituation in anderen Ländern beschrieben:

„In armen Ländern muss man für die Bildung viel Geld bezahlen und nicht jeder kann sich das leisten. Bildung in Deutschland ist kostenlos. Man bekommt sogar in der Schule die Bücher zur Verfügung.“

„Manche Leute sind ungebildet, weil sie kein Geld haben um in die Schule zu gehen oder es keine Schule gibt (in anderen Ländern).“

Die Interviewpartnerin mit dieser Meinung, hatte einen Migrationshintergrund und vermutlich als Kind die Bildungssituation in einem anderen Land erlebt. Daher hatte sie einen etwas anderen Blickwinkel auf den Bildungsprozess, als die übrigen Interviewpartner.

Oft wurde der Zusammenhang erwähnt, dass finanzielle Mittel den Bildungsprozess positiv beeinflussen:

„Zusätzliche finanzielle Mittel ermöglichen besseren Bildungserwerb. (z. B. Nachhilfe, Bücher, Internatschule)“

„Reiche Familien haben automatisch einen besseren Zugang zur Bildung.“

Der Einfluss der finanziellen Mittel war früher noch größer als heute:

„Früher (für ältere Generationen) kostete die Schule Geld. Daher konnten sich nicht so viele eine gute Bildung leisten.“

Die Vorstellung, dass man ohne Bildung später von Hartz IV leben müsse, hatten viele Interviewpartner, jedoch machte nur ein Gesprächspartner auf die Nachteile von zu hoher Bildung aufmerksam. Er vertrat eine interessante Theorie, warum man nicht zu viel und nicht zu wenig Bildung haben sollte, sinngemäß nach folgender Argumentationskette:

„Wenn man einen hohen Bildungsabschluss hat, hat man einen Verdienst bei dem man sehr viel Steuern zahlen muss. Das will man ja nicht. Ohne Abschluss lebt man von Hartz IV. Das will man auch nicht. Deshalb ist ein niedriger oder mittlerer Abschluss am Besten.“

Sozialer Status und Bildungserwerb

Ein Zusammenhang, den die Meisten (siehe Abbildung 1) gesehen haben, ist, dass bestimmte Berufe nur mit einem höheren Bildungsabschluss ausgeübt werden können. Diese Berufe haben auch einen höheren sozialen Status in der Gesellschaft.

„Ein besserer Bildungsabschluss führt zu einem höher angesehenen Beruf (z. B. als Arzt).“

Der höhere Bildungsabschluss und die damit verbundene Festanstellung führt dazu, dass der Erwerb von gesellschaftlichen Statussymbolen ermöglicht wird:

„Mit einer festen Arbeitsstelle (ermöglicht durch Bildung) kann man sich ein Auto, Führerschein, eine Wohnung, eine Familie, ... leisten.“

Abhängig vom Bildungsstatus entscheidet sich, ob man in der Gesellschaft angesehen ist, oder ob man zu den Verlierern gehört.

„Ohne Bildung wird man von der Gesellschaft ausgegrenzt. Mit Bildung kann man sich in der Gesellschaft behaupten.“

Am unteren Ende der Bildungsskala, d. h. ohne Abschluss, erwartet einen eine Zukunft in Armut. Stammt man schon aus armen Verhältnissen, kann die Bildung ein Weg zu einem finanziellen und gesellschaftlichen Aufstieg sein.

„Bildung wird benötigt, um der Armut zu entkommen.“

„Schulabbrecher landen auf der Straße und besitzen kein Wissen.“

„Wenn man keinen Abschluss hat, lebt man von Hartz IV.“

Der Begriff „Hartz IV“ wurde von vielen Interviewpartnern verwendet. Diesen Begriff scheinen die Interviewpartner hauptsächlich mit negativen Assoziationen verknüpft zu haben:

„Hartz IV Empfänger sind faul.“

„Ungebildete haben keine Lust zu arbeiten und leben von Hartz IV.“

Obwohl das Vorhandensein einer Grundsicherung für sozial schwache Familien und Langzeitarbeitslose ein positiver Aspekt einer sozialen Gesellschaft ist, den es in andern Ländern nicht gibt und die Familien davor bewahrt auf der Straße zu leben, führt die Inanspruchnahme dieser Leistung zu einer Ächtung in der Gesellschaft. Das häufig in den Medien negativ gezeichnete Bild der Hartz IV Empfänger, scheint sich also in den Vorstellungen der Interviewpartner gefestigt zu haben.

Alkohol und Drogenkonsum werden in Zusammenhang mit der Bildungsarmut gebracht:

„Ungebildete haben keine Lust auf Schule, trinken Alkohol und nehmen Drogen.“

Ein Interviewpartner hatte die positive Überzeugung, dass sich auch die Personen aus den unteren sozialen Schichten fortbilden können. Die Aneignung von Alltagswissen wurde auch als Fortbildung angesehen:

„Jeder kann sich fortbilden. Man bildet sich jeden Tag fort.“

Handlungsmöglichkeiten und Bildungserwerb

Die Interviewpartner beschrieben in den Interviews vielfältige Zusammenhänge zwischen dem Bildungsstand und den Handlungsmöglichkeiten. Sie waren der Meinung, dass Bildung ihnen zusätzliche Handlungsoptionen verschafft. Insbesondere im Bereich Arbeit wurden diese Zusammenhänge von vielen gesehen.

„Durch einen höheren Bildungsabschluss ergeben sich mehr Möglichkeiten/bessere Chancen in der Berufswahl.“

Bei dieser These gab es weitgehende Übereinstimmung bei den verschiedenen Interviewpartnern. Das bedeutet aber nicht, dass automatisch der höchste Bildungsabschluss angestrebt wird, um alle Handlungsoptionen offen zu haben. Stattdessen strebt man den Bildungsabschluss an, der für sein gesetztes Berufsziel vorausgesetzt wird:

„Man strebt den Bildungsabschluss an, den man für seinen Berufswunsch benötigt.“

Am unteren Ende der Bildungsskala hat man die wenigsten Optionen für die Wahl einer Arbeit:

„Ohne Abschluss erhält man keine Arbeitsstelle.“

Dann verbleibt nur noch die Handlungsoption sich an einen anderen Ort zu begeben, an dem es noch Arbeit für Unausgebildete gibt:

„Ohne Bildungserwerb muss man zur Arbeitssuche in größere Städte umziehen oder ins Heimatland auswandern.“

Eine Auswahlmöglichkeit zwischen unterschiedlichen Tätigkeiten entfällt:

„Wenn man keine Bildung hat, bleibt einem nichts anderes übrig, als jede Art von Arbeit anzunehmen.“

Durch einen höheren Bildungsabschluss steigen nicht nur die Möglichkeiten unterschiedliche Arten von Tätigkeiten ausführen zu können, sondern es hat auch einen Einfluss auf die Größe der Betriebe, die einem als Arbeitnehmer offen stehen.

„Große Betriebe stellen nur Leute mit Abitur ein. In kleineren Betrieben hat man auch Chancen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss.“

Die Ursache dafür wird darin begründet, dass die Betriebe selbst die notwendige Qualifizierung festlegen:

„Der ausbildende Betrieb bestimmt, welchen Abschluss man für eine Ausbildung braucht. Ggf. braucht man gar keinen.“

Erweiterte Handlungsmöglichkeiten ergeben sich auch im sozialen Umfeld durch den Bildungserwerb. Die Bildung wird als Notwendigkeit zur Kommunikation gesehen. Erst durch die Bildung wird es ermöglicht, sich überhaupt über Themen zu unterhalten und ein Gespräch zu führen. Ein wichtiger Anlass zur Gesprächsführung ergibt sich in der Situation der Partnersuche. Hier ist die Fähigkeit zur Gesprächsführung unabdingbar:

„Die Bildung ist eine Basis für die Kommunikation in den zwischenmenschlichen Beziehungen. (Insbesondere beim Prozess der Partnersuche)“

Die Handlungsoption selbstständig leben zu können, ergibt sich durch die Bildung und den ausgeübten Beruf. Eine abgeschlossene Ausbildung markiert einen bedeutenden Schritt im Lebensverlauf der jungen Erwachsenen, denn dadurch ist eine Loslösung vom Elternhaus möglich und der Schritt in ein selbstbestimmtes Leben.

„Ein Abschluss ermöglicht Geld zu verdienen und selbstständig zu leben. Man wird dann nicht mehr von den Eltern bevormundet.“

In einem Fall wurde der Bildungsabschluss von den Eltern dadurch forciert, dass er als Bedingung für eine Hochzeit gesetzt wurde.

„Eine abgeschlossene Ausbildung ermöglicht die Selbstständigkeit und wird von den Eltern zur Voraussetzung für eine Hochzeit gemacht.“

Vermutlich geht es den Eltern darum, eine Grundvoraussetzung für die Unabhängigkeit und die Existenzsicherung ihres Kindes zu schaffen. Denn sobald keine Familie mehr existiert, die einen unterstützen kann, ist die Bildung eine notwendige Bedingung für ein selbstbestimmtes Leben.

„Ohne sozialen Rückhalt in der Familie ist man auf Bildung angewiesen, um selbstständig leben zu können.“

Bildung führt aber nicht immer zu Erweiterungen des Handlungsraums. Denn während des Bildungsprozesses kommt es auch zu Einschränkungen. Die Zeit steht nicht mehr zur freien Gestaltung zur Verfügung, sondern ist beschränkt durch die Notwendigkeit zum Lernen. Aktivitäten mit dem Freundeskreis müssen reduziert werden, um die geforderten Leistungen in der Schule erbringen zu können.

„Um Abitur zu machen, muss man sehr viel Zeit mit Lernen verbringen, steht unter hohem Druck und kann dann weniger Zeit mit den Freunden verbringen.“

In dem deutschen Bildungssystem sehen die Interviewpartner eine Vielzahl von Handlungsmöglichkeiten. Es gibt unterschiedliche Wege, um einen bestimmten Bildungsabschluss zu erreichen.

