

Soziale Ungleichheit, Schulbildung und Gesundheit

- - -

Die Bedeutung der besuchten Schulform und des höchsten Schulabschlusses vor dem Hintergrund der familiären sozialen Herkunft für die Produktion und Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit in jungen Lebensjahren.

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Dr. phil.

genehmigt durch die

Fakultät für Humanwissenschaften

der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

von M.A. Sozialwissenschaften Julia Waldhauer

geb. am 09. 09. 1987 in Rostock

Gutachterin: Prof. Dr. Heike Ohlbrecht

Gutachterin: Prof. Dr. Astrid Seltrecht

Eingereicht am: 16. 09. 2019

Verteidigung der Dissertation am: 05. 10. 2020

Ehrenerklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Verwendete fremde und eigene Quellen sind als solche kenntlich gemacht.

Ich habe nicht die Hilfe eines kommerziellen Promotionsberaters in Anspruch genommen. Ich habe insbesondere nicht:

- Ergebnisse erfunden oder widersprüchliche Ergebnisse verschwiegen
- Statistische Verfahren absichtlich missbraucht, um Daten in wissenschaftlich ungerechtfertigter Weise zu interpretieren
- Fremde Ergebnisse oder Veröffentlichungen plagiiert
- Fremde Forschungsergebnisse verzerrt wiedergegeben.

Mir ist bekannt, dass Verstöße gegen das Urheberrecht Unterlassungs- und Schadensersatzansprüche des Urhebers sowie eine strafrechtliche Ahndung durch die Strafverfolgungsbehörden begründen können.

Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form als Dissertation eingereicht und ist als Ganzes auch noch nicht veröffentlicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Dissertation ggf. mit Mitteln der elektronischen Datenverarbeitung auf Plagiate überprüft werden kann.

Berlin, 16. 09. 2019

Julia Waldhauer

Inhaltsverzeichnis

a. Abbildungsverzeichnis.....	ii
b. Tabellenverzeichnis.....	ii
c. Abkürzungsverzeichnis	iii
d. Kurzfassung der Dissertation	iv
e. Auflistung der Einzelarbeiten	x
1. Einleitung.....	1
2. Forschungsrahmen.....	7
2.1 Die Lebensphasen Jugend und junges Erwachsenenalter	7
2.2 Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit	10
2.2.1 Selektive Prozesse	10
2.2.2 Strukturelle und materielle Kontexte.....	11
2.2.3 Kulturelle und verhaltensbezogene Kontexte.....	12
2.2.4 Psychosoziale Prozesse	14
2.2.5 Zusätzliche Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit in jungen Lebensjahren	15
2.2.6 Integrierte Ansätze	23
2.3 Messung gesundheitlicher Ungleichheit in jungen Lebensjahren	24
2.3.1 Familien- und elternbasierte Indikatoren sozialer Ungleichheit in jungen Lebensjahren	25
2.3.2 Subjektbasierte Indikatoren sozialer Ungleichheit in jungen Lebensjahren.....	27
3. Forschungsfragen und Analysestrategie	30
4. Daten und Methoden der quantitativen Einzelarbeiten.....	33
4.1 Datengrundlage.....	34
4.2 Statistische Auswertungsmethoden	35
5. Ergebnisse der quantitativen Einzelarbeiten	36
5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse aus Einzelarbeit 1: Gesundheitliche Unterschiede bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen nach besuchter Schulform	36
5.2 Zusammenfassung der Ergebnisse aus Einzelarbeit 2: Intergenerationale Bildungsverläufe und Gesundheit im jungen Erwachsenenalter	39
5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse aus Einzelarbeit 3: Psychische Auffälligkeiten und soziale Ungleichheit im Übergang vom Kindes- ins Jugendalter.....	42
6. Qualitative Teilstudie: Gruppengespräche mit Jugendlichen an einem Gymnasium und an einer Integrierten Sekundarschule.....	45

6.1 Daten und Methode der qualitativen Teilstudie.....	45
6.2 Ergebnisse der Gruppengespräche: Jugendliche Sichtweisen auf den Zusammenhang von Schulbildung, Gesundheit und sozialer Ungleichheit.....	46
6.2.1 Beschreibung der Gruppen	46
6.2.2 Deduktive und induktive Hauptkategorien.....	47
6.2.3 Ergebnisse der Gruppengespräche	48
7. Einordnung.....	57
7.1 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	57
7.2 Limitationen	59
7.3 Diskussion.....	62
7.4 Schlussfolgerungen und Ableitungen für Forschung und Praxis.....	73
8. Literaturverzeichnis.....	79
Anlage 1 Gesprächsleitfaden der Gruppengespräche	xi
Anlage 2 Einzelarbeiten der kumulativen Dissertation.....	xii

a. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Analysestrategie der Dissertation. (Eigene Darstellung).	33
Abbildung 2: Intergenerationale Bildungsverläufe bei 19- bis 24-Jährigen und ihren Eltern (hohe Schulbildung=(Fach-) Hochschulreife; niedrige Schulbildung=alle anderen Abschlüsse inkl. kein Abschluss). (KiGGS Basis und Welle 1).....	40
Abbildung 3: Der Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und psychischen Auffälligkeiten bei 11- bis 16-jährigen Jugendlichen. Direkte standardisierte Koeffizienten unter Berücksichtigung der Kovariablen Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund (nicht dargestellt). (KiGGS Welle 1 und Welle 2).	42

b. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesundheitliche Unterschiede bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen nach besuchter Schulform (Haupt-, Real- und Gesamtschule; Ref. Gymnasium). (KiGGS Welle 1).	38
Tabelle 2: Unterschiede in der selbstberichteten allgemeinen Gesundheit (mittelmäßig – sehr schlecht, Ref. sehr gut - gut) bei 19- bis 24-jährigen jungen Erwachsenen im intergenerationalen Bildungsverlauf (Ref. konstant hoch und konstant niedrig). (KiGGS Basis und Welle 1).	41
Tabelle 3: Der Zusammenhang von sozialer Ungleichheit (sozioökonomischer Status der Herkunftsfamilie, sozialräumliche Deprivation des Wohnortes, besuchte Schulform und subjektiver Sozialstatus) und psychischen Auffälligkeiten bei 11- bis 16-jährigen Jugendlichen. (KiGGS Welle 1 und 2).	44

c. Abkürzungsverzeichnis

BBR	Berufsbildungsreife
DEP	Sozialräumliche Deprivation
HBSC	Health Behaviour in School-Aged Children Study
ISS	Integrierte Sekundarschule
KI	Konfidenzintervall
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
MSA	Mittlerer Schulabschluss
NEPS	National Educational Panel Study
OR	Odds Ratio
p	p-Wert
SCO	Besuchte Schulform
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SEM	Structural equation model
SES	Sozioökonomischer Status
SSS	Subjektiver Sozialstatus

d. Kurzfassung der Dissertation

Kurzfassung zur Dissertation mit dem Thema „Soziale Ungleichheit, Schulbildung und Gesundheit – Die Bedeutung der besuchten Schulform und des höchsten Schulabschlusses vor dem Hintergrund der familiären sozialen Herkunft für die Produktion und Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit in jungen Lebensjahren“, vorgelegt von Julia Waldhauer.

Hinführung

Gesundheit und Bildung werden als Kernelemente für ein erstrebenswertes Leben in modernen Gesellschaften angesehen. Heutige Bildungsgesellschaften sind an individuellen Leistungen orientiert und die Aussicht auf gesellschaftliche Anerkennung dient als Anreiz, Anstrengungen im Bildungssystem zu erfüllen, während das Ausbleiben von Leistungserfolgen individualisiert zu drohen scheint. Eine gute Bildung ist jedoch nicht nur die Voraussetzung für die soziale Positionierung in modernen Gesellschaften, sondern mit weiteren Aspekten, wie Teilhabechancen und Gesundheit, assoziiert.

Die Chancen auf eine gute Gesundheit sind in Deutschland ungleich verteilt. Seit dem Jahr 2015 wird mit dem Präventionsgesetz (Präv-G) der Fokus der Gesundheitsförderung und Prävention auch auf Kinder und Jugendliche gelegt. Denn viele junge Menschen sind in Deutschland von verhaltensbasierten und psychischen Risikofaktoren, von Auffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen betroffen. In Anbetracht mancher Gesundheitsindikatoren weist mehr als jede und jeder sechste unter 18-Jährige mindestens eine gesundheitliche Belastung auf. Auffällig ist, dass Kinder und Jugendliche aus weniger begünstigten Familien eine deutlich schlechtere Gesundheit aufweisen, als Gleichaltrige aus ressourcenstarken Haushalten. Dabei lässt sich in der Forschungslandschaft jedoch keine einheitliche Strategie erkennen, sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten in jungen Lebensjahren abzubilden. Teilweise wird versucht, dies über die soziale Herkunft – häufig operationalisiert anhand des sozialen Status der Herkunftsfamilie – oder über ihren eigenen oder zukünftigen sozialen Status – gemessen anhand der eigenen Bildung – darzulegen.

Obwohl soziale Herkunft, Bildung und Gesundheit gerade in jungen Lebensjahren in einem diffizilen Dreiklang zueinander stehen, werden in wissenschaftlichen Studien häufig nur zwei Komponenten, nämlich Bildung und Gesundheit, Bildung und soziale Ungleichheit oder soziale Ungleichheit und Gesundheit gemeinsam betrachtet. Weniger Berücksichtigung finden in

diesem Zusammenhang zudem qualitative Untersuchungsansätze, obwohl darin eine Chance für die Gesundheitsforschung gesehen wird.

Forschungsanliegen

Ziel der Dissertation ist es soziale Ungleichheit, Schulbildung und Gesundheit im Verbund zu betrachten und so herauszuarbeiten, welche Rolle die besuchte Schulform beziehungsweise der höchste Schulabschluss unter Berücksichtigung der sozialen Herkunft der Familien für die Produktion und Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit in jungen Lebensjahren spielt. Die Arbeit richtet sich an vier forschungsleitenden Fragen aus:

1. Lassen sich Unterschiede im Gesundheitsverhalten, der allgemeinen und psychischen Gesundheit bei Mädchen und Jungen im Jugendalter nach besuchter Schulform (Gymnasium vs. andere Sekundarschulen) feststellen, und dies auch unabhängig des sozioökonomischen Status der Herkunftsfamilie?
2. Inwiefern hängen intergenerationale Bildungsmobilität und Bildungsvererbung mit der Gesundheit im jungen Erwachsenenalter, vor dem Hintergrund der Gesundheit im Jugendalter, zusammen?
3. Wie gestaltet sich der Zusammenhang von unterschiedlichen Indikatoren sozialer Ungleichheit und psychischen Auffälligkeiten beim Übergang vom Kindes- ins Jugendalter?
4. Welche Sichtweisen haben Jugendliche an unterschiedlichen Schulformen auf den Zusammenhang von Gesundheit, Schulbildung und sozialer Herkunft?

Für die Bearbeitung der dargelegten Forschungsfragen wurde ein gemischter Ansatz aus quantitativen und qualitativen Analyseverfahren gewählt. Dazu wurden drei eigenständige wissenschaftliche Artikel verfasst und veröffentlicht. Darin werden alle drei Erhebungswellen der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) sowohl quer- als auch längsschnittlich in zwei multivariaten logistischen Regressionsanalysen und einem Strukturgleichungsmodell ausgewertet. In Anlehnung an die so gewonnenen neuen Erkenntnisse wurde eine Rückkoppelung der quantitativen Ergebnisse mit den Sichtweisen von Jugendlichen, die entweder ein Gymnasium oder eine Integrierte Sekundarschule besuchen, in Gruppengesprächen vorgenommen.

Ergebnisse

In der ersten Einzelarbeit konnten ausgeprägte Unterschiede in der allgemeinen und psychischen Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten von jugendlichen Mädchen und Jungen nach besuchter Schulform verdeutlicht werden. Gymnasiastinnen und Gymnasiasten weisen häufiger eine gute bis sehr gute allgemeine Gesundheit und weniger psychische Auffälligkeiten auf, haben einen geringeren Tabakkonsum und eine höhere sportliche Aktivität. Die statistische Kontrolle für den sozioökonomischen Status der Herkunftsfamilie zeigt, dass diese Unterschiede auch unabhängig der familiären Herkunft bestehen, was auf einen eigenständigen Zusammenhang zwischen der besuchten Schulform und den Gesundheitschancen von Jugendlichen schließen lässt.

In der zweiten Einzelarbeit wurde der eigene Bildungsstatus von jungen Erwachsenen zu dem ihrer Eltern in Beziehung gesetzt. Es wird deutlich, dass Bildungsabstiege seltener auftreten als Bildungsaufstiege und die intergenerationale Vererbung einer höheren Bildung am häufigsten geschieht. Intergenerationale Bildungsmobilität stellt aufwärts gerichtet eine Chance und abwärts gerichtet ein Risiko für die allgemeine Gesundheit von jungen Menschen dar. Der Zusammenhang von Gesundheit und intergenerationaler Bildungsmobilität lässt sich bereits im Jugendalter erkennen und differenziert sich im jungen Erwachsenenalter deutlich aus. Obwohl Bildungsaufsteigerinnen und Bildungsaufsteiger eine bessere allgemeine Gesundheit berichten als junge Frauen und Männer, die wie ihre Eltern eine geringere Bildung haben, erreichen sie nicht die gleichen gesundheitlichen Vorteile, wie diejenigen jungen Menschen, deren Eltern von vornherein höher gebildet waren und selbst den höchsten Schulabschluss erreicht haben. Es kann von individuellen gesundheitlichen Vorteilen durch Bildungsaufstiege ausgegangen werden, die jedoch nicht die ungleichen sozialen Startbedingungen zu einem früheren Zeitpunkt im Leben der jungen Menschen komplett aufheben.

Den Ergebnissen der dritten Einzelarbeit zufolge kann von Prozessen der gesundheitlichen Selektion, aber auch von sozialer Verursachung bei der Entstehung und Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit in jungen Lebensjahren ausgegangen werden. Der sozioökonomische Status der Herkunftsfamilie im Kindesalter hat einen anhaltenden indirekten Effekt auf psychische Auffälligkeiten im Jugendalter und wirkt von der einen in die andere Lebensphase. Die soziale Herkunft und auch psychische Auffälligkeiten in der Kindheit beeinflussen direkt weitere, für gesundheitliche Ungleichheiten im Jugendalter relevante Maße sozialer Ungleichheit, wie den subjektiven Sozialstatus und die besuchte Schulform. Diese im

Jugendalter neu hinzukommenden Indikatoren sozialer Ungleichheit sind zudem mit psychischen Auffälligkeiten im Jugendalter assoziiert.

In den Gruppengesprächen wurde deutlich, dass die Jugendlichen an beiden Schulformen Bildung als stark von den Familien geprägt wahrnehmen und als äußerst wichtig für die allgemeinen Lebens- und Berufschancen und weniger dezidiert für die Gesundheit einschätzen. Die Eltern nehmen direkt und indirekt Einfluss auf die Entscheidung über den Schulabschluss. Für die Gesundheit werden die Eltern als Ressource, aber auch als Risiko eingeschätzt, wobei die Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler mehr Argumente für Risiken finden, als die Gymnasiastinnen und Gymnasiasten. Ein höheres Lernniveau ist beiden Gruppen zufolge mit mehr Stress und Druck verbunden, der sich psychisch und körperlich niederschlagen kann. Beide Gruppen sehen persönliche Eigenschaften als besonders wichtig für die Gesundheit im Schulkontext an und nennen diesbezüglich die Motivation und die Fähigkeit mit Stress umzugehen. In beiden Schulformen werden gesundheitsrelevante Themen im Schulunterricht oder in Projektwochen besprochen. Dabei werden überwiegend Aspekte des Gesundheitsverhaltens thematisiert und wenig zur mentalen Gesundheit und zum Umgang mit Stress angeboten. In der Schule werden laut den Jugendlichen soziale Verhaltensregeln erlernt, die für den Umgang miteinander und dadurch auch für die Gesundheit als bedeutsam angesehen werden. Gesundheitsrisiken in der Schule beziehen sich häufig auf den Schulstress und die Konkurrenz untereinander. Von den Jugendlichen an Sekundarschulen werden zusätzlich Problemschüler oder Personen, die einen nicht mögen oder unter Druck setzen, genannt. Obwohl beide Gruppen die Bedeutung der reinen Schulbildung für Gesundheit relativieren, finden sie Argumente dafür. So wird betont, dass mehr Bildung ihr Selbstbewusstsein stärkt. Das Abitur wird als die chancenreichste Investition in die Zukunft angesehen. Die *Gymnasiastinnen und Gymnasiasten* betrachten die Privilegierung des Abiturs am Arbeitsmarkt kritisch, grenzen sich aber gleichzeitig zu anderen Schulen ab, während die *Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler* sich zum Schulabschluss der Berufsbildungsreife abgrenzen.

Schlussfolgerungen und Ableitungen für Forschung und Praxis

Hinsichtlich der übergeordneten Forschungsfrage kann geschlussfolgert werden, dass die besuchte Schulform und die Schulbildung in einem ambivalenten Verhältnis zur Gesundheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen steht. Die Schulbildung wirkt in der Jugendzeit sowohl als Katalysator als auch als Puffer für sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten. Einerseits scheint die Praxis der Selektion an unterschiedliche Schulformen eine verstärkende Wirkung auf sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten zu haben. Für den Übergang ins

Sekundarschulsystem sind psychische Auffälligkeiten und die soziale Herkunft in der Kindheit entscheidend, sodass an den geringer qualifizierenden Schulen mehr gesundheitlich vorbelastete und sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche vertreten sind. Mit abnehmendem Schulbildungsniveau scheinen sich gesundheitliche Nachteile stärker neu herauszubilden oder häufiger zu verfestigen, wenn sie bereits in der vorhergehenden Lebensphase bestanden. Gleichzeitig hat die schulische Bildung auch eine hemmende Wirkung auf gesundheitliche Ungleichheiten. Junge Menschen, die den elterlichen Bildungsgrad übersteigen, weisen bessere Gesundheitschancen im Vergleich zu niedrig gebildeten Gleichaltrigen auf. Durch Schulbildung allein können aber sozial bedingte gesundheitliche Nachteile aus den Kindheitsjahren nicht vollständig aufgelöst werden. So zeigt sich am Übergang zum jungen Erwachsenenalter, dass junge Menschen mit höherer elterlicher Bildung, sofern sie nicht sozial absteigen, eine bessere allgemeine Gesundheit berichten, als Bildungsaufsteigerinnen und Bildungsaufsteiger. Junge Menschen scheinen die Chancen und Risiken, die sich mit Bildungsgewinnen verbinden, zu spüren und Erfolge und Misserfolge auf persönliche Eigenschaften zurückzuführen, also zu individualisieren. Dies kann zu Druck und Konkurrenz unter den Jugendlichen führen und eine Belastung für die Gesundheit darstellen. Gesundheitliche Vorteile an Gymnasien werden dadurch im Vergleich zu anderen Sekundarschulen möglicherweise gemindert.

Die Schulbildung und besuchte Schulform ist im Anschluss an die Ergebnisse der Arbeit als ein wichtiger Pfad anzusehen, auf dem sich soziale und gesundheitliche Ungleichheiten in jungen Lebensjahren übertragen können. Bildung ist in diesem Sinne aber nur ein Teil im komplexen Zusammenspiel von gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit. In der Sozialepidemiologie sollte daher der Fokus vor allen Dingen auf ihre, soziale Ungleichheit vermittelnde, teilweise puffernde und teilweise verstärkende Funktion gerichtet werden. Dies setzt jedoch voraus, dass sie in Kombination mit weiteren herkunftsbasierten Faktoren betrachtet wird. Bei ausschließlicher Betrachtung von Bildung in der Analyse von gesundheitlichen Ungleichheiten in jungen Lebensjahren drohen wesentliche vorstrukturierende Prozesse nicht beachtet und die Rolle der Schulbildung für die Gesundheit von jungen Menschen falsch eingeschätzt zu werden. Wenn mehrere Indikatoren sozialer Herkunft (z.B. Einkommen, Berufsstatus, Bildung der Herkunftsfamilie) neben der Bildung von jungen Menschen vorhanden sind, sollten diese in der Analyse gesundheitlicher Ungleichheiten berücksichtigt werden.

Zudem konnte gezeigt werden, dass das junge Erwachsenenalter sehr sensibel für sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten ist. Innerhalb von Bildungsgruppen ist in dieser Lebensphase eine starke Binnendifferenzierung (nach elterlicher Bildung) und Gesundheit

festzustellen. Zwar ist die eigene Bildung sehr bedeutsam für die soziale Stellung und Gesundheit im jungen Erwachsenenalter, dennoch bietet es sich an, in sozialepidemiologischen Studien auch bei jungen Erwachsenen die soziale Herkunft oder Bildung der Eltern oder Familien weiter zu berücksichtigen. Andernfalls können intergenerationale Prozesse, wie die Bildungsmobilität, die für die Entstehung und Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit von Bedeutung zu sein scheinen, außer Acht bleiben.

Es ist festzuhalten, dass es von großem Erkenntniswert für die Erforschung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ist, die Sichtweisen von entsprechenden Gruppen einzubeziehen. Durch die Gruppengespräche mit Jugendlichen an unterschiedlichen Schulformen konnten die quantitativen Ergebnisse tiefergehend interpretiert werden.

In Ansehung der gesamten empirischen Ergebnisse scheint es bedeutsam zu sein, konkrete Interventionen abzuleiten, die jungen Menschen mit schwierigen (gesundheitlichen und sozialen) Startchancen zugutekommen. Denn Bildung ist durchaus als Chance für die Gesundheit anzusehen und Gesundheit eine wichtige Bedingung für den Erfolg im Bildungssystem. Gleichzeitig hat die Schulbildung, so wie sie derzeit gestaltet ist, für die Gesundheit in jungen Lebensjahren aufgrund der frühen sozialen Prägung in den Familien einen gewissen Grenznutzen. Interventionen müssten daher vor der Schulzeit ansetzen, also das frühe Kindesalter und die Unterstützung von Familien mit jungen Kindern forcieren.

e. Auflistung der Einzelarbeiten

Einzelarbeit 1: Waldhauer, J., B. Kuntz und T. Lampert (2018). "Unterschiede in der subjektiven und psychischen Gesundheit und im Gesundheitsverhalten bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen an weiterführenden Schulen in Deutschland." Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 61(4): 374-384.

Einzelarbeit 2: Waldhauer, J., B. Kuntz, E. Mauz und T. Lampert (2019). "Intergenerational Educational Pathways and Self-Rated Health in Adolescence and Young Adulthood: Results of the German KiGGS Cohort." International Journal of Environmental Research and Public Health 16(5): 684-699.

Einzelarbeit 3: Waldhauer J., L. Kroll und J. Hoebel (2020). "Soziale Ungleichheiten und psychische Auffälligkeiten im Übergang vom Kindes- ins Jugendalter – Entwicklung und Prüfung eines strukturierten Kausalmodells.“ Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation 40(2): 188-213.

1. Einleitung

Für ein gutes und erstrebenswertes Leben werden in modernen Gesellschaften unter anderem eine gute Gesundheit (Diehl, 2005) und eine gute Bildung (Baker, 2014) als Kernelemente angesehen. Die individuellen Lebensläufe waren noch nie so stark an Bildungsprozesse gebunden wie heute. Daher werden moderne Gesellschaften auch als „moderne Bildungsgesellschaften“ (Müller und Reitz, 2015, S. 12) bezeichnet. Diese Bildungsgesellschaften sind an individuellen Leistungen („merit“) orientiert, die die Grundlage für gesellschaftliche Anerkennung in Form von sozialem Status, Beruf und Einkommen bilden, sodass auch von „Meritokratie“ gesprochen wird (Becker und Hadjar, 2009, S. 36). In einer meritokratischen Gesellschaft wird davon ausgegangen, dass die am besten befähigten Personen die gesellschaftlich relevantesten und dementsprechend auch am besten entlohnten Positionen einnehmen sollen. Da jedoch nicht alle Personen mit gleich guten Startvoraussetzungen in das Leben treten, hat sich im politischen Diskurs der Begriff der Chancengleichheit durchgesetzt, der mit dem Ziel verbunden sein soll, allen Personen formal die gleichen Rechte zu gewähren, die erforderlich sind, um die eigenen Leistungspotenziale zu entwickeln oder durch Umverteilung ungleiche Startbedingungen auszugleichen (Giesinger, 2007, S. 364ff). In der Literatur wird diesbezüglich angemerkt, dass sich der Glaube an die Legitimität des meritokratischen Systems auch aus dem Glauben an das Konzept der Chancengleichheit generiert (Goldthorpe, 1996, S. 255, Solga, 2009). Die Aussicht auf gesellschaftliche Anerkennung kann demnach als Anreiz dienen, erforderliche Leistungen beispielsweise im Bildungssystem zu erbringen. Doch da prinzipiell allen die gleiche Chance auf Erfolg offen stehen soll, droht damit auch die Verantwortung für das Ausbleiben von Leistungserfolgen zu individualisieren (Müller, 2004, S. 889, Heid, 1988).

Eine gute Bildung ist heute nicht nur eine unverzichtbare Voraussetzung für die soziale Positionierung und Anerkennung in modernen Gesellschaften, sondern mit weiteren Aspekten, wie Teilhabechancen und Gesundheit assoziiert. Mit der Abwendung von einem ausschließlich medizinisch geprägten Krankheitsbegriff scheint auch Gesundheit zunehmend als individuell gestaltbar und zu einem Indikator für soziale Anerkennung zu werden (Schmidt, 2018, S. 3). Zunehmend werden Lebensgewohnheiten unter dem Aspekt der Gesundheit betrachtet (Rapp und Klein, 2017). Dabei werden gesundheitsförderliche Lebensstile z.B. medial, aber auch durch die gesünderen Gesellschaftsschichten, die überwiegend auch die gut gebildeten darstellen, aufgewertet und risikoreiche Lebensstile abgewertet (Zick Varul, 2004, S. 381). Bereits im

Jugendalter werden ungesunde Verhaltensweisen auch als Anhaltspunkt für nonkonformistische Einstellungen angesehen und von Entscheidungsautoritäten unter anderem im Bildungssystem sanktioniert (Elstad, 2010, S. 137). Umgekehrt können junge Menschen auch durch ungesunde Verhaltensweisen, wie Risikoverhalten oder Substanzkonsum, auf gesellschaftliche Anforderungen und Überforderungen kompensatorisch reagieren (Quenzel, 2015, S. 109).

Die Chancen auf eine gute Gesundheit sind in Deutschland insgesamt ungleich verteilt. Im Erwachsenenalter sind in den niedrigeren Statusgruppen gesundheitliche Einschränkungen, ungesunde Verhaltensweisen bis hin zu einer früheren Sterblichkeit häufiger festzustellen als in den höheren Statusgruppen (Lampert et al., 2019). Wie früh der Grundstein für eine gesunde Entwicklung gelegt wird, zeigt beispielsweise der Zusammenhang von sozialer Herkunft und mütterlichem Rauchen in der Schwangerschaft, das als erhebliches Gesundheitsrisiko für Ugeborene und ihre spätere gesundheitliche Entwicklung angesehen wird (Kuntz et al., 2018c). Auch im Jugendalter sind Gesundheit und soziale Herkunft stark miteinander assoziiert. Dies betrifft insbesondere das Gesundheitsverhalten und die psychosoziale Gesundheit von jungen Menschen (Kuntz et al., 2018b, Kuntz et al., 2018a). In der Suche nach Entstehungsmechanismen von gesundheitlicher Ungleichheit taucht immer wieder die Frage auf, ob die Lebensumstände die Gesundheit oder die Gesundheit die Lebensumstände beeinflusst (Hoffmann et al., 2019). Gleichzeitig verbindet sich mit der potenziellen Gestaltbarkeit von Gesundheit die Hoffnung, gesundheitliche Ungleichheiten, die als ungerecht angesehen werden, durch individuelle oder kollektive Anstrengungen zu beheben. Auch in diesem Kontext spielt der Begriff der Chancengleichheit eine Rolle. Ziel einer gesundheitlichen Chancengleichheit ist es, unter anderem durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, schutzbedürftige, besonders benachteiligte und marginalisierte Gruppen zu befähigen und zu unterstützen, gesundheitliche Nachteile zu überwinden beziehungsweise diese gar nicht erst entstehen zu lassen (Rosenbrock, 2004). Zudem wird die Minimierung von potenziellen Folgekosten, die im Zuge von sogenannten vermeidbaren Erkrankungen in der Gesellschaft entstehen könnten, als Vorteil angesehen (Hofmann und Mielck, 2015). Das bundesweite Präventionsgesetz (Präv-G) legt nahe, den Fokus auch auf Kinder- und Jugendliche als Zielgruppen für derartige Vorhaben zu richten, indem z.B. Kindertageseinrichtungen, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und Schulen als geeignet für solche Maßnahmen ausgewiesen werden (Geene und Reese, 2017, S. 55ff und 123).

Die Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen und der medizinische Fortschritt haben dazu geführt, dass sich das klassische Krankheitsspektrum in jungen Lebensjahren in modernen

Gesellschaften verändert hat. Unter dem Stichwort „neue Morbidität“ (Reinhardt und Petermann, 2010, S. 14) wird ein Wandel von akuten und somatischen Erkrankungen hin zu nicht-übertragbaren chronischen, verhaltensbasierten und psychischen Erkrankungen sowie zu Auffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen im Kindes- und Jugendalter beschrieben. Obwohl die jungen Lebensjahre traditionell als besonders gesunde Lebenszeit gelten, weist bei manchen Gesundheitsindikatoren mehr als jede und jeder¹ sechste unter 18-Jährige mindestens eine gesundheitliche Belastung auf. Von psychischen Auffälligkeiten sind in Deutschland beispielsweise 16,9% der Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren betroffen (Klipker et al., 2018, S. 39). Die Prävalenz in dieser Altersgruppe liegt bei 15,4% für Übergewicht und Adipositas (Schienkiewitz et al., 2018, S. 18).

Die Kindheit, Jugend und das junge Erwachsenenalter sind für die soziale und gesundheitliche Entwicklung besondere Lebensphasen, da sie von starken individuellen Veränderungen, aber auch äußeren Anforderungen gekennzeichnet sind. Im Jugendalter verändern sich im Zuge von schnell aufeinanderfolgenden Entwicklungsprozessen die Körper und Körperbilder, die sozialen Beziehungen, die Identität, die Verhaltensweisen, wie auch die Wahrnehmung der eigenen sozialen Rolle und Stellung (Walter et al., 2011, S. 11ff). Prägungen aus der Kindheit werden dabei nicht gänzlich mit der Pubertät verworfen und erlernte Verhaltensmuster nicht mit dem Eintritt in das junge Erwachsenenalter abgestreift. In diesem Zusammenhang werden sich über die Zeit verfestigende und teilweise überformende gesundheitsrelevante Lebensstile und familiär tradierte Gesundheitsvorstellungen gesehen (Sperlich und Mielck, 2003, Faltermaier et al., 1998). Diese sind von der sozialen Herkunft und Lebensweise der Herkunftsfamilie sehr stark beeinflusst und prägen wiederum gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Vorstellungen bei jungen Menschen (Gerhards et al., 2003, S. 29, Kardorff und Ohlbrecht, 2007).