„In Deutschland bekommt man auch mit Hauptschulabschluss/bzw. ohne Abschluss eine Chance sich weiterzuentwickeln. Der Staat unterstützt die Weiterentwicklung.“

„Das duale Ausbildungssystem bietet viele Möglichkeiten zur Weiterentwicklung.“

„Einen (Real-)Schulabschluss kann man in der Ausbildung nachholen.“

„Man kann sich hocharbeiten, damit es einem besser geht.“

Im Vergleich zu früher ist das Bildungsniveau höher und es gibt bessere Fortbildungsmöglichkeiten.

„Früher (ältere Generation) gab es nicht so viele Möglichkeiten (der Ausbildung). Daher blieben die Frauen zuhause und die Männer arbeiteten. Der Bildungsstand war geringer.“

Die eigenen Handlungen können sich negativ auf den Bildungserwerb auswirken.

„Schlechtes Sozialverhalten führt zum Schulversagen.“

Auswirkung der Arbeit auf die Bildung und umgekehrt

Die Interviewpartner haben auch Theorien dazu, wie sich die Arbeit auf die Bildung auswirkt.

„Wenn man anfängt zu arbeiten, vergisst man das, was man in der Schule gelernt hat.“

Das bedeutet, sie sind sich dessen bewusst, dass es einen Unterschied gibt, zwischen dem Wissen, was man für die Arbeit benötigt und dem Wissen, was in der Schule vermittelt wird. Das Wissen, was man nicht mehr für die Arbeit benötigt, gerät dann in Vergessenheit. Die Allgemeinbildung nimmt im Laufe des Berufs ab. Stattdessen nimmt das Fachwissen in dem aktuell ausgeübten Beruf zu:

„Bildung bedeutet, sich in seinem Arbeitsumfeld auszukennen.“

Die Interviewpartner definieren Bildung also nicht nur durch die erreichten Abschlüsse, sondern auch durch das im Beruf erworbene Wissen.

Zum Bewerbungsverfahren um eine Arbeit oder eine Ausbildungsstelle gibt es unterschiedliche Ansichten bezüglich des Themas Bildung. Es wurde die Meinung vertreten, dass man nicht unbedingt einen guten Bildungsabschluss benötigt:

„Wenn man den Arbeitgeber von sich überzeugt, kann man auch ohne guten Schulabschluss eine gute Ausbildung finden.“

Andere waren der Meinung, dass die Noten einen sehr großen Einfluss haben:

„Die Noten (Die Theorie) sind im Bewerbungsverfahren wichtiger als das, was man wirklich kann (Die Praxis).“

Das führt auch dazu, dass Personen, die voraussichtlich keinen guten Abschluss erhalten werden, resignieren. Sie vermuten, dass die Arbeitsplätze an andere mit besseren Abschlüssen vergeben werden. Daher sehen sie keinen Sinn, sich um bessere Noten zu bemühen.

„Abiturienten kriegen sowieso eine Stelle, dann wozu soll man sich noch Mühe geben?“

Wer über einen größeren Zeitraum keine Ausbildung bekommen hat, hat nach den Vorstellungen der Interviewpartner schlechtere Chancen bei der Ausbildungssuche. Eine erfolglose Ausbildungssuche wirkt sich also negativ auf die nächste Ausbildungssuche aus.

„Bei längerer Ausbildungslosigkeit hat man schlechtere Chancen noch eine Ausbildung zu bekommen.“

Einfluss der Gleichaltrigen auf den Bildungserwerb

Die jungen Erwachsenen befinden sich in einem Alter, in dem die Gleichaltrigen einen größeren Einfluss auf das Verhalten und die Entwicklung der Persönlichkeit haben als die eigenen Eltern oder andere Autoritätspersonen. Ein Zusammenhang, den fast alle Interviewpartner erwähnten ist, dass die Gleichaltrigen einen großen Einfluss auf den eigenen Bildungserwerb haben.

„Ein schlechter Freundeskreis führt zu Misserfolgen in der Schule und hat einen negativen Einfluss auf den Bildungsprozess.“

„Ein anständiger Freundeskreis führt dazu, dass man in der Schule besser ist.“

Viele erklärten die eigene schlechte Leistung durch den Freundeskreis, der einen schlechten Einfluss auf die Bildung ausübt. Dabei gibt es zwei Wirkungsmechanismen. Einerseits kann der Freundeskreis von der Bildung ablenken, da im Freundeskreis andere Aktivitäten vorrangig sind und so keine Zeit mehr zum lernen bleibt:

„Wenn man lieber mit den Freunden „chillt“, fehlt man in der Schule und hat schlechtere Noten.“

Andererseits wird die grundsätzliche Lebenseinstellung ebenfalls vom Freundeskreis beeinflusst:

„Die Einstellung des Freundeskreises auf die Bildung beeinflusst die eigene Einstellung

zur Bildung.“

Schafft es jemand nicht, sich in eine Gruppe zu integrieren, so kann dieses ebenfalls zu schlechten Leistungen in der Schule führen:

„Ausgrenzung (Mobbing) führt zum Schwänzen in der Schule und damit zu schlechteren Ergebnissen.“

Die Ausgrenzung aus der Gruppe kann auch das Wiederholen eines Schuljahres verursacht werden. Denn dadurch kommt eine Person von einem Tag auf den anderen in ein ihr völlig unbekanntes soziales Gefüge und muss dort ihren Platz finden, was nicht immer gelingt:

„Sitzenbleiben in der Schule führte dazu, dass man älter war als die anderen. Dadurch fühlte man sich nicht zur Gruppe gehörend, aber überlegen und schwänzte die Schule.“

Ein Interviewpartner war der Meinung, dass ein guter Bildungsabschluss sich grundsätzlich nicht damit vereinbaren lässt, in der Gruppe sozial integriert zu sein:

„Man kann in der Schule entweder gute Noten haben oder beliebt sein. Für eines von beiden muss man sich entscheiden.“

Dieser Interviewpartner hatte sich dafür entschieden „beliebt“ zu sein.

Der Freundeskreis kann aber auch zu einer Verbesserung der Bildung führen:

„Durch den Freundeskreis erfährt man von der Realität, von allen Problemen, die im Leben passieren können.“

Das heißt, durch den Austausch von Erfahrungen untereinander im Freundeskreis, kann einer aus den Erfahrungen eines anderen lernen. Informationen werden innerhalb des Freundeskreises weitergeben, was zur Vergrößerung des Wissens jedes einzelnen führt.

Probleme in der Partnerschaft wurden ebenfalls als Ursache für schulische Probleme angegeben:

„Stress mit dem Partner führt zu gesundheitlichen Problemen und damit schlechten Leistungen in der Schule.“

Sind die Leistungsunterschiede in der Klasse zu groß, so hat das nach der Ansicht eines Interviewpartners negative Auswirkungen auf die Schüler mit mittlerem Leistungsniveau:

„Wenn in einem Kurs (Gesamtschule) sehr gute Schüler sind, traut man sich nichts mehr zu sagen oder zu fragen aus Angst, ausgelacht und heruntergemacht zu werden. Dadurch werden die mittelmäßigen Schüler schlechter.“

Vergleich Arbeit und Schule

Die Schüler die schon erste Erfahrungen im Arbeitsumfeld gesammelt haben, haben eine gemischte Einstellung zur Arbeit und zur Schule.

Einerseits denken sie, dass die Bildung, die man durch die Arbeit erhält, intensiver und nützlicher ist:

„Bei der Arbeit lernt man mehr als in der Schule.“

Andererseits sind die Anforderungen im Berufsleben strenger als in der Schule:

„Schule ist besser als Arbeit, da weniger Stunden, weniger Verpflichtungen und weniger Stress.“

Migration und Bildung

Interviewpartner mit Migrationshintergrund äußerten sich im Allgemeinen positiv zur Bildungssituation in Deutschland. Dabei zogen sie auch Vergleiche zum Heimatland. Es wurde die Vielfalt der Bildungsmöglichkeiten positiv hervorgehoben:

„Man hat in Deutschland sehr viel Bildungsmöglichkeiten.“

Die Qualität der Bildung wird als hoch angesehen, was aber auch dazu führt, dass es Schwierigkeiten bei der Anerkennung von Bildungsabschlüssen aus dem Heimatland gibt:

„Das Bildungsniveau in Deutschland ist höher als im Heimatland. Daher werden die Abschlüsse nicht anerkannt und müssen hier wiederholt werden.“

Als Ergebnis der Bemühungen um einen Bildungsabschluss hat man dann eine realistische Aussicht auf einen Arbeitsplatz.

„Man hat in Deutschland bessere Chancen eine Arbeit und bessere Bildung zu finden als im Heimatland.“

Eine Interviewpartnerin mit Abitur im Heimatland war erst seit kurzem in Deutschland. Sie vertrat die These:

„In Deutschland gibt es aus Sicht der Ausländer keinen Grund ungebildet zu sein.“

Sollten die Kinder mit Migrationshintergrund vor der Einschulung mangelnde Sprachkenntnisse haben, so wird diesen eine Möglichkeit gegeben an Sprachkursen teilzunehmen:

„Zur Verbesserung der deutschen Sprachkenntnisse kann man eine Vorklasse besuchen, wenn man eine andere Nationalität hat.“

Die Interviewpartner vergleichen die Bildungssituation auch mit anderen Ländern. Dabei kommen sie zum Schluss, dass die Möglichkeiten zur Bildung in Deutschland besser sind.

„Man muss sich nur arme Länder anschauen, wo die Kinder keine Möglichkeit haben, zur Schule zu gehen.“

In Deutschland müssen die Kinder nicht aus Armut arbeiten gehen und haben daher die Möglichkeit eine Schule zu besuchen.

„In armen Ländern müssen die Kinder arbeiten und gehen nicht zur Schule, oft leben sie auf der Straße.“

Ein Interviewpartner hat in seinem eigenen Familienumfeld die negativen Konsequenzen mangelnder Sprachkenntnisse beobachtet und daher die Wichtigkeit der Bildung für sein eigenes Leben postuliert.

„Man möchte nicht so werden wie die Mutter, die kein Deutsch spricht und deshalb an vielen Sachen nicht teilnehmen kann. Daher ist Bildung wichtig.“

Es wurde auch von Erfahrungen berichtet, dass der Migrationshintergrund oder die Armut zur Ausgrenzung in der Schule geführt haben.

„In der Schule wird man diskriminiert, weil man Ausländer ist oder weniger Geld hat.“

Gesundheit und soziale Benachteiligung

Gesundheit und Familie

Die Gesundheit in der Familie hat für die Interviewpartner einen wichtigen Einfluss auf die Bildung. Viele gaben in ihrer Biographie an, dass Krankheiten im Familienumfeld sich negativ auf den Bildungserwerb ausgewirkt haben.

„Die Gesundheit in der Familie hat eine höhere Priorität als der Bildungserwerb. Daher kommt es im Krankheitsfall zu negativen Auswirkungen für die Bildung.“

Dabei ist es nicht unbedingt notwendig, dass ein direkter Kontakt zu dem erkrankten Familienmitglied besteht. Sogar wenn die Person in einem anderen Land lebt, kann es zu Problemen beim Bildungserwerb führen:

„Probleme in Familie oder Sorge um kranke Familienmitglieder (auch im Heimatland) führen dazu, dass man sich in der Schule nicht konzentrieren kann.“

Eine Krankheit der Eltern kann dazu führen, dass die Eltern sich nicht um die Erziehung der Kinder in dem Maße wie gesunde Eltern kümmern können.

„Erkrankte Elternteile können ihren Erziehungsauftrag nicht vollständig erfüllen.“

Eine Krankheit kann sich auch positiv auf die Bildung auswirken:

„Gesundheitsprobleme im Umfeld führen dazu, dass man sich mit der Krankheit befasst und sich dadurch fortbildet.“

Wenn im Umfeld jemand erkrankt ist, rückt das Thema Gesundheitsbewusstsein stärker in den Vordergrund und führt dazu, dass die Lage des Erkrankten reflektiert und auf die eigene Gesundheitssituation übertragen wird. Dieses kann zur Verbesserung der eigenen Gesundheit beitragen:

„Kranke im Umfeld führen dazu, dass man selbst mehr auf seine Gesundheit achtet.“

Von den Befragten wird häufig angegeben, dass Krankheiten einen starken Einfluss auf das Familienleben haben:

„Schwere Krankheiten oder ein Tod im Familienumfeld prägen die eigene Existenz und beeinflussen das Familienleben.“

In der Regel führt die Krankheit dazu, dass die Familiengemeinschaft gestärkt wird:

„Krankheit schweißt die Familie zusammen.“

„Bei gesundheitlichen Problemen wendet man sich zuerst an die Familie.“

„Für einen Kranken ist es wichtig jemanden zu haben, der einem hilft, auch wenn es nur durch ein Gespräch ist.“

Unter Umständen stellt dieses eine starke Belastung dar, so dass die Krankheit im Umfeld zu einer Verschlechterung der eigenen Gesundheit führt:

„Wenn jemand aus dem Bekanntenkreis krank wird, kann das dazu führen, dass man aus Kummer selbst krank wird (psychisch).“

„Wenn die sozialen Verhältnisse dazu führen, dass kein Sinn mehr im Leben erkannt wird, führt das zu psychischen Gesundheitsproblemen.“

„Wenn die Eltern sterben würden, macht alles andere (Familie, Schule, Freund) keinen

Sinn mehr.“

Die Familie kann auch aus anderen Gründen einen großen Einfluss auf die eigene Gesundheit ausüben:

Zum Beispiel kann das Fehlen eines Elternteils sich negativ auf die gesundheitliche Entwicklung des Kindes auswirken:

„Beide Eltern werden für das Wohlbefinden des Kindes benötigt.“

Die Vererbung von Krankheiten durch die Eltern wurde ebenfalls von den Interviewpartnern erwähnt:

„Krankheiten bzw. Übergewicht oder Krebs können von den Eltern vererbt werden.“

In dem Zusammenhang betonten die Interviewpartner zugleich, dass dieses aber nicht als Schuldzuweisung an die Eltern zu verstehen ist.

Psychische Belastungen können ebenfalls durch Probleme in der Familie verursacht werden:

„Stress entsteht durch unterschiedliche Meinungen, die zu einer Diskussion werden und dann im Streit enden.“

„Gewalt in der Familie beeinflusst den psychischen Zustand.“

Als Beispiel für eine Verbesserung der Gesundheit durch die Familie wurde erwähnt, dass Verhaltensweisen von den Eltern an die Kinder weitergegeben werden. Insbesondere das Gesundheitsverhalten wird von den Kindern übernommen:

„Wenn die Eltern für gesunde Ernährung sorgen, machen die Kinder das später auch.“

Eine Interviewpartnerin, die Raucherin ist, erkannte noch Verbesserungspotenzial in der Gesundheitserziehung und nahm sich vor, es selber besser zu machen:

„Die eigenen Kinder werden später verständnisvoller über die Risiken des Rauchens aufgeklärt (nicht so autoritär wie die eigenen Eltern).“

Bei Personen mit Migrationshintergrund kann eine Reise ins Heimatland zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation beitragen:

„Die Rückkehr zu den eigenen Wurzeln (Heimatland) wirkt sich positiv auf den eigenen (geistigen und körperlichen) Gesundheitszustand aus.“

Für viele Interviewpartner sind die Eltern die erste Anlaufstelle bei Fragen zur Gesundheit.

„Die Eltern kennen sich mit der Gesundheit aus. Sie geben Tipps bei Krankheiten, man kann von Ihnen lernen.“

Gesundheit und Arbeit

Die Vorstellungen der Interviewpartner zum Thema Gesundheit und Arbeit lassen sich in zwei Wirkungsrichtungen gliedern. Einerseits kann die Gesundheit einen Einfluss auf die Arbeit haben, andererseits kann die Arbeit die Gesundheit verändern. Zunächst wird beschrieben, welche Auswirkungen die Gesundheit auf die Arbeit haben kann. Die Befragten beschrieben, dass die gesundheitliche Eignung eine Voraussetzung für viele Berufe sei.

„Die Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung, um arbeiten zu können und damit

eigenständig Geld zu verdienen.“

Dieser Aspekt tritt schon bei der Berufssuche in den Vordergrund:

„Arbeitgeber stellen keine Personen ein, die nicht gesund (z. B. übergewichtig) erscheinen.“

Tritt während des Berufslebens eine Krankheit ein, so gibt es unterschiedliche Vorstellungen, wie man sich verhalten sollte. Der einen Vorstellung nach, sollte man sich erholen:

„Wenn man nicht gesund ist, sollte man eine Pause von der Arbeit machen. Sonst erkrankt man schwerer.“

Da aber immer das Risiko existiert, durch eine Krankheit die Arbeit zu verlieren,

„Wenn man bei der Arbeit krank wird, besteht die Gefahr den Job zu verlieren.“

gibt es auch die Verhaltensweise, trotz einer Krankheit weiter zu arbeiten:

„Der Vater geht fast nie zum Arzt, weil er Angst hat, seine Familie nicht mehr ernähren zu können.“

Aus Sicht der Interviewpartner beeinflusst die Arbeit die Gesundheit durch folgende Zusammenhänge:

Positiv gesehen, ermöglicht die Arbeit und das damit verbundene Gehalt, die Erhaltung der Gesundheit durch Ernährung:

„In anderen Ländern muss man Arbeit haben, um sich ernähren zu können.“

Die Betonung auf andere Länder, bedeutet, dass man sich in Deutschland auch ernähren kann, wenn man keine Arbeit hat, indem man vom Staat unterstützt wird.

Arbeit kann belastend für die Psyche sein:

„Als Altenpfleger hat man mit Krankheit und Tod zu tun und muss sich emotional erst einmal daran gewöhnen.“

Insbesondere wird der Stress bei der Arbeit als ein Faktor erwähnt, der die Gesundheit belastet:

„Zu viel Stress, Druck bei der Arbeit ohne Ausgleich im Privatleben führen zur Krankheit.“

„Zu viel Arbeit macht krank und führt zu Stress mit eigenen Kindern.“

„Mit einem besseren Job ist man nicht so gestresst und geht besser mit seinen Kindern um.“

Neben den psychischen Belastungen bei der Arbeit, wurden auch physische Gefahren erwähnt:

„Durch einen Arbeitsunfall kann man krank werden.“

„Gefährliche Berufe werden besser bezahlt.“

Eine damit zusammenhängende Theorie, die zu den Bereichen Gesundheit und Arbeit noch die Bildung beinhaltet, ist die Folgende:

„Wer einen guten Abschluss hat, kann einen Beruf ausüben, bei dem man nicht körperlich arbeiten muss. Mit einem schlechten Abschluss muss man meistens körperlich arbeiten und belastet seine Gesundheit.“

Als Nachteil bei zwei berufstätigen Eltern wird gesehen, dass diese weniger Zeit für ihre Kinder haben, insbesondere wenn diese erkrankt sind:

„Berufstätige Eltern haben weniger Zeit, sich um die Pflege der kranken Familienmitglieder zu kümmern.“

Nach Ansicht der Interviewpartner kann Drogenkonsum zur Arbeitslosigkeit führen:

„Leute sind arm, weil sie sich aufgegeben haben. Sie trinken Alkohol, weil sie denken es sei cooler als früh aufstehen und arbeiten gehen.“

Gesundheit und Handlungsmöglichkeiten

Die Interviewpartner beschrieben, dass gesunden Menschen mehr Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen als kranken. Es gibt weniger Einschränkungen bei der Berufswahl und die Gesundheit ist eine Voraussetzung um unabhängig und selbstständig sein Leben gestalten zu können:

„Die Gesundheit ermöglicht es, den persönlichen Lebensweg frei zu wählen. (Arbeit, Unabhängigkeit, ...)“

Krankheiten werden oft mit einem fortgeschrittenen Lebensalter verbunden. Daher sollte man in jungen Jahren vieles ausprobieren, bevor man später zu krank dafür ist und man nicht mehr die Möglichkeiten hat.