Auffällig ist, dass Kinder und Jugendliche aus weniger begünstigten Familien, gemeint sind hier Familien mit weniger finanziellen, kulturellen oder sozialen Ressourcen, bei fast allen Gesundheitsindikatoren deutlich schlechtere Werte aufweisen, als Gleichaltrige aus ressourcenstarken Haushalten. Im Gesundheitsverhalten zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche der unteren Statusgruppen deutlich seltener Obst und Gemüse verzehren, öfter Tabak konsumieren und häufiger zu Übergewicht und Adipositas neigen, als Gleichaltrige der hohen Statusgruppe (Kuntz et al., 2018b, S. 54). Zudem ist eine soziale Benachteiligung im allgemeinen

¹ In der Arbeit wird eine geschlechtergerechte Schreibweise entsprechend der Empfehlungen innerhalb des Robert Koch-Instituts angewandt. In dieser Arbeit wurde die weibliche und männliche Form ausgeschrieben und kein Drittes Geschlecht berücksichtigt. Auch die Analysen orientieren sich an der Zweigeschlechtlichkeit, die sich in der zugrundeliegenden Datenstruktur findet.

Gesundheitszustand und im Auftreten von psychischen Auffälligkeiten und Verhaltensproblemen in jungen Lebensjahren festzustellen (Kuntz et al., 2018a, S. 27). Für die Entstehung gesundheitlicher Unterschiede in jungen Lebensjahren werden gesund erhaltende Ressourcen und krank machende Risikofaktoren unterschieden (Petermann und Petermann, 2005). Diese können in beide Richtungen auf den Gesundheitszustand oder das Gesundheitsverhalten wirken, also gleichzeitig Schutz- und Risikofaktoren darstellen, wie beispielsweise eine hohe oder niedrige Bildung (Klocke, 2004, S. 85).

Für die soziale und gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen stellt heute die Qualifizierung im Bildungssystem ein zentrales Entwicklungsziel dar (Quenzel, 2015, S. 92ff). Die schulische Qualifizierung im Sinne formaler Bildung ist bedeutsam für die weiteren Lebenschancen im Erwachsenenalter, denn sie beeinflusst die eigene sozioökonomische Entwicklung und in Deutschland besonders stark den Berufsabschluss (Hillmert, 2011, Müller und Pollak, 2015). Schwierigkeiten in der Bewältigung der Entwicklungsaufgabe können infolge der gesellschaftlichen Wertbeimessung von Bildung zunehmend mit Unbehagen, Versagensängsten psychischen und psychosomatischen Problemen einhergehen (Bilz, 2008). Im Umgang mit Schwierigkeiten in der Schule können Kinder und Jugendliche gesunderhaltende Bewältigungsstrategien anwenden (Oertel, 2010, S. 186ff), aber auch Bewältigungsformen entwickeln, die mit gesundheitlichem Risikoverhalten einhergehen können (Quenzel, 2015, S. 109).

Andererseits stellt die Schule als sekundäre Sozialisationsinstanz auch in der aktuellen Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen einen zentralen Lern- und Erfahrungsraum dar (Hurrelmann und Bauer, 2015, S. 171ff). Hier bewegen sich die nachkommenden Generationen tagtäglich weitestgehend außerhalb der familiären Kontrolle, pflegen Umgang mit anderen jungen Menschen, werden zunehmend eigenständig und kommen mit Autoritätspersonen, Gruppendynamiken sowie der unmittelbaren räumlichen Umgebung der Schulen in Kontakt. Zusammengenommen ist dies für die Entwicklung der allgemeinen und psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von besonderer Bedeutung (Bilz et al., 2003, Paulus et al., 2016).

Eine Besonderheit des deutschen Schulsystems ist nicht nur, dass es föderalistisch organisiert ist, sondern das Lernen an unterschiedlichen Schulformen vorsieht. Das deutsche Bildungssystem ist konsekutiv aufgebaut und der Übergang ins Sekundarschulsystem findet vergleichsweise früh zwischen dem zehnten und zwölften Lebensjahr statt (Buchholz et al., 2016, S. 80). Auch wenn mittlerweile die Binnendifferenzierung von Schülerinnen und Schülern nach Lernniveaus an einem gemeinsamen Ort, nämlich an Gesamtschulen ausgebaut wird

(Lauterbach und Fend, 2016, S. 95f), ist die Selektion der Kinder und Jugendlichen an Haupt- und Realschulen und an Gymnasien weiterhin äußerst prägnant für die deutsche Bildungslandschaft (Buchholz et al., 2016, S. 80).

In Deutschland ist die Wahl der weiterführenden Schule sehr eng an die soziale Herkunft und insbesondere an den Bildungsgrad der Eltern gebunden (Hillmert, 2011, Lauterbach und Fend, 2016). Kinder und Jugendliche aus weniger begünstigten Familien besuchen deutlich seltener höher qualifizierende Schulformen, erhalten selbst bei gleichen Grundschulleistungen häufiger schlechtere Schulnoten und seltener eine Gymnasialempfehlung, als Gleichaltrige aus ressourcenstarken Familien (Dumont et al., 2014). Schon seit den 1970er Jahren wird dieses Phänomen mit Boudon (1974, S. 29ff) durch primäre und sekundäre Effekte in der Übergangsentscheidung zu erklären versucht. Primäre Effekte stehen dafür, dass Kinder aus besser gestellten Familien eine umfänglichere Unterstützung in ihrer Schullaufbahn erfahren und dadurch bessere Schulleistungen erzielen können. Sekundäre Effekte zielen auf latente Einstellungen der Risikobewertung eines Statusverlustes ab und stehen dafür, dass Personen aus höheren Sozialschichten unter höherem Aufwand versuchen, einen sozialen Abstieg für sich und ihre Nachkommen zu vermeiden, während dieses Risiko für diejenigen, die unter weniger guten Voraussetzungen gestartet sind, keinen Anreiz bietet. So konnte beispielsweise herausgearbeitet werden, dass die Einbeziehung von Eltern in die Entscheidung zum Bildungsübergang ihrer Kinder soziale Ungleichheiten verstärkt, da sich statushöhere Eltern mehr für den Übergang an das Gymnasium einsetzen als Eltern mit einem weniger hohen Sozialstatus (Helbig und Gresch, 2013).

In modernisierungstheoretischer Sicht wird davon ausgegangen, dass Bildungsinvestitionen Personen instand setzen, aus eigener Kraft (etwa durch Leistung, Motivation und Fleiß) höhere soziale Positionen mit entsprechenden gesellschaftlichen Vorteilen zu erreichen (Marks, 2013, S. 27). Kritische Ansätze hingegen sehen in dem Narrativ der Aufstiegschancen einen Modus, um soziale Unterschiede zu legitimieren (Müller und Pollak, 2015, S. 7, Solga, 2009). Aufgrund von veränderten institutionellen und bildungspolitischen Rahmenbedingungen (Lörz und Schindler, 2011) kam es zu einer höheren Bildungsbeteiligung und Ausweitung der Bildungszeiten, der sogenannten „Bildungsexpansion“, die zwar alle aber nicht alle Statusgruppen gleichermaßen betrifft (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2018, S. 120). Im Datenreport 2018 wird ersichtlich, dass heute soziale Abstiege insgesamt weniger häufig auftreten, als soziale Aufstiege (Bundeszentrale für politische Bildung, 2018, S. 271), was insbesondere für den Vergleich des höchsten Schulabschlusses von Eltern und ihren Kindern gilt (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 2016, S. 62f). Aufgrund der Zunahme an Personen mit höherer Schulbildung

droht jedoch auch die „Inflation der Bildungstitel“ und eine relative Entwertung dieser (Bourdieu et al., 1993, S. 141). In der Folge reicht es zur Verbesserung der Lebenschancen nicht mehr aus, lediglich eine hohe Schulbildung zu erlangen, sie muss auch in eine weiterführende, möglichst akademische Berufsqualifikation übersetzt werden. Auch wenn heute deutlich mehr Personen in die tertiäre Bildung eintreten (Blossfeld et al., 2016b), ist der Übergang zum Studium vor allen Dingen aber der Abschluss eines solchen wiederum stark von der sozialen Herkunft junger Menschen abhängig (Lörz und Schindler, 2011).

Deutlich wird insofern, dass soziale Herkunft, Bildung und Gesundheit in einem diffizilen Dreiklang auftreten. Die soziale Herkunft der Familie prägt die Gesundheits- und Bildungschancen der nachkommenden Generation. Die Bildungschancen von jungen Menschen sind mit ihrer späteren sozialen Stellung, die im Zusammenhang mit der Gesundheit steht, verbunden und prägen auch die aktuellen Gesundheitschancen von jungen Menschen. Dennoch werden in sozialepidemiologischen Studien häufig nur zwei Komponenten, nämlich Bildung und Gesundheit, Bildung und soziale Ungleichheit oder soziale Ungleichheit und Gesundheit gemeinsam betrachtet.

Lange konnten in Deutschland keine repräsentativen Aussagen zur Verknüpfung dieser drei Komponenten in jungen Lebensjahren getroffen werden, da die Datenlage nicht ausreichend umfangreich war. Nicht zuletzt mit der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) des Robert Koch-Instituts liegen nun entsprechende Datenreihen vor, die auch erklärende Analysepotenziale bieten (Lange et al., 2018). Denn neben deskriptiven Analysen, wird zunehmend auch die Persistenz und Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit in Trend- und Kausalanalysen beschrieben und zu erklären versucht, was als Grundlage für die Identifikation von Interventionspotenzialen und Maßnahmen angesehen wird (Bauer et al., 2008, S. 15, Whitehead und Popay, 2010). Weniger Berücksichtigung finden im Zusammenspiel von sozialer Ungleichheit, Bildung und Gesundheit bislang qualitative Untersuchungsansätze. In der Einbeziehung der subjektiven Sichtweisen von untersuchten Gruppen wird jedoch eine Chance für die Gesundheitsforschung gesehen (Ohlbrecht, 2018), da hierdurch ein tiefergehendes Verständnis für gesundheitliche Unterschiede etwa durch die Analyse des eigenen Erlebens dieser Zusammenhänge generiert werden kann.

Ziel der vorliegenden Dissertation ist es daher, herauszuarbeiten welche Rolle die besuchte Schulform beziehungsweise der höchste Schulabschluss unter Berücksichtigung der sozialen Herkunft für die Produktion und Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit in jungen Lebensjahren spielt. Zur Beantwortung dieser Forschungsfrage und weiterer

forschungsleitender Fragen wurden drei quantitative Einzelarbeiten und eine ergänzende qualitative Teilstudie umgesetzt. Im nachstehenden zweiten Abschnitt wird der Forschungsrahmen der Dissertation beschrieben. Dafür wird sowohl die betrachtete Lebensspanne des Jugend- und jungen Erwachsenenalters eingegrenzt, als auch der derzeitige Forschungsstand zu Zusammenhang, Erklärung und Messung von gesundheitlicher Ungleichheit in jungen Lebensjahren aufbereitet. Aus der Gesamtheit dieser Erkenntnisse werden die Fragestellungen und das Analysedesign der Dissertation im dritten Abschnitt abgeleitet und vorgestellt. In Abschnitt vier werden Methode und Datengrundlage der drei quantitativen Einzelarbeiten vorgestellt und im fünften Abschnitt die Ergebnisse dieser Einzelarbeiten zusammengefasst. Abschnitt sechs umfasst Methode, Analysestrategie und Zusammenfassung der Ergebnisse der ergänzenden qualitativen Teilstudie. In Abschnitt sieben werden die empirischen Ergebnisse zusammengefasst, die Limitationen besprochen und die Ergebnisse anhand der Forschungsfragen und Erkenntnisse aus dem Forschungsrahmen gemeinsam diskutiert. Die Dissertation schließt mit Schlussfolgerungen und Ableitungen für die Forschung und Praxis.

2. Forschungsrahmen

Nachstehend wird zur Einbettung der Forschungsfragen und Herleitung des Forschungsdesigns der Forschungsrahmen dargestellt. Zunächst werden die Lebensphasen Jugend und junges Erwachsenenalter eingegrenzt, um zu verdeutlichen, welche Personengruppe im Fokus der Arbeit steht. Im nächsten Schritt werden Erklärungsansätze zur gesundheitlichen Ungleichheit vorgestellt. Dabei können generelle Ansätze von jugendspezifischen Erklärungen abgegrenzt werden, wobei deutlich wird, dass beide für das Verständnis gesundheitlicher Ungleichheit in jungen Lebensjahren von Erkenntniswert sind. Im letzten Teil wird die Messung von Indikatoren sozialer Ungleichheit über eltern- und subjektbasierte Verfahren thematisiert, um geeignete Methoden für die Bearbeitung des Forschungsthemas zu identifizieren.

2.1 Die Lebensphasen Jugend und junges Erwachsenenalter

In der internationalen und deutschsprachigen Forschungslandschaft werden diverse Entwicklungsabschnitte je nach Lebensalter, körperlicher, rechtlicher und sozialer Reife unterschieden. Die zunehmende Ausdifferenzierung einzelner Entwicklungsphasen führt zu

einer Überschneidung der Begrifflichkeiten und der definitorischen Grenzen (Sawyer et al., 2018). Die verschiedenen Kategorisierungen sollen an dieser Stelle zusammengefasst werden (Oerter und Dreher, 1998, S. 57ff, Richter, 2005, Walter et al., 2011, S. 4f).

Der Begriff Pubertät bezieht sich auf biologische Veränderungsprozesse, die in der Regel zwischen dem 11. und 14. Lebensjahr erfolgen. Dabei werden die Vor- oder Frühpubertät, die mittlere, sowie die Spät- oder Nachpubertät unterschieden. Der Begriff der Adoleszenz, der auch im internationalen Forschungskontext am häufigsten auftaucht („Adolescence“), umfasst vor allem die psychologische und soziale Entwicklung vor dem Hintergrund der körperlichen Reifung und betrifft eine Altersspanne vom 11. bis 17. Lebensjahr, manchmal auch bis zum 21. Lebensjahr. Auch hier wird die Früh-, Mittel- und Spätadoleszenz unterschieden. Begrifflich parallel dazu verlaufen die Phasen der Jugend und des Jugendalters, die weitaus unspezifischer verwendet werden. Rechtlich kann die Jugend entlang der Bestimmungen des Jugendschutzes also bis zur Volljährigkeit auf das Alter vom 11. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr eingegrenzt werden. Das Jugendstrafrecht kann jedoch, wiederum je nach sozialer und geistiger Reife, auch bis zum 21. Lebensjahr angewendet werden.

Vom jungen oder frühen Erwachsenenalter wird zumeist bei 19- bis 24-Jährigen gesprochen. Diese Altersphase ist von rechtlichen (Volljährigkeit) und sozialen (Verlassen des Elternhauses, Ausbildungs- und Berufseinstieg) Entwicklungen gekennzeichnet. Als mittlerweile neu hinzugekommene junge Lebensphase wird das sogenannte sich entwickelnde oder hinausgeschobene Erwachsenenalter („Emerging Adulthood“) angesehen. Es reicht vom 18. bis zum 30. Lebensjahr (manchmal sogar darüber hinaus) und beschreibt eine sich ausdehnende Entwicklung hin zum Erwachsensein in modernen Gesellschaften, die durch längere Ausbildungswege, vielfältigere Lebensformen und eine zunehmend spätere Familiengründung begründet wird (Seiffge-Krenke, 2015, S. 165f).

In jedem Lebensalter und jeder Lebensphase sollen unterschiedliche identitäts- und rollenstiftende Herausforderungen und Übergänge bewältigt werden. Diese bringen unterschiedliche soziale, psychische und emotionale Anforderungen mit sich. Das Jugendalter und das junge Erwachsenenalter sind deshalb durch eine Vielzahl an Entwicklungserfordernissen geprägt. In der Entwicklungspsychologie hat sich das Konzept der Entwicklungsaufgaben (Havighurst, 1948) etabliert, das sich teilweise mit dem Konzept der Statuspassagen (Fuchs, 1983) ergänzend zusammenbringen lässt. Dabei wird auch von Entwicklungssequenzen gesprochen, die nicht unabhängig ihrer sozialkulturellen Normierung betrachtet werden können (Sackmann und Wingers, 2001, S. 32ff). In der Jugend sind einhergehend mit der körperlichen

und psychischen Reifung vor allem die schulische Laufbahn, die emotionale Ablösung vom Elternhaus und die Herausbildung außerfamiliärer sozialer Beziehungen prägende Entwicklungsaufgaben. Im jungen Erwachsenenalter kommen dann meist der Auszug aus dem Elternhaus, der Eintritt in das Ausbildungs- und Berufsleben und das Eingehen fester partnerschaftlicher Beziehungen hinzu.

Im Zuge der Sozialisation, die psychische und soziologische Prozesse der Integration von Persönlichkeitsmerkmalen mit außerindividuellen Einflüssen beinhaltet (Hurrelmann und Bauer, 2015, S. 15), werden insbesondere in diesen Lebensphasen (wie auch vorher in der Kindheit) wesentliche, für die spätere gesellschaftliche Positionierung und persönliche Lebensgestaltung relevante Rollenmuster und Identitäten erlernt, erprobt und verfestigt. Dabei spielen mit zunehmenden Lebensjahren außerfamiliäre Sozialisationsinstanzen und Sozialisationskontexte wie die Schule, das Freundes- und Freizeitumfeld oder später die Ausbildungs- und Arbeitsstätten eine immer bedeutsamer werdende Rolle (Hurrelmann und Bauer, 2015, S. 171ff). In diesen Lebensphasen entwickeln junge Menschen unter anderem auch durch die Ablösung von der Kernfamilie einen Sinn für die eigene soziale Stellung in der Gesellschaft und damit einhergehenden Vor- und Nachteilen (Rogge und Groh-Samberg, 2015, S. 39f).

Aufgrund der besonders hohen Dichte an Entwicklungsaufgaben wird die Jugend auch als vulnerable Lebensphase beschrieben (Quenzel, 2015, S. 164). Dies deckt sich mit der Annahme, dass es für die Gesundheit besonders sensible Lebensphasen gibt, in denen sich die Auswirkungen von erfahrenen Nachteilen und Risiken besonders stark auf die spätere Gesundheit im Lebenslauf auswirken (Dragano und Siegrist, 2009, S. 184). Je nach persönlichen Voraussetzungen, Geschlecht und sozialer Herkunft gelingt es einigen jungen Menschen besser als anderen, diese Vielfalt an Übergängen und entwicklungsbezogenen Anforderungen erfolgreich zu bewältigen. Dies geht mit entscheidenden Konsequenzen für die Gesundheit einher (Quenzel, 2015, S. 155).

Im Nachfolgenden, wie auch in den drei wissenschaftlichen Einzelarbeiten, wird für das Jugendalter eine Altersspanne von 11 bis 17 Jahren und für das junge Erwachsenenalter die Altersspanne von 19 bis 24 Jahren berücksichtigt. Von jungen Menschen wird gesprochen, wenn Jugendliche und junge Erwachsene zusammen gemeint sind. Kinder und Jugendliche werden unter keinem gemeinsamen Begriff zusammengefasst. Junge Lebensjahre meint die Zeit bis zum Erwachsenenalter, damit ist aber keine spezifische Alterseingrenzung verbunden.

2.2 Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit

Es gibt unterschiedliche Auffassungen darüber, wie der Zusammenhang von sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten zu erklären ist. Lange wurde der Fokus dabei auf das mittlere Erwachsenenalter gelegt. Zunehmend wurden auch weitere lebensphasenspezifische und so auch alters- und jugendspezifische Erklärungsansätze entwickelt. Für junge Menschen können beide, allgemeine und jugendspezifische, Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit zutreffend sein. Denn Jugendliche sind sowohl durch ihre Eltern als auch durch von den Eltern weitestgehend unabhängige Sozialisationserfahrungen sozial und gesundheitlich geprägt. Im Folgenden werden die klassischen Ansätze zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit, die selektive Prozesse, strukturelle und materielle Kontexte, kulturelle und verhaltensbezogene Kontexte und psychosoziale Prozesse umfassen, vorgestellt. Daran anschließend werden zusätzliche, übergreifende (Geschlecht und Migrationshintergrund) und jugendspezifische Ansätze (Einfluss der Gleichaltrigengruppe und der besuchten Schule) zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit in jungen Lebensjahren beschrieben.

2.2.1 Selektive Prozesse

Bei der sozialen Selektion nach Gesundheit („Health Selection“) wird davon ausgegangen, dass der Gesundheitszustand der Menschen über ihre soziale Position im gesellschaftlichen Gefüge mitentscheidet. Die Selektionsthese geht von sozialen Nachteilen für erkrankte und sozialen Gewinnen für gesunde Personen aus (Blane et al., 1993) und beinhaltet damit zwei sich gegenseitig verstärkende Mechanismen. Begründet wird die These damit, dass Menschen mit einer weniger guten Gesundheit wahrscheinlich die gesellschaftlichen Anforderungen nach Leistung und Produktivität weniger gut erfüllen können und daher in niedrigere gesellschaftliche Schichten abzustiegen beziehungsweise dort zu verbleiben drohen. Menschen in guter Gesundheit wiederum können auf dieser Grundlage ihre soziale Position behaupten oder sogar verbessern. Im Erwachsenenalter kann dies bedeuten, dass z.B. durch eine Erkrankung der erlernte Beruf nur noch eingeschränkt oder gar nicht ausgeübt werden kann, mit entsprechenden Folgen für die sozioökonomische Stellung der Personen selbst und ihrer Familie.

Diese These ist auch auf das Jugendalter übertragbar. Denn junge Menschen mit einer weniger guten Gesundheit können Gefahr laufen durch krankheitsbedingte Fehltage in der Schule oder kognitive Einschränkungen weniger gute Schulleistungen und/oder Schulabschlüsse zu erzielen. Dies kann entsprechende Folgen für den Übergang auf den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt

haben, sodass sie gegebenenfalls nicht die soziale Position ihrer Eltern erreichen oder von einem intergenerationalen sozialen Abstieg bedroht sein können (Currie, 2009).

Eine soziale Benachteiligung aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen wird in der Forschungslandschaft grundsätzlich nicht in Zweifel gezogen. Allerdings wird deren Erklärungskraft für die Gesamtheit gesundheitlicher Ungleichheiten im Jugendalter, mehr aber noch unter Erwachsenen, als nicht umfassend genug bewertet (Hoffmann et al., 2018a). Dementsprechend werden höhere Erkrankungsraten in den unteren sozialen Schichten auf zusätzliche benachteiligende Lebensbedingungen zurückgeführt (Kröger et al., 2015), was auch für die jungen Lebensjahre angenommen wird (Richter, 2005, S. 111).

2.2.2 Strukturelle und materielle Kontexte

Bei der Verursachungsthese („Social Causation“) wird davon ausgegangen, dass sich die Lebensbedingungen auf die Gesundheit positiv oder negativ auswirken können. Dabei werden materielle und strukturelle, aber auch kulturelle und psychosoziale Bedingungen zunächst voneinander abgegrenzt. In den nachstehenden Erläuterungen wird jedoch ersichtlich, dass eine scharfe Trennung dieser Bedingungen und ausschließliche sozialepidemiologische Analyse einzelner Faktoren für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit wenig gewinnbringend ist, sie aber aufeinander bezogen durchaus von Mehrwert für das Verständnis sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten sein können.

Materielle Bedingungen beziehen sich in erster Linie auf finanzielle Mittel und nehmen insofern Einfluss auf die Gesundheit, als dass sie entscheidend für die Existenzsicherung, also die Bezahlung von Wohnraum, Lebensmitteln, Kleidung etc. sind, die als Grundvoraussetzung für Gesundheit angesehen werden (Lampert et al., 2019, S. 4). Wer in Deutschland weniger als 60% des durchschnittlichen Einkommens zur Verfügung hat, ist laut Definition von relativer Armut betroffen (Hauser, 2018). Studien belegen körperliche und psychische Konsequenzen von Armutslagen (Lampert und Kroll, 2010). In wohlfahrtstaatlich orientierten Ländern wie Deutschland sind gesundheitliche Unterschiede bedingt auf rein finanzielle Hürden etwa innerhalb des Gesundheitssystems zurückzuführen. Das Dauererleben von mangelnder sozialer Teilhabe und das Fehlen von Selbstwirksamkeit ist jedoch stark mit finanziellen Notlagen verbunden und schränkt auch die Wahrnehmung von Hilfeleistungen ein (Cremer, 2016, S. 134f).

Mit strukturellen Bedingungen sind ungleiche Zugänge zu bestimmten gesellschaftlichen Systemen und Teilsystemen gemeint, z.B. zum Arbeitsmarkt oder bestimmten Berufsfeldern,

dem Wohnungsmarkt, dem Versorgungs- oder Gesundheitssystem. Strukturelle Benachteiligungen sind sehr häufig mit der sozialen Herkunft verbunden, aber auch mit anderen Dimensionen gesellschaftlicher Differenzierung und Ausgrenzung wie Ethnizität oder Religionszugehörigkeit (Scherr, 2010). Strukturelle Zugangsbarrieren zu diesen Systemen haben einen Einfluss auf die Gesundheit, da sie die Wohn-, Arbeits- und Lebensverhältnisse von Personen mitbestimmen. Weniger gut bezahlte Berufe sind häufiger mit gesundheitlichen Risiken wie Schadstoffbelastungen, Schichtarbeit oder Arbeitsplatzunsicherheiten verbunden (Puls, 2008).

Finanzielle Benachteiligung und Armut treten mittlerweile häufiger in Familien als in Single- oder Paarhaushalten auf und sollten daher auch im Familienkontext betrachtet werden (Benz und Heinrich, 2018). In jungen Lebensjahren bringen finanzielle Engpässe der Eltern häufig Einschränkungen in der Versorgung, dem Konsumverhalten und insbesondere der sozialen Teilhabe von Kindern und Jugendlichen mit sich (Klocke und Lampert, 2005). Zudem haben finanziell und strukturell benachteiligte Eltern teilweise Probleme, sich erzieherisch auf ihre Kinder zu konzentrieren, da sie häufiger von sozialen und psychischen Verunsicherungen aufgrund der materiellen und strukturellen Notlagen betroffen sind (Hurrelmann, 2016, S. 22f). Dies kann sich auch auf die partnerschaftliche Beziehung der Eltern, von der Kinder stark betroffen sind, und auf den Kontakt zu den Kindern selbst übertragen. Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien fehlt daher häufiger ein stabiles häusliches Umfeld, in welchem sie altersspezifische Entwicklungen gesund durchleben können.

2.2.3 Kulturelle und verhaltensbezogene Kontexte

Materiell und strukturell geprägte Lebenskontexte sind wiederum mit kulturellen Kontexten verbunden. Durch die kulturelle und oftmals auch räumliche Trennung von sozioökonomischen Gruppen entstehen unterschiedliche Umwelten und damit sozialspezifische Erfahrungsräume und Handlungsräume, in denen sich eigene Wertesysteme und auch gesundheitsbezogene Einstellungen gestalten und verfestigen können (Abel et al., 2009). Hieraus formieren sich unterschiedliche Erfahrungen, die im Zuge der Sozialisation individuell verarbeitet, verinnerlicht und habitualisiert werden. Dadurch ergibt sich ein kultur- und milieuspezifisches Wahrnehmungs- und Handlungsrepertoire von Personen, das auch den Lebensstil mit unterschiedlichen Auswirkungen für die Gesundheit prägen kann (Sperlich und Mielck, 2003).

Gesundheitsbezogene Unterschiede im Lebensstil lassen sich entgegen vieler Vermutungen nicht durch eine generelle geringere Wertbeimessung gegenüber Gesundheit in den weniger

begünstigten Sozialschichten erklären. Die allgemeine Zustimmung, dass Gesundheit einen der wichtigsten Werte für das Leben darstellt, variiert beispielsweise nur sehr geringfügig nach sozioökonomischer Schicht (Hinz et al., 2010). Daher werden auch unterschiedliche Handlungsmuster und Kompetenzen zur Erklärung gesundheitlicher Unterschieden herangezogen, die in hohem Maße sozial determiniert sind (Helmert und Schorb, 2009, S. 133).

Gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen wird dabei eine große Bedeutung zugeschrieben. Solche werden in jungen Lebensjahren häufig von den Eltern, aber auch von dem näheren sozialen Umfeld übernommen. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene aus weniger begünstigten Familien zeigen häufiger risikoreiche Verhaltensweisen, etwa weniger Bewegung, eine fettreichere und vitaminärmere Ernährung oder einen höheren Tabakkonsum (Richter, 2005, S. 115), die als Auslöser für spätere Erkrankungen angesehen werden. Eltern sind in ihrem Gesundheitsverhalten ein Vorbild für ihre Nachkommen. Kinder und Jugendliche, deren Eltern rauchen, beginnen z.B. häufiger und früher selbst mit dem Rauchen (Leonardi-Bee et al., 2011).

Darüber hinaus stehen kulturelle und verhaltensbezogene Unterschiede in der Gesundheit häufig in enger Verbindung mit bildungsbezogenen Kompetenzen (Cutler und Lleras-Muney, 2006). So können beispielsweise weniger gebildete Personen im Krankheitsfall häufig nur eingeschränkt Gesundheitsinformationen verstehen und Handlungsanleitungen zur Genesung umsetzen und haben insofern häufiger eine geringere Gesundheitskompetenz („Health Literacy“) (Nutbeam, 2008). Auch allgemeine Fähigkeiten der Handlungsmotivation, -planung und -umsetzung, die sich nicht nur auf die Gesundheit, sondern auf die gesamte Lebensführung auswirken können, steigen mit dem Bildungsgrad und werden als Grundvoraussetzung einer „souveränen Selbststeuerung“ verstanden (Hurrelmann, 2016, S. 27).

Die Herausbildung derartiger Gesundheitskompetenzen in jungen Lebensjahren ist wiederum stark von dem sozialen Status der Eltern abhängig (Quenzel et al., 2016, S. 8). Die Bildungschancen von Kindern und Jugendlichen werden durch das innerfamiliäre Bildungengagement der Eltern maßgeblich geprägt. Aufgrund von sozialer Benachteiligung der Eltern fällt die Unterstützungsmöglichkeit dieser in weniger begünstigten Familien jedoch häufig geringer aus (Schmitt, 2009, S. 717). Zudem sind Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien deutlich seltener in außerschulische und außerfamiliäre Lernorte eingebunden, z.B. Mitglieder in Sportvereinen oder an Musikschulen, die als wichtig für die Herausbildung von Gesundheits- und allgemeinen Kompetenzen angesehen werden (Düx und Rauschenbach, 2015). Dadurch unterscheiden sich die Bildungserfahrungen in jungen Lebensjahren entlang ihrer sozialen Herkunft auch über den direkten Einfluss der Eltern hinaus.