„In der Jugendzeit sollte man das Leben genießen, bevor man später krank sein wird.“

Die Handlung einer Person lässt einen Rückschluss auf den Gesundheitszustand zu:

„Am Verhalten kann man erkennen, ob jemand krank ist (körperlich und geistig).“

Drogen haben unterschiedliche Auswirkungen auf das Verhalten. Anhand der Auswirkungen wird beurteilt, welche Droge harmloser ist:

„Kiffen macht faul und Alkohol macht aggressiv, deswegen ist Alkohol schlimmer.“

Gesundheit und Freunde

Für viele Befragte spielen die Gleichaltrigen eine wichtige Rolle im Gesundheitsverhalten. Insbesondere beim Konsum von Drogen lassen sich viele durch den Freundeskreis beeinflussen. Die Befragten sind sich des Gruppenzwangs bewusst, stellen diesen aber nicht in Frage:

„Drogen (Alkohol, Zigaretten, Marihuana, ...) werden konsumiert, weil die Freunde es auch tun und man zur Gruppe gehören will.“

Nicht nur der Gruppenzwang lässt die Befragten zu Drogen greifen, sondern auch Stress im Freundeskreis wird als Ursache angegeben:

„Stress mit den Freunden kann Ursache für Rückfall zum Drogenkonsum sein.“

Es wurde auch erwähnt, dass Gleichaltrige, die keine Drogen konsumieren, als positives Vorbild dienen können, wenn sie selbst auf den Drogenkonsum verzichten:

„Freund/Freundin können einen von Drogen abhalten, indem sie selbst keine nehmen.“

Die Auswirkungen der Drogen werden den Interviewpartnern an den Beobachtungen im eigenen Bekanntenkreis bewusst:

„Die Schädlichkeit von Drogen wurde im Falle eines Freundes offensichtlich.“

Das Gegenteil zur Gruppenzugehörigkeit ist die Ausgrenzung. Für diejenigen, die nicht zur Gruppe gehören, ist das mit gesundheitlichen Problemen verbunden:

„Ausgrenzung (Mobbing) führt zu psychischen Krankheiten (z. B. Ritzen).“

Gesundheit wurde von einem Befragten allein durch das Verhalten der anderen gegenüber ihm selbst definiert:

„Man ist gesund, wenn man nicht in der Schule von den anderen geärgert wird.“

Als Konsequenz des Mobbings sah er nur die Möglichkeiten, das Mobbing zu ignorieren oder in einem anderen Umfeld neu anzufangen:

„Handlungsmöglichkeiten bei Mobbing: Ignorieren der Täter oder Schule wechseln.“

Eine Person mit einer Behinderung hat aufgrund der eigenen Erfahrungen folgende sinngemäße Aussage gemacht:

„Anderssein (Behinderungen) wird nicht toleriert, stattdessen wird man ausgegrenzt/ausgelacht.“

Die gesundheitliche Beeinträchtigung hat also direkten Einfluss auf die Rolle des Betroffenen im sozialen Kontext der Gruppe. Trotz der Ausgrenzung empfand er es als vorteilhaft, im Alltagsleben mit nichtbehinderten Menschen zusammen zu leben. Er war der Meinung, dass er besser für die Entwicklung sei:

„Mit einer Behinderung ist es besser, wenn man unter nicht Behinderten aufwächst und nicht abgekapselt wird.“

Es wurde die Meinung geäußert, dass sich positive Erfahrungen in der Gemeinschaft mit Gleichaltrigen Vorteilhaft auf die Gesundheit auswirken.

„Gute Freundschaft führt zur Verbesserung der Gesundheit.“

Eine Befragte analysierte ihr eigenes Verhalten und kam zu dem Schluss, dass Personen, die eine traumatische Erfahrung gemacht hat, ihre Gefühle der Außenwelt nicht zeigen:

„Traumatisierte verbergen ihre Empfindungen vor der Außenwelt, um sich selbst zu schützen.“

In der Umgebung mit anderen Personen ist man abgelenkt und beschäftigt sich nicht mit seinen eigenen Problemen. Die umgebenen Menschen haben einen Einfluss auf das eigene Wohlbefinden:

„Oft merkt man erst, dass es einem schlecht geht, wenn man alleine ist.“

Die Beziehung zu andern Personen kann unter Umständen dazu führen, dass die eigene Gesundheit geschädigt wird:

„Freundschaft bedeutet, den anderen immer zu helfen, auch wenn man sich selbst dadurch vernachlässigt.“

Die eigene Hilfsbereitschaft im Bekanntenkreis wird zur Ursache der gesundheitlichen Belastung. Wenn im eigenen Umfeld zu viele Personen Unterstützung bei Problemen benötigen und kann es für eine einzelne Person gesundheitliche Konsequenzen haben:

„Ein Helfersyndrom führt zur eigenen gesundheitlichen Belastung.“

Es wurde von den Interviewpartnern festgestellt, dass fehlende Gesundheit zur Einschränkung von sozialen Interaktionen führen kann:

„Wenn man krank ist, darf man nicht raus mit den Freunden spielen.“

Gesundheit und Lebensalter

Die Interviewpartner assoziieren das Thema Krankheit hauptsächlich mit dem Alter. Sofern sie nicht schon selber schwere Krankheiten hatten, denken Sie beim Thema Krankheit an ältere Leute aus dem Bekanntenkreis.

„Krankheit betrifft hauptsächlich ältere Menschen.“

Für die Befragten ist normal, dass sich Kinder und Jugendliche nicht immer gesundheitsbewusst verhalten. Sie verbinden das Erwachsenwerden damit, dass man dann automatisch vernünftiger wird und sich deshalb in Zukunft gesundheitsbewusster verhält. Wo diese Vernunft herkommt oder was den Sinneswandel hervorruft wurde nicht erklärt.

„Im Kindesalter verhält man sich gesundheitlich unvernünftig.“

„Wenn man erwachsen ist, wird man sich vernünftig verhalten.“

Die Befragten sehen das Begehen von Fehlern im gesundheitlichen Bereich als Teil des Prozesses des Erwachsenwerdens an.

„Mit dem Alter gewinnt man an Vernunft und man vermeidet ungesunde Sachen, um nicht krank zu werden. Junge Leute machen noch Fehler.“

Sie sehen die Kinder- und Jugendzeit als eine nicht wiederkehrende Möglichkeit viele, auch unvernünftige Dinge, auszuprobieren und das Leben zu genießen.

„Wenn man jung ist, sollte man viel erleben (u.a. Drogen), weil man nicht weiß, was einen im Alter erwartet.“

Gesundheit und Finanzen

Die Interviewpartner sehen einen Zusammenhang zwischen Gesundheit und finanziellen Mitteln aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Jugendliche mit wenig Geld haben die Erfahrung gemacht, dass geringe finanzielle Mittel zur Ausgrenzung und damit zur psychischen Beeinträchtigung in Form von Mobbing führt:

Mangelnde finanzielle Mittel führen zur Ausgrenzung (Mobbing) und damit zu psychischen Beeinträchtigung.

Sie haben auch schon die Erfahrung gemacht, dass Verbesserung der Gesundheit mit der Investition von Geld verbunden ist. Insbesondere beim Sport und bei der Ernährung erwähnten sie diese Zusammenhänge.

„Finanzielle Mittel können die Gesundheit verbessern (Fitnessstudio).“

„Man benötigt genug Geld, um sich gesund ernähren zu können. Das kann sich nicht jeder leisten.“

Eine andere Meinung war, dass man sich die Gesundheit nicht mit Geld erkaufen könne:

„Gesundheit kann man nicht kaufen.“

Deshalb sei die Gesundheit noch wichtiger als finanzielle Mittel zu besitzen.

„Gesundheit ist wichtiger als Geld.“

Ein Interviewpartner erwähnt auch das umgekehrte Wirkungsprinzip, dass die Gesundheit Einfluss auf die finanziellen Mittel haben kann. Es wurde beschrieben, dass eine Alkohol-Abhängigkeit zur Armut führen kann.

„Durch Alkoholsucht kann man in Armut gelangen.“

Gesundheit und Religion/Schicksal

Werden die Interviewpartner gefragt, warum manche krank werden und andere nicht, so vertreten viele von Ihnen die Meinung, dass eine Krankheit vom Schicksal vorausbestimmt ist oder erklären die Krankheit mit religiösen Vorstellungen.

„Gesundheit ist durch Schicksal oder durch Gott vorherbestimmt.“

„Das Leben ist ungerecht. Es ist Schicksal was passiert.“

Die Vorstellung, dass die Krankheit vorherbestimmt ist, führt zu dem folgenden Schluss, dass es keinen Sinn macht, sich über das Gesundheitsverhalten Gedanken zu machen:

„Es nutzt nichts, sich im Vorfeld mit Krankheiten zu beschäftigen. Wenn man krank wird, wird man krank, daran kann man nichts ändern.“

Die Erklärung, warum ein Gott einem Menschen eine Krankheit auferlegt, wird durch den Gedanken einer Prüfung erklärt, die der Mensch bestehen muss:

„Gott entscheidet, wer eine schwere Krankheit bekommt als Prüfung.“

Der Tod liegt nach den Vorstellungen der religiösen Befragten ebenfalls in der Entscheidungsgewalt von Gott.