2.2.4 Psychosoziale Prozesse

Wie sich in den vorherigen Abschnitten bereits andeutet, spielen auch psychosoziale Mechanismen eine Rolle für das Verständnis gesundheitlicher Ungleichheiten. Dauerbelastungen (z.B. am Arbeitsplatz oder in der Familie), aber auch kritische Lebensereignisse (z.B. Arbeitslosigkeit, Trennung oder Tod) sind große Herausforderungen für die Gesundheit und werden mit ungesunden, stressbezogenen Belastungen in Verbindung gebracht (Steinkamp, 1999). Aufgrund der oben angesprochenen Unterschiede in den Handlungsstrategien wird hier auch von einer doppelten Last gesprochen. Denn nicht nur die Exposition durch, sondern auch die Bewältigungschancen von Herausforderungen sind sozial ungleich verteilt. Zu den sogenannten Bewältigungsressourcen gehören unter anderem die Selbstwirksamkeits- und Kontrollüberzeugung sowie das Kohärenzgefühl. Dies sind Ressourcen, die wiederum stark mit der Bildung und den Lebensbedingungen von Personen variieren (Mansel, 1999, Schwarzer, 1994).

Eine weitere Erklärung für gesundheitliche Ungleichheiten über stresstheoretische Annahmen bieten soziale Vergleichstheorien (Siegrist, 2008). Es wird davon ausgegangen, dass sich Personen in Bezug auf ihre Ressourcenausstattung und ihre gesellschaftliche Anerkennung miteinander vergleichen. Nicht nur absolute Armutslagen, sondern auch relative Unterschiede können zu Gefühlen von Minderwertigkeit und Scham aber auch Ungerechtigkeit führen und fallen umso stärker aus, je ausgeprägter sich die gesellschaftlichen Hierarchien gestalten (Wilkinson und Pickett, 2012). Andauernde Belastungssituationen kommen im Erwachsenenalter häufiger in den unteren Berufsgruppen vor, die aufgrund der dortigen Arbeits- und Entlohnungsstrukturen weniger Kontrollchancen oder seltener eine als gerecht empfundene Anerkennung für ihre Arbeit (Gratifikation) in ihrer Berufstätigkeit erfahren (Schunck et al., 2014).

Übertragen auf das Kindes- und Jugendalter wird ein Aufwachsen in Armut als mögliche Dauerbelastung verstanden und entsprechende Auswirkungen auf die Gesundheit beschrieben (Klocke und Lampert, 2005). Belastungen können sich dabei nicht nur aus dem innerfamiliären Lebensalltag, sondern auch aus den sozialen Umwelten, beispielsweise dem bewohnten Stadtteil oder der besuchten Schule, ergeben. Analog zum Erwachsenenalter sind auch bei Kindern und Jugendlichen Schutzfaktoren oder Ressourcen, die für die Stressbewältigung bedeutsam sind, ungleich verteilt (Bender und Lösel, 1998). So sind beispielsweise das Kohärenzgefühl und eine positive Sicht in die Zukunft bei Jugendlichen aus sozial benachteiligten Verhältnissen weniger stark ausgeprägt (Bettge und Ravens-Sieberer, 2003). Auch höhere Bildungsaspirationen stehen im Zusammenhang mit einem gesteigerten Wohlbefinden bei

Jugendlichen (Dudovitz et al., 2017). Wenn eine Unausgewogenheit zwischen den eigenen Bemühungen und den erzielten Erfolgen („Effort-Reward-Imbalance“) auftritt, können bereits in jungen Lebensjahren sogenannte Gratifikationskrisen entstehen (Siegrist und Wahrendorf, 2016). Wenn Schulnoten nicht aufgrund der erbrachten Leistung, sondern aufgrund der sozialen Herkunft oder entlang des Migrationshintergrundes variieren, kann dies zu Gefühlen von Ungerechtigkeit und zu psychischem Stress führen (Li et al., 2010, Låftman et al., 2015). Negative Erfahrungen in der Schullaufbahn, wie schlechte Schulleistungen, Wiederholen von Klassen, Scheitern beim Schulabschluss, wirken sich negativ auf den Selbstwert und die Gesundheit von jungen Menschen aus (Abel und Keller, 2016) und betreffen sehr viel häufiger junge Menschen aus weniger begünstigten Verhältnissen (Sandring, 2013). Dies kann neben den psychosozialen Folgen auch risikoreiche und gesundheitsschädliche Verhaltensweisen, wie delinquentes Verhalten oder Substanzkonsum als Reaktion auf die wahrgenommene Benachteiligung, nach sich ziehen (Elstad, 2010).

2.2.5 Zusätzliche Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit in jungen Lebensjahren

Mit dem Übergang vom Kindes- zum Jugendalter kommt weiteren, außerhalb der Familien liegenden Sozialisationsinstanzen und Sozialisationskontexten eine große Bedeutung für die soziale und gesundheitliche Entwicklung zu. Als wichtige außerfamiliäre soziale Einflüsse auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von jungen Menschen gelten z.B. das Freundesumfeld oder die Gruppe der Gleichaltrigen in einer Schulklasse (Hofmann und Venetz, 2017) sowie die Schule selbst, die Jugendkultur und die Medien (Richter, 2005, S. 131f). Im Rahmen einer diversitätssensibleren Forschung erfahren auch der Migrationshintergrund und das Geschlecht in diesem Zusammenhang eine zunehmende Aufmerksamkeit (Walgenbach, 2017).

Zum einen wird davon ausgegangen, dass auch ursprünglich außerhalb der Familie liegende Einflussfaktoren nicht als gänzlich unabhängig von der eigenen familiären Herkunft betrachtet werden können. So kann der sozial bedingte, elterliche Wohnort einen Einfluss darauf haben, welche Schule von den Kindern besucht wird oder aber der Bildungsstatus der Eltern die soziale Zusammensetzung des Freundeskreises beeinflussen. Zum anderen wird aber in dem Bedeutungszuwachs von sekundären und tertiären Sozialisationsinstanzen auch das Potenzial einer Egalisierung familiärer Einflüsse auf die nachkommende Generation vermutet (Bauer und Hurrelmann, 2015, S. 162f).

Die sogenannte Pufferhypothese geht davon aus, dass sich ursprünglich familiär geprägte gesundheitliche Ungleichheiten am Übergang zum Jugendalter abschwächen können (West und Sweeting, 2004, Elkeles, 2010, S. 121f). Zusätzlich zum Bedeutungszuwachs anderer Sozialisationsinstanzen wird eine größere Neigung zu risikoreichen Verhaltensweisen unter Jugendlichen zur Erklärung dieses Phänomens herangezogen. Dies betrifft insbesondere die späte Adoleszenz und männliche Jugendliche, unabhängig der sozialen Herkunft (Gibbons et al., 2012). Eine zweite Phase der Zunahme von ungesunden Verhaltensweisen wird im Lebensverlauf am Übergang von der Jugend ins junge Erwachsenenalter verortet (Frech, 2012). Die ausgleichende Wirkung tertiärer Sozialisationsinflüsse wie der Jugendkultur und der Medien auf die Gesundheit junger Menschen hebt sich am Ende der Jugendzeit und mit dem Eintreten ins junge Erwachsenenalter jedoch wieder auf (Richter, 2005, S. 138). Dies kann unter anderem mit dem Auszug aus dem Elternhaus und dem Eintritt in den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt in Verbindung gebracht werden. Durch eine zunehmende Selbstversorgung und neue Entwicklungsaufgaben können in der Zeit des jungen Erwachsenenalters womöglich weitere oder neue Benachteiligungen auftreten. Es gibt jedoch wenige Studien, die diesen Zusammenhang systematisch untersuchen.

Gleichaltrige

Die Gleichaltrigen („Peers“) und der Freundeskreis sind für das jugendliche Risikoverhalten eine wichtige Bezugsgruppe (Gibbons et al., 2012). Für den Substanzkonsum beispielsweise, der weniger stark mit dem elterlichen Sozialstatus von Jugendlichen verbunden zu sein scheint, konnte die Relevanz des Freundeskreises und der Mitschülerinnen und Mitschüler herausgearbeitet werden (Richter und Lampert, 2008, S. 185f). Akzeptanz und Anerkennung in der Peer Group sind wichtig für das Wohlbefinden von jungen Menschen (Sandring, 2013). Für den Freundeskreis und ebenso für die Familie können insofern nicht nur negative Einflüsse auf die Gesundheit festgestellt werden. Freundesgruppen können die Persönlichkeit von jungen Menschen stärken und damit zu einer positiven Entwicklung beitragen (Wentzel et al., 2014). Gleiches gilt für ein positives Familienklima oder eine erfolgreiche Schullaufbahn. Diese zweiseitige Wirkung von Einflussfaktoren auf die Gesundheit wird auch als „doppelte Valenz“ bezeichnet (Klocke, 2004, S. 85).

Da soziale Integration und Teilhabe eine besondere Rolle für die Gesundheit und das Wohlbefinden im Jugendalter spielen, wird sozialen Vergleichsprozessen innerhalb der Gleichaltrigengruppe in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zugesprochen

(Klocke, 2006, S. 160). Es konnte gezeigt werden, dass die soziale Stellung gemessen an Parametern wie Anerkennung, Attraktivität, Anzahl der Freunde oder schulische Leistungen für gesundheitliche Ungleichheiten in jungen Lebensjahren wichtig sind und Vergleiche innerhalb von Gruppen (z.B. einer Schulklasse) von größerer Bedeutung sind, als Vergleiche zwischen Gruppen (z.B. zwischen Schulformen) (Marsh und Hau, 2003, Lemeshow et al., 2008). In Studien wird zudem darauf hingewiesen, dass Anerkennungsbedürfnisse auch zu risikoreichen Verhaltensweisen beitragen können und dass Jugendliche ungesundes Verhalten in der Gruppe als weniger gefährlich einschätzen (Gibbons et al., 2012). Darüber hinaus gelten sozialer Ausschluss, aggressive Handlungen untereinander, Bullying und Mobbing, die an Schulen aber auch im Freizeitumfeld oder in den neuen Medien ein ernstzunehmendes Problem darstellen, als besonders gefährlich für die Gesundheit von jungen Menschen (Melzer et al., 2012, Bilz et al., 2003, Pieschl und Porsch, 2014). Häufig sind junge Menschen, die in aggressive Handlungen involviert sind, sowohl der Opfer- als auch Täterinnen und Täter-Gruppe zuzurechnen und in beiden Rollen von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen (Melzer und Schubarth, 2016).

Schule

Die Schule ist in jungen Lebensjahren der Ort an dem Kinder und Jugendliche die meiste Lebenszeit außerhalb der Familie verbringen. Der Anteil der dort verlebten Stunden steigt mit zunehmendem Alter und kann infolge des Ausbaus von Ganztagschulen weiter ansteigen (Harring et al., 2019). Als sekundäre Sozialisationsinstanz ist die Schule ein Lern- und Erfahrungsraum, in dem wichtige außerfamiliäre Personen, wie die Gruppe der Gleichaltrigen, Freundinnen und Freunde, Schul- und Lehrkräfte den Sozialisationskontext bestimmen (Bauer und Hurrelmann, 2015, S. 164).

Der Zusammenhang von besuchter Schulform² und Gesundheitschancen verläuft in Deutschland überwiegend so, dass mit aufsteigendem Bildungsniveau auch die Gesundheitschancen von

² An dieser Stelle sollen kurz Besonderheiten des deutschen Sekundarschulsystems vorgestellt werden. Dieses ist durch eine sehr frühe Selektion der Kinder nach der Grundschulzeit (etwa im Alter von 10 Jahren) in unterschiedlich qualifizierende Bildungsgänge der Sekundarstufe I und darauffolgenden Sekundarstufe II geprägt. Aufgrund einer föderalistischen Struktur gibt es zwischen den Bundesländern derzeit drei unterschiedliche Schulsysteme (zweigliedrig, erweitert zweigliedrig und traditionell), aus denen sich unterschiedliche Bezeichnungen für die einzelnen Schulformen ableiten. Hauptsächlich werden allgemeinbildende Schulen in folgende Schulformen unterschieden: Hauptschulen, Realschulen, Schulen mit zwei oder mehreren Bildungsgängen (Haupt- und Realschule mit und ohne gymnasialer Oberstufe), integrierte Gesamtschulen und Gymnasien (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2018, S. 91). Immer mehr junge Menschen erlangen auch an beruflichen Schulen einen allgemeinbildenden

Schülerinnen und Schülern ansteigen. Besonders gut belegt ist dies in Deutschland für das Gesundheitsverhalten. Kinder und Jugendliche an Gymnasien rauchen deutlich seltener und insgesamt auch weniger Zigaretten (Rathmann et al., 2017, Kuntz et al., 2014), sie bewegen sich häufiger (Schott et al., 2016) und sind weniger häufig übergewichtig oder adipös (Krause und Lampert, 2015), als Gleichaltrige an anderen Sekundarschulen. Beim Alkoholkonsum, aber auch beim Wissen über sexuell übertragbare Erkrankungen zeigen sich weniger eindeutige Ergebnisse bezüglich der besuchten Schulform (Kohler et al., 2009, Jeffe et al., 2012). Im Vergleich zum Gesundheitsverhalten befassen sich weniger Studien mit der psychischen und allgemeinen Gesundheit von Jugendlichen an unterschiedlichen Schulformen. Es wurde aber gezeigt, dass Schülerinnen und Schüler an Sekundarschulen häufiger ihre allgemeine Gesundheit als nicht gut einschätzen im Vergleich zu Gleichaltrigen an Gymnasien (Heilmann et al., 2018). Zudem treten Essstörungen und Probleme in der Emotionsregulation häufiger an Sekundarschulen auf als an Gymnasien (Lohr und Fladung, 2012).

Mit der besuchten Schulform verbinden sich folglich nicht nur Unterschiede in den zu erreichenden Qualifikationsniveaus, sondern auch gesundheitliche Unterschiede. Zur Erklärung dieser Unterschiede werden häufig sogenannte Kompositions- und Kontexteffekte voneinander abgegrenzt. Sie beziehen sich zum einen auf die soziale Zusammensetzung der Kinder und Jugendlichen an Schulen (Komposition) und zum anderen auf die Ausstattung und den umliegenden Sozialraum von Schulen (Kontext) (Tillmann und Weishaupt, 2015). Hinsichtlich der Kompositionseffekte zeigen die aktuellen Zahlen der deutschen Bildungsberichterstattung, dass sich die Schulformen je nach Qualifikationsniveau mit der sozioökonomischen und leistungsbezogenen Zusammensetzung von Schülerinnen und Schülern überschneiden. An

Schulabschluss. Dies betraf 2016 zusammengenommen ca. 18% aller Hauptschul- oder mittleren Abschlüsse beziehungsweise der allgemeinen Hochschulreife (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2018, S. 121). Darüber hinaus gibt es weitere Schulformen, wie Reformschulen und Förderschulen, die aufgrund ihrer gesonderten Stellung in dieser Arbeit nicht weiter berücksichtigt werden. Wenn in dieser Arbeit Schulformvergleiche angestellt werden, ist fortan der Vergleich von Gymnasien mit anderen allgemeinen Sekundarschulen gemeint. Die höchste Qualifizierungsstufe im deutschen Schulsystem ist die allgemeine Hochschulreife (Abitur), gefolgt von dem Fachabitur, die die Voraussetzung für eine direkt anschließende tertiäre Bildung in Form eines Studiums an einer Universität oder Fachhochschule darstellen. In Abgrenzung dazu qualifizieren der mittlere, der Hauptschul- und qualifizierende Schulabschluss für unterschiedliche Wege der klassischen Berufsausbildung. Im Jahr 2016 gestaltete sich die Schulabgangsquote so, dass 6,1% keinen Schulabschluss, 20,8% einen Hauptschulabschluss, 54,3% einen mittleren Schulabschluss, 11,0% eine Fachhochschulreife und 41,2% das Abitur im jeweiligen Altersjahrgang aufwiesen, wobei es aufgrund von nachgeholt Schulabschlüssen zu doppelten Zählungen kam (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2018, S. 120 und Tab. D9-1A).

anderen Sekundarschulen als Gymnasien ist beispielsweise der Anteil an Mädchen und Jungen, deren Eltern keinen oder einen ausschließlich beruflichen Abschluss des Sekundarsystem II haben, deutlich erhöht und beträgt 26,1% an Hauptschulen, 10,8% an Realschulen, 17,7% an Integrierten Gesamtschulen versus einem Anteil von 3,8% an Gymnasien (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2018, S. 90 und Tab. D1-2A). Durch die unterschiedlichen Voraussetzungen der Kinder und Jugendlichen ergeben sich unterschiedliche Lern- und Leistungsmilieus (Tillmann und Weishaupt, 2015, S. 7). In Anlehnung an die Darstellung der Relevanz von Peergruppen und der Mitschülerinnen und Mitschüler für die Gesundheit von Jugendlichen, kann davon ausgegangen werden, dass sich durch die sozial selektive Zusammensetzung der Jugendlichen unterschiedlich gute oder schlechte Gruppenvoraussetzungen für die Bildung (Dumont et al., 2013) und Gesundheit (Moore et al., 2017) an unterschiedlichen Schulformen ergeben. Durch die Separation der leistungs- und ressourcenstarken Jugendlichen können unter anderem wichtige Rollenvorbilder für weniger begünstigte Mädchen und Jungen entzogen werden (Bilz, 2008). Weitere Unterschiede betreffen das Schul- und Klassenklima, die das Wohlbefinden und die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler sowie der Lehrkräfte beeinflussen (Freitag, 1998). Die Beziehungen zu Lehrpersonen sind zudem von großer Bedeutung für die Gesundheit von Jugendlichen, da sie motivierend, rollen- und vertrauensstiftend wirken können. Die Beziehungsqualität zu Lehrpersonen kann jedoch mit der sozialen Herkunft von Schülerinnen und Schülern abnehmen (García-Moya et al., 2018, Moore et al., 2017).

Hinsichtlich der Kontexteffekte werden unter anderem die unterschiedliche Ausstattung von Schulen, ihre sozialräumliche Lage und die Qualifizierung des Lehrpersonals als wichtig für die Entwicklung von Jugendlichen angesehen (Tillmann und Weishaupt, 2015, S. 5f). In einer aktuellen Studie konnte am Beispiel von Berlin gezeigt werden, dass der elterliche sozioökonomische Status nicht nur einen Einfluss darauf hat, auf welchem Qualifikationsniveau ihre Nachkommen lernen, sondern auch, wie gut oder schlecht die besuchten Schulen bezüglich ihrer Ausstattung und der Qualifikation ihres Lehrpersonals dastehen. Auffällig ist, dass diejenigen Schülerinnen und Schüler mit dem höchsten Förderbedarf oftmals auf weniger gute Bildungsvoraussetzungen in den von ihnen besuchten Schulen treffen, häufiger von Unterrichtsausfällen betroffen sind sowie von weniger Personal und weniger gut qualifizierten Lehrkräften betreut werden (Helbig und Nikolai, 2019, S. 25f). Die Wahrnehmung der Unterrichtsqualität und die Zufriedenheit mit der Schule aus Perspektive der Jugendlichen ist zudem bedeutsam für den Zusammenhang von besuchter Schulform und Gesundheit und fällt an weniger hoch qualifizierenden Schulformen meist geringer aus (Rathmann et al., 2016).

Aufgrund der positiven Effekte von Bildung, wird es als Chance gesehen, wenn junge Menschen den Bildungsgrad ihrer Eltern übersteigen. Dies steht auch in Zusammenhang mit besseren Gesundheitschancen, z.B. gesünderen Verhaltensweisen und einer höheren Lebenszufriedenheit (Kuntz und Lampert, 2011, Kuntz und Lampert, 2013a, Dubow et al., 2009, Karvonen et al., 1999). Im Umkehrschluss werden Bildungsabstiege mit Gesundheitsrisiken in Zusammenhang gebracht (Gugushvili et al., 2018, Dennison, 2017). Weniger berücksichtigt ist dieser Zusammenhang für das junge Erwachsenenalter, wobei sich international bereits ähnliche Tendenzen hinsichtlich der Mortalität und des Lebensstils von jungen Erwachsenen zeigen (De Grande et al., 2015, Gall et al., 2010). In diesem Zusammenhang werden gesundheitliche Risiken, wie ein erhöhter Substanzkonsum (Dennison, 2017) oder eine stärkere psychische Belastung und Suizidalität (Abel und Keller, 2016) als Folgen von sozialen Abstiegen bei männlichen jungen Erwachsenen beschrieben.

Begründet werden gesundheitliche Vorteile bei sozialen Aufstiegen häufig mit der Substitution der Lebensumstände und einer Anpassung hin zu einem gesünderen Lebensstil (Schmeiser, 2003, Ross und Mirowsky, 2011). Übertragen auf die jungen Lebensjahre kann sich mit dem Bildungsaufstieg der Besuch einer Schule verbinden, die bessere Voraussetzungen für die Gesundheit bietet. Gesundheitliche Nachteile bei sozialen Abstiegen werden vor allen Dingen mit negativen Erfahrungen von Statusverlust und Anerkennung durch das eigene Herkunftsmilieu oder die Familie begründet (Newman, 1988). Sie werden aber auch mit selektiven Prozessen (nach Gesundheit) in Verbindung gebracht (Currie, 2009).

Geschlecht

Die Zugehörigkeit zu bestimmten Geschlechtskategorien³ gilt als bedeutsam für das Auftreten und die Gestalt von sozialer Ungleichheit (Gottschall, 2013). Im Erwachsenenalter (Kolip, 2019) und bei Jugendlichen (Kolip, 1997) werden körperliche Dispositionen, unterschiedliche Verhaltensweisen und Bedarfslagen zwischen den Geschlechtern im Zusammenhang von

³ In den meisten sozialespidemiologischen Studien und Daten findet sich eine Binarität der Geschlechterkategorien. Die Entscheidung, in dieser Arbeit von Geschlecht (als biologische Zugehörigkeitskonstruktion) und nicht von Gender (als soziale Zugehörigkeitskonstruktion) zu sprechen, wurde entlang des Forschungsstandes getroffen, der überwiegend die Begrifflichkeit Geschlecht widerspiegelt. Zudem meint im deutschen das Wort Geschlecht beide Dimensionen. An dieser Stelle soll jedoch erwähnt werden, dass sich gesellschaftlich und in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften zunehmend mit dem Dritten Geschlecht und geschlechtsneutralen Ansätzen befasst wird. Gerade aufgrund der engen Verzahnung von identitätsstiftenden Entwicklungsprozessen und Gesundheit, versprechen Ansätze, die die Geschlechtsidentität stärker einbeziehen ein neues Erkenntnispotenzial für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheiten in jungen Lebensjahren.

gesundheitlicher Ungleichheit gesehen. Dabei kann jedoch nicht von eindeutigen gesundheitlichen Vor- oder Nachteilen zwischen Mädchen und Jungen gesprochen werden. Vielmehr sind je nach betrachtetem Gesundheitsindikator Unterschiede zwischen den Geschlechtern festzustellen. Wurden Jungen noch vor einigen Jahren als risikobelasteter bezüglich des Alkohol- und Tabakkonsums angesehen, zeigen heutige Studien, dass sich die Anteile von rauchenden Mädchen und Jungen deutlich angeglichen haben (Glücks und Kolip, 2013, S. 10). Hinsichtlich des Tabakkonsums sieht man einen deutlichen Rückgang der Rauchquoten bei beiden Geschlechtern, wobei Mädchen mittlerweile sogar höhere Risiken aufweisen als Jungen (Zeiger et al., 2018, S. 31). Beim Alkoholkonsum zeigen sich Unterschiede dahingehend, dass ältere männliche Jugendliche mehr und häufiger konsumieren als gleichaltrige Mädchen (Willemsen et al., 2013, S. 66ff). Ein weiteres Beispiel für geschlechtsbezogene Unterschiede sind psychische und Verhaltensauffälligkeiten. Jungen gelten besonders im frühen Jugendalter (bis 14 Jahre) als häufiger von psychischen Auffälligkeiten betroffen, während sich die Anteile im späteren Jugendalter (15 bis 17 Jahre) zwischen Mädchen und Jungen angleichen (Klipker et al., 2018, S. 39ff). Dabei sind bei Jungen häufiger nach außen gerichtete (externalisierende) und bei Mädchen eher nach innen gerichtete (internalisierende) Auffälligkeiten festzustellen (Hölling et al., 2007, Ihle et al., 2007).

Da derartige Unterschiede für die Beschreibung von Versorgungsbedarfen von Bedeutung sind, wird davon ausgegangen, dass geschlechtergetrennte Analysen und Erklärungen von gesundheitlicher Ungleichheit je nach Gesundheitsindikator sinnvoll sind. Erklärt werden die Unterschiede unter anderem durch eine geschlechterbezogene und geschlechtsspezifische Sozialisation, die unterschiedliche Erwartungen an und Reaktionen auf Mädchen und Jungen mit sich bringen kann. Gleichzeitig zeigt die Forschung, dass Geschlechtskategorien mit anderen Differenzlinien sozialer Ungleichheit zusammenfallen können (Babitsch, 2009). Mädchen aus weniger begünstigten Familien weisen z.B. andere gesundheitliche Risiken und Unterstützungsbedarfe auf, als Mädchen aus besser gestellten Familien. Die Betrachtung verschiedener, miteinander verwobener (und nicht nur additiv wirkender) Komponenten sozialer Benachteiligung wird auch unter dem Stichwort der „Intersektionalität“ diskutiert. Dabei geht es darum, das Zusammentreffen und Überschneiden verschiedener gesellschaftlicher Differenzlinien innerhalb von individuellen Lebensläufen (z.B. entlang von sozialer Herkunft, Behinderung, Sexualität, Ethnizität oder Geschlechtsidentität) zu berücksichtigen, um spezifische Formen von sozialer Benachteiligung und Diskriminierung in den Blick nehmen zu können (Walgenbach und Pfahl, 2017, S. 141ff).

Migrationshintergrund

Der Migrationshintergrund kann für gesundheitliche Unterschiede im Erwachsenenalter und im Jugendalter eine wichtige Rolle spielen (Razum et al., 2008) und ist ebenso wie die Geschlechtszugehörigkeit nicht nur eindimensional, sondern im Geflecht diverser sozialer Differenzierungslinien für die Gesundheit relevant. Dabei sind mehrere Dimensionen des Migrationshintergrundes bedeutsam, z.B. ob eine eigene Zuwanderungserfahrung besteht, welchem Kulturkreis sich Personen angehörig fühlen, welche ethnische Zugehörigkeit sie haben, ob sich diese äußerlich zeigt und in welchem Verhältnis dies zur Mehrheitsgesellschaft steht (Schenk, 2007). Es wird teilweise bemängelt, dass zur Untersuchung gesundheitlicher Ungleichheiten entlang des Migrationshintergrundes die Datenlage wenig zufriedenstellend ist, da in regulären oder amtlichen Studien (etwa in Schuleingangsuntersuchungen) häufig nur die Staatsangehörigkeit erfasst wird. Mit dem Hinweis darauf, dass es die eine Gruppe der Migrantinnen und Migranten nicht gibt, wird jedoch häufig in Analysen zu gesundheitlichen Unterschieden der Migrationshintergrund (mit vs. ohne) ausgewiesen. Je nach betrachtetem Gesundheitsindikator zeigt sich, dass ein Migrationshintergrund positiv und negativ mit der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten assoziiert sein kann (Sahrai, 2009). Für Jugendliche mit Migrationshintergrund wird zum Beispiel ein höheres Auftreten von Übergewicht und Adipositas bei Mädchen und Jungen aufgezeigt (Koschollek et al., 2019). Diesem erhöhten Risiko steht ein weniger häufig auftretender riskanter Alkoholkonsum bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund gegenüber (Koschollek et al., 2019), während für die allgemeine Gesundheit oder psychische Auffälligkeiten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden (Santos-Hövenner et al., 2019).

Häufig werden kulturell geprägte Lebensstile in den jeweiligen Familien für die Begründung gesundheitlicher Unterschiede nach Migrationshintergrund angeführt. Auch Diskriminierungserfahrungen können in verschiedenen Lebenswelten und in allen Lebensphasen auftreten, wobei für die jungen Lebensjahre unter anderen das Bildungssystem und die Schule bedeutende Kontexte für rassistische Diskriminierung darstellen können (Hormel, 2010). Zudem ist in Deutschland eine starke Kopplung des sozioökonomischen Status von Familien an den Migrationshintergrund festzustellen. Überdurchschnittlich oft gehören Menschen mit Migrationshintergrund den unteren Statusgruppen an (Spallek et al., 2018, S. 3), sodass auch hier ein intersektionaler Zusammenhang vermutet werden kann.

2.2.6 Integrierte Ansätze

Mithilfe von integrierten Modellen wird seit einiger Zeit versucht, die unterschiedlichen Erklärungspfade zur gesundheitlichen und sozialen Ungleichheit zu systematisieren. Auf einen Minimalkonsens bringt es das Modell von Mackenbach (2006, S. 53), während das Modell der WHO-Kommission „Social Determinants of Health“ die Ableitung politischer Handlungsempfehlungen zum Ziel hat und daher umfassendere gesellschaftliche Rahmenbedingungen berücksichtigt (Solar und Irwin, 2010, S. 6).

Entlang der Kritik, dass die bisherigen sozialepidemiologischen Modelle zu wenig die zeitliche und räumliche Dimension sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in den Blick nehmen, wird vorgeschlagen, die sozialwissenschaftliche Lebenslaufforschung und Epidemiologie noch stärker miteinander zu verzahnen (Richter et al., 2018). In Ansehung der vielen Erklärungsansätze und Interdependenzen wird von sich im Lebenslauf verstärkenden Effekten von sozialen Benachteiligungen ausgegangen, die bereits in jungen Lebensjahren ihren Anfang nehmen. Das Auftreten von Risikofaktoren, die im Lebenslauf parallel und sich wechselseitig verstärkend auftreten können, wird im Modell der Risikoketten zusammengefasst (Dragano et al., 2009). Die Zeitdimension wird dabei als wichtig erachtet. Denn es macht nicht nur einen Unterschied, wann im wie lange und wie oft Benachteiligungen auftreten, sondern auch wann im Lebenslauf. Das Modell kritischer Perioden weist z.B. die Schwangerschaft oder die Pubertät als besonders sensible Lebensphasen für die Herausbildung gesundheitlicher Ungleichheiten aus (Dragano und Siegrist, 2009, S. 184).

Jugendspezifische Kontexte für eine gesunde Entwicklung im Zeitverlauf bildet das Schema von Blum et al. (2012, S. 1567) ab, das an das sozialökologische Entwicklungsmodell von Bronfenbrenner (1979) anschließt. Ein Vorteil dieser Modelle liegt in der Ganzheitlichkeit der Darstellung der Umwelteinflüsse auf (generelle und gesundheitliche) Sozialisationsprozesse. Weniger stark kommt jedoch die Interdependenz der einzelnen Umweltebenen und Kontexte zum Ausdruck. Weiterhin wird auch die Wechselbeziehung des im jeweiligen Studienkontext untersuchten Outcomes mit den einzelnen Kontexten nicht berücksichtigt und die weniger detaillierte Darstellung der Verwobenheit von Individuum und Umwelt kritisiert, in Folge derer die individuelle Wahrnehmung der relevanten Umwelten ausbleiben droht (Dippelhofer-Stiem, 2015, S. 259f).

2.3 Messung gesundheitlicher Ungleichheit in jungen Lebensjahren

Bei der Messung von gesundheitlicher Ungleichheit in jungen Lebensjahren werden unterschiedliche Indikatoren der sozialen Ungleichheit operationalisiert. Diese setzen entweder bei der Individualebene (z.B. dem sozialen Status der Herkunftsfamilie) oder bei der Kontextebene (z.B. der sozialräumlichen Deprivation) an (Galobardes et al., 2006). Auf die Kontextebene wird häufig zurückgegriffen, wenn keine Daten zur Individualebene vorliegen, aber auch, wenn bestimmten Eigenschaften des Sozialraums oder Gegebenheiten auf der Makroebene eine eigenständige Assoziation mit gesundheitlichen Ungleichheiten zugesprochen wird. Für das Jugendalter sind auf Kontextebene beispielsweise die Ausgestaltung des Bildungssystems (Rathmann, 2015) und der familiäre Wohnort (Reijneveld et al., 2010) von gesundheitlicher Relevanz. Manche Indikatoren sind auch in beiderlei Hinsicht sinnvoll zu interpretieren. Die besuchte Schulform etwa kann als Erfahrungs- und Sozialraum (kontextuell) interpretiert werden und gleichzeitig (individuell) ein Indikator für den zukünftigen Sozialstatus von jungen Menschen sein.

In der Sozialepidemiologie gibt es keine einheitliche Strategie, soziale Ungleichheiten bei Jugendlichen abzubilden. In ihrer umfänglichen Zusammenfassung der lebensphasenspezifischen Sozialindikatoren in der Gesundheitsforschung wird beispielsweise bei Galobardes et al. (2006) die Jugendzeit gänzlich ausgespart und direkt von der Kindheit zum jungen Erwachsenenalter übergegangen. Zudem unterscheiden sich die Zusammenhänge je nach benutztem Indikator für soziale Ungleichheit und Gesundheit bei jungen Menschen (Elgar et al., 2016, Richter und Lampert, 2008).

So liegt es im Ermessen der Forschenden, ob eltern- oder subjektbasierte Dimensionen sozialer Ungleichheit zur Beschreibung und Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit herangezogen werden. Für beide Wege finden sich gute Argumente. Einerseits sind die Lebensbedingungen in jungen Lebensjahren, insbesondere von Kindern sehr stark mit den Lebensbedingungen ihrer Herkunftsfamilie verknüpft. Andererseits ist, wie oben beschrieben, die Jugendzeit durch eine zunehmende Ablösung vom Elternhaus gekennzeichnet, sodass junge Menschen nach und nach einen eigenen Sozialstatus entwickeln, der z.B. durch bildungsbezogene Mobilitätsprozesse auch von dem der Eltern abweichen kann (Blossfeld et al., 2016b). Am Beispiel der Bildungsmobilität wird deutlich, dass es manchmal sogar unumgänglich ist, beide Formen der Operationalisierung sozialer Ungleichheit in sozialepidemiologischen Studien zu berücksichtigen, da intergenerationale Bildungsverläufe nur durch Messung der elterlichen Bildung und der Bildung der nächsten Generation abgebildet werden können. Die

Berücksichtigung verschiedener Maße sozialer Ungleichheit in der Analyse von gesundheitlichen Unterschieden in jungen Lebensjahren scheint insofern sinnvoll zu sein. In multivariaten Regressionsanalysen wird häufig die Einbeziehung mehrerer Maße sozialer Ungleichheit durch statistisches Adjustieren vorgenommen. Insbesondere in Arbeiten zur gesundheitlichen Ungleichheit bei jungen Menschen reicht die statistische Adjustierung oft nicht aus, weil sie die komplexe Verknüpfung von z.B. eltern- und subjektbasierten Statusindikatoren nicht ausreichend abbildet. Die Effekte können dann verzerrt sein oder nicht die zu messenden Zusammenhänge abbilden. Daher sind Methoden, die mehrere Indikatoren von sozialer Ungleichheit berücksichtigen und gleichzeitig deren Verhältnis zueinander in der Analyse gesundheitlicher Ungleichheit einbeziehen – etwa Strukturgleichungsmodelle oder Analysen mit gerichteten Kausalannahmen – von besonderem Interesse für die sozialepidemiologische Forschung (Schipf et al., 2011).

2.3.1 Familien- und elternbasierte Indikatoren sozialer Ungleichheit in jungen Lebensjahren

In der Sozialepidemiologie werden bei Erwachsenen auf Individualebene meist Bildung, Beruf und Einkommen als Kernindikatoren gesundheitlicher Ungleichheit angesehen (Galobardes et al., 2006). Im deutschsprachigen Raum werden auch mehrdimensionale Indizes verwendet, die den sozioökonomischen Status (auch sozialen Status) abbilden sollen (Lampert und Kroll, 2009). Elternbasierte Indikatoren zur Untersuchung gesundheitlicher Ungleichheiten in jungen Lebensjahren werden am häufigsten am Einkommen der Eltern beziehungsweise am Haushaltseinkommen, an der Bildung oder Berufsposition der Mütter, Väter oder beider Elternteile und am mehrdimensionalen sozioökonomischen Status der Herkunftsfamilie festgemacht.

Mit Einkommens- und Wohlstandsmessungen lassen sich die Auswirkungen von Armut und damit einhergehende verminderte Teilhabechancen für junge Menschen und entsprechende Konsequenzen für die Gesundheit dieser ableiten. Die Berücksichtigung von Bildungsindikatoren gründet sich auf die Hypothese, dass mit dem Bildungsgrad der Eltern bedeutsame Wissensbestände und Handlungsstrategien als inkorporiertes kulturelles Kapital verbunden sind, die mit gesundheitsrelevanten Einstellungen und Praktiken im Elternhaus einhergehen und für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wichtig sind. Die Berufsposition von Eltern soll Aufschluss über ihre soziale Stellung geben. Die Verwendung von Status-Indizes aus Bildung, Beruf und Einkommen gründet auf der Annahme, dass soziale Ungleichheit mehrdimensional

bestimmt wird und additive Effekte zwischen den Einzeldimensionen bestehen und daher gemeinsam die Gesundheitschancen von Erwachsenen und ihren Nachkommen prägen (Winkler, 1998). Die Diskussion darüber, dass durch die nicht gerichtete Verknüpfung verschiedener Maße sozialer Ungleichheit, die Wirkungspfade von Einzelindikatoren verschleiert werden könnten, soll an dieser Stelle erwähnt, aber nicht näher erörtert werden (Geyer et al., 2006, Lahelma et al., 2004).

Für die meisten elternbasierten Indikatoren sozialer Ungleichheit zeigen sich in Deutschland und auch im internationalen Vergleich deutliche gesundheitliche Unterschiede zuungunsten von jungen Menschen aus weniger begünstigten Familien. In Deutschland kann dies anhand der aktuellen Ergebnisse der KiGGS-Studie verdeutlicht werden, wobei für die Messung sozialer Ungleichheit der sozioökonomische Status auf Haushaltsebene angewandt wird (Lampert et al., 2018). Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status haben eine fast sechsfach höhere statistische Chance („Odds Ratio“) auf eine weniger gute allgemeine Gesundheit, als Gleichaltrige mit hohem sozioökonomischem Status (Kuntz et al., 2018a, S. 27). Auch mit Blick auf psychische Auffälligkeiten (3,5-fach erhöhtes Odds Ratio) oder auf das Rauchen von Zigaretten (2-fach erhöhtes Odds Ratio) zeigen sich deutliche Nachteile für diejenigen aus der unteren Statusgruppe (Kuntz et al., 2018b, S. 54). Jugendliche aus der mittleren Statusgruppe weisen dabei bessere Gesundheitschancen als Gleichaltrige aus der niedrigen Statusgruppe auf, erreichen aber nicht die gleichen Gesundheitschancen wie Gleichaltrige aus der hohen Statusgruppe. Der Zusammenhang verläuft insofern auch im Jugendalter für viele Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit graduell.

Ähnliche Befunde zeigen sich auch in der Health Behaviour In School-Aged Children-Studie (HBSC-Studie). Hier wird unter Zuhilfenahme der „Family Affluence Scale“ das Wohlstandsniveau der Familie zur Verdeutlichung sozialer Unterschiede herangezogen (Inchley et al., 2016, S. 17f). In Deutschland und zum Großteil auch im europäischen Vergleich zeigt sich, dass Jugendliche ihre allgemeine Gesundheit mit sinkendem familiärem Wohlstand häufiger als mittelmäßig oder schlecht einschätzen. Das Rauchverhalten ist in Deutschland und in gut der Hälfte der untersuchten europäischen Länder mit einem geringeren familiären Wohlstand assoziiert (Inchley et al., 2016, S. 71f und S. 147ff). Die Lebenszufriedenheit nimmt im Gegenzug in Deutschland und nahezu allen europäischen Ländern mit höherem Familienwohlstand zu (Inchley et al., 2016, S. 75ff).

Für das junge Erwachsenenalter finden sich bisher wenige Studien und Analysen zum Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit. Es konnte aber für Deutschland

gezeigt werden, dass junge Frauen und Männer im Alter von 18 bis 29 Jahren mit einer niedrigen Schulbildung höhere Gesundheitsrisiken aufweisen, als höher gebildete Gleichaltrige (Lampert et al., 2017, S. 35ff). Junge Erwachsene schätzen insbesondere ihre allgemeine Gesundheit und Lebensqualität mit abnehmender Bildung weniger gut ein und haben ein deutlich höheres Risiko für gesundheitsriskante Verhaltensweisen, wie Tabakkonsum sowie ein weniger gesundes Bewegungs- und Ernährungsverhalten. Neben dem Substanzkonsum werden zusätzlich psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen als die größten gesundheitlichen Risiken am Übergang zum jungen Erwachsenenalter beschrieben (National Research Council, 2015, S. 56). Die erfolgreiche Bewältigung der Anforderungen, die sich aus dem Übergang ins junge Erwachsenenalter ergeben, wird mit der familiären Herkunft und den damit einhergehenden Ressourcen in Verbindung gebracht (Wood et al., 2018, Skogbrott Birkeland et al., 2014).

2.3.2 Subjektbasierte Indikatoren sozialer Ungleichheit in jungen Lebensjahren

Ein vergleichsweise neuer, subjektbasierter Indikator sozialer Ungleichheit bei jungen Menschen ist der subjektive Sozialstatus. Dafür wird häufig das Bild einer sozialen Stufenleiter benutzt, die die gesellschaftliche Hierarchie versinnbildlicht. Die Befragten geben an, auf welcher Sprosse der Leiter sie sich oder ihre Familien einordnen würden. In Studien konnte beispielsweise für die USA (Goodman et al., 2007) und für Deutschland (Lampert et al., 2018) gezeigt werden, dass Jugendliche ihre Gesundheit weniger gut einschätzen, wenn sie sich und ihre Familien auf dem unteren Segment der Leiter positionieren, also einen niedrigen subjektiven Sozialstatus aufweisen. In einer weiterreichenden Meta-Analyse konnte gezeigt werden, dass je nach Gesundheitsindikator die Assoziation von Gesundheit und subjektivem Sozialstatus im Jugendalter variiert. Der Zusammenhang gestaltet sich stärker bei der mentalen und allgemeinen Gesundheit und geringer beim Substanzkonsum (Quon und McGrath, 2014).

Ein weiterer, durchaus etablierter und subjektbasierter Ansatz, der auf die eigene soziale Stellung von jungen Menschen abhebt, ist die Berücksichtigung ihres eigenen Bildungsstatus. Aufgrund der starken Verbindung von Bildungs- und Lebenschancen in heutigen Gesellschaften, kann die eigene Bildung als guter Indikator für den zukünftigen Sozialstatus von jungen Menschen angesehen werden. Ein Vorteil, die soziale Stellung in jungen Lebensjahren über Bildungsindikatoren zu messen, ist, dass Bildung schon sehr früh im Lebenslauf erworben wird, bevor sich weitere Statusindikatoren wie Berufsposition und Einkommen verfestigen (Lahelma et al., 2004, S. 327f). Jedoch erweist sich die Operationalisierung des Bildungsstatus von jungen Menschen als vielfältig. So kann darunter das Kompetenzniveau, das sich z.B. in bestimmten

Fähigkeiten oder in erreichten Schulnoten ausdrückt, verstanden werden (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2018, S. 115ff). Bei einem eher institutionalisierten Blick auf Bildung steht diese formal für verbesserte Lebenschancen. Denn der Bildungserwerb führt zu bestimmten Abschlussniveaus, die sich z.B. in Abschlusszertifikaten manifestieren und in Deutschland sich bereits mit der besuchten Schulform ankündigen.

In den großen internationalen Bildungsstudien (z.B. PISA Schulleistungsstudie der OECD, PIRLS Internationale Grundschul-Lese-Studie der IEA, TIMMS Studie zu Mathematik- und Naturwissenschaftlichen Kompetenzen der IEA), werden gesundheitsbezogene Fragen oftmals nur sehr eingeschränkt oder gar nicht erhoben. Umgekehrt lassen sich in Studien, die die Gesundheit sehr umfänglich abbilden, häufig nur wenige Hinweise auf die Bildung von jungen Menschen finden. Eine häufig erfasste Information in Gesundheitsstudien in Deutschland ist jedoch die besuchte Schulform beziehungsweise der höchste Schulabschluss. Anhand dessen wird der Versuch angestellt, gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen subjektbasiert zu untersuchen.

Entlang der Unterschiede zwischen den internationalen Bildungssystemen ergeben sich jedoch Herausforderungen in der Vergleichbarkeit der Studien. Unterschiede zwischen den Schulsystemen bestehen z.B. hinsichtlich der Selektionskriterien, nach denen Kinder und Jugendliche an unterschiedlichen Niveaus der sekundären Bildung vermittelt werden. Dabei unterscheidet sich, wie stark diese Selektionspraktiken an den familiären Bildungshintergrund gekoppelt sind und welche Möglichkeiten vorgesehen sind, zwischen unterschiedlichen Niveaustufen der sekundären Bildung hin und her zu wechseln (Triventi et al., 2016, S. 378ff). Eine systematische Darstellung von Bildungssystemen im internationalen Vergleich findet sich für Europa bei Döbert et al. (2017) und mit Bezug auf die Gesundheit bei Rathmann (2015). Während die deutsche Schulstruktur, vergleichbar etwa mit dem ungarischen, dem niederländischen und dem Schweizer Schulsystem (Blossfeld et al., 2016a, S. 19), durch die Differenzierung in unterschiedliche Schulformen geprägt ist, ergibt sich der Vergleich von verschiedenen Schulformen in anderen Ländern nur bedingt. Bei gesundheitsbezogenen Vergleichen nach Schulform, die nicht auf Unterschiede nach Qualifikationslevel abheben, werden häufig private und öffentliche (Werneck et al., 2018), religiöse und säkulare (Stewart et al., 2015), ländliche und urbane Schulen (Tiley et al., 2019) oder Mädchen- und Jungenschulen (García-Moya et al., 2018) gegenüber gestellt. Derartige Schulformvergleiche werden in dieser Arbeit nicht weiter berücksichtigt.

Internationale Analysen gesundheitlicher Ungleichheit, in denen Schulformen nach Abschlussniveaus, z.B. nach Qualifizierung für die Berufsausbildung („vocational“) oder tertiäre Bildung („academic“) differenziert werden, zielen zumeist auf Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen ab. Für das Rauchen (von Zigaretten) kann gezeigt werden, dass bei den meisten Mädchen und Jungen der Besuch einer nicht akademisch qualifizierenden Schule mit einem höheren Tabakkonsum assoziiert ist (Chung und Joung, 2014, Anderson Johnson et al., 2006). Weiterhin finden sich auch Hinweise darauf, dass unter diesen Schülerinnen und Schülern eine höhere Bereitschaft zu risikoreichen Verhaltensweisen herrscht (Lenzi et al., 2015), weniger körperliche Aktivitäten stattfinden (Aarnio et al., 1997) und Übergewicht stärker verbreitet ist (Papandreou et al., 2017). Zudem treten Unterschiede im Gesundheitswissen („Health Literacy“), der psychischen und subjektiven Gesundheit zuungunsten von Jugendlichen an weniger qualifizierenden Schulen auf (Rotter et al., 2011, Güner-Küçükaya und Işık, 2010, Geckova et al., 2004).

In Deutschland verlaufen gesundheitliche Unterschiede überwiegend zuungunsten von Jugendlichen an geringer qualifizierenden Schulen (Rathmann et al., 2017, Kuntz und Lampert, 2013b, Lampert und Kuntz, 2012). In vielen Studien wurden noch alle Sekundarschulformen miteinander verglichen (Richter und Hurrelmann, 2004, Scholz und Kaltenbach, 1995). Nach diversen Strukturreformen kann in bundesweit repräsentativen Studien jedoch nur noch die traditionell am höchsten qualifizierende Schulform, das Gymnasium, den anderen Sekundarschulformen sinnvoll gegenübergestellt werden (Reiss et al., 2016, S. 32).

Auffallend ist, dass es kaum qualitative Untersuchungen gibt, in denen subjektive Sichtweisen auf den Zusammenhang von Gesundheit, Schulbildung und/oder sozialer Herkunft analysiert werden. Eine Ausnahme stellt eine qualitative Interviewstudie zu subjektiven Theorien zur Verbindung der Themen Gesundheit, Bildung und sozialer Benachteiligung dar (Losch, 2017). Dabei wurden 17- bis 25-jährige junge Erwachsene befragt, die explizit nicht erfolgreich im bisherigen Bildungserwerb waren, also keinen Schulabschluss hatten und/oder keinen Erfolg in der Suche nach einer Erstausbildung. Die qualitative Untersuchung von sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten wird insgesamt als Forschungsdesiderat eingeschätzt (Ohlbrecht, 2016, S. 81). Mit der interpretativen Sozialforschung verbindet sich aber die Chance, mehrere nicht-medizinische Ursachen in der Entstehung und Bewältigung von gesundheitlichen Ungleichheiten, Prozesse und Verlaufsdynamiken in Rekurs auf die subjektiven Erlebnis- und Sinnwelten von interessierenden Gruppen einzubeziehen (Ohlbrecht, 2016, S. 76).

3. Forschungsfragen und Analysestrategie

Mit den Ausführungen zum Forschungsstand wurde deutlich, dass gesundheitliche Ungleichheiten auch in modernen, gut situierten und wohlfahrtstaatlich orientierten Gesellschaften wie Deutschland ein verbreitetes Phänomen sind. Der Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit ist für viele Lebensphasen sehr umfänglich beschrieben worden und dennoch kann nicht von einer Reduktion der Unterschiede gesprochen werden. Daher ist seit einiger Zeit die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen in den Fokus gerückt worden, um geeignete Interventionen ableiten zu können. Dabei lässt sich jedoch keine einheitliche Strategie erkennen, sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten in jungen Lebensjahren abzubilden.

Für die jungen Lebensjahre haben sich elternbasierte und subjektbasierte Indikatoren sozialer Ungleichheit zur Erklärung und Operationalisierung von gesundheitlicher Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen etabliert. Beim Jugend- und jungen Erwachsenenalter handelt es sich um wichtige Phasen der Transition. In diesen werden primäre, familiäre Sozialisationskontexte von sekundären Sozialisationskontexten, wenn nicht abgelöst, so doch maßgeblich ergänzt. Mit der Ablösung vom Elternhaus, dem Bildungserwerb und dem späteren Übergang ins eigene Berufsleben entwickeln junge Menschen nach und nach ihre eigene soziale Position im gesellschaftlichen Gefüge. Unklar ist aber, wie und ab wann in der Sozialepidemiologie und der Gesundheitssoziologie die eigene soziale Stellung unter Einbezug der elterlichen Herkunft von jungen Menschen aussagekräftig im Zusammenhang mit gesundheitlicher Ungleichheit dargestellt werden kann. Weniger stark sind insofern die gemeinsamen Wirkungskräfte von familien- und subjektbasierten Indikatoren untersucht worden. Zudem finden Methoden der qualitativen Gesundheitsforschung in dem Verständnis von Gesundheit, Schulbildung und sozialer Herkunft bei jungen Menschen bislang wenig Berücksichtigung.

Für die Dissertation leitet sich aus den vorangegangenen theoretischen und empirischen Darlegungen folgende Hauptfragestellung ab:

Welche Rolle spielt die besuchte Schulform beziehungsweise der höchste Schulabschluss unter Berücksichtigung der sozialen Herkunft für die Produktion und Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit in jungen Lebensjahren?

Die Hauptforschungsfrage untergliedert sich in weitere forschungsleitende Fragestellungen, die in drei quantitativ ausgerichteten Einzelarbeiten und einer qualitativen Ergänzungsstudie (in

Gruppengesprächen) bearbeitet wurden. Vordergründig ist dabei stets die Verknüpfung von elterlichen beziehungsweise familiären und subjektbezogenen Indikatoren sozialer Ungleichheit für die Beschreibung und Erklärung gesundheitlicher Unterschiede in jungen Lebensjahren. Die erste forschungsleitende Frage hat einen deskriptiven und vorbereitenden Charakter. Im Forschungsstand wurde festgestellt, dass insbesondere psychische Indikatoren gesundheitlicher Ungleichheit unter Schülerinnen und Schülern verschiedener Schulformen bisher wenig berücksichtigt wurden. Darüber hinaus sind aufgrund diverser Schulstrukturereformen und der föderalistischen Gestaltung des deutschen Schulsystems nur noch repräsentative Vergleiche zwischen Kindern und Jugendlichen an Gymnasien und andern weiterführenden Schulen möglich. Vormalige Referenzarbeiten zu gesundheitlichen Unterschieden an verschiedenen Schulen, die noch Haupt-, Real- und andere Schulformen miteinander vergleichen, sind dadurch nur eingeschränkt auf die heutigen Verhältnisse übertragbar. Die erste forschungsleitende Frage lautet:

1. Lassen sich Unterschiede im Gesundheitsverhalten, der allgemeinen und psychischen Gesundheit bei Mädchen und Jungen im Jugendalter nach besuchter Schulform (Gymnasium vs. andere Sekundarschulen) feststellen, und dies auch unabhängig des sozioökonomischen Status der Herkunftsfamilie?

Im Forschungsstand wurde zudem deutlich, dass sich Gesundheit und so auch gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf aufbaut. Daher wird ein Lebensphasen umspannender Ansatz als sinnvoll erachtet. In der Sozialepidemiologie findet sich bisher eine große Bandbreite an Studien und Analysen zum Kindes- und Jugendalter. Weniger berücksichtigt wurde bisher das junge Erwachsenenalter, obwohl auch dieses von starken Veränderungsprozessen, Herausforderungen und Chancen für die Gesundheit geprägt ist. Weiterhin gelten soziale Mobilitätsprozesse in heutigen Gesellschaften als Chance für die Gesundheit und sollten daher in die Dissertation einbezogen werden. Deutsche Referenzarbeiten dazu berücksichtigen jedoch nur das Jugendalter, eine Lebensphase in der bei vielen die Schulbildung noch nicht abgeschlossen wurde, sodass bislang nur potenzielle Bildungsmobilität in ihrer Wirkung auf die Gesundheit untersucht wurde. Die zweite forschungsleitende Frage lautet daher:

2. Inwiefern hängen intergenerationale Bildungsmobilität und Bildungsvererbung mit der Gesundheit im jungen Erwachsenenalter, vor dem Hintergrund der Gesundheit im Jugendalter, zusammen?

Als Kritik an dem sozialökologischen Modell der gesundheitlichen Ungleichheit in jungen Lebensjahren kann hervorgebracht werden, dass die Interdependenzen verschiedener Kontexte

nicht berücksichtigt wurden. Dies betrifft sowohl verschiedene Kontexte, in denen soziale Ungleichheiten wirksam werden, als auch den Einfluss der Gesundheit auf diese Kontexte. Auch methodisch kann diese Kritik auf einige sozialepidemiologische Studien angewandt werden, da bei der Einbindung mehrerer Indikatoren in multivariaten Regressionsanalysen häufig statistisch adjustiert wird. Dadurch können jedoch komplexe Verknüpfungen von z.B. familien- und subjektbasierten Statusindikatoren nicht umfänglich berücksichtigt werden. Die dritte forschungsleitende Frage lautet demnach:

3. Wie gestaltet sich der Zusammenhang von unterschiedlichen Indikatoren sozialer Ungleichheit und psychischen Auffälligkeiten beim Übergang vom Kindes- ins Jugendalter?

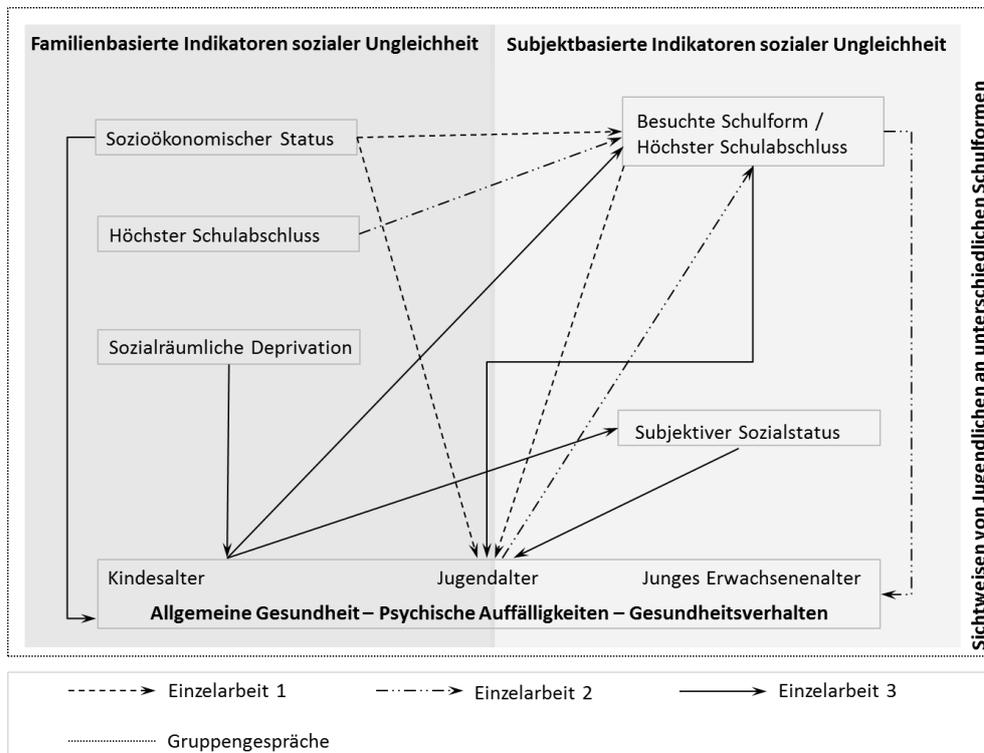
Im Forschungsstand wurde deutlich, dass die Einbeziehung von interessierenden Gruppen durchaus als sinnvoll für das Verständnis und die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit angesehen wird. Es ist jedoch nicht erforscht, wie Jugendliche den Zusammenhang von Gesundheit, Schulbildung und sozialer Herkunft einschätzen. Für die Dissertation soll daher der Blick von Jugendlichen in die empirische Analyse einbezogen werden. Durch Gruppengespräche an unterschiedlichen Schulformen zu diesen Themen sollten zum einen Unterschiede nach besuchter Schulform, aber auch subjektive Sichtweisen auf gesundheitliche Ungleichheiten insgesamt erfasst werden, um die gefundenen quantitativen Ergebnisse tiefergehend verstehen zu können. Die vierte forschungsleitende Frage lautet:

4. Welche Sichtweisen haben Jugendliche an unterschiedlichen Schulformen auf den Zusammenhang von Gesundheit, Schulbildung und sozialer Herkunft?

Für die Bearbeitung der dargelegten Forschungsfragen, wurde ein gemischter Ansatz aus quantitativen und qualitativen Analyseverfahren gewählt. Die Triangulation, als eine Methode der Mixed-Method-Forschung (Greene et al., 2008, S. 127), verbindet verschiedene Forschungsstränge und zielt klassischer Weise auf die Prüfung, Übereinstimmung und Ergänzung von Forschungsergebnissen ab. Die ersten drei forschungsleitenden Fragestellungen wurden in drei quantitativ ausgerichteten Einzelarbeiten bearbeitet. Dazu wurden drei eigenständige wissenschaftliche Artikel verfasst. Die vierte forschungsleitende Fragestellung wurde mithilfe von Gruppengesprächen in einer qualitativen Teilstudie bearbeitet. Der qualitative Teil ist insofern als Rückkoppelung der quantitativen Ergebnisse mit den Sichtweisen der untersuchten Gruppen zu verstehen. Durch die Gesamtschau aller empirischen Ergebnisse wird die Hauptfragestellung der Dissertation beantwortet. Die gesamte Analysestrategie der Dissertation wird in der nachstehenden Abbildung zusammengefasst (Abbildung 1). Dabei werden

ausschließlich die untersuchten Konstrukte verdeutlicht. Die zugrundeliegenden Annahmen sind in den drei Einzelarbeiten beschrieben.

Abbildung 1: Analysestrategie der Dissertation. (Eigene Darstellung).



4. Daten und Methoden der quantitativen Einzelarbeiten

Zur Bearbeitung der ersten drei forschungsleitenden Fragen wurde zunächst ein querschnittliches Analysedesign angewendet, um die gesundheitliche Lage von Schülerinnen und Schülern an unterschiedlichen Schulen in Deutschland zu beschreiben. Darauf aufbauend wurde eine Kombination aus querschnittlicher Analyse und längsschnittlicher Analyse entwickelt, die die Gesundheit von jungen Erwachsenen im intergenerationalen Bildungsverlauf (Bildungsmobilität) beschreibt, wobei der Gesundheitszustand im Jugendalter berücksichtigt wurde. Im dritten Schritt wurde im Längsschnitt analysiert, wie gesundheitliche Unterschiede im Zusammenspiel mit verschiedenen Dimensionen sozialer Ungleichheit und ihre Übertragungswege über die Zeit, von der Kindheit zur Jugend, verstanden werden können.

4.1 Datengrundlage

Datengrundlage für die drei vorgelegten Einzelarbeiten sind die Befragungsdaten der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS), die wiederholt vom Robert Koch-Institut umgesetzt wird. KiGGS liefert deutschlandweit repräsentative Befragungs- und Untersuchungsdaten zur gesundheitlichen Lage von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in einer Altersspanne von mittlerweile 0 bis 31 Jahren. Dabei sind verschiedene Erhebungswellen sowie Querschnitts- und Längsschnittkomponenten zu unterscheiden (Kurth et al., 2016).