„Gott entscheidet, wann man stirbt.“

Die Heilung der Krankheit kann durch Beten oder durch andere übersinnliche Ereignisse positiv beeinflusst werden:

„Krankheiten können durch Engel geheilt werden.“

„Beten kann helfen eine Krankheit zu heilen.“

Neben den religiösen Erklärungsmustern ist aber auch eine andere gegensätzliche Theorie angesprochen worden. Nach dieser Theorie ist die Krankheit oft eine Folge des eigenen Verhaltens:

„Oft ist man selbst schuld, wenn man erkrankt. (z. B. Lungenkrebs verursacht durch Zigaretten).“

Gesundheit und Gesellschaft

Die Befragten sind der Meinung, dass die Gesellschaft in der man lebt, auch einen Einfluss auf die Gesundheit hat. Wenn zu viele Menschen auf engen Raum zusammenleben, verbreiten sich die Krankheiten leichter:

„Bei zu vielen Menschen verbreiten sich Krankheiten.“

In anderen Ländern müssen Kinder und Jugendliche um ihre Gesundheit zu schützen auf der Straße leben, weil sie zuhause nicht sicher sind:

„Die Kinder in armen Ländern leben auf der Straße, weil sie zu Hause zu viel

Gewalt/Vergewaltigung erleben.“

Eine andere Theorie besteht darin, dass viele Menschen ihre Krankheit vor der Öffentlichkeit geheim halten wollten. Daher lehnen Sie die Hilfe von anderen ab:

„Die meisten Menschen wollen sich nicht helfen lassen. Sie verbergen, dass es ihnen schlecht geht.“

Es ist von Vorteil sich in der Öffentlichkeit als gesund zu zeigen:

„Man sollte eine gesunde Erscheinung haben. Gesundheit stärkt das Selbstbewusstsein.“

Eine weitere Theorie zum Verlauf einer Krankheit besagt folgendes:

„Krankheiten können sich verändern wie Menschen. Vom Guten zum Schlechten und umgekehrt.“

Gesundheit und Bildung

Gesundheitliche Probleme als Ursache für schlechte Leistungen

Die Befragten haben häufig die Theorie, dass sich bestimmte Krankheiten negativ auf den Bildungserfolg auswirken. Die meisten Theorien bestehen darin, dass ein Experte, zum Beispiel ein Arzt, die Ursache für die schwache Leistung diagnostiziert hat. Diese Erklärung wird dann von den Schülern akzeptiert und verinnerlicht.

„Die fehlende Konzentration ist die Ursache für schlechte Leistung in der Schule.“

„Eine ärztlich festgestellte Dyskalkulie ist Ursache für schlechtere Noten.“

„ADS ist die Ursache für schlechte Noten in der Schule.“

„Psychische Belastungen (Blackout, Stress, mangelnde Konzentration, LRS) führen zu schlechten Leistungen in Bildungsinstitutionen.“

Die Schüler scheinen die Erklärungen der Experten gerne anzunehmen. Diese medizinischen Erklärungen haben den Vorteil, dass sie die Schüler vom Verdacht befreien, die schlechten Noten liegen an ihrer eigenen Unwissenheit oder daran, dass Sie weniger intelligent sind als die Mitschüler. Untersuchungen zufolge (Dunning-Kruger-Effekt) halten sich die meisten Menschen für schlauer, als die Personen aus dem näheren Umfeld. Wenn nun durch schlechte Noten vermeintlich objektiv bescheinigt wird, dass sie weniger schlau sind, als sie von sich selber denken, passt das Fremdbild nicht mehr zu ihrem eigenen Selbstbild. Daher kommt die

Erklärung, dass die schlechten Noten an einer Krankheit liegen, ihnen entgegen. Denn mit dieser Theorie können sie, sogar von Autoritätspersonen bescheinigt, erklären, wieso sie schlechte Leistungen in der Schule erbringen, obwohl sie doch intelligent sind. Weiterhin bietet die ärztliche Diagnose den Vorteil, dass die schlechten Leistungen nicht selbst verschuldet sind, sondern durch äußere Einflüsse verursacht werden. Dies hat zur logischen Konsequenz, dass die Schüler auch nichts an ihrem Lernverhalten ändern müssen, da sie ja schließlich nichts für ihre gesundheitlichen Probleme können. Dieses kommt der Bequemlichkeit der Schüler entgegen.

In einer Theorie hat ein Schüler das Phänomen „Schulunlust“, was nur die Beschreibung eines Zustands ist, zu einer Krankheit erklärt. In seiner Vorstellung hat ein Arzt bei ihm Schulunlust diagnostiziert, was die Ursache seiner schlechten Leistungen ist:

„Eine ärztlich diagnostizierte Schulunlust ist Ursache für das Versagen in der Schule.“

Krankheiten müssen aber nicht unbedingt zum Versagen führen, sondern können auch nur die Geschwindigkeit des Lernens verlangsamen:

„Wenn man LRS hat, braucht man mehr Zeit um Wissen zu erwerben.“

In der Vorstellung einer Person ist Analphabetismus eine Krankheit:

„Analphabetismus ist eine Krankheit.“

Nicht nur Krankheiten, sondern auch die Pubertätsphase wurde als Ursache für schlechte Leistungen erwähnt:

„Frühe Reife führt zur Ablenkung in der Schule, was zu schlechten Leistungen führt.“

Sucht, Drogen und Abhängigkeiten

Bei der Betrachtung der Gesundheit spielt das Thema Drogenkonsum für die Befragten eine wichtige Rolle. Folgende Theorien wurden im Zusammenhang mit der Bildung erwähnt:

„Rauchen und Trinken führen dazu, dass man schlecht in der Schule ist.“

Diese Theorie bezieht sich darauf, dass der Konsum der Drogen eine höhere Priorität hat, als gute Leistungen in der Schule zu erzielen. Das führt dazu, dass sich einige lieber treffen, um zu rauchen und Alkohol zu trinken, als in der Schule anwesend zu sein.

Interessant ist, dass nicht nur der eigene Drogenkonsum in Betracht gezogen wurde, sondern auch der im Familienkreis:

„Wenn die Eltern süchtig sind, bekommen die Kinder Probleme in der Schule.“

Hier ging es darum, dass die Drogenabhängigkeit der Eltern dazu führt, dass sich die Eltern nicht mehr ausreichend um ihre Kinder kümmern. Wenn die Kinder vernachlässigt werden, sinkt deren Leistung in der Schule.

Eine Theorie besagt, dass das Schulschwänzen auch ein Suchtpotential hat. Wenn man einmal damit angefangen hat, ist es schwer wieder davon loszukommen:

„Das Schulschwänzen ist ähnlich wie eine Suchtabhängigkeit (z. B. Rauchen).“

Gesundheitliche Folgen des Bildungsprozesses

Von den Interviewpartnern wurde auch erwähnt, dass die Bildung sich auf die Gesundheit auswirken kann.

Die Interviewten berichten dazu aus der eigenen Erfahrung, dass sich Lernstress negativ auf die Gesundheit auswirkt. Während der Lernphasen steht das Lernen im Vordergrund, so dass auf gesundheitliche Aspekte nicht geachtet wird, bzw. diese bewusst verdrängt werden. Es kann eine Müdigkeit auftreten, die die Jugendlichen versuchen durch Energiedrinks zu bekämpfen. Diese Drinks würden dann die Nieren beschädigen.

„Zu viel Bildungsstress (Prüfungsphasen/Lernphasen) kann krank machen. Man achtet nicht mehr auf seine Gesundheit. (Müdigkeit, Energie Drinks, Nierenprobleme)“

Eine andere Theorie bezieht sich auf die Situation, dass man beim Bildungserwerb nicht erfolgreich gewesen ist. Daraus können sich gesundheitliche Konsequenzen entwickeln:

„Wenn man schlechte Noten hat und dadurch sein Berufsziel nicht erreichen kann, kann das einen psychisch krank machen.“

Die Befragten brachten einen bestimmten Zeitpunkt im Bildungsprozess noch mit gesundheitlichen Problemen in Verbindung. Beim Wechsel von der Grundschule in die weiterführende Schule besteht ein Risiko, durch die sozialen Umbrüche krank zu werden.

„Beim Übergang von der Grundschule in die weiterführende Schule finden soziale Veränderungen statt, die die Gesundheit negativ beeinflussen können.“

Biologische Vorausbestimmtheit der Bildung

Einige der Befragten gehen davon aus, dass es biologische Faktoren gibt, die bestimmen, welche Erfolgsaussichten beim Bildungserwerb bestehen. Dabei vertrauen die Befragten auf die Urteile von Experten:

„Bei psychologischen Tests kann festgestellt werden, ob man intelligent ist und damit welchen Abschluss man machen könnte.“

Die Befragten nehmen an, dass die persönlichen Fähigkeiten bei den Schülern unterschiedlich ausgeprägt sind. Diese Fähigkeiten beeinflussen den Erfolg beim Bildungserwerb:

„Biologische Voraussetzungen (Auffassungsgabe) haben Auswirkungen auf die Leistung in der Schule.“

Verhalten/Handeln in Bezug auf Gesundheit und Bildung

Die Interviewten haben beschrieben, dass sich eine Krankheit nachteilig auf den Bildungsprozess auswirkt. Das liegt daran, dass der Lernprozess im Falle einer Krankheit unterbrochen wird:

„Wenn man krank ist, kann man nicht in die Schule gehen und sich bilden.“

Um dieses zu vermeiden, sollte man sich nicht krank melden, wenn man nicht krank ist:

„Man sollte sich nicht unnötig krank melden, da man sonst zu viel Lernstoff verpasst.“

Im Extremfall gab es eine Person, für die die Bildung so wichtig war, dass sie aus Angst etwas in der Schule zu verpassen, sich bei Beschwerden erst gar nicht an einen Arzt wendet:

„Wenn man zum Arzt geht, verpasst man den Stoff in der Schule. Daher gehe ich nicht zum Arzt auch wenn ich krank bin.“

Verbesserung der Gesundheit/Bildung

Von den Interviewpartnern wurde erwähnt, dass es einen Zusammenhang zwischen der Einnahme von Medikamenten und den schulischen Leistungen gibt.