Die erste Erhebung von Untersuchungs- und Befragungsdaten (KiGGS-Basis) erfolgte von 2003 bis 2006. In einer zweistufigen Zufallsstichprobe wurden zunächst 167 Erhebungsorte bestimmt, die sich repräsentativ zur sozialräumlichen Struktur Deutschlands verteilten (Kamtsiuris et al., 2007). Entlang der Melderegisterdaten wurden in einem zweiten Schritt durch Zufallsauswahl die Adressen der angefragten Personen bestimmt. Die Teilnahmequote lag bei 66,6% und so liefert KiGGS-Basis Daten von 17.641 Mädchen und Jungen im Alter von 0 bis 17 Jahren sowie deren Eltern. Die Kinder und Jugendlichen wurden von ärztlich geleiteten Untersuchungsteams in eigens eingerichteten Untersuchungszentren befragt und körperlich untersucht. Zusätzlich nahmen die Eltern an einem computergestützten ärztlichen Interview teil.

Die erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) wurde als standardisierter Telefonsurvey in der Zeit von 2009 bis 2012 umgesetzt. Die ehemaligen Teilnehmenden, die mittlerweile zwischen 6 und 24 Jahre alt waren, wurden erneut zur Teilnahme eingeladen (Längsschnittkomponente). Die Wiederteilnahmequote lag bei 72,9% (Lange et al., 2014). Zusätzlich wurde eine neue Zufallsstichprobe generiert, die den Altersbereich der 0- bis 6-Jährigen auffüllte (Querschnittkomponente) und eine Responserate von 38,8% erreichte. Zusammen umfasst die KiGGS Welle 1 telefonisch erhobene Angaben von 16.447 Teilnehmenden in der Altersspanne von 0 bis 24 Jahren und ihren Eltern.

Die zweite Folgebefragung (KiGGS Welle 2) wurde 2014 bis 2017 wieder als Befragungs- und Untersuchungssurvey umgesetzt, wobei die ärztliche Untersuchung nicht obligatorisch war. Zunächst wurde eine komplett neue und deutschlandweit repräsentative Querschnittsstichprobe für den Altersbereich der 0 bis 17-Jährigen gezogen und erreichte 15.023 Teilnehmende für die Befragungsstudie. Die Responserate lag bei 40,1% (Hoffmann et al., 2018b). Alle, mittlerweile 10 bis 29-jährigen Personen, die bisher an mindestens einer KiGGS-Erhebung teilgenommen hatten, wurden erneut eingeladen und so längsschnittliche Daten von

10.853 Personen erhoben. Die Response der Kohorte lag für den Befragungsteil bei 61,5% (Lange et al., 2018).

4.2 Statistische Auswertungsmethoden

Eine umfangreiche Darlegung der untersuchten Indikatoren und Variablen sozialer Ungleichheit und Gesundheit befindet sich in den Methodenteilen der jeweiligen Einzelarbeiten. Für die statistischen Analysen wurden korrelations- und regressionsbasierte Methoden eingesetzt. In der Deskription wurde die jeweilige statistische Verteilung relevanter Merkmale wie unterschiedliche Gesundheitsindikatoren, Alters- und Geschlechtsverteilungen der jeweiligen Stichprobe und die unterschiedlichen Maße von Bildung (besuchte Schulform, intergenerationale Bildungsmobilität) und sozialer Herkunft (sozioökonomischer Status der Herkunftsfamilie, sozialräumliche Deprivation, subjektiver Sozialstatus) beschrieben.

Durch Korrelationsanalysen wurde überprüft, inwiefern die Variablen miteinander in Zusammenhang stehen und ob sie ähnliche Konstrukte messen. In den Regressionsmodellen der ersten zwei Einzelarbeiten wurde statistisch modelliert, inwiefern und wie stark unterschiedliche Maße der Gesundheit mit erklärenden Variablen der Bildung und sozialen Herkunft assoziiert sind. In der Ergebnisdarstellung werden immer ein Gesamtmodell und die Ergebnisse stratifiziert nach Geschlecht ausgegeben. Um einen möglichst von anderen Kontrollvariablen bereinigten Einfluss messen zu können, wurde statistisch adjustiert und so der Migrationshintergrund, die Wohnregion oder das Alter der Probanden konstant gehalten. Als Zusammenhangsmaße wurden in der ersten Arbeit Odds Ratios (OR) ausgegeben, die als relative Chancenverhältnisse interpretiert wurden. Im zweiten Artikel wurden Average Marginal Effects (AME) verwendet, die den durchschnittlichen Effekt der Erhöhung der erklärenden Variable um eine Einheit gemittelt über alle vorhandenen beobachteten Fälle angeben. In der dritten Einzelarbeit wurde ein Strukturgleichungsmodell zunächst entwickelt und dann angewandt. Mit dem Modell wurden standardisierte indirekte und direkte Koeffizienten für alle vorab angenommenen Kausalpfade ermittelt.

Um für Deutschland repräsentative Aussagen treffen zu können, wurden alle drei Analysen mit Gewichtungsfaktoren berechnet. Die Anpassungsgewichte berücksichtigen die selektive Teilnahme an den Studien. Anhand von Daten der amtlichen Statistik wurden alle drei KiGGS-Erhebungswellen an die jeweils aktuelle Bevölkerungsstruktur hinsichtlich Alter, Geschlecht, Wohnregion und Migrationshintergrund angepasst. Für die zweite und dritte Erhebung von KiGGS wurde auch die Wiederteilnahmewahrscheinlichkeit der Kohortenmitglieder in den

Gewichtungen berücksichtigt (Lange et al., 2014, Lange et al., 2018, Kamtsiuris et al., 2007). Die statistischen Berechnungen wurden mit der Statistiksoftware Stata 14.1 und Stata 15.1 umgesetzt.

5. Ergebnisse der quantitativen Einzelarbeiten

An dieser Stelle werden die Ergebnisse der drei quantitativen Einzelarbeiten zusammengefasst. Die Einzelarbeiten sind so, wie sie veröffentlicht wurden, im Anhang zu finden (Anlage 2).

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse aus Einzelarbeit 1: Gesundheitliche Unterschiede bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen nach besuchter Schulform

In der ersten Einzelarbeit wurden Unterschiede im Gesundheitsverhalten, der allgemeinen Gesundheit und der psychischen Gesundheit bei Jugendlichen an Haupt-, Real- und Gesamtschulen, die als eine Gruppe betrachtet wurden, im Vergleich zu Gleichaltrigen an Gymnasien untersucht. Dabei wurden Kontrollvariablen wie das Alter und der Migrationshintergrund von vornherein berücksichtigt und die soziale Herkunft der Jugendlichen anhand des sozioökonomischen Status der Herkunftsfamilie schrittweise einbezogen. Die Analyse erfolgte auf Basis der Daten von KiGGS Welle 1.

Die Ergebnisse verdeutlichen zunächst einen ausgeprägten Zusammenhang von besuchter Schulform und sozioökonomischem Status der Herkunftsfamilie: 81% der Jugendlichen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status besuchen eine Haupt-, Real- oder Gesamtschule und 12% ein Gymnasium. Demgegenüber haben lediglich 22% der Jugendlichen an einer Haupt-, Real- oder Gesamtschule einen hohen sozioökonomischen Status, hingegen aber 74% der Schülerinnen und Schüler an einem Gymnasium. Jugendliche, die andere Sekundarschulen, wie Förderschulen oder Reformschulen, besuchen, wurden in den Analysen nicht berücksichtigt, sodass sich die Zahlen nicht zu 100% aufsummieren.

Für die untersuchten Gesundheitsindikatoren zeigt die Analyse, dass Jugendliche an Haupt-, Real- und Gesamtschulen ihre Gesundheit häufiger als mittelmäßig bis sehr schlecht einschätzen, häufiger psychische Auffälligkeiten aufweisen und sich häufiger ungesund

verhalten als Gleichaltrige an Gymnasien (Tabelle 1). Stark ausgeprägte Unterschiede zeigen sich insbesondere mit Blick auf psychische Auffälligkeiten zuungunsten von Jugendlichen, die kein Gymnasium besuchen. Im Auftreten von Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität ist sowohl bei Mädchen als auch Jungen, die kein Gymnasium besuchen, die statistische Chance für eine solche Auffälligkeit mehr als doppelt so hoch. Zudem treten Verhaltensauffälligkeiten bei Jungen und Mädchen an Haupt-, Real- und Gesamtschulen im Vergleich zu Gymnasien etwa doppelt so häufig auf.

Bei differenzierter Betrachtung nach Geschlecht zeigen sich bei Mädchen die stärksten gesundheitlichen Unterschiede nach besuchter Schulform im Tabakkonsum. Wenn sie kein Gymnasium besuchen, rauchen Mädchen fast dreimal so häufig wie gleichaltrige Gymnasiastinnen und schätzen ihre Gesundheit wesentlich häufiger als mittelmäßig bis sehr schlecht ein. Bei Jungen ist unter anderem eine deutlich erhöhte sportliche Inaktivität an anderen Sekundarschulen als an Gymnasien zu verzeichnen. Wird der risikoreiche Alkoholkonsum bei Mädchen und Jungen gemeinsam betrachtet, sind signifikante Unterschiede nach besuchter Schulform festzustellen. Der Vergleich der Modelle mit und ohne statistische Kontrolle des sozioökonomischen Status zeigt, dass sich die Werte leicht verringern und vorwiegend signifikant bleiben, wenn dieser kontrolliert wird.

Tabelle 1: Gesundheitliche Unterschiede bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen nach besuchter Schulform (Haupt-, Real- und Gesamtschule; Ref. Gymnasium). (KiGGS Welle 1).

	Gesamt		Jungen		Mädchen	
	Modell 1	Modell 2	Modell 1	Modell 2	Modell 1	Modell 2
Allgemeine Gesundheit (mittelmäßig/schlecht/ sehr schlecht)	1,94 [1,47-2,57] (p<0,001)	1,73 [1,26-2,36] (p<0,01)	1,40 [0,94-2,09] (p=0,100)	1,23 [0,79-1,90] (p=0,360)	2,59 [1,73-3,87] (p<0,001)	2,30 [1,49-3,56] (p<0,001)
Gesamt SDQ (grenzwertig/ auffällig)	2,30 [1,86-2,85] (p<0,001)	1,88 [1,51-2,35] (p<0,001)	2,35 [1,80-3,07] (p<0,001)	1,96 [1,48-2,60] (p<0,001)	2,26 [1,54-3,28] (p<0,001)	1,80 [1,22-2,65] (p<0,001)
Verhaltens- auffälligkeiten (grenzwertig/auffällig)	2,13 [1,81-2,49] (p<0,001)	1,77 [1,50-2,09] (p<0,001)	2,38 [1,92-2,96] (p<0,001)	1,91 [1,54-2,38] (p<0,001)	1,87 [1,43-2,43] (p<0,001)	1,63 [1,22-2,17] (p<0,01)
Emotionale Probleme (grenzwertig/auffällig)	1,79 [1,49-2,16] (p<0,001)	1,50 [1,24-1,81] (p<0,001)	1,89 [1,35-2,64] (p<0,001)	1,48 [1,06-2,08] (p<0,05)	1,72 [1,35-2,20] (p<0,001)	1,51 [1,16-1,98] (p<0,01)
Unaufmerksamkeit/ Hyperaktivität (grenzwertig/auffällig)	2,58 [1,93-3,45] (p<0,001)	2,29 [1,70-3,08] (p<0,001)	2,63 [1,84-3,77] (p<0,001)	2,37 [1,66-3,40] (p<0,001)	2,49 [1,60-3,87] (p<0,001)	2,13 [1,33-3,44] (p<0,01)
Peer-Probleme (grenzwertig/auffällig)	1,63 [1,34-1,99] (p<0,001)	1,28 [1,04-1,58] (p<0,05)	1,75 [1,37-2,23] (p<0,001)	1,39 [1,09-1,78] (p<0,01)	1,51 [1,13 -2,01] (p<0,01)	1,18 [0,87-1,60] (p=0,294)
Prosoziales Verhalten (grenzwertig/auffällig)	1,41 [1,04-1,92] (p<0,05)	1,09 [0,81-1,47] (p=0,566)	1,17 [0,77-1,77] (p=0,452)	0,91 [0,62-1,33] (p=0,612)	1,99 [1,30-3,06] (p<0,01)	1,54 [0,92-2,58] (p=0,100)
Sportliche Inaktivität (ja)	2,15 [1,70-2,71] (p<0,001)	1,91 [1,49-2,44] (p<0,001)	2,51 [1,75-3,61] (p<0,001)	2,71 [1,85-3,95] (p<0,001)	1,96 [1,44-2,66] (p<0,001)	1,53 [1,12-2,10] (p<0,01)
Tabakkonsum (ja)	2,36 [1,83-3,05] (p<0,001)	2,41 [1,80-3,23] (p<0,001)	1,88 [1,27-2,80] (p<0,01)	1,97 [1,29-3,01] (p<0,01)	2,93 [1,93-4,48] (p<0,001)	2,91 [1,85-4,57] (p<0,001)
Alkoholkonsum (risikoreich)	1,26 [0,98-1,62] (p=0,075)	1,31 [1,02-1,69] (p<0,05)	1,11 [0,77-1,61] (p=0,565)	1,22 [0,84-1,77] (p=0,302)	1,38 [0,95 -2,01] (p=0,088)	1,39 [0,95-2,02] (p=0,090)

N=4.665 (Jungen=2.352; Mädchen=2.313); Multivariate Analyse: OR [95%-KI]; Fettdruck: signifikant (p < 0,05).

Modell 1: Allgemeine Gesundheit, psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsverhalten bei Jugendlichen an Haupt-, Real- und Gesamtschulen (Ref. Gymnasien). Statistische Kontrolle für Alter, Migrationshintergrund und Geschlecht.

Modell 2: analog zu Modell 1 & statistische Kontrolle für den sozioökonomischen Status der Herkunftsfamilie.

5.2 Zusammenfassung der Ergebnisse aus Einzelarbeit 2:

Intergenerationale Bildungsverläufe und Gesundheit im jungen

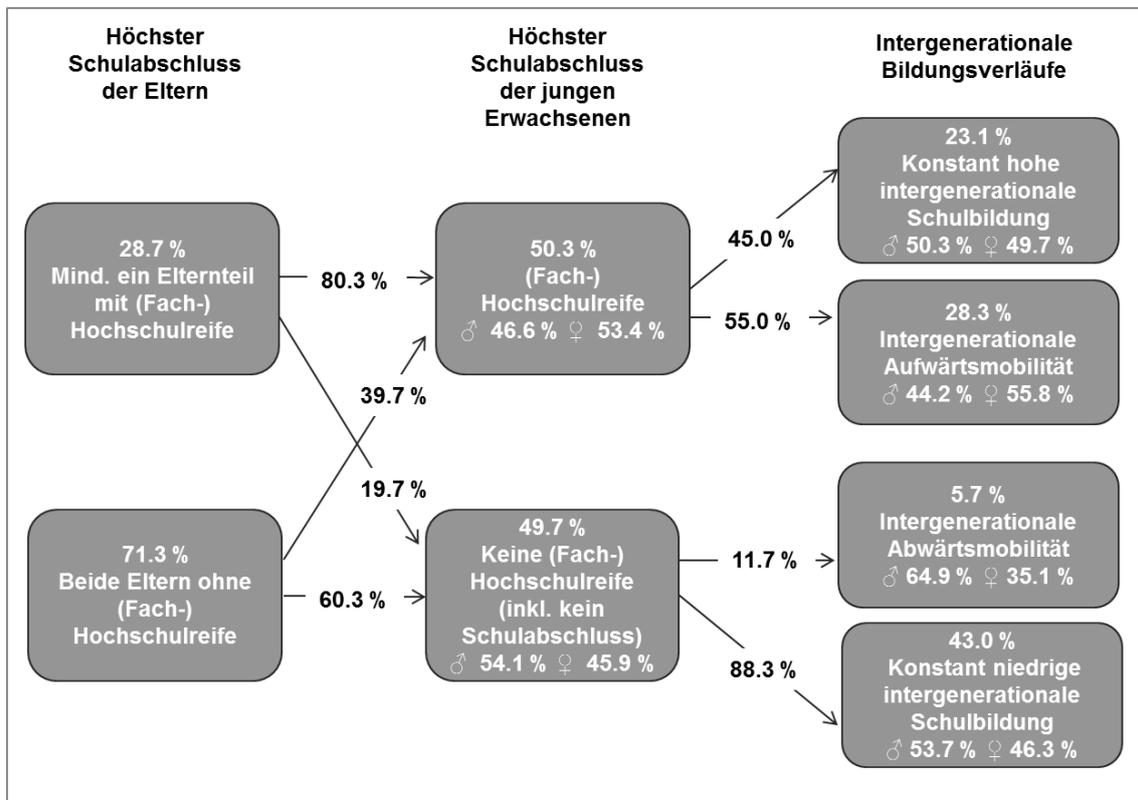
Erwachsenenalter

Um familiäre Bildungsverläufe in der Frage nach gesundheitlichen Ungleichheiten zu berücksichtigen, wurden im zweiten Einzelbeitrag Aspekte von Bildungsvererbung und Bildungsmobilität sowie das Zusammenspiel dieser mit der allgemeinen Gesundheit im Jugend- und jungen Erwachsenenalter analysiert. Dafür wurden die Daten von KiGGS Basiserhebung und KiGGS Welle 1 analysiert. Intergenerationale Bildungsverläufe konnten durch die Gegenüberstellung des höchsten Schulabschlusses von jungen Erwachsenen und deren Eltern erfasst werden. Von einer hohen Bildung wurde ausgegangen, wenn eine (Fach-)Hochschulreife vorlag. Eine niedrige Bildung umfasst alle anderen Schulabschlüsse sowie keinen Schulabschluss zu haben. Daraus ergaben sich vier intergenerationale Bildungsverlaufgruppen: konstant hoch (Elternbildung und Bildung der jungen Erwachsenen hoch), Bildungsabstieg (Elternbildung hoch, Bildung der jungen Erwachsenen niedrig), Bildungsaufstieg (Elternbildung niedrig, Bildung der jungen Erwachsenen hoch) sowie konstant niedrig (Elternbildung und Bildung der jungen Erwachsenen niedrig).

In Ansehung der Gruppenverteilung wird deutlich, dass, obwohl Mobilitätsprozesse in den analysierten Daten zu finden sind, das elterliche Bildungsniveau häufiger weitergegeben wird (Abbildung 2). Vor allen Dingen geht eine hohe Bildung der Eltern überproportional oft mit einer hohen Bildung der jungen Erwachsenen einher. Bildungsaufstiege sind in der analysierten Gruppe häufiger festzustellen als Bildungsabstiege.

Die Ergebnisse der deskriptiven Analyse zeigen eine deutlich schlechtere allgemeine Gesundheit bei Jugendlichen mit Bildungsabstieg und mehr noch bei Jugendlichen mit konstant niedrigem intergenerationalen Bildungsniveau (Abbildung in Einzelarbeit 2, S. 7). Im jungen Erwachsenenalter differenzieren sich diese Unterschiede weiter aus und wirken insbesondere zuungunsten von jungen Frauen und Männern mit Bildungsabstieg, im Vergleich zu jungen Erwachsenen mit konstant hohem intergenerationalen Bildungsniveau (Ref. konstant hoch). Die multivariaten Analysen verdeutlichen, dass Bildungsaufsteigerinnen und Bildungsaufsteiger im Vergleich zu Gleichaltrigen mit niedrig gebildeten Eltern und ohne Aufstieg (Ref. konstant niedrig) deutlich häufiger eine gute bis sehr gute allgemeine Gesundheit berichten (Tabelle 2). Sie erreichen jedoch nicht die gleichen Chancen auf eine gute oder sehr gute allgemeine Gesundheit, wie Gleichaltrige mit konstant hohem intergenerationalen Bildungsniveau (Ref. konstant hoch).

Abbildung 2: Intergenerationale Bildungsverläufe bei 19- bis 24-Jährigen und ihren Eltern (hohe Schulbildung=(Fach-) Hochschulreife; niedrige Schulbildung=alle anderen Abschlüsse inkl. kein Abschluss). (KiGGS Basis und Welle 1).



Durch die Berücksichtigung der selbstberichteten allgemeinen Gesundheit im Jugendalter (Modell 2) verringern sich die dargelegten Effekte nur geringfügig und bleiben unverändert signifikant. In der Analyse zeigen sich sehr ähnliche Zusammenhangsmuster von intergenerationalem Bildungsverlauf und allgemeiner Gesundheit für junge Frauen und Männer. Junge Frauen profitieren etwas stärker von intergenerationalen Bildungsaufstiegen, wenn man sie mit der Herkunftsgruppe (konstant niedrig) vergleicht.

Tabelle 2: Unterschiede in der selbstberichteten allgemeinen Gesundheit (mittelmäßig – sehr schlecht, Ref. sehr gut - gut) bei 19- bis 24-jährigen jungen Erwachsenen im intergenerationalen Bildungsverlauf (Ref. konstant hoch und konstant niedrig). (KiGGS Basis und Welle 1).

Intergenerationaler Bildungsverlauf	Modell 1			Modell 2		
	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich
Konstant hoch	-0.114 [-0.164; -0.065]	-0.119 [-0.189; -0.050]	-0.110 [-0.179; -0.040]	-0.108 [-0.157; -0.060]	-0.119 [-0.187; -0.051]	-0.099 [-0.168; -0.030]
Abwärtsmobilität	0.073 [-0.017; 0.163]	0.068 [-0.051; 0.186]	0.079 [-0.042; 0.200]	0.067 [-0.018; 0.152]	0.066 [-0.046; 0.178]	0.067 [-0.045; 0.180]
Aufwärtsmobilität	-0.065 [-0.120; -0.010]	-0.053 [-0.141; 0.035]	-0.078 [-0.144; -0.012]	-0.058 [-0.113; -0.004]	-0.047 [-0.137; 0.042]	-0.071 [-0.135; -0.008]
Konstant niedrig	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Konstant hoch	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Abwärtsmobilität	0.187 [0.105; 0.269]	0.187 [0.072; 0.302]	0.189 [0.078; 0.299]	0.175 [0.099; 0.251]	0.185 [0.076; 0.294]	0.166 [0.066; 0.266]
Aufwärtsmobilität	0.049 [0.010; 0.088]	0.067 [0.001; 0.132]	0.031 [-0.019; 0.082]	0.050 [0.010; 0.091]	0.072 [0.003; 0.140]	0.027 [-0.023; 0.078]
Konstant niedrig	0.114 [0.065; 0.134]	0.119 [0.050; 0.189]	0.110 [0.040; 0.179]	0.108 [0.060; 0.157]	0.119 [0.051; 0.187]	0.099 [0.030; 0.168]

N=2.175 (Männer=1.010; Frauen= 1.165); Multivariate Analyse: AME [95% - KI]; Fettdruck: signifikant (p < 0,05).

Modell 1: Selbstberichtete allgemeine Gesundheit (mittelmäßige bis sehr schlecht) (t1) und intergenerationaler Bildungsverlauf (höchster Schulabschluss der Eltern und der jungen Erwachsenen). Statistische Kontrolle für Alter der jungen Erwachsenen und der Eltern, Migrationshintergrund, logarithmiertes Haushaltsäquivalenzeinkommen der Herkunftsfamilie und Interaktion von Bildungsmobilität und Geschlecht.

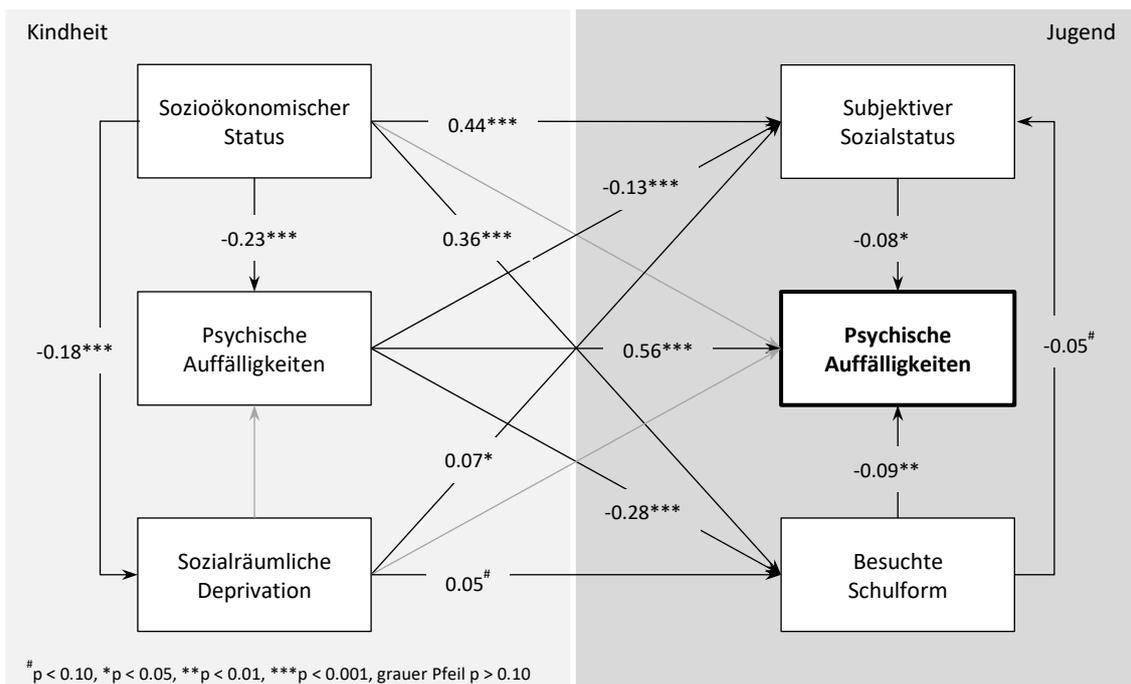
Modell 2: analog zu Modell 1 & statistische Kontrolle für selbstberichtete allgemeine Gesundheit im Jugendalter (t0).

5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse aus Einzelarbeit 3: Psychische Auffälligkeiten und soziale Ungleichheit im Übergang vom Kindes- ins Jugendalter

In der dritten Einzelarbeit wurden Unterschiede im Auftreten von psychischen Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen im Kontext sozialer Ungleichheit im Zeitverlauf untersucht. Dafür wurden die Daten von KiGGS Welle 1 und KiGGS Welle 2 ausgewertet. In das Untersuchungsmodell gingen der sozioökonomische Status der Herkunftsfamilie und die sozialräumliche Deprivation des Wohnortes in der Kindheit, die besuchte Schulform und der subjektive Sozialstatus im Jugendalter sowie die Ko-Variablen Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund ein.

Die längsschnittlich angelegte Strukturgleichungsanalyse verdeutlicht, dass psychische Auffälligkeiten im Kindesalter in dem zugrundeliegenden Kausalmodell den stärksten Prädiktor für psychische Auffälligkeiten im Jugendalter darstellen (Abbildung 3). Psychische Auffälligkeiten im Kindesalter weisen wiederum entsprechend der Berechnung des Untersuchungsmodells einen starken Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status der Herkunftsfamilie in der Kindheit auf.

Abbildung 3: Der Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und psychischen Auffälligkeiten bei 11- bis 16-jährigen Jugendlichen. Direkte standardisierte Koeffizienten unter Berücksichtigung der Kovariablen Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund (nicht dargestellt). (KiGGS Welle 1 und Welle 2).



Im Lebenslauf gewinnen weitere Formen sozialer Differenzierung an Bedeutung. So sind in der Jugend die besuchte Schulform und der subjektive Sozialstatus mit psychischen Auffälligkeiten direkt assoziiert. Jungen und Mädchen, die kein Gymnasium besuchen und ihren Sozialstatus als weniger hoch einschätzen, haben ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten im Jugendalter. Diese Zusammenhänge werden auch durch einen starken direkten Effekt der sozioökonomischen Herkunft im Kindesalter auf die besuchte Schulform und den subjektiven Sozialstatus vermittelt. Für den sozioökonomischen Status in der Kindheit kann insofern ein fortwährend starker indirekter Effekt auf psychische Auffälligkeiten im Jugendalter festgestellt werden (Tabelle 3). Die sozialräumliche Deprivation des Wohnortes in der Kindheit weist, so wie sie für die Analyse operationalisiert wurde, keine direkten oder indirekten Assoziationen mit psychischen Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend auf.

Die Ergebnisse verdeutlichen das gleichzeitige Auftreten von kausalen und selektiven Prozessen im Zusammenhang von verschiedenen Dimensionen sozialer Ungleichheit und Unterschieden in der psychischen Gesundheit. So beeinflussen beispielsweise psychische Auffälligkeiten in der Kindheit die besuchte Schulform im Jugendalter (Selektion nach Gesundheit) und gleichzeitig wirkt die sozioökonomische Herkunft im Kindesalter auf das Auftreten von psychischen Auffälligkeiten im Jugendalter (Kausation). Die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen fallen laut dem Analysemodell eher gering aus. Bei Jungen ist eine etwas höhere Assoziation der besuchten Schulform mit psychischen Auffälligkeiten in der Jugend festzustellen, während ausschließlich bei Mädchen ein direkter Effekt von psychischen Auffälligkeiten in der Kindheit auf den subjektiven Sozialstatus in der Jugend sichtbar wird.

Tabelle 3: Der Zusammenhang von sozialer Ungleichheit (sozioökonomischer Status der Herkunftsfamilie, sozialräumliche Deprivation des Wohnortes, besuchte Schulform und subjektiver Sozialstatus) und psychischen Auffälligkeiten bei 11- bis 16-jährigen Jugendlichen. (KiGGS Welle 1 und 2).

Maße sozialer Ungleichheit Kindheit	Gesamt		Jungen		Mädchen	
	direkt	indirekt	direkt	indirekt	direkt	indirekt
SES_t0 → SDQ_t1	0.08 [-0.02; 0.17]	-0.21 [-0.26; -0.16]	0.11 [0.01; 0.21]	-0.27 [-0.35; -0.19]	-0.06 [-0.07; 0.19]	-0.16 [-0.22; -0.11]
DEP_t0 → SDQ_t1	0.02 [-0.05; 0.10]	0.02 [-0.02; 0.06]	0.01 [-0.08; 0.10]	-0.02 [-0.05; 0.07]	0.03 [-0.07; 0.12]	0.03 [-0.01; 0.07]
Maße sozialer Ungleichheit Jugend						
SSS_t1 → SDQ_t1	-0.08 [-0.14; -0.01]	kein Pfad	-0.09 [-0.17; -0.02]	kein Pfad	-0.09 [-0.18; -0.01]	kein Pfad
SCO_t1 → SDQ_t1	-0.09 [-0.14; -0.03]	0.000 [-0.00; 0.01]	-0.09 [-0.16; -0.02]	-0.00 [-0.01; 0.01]	-0.09 [-0.17; 0.01]	0.01 [-0.00; 0.02]
Ko-Variablen						
AGE_t1 → SDQ_t1	-0.00 [-0.07; -0.07]	-0.02 [-0.06; 0.01]	-0.07 [-0.15; -0.00]	0.01 [-0.06; 0.04]	0.08 [-0.03; 0.19]	-0.04 [-0.08; 0.01]
MIG → SDQ_t1	0.07 [0.02; 0.16]	0.01 [0.03; 0.06]	0.00 [-0.08; 0.08]	0.01 [-0.07; 0.06]	0.16 [0.02; 0.30]	0.04 [0.03; 0.10]
SEX → SDQ_t1	-0.02 [-0.05; 0.08]	0.07 [0.04; 0.11]	---	---	---	---
SDQ_t0 → SDQ_t1	0.56 [0.48; 0.64]	0.03 [0.02; 0.05]	0.57 [0.48; 0.66]	0.04 [0.01; 0.06]	0.54 [0.42; 0.65]	0.04 [0.00; 0.07]

N=2.463 (Jungen=1.178; Mädchen=1.285); Strukturgleichungsanalyse: β (standardisierte direkte und indirekte Effekte) [95%-KI]; Fettdruck: signifikant ($p < 0,5$).

SDQ: Psychische Auffälligkeiten (Gesamtproblemwert 0-40); SES: Sozioökonomischer Status der Herkunftsfamilie (Summenwert 3-21); DEP: Sozialräumliche Deprivation des Wohnortes (Summenwert 0-100); SSS: Subjektiver sozialer Status (Werteberich 1-10); SCO: Besuchte Schulform (Gymnasium; Ref. Haupt-, Real-, Gesamtschule); AGE: Alter (7-16 Jahre); MIG: Migrationshintergrund (einseitiger und beidseitiger Migrationshintergrund; Ref. kein Migrationshintergrund); SEX: Geschlecht (Jungen; Ref. Mädchen).

6. Qualitative Teilstudie: Gruppengespräche mit Jugendlichen an einem Gymnasium und an einer Integrierten Sekundarschule

Die qualitative Teilstudie wurde im Anschluss an die drei quantitativen Einzelarbeiten umgesetzt. Damit verbunden war das Ziel, ein tiefergehendes Verständnis für die gefundenen Ergebnisse zu entwickeln. Nachstehend werden die methodische Ausrichtung und die Auswertungsstrategie der qualitativen Teilstudie beschrieben. Anschließend werden die Ergebnisse anhand von drei Themenclustern zusammengefasst, die aus den Ergebnissen der Einzelarbeiten abgeleitet wurden.

6.1 Daten und Methode der qualitativen Teilstudie

Ziel der qualitativen Gruppengespräche war es, die Sichtweisen von Jugendlichen auf den Forschungsgegenstand einzubinden und so die Ergebnisse der quantitativen Analysen besser verstehen zu können. Das Vorgehen, zunächst die quantitativen Analysen umzusetzen und dann durch qualitative Methoden zu überprüfen, wird als erklärendes Design („Explanatory Sequential Design“) bezeichnet (Creswell und Clark, 2011, S. 81ff). Als Befragungsmethode wurde die Gruppendiskussion gewählt, die in dieser Arbeit auch als Gruppengespräch bezeichnet wird (Flick, 2011, S. 250ff). Die Befragung in Gruppen (im Vergleich zu Einzelinterviews) wurde gewählt, damit die Ergebnisse gut mit den quantitativen Analysen zusammengebracht werden konnten, die aufgrund der statistischen Modellierung ebenso auf Gruppenebene zu interpretieren sind. Vorab wurde ein Gesprächsleitfaden entwickelt (Anlage 1). Dadurch sollte eine möglichst vergleichbare Ergebnisstruktur zwischen den einzelnen Gesprächsgruppen generiert werden.

Die Auswahl der Gruppen erfolgte entlang der besuchten Schulform. Dabei wurden aus je einer Klasse einer Integrierten Sekundarschule und eines Gymnasiums Mädchen und Jungen in der Altersspanne von 14 bis 16 Jahren befragt. Die Gruppengespräche wurden in den jeweiligen Schulen umgesetzt und anhand von Audioaufnahmen und anschließenden Gesprächsprotokollen dokumentiert. Die Transkription des gesamten Gesprächsmaterials erfolgte in Form eines Minimal-Transkripts (Selting et al., 2009) durch die Interviewerin selbst. Dabei wurde auf die Anonymisierung der Daten geachtet, sodass keine Rückschlüsse auf die befragten Personen oder die Schulen möglich sind. Personenbezogene Daten über die Vornamen (anschließend pseudonymisiert) und das Alter hinaus wurden nicht erhoben.

Die Gruppengespräche wurden nach der Methode der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet (Kuckartz, 2018, S. 97ff). Dafür wurde das gesamte Textmaterial deduktiv, nach Anhaltspunkten aus dem Leitfaden und induktiv aus dem Material selbst in Haupt- und Subkategorien codiert. Für die Auswertung des Textmaterials wurde die Software MAXQDA Version 18.1 verwendet. Um eine resultatbasierte Integration der bisherigen quantitativen Ergebnisse und der Erkenntnisse aus den Gruppengesprächen umzusetzen (Kuckartz, 2017, S. 169ff), wurden ausgewählte Haupt- und Subkategorien anhand von drei Themenclustern, die sich aus den Forschungsfragen der Dissertation ableiten, analysiert und im nächsten Abschnitt zusammengefasst. Die Gegenüberstellung der qualitativen Ergebnisse mit den Ergebnissen aus den quantitativen Einzelarbeiten sowie die Einbettung in den Forschungsstand erfolgt im Diskussionsteil (Abschnitt 7).

6.2 Ergebnisse der Gruppengespräche: Jugendliche Sichtweisen auf den Zusammenhang von Schulbildung, Gesundheit und sozialer Ungleichheit

In diesem Abschnitt werden die Gruppen und die aus dem Textmaterial generierten Codierungen vorgestellt. Anschließend werden die Ergebnisse der Gruppengespräche anhand von drei Themenclustern zusammengefasst. Dabei werden die Sichtweisen von Jugendlichen auf die **Übertragung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf** (erstes Themencluster) dargestellt. Daran anschließend Aussagen zu **gesundheitlichen Unterschieden nach besuchter Schulform** (zweites Themencluster) zusammengefasst. Abschließend wird die Einschätzung der Jugendlichen zur **Rolle der Schulbildung für soziale und gesundheitliche Ungleichheiten** (drittes Themencluster) dargelegt.

6.2.1 Beschreibung der Gruppen

An einer Integrierten Sekundarschule (ISS) in einer deutschen Großstadt wurden zwei Gruppengespräche mit Schülerinnen und Schülern einer neunten Klasse umgesetzt. Bei der Schule handelt es sich um eine Ganztagschule. Die erste Gruppe setzte sich aus zwei Mädchen und drei Jungen im Alter von 14 bis 15 Jahren zusammen, während an der zweiten Gruppe vier Mädchen und drei Jungen im gleichen Alter teilnahmen. An beiden Gruppengesprächen der ISS nahm jeweils ein Schüler mit Migrationshintergrund teil. Während in der ersten Gruppe ein Mädchen angab, den mittleren Schulabschluss (MSA) absolvieren zu wollen, strebten alle anderen Jugendlichen das Abitur an. In der ersten Gruppe war die Gesprächsbeteiligung gut,

aber ungleich verteilt. Ein Mädchen und ein Junge beteiligten sich sehr rege, während die weiteren befragten Jugendlichen etwas weniger mitdiskutieren. Es herrschte eine offene Stimmung und keine Ängstlichkeit vonseiten der Jugendlichen, die sich gut zu kennen, nicht aber miteinander befreundet zu sein schienen. In der zweiten Gruppe kam ein Junge etwa fünf Minuten später zum Gespräch. Dieser und ein Mädchen beteiligten sich sehr stark an der Diskussion, alle anderen mäßig. Ein Mädchen aus dieser Gruppe beteiligte sich gar nicht. Das Gesprächsklima in der zweiten Gruppe war offen gegenüber der Gesprächsleitung, die Jugendlichen waren jedoch etwas distanzierter untereinander. Beide Gespräche an der ISS dauerten etwa eine Schulstunde (jeweils ca. 45 Minuten). Beide Gruppen wurden zusammen ausgewertet und die Teilnehmenden im Folgenden als *Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler* bezeichnet.

An einem Gymnasium in derselben Großstadt wurde mit fünf Jugendlichen einer zehnten Klasse ein weiteres Gruppengespräch umgesetzt. Teilgenommen haben vier Mädchen und ein Junge im Alter von 15 bis 16 Jahren. Alle gaben an, das Abitur machen zu wollen und hatten bereits in dem Schuljahr den MSA erlangt. Die Jugendlichen waren sehr offen und keinesfalls ängstlich gegenüber der Gesprächsleitung. Die Jugendlichen schienen sich gut zu kennen, nicht aber miteinander befreundet zu sein. Alle haben sehr ausführlich die von der Gesprächsleitung eingebrachten Themen besprochen. Ein Mädchen hat sich etwas weniger beteiligt. An dem Tag herrschte verkürzter Unterricht, sodass das Gespräch insgesamt zwei Schulstunden (ca. 60 Minuten) dauerte. In der Auswertung wird diese Gesprächsgruppe als *Gymnasiastinnen und Gymnasiasten* bezeichnet.

6.2.2 Deduktive und induktive Hauptkategorien

Im Zuge der Codierung wurden elf Hauptkategorien gebildet. Insgesamt untergliedern sich diese in 37 Subkategorien.

Folgende sechs Hauptkategorien wurden deduktiv aus dem Gesprächsleitfaden abgeleitet:

- Was ist oder macht gesund/Gesundheit
- Was ist oder macht krank/Krankheit
- Ist Gesundheit für unsere Gesellschaft wichtig
- Ist Schulbildung für die Gesundheit wichtig
- Wie kann Schule Gesundheit unterstützen
- Kann Schule krank machen

Weitere fünf Hauptkategorien ergaben sich induktiv aus dem Datenmaterial:

- Soziale Herkunft (allgemein und der Eltern)
- Blick auf die berufliche Zukunft
- Schulbildung der Kinder und Jugendlichen
- Eltern/Familie wichtig für Gesundheit
- Freunde/Peer/Umfeld

Die Ergebnisdarstellung richtet sich stark an der Sprache der Jugendlichen aus. Besondere Bezeichnungen, die von den Jugendlichen selbst in die Gespräche eingebracht wurden und nicht im Zuge der Codierung oder Abstraktion entstanden sind, werden als In-Vivo-Codes durch Unterstreichung im Text gekennzeichnet. Die Ergebnisse werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt, wobei jeweils am Ende eines jeden Themenclusters eine kurze Synthese steht.

6.2.3 Ergebnisse der Gruppengespräche

Um jugendliche Sichtweisen auf die **Übertragung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf** (erstes Themencluster) zu untersuchen, wurden die Hauptkategorien „Soziale Herkunft (allgemein und der Eltern)“, „Eltern/Familie wichtig für Gesundheit“ und „Schulbildung der Jugendlichen/Kinder“ sowie die darin untergliederte Subkategorie „Entscheidung über den Schulabschluss“ ausgewertet.

Die *Gymnasiastinnen und Gymnasiasten* betonen ausdrücklich die Bedeutung der Eltern für die eigene Bildung. Zuhause erwerben sie ihrer Meinung nach ein Interesse für Bildung und so auch, die Schule wichtig zu nehmen. Wenn einige Kinder dies zuhause nicht erfahren würden, hätten sie in der Schule schlechtere Voraussetzungen und seien z.B. unmotiviert. Manche andere Eltern würden ihren Kindern nicht erlauben, die Schule zu besuchen, weil sie diese für unnötig hielten. In Stadtteilen mit einem hohen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund sei es wahrscheinlicher, an eine Brennpunktschule zu kommen und manche Jugendliche, deren Familien von Abschiebung bedroht sind, müssten die Schule nach Meinung der *Gymnasiastinnen und Gymnasiasten* vorzeitig abbrechen.

Obwohl die *Gymnasiastinnen und Gymnasiasten* unterstreichen, dass sie sich selbst dazu entschieden haben, das Abitur zu machen, beschreiben sie einen starken, zumindest indirekten Einfluss der Eltern auf diese Entscheidung. Sie wüssten, dass sich die Eltern (manchmal auch Großeltern) das Abitur von ihnen wünschen, wobei dies auch konkret in den Familien

kommuniziert würde. Eine Gymnasiastin erzählt, dass ihr Vater seinen Weg zum nachgeholtten Fachabitur als äußerst anstrengend beschrieben hätte. In Bezug auf ein Gespräch mit ihrer Mutter über die Möglichkeit, nach der zehnten Klasse von der Schule abzugehen, erinnert sich eine Schülerin, dass die Mutter betont hätte, nicht zu wollen, dass ihr Kind zuhause rumhänge. Auch Negativbeispiele werden dafür herangezogen. Eine andere Mutter betonte laut einer Gymnasiastin, wie unverständlich sie es fände, dass ein befreundetes Mädchen die Schule vorzeitig abbreche. Die Jugendlichen beteuern jedoch, dass sie von den Eltern unterstützt würden, wenn sie gute Gründe liefern könnten, für die es sich lohne, nicht das Abitur zu machen, z.B. einen konkreten nicht akademischen Berufswunsch. Das Gymnasium zu verlassen wird von den Jugendlichen als Abbruch bezeichnet, obwohl sie bereits alle den mittleren Schulabschluss gemacht haben.

Auch für die eigene Gesundheit sind nach Meinung der *Gymnasiastinnen und Gymnasiasten* die Eltern wichtig. Die Eltern würden ihnen sagen, was gesundheitsrelevante Verhaltensweisen seien, auch wenn diese Hinweise nicht immer gerne angenommen würden. Manchmal sei es sogar besser, wenn Gesundheitswissen in der Schule vermittelt würde. Es wird als problematisch gesehen, dass manche Eltern ihre Kinder nicht vor Gefahren warnen könnten.

Im späteren Leben ist Geld aus Sicht der *Gymnasiastinnen und Gymnasiasten* von großer Bedeutung für die körperliche Gesundheit. Man könne mit Geld z.B. Medikamente kaufen, Operationen bezahlen oder sogar ein Organ schneller bekommen. Weiterhin wird Geld als sehr wichtig erachtet, wenn es um die spätere Pflege im Alter oder um einen Platz im Pflegeheim geht. Geld wird dabei als eine wichtige Voraussetzung angesehen, die aber keine Garantie auf Gesundheit gebe. Wenn man zu viel arbeite, um möglichst viel Geld zu verdienen, könne dies auch schädlich für die Gesundheit sein und z.B. einen Burnout verursachen. Bei psychischen Erkrankungen helfe einem jedoch auch kein Geld, weil man sich Therapieerfolge nach Meinung der *Gymnasiastinnen und Gymnasiasten* nicht kaufen kann.

Die *Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler* erwähnten, dass Bildung durch die Eltern weitergegeben werden kann. Höher gebildete Eltern könnten besser bei Schulproblemen, z.B. Verständnisfragen helfen, aber auch Wissen, das über den Schulstoff hinausgeht, vermitteln. Sie könnten zudem eine Orientierung bei der Berufsentscheidung bieten. Zwar würden sich Eltern mit höherer Bildung vielleicht mehr für ihre Kinder engagieren, deren Ansprüche bzgl. der Leistungen könnten jedoch auch belastend für die Kinder sein. Dass manche Eltern weniger gut gebildet sind, kann nach Meinung der *Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler* auch mit dem Migrationshintergrund zusammenhängen. Wenn in der Kindheit kein Wert auf die Bildung und

Schulzeit gelegt wurde, bestehe die Gefahr, dass sich eine Null-Bock-Haltung entwickle, mit der man es sehr schwer in der Schule habe.

Die *Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler* sind der Meinung, dass die Entscheidung über den Schulabschluss die erste bedeutsame und selbst getroffene Lebensentscheidung ist und stark von der Vorstellung über den späteren Beruf beeinflusst wird. Für den Schulabschluss seien und sollten ausschließlich die Leistungen ausschlaggebend sein, zu der jedoch auch die Lehrkräfte mit ihrer nicht immer neutralen Notengebung beitragen würden. Auch die Meinung der Eltern nehme jedoch Einfluss auf die eigenen Abschlusswünsche. Die Mutter einer Sekundarschülerin habe z.B. betont, dass sie sich wünsche, dass aus ihrem Kind später etwas wird und der Vater habe sie direkt aufgefordert, zumindest das Abitur zu versuchen. Nach Meinung der *Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler* haben alle Jugendlichen den Wunsch, den besten Schulabschluss zu erreichen, aber die persönlichen Voraussetzungen seien unterschiedlich, z.B. die Fähigkeiten, mit Stress umzugehen und die schulischen Kompetenzen. Wenn man merke, dass einem das Abitur zu viel werde, sollte man es jedoch lieber nicht machen, da der Druck und Stress schaden könne.

Mit Blick auf die Gesundheit sagen die *Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler*, dass sich ihrer Meinung nach einige Eltern besser als andere darum kümmern, gesund zu leben oder sich gesund zu ernähren. Eltern würden bei Krankheit beispielsweise einen Arzt empfehlen, dabei unterstützen, einen solchen aufzusuchen oder helfen, Informationen über Unterstützungssysteme zu finden. Eltern seien auch eine Ressource für die Gesundheit, wenn sie den Kindern und Jugendlichen Zuneigung zeigten. Wenn die Zuneigung durch Eltern ausbleibe, sei das gefährlich für die psychische Gesundheit von Kindern und erschwere den sozialen Umgang mit den Kindern. Man könne jedoch auch die ungesunden Verhaltensweisen der Eltern übernehmen und von ihnen erlernen, keinen Wert auf die eigene Gesundheit zu legen. Einige Jugendliche würden z.B. jeden Tag mit sehr ungesunden Nahrungsmitteln in die Schule kommen, wofür aus ihrer Sicht deren Eltern verantwortlich seien.

Auch die *Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler* betonten, dass mit mehr Geld im Erwachsenenalter bessere Möglichkeiten verbunden seien, die eigene Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen. Man könne sich neben einer besseren Krankenversicherung, Medikamenten oder medizinischen Hilfsmitteln (Rollstuhl, Prothesen) auch bessere Produkte kaufen, z.B. Bio-Obst und Bio-Gemüse oder besseres Fleisch und weniger Fertigprodukte. Weiterhin falle es leichter sich bei Krankheit auch krankschreiben zu lassen, wenn man den nötigen finanziellen Hintergrund habe. Allerdings komme es auch immer auf die Persönlichkeit

an, ob man sich Hilfe hole oder nicht. Wenn man psychisch krank sei, könne man sich nichts dagegen kaufen.

Synthese

Der eigene Bildungshintergrund wird von beiden Gruppen als wichtig für die Lebens- und Gesundheitschancen angesehen und wird als stark durch die Familie beeinflusst wahrgenommen. Auffällig ist, dass bei den *Gymnasiastinnen und Gymnasiasten* von „Abbrechen“ die Rede ist, wenn kein Abitur erreicht wird. Ein weniger guter Schulabschluss wird in den Familien scheinbar negativ thematisiert. Für die *Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler* ist es eher akzeptabel, wenn aufgrund von zu viel Druck oder Schwierigkeiten, kein Abitur angestrebt wird. Die Eltern nehmen direkt durch die in der Familie praktizierte Wertbeimessung gegenüber Bildung, ihre Unterstützung bei Schulaufgaben, vor allen Dingen aber indirekt durch abwertende Kommentare (gegenüber anderen Schulabschlüssen) Einfluss auf die Entscheidung über den Schulabschluss. Die Jugendlichen empfinden diese Entscheidung aber als selbst getroffen. Für die Gesundheit können die Eltern eine Ressource oder ein Risiko darstellen, wobei die *Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler* mehr Argumente für Risiken finden, als die *Gymnasiastinnen und Gymnasiasten*. Erstere betonen neben elterlich vermitteltem Gesundheitswissen auch die Zuneigung durch Eltern als wichtig für die eigene Gesundheit. Auf die Frage, ob man sich als Erwachsener Gesundheit mit Geld kaufen kann, reagieren die Jugendlichen verneinend (moralisch sollte das nicht so sein), finden aber faktisch Argumente dafür. Beide Gruppen betonen, dass Geld eher für die körperliche als für die psychische Gesundheit von Bedeutung ist.

Für das zweite Themencluster **Gesundheitliche Unterschiede nach besuchter Schulform** wurden die Aussagen der Jugendlichen zu den Hauptkategorien „Schulbildung der Jugendlichen/Kinder“, „Wie kann Schule Gesundheit unterstützen?“ und „Kann Schule krank machen“ ausgewertet.

Die *Gymnasiastinnen und Gymnasiasten* schätzten den Besuch eines Gymnasiums im Vergleich zum Besuch einer anderen Schulform als stressiger ein, weil sie mehr Schulstoff in weniger Zeit lernen müssten. Dies gelte aus ihrer Sicht auch für diejenigen, die an der ISS das Gymnasialniveau belegten. Gleichzeitig seien die Schülerinnen und Schüler einer ISS aus ihrer Sicht häufiger selbstständig und erwachsener im Umgang mit Emotionen und Problemen und

werden daher als psychisch gesünder beschrieben. Für sie mache der Vergleich der Schulformen insgesamt wenig Sinn. Aus ihren Beschreibungen lassen sich alternative Unterscheidungskategorien ableiten, die aus ihrer Sicht für die Gesundheit bedeutsam sein könnten. Weniger gesunde Schulen, werden als Brennpunktschulen bezeichnet, die häufig in Stadtteilen liegen würden, in denen der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund sehr hoch sei.

Gezielte gesundheitsbezogene Maßnahmen an dem eigenen Gymnasium beziehen sich aus ihrer Sicht auf die Gestaltung des Unterrichts. So würden bei sommerlicher Hitze Kurzstunden umgesetzt und auch der Schulsport rege zu Bewegung im Schulalltag an. Im Unterrichtsfach Biologie lerne man am meisten zu gesundheitsrelevanten Themen (Aufklärungsthemen) und dies am besten, wenn der Unterricht zum Alltag Bezug nehme.

Hinsichtlich der Erkrankungspotenziale innerhalb der Schulen, finden die *Gymnasiastinnen und Gymnasiasten* Argumente dafür, dass die Ausstattung der Schule eine Rolle spielen kann. So werden mangelnde Sauberkeit, schmutzige Sanitäreinrichtungen, giftige Baustoffe (Asbest) und der Verfall von Schulgebäuden als problematisch angesehen, die aber nicht die eigene Schule, sondern die sogenannten Brennpunktschulen betreffen würden. Weiterhin bewerteten die Jugendlichen das Schul- und Lehrpersonal als wichtige Voraussetzung für die Gesundheit. Wenn Lehrkräfte sehr schnell laut würden oder einen vorführten, verändere sich das Klima unter den Schülerinnen und Schülern. Vergleiche untereinander würden durch Lehrpersonen schon in der Grundschule gefördert. Mit den Schuljahren nehmen nach Meinung der *Gymnasiastinnen und Gymnasiasten* solche Vergleiche und die Konkurrenz unter den Jugendlichen zu und werden dann vornehmlich von diesen selbst praktiziert. Dies könne negative Folgen für die Psyche und für Freundschaften haben. Mobbing wird prinzipiell als extrem schlimm für Betroffene beschrieben, auch wenn dies an der eigenen Schule kein Problem darstelle. Weiterhin könnten sich Kinder und Jugendliche untereinander mit Krankheiten anstecken.

„Ja, ich finde Schule kann schon krankmachen, also eben vor allem psychisch [...] egal ob jetzt männlich oder weiblich, so dass dieses Vergleichen Auswirkungen auf einen haben kann, vor allem halt negative [...] von Klasse eins [wird] einem so immer wieder reingedrückt [...] sei doch mal so wie er oder streng dich doch mal so an wie sie oder guck mal, warum quatscht du so viel, sie quatscht nicht so viel [...]. [...]desto älter man wird und umso mehr der Druck wird, desto strenger werden auch teilweise die Lehrer und desto größer wird auch dieses Vergleichen und das find ich halt mega anstrengend so, das ist halt so das, was bei mir eigentlich so am meisten negative Auswirkungen hat jetzt von der Schule her [...].“ (Gymnasiastin, 16 Jahre, Transkription 3, Abs. 118)

Wenn Jugendliche unter Druck und Stress leiden, löst das nach Meinung der *Gymnasiastinnen und Gymnasiasten* gesundheitliche Schwierigkeiten aus. In diesen Phasen gehe es einigen auch körperlich schlechter. Es habe aber auch etwas mit den persönlichen Eigenschaften zu tun, wie man mit Schulstress umgehe. Manche würden sich den Druck, nur Bestnoten zu schreiben, selber machen und andere unter den ständigen Anforderungen leiden.

„[...] deswegen find ich schon, dass Schule einen sehr großen Einfluss auf meine Gesundheit hat. Weil ehm ich bin halt einfach eine Person, die quasi sehr schnell findet, dass es zu viel Stress wird [...] und deswegen bin ich da so oft son bisschen überfordert und kann da vielleicht auch gar nicht so gut mit umgehen [...]. Und dass man auch ständig einfach an die Schule auch denkt [...] auch die ganze Zeit Angst hat, dass man was vergisst, auch wenn schon irgendwie alles gemacht hat und dass man aber die ganze Zeit im Hinterkopf hat, äh war, war jetzt nicht noch was auf oder so, hab ich irgendwas vergessen, dass man mit der Zeit auch so n bisschen paranoid (lacht) jetzt wird, was Schule angeht.“ (Gymnasiastin, 16 Jahre, Transkription 3, Abs. 114-116)

Auch die *Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler* sagen, dass Gleichaltrige an Gymnasien mehr unter Druck stehen. Sie müssten das Abitur in zwei Jahren schaffen, was als sehr anstrengend beschrieben wird. In dieser Zeit habe die Schwester einer befragten Person auch mit dem Rauchen begonnen. Vor allen Dingen mehr zuhause lernen zu müssen sei stressig, weil einem weniger von Lehrkräften erklärt würde als an der Ganztagschule. Dadurch sei man mehr auf sich gestellt und brauche manchmal Hilfe und habe weniger Zeit für Freunde. Allerdings können Jugendliche an Gymnasien auch gesünder sein, weil ihre Eltern meistens höher gebildet sind und sich mehr für die Gesundheit, z.B. für eine bessere Ernährung oder einen gesunden Lebensstil, engagieren.

Auch die *Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler* empfinden den Schulformvergleich hinsichtlich der Gesundheit als weniger sinnvoll. Es komme mehr auf persönliche Eigenschaften an, z.B. wie mit Stress umgegangen werde, ob man sich von der Schule und dem Umfeld angesprochen fühle und Spaß am Lernen habe. Die *Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler* berichten von Projektwochen, in denen Themen wie Ernährung und illegale Drogen aufgegriffen würden. Jedoch werde sehr stark das körperliche Befinden fokussiert und wenig über die mentale Gesundheit gesprochen.

„[...] aber ich finde in der Schule wird eher so das körperlich Befinden so drangenommen, als das seelische. Also man lernt eher was darüber, wie man sich ernährt oder über illegale Drogen, also über so Extremfälle sag ich mal, anstatt so über Stress, also was Stress auch so für verheerende Auswirkungen haben kann [...].“ (Sekundarschüler, 15 Jahre, Transkription 1, Abs. 181-183)

Im Ethikunterricht wurden z.B. Filme zu Menschen mit Einschränkungen und Behinderungen gezeigt. Es gebe zudem Vertrauenslehrerinnen und Vertrauenslehrer an der Schule, an die man sich bei jeder Problemlage wenden könne.

Auch die *Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler* betonten, dass Schule krankmachen könne, wenn die Anforderungen zu hoch seien. Vor allen Dingen werden die Gleichzeitigkeit von Leistungstests und Projektaufgaben im Schuljahresverlauf problematisiert. Der Leistungsdruck wird manchmal als sehr frustrierend und als Kampf und gegenseitiges Aufputschen zu guten Noten beschrieben, bei dem es nicht mehr darum gehe, etwas zu lernen. Auch die Konkurrenz unter den Jugendlichen wurde von den *Sekundarschülerinnen und Sekundarschülern* angesprochen und als kritisch für das eigene Wohlbefinden gesehen. In Folge der Anstrengungen habe man Stress, der krankmachen könne, zu wenig Zeit für Erholung oder mit Freunden, wenig Schlaf oder neige vielleicht dazu, den Stress mit Rauchen zu kompensieren. Weiterhin wurden sogenannte Problemschüler als Risiko für die Mitschülerinnen und Mitschüler beschrieben, da sie einen in Probleme mit hineinziehen könnten. Kinder und Jugendliche, die einen nicht mögen oder unter Druck setzen, seien eine Gefahr für die psychische Gesundheit. Mobbing könne aus Sicht der *Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler* dazu führen, dass man über Selbstmord nachdenke.

Synthese

Ein höheres Lernniveau ist beiden Gruppen zufolge mit mehr Stress und Druck verbunden, der sich psychisch und körperlich niederschlagen kann. Das Elternengagement ist aus Sicht beider Gruppen wichtig für die Gesundheit und unter Jugendlichen an Gymnasien eher gegeben. Unabhängig von der Schulform werden andere Vergleichsmomente als wichtig für gesundheitliche Unterschiede unter Schülerinnen und Schülern angesehen (z.B. Standort der Schule, Gebäude und Ausstattung, Lehrpersonal, Schulklima, Brennpunktschulen, Ganztagschulen). Beide Gruppen sehen persönliche Eigenschaften (Motivation und insb. die Fähigkeit mit Stress umzugehen) als besonders wichtig für die Gesundheit im Schulkontext an. Bei beiden Schulformen werden gesundheitsrelevante Themen im Schulunterricht (überwiegend in Biologie) oder in Projektwochen besprochen. Dabei werden häufig Aspekte der körperlichen Gesundheit und die Verhaltensebene adressiert und wenig zur mentalen Gesundheit und Stress angeboten, obwohl sich die Jugendlichen das wünschen. Die Gesundheitsrisiken in der Schule beziehen sich bei beiden Gruppen hauptsächlich auf den Schulstress und die Konkurrenz der Schülerinnen und Schüler untereinander. Von den

Sekundarschülerinnen und Sekundarschülern werden zusätzlich Problemschüler oder Personen, die einen nicht mögen oder unter Druck setzen, als Risiko für die psychische Gesundheit genannt.

Im dritten Themencluster **Rolle der Schulbildung für soziale und gesundheitliche Ungleichheiten** wurden die Hauptkategorien „Schulbildung wichtig für Gesundheit“, „Blick auf die berufliche Zukunft“ und „Soziale Herkunft (allgemein und der Eltern)“ berücksichtigt.