„Medikamente können zur Verbesserung der Konzentration dienen (z. B. bei ADS).“

Die Befragten gingen also von der Wirksamkeit der Medikation aus.

Gesundheit in der Familie

Die Gesundheit wirkt sich nach Meinung der Befragten dann negativ auf die Bildung aus, wenn jemand aus der Familie krank wird. Diese These wurde auch schon im Zusammenhang mit Gesundheit und Soziales erwähnt:

„Die Gesundheit in der Familie hat eine höhere Priorität als der Bildungserwerb. Daher kommt es im Krankheitsfall zu negativen Auswirkungen für die Bildung.“

Auch häusliche Gewalt wirkt sich nach den Vorstellungen der Befragten zum Nachteil auf den Bildungserwerb aus:

„Wenn die Kinder zu Hause Gewalt erleben, können sie sich nicht auf das Lernen konzentrieren. (z. B. bei Aggressivität der Eltern)“

Sonstiges

Neben den oben gelisteten Theorien zu mehreren Bereichen, kamen noch folgende interessante Zusammenhänge zur Sprache.

Eine Person hatte die Theorie, dass sie deswegen in der Schule schlechtere Leistung hat, weil ihre Schreibgeschwindigkeit zu langsam sei. Dadurch hätte sie nicht die Möglichkeit, ihr ganzes Wissen dem Lehrer zur Beurteilung zu präsentieren:

„Wenn man nicht schnell schreibt, bekommt man schlechtere Noten, weil man nicht schafft, alles aufzuschreiben, was man weiß.“

Ein anderer Befragter erklärte das Schwänzen der Schule als positive Tat, da er damit andere vor sich schützen könnte:

„Die Schule wurde geschwänzt, um die Wut woanders auszuleben. Es diene zum Schutz der Schüler und Lehrer vor den eigenen Aggressionen.“

Auswertung Gesamtschaubild

Um die Verflechtungen der Bereiche, so wie sie im Verständnis der Jugendlichen existieren, überblicken zu können, wurde aus den Theorien folgendes Ursache-Wirkung-Schaubild generiert. Die Kästchen symbolisieren die entsprechende Kategorie und die Pfeile zeigen an, welche andere Kategorie beeinflusst wird. Die gerichteten Pfeile von X nach Y bedeuten "X hat einen Einfluss auf Y". Die Stärke des Pfeils sagt aus, wie viele Interviewpartner diese Zusammenhänge erwähnten. Ein stärkerer Pfeil bedeutet, dass diese Beziehung von mehreren Personen beschrieben wurde.

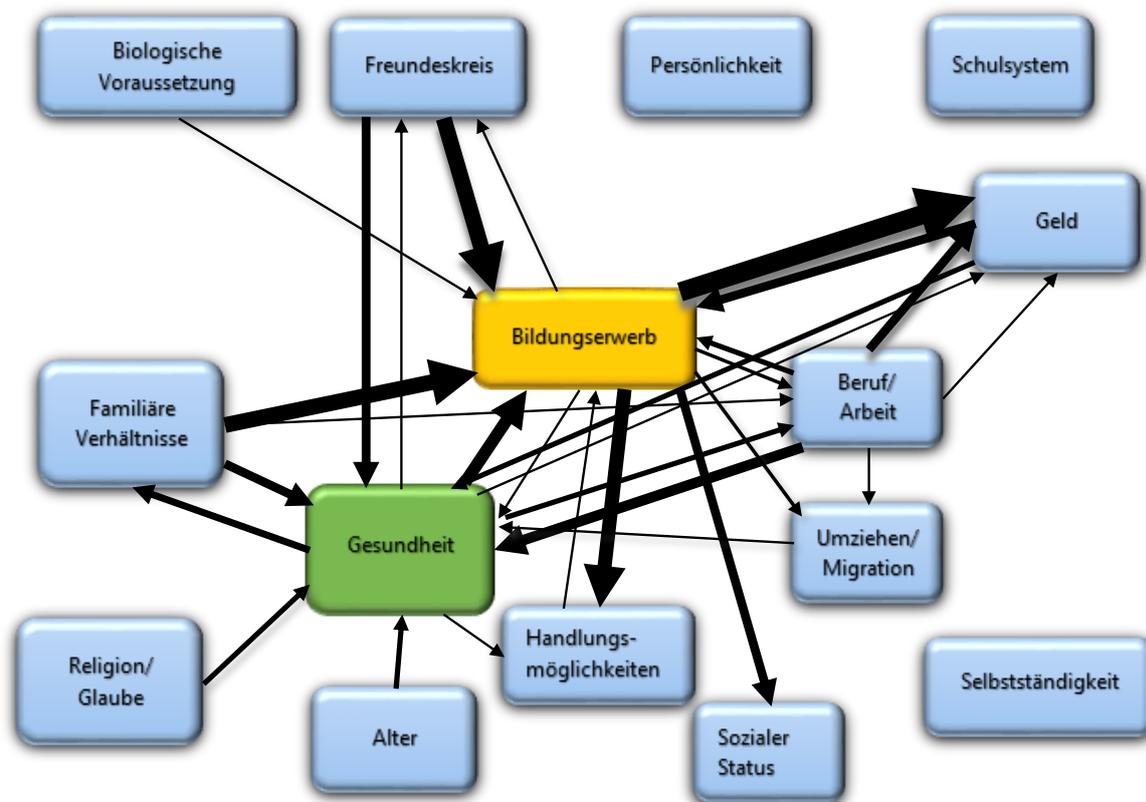


Abbildung 1: Ursache-Wirkungsschaubild subjektive Theorien gesamt

Die Abbildung 1 stellt das Ursache-Wirkungsschaubild der subjektiven Theorien in ihrer Gesamtheit dar. Die drei unterschiedlichen Bereiche werden durch verschiedene Farben dargestellt. Gelb entspricht der Bildung, Grün der Gesundheit und Blau dem sozialen Bereich. Während die Bildung und die Gesundheit durch ein einziges Kästchen symbolisiert werden, ist der soziale Bereich in vielzählige Unterkategorien aufgeteilt. Diese Aufteilung ist die Konsequenz aus der gewählten Kategorienbildung.

Man erkennt auf den ersten Blick, dass die Abhängigkeiten der Bereiche sehr vielfältig sind und ein sehr vernetztes Schaubild ergeben. In der Gesamtheit verfügt die untersuchte Gruppe also über sehr viele unterschiedliche Ideen, wie die Bereiche miteinander zusammenhängen. Es gibt Zusammenhänge, die von vielen erwähnt werden und welche die nur wenige gesehen haben.

Der offensichtlichste Zusammenhang aus der Abbildung ist, dass sich der Bildungserwerb auf das Geld auswirkt, was im späteren Beruf verdient werden kann. Fast jeder Befragte nannte

diesen Zusammenhang im Gespräch. Die Bildung wird in erster Linie als Voraussetzung angesehen Geld zu verdienen. Die meisten vertreten die Auffassung, dass bessere Bildung (automatisch) zu mehr Geld führt. Warum dieser Zusammenhang so präsent ist, lässt sich durch zwei Aspekte erklären. Einerseits beruht der Zusammenhang auf dem Alltagswissen, welches die Befragten besitzen. In ihrem Familien oder Bekanntenkreis oder durch Erzählungen wissen sie aus persönlicher Erfahrung, wer welchen Bildungsabschluss besitzt und wer finanziell bessergestellt ist. Zweitens wird die Notwendigkeit zum Besuch einer Schule damit begründet, dass man später Geld verdienen muss und dass es von Vorteil ist dafür einen Schulabschluss zu besitzen. Dabei gäbe es noch andere Gründe die man für einen Schulbesuch anführen könnte: Man muss zur Schule gehen, um sozialisiert zu werden, um neue Freunde zu finden, um die Welt zu verstehen, um Sprachen zu lernen, zum besseren Verständnis mit anderen, um selbstständig zu werden, um Sozialverhalten zu lernen, damit die Eltern in der Zeit arbeiten können, um ein mündiger Mensch zu werden, um einen Beruf zu erlernen, oder noch weitere Gründe. Die Untersuchungsgruppe setzt aus Individuen zusammen, die bisher wenig erfolgreich im Bildungserwerb waren und nun die Maßnahme besuchen. Ihre Handlung (Teilnahme an der Maßnahme) ist mit ihrer subjektiven Theorie (Durch Bildung mehr Geld verdienen) vereinbar. Sie erhoffen sich in Zukunft durch höhere Qualifizierung mehr Geld zu verdienen. Gleichzeitig denken Sie, dass ihnen dadurch auch mehr Handlungsmöglichkeiten offen stehen, zum Beispiel bei der Berufswahl.

Ebenfalls sehr häufig wurden Auswirkungen erwähnt, die der Freundeskreis, die Gleichaltrigen oder die Mitschüler auf den Bildungserwerb haben. In der Ansicht der jungen Menschen ist das einer der offensichtlichsten Einflussfaktoren für den Erfolg oder Misserfolg im Bildungssystem. Dieser Zusammenhang ist für Außenstehende nachvollziehbar, da die Gleichaltrigen in der Entwicklung zum Erwachsenwerden bei den Jugendlichen eine entscheidende Rolle im Leben spielen. Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe und von den anderen als Persönlichkeit akzeptiert zu werden gehört für die Jugendlichen zu den erstrebenswertesten Zielen des Alltagslebens. Die Meinungen der Gleichaltrigen und das Ansehen in der Gruppe sind wichtiger als die Meinungen von außenstehenden Personen, wie zum Beispiel der Eltern. Die Jugendlichen sind sich des Einflusses der Gruppe bewusst und akzeptieren dies. Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Gruppenzwang findet kaum statt. Für die eigenen schlechten Leistungen in der Schule wird häufig ein „schlechter“ Freundeskreis als Begründung angeführt. Warum sie trotzdem in diesem Freundeskreis verbleiben, obwohl sie ihn als schlecht bezeichnen, wird von ihnen nicht eigenständig hinterfragt oder begründet.

Als zweithäufigster Einflussfaktor auf den Bildungserwerb werden die familiären Verhältnisse angeführt. Hier ist es nach Ansicht der Befragten entscheidend, wie sich die Eltern für eine erfolgreiche Schulbildung ihrer Kinder einsetzen. Haben die Eltern ein großes Interesse an einem erfolgreichen Bildungsabschluss ihrer Kinder, so sind diese Kinder auch erfolgreicher. Soziale Probleme oder Krankheiten in der Familie führen zu einer Verschlechterung der Schulleistungen.

Die eigene Gesundheit oder die Gesundheit in der Familie wurde in der Untersuchungsgruppe fast genauso häufig im Zusammenhang mit dem Bildungserwerb erwähnt wie die finanzielle Situation in der Familie.

Schlussfolgerung /Ansätze

Was sollte man aus Sicht der Berufsgruppen beachten?

Die Theorien der Jugendlichen bilden eine Grundlage für ihren Handlungsplan. Wenn auf die Handlung der Jugendlichen in eine bestimmte Richtung (z. B. besserer Bildungsabschluss) eingewirkt werden soll, kann dieses durch das Aufgreifen und Verstärken bereits vorhandener Theorien oder durch die Entkräftigung bestehender Theorien geschehen. Dazu ist es wichtig, die Theorien der Jugendlichen zu kennen und nicht implizit davon auszugehen, dass die Jugendlichen dieselben Theorien vertreten wie alle anderen oder wie man selbst. Die folgenden Ansätze zur Verbesserung der Bildungsniveaus lassen sich aus den Theorien ableiten.

Ansätze zur Verbesserung der Bildung (Lehrer):

- Es wird die Meinung vertreten, dass der Bildungsabschluss von den familiären Bedingungen abhängig ist. Dabei können sich die familiären Bedingungen positiv oder negativ auf die Bildung auswirken (vgl. Kap. Elternhaus und Erfolg beim Bildungserwerb). Verbesserungen können hier erreicht werden, indem an die Eigenverantwortung bei der Bildung appelliert wird. Eventuell können hier Beispiele helfen, bei denen hohe Bildungsabschlüsse trotz schlechter familiärer Voraussetzungen erreicht wurden
- Bei den Jugendlichen mit schlechten Leistungen sollten Ursachen der schlechten Leistungen im familiären Umfeld in Betracht gezogen werden. Wenn es gelingt, die Ursachen zu lokalisieren, kann anschließend darauf hingewirkt werden die Ursachen zu beseitigen oder abzumildern und so die schulischen Leistungen verbessern.

- Bei vielen Jugendlichen besteht die Hauptmotivation für den Bildungserwerb darin, zukünftige finanzielle Vorteile zu haben. Dieser Zusammenhang ist so häufig verbreitet, dass er nicht weiter verstärkt zu werden braucht. Aus den Interviews wurde deutlich, dass die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit auch ein erstrebenswertes Ziel für die Jugendlichen darstellt. Durch eine anschauliche Verdeutlichung wie Bildung zur Unabhängigkeit beiträgt, können die Jugendlichen dazu motiviert werden, mehr Zeit in ihre Bildung zu investieren.
- Die Möglichkeit Bildungsabschlüsse nachzuholen verleitet Jugendliche dazu, sich in der Schule nicht so stark anzustrengen. Vielmehr wird der schulische Erfolg auf einen späteren Zeitpunkt verschoben. Hier könnte es helfen den Jugendlichen klar zu machen, dass der erste Versuch in der Schule erfolgreich zu sein viel einfacher ist, als die Abschlüsse zu einem späteren Zeitpunkt nachzuholen. Zu einem späteren Zeitpunkt muss das Lernen vielleicht noch abends nach einer Vollzeitstelle und am Wochenende erfolgen.
- Manche Jugendliche gehen davon aus, dass ihre Persönlichkeit oder ihre Fertigkeiten für den Erhalt eines Ausbildungsplatzes (oder Arbeitsplatzes) von größerer Bedeutung sind als ihre Schulnoten. Hier sollten die Jugendlichen darauf hingewiesen werden, dass sie es erst einmal bis zu einem Bewerbungsgespräch schaffen müssen. Bei einer Vielzahl von Bewerbungen werden die Jugendlichen mit den schlechteren Zeugnissen höchstwahrscheinlich gar nicht erst eingeladen.
- Diskriminierungen aufgrund von körperlichen Behinderungen und Übergewicht führten bei einigen Interviewten dazu, dass sie in der Schule ausgegrenzt wurden. Daraus ergab sich für die Betroffenen eine negative Einstellung zur Schule und teilweise blieben sie dem Unterricht fern, um den unangenehmen Situationen aus dem Weg zu gehen. Die Einführung von Antidiskriminierungsprogrammen, wie zum Beispiel einer Unterrichtsreihe zum Thema Mobbing, trägt dazu bei, ausgegrenzte Schüler wieder einzugliedern und damit ihnen wieder Zugang zur Bildung zu verschaffen.

Medizinisches Personal (Gesundheit)

- Wenn die Ursache für schlechte Leistungen in der Schule im medizinischen Bereich vermutet wird, ist es besonders wichtig, wie es den Jugendlichen vermittelt wird. Wenn eine Autoritätsperson, wie ein Arzt, das Schulversagen ausschließlich durch medizinische Ursachen begründet, übernehmen die Jugendlichen diese Erklärung für

sich als nicht anzuzweifelnde Tatsache. Das führt dazu, dass alle Fehlleistungen allein auf diese medizinische Tatsache zurückgeführt werden können. Das bringt den Jugendlichen in die komfortable Situation, dass er immer eine anerkannte Erklärung für schlechte Noten vorbringen kann, auch wenn es in Wirklichkeit daran gelegen hat, dass er nicht genügend Zeit mit der Vorbereitung verbracht hat. Es besteht also die Gefahr, dass sich der Jugendliche mit der Situation abfindet und keine persönliche Motivation mehr aufbringen kann, sich aus eigener Kraft in der Schule zu verbessern. Daher ist es wichtig, bei der Erklärung der medizinischen Ursache für schlechte Schulleistungen besonders zu betonen, dass der medizinische Grund nur ein Aspekt ist, der einen Einfluss hat. Es sollte immer erwähnt werden, dass der persönliche Einsatz und die Selbstmotivation immer noch die wesentlichen Faktoren bei der Verbesserung der schulischen Leistungen sind. Und gerade bei Jugendlichen mit medizinischen Beeinträchtigungen sind diese Punkte von noch größerer Bedeutung.

Sozialpädagogische Mitarbeiter

- Vielen Jugendlichen ist bewusst, welchen Einfluss der Freundeskreis auf sie hat. Allerdings reflektieren sie nicht, warum sie sich ausgerechnet diesen Freundeskreis ausgesucht haben. Hier kann es helfen, die Jugendlichen dazu zu bewegen über diese Fragestellung nachzudenken. Warum will man in einem Freundeskreis bleiben, der einen schlechten Einfluss auf einen hat.
- Ausgrenzungen und Diskriminierungen führen oft zu schlechteren Schulleistungen Betroffener. Daher sollte dieses durch geeignete Maßnahmen verhindert werden. Mitarbeiter im sozialen Bereich können ebenso wie Lehrer durch die Förderung von Inklusion im Unterricht und durch die Durchführung von Antidiskriminierungsprogrammen an Schulen indirekt zur Verbesserung der Bildung beitragen.

Literatur

Altenhöfer T., Philippi M., Böcken J. (2014): Gesundheitsverhalten und Änderungen im Gesundheitsverhalten – welche Relevanz haben Bildung und Schicht? Health Behaviour und Changes in Health Behaviour – Are Education and Sozial Status Relevant? Das Gesundheitswesen. Jan . 76 Jahrgang. S. 19-25.

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dgvt-Verlag. Tübingen
- Badura, B. et al. (Hrsg.) (2003): Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. 11.Jg., Heft 3. S. 247-262.
- Bohn, V., Rathmann, K. & Richter, M. (2010). Psychosoziale Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen: Die Bedeutung von Alter, Geschlecht und Schultyp. Gesundheitswesen 2010; 72:293-300
- Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, R. (Hrsg.): Soziale Ungleichheiten. Sonderband 2. Soziale Welt. Göttingen. S. 70
- Böhmer, Maria (2006) : Frühkindliche Sprachförderung – Eine gesellschaftliche und bildungspolitische Aufgabe In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Gleiche Chancen für alle – Möglichkeiten und Perspektiven der Sprachförderung in Kindergarten und Grundschule. Dokumentation einer Fachtagung am 19.10.2006 im Bundespresseamt Berlin. Unter: [<http://www.bundesregierung.de>] (06.11.2016)
- Bruvold W.H. (1993). A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. Am J Publ Health, 83, 872-880.
- Bucksch, J., Finne, E., Glücks S., Kolip, P. & HBSC-Team Deutschland (2012): Die Entwicklung von Geschlechterunterschieden im gesundheitsrelevanten Verhalten Jugendlicher von 2001 bis 2010. (Time Trends in Sex Differences in Adolescents' Health Behaviour from 2001 to 2010). Gesundheitswesen. 74 (Suppl 1). S. 56-62.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009). 13. Kinder und Jugendbericht. Berlin: BMFSF

Crawford, R. (1987): Cultural influences on prevention and the emergence of a new health consciousness. In: Weinstein N.D. (Ed.): Taking care. Cambridge University Press. Cambridge. pp. 95-113.

Datenreport 2006. Zahlen und Fakten für die Bundesrepublik Deutschland. Statistischen Bundesamt. Bonn

[<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2006.html>]
(06.11.2016)

Datenreport 2011. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland.

[<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/DatenreportDownload.html>]
(03.11.2016)

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2010): 8. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin.