Die *Gymnasiastinnen und Gymnasiasten* schätzten die Schulbildung als wichtig für die spätere Gesundheit ein, da Bildung in unserer Gesellschaft von Bedeutung sei. Mit einem Schulabschluss würden sie sich für die Zukunft abgesichert fühlen, was ihrer Meinung nach psychische Belastungen verringere. Sie sehen Bildung als Investition in die Zukunft an, womit finanzielle Vorteile aber auch die Erfüllung eines konkreten Berufswunsches verbunden seien. Mit einer höheren Bildung habe man mehr Optionen in der späteren Berufswahl und könne z.B. eine Lehre oder ein Studium machen. Bildung führe zu mehr Selbstbewusstsein und man könne sich Dinge besser erklären und habe einen größeren Wissensdurst.

„[...] Freunde, die ehmal Sekundarschulen besuchen [...], dass die sich manchmal schlecht fühl'n, wenn sie z.B. etwas nicht wissen, was für mich irgendwie schon normal ist zu wissen. Deswegen find ich schon, dass ehmal schulische Bildung auch sehr viel ehmal zu meiner Gesundheit beiträgt, weil es [...] mir halt Selbstbewusstsein gibt und dass ich mich einfach n bisschen standfester in meinem Leben fühle und mir auch leichter Dinge allgemein erklären kann [...].“ (Gymnasiastin, 16 Jahre, Transkription 3, Abs. 122)

Die Privilegierung von Abiturientinnen und Abiturienten auf dem Arbeitsmarkt wird jedoch auch als ungerecht beschrieben, da Unterschiede in den Abschlussniveaus nicht unbedingt als aussagekräftig für die tatsächlichen Fähigkeiten seien. Eine gute Schulbildung führe dazu, dass man später mehr Geld für die Gesundheit habe.

Insbesondere im Biologieunterricht lerne man wichtige Dinge (Aufklärungsthemen) zur Gesundheit z.B. zum Impfen, zur sexuellen Verhütung, Geschlechtskrankheiten oder zum Sonnenschutz. Der Schulbesuch bringe zudem Struktur in den Alltag und gebe einem dadurch eine gewisse Sicherheit. Sehr viele persönliche Entwicklungen fänden während der Schulzeit statt. Auch dadurch würde sich an jeder Schule ein ganz eigenes Sozialgefüge entwickeln, das für die Gesundheit wichtig sei.

Die *Gymnasiastinnen und Gymnasiasten* fanden Argumente dafür, dass in anderen Gesellschaften oder Lebensformen Bildung und Gesundheit nicht zwingend zusammenhängen

würden und außer der Möglichkeit, später mehr Geld dadurch zu verdienen, der Schulabschluss selbst nicht viel zur Gesundheit beitrage. Wenn man einen guten Job finde oder eine gute Lehre mache, könne man auch ohne Abitur erfolgreich und gesund sein. Ob Jugendliche im Schulkontext gesund oder krank blieben, hänge mehr von persönlichen Eigenschaften, als von der Schule ab.

Auch die *Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler* betonten, dass Bildung in unserer Gesellschaft und dadurch für die Gesundheit bedeutsam sei. Eine gute Bildung wurde als günstige Voraussetzung für viele Lebenssituationen beschrieben und gute Jobaussichten als Ansporn für das schulische Engagement. Die *Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler* würden später nicht nur über die Runden kommen wollen, sondern sich etwas leisten können (Urlaub, ein Auto). Mit der Berufsbildungsreife (BBR) bekomme man vielleicht einen Job, den man nicht wolle. Durch Bildung könne man sich und sein Umfeld besser schützen, indem man Gefahrenquellen kenne. Zudem würden einem manche therapeutische oder medizinische Hilfeleistungen nicht angeboten, wenn man weniger selbstbewusst sei. Für mehr Selbstbewusstsein sei die Bildung wichtig. In der Schule erlange man ein für die Gesundheit nötiges Grundwissen (die Basics in der Schule) und in Biologie etwas detailliertere Informationen zu Gesundheitsthemen. Zudem lerne man wichtige soziale Verhaltensregeln und einen normalen Umgang miteinander.

„Also ich finde, dass Schule schon dazu beitragen, was ein gesundes Leben ist, weil ich finde zu gesund ist nicht nur das körperlich gesunde, sondern auch wie man sich mit anderen Leuten verhält [...]. Die Eltern sollten einem schon beibringen, wie man sich gesund ernährt und so, aber ich finde jetzt, dass man normal mit andern Leuten umgeht oder so und sich nicht verletzt oder so, das lernt man auch in der Schule [...].“ (Sekundarschülerin, 14 Jahre, Transkription 1, Abs. 70)

Wenn man später anderweitig das nötige Geld verdiene oder genug von den Eltern gelernt habe, könne der Schulabschluss jedoch auch irrelevant für die Gesundheit sein. Denn es komme letztendlich auf den Beruf an, ob man gesund sei und bleiben könne. Durch soziale Kontakte könne die Notwendigkeit der Schulbildung reduziert werden, indem man auch ohne Zertifikate eingestellt würde, den familiären Betrieb übernehme oder sich selbstständig mache.

Synthese

Obwohl beide Gruppen die Bedeutung der reinen Schulbildung für Gesundheit relativieren, finden sie Argumente dafür, dass ein solcher Zusammenhang dennoch besteht. Die Jugendlichen sind sich einig, dass Bildung in unserer Gesellschaft als äußerst wichtig angesehen wird und die

allgemeinen Lebens- und Berufschancen massiv beeinflusst. Beide Gruppen benutzen einen sehr allgemeinen Bildungsbegriff. Die Schule wird als wesentlicher Lebenskontext in jungen Jahren angesehen und leitet aus Sicht der Jugendlichen direkt in die Berufstätigkeit über, die als äußerst bedeutsam für das spätere Leben (Einkommen, Selbstverwirklichung, Entfaltung von Interessen und Können, Familienversorgung etc.) empfunden wird. Das Abitur wird als die chancenreichste Investition in die Zukunft angesehen. Gesundheitswissen ist wichtig und wird zum Teil besser angenommen, wenn es in der Schule anstatt durch die Eltern vermittelt wird. In der Schule werden demnach wichtige soziale Verhaltensregeln erlernt, die für den Umgang miteinander und dadurch für die Gesundheit von Bedeutung sind. In beiden Gruppen wird betont, dass Bildung das Selbstbewusstsein stärkt und den Jugendlichen hilft, sich standfester im Leben zu fühlen. Die *Gymnasiastinnen und Gymnasiasten* betrachten ihre eigene Privilegierung am Arbeitsmarkt als kritisch, grenzen sich jedoch im Vergleich zu anderen Schulen (von sogenannten Brennpunktschulen) ab, während die *Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler* sich zum Schulabschluss der Berufsbildungsreife abgrenzen.

7. Einordnung

Im nachfolgenden letzten Abschnitt der Dissertation werden die empirischen Ergebnisse kurz zusammengefasst. Daran anschließend werden die Limitationen der Arbeit besprochen, wobei darauf hingewiesen werden soll, dass auch in den jeweiligen Diskussionsteilen der drei Einzelarbeiten spezifische Limitationen aufgeführt sind (Anlage 2). In Ansehung der Hauptforschungsfrage werden die empirischen Ergebnisse gemeinsam diskutiert und am Ende Schlussfolgerungen und Ableitungen für die Forschung und Praxis formuliert.

7.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Wie in der Einzelarbeit 1 verdeutlicht, sind ausgeprägte Unterschiede in der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten von jugendlichen Mädchen und Jungen je nach besuchter Schulform in Deutschland erkennbar. Die größten Vorteile ergeben sich für Jugendliche an Gymnasien und dies für alle untersuchten Gesundheitsindikatoren. Gymnasiastinnen und Gymnasiasten weisen häufiger eine gute bis sehr gute allgemeine Gesundheit und weniger psychische Auffälligkeiten auf, haben einen geringeren Tabakkonsum und eine höhere sportliche Aktivität. Die statistische

Kontrolle für den sozioökonomischen Status der Herkunftsfamilie zeigt, dass diese Unterschiede auch unabhängig der familiären Herkunft bestehen, was auf einen eigenständigen Zusammenhang von besuchter Schulform und Gesundheitschancen bei Jugendlichen schließen lässt.

In der Einzelarbeit 2 wurde der eigene Bildungsstatus von jungen Erwachsenen zu dem ihrer Eltern in Beziehung gesetzt. Es wird aufgezeigt, dass Bildungsabstiege seltener auftreten als Bildungsaufstiege und die intergenerationale Vererbung einer höheren Bildung am häufigsten ist. Intergenerationale Bildungsmobilität stellt aufwärts gerichtet eine Chance und abwärts gerichtet ein Risiko für die Gesundheit von jungen Menschen dar. Der Zusammenhang von Gesundheit und intergenerationaler Bildungsmobilität lässt sich bereits im Jugendalter erkennen und differenziert sich im jungen Erwachsenenalter noch einmal deutlich aus. Obwohl Bildungsaufsteigerinnen und Bildungsaufsteiger eine bessere allgemeine Gesundheit berichten als junge Frauen und Männer, die wie ihre Eltern eine geringere Bildung haben, erreichen sie nicht die gleichen gesundheitlichen Vorteile, wie diejenigen jungen Menschen, deren Eltern von vornherein höher gebildet waren und selbst den höchsten Schulabschluss erreicht haben. Es kann insofern von individuellen gesundheitlichen Vorteilen durch eine höhere Bildung ausgegangen werden, die jedoch nicht die ungleichen sozialen Startbedingungen zu einem früheren Zeitpunkt im Leben für die Gesundheit komplett aufheben können.

Nicht nur die sozialen, sondern auch die gesundheitlichen Voraussetzungen im Kindesalter prägen die Chancen auf eine gute psychische Gesundheit im Jugendalter. Den Ergebnissen der Einzelarbeit 3 zufolge kann von Prozessen der gesundheitlichen Selektion, aber auch von sozialer Verursachung (Kausation) bei der Entstehung und Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit in jungen Lebensjahren ausgegangen werden. Der sozioökonomische Status der Herkunftsfamilie im Kindesalter hat einen nachweisbaren indirekten Effekt auf psychische Auffälligkeiten im Jugendalter und wirkt von der einen in die andere Lebensphase hinein. Die soziale Herkunft, aber auch psychische Auffälligkeiten in der Kindheit beeinflussen direkt weitere, für gesundheitliche Ungleichheiten im Jugendalter relevante Maße sozialer Ungleichheit, wie den subjektiven Sozialstatus und auch die besuchte Schulform. Diese sind wiederum mit psychischen Auffälligkeiten im Jugendalter assoziiert.

Jungen und Mädchen weisen in allen drei Einzelarbeiten Unterschiede in der Ausprägung und im Verlauf von gesundheitlichen Ungleichheiten je nach betrachtetem Gesundheitsindikator auf, wobei die Effekte in die gleichen Richtungen tendieren.

Werden Jugendliche selbst zu Schulbildung, gesundheitlichen und sozialen Ungleichheiten befragt, wird deutlich, dass sie Bildung als äußerst wichtig für die allgemeinen Lebens- und Berufschancen und weniger dezidiert für die Gesundheit wahrnehmen. Teilweise wird dabei auch Bezug auf Aussagen der eigenen Eltern genommen. Die Jugendlichen räumen persönlichen Eigenschaften von Kindern und Jugendlichen, aber auch dem elterlichen Engagement, das mit der sozialen Herkunft der Eltern ansteigt, eine Rolle für gesundheitliche und Bildungschancen ein. Die Schule wird als ein Ort angesehen, an dem die Gesundheit von Jugendlichen teilweise gefördert und teilweise gefährdet werden kann. Während am Gymnasium oder auf Gymnasialniveau eher der Leistungsdruck, die hohen Anforderungen und die Konkurrenz der Schülerinnen und Schüler untereinander von diesen problematisiert werden, sind es an der Sekundarschule eher die persönlichen Voraussetzungen der Kinder und Jugendlichen, aber auch die Mitschülerinnen und Mitschüler, die als Risiko für die Gesundheit angesehen werden. Zwar wird angemerkt, dass vonseiten der Schulen versucht wird, die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern zu fördern. Hier sind jedoch häufig das Gesundheitsverhalten und die körperliche Gesundheit im Fokus, obwohl die Jugendlichen größere Unsicherheiten gegenüber der psychischen Gesundheit betonen und mehr über den Umgang mit Stress erfahren wollen.

7.2 Limitationen

Mit der Dissertation wurden die häufig nur in zweiseitigem Verhältnis betrachteten Konstrukte Schulbildung, gesundheitliche und soziale Ungleichheiten zusammen betrachtet und so Erkenntnisse zu deren komplexem Zusammenspiel herausgearbeitet. Durch die Gegenüberstellung der quantitativen Ergebnisse mit den subjektiven Sichtweisen von Jugendlichen, erfolgte eine neue und bisher an anderer Stelle nicht umgesetzte Vertiefung dieser Erkenntnisse zu diesem Zusammenhang. Dennoch verbinden sich mit der Arbeit Limitationen, die im Folgenden kurz dargelegt werden sollen.

Wie im Abschnitt zum Forschungsrahmen beschrieben wurde, ist die gesundheitliche Entwicklung von jungen Menschen multifaktoriell beeinflusst. Die gewählte Analysestrategie stellt eine Reduktion dieser Einflüsse dar und klammert Aspekte aus, die für gesundheitliche Unterschiede in jungen Lebensjahren relevant sind. Nicht einbezogen wurden in diese Arbeit beispielsweise die persönlichen Eigenschaften der jungen Menschen und ihre familiäre Lebenssituation (Ein-Eltern-, Zwei-Eltern-, Patchwork-Familien, Geschwister, Familienklima, familiäre Beziehungen, usw.). Obwohl der Migrationshintergrund in Deutschland stark mit Indikatoren der sozialen Ungleichheit assoziiert ist und vermutlich auch eine eigenständige Rolle

in der Verknüpfung von Bildungs- und Gesundheitschancen spielt, wurde dieser in den quantitativen Analysen nur einbezogen, nicht aber die eigenständige Rolle verschiedener Dimensionen des Migrationshintergrundes analysiert. Auch wenn im Forschungsrahmen hinsichtlich des Migrationshintergrundes und des Geschlechts das Konzept der Intersektionalität als wichtig für die Analyse von mehrdimensionalen Zusammenhängen beschrieben wurde, konnte mit der vorliegenden Dissertation keine Analysestrategie angewandt werden, die diesem Konzept gerecht würde. Im Schul- und Bildungskontext wurde zudem der komplette Leistungskomplex ausgeblendet, der z.B. bildungsbezogene Kompetenzen und die Schul- oder Abschlussnoten betrifft. Hinsichtlich der besuchten Schulform konnte nicht auf das Schul- und Klassenklima eingegangen werden und auch die Freundes- und Peergruppe der jungen Menschen blieb in den vorgestellten Analysen außer Acht. Diese Beschränkung im Forschungsdesign der Dissertation ergab sich teilweise aus einer eingeschränkten Verfügbarkeit an erhobenen Indikatoren in der KiGGS-Studie. Die Fokussierung auf ein institutionelles und formales Bildungsverständnis, im Sinne der ausschließlichen Betrachtung der besuchten Schulform und des höchsten Schulabschlusses, ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Bei Schulformvergleichen muss zudem bedacht werden, dass an den einzelnen Schulformen eine unterschiedliche Altersstruktur herrscht. An Gymnasien sind Schülerinnen und Schüler aufgrund der zusätzlichen Abiturjahre im Altersdurchschnitt zumeist älter als an anderen Schulformen. Im Forschungsstand wurde aufgezeigt, dass für die psychische Gesundheit (Klipker et al., 2018, S. 39) das Alter für die Ausprägung gesundheitlicher Unterschiede wichtig ist. In allen Einzelarbeiten wurden daher die vollendeten Lebensjahre der analysierten Gruppen statistisch einbezogen. Die inhaltliche Festsetzung der untersuchten Altersphasen Jugend- und junges Erwachsenenalter wurde vorab am Forschungsstand ausgerichtet. Dennoch stellen diese Grenzziehungen eine Verallgemeinerung dar und können keine individuellen Entwicklungsstände berücksichtigen.

Mit der Verwendung mehrerer Erhebungswellen von KiGGS verbindet sich die Chance, gesundheitliche Ungleichheiten im Lebensverlauf, also über mehrere Zeitpunkte und Übergänge hinweg, zu analysieren. Eine Limitation der KiGGS-Studie, die die Ergebnisse der Einzelarbeit 2 und 3 betrifft, resultiert aus einem Moduswechsel in der Befragung der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Während KiGGS Welle 1 als Telefoninterview umgesetzt wurde, fanden die KiGGS Basiserhebung und Welle 2 schriftlich statt. Dies kann Unterschiede im Antwortverhalten der Befragten nach sich ziehen (Hoebel et al., 2014, Hox et al., 2015). Eine zusätzliche Herausforderung, die sich aus der Datenerhebung ergibt, ist eine sich über die

Erhebungszeiträume verringernde Teilnahmebereitschaft in Kohortenstudien, zu der eine geringere Teilnahmebereitschaft von Befragten mit niedrigerem sozialen Status hinzukommt (Lange et al., 2014, Lange et al., 2018). Beide Phänomene können zu einem Selektionsbias führen, sodass in Befragungsstudien die höheren Statusgruppen häufig über- und die unteren Statusgruppen unterrepräsentiert sind. Ergebnisse für die stärker repräsentierten Gruppen gelten in der Folge als statistisch besser abgesichert. In allen Einzelarbeiten wurden daher für die statistischen Analysen Gewichtungen verwendet, die die unterschiedliche Teilnahmebereitschaft entlang der Statusgruppen zu berücksichtigen versuchen und das Längsschnittdesign der Studien einbeziehen. Die Gewichtungsfaktoren richten sich für jede Erhebungswelle an der soziodemografischen Zusammensetzung der deutschen Wohnbevölkerung (Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status und Wohnregion) in den jeweiligen Erhebungszeiträumen aus (Lange et al., 2018).

Da unter den Schülerinnen und Schülern der Haupt-, Real- und Gesamtschulen am häufigsten diejenigen mit niedrigem Sozialstatus vertreten sind, kann die gemeinsame Betrachtung der besuchten Schulformen im Vergleich zu Gymnasien die geringeren Fallzahlen in der niedrigen Statusgruppe zum Teil kompensieren. Gleichzeitig war diese Zusammenlegung aufgrund der föderalistischen Gestaltung des deutschen Schulsystems auch inhaltlich unumgänglich (Reiss et al., 2016, S. 32). Daraus ergibt sich jedoch der Nachteil, dass differenziertere Aussagen zu den einzelnen Schulformen (außer dem Gymnasium) in den Einzelarbeiten nicht möglich sind. Gruppenunterschiede zwischen den einzelnen nicht-gymnasialen Schulformen bleiben so unsichtbar. Obwohl sich insbesondere auch im Vergleich zu Schulen mit sonderpädagogischem Schwerpunkt oder mit Reformschulen Unterschiede in der Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen vermuten lassen, wurden diese Schulformen aufgrund der sehr geringen Fallzahlen in den Datensätzen und ihrer spezifischen Ausrichtung von allen Analysen ausgeschlossen. Die dargestellten Ergebnisse umfassen hinsichtlich der besuchten Schulform nur Kinder und Jugendliche, die die klassischen weiterführenden Schulen besuchen. Nicht berücksichtigt sind in Einzelarbeit 1, 3 und in den Gruppengesprächen zudem Jugendliche, die im Alter von 11 bis 17 Jahren keine Schule (mehr) besuchen. Junge Menschen, die entweder ganz oder frühzeitig aus dem Schul- und Bildungssystem fallen, sogenannte „NEET“ („Not in Education, Employment or Training“), sind jedoch häufig besonders stark von sozioökonomischer Benachteiligung und Exklusion betroffen. Dies geht mit entsprechenden Konsequenzen für die Entwicklungs- und Gesundheitschancen einher (Bynner und Parsons, 2002, Stewart et al., 2017). Diese besonders benachteiligte Gruppe konnte aufbauend auf die vorhandene Datenbasis im Jugendalter jedoch nicht berücksichtigt werden. Hinsichtlich der Schulabschlüsse sind in Einzelarbeit 2 auch

diejenigen jungen Erwachsenen in die Analysen einbezogen, die keinen Schulabschluss erreicht haben. Jedoch ergibt sich auch hier das Problem, dass keine differenzierten Aussagen zu Personen mit niedrigerem Schulabschluss und denjenigen ohne einen solchen getroffen werden können.

Auch für die qualitativen Ergebnisse sind der Erhebungsmodus und die Gruppenzusammensetzung der Befragten für die Interpretation der Ergebnisse relevant. In der Gruppe der Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler gab es nur eine Person, die nicht das Abitur anstrebt. Hier ist eine deutliche Unterrepräsentation von Jugendlichen, die auf geringerem Lernniveau zu verorten sind, festzustellen. Bei Gruppenbefragungen kann es außerdem zu Verzerrungen im Antwortverhalten kommen. Hierfür können z.B. soziale Kontrolle, Scham und Gruppendynamiken von Bedeutung sein (Flick, 2011, S. 259), die im Rahmen des gewählten Forschungsdesigns jedoch nicht explizit dokumentiert oder analysiert werden konnten. Es ist denkbar, dass in Einzelinterviews weitere und andere Sichtweisen zutage gekommen wären. Die Befragung in Gruppen wurde dennoch gewählt, damit die Ergebnisse mit den quantitativen Analysen, die ebenso auf Gruppenebene stattfanden (z.B. im Gegensatz zu Fixed Effects-Modellen auf Individualebene) in Beziehung gesetzt werden können. Die gesamten empirischen Ergebnisse dieser Arbeit heben insofern auf Gruppenunterschiede und nicht auf individuelle Verläufe ab.

7.3 Diskussion

Bedeutung der Herkunftsfamilie und Schulbildung für die Gesundheit

Obwohl in Deutschland Chancengleichheit als „Maxime der Bildungspolitik und Gestaltung von Bildungssystemen“ gilt (Becker, 2016, S. 183), wurde in den Ergebnissen der drei Einzelarbeiten und der Gruppengespräche der Zusammenhang von sozialer Herkunft und Bildung in jungen Lebensjahren erneut und für verschiedene Maße von sozialer Herkunft deutlich. Für den sozioökonomischen Status der Herkunftsfamilie konnte gezeigt werden, dass dieser stark die besuchte Schulform der Jugendlichen beeinflusst. Für den Bildungshintergrund zeigte sich ebenso, dass der höchste elterliche Schulabschluss den eigenen Schulabschluss von jungen Erwachsenen maßgeblich prägt. Eine hohe Bildung wird dabei besonders häufig von Generation zu Generation weitergegeben. Dass unter mehr Aufwand soziale Abstiege vermieden werden, steht in Einklang mit der Hypothese vom Stuserhalt (Goldthorpe, 2007, S. 154ff) und den primären und sekundären Herkunftseffekten bei Bildungsentscheidungen (Boudon, 1974, S. 29ff). In den Ergebnissen der Gruppengespräche konnte herausgearbeitet werden, dass sich

dieser Aufwand auch anhand der Unterstützungsfähigkeit der Eltern differenziert. Die befragten Jugendlichen betonten, dass die höher gebildeten Eltern der Gymnasiastinnen und Gymnasiasten besser bei auftretenden Schulproblemen, z.B. durch Hilfe bei Schulaufgaben, unterstützen könnten. Zudem werden scheinbar auch durch entsprechende Kommunikation in den Familien Bildungsentscheidungen der Nachkommen vonseiten der Eltern zu steuern versucht. Laut den Jugendlichen wird z.B. von den eigenen Eltern negativ kommentiert, wenn Freunde frühzeitig vom Gymnasium abgehen. Nicht das Abitur zu erreichen, wird in den Familien als Abbruch bezeichnet, auch wenn die Jugendlichen bereits den Mittleren Schulabschluss gemacht haben.

Im Kontrast zur starken Einflussnahme der Eltern auf den Bildungserfolg ihrer Kinder, empfinden die befragten Jugendlichen die Wahl des angestrebten Schulabschlusses als wichtige und von den Eltern unabhängige Entscheidung. Hier zeigt sich möglicherweise die Illusion der Chancengleichheit (Geißler, 2004). Bereits in jungen Lebensjahren werden durch die gesellschaftlich postulierte meritokratische Ordnung (Erfolg durch eigene Leistung, Fleiß und Motivation) Bildungsentscheidungen individualisiert. Dass diese auch das Produkt von vorab strukturierenden Ungleichheitsverhältnissen sein können, was in dieser Arbeit anhand des sozioökonomischen Status und der Bildung der Eltern gezeigt werden konnte, findet in den Aussagen der befragten Jugendlichen keinen Niederschlag. Zu beachten ist jedoch, dass die in den Gruppengesprächen getätigten Aussagen überwiegend von Jugendlichen stammen, die zwar unterschiedliche Schulen besuchen, aber fast alle das Abitur anstreben. Unklar bleibt insofern, ob sich alle jungen Menschen die Entscheidungsmacht über die eigene Schulbildung zusprechen. In einer Befragung von jungen Erwachsenen, die als nicht erfolgreich im Bildungssystem gelten, wurde herausgearbeitet, dass im Zusammenhang mit den eigenen schlechten Schulleistungen häufig der Freundeskreis, die Peergruppe und die Mitschülerinnen und Mitschüler oder die familiären Verhältnisse als Begründung angeführt wurden (Losch, 2017, S. 74f). Eine mögliche Interpretation dieser Erkenntnisse könnte sein, dass junge Menschen, die erfolgreich im Bildungssystem sind, eher dazu neigen, ihre Erfolge sich selbst zuschreiben, was ihr Selbstbewusstsein steigert und sich auch in Bezug auf die Gesundheit zusätzlich positiv auswirken kann. Ausbleibende Erfolge auf externe Umstände zurückzuführen kann als Strategie von jungen Menschen angesehen werden, um durchaus auch gesundheitsrelevante Auswirkungen, wie Scham oder ein vermindertes Selbstwertgefühl, zu vermeiden. Dies kann im Einklang mit einer geringeren Selbstwirksamkeitsüberzeugung stehen, die auch in Verbindung mit gesundheitlichen Nachteilen gesehen wird (Schwarzer, 1994).

Mit dem Leitbild der Chancengleichheit in modernen Bildungsgesellschaften wird nicht nur die Möglichkeit gesehen, allen jungen Menschen eine gute Schulbildung zu gewähren, sondern auch die potenzielle Gefahr, dass junge, in der Schule weniger erfolgreiche Menschen, die alleinige Verantwortung für diese Misserfolge übernehmen und als ihr persönliches Versagen bewerten, obwohl diese durchaus auch auf strukturelle Bedingungen zurückgeführt werden könnten (Eckersley, 2006, Solga, 2009, Giesinger, 2007). Es wird davon ausgegangen, dass dies negative gesundheitliche Konsequenzen haben kann (Elstad, 2010). Dem Auftreten von Ungleichheiten in jungen Lebensjahren entgegenzuwirken stellt vor allen Dingen dann eine Herausforderung dar, wenn Bildungseinrichtungen als einzige gesellschaftliche Puffer für ungleiche soziale Startbedingungen fungieren sollen. Das deutsche Bildungssystem befindet sich daher in einer zwiespältigen Rolle. Über eine grundsätzliche und rechtlich verankerte Offenheit des Bildungssystems und die Schulpflicht wird versucht, entlang des Prinzips der Chancengleichheit soziale Startunterschiede auszugleichen und allen Kindern und Jugendlichen prinzipiell die gleichen Chancen auf schulischen und beruflichen Erfolg zu eröffnen. Da der Arbeitsmarkt jedoch funktional differenziert ist, also unterschiedliche Positionen bereithält, die sich nach Befähigungsstufen unterscheiden, ist das Ziel des Bildungssystems jedoch nicht nur die Bildung und Befähigung, sondern auch die Leistungs differenzierung der nachkommenden Generation. Der gesellschaftliche Diskurs um die Bedeutung der Schule orientiert sich insofern am Wert der Gleichheit, während ihre Funktion durchaus auch an Ungleichheit ausgerichtet ist (Giesinger, 2015). Die Chancengleichheit kann auf diskursiver Ebene als überproportional zu den Maßnahmen auf Praxisebene erscheinen. Man kann dies als Ausrichtungsdiskrepanz im Bildungssystem verstehen und es ist möglich, dass diese Ambivalenz für einige Teilnehmende, und dies sowohl aufseiten der Schülerinnen und Schüler als auch des Schulpersonals, schwer auszuhalten und auszubalancieren ist. Auch in den befragten Gruppen verdeutlichte sich eine gewisse Ambivalenz hinsichtlich der Funktion und Wertvorstellung von Schulbildung und den damit einhergehenden Chancen. So zeigte sich bei den befragten Jugendlichen ein gewisses Distinktionsbestreben durch die jeweilige Abgrenzung zu weniger qualifizierenden Bildungsniveaus bei gleichzeitiger Infragestellung dieser Praxis. Die Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler distanzieren sich in den Gesprächen z.B. von der Berufsbildungsreife (BBR), während die Gymnasiastinnen und Gymnasiasten sich von sogenannten Brennpunktschulen abgrenzen. Der Erfolg in der Schule wird von ihnen an der Motivation und an der Fähigkeit mit Stress umzugehen festgemacht, was sie als persönliche Eigenschaften auffassen und als eine individualisierte Vorstellung von Leistung und Erfolg verstanden werden kann. Gleichzeitig wurde aber von den Jugendlichen am Gymnasium die Priorisierung des Abiturs auf dem

Arbeitsmarkt kritisiert und als ungerecht beschrieben, denn in ihren Augen spiegelt der Schulabschluss nicht die tatsächlichen Fähigkeiten der Menschen angemessen wider.

Auch wenn die befragten Jugendlichen die Schulbildung als weniger wichtig für die Gesundheit erachten und in erster Linie als bedeutsam für die Berufschancen und die spätere Möglichkeit, Geld zu verdienen ansehen, finden sich in der Forschung und im gesellschaftlichen Diskurs deutliche Hinweise darauf, dass auch nicht-monetäre und gesundheitliche Vorteile mit einer höheren Bildung einhergehen (Becker et al., 2019). In Einzelarbeit 2 konnte gezeigt werden, dass ein hoher Schulabschluss mit einer höheren Chance auf eine gute bis sehr gute allgemeine Gesundheit assoziiert ist. Die Bedeutung der Bildung für diverse Lebensbereiche herauszuarbeiten ist wichtig, um auf strukturelle Ungleichheiten aufmerksam machen zu können und gegebenenfalls entsprechende politische Maßnahmen für die Unterstützung von benachteiligten Gruppen abzuleiten (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2018, S. 2). Mit der Betonung der verbesserten Lebens- und Gesundheitschancen kann für junge Menschen und ihre Familien ein Anreiz geschaffen werden, in die eigene Bildung zu investieren. Durch die wiederholten öffentlichen Debatten zu nicht-bildungsbezogenen Bildungserträgen und Aufstiegschancen und den Einfluss der Eltern kann sich jedoch auch der Druck, den junge Menschen bezüglich des Erfolgs in der Schule verspüren, deutlich erhöhen. Die befragten Jugendlichen beschreiben, dass dies auch mit gesundheitlichen Folgen einhergehen kann. Die Negierung der Bedeutung von Bildung für die Gesundheit in den Gruppengesprächen kann insofern auch als Strategie interpretiert werden, mit diesem Druck umzugehen. Dies müsste jedoch an anderer Stelle und durch den Einsatz eines qualitativ-vertiefenden Forschungsdesigns weiter erforscht werden.