Erhart M., Wille N., Ravens-Sieberer U. (2008): In die Wiege gelegt? Gesundheit im Kindes- und Jugendalter als Beginn einer lebenslangen Problematik. In: Bauer U., Bittlingmayer U. H., Richter M. (Hrsg.) (2008): Health Inequalities . Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. S. 331-358

Faller, H. & Verres, R. (1991): Emotion und Gesundheit. In: Scherer K. R. (Hrsg.): Psychologie der Emotion. Hogrefe. Göttingen. S. 706-765.

Faltermaier, T. (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Beltz. Psychologie Verlags-Union. Weinheim.

Faltermaier, T., Kühnlein, I., Burda-Viering, M. (1998): Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Juventa Verlag. Weinheim und München.

Faltermaier, T.; Mayring, P.; Saup W., Strehmel ,P. (2001): Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters. 2.Aufl. Verlag Kohlhammer. Stuttgart Berlin Köln.

Faltermaier, T. (2015): Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit. Unter: [<http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/subjektive-gesundheit-alltagskonzepte-von-gesundheit/?marksuchwort=1>] (06.11.2016)

Filipp, S. H. (1990): Subjektive Theorien als Forschungsgegenstand. In: Schwarzer R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Hogrefe. Göttingen. S. 247-262.

Fischer, V. (2002). Suchtprävention bei Jugendlichen. Regensburg: Roderer.

Flick, U. (2012): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Rowohlt Verlag. Reinbeck bei Hamburg.

Flick, U. (Hrsg.) (1998): Wann fühlen wir uns gesund? - Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Juventa Verlag. Weinheim.

Geene, R., Gold, C. (Hrsg.) (2009): Kinderarmut und Kindergesundheit. Verlag Hans Huber. Bern.

Groeben, N. & Scheele, B. (1988): Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts. Francke. Tübingen.

Hansen, W.B. (1992). School-based substance abuse prevention: A review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. Health Educat Research, 7, 403-430.

Herz, B. (2010): Armut und Bildungsbenachteiligung. In: Liesner, A. Lohmann, J. (Hrsg.): Gesellschaftliche Bedingungen von Bildung und Erziehung. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart. S. 75-85.

Herzlich, C. (1973): Health and illness. A social psychological analysis. Academic Press. London.

Hessisches Kultusministerium. Schule & Gesundheit. Unter:

[<http://www.schuleundgesundheit.hessen.de/themen/ernaehrung.html>] (06.11.2016)

Hollederer, A. (2010). Erwerbsbeteiligung, Gesundheit und Behinderung in NRW – Ergebnisse einer Sonderauswertung des Mikrozensus 2005. Düsseldorf: LIGA.NRW

-
- Hurrelmann K. (2000): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. . Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Hurrelmann, K. (2002). Psycho- und soziomatische Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2002; 45:866-872
- Hurrelmann, K., Albert, M., Quenzel, G. & Langness, A. (2006). Eine pragmatische Generation unter Druck – Einführung in die Schell Jugendstudie 2006. In Shell Deutschland Holding (Hrsg.), 15. Shell Jugendstudie, Jugend 2006 (S.31-48). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Hurrelmann, K. & Andresen, S. (2010). Kinder in Deutschland 2010: 2. World Vision Kinderstudie. World World Vision Deutschland e.V. (Hrsg.). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Jerusalem, M. (1999) (Hrsg.). Gesundheitsförderung in der Schule. Z Gesundheits-psychol, 7, 155-157.
- Jianghong L. (2012): Wie Gesundheit Bildungswege prägt. Frühe Beeinträchtigungen können lebenslange Folgen haben. In: WZB Mitteilungen. Heft 138. Dez. 2012. S.13-16. [<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>] (20.01.2016).
- Kim, H.K., Viner-Brown, S.I. & Garcia, J (2007). Children`s Mental Health and Family Functioning in Rhode Island. Pediatrics 2007; 119:22-28
- Klocke, A. & Becker, U. (2003). Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), Jugendgesundheitsurvey - Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO (S.183-241). Weinheim: Juventa Verlag

-
- Kolip, P.; Kuhlmann, E. (1998): „Lust und Freude am Leben“. Gesundheitsvorstellungen von Professorinnen und Professoren. In: Flick, U. (Hrsg.) (1998): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Juventa Verlag, Weinheim und München. S. 105-118
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA) (2010): Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. LIGA. Fokus 8. Unter : [www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/liga-fokus/LIGA_Fokus_8.pdf] (14.11.2016)
- Langness A., Leven I. & Hurrelmann K. (2006). Jugendliche Lebenswelten: Familie, Schule, Freizeit. In Shell Deutschland Holding (Hrsg.), 15. Shell Jugendstudie, Jugend 2006 (S.49-102). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Mayring P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz Verlag. Weinheim und Basel.
- Melzer, W., Oertel, L., Ottava, V. & HBSC-Team Deutschland (2012): Mobbing und Gewalt an Schulen. Entwicklungstrends von 2002 bis 2010. Gesundheitswesen. 74 (Suppl 1). S.76-83.
- Mittag, W./Jerusalem, M. (1999). Determinanten des Rauchverhaltens bei Jugendlichen und Transfereffekte eines schulischen Gesundheitsprogramms. Z Gesundheitspsychol, 7, 183-202.
- Moor, I., Pfortner, T. K., Lampert, T., Revens-Sieberer, U., Richter, M. & HBSC-Team Deutschland (2012): Sozioökonomische Ungleichheiten in der subjektiven Gesundheit bei 11- bis 15-Jährigen in Deutschland. Eine Trendanalyse von 2002-2010. (Socioeconomic Inequalities in Subjective Health among 11- to 15-year-olds in Germany. A Trend Analysis from 2002–2010). Gesundheitswesen. 74 (Suppl 1). S.49-57.

- Moor I., Lampert T., Rathmann K., Kuntz B., Kolip P., Spallek J., & Richter M. (2013): Explaining educational inequalities in adolescent life satisfaction: do health behaviour and gender matter?. *International Journal of Public Health*. pp.1-9.
- Mullen, K. (1992): A question of balance: Health behaviour and work context among male Glaswegians. *Sociology of Health and Illness*. 14(1). pp. 73-97.
- Naidoo J., Wills J. (2010): *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. BZgA. Köln.
- Ottova, V., Hillbrandt, D., Ravens-Sieberer, U. & HBSC-Team Deutschland (2012): Trends in der subjektiven Gesundheit und des subjektiven Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) WHO- Studie 2002 bis 2010. (Trends in Subjective Health and Well-Being of Children and Adolescents in Germany: Results of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study 2002 to 2010). *Gesundheitswesen*. 74 (Suppl 1). S. 15-24.
- Pierret, J. (1988): What social groups think they can do about health. In: Anderson, R., Davies, J. K., Kickbusch J. et al. (Eds.): *Health behaviour research and health promotion*. Oxford University Press. Oxford. pp. 45-52.
- Ravens-Sieberer, U., Thomas, C. & Erhart, M. (2003). Körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Jugendlichen. In K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Jugendgesundheitssurvey - Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* (S. 19-98). Weinheim: Juventa Verlag
- Razum, O.; Spallek, J. (2009): Erklärungsmodelle zu Migration und Gesundheit; Bundeszentrale für politische Bildung. [<http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/57308/erklaerungsmodelle>] (28.11.16).

-
- Reinders, H. (2012): Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden. 2. Aufl. Oldenbourg Verlag. München.
- Richter, M., Pförtner, T.-K., Lampert, T. & HBSC-Team Deutschland (2012): Veränderungen im Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum von Jugendlichen im Zeitraum von 2002 bis 2010 in Deutschland. (Changes in Tobacco, Alcohol and Cannabis Use by Adolescents from 2002 to 2010 in Germany) Gesundheitswesen. 74 (Suppl 1). S. 42-48.
- Robert Koch Institut (RKI) (2008). Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). Berlin: RKI
- Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (2008A): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Berlin. [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Migration/GesundheitMigration/migration_gesundheit_node.html] (26.09.16).
- Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (2008B): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). Berlin. [<http://www.kiggs-studie.de/deutsch/ergebnisse/kiggs-basiserhebung/gbe-publikationen.html>] (05.11.16).
- Schmechtig, N., Hähne, C. & HBSC-Team Deutschland (2012): Veränderungen des Körpergewichts und Körperbildes von Kindern und Jugendlichen – Entwicklungsrends 2002-2006-2010. (Changes in Body Weight and Body Image in Children and Adolescents – Developmental Trends from 2002–2006–2010 in Germany) Gesundheitswesen. 74 (Suppl1). S. 25-32.

Schütze, F. (1983): Biographieforschung und narratives Interview. Neue Presse, 3. S.283-293.

Tobler, N.S./Lessare, T./Marshall, D./Oxhorn, P./Roona, M. (1999). Effectiveness of school-based drug prevention programs for marijuana use. *School Psychol Internat*, 20, 105-137.

Tobler, N.S./Stratton, H.H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *J Primary Prevent*, 18, 71-128.

Verbeek, D./Petermann, F. (1999). Gewaltprävention in der Schule: Ein Überblick. *Z Gesundheitspsychol*, 7, 133-146.

Weiss, R. (2005): Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Seismo Verlag. Zürich.

Wößmann, L. (2003): Familiärer Hintergrund, Schulsystem und Schülerleistungen im internationalen Vergleich. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* (B 21-22/2003). Bildungsmisere. [<http://www.bpb.de/apuz/27626/familiaerer-hintergrund-schulsystem-und-schuelerleistungen-im-internationalen-vergleich?p=all>] (06.11.2016)

Zentrale Geschäftsstelle des Netzwerks gegen Gewalt. Hessisches Ministerium des Innern und für Sport (2015): „Netzwerk gegen Gewalt“ – Mobbing – Ein Wegweiser zur Mobbingprävention und Mobbingintervention in Hessen. Wiesbaden. [<https://netzwerk-gegen-gewalt.hessen.de/sites/netzwerk-gegen-gewalt.hessen.de/files/content-downloads/Mobbingbrosch%C3%BCre%203.%20Auflage.pdf>] (06.11.2016)