In Einzelarbeit 3 konnte herausgearbeitet werden, dass der (familienbezogene) sozioökonomische Status in der vorhergehenden Lebensphase sehr wichtig für die Gesundheit von Jugendlichen ist und sich indirekt fortsetzt. Für einen Großteil der Kinder und Jugendlichen aus weniger begünstigten Familien kann von gesundheitlichen Gewinnen durch eine höhere Bildung und den Besuch eines Gymnasiums ausgegangen werden. Jedoch werden die ungleichen sozialen Startbedingungen zu einem früheren Zeitpunkt im Leben für die Gesundheit dadurch nicht komplett aufgehoben. Wird ausschließlich der Bildungsstatus von jungen Menschen oder der ihrer Herkunftsfamilie betrachtet, wie es in sozialepidemiologischen Studien durchaus geschieht, bleiben Aspekte der Binnendifferenzierung innerhalb von Bildungsgruppen verborgen. Dadurch droht jedoch die langanhaltende Wirksamkeit von sozialer Ungleichheit in früheren Lebensphasen verkannt zu werden.

Bildungsaufstiege als Chance für die Gesundheit

Soziale Mobilitätsprozesse gelten als Chance in modernen Gesellschaften (Solga, 2009, S. 72). Aufstiegsbewegungen transportieren teilweise die Vorstellung von der individuellen Gestaltbarkeit des eigenen Lebens und werden für die Akzeptanz und Legitimation von sozialen Ungleichheiten als wichtig erachtet (Müller und Pollak, 2015, S. 7). Mit den Ergebnissen der Einzelarbeit 2 konnte jedoch auch gezeigt werden, dass die Verbesserung der Gesundheitschancen durch Bildungsaufstiege durchaus Grenzen aufweist. Junge Menschen mit intergenerationale Bildungsaufstieg berichten häufiger eine gute allgemeine Gesundheit als Gleichaltrige ohne Bildungsaufstieg. Bildungsaufsteigerinnen und Bildungsaufsteiger erreichen aber nicht die gleichen guten Gesundheitschancen wie Gleichaltrige mit hoch gebildeten Eltern und eigener hoher Bildung. Hierfür kann von Bedeutung sein, dass in Bezug auf Mobilitätsprozesse in dieser Arbeit die Gesundheit von jungen Erwachsenen in den Fokus gerückt wurde. Denn die allgemeine Mehrbeteiligung von Kindern und Jugendlichen aus allen sozialen Gruppen an einer höheren Schulbildung im Zuge der Bildungsexpansion, setzt sich nicht gleichermaßen in einer anschließenden tertiären (universitären) Bildung im jungen Erwachsenenalter fort. Diese ist letztendlich aber für die Positionierung am Arbeitsmarkt entscheidend (Lörz und Schindler, 2011, S. 472). Eine hohe Schulbildung kann insofern als (fast) unumgängliche Voraussetzung, nicht aber als alleinige Garantie für den späteren Erfolg am Arbeitsmarkt angesehen werden. Wenn sich Bildungsgewinne im Schulsystem nicht im Ausbildungs- und Berufssystem fortsetzen, kann dies im Sinne des Konzepts der „Effort-Reward-Imbalance“ (Siegrist und Wahrendorf, 2016) Gratifikationskrisen hervorrufen, die, wie im Forschungsrahmen beschrieben wurde, häufig mit gesundheitlichen Konsequenzen einhergehen. Dies steht im Einklang mit der Aussage der befragten Jugendlichen, dass sie Schulbildung im Allgemeinen, vor allem aber das Abitur im Speziellen, als Investition in die Zukunft ansehen.

Entlang der Frage, warum der Übergang in die tertiäre Bildung erneut stark und sogar stärker als beim Übergang in die Sekundarschulen von der sozialen Herkunft abhängt (Lörz und Schindler, 2011), wird die These aufgestellt, dass auch für den Übergang ins Ausbildungs- und Berufssystem die elterlichen kulturellen und finanziellen Ressourcen eine Rolle spielen (Schindler und Reimer, 2010). Höher gebildete Eltern können vermutlich besser bei der Wahl eines Studienfaches oder bei der Studienbewerbung an einer Universität unterstützen. Trotz staatlicher Finanzierungshilfen wie dem BAföG (Bundesausbildungsförderungsgesetz) sind zudem viele junge Menschen im Studium weiterhin finanziell von der Unterstützung ihrer Eltern abhängig (Bargel und Bargel, 2010). Gleichzeitig wirkt der Wunsch nach schneller finanzieller

Unabhängigkeit unter jungen Menschen aus weniger begünstigten Familien als Hemmfaktor für Aufnahme und Abschluss eines Studium in dieser Gruppe (Bargel und Bargel, 2010). In den Gruppengesprächen betonen die Jugendlichen im Einklang damit, dass sie ihre Eltern insbesondere bei der Beratung zur Berufsentscheidung als wichtige Ressource wahrnehmen. Dass für die Gesundheit nicht nur die eigene, sondern auch die Bildung der Eltern am Übergang vom Jugend- ins junge Erwachsenenalter bedeutsam ist, konnte in der Arbeit herausgestellt werden. Wie genau sich die Unterstützungsfähigkeit der Eltern explizit am Übergang ins Berufs- und Ausbildungssystem differenziert und mit gesundheitlichen Konsequenzen einhergeht, wäre weiter zu vertiefen.

Eine längere Schulzeit kann für Jugendliche in Ansehung der Ergebnisse zum jungen Erwachsenenalter auch als Schutzraum vor den Anforderungen im Erwachsenenalter verstanden werden. Mit dem Verlassen der Schule eröffnen sich in diesem Sinne neue Herausforderungen für junge Menschen, die mit gesundheitlichen Chancen und Risiken einhergehen können. Die befragten Jugendlichen beschreiben es z.B. als Vorteil, mit dem Abitur auch mehr Zeit für die Berufsentscheidung, etwa eine Lehre oder ein Studium anzufangen, zu haben. Auch die Struktur, die die Schule den Jugendlichen im Alltag gibt, wird von den Befragten als eine gewisse Sicherheit beschrieben. Dies hängt sehr wahrscheinlich stark mit der jeweils besuchten Schule zusammen und wurde in diesem Fall von den Gymnasiastinnen und Gymnasiasten erwähnt. Insgesamt steht diese Aussage durchaus im Einklang mit Arbeiten, die große (gesundheitliche) Nachteile bei jungen Menschen herausarbeiten konnten, die frühzeitig das Schulbildungssystem verlassen (Bynner und Parsons, 2002, Stewart et al., 2017).

Bildungsabstiege als Risiko für die Gesundheit

Dass Bildungsabstiege als besonders bedrohlich erlebt werden, wird bei jungen Menschen im Zusammenhang mit der Angst vor Schulversagen (Schmeiser, 2003), vor Anerkennungsverlusten durch die Herkunftsfamilie und mit Identitätskrisen (Newman, 1988) gesehen. In Einzelarbeit 2 konnte gezeigt werden, dass Bildungsabstiege sehr negativ mit der allgemeinen Gesundheit assoziiert sind. Dadurch konnte der Forschungsstand, in dem bisher überwiegend ein risikoreiches Gesundheitsverhalten für diese Gruppe herausgearbeitet wurde, erweitert werden. Interessant ist, dass sich die negativen Auswirkungen von Bildungsabstiegen zwar schon im Jugendalter andeuten, im jungen Erwachsenenalter aber besonders stark zum Ausdruck kommen. Auch hier liegt die Vermutung nahe, dass dies mit dem Übergang ins Ausbildungs- und Berufsleben im direkten Zusammenhang steht. Da in Deutschland die berufliche Bildung sehr

stark an den Schulabschluss gebunden ist, können in dieser Lebensphase nicht zufriedenstellende Abschlussniveaus oder ein nicht erreichter Schulabschluss als besonders bedrohlich empfunden werden. Dies kann sich im Zuge von sozialen Vergleichsprozessen verstärken, wenn das Thema im Freundes- oder Bekanntenkreis sehr stark fokussiert wird. Dass junge Bildungsabsteigerinnen und Bildungsabsteiger ihre allgemeine Gesundheit sehr schlecht einschätzen, kann möglicherweise in Zusammenhang mit weiteren, bereits für diese Lebensphase nachgewiesenen ungesunden Verhaltensweisen und mit Problemen in der psychischen Gesundheit in Verbindung stehen. Im jungen Erwachsenenalter sind, wie im Forschungsrahmen beschrieben, ungesunde Verhaltensweisen, wie z.B. der Substanzkonsum, besonders ausgeprägt (National Research Council, 2015, S. 56). Dies kann mit einer weniger guten allgemeinen Gesundheit in Verbindung gebracht werden, aber auch als Folge oder Versuch der Kompensation der oben erwähnten Ängste verstanden werden (Gugushvili et al., 2018, Dennison, 2017). Neben dem Substanzkonsum sind psychische Probleme die am stärksten auftretenden gesundheitlichen Risiken im jungen Erwachsenenalter (National Research Council, 2015, S. 56), die ebenfalls sehr stark mit der allgemeinen Gesundheit in jungen Lebensjahren assoziiert sind (Lachytova et al., 2017).

Besuchte Schulform und Gesundheit

Hinsichtlich der Frage nach gesundheitlichen Unterschieden entlang der besuchten Schulform konnte in den Einzelarbeiten 1 und 3 gezeigt werden, dass Jugendliche an Gymnasien auch unabhängig des familiären sozioökonomischen Status bessere Gesundheitschancen aufweisen als Gleichaltrige an anderen Sekundarschulen. Gefragt nach den gesundheitlichen Effekten einer höheren Bildung betonen die Gymnasiastinnen und Gymnasiasten, dass ihr Selbstbewusstsein durch die bessere Bildung gestärkt wird und dadurch psychische Belastungen reduziert werden können. Dies kann als Hinweis auf Effekte entsprechend der Kausationshypothese an Gymnasien angesehen werden, also eine Beeinflussung der Gesundheit durch soziale Ungleichheit darstellen. In Einzelarbeit 3 wurde im Kontrast dazu deutlich, dass nicht nur der sozioökonomische Status der Herkunftsfamilie, sondern auch psychische Auffälligkeiten in der Kindheit die Chancen auf den Besuch eines Gymnasiums im Jugendalter verringern. An der ISS benennen die befragten Jugendlichen die Fähigkeit, mit Stress umgehen zu können und die eigene Motivation als wichtige Voraussetzung, um die Anforderungen in der Schule zu bewältigen und gesundheitliche Folgen, die durch den Leistungsdruck entstehen können, zu vermeiden. Der Umgang mit Stress und das Aufbringen einer eigenen Motivation werden in

anderen gesundheitswissenschaftlichen Arbeiten durchaus als Indikatoren einer gesunden psychischen Konstitution verstanden (Garmezy et al., 1984, Nolen-Hoeksema et al., 1986, Sideridis, 2005). Insofern können für die Sekundarschule selektive Effekte, also die Beeinflussung des Schulerfolgs durch gesundheitsbezogene Unterschiede, angenommen werden.

Die Selektion an unterschiedliche Schulformen auch nach psychischer Gesundheit birgt die Gefahr einer doppelten Benachteiligung aufseiten von Kindern und Jugendlichen aus weniger begünstigten Familien. Denn in diesen treten etwa aufgrund der höheren Belastung der Familien (Hurrelmann, 2016) häufiger psychische Auffälligkeiten bei Kindern auf. Wenn sich dies wiederum auf den Besuch der weiterführenden Schule auswirkt, der mit ungleichen Gesundheitschancen einhergeht, fungiert die Schule beziehungsweise das Schulsystem wie ein Katalysator für gesundheitliche Ungleichheiten in jungen Lebensjahren. Bestehende Unterschiede können durch die Selektionspraxis an unterschiedliche Schulformen mit unterschiedlichen Bedingungen für die gesundheitliche Entwicklung verstärkt werden. Die Selektion nach Gesundheit streift aber auch noch eine weitere Diskussion. Unter dem Stichwort der „Medikalisierung“ wird problematisiert, dass ursächlich soziale Probleme, so etwa Schwierigkeiten im Schulkontext, zu schnell als gesundheitliche Probleme markiert werden. Daraus können sich nicht nur ungleiche Bildungschancen ergeben, sondern auch die Gefahr der frühen Stigmatisierung und Exklusion, die selbst mit negativen Konsequenzen für die Gesundheit einhergehen können (Liebsch, 2009). In diesem Kontext fällt hinsichtlich der Ergebnisse von Einzelarbeit 1 auf, dass zwar an allen berücksichtigten Schulformen psychische Auffälligkeiten unter den Schülerinnen und Schülern zutage treten, dies jedoch besonders häufig auf Verhaltensauffälligkeiten und Hyperaktivität/Unaufmerksamkeit an Sekundarschulen zutrifft. Erklärungsansätze, warum gesundheitliche Unterschiede zwischen den Schulformen besonders stark in den externalisierenden (also nach außen deutlich erkennbaren) Auffälligkeiten ausfallen, könnten sein, dass entweder die nichtgymnasialen Schulformen einen Kontext darstellen, in dem sich diese Auffälligkeiten besonders häufig herausbilden oder aber Kinder, die in ihrem Verhalten als auffällig gelten (verhaltensauffällig, hyperaktiv und unaufmerksam), weniger Leistungsfähigkeit zugeschrieben wird und sie daher nicht den Übergang an ein Gymnasium empfohlen bekommen. Es ist denkbar, dass die soziale Nichtpassung von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem geringeren Sozialstatus im Kontext Schule dafür eine Rolle spielt. In Großbritannien konnte in einer Studie gezeigt werden, dass Jugendliche, die aus weniger begünstigten Familien kommen auch von ihren Mitschülerinnen und Mitschülern als „laut, aufdringlich, kriminell, auffällig gekleidet“ und in der Konsequenz als „bildungsfeindlich“ angesehen werden (Rogge und Groh-Samberg, 2015, S. 44). Hierin zeigt sich, dass die

Zuschreibung von Bildungsfähigkeit auch anhand von nach außen gerichteten Verhaltensweisen festgemacht wird, was sich auch in den Beurteilungen durch das Lehrpersonal widerzuspiegeln scheint (Dumont et al., 2014).

In Anlehnung daran arbeitet Elstad (2010, S. 141ff) heraus, dass derartige Formen der Selektion bei jungen Menschen nicht nur Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben, sondern auch durch ablehnende, teilweise ungesunde und riskante Verhaltensweisen bewältigt werden. Die Selektion kann zudem ein Bewusstsein für die zukünftige soziale Stellung („Social Rank Awareness“) erzeugen und wiederum mit entsprechenden Haltungen und Verhaltensweisen ausgedrückt werden. In Einklang damit konnte in Einzelarbeit 3 gezeigt werden, dass die Wahrnehmung der eigenen sozialen Stellung im Jugendalter vom sozioökonomischen Status der Eltern, aber auch von der psychischen Gesundheit im Kindesalter beeinflusst wird und gleichzeitig mit der Gesundheit im Jugendalter assoziiert ist. Die erhöhten Tabakkonsumquoten und der häufiger auftretende risikoreiche Alkoholkonsum an Sekundarschulen, wie sie in Einzelarbeit 1 aufgezeigt wurden, kann in dem Sinne interpretiert werden, dass nicht-konformistisches Verhalten bei Jugendlichen auch im Schulkontext sanktioniert wird und manchmal durch gesundheitsschädliche Verhaltensweisen, wie einen erhöhten Substanzkonsum, kompensiert oder zu bewältigen versucht wird.

Dass die besuchte Schulform mit dem subjektiven Sozialstatus assoziiert ist, konnte hingegen nicht bestätigt werden. In der Gesamtschau zeigen die empirischen Ergebnisse eine Wechselwirkung von Gesundheit und der besuchten Schulform. Ob jedoch kausale und selektive Effekte gleichermaßen oder in unterschiedlicher Stärke an verschiedenen Schulformen auftreten, kann mit den vorliegenden Ergebnissen nicht beantwortet werden und wäre wichtig im Anschluss an die Arbeit weiter herauszuarbeiten.

Das Sozialgefüge und Schulklima werden mit gesundheitlichen Ungleichheiten an verschiedenen Schulformen in Verbindung gebracht (Freitag, 1998). Auch vonseiten der befragten Jugendlichen wurden insbesondere Vergleiche und Konkurrenzverhalten untereinander als Risikofaktoren für die eigene Gesundheit angesehen. Nach Meinung der Jugendlichen werden diese schon früh im Schulkontext, bereits in der Grundschulzeit, erlernt und durch Lehrpersonen initiiert. Im Forschungsrahmen wurde ersichtlich, dass soziale Vergleichsprozesse unter Gleichaltrigen gerade für die Gesundheit von Jugendlichen wichtig sind (Klocke, 2006). Dies steht zwar im Einklang mit den Aussagen der Jugendlichen, das Sozialgefüge wurde jedoch von ihnen nicht zwingend mit der besuchten Schulform in Verbindung gebracht. Die Bedingungen, die für die Gesundheit im Schulkontext relevant sein können, sind aus Sicht der Jugendlichen insofern

unabhängig der besuchten Schulform. Nach Ansicht der Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler sind das Schulklima, der Umgang miteinander und auch die Mitschülerinnen und Mitschüler wichtige Komponenten für die eigene Gesundheit. Sie bezeichnen Mobbing, Problemschüler und Personen, die einen nicht mögen und unter Druck setzen, als eine (gesundheitliche) Gefährdung in ihrem Schulalltag. Im Gegensatz dazu betonen die Gymnasiastinnen und Gymnasiasten, dass Mobbing an ihrer Schule keine Rolle spielt und kontrastieren die Ausstattung und das Sozialgefüge von anderen Schulen (in ihren Worten Brennpunktschulen) als problematisch für die Gesundheit von anderen Jugendlichen, die nicht ihr Gymnasium besuchen. Entlang der Gruppengespräche können Unterschiede im Sozialgefüge an verschiedenen Schulformen nur vermutet werden und sollten in weiteren Studien in ihrer Konsequenz für gesundheitliche Ungleichheiten in jungen Lebensjahren noch stärker berücksichtigt werden.

Auch wenn die frühe Selektion der Kinder und Jugendlichen an unterschiedliche Schulformen nach Lernniveau ein besonderes Merkmal des deutschen Sekundarschulsystems darstellt (Blossfeld et al., 2016a), ist es möglicherweise auch für Deutschland sinnvoll, nicht nur die Schulform, sondern auch die soziale Zusammensetzung und die sozialräumliche Lage der Schulen in Bezug auf die gesundheitlichen Ungleichheiten in jungen Lebensjahren einzubeziehen. Auf internationaler Ebene werden Schulvergleiche häufig hinsichtlich der sozioökonomischen Zusammensetzung der Schülerinnen und Schüler angestellt. Die soziale Herkunft der Kinder und Jugendlichen wird dann beispielsweise über das Einkommen der Eltern, den familiären Wohlstand oder die Ausstattung der Schulen approximiert (Moore et al., 2017). Für Deutschland müsste in weiteren wissenschaftlichen Arbeiten überprüft werden, ob anstelle der besuchten Schulform mehr noch das sozialräumliche Einzugsgebiet wichtig für die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler ist. Am Beispiel von Berlin konnte bereits gezeigt werden, dass diejenigen Schülerinnen und Schüler mit dem höchsten Förderbedarf weniger gute Bildungsvoraussetzungen in den von ihnen besuchten Schulen vorfinden (Helbig und Nikolai, 2019, S. 25f). In Einzelarbeit 3 wurde die sozialräumliche Deprivation in die Analysen einbezogen, dabei stellte sich kein Effekt auf psychische Auffälligkeiten in jungen Lebensjahren heraus, was wahrscheinlich jedoch mit der Verwendung eines sehr groben sozialräumlichen Maßes zusammenhängt. Es wäre wünschenswert, diesen Ansatz in weiteren Analysen und mit feineren Maßen für die sozialräumliche Lage weiter zu verfolgen.

Die Gruppengespräche mit Schülerinnen und Schülern beider Schulformen gaben insgesamt keine Hinweise auf geschlechtsspezifische Unterschiede in dem Zusammenspiel von Schulbildung, sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Es wurde aber auch nicht explizit danach

gefragt und die Gruppen, entgegen dem Forschungsdesign der quantitativen Analysen, nicht getrennt nach Mädchen und Jungen befragt. Die Ergebnisse der Einzelarbeiten sprechen jedoch dafür, dass beide Geschlechter von gesundheitlichen Ungleichheiten betroffen sind. Nach Geschlecht zeigen sich stärkere und schwächere Unterschiede je nach Gesundheitsindikator. Bei der selbstberichteten allgemeinen Gesundheit konnte man in Einzelarbeit 1 und 2 Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich des Zusammenhangs mit der besuchten Schulform und intergenerationaler Bildungsmobilität erkennen. Solche Unterschiede sind auch im Forschungsstand berichtet. So weisen Mädchen eher die Tendenz auf Probleme zu internalisieren und Jungen eher zu externalisieren, wenn bei ihnen psychische Auffälligkeiten festgestellt werden (Ihle et al., 2007). Neben weiteren mit Geschlecht assoziierten Unterschieden, etwa im Gesundheitsverhalten (Kolip et al., 2013), könnte auch auf einen geschlechtsspezifischen Umgang mit den Anforderungen in der Schule und im Bildungsverlauf sowie unterschiedliche Folgen für die Gesundheit geschlossen werden. Mädchen werden heute durchaus als Bildungsgewinnerinnen bezeichnet, da sie häufiger das Gymnasium besuchen und häufiger angeben, die Hochschulreife anzustreben (Albert et al., 2010, S. 74f). Wenn junge Bildungsaufsteigerinnen z.B. ihre guten schulischen Leistungen besser in eine erfolgreiche tertiäre Bildung übersetzen können, könnte dies als eine Erklärung dienen, warum sie hinsichtlich ihrer Gesundheitschancen durch Bildungsaufstieg besser abschneiden als ihre männlichen Altersgenossen. Aktuelle Zahlen verdeutlichen demgegenüber aber, dass zwar mehr junge Frauen ein Studium aufnehmen, jedoch gleich viele Frauen und Männer ein Studium abschließen, wobei der Anteil an männlichen Absolventen mit dem Qualifikationsniveau ansteigt (Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), 2017, S. 54 und 60). Es könnte erkenntnisreich sein, Bildungsrenditen nach Geschlecht im Zusammenhang mit gesundheitlicher Ungleichheit tiefergehend zu untersuchen. Bei der Analyse von gemischten Gruppen in sozialepidemiologischen Studien, macht es zudem Sinn, mehrere Gesundheitsindikatoren einzubeziehen, damit geschlechtsspezifische Variationen zwischen Mädchen und Jungen beziehungsweise Frauen und Männern berücksichtigt werden können, die sich in der Verwendung eines Gesundheitsindikators gegebenenfalls nicht verdeutlichen würden.

Gesundheitsförderung an Schulen

Die Ableitung, das Thema Gesundheit enger im Kontext Schule (mit)zudenken und (mit) zu diskutieren, liegt entsprechend der Erkenntnisse aus dem Forschungsrahmen auf der Hand. Seit dem Jahr 2015 ist dies sogar im Präventionsgesetz (Präv-G) verankert. In zahlreichen

Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention wird bereits an Schulen die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den Fokus gerückt (Paulus et al., 2016). Auch wenn diese Angebote das Gesundheitsbewusstsein von jungen Menschen stärken können, wird kritisiert, dass sie im gleichen Zuge Gefahr laufen, die Lebensstile von weniger begünstigten sozialen Gruppen zu stigmatisieren (Liebsch, 2009). In heutigen Zeiten der körperlichen Optimierung werden nicht nur Bildungserfolge als eigene Leistung, sondern zunehmend auch die Gesundheit als persönlicher Erfolg verstanden und stilisiert (Vobruba, 2012).

Darüber hinaus werden gesundheitsförderliche Programme und Maßnahmen vornehmlich an gut ausgestatteten Schulen umgesetzt. Dadurch werden wiederum eher Schülerinnen und Schüler, die ohnehin mit mehr persönlichen, sozialen und kulturellen Ressourcen ausgestattet sind, am ehesten erreicht (Bittlingmayer, 2009). Dem entgegenwirkend wird eine Chance darin gesehen, die Angebote in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung und Umsetzung partizipativ zu gestalten und die strukturellen Bedingungen gesundheitlicher Ungleichheit mit in den Blick zu nehmen (Rosenbrock, 2004). Die befragten Jugendlichen an der Sekundarschule problematisieren diesbezüglich, dass die Einheiten zur Gesundheitsförderung, die meist in Projektwochen stattfinden, überwiegend das Gesundheitsverhalten (Ernährung und illegale Drogen) in den Blick nehmen, obwohl sich die Schülerinnen und Schüler wünschen, mehr über den Umgang mit Stress zu lernen. Die Themensetzung und Bearbeitung von Gesundheitsförderung an Schulen sollte im doppelten Sinne sensibel geschehen und die Wünsche der Schülerinnen und Schüler einbeziehen und die Stigmatisierung von als ungesund geltenden Lebensweisen und Krankheit vermeiden. In diesem Zusammenhang ist auffällig, dass an beiden Schulformen die Befürchtung geäußert wurde, bei psychischen Erkrankungen keine Handlungsoptionen zu haben. Ob dies an der Fokussierung auf das Gesundheitsverhalten an den jeweiligen Schulen liegt oder andere Ursachen hat, kann mit den Ergebnissen dieser Arbeit nicht gesagt werden. Es wäre aber aufschlussreich, das Gefühl der Ohnmacht gegenüber psychischen Erkrankungen tiefergehend und auch in seiner Konstruktion im schulischen Kontext zu untersuchen.

7.4 Schlussfolgerungen und Ableitungen für Forschung und Praxis

Hinsichtlich der übergeordneten Forschungsfrage – welche Rolle spielt die besuchte Schulform beziehungsweise der höchste Schulabschluss unter Berücksichtigung der sozialen Herkunft für die Produktion und Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit in jungen Lebensjahren – kann geschlussfolgert werden, dass die besuchte Schulform und die Schulbildung in einem

ambivalenten Verhältnis zur Gesundheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen steht. Die Schulbildung wirkt in der Jugendzeit sowohl als Katalysator als auch als Puffer für sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten. Einerseits scheint die Praxis der Selektion an unterschiedliche Schulformen eine verstärkende Wirkung auf gesundheitliche Ungleichheiten zu haben. Für den Übergang ins Sekundarschulsystem sind psychische Auffälligkeiten und die soziale Herkunft in der Kindheit entscheidend, sodass an den geringer qualifizierenden Schulen mehr gesundheitlich vorbelastete und sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche vertreten sind. Mit abnehmendem Schulbildungsniveau scheinen sich gesundheitliche Nachteile häufiger zu verfestigen, wenn sie bereits in der vorhergehenden Lebensphase bestanden beziehungsweise sich stärker neu herauszubilden. Gleichzeitig hat die schulische Bildung auch eine hemmende Wirkung auf gesundheitliche Ungleichheiten. Junge Menschen, die den elterlichen Bildungsgrad übersteigen, weisen bessere Gesundheitschancen im Vergleich zu niedrig gebildeten Gleichaltrigen auf. Durch Schulbildung allein können aber sozial bedingte gesundheitliche Nachteile aus den Kindheitsjahren nicht vollständig aufgelöst werden. Insbesondere am Übergang zum jungen Erwachsenenalter zeigt sich, dass junge Menschen mit höheren elterlichen Bildungsressourcen, sofern sie nicht sozial absteigen, eine bessere allgemeine Gesundheit berichten, als Bildungsaufsteigerinnen und Bildungsaufsteiger. Junge Menschen scheinen die Chancen und Risiken, die sich mit Bildungsgewinnen verbinden, zu spüren und Erfolge und Misserfolge auf persönliche Eigenschaften zurückzuführen, also zu individualisieren. Dies kann zu Druck und Konkurrenz unter den Jugendlichen führen, die als Belastungssituation an Gymnasien häufiger berichtet werden und gesundheitliche Vorteile an dieser Schulform im Vergleich zu anderen Sekundarschulen möglicherweise sogar mindern.

In Ansehung des Forschungsstandes, der vorgestellten Ergebnisse und Diskussionspunkte lassen sich aus der Dissertation methodisch und inhaltlich folgende Punkte ableiten. Für die hier betrachteten Gesundheitsindikatoren (Gesundheitsverhalten, allgemeine und psychische Gesundheit) konnten sehr markante soziale Übertragungswege für die Gesundheitschancen in jungen Lebensjahren nachgezeichnet werden. Die Schulbildung und besuchte Schulform ist im Anschluss an diese Arbeit als ein wichtiger Pfad anzusehen, auf dem soziale und gesundheitliche Ungleichheiten in jungen Lebensjahren übertragen werden können. Bildung ist in diesem Sinne aber nur ein Teil im komplexen Zusammenspiel von gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit. Methodisch sollte daher der Fokus vor allen Dingen auf ihre, soziale Ungleichheit vermittelnde, teilweise puffernde und teilweise verstärkende Funktion gerichtet werden. Dies setzt jedoch voraus, dass sie in Kombination mit weiteren herkunftsbasierten Faktoren betrachtet wird. Bei ausschließlicher Betrachtung von Bildung in der Analyse von gesundheitlichen Ungleichheiten in

jungen Lebensjahren drohen wesentliche vorstrukturierende Prozesse nicht beachtet und die Rolle der Schulbildung für die Gesundheit von jungen Menschen falsch eingeschätzt zu werden. Wenn mehrere Indikatoren sozialer Herkunft (etwa Einkommen, Berufsstatus, Bildung der Herkunftsfamilie) neben Bildungsindikatoren von jungen Menschen vorhanden sind, sollten diese in der Betrachtung gesundheitlicher Ungleichheiten berücksichtigt werden. Bestenfalls geschieht dies nicht nur durch statistisches Adjustieren in multivariaten Regressionsanalysen, sondern durch Verfahren, die eine gleichbedeutende und gerichtete Betrachtung dieser Aspekte garantieren, z.B. in gerichteten Kausalanalysen oder Strukturgleichungsmodellen. Darüber hinaus könnte es erkenntnisreich sein, zu überprüfen, ob kausale und selektive Effekte gleichermaßen oder in unterschiedlicher Stärke an verschiedenen Schulformen auftreten.

Für das junge Erwachsenenalter konnte gezeigt werden, dass diese Lebensphase sehr sensibel für sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten ist. Mit dem Verlassen der Schule und dem Eintritt in das neue Ausbildungs- und Berufssystem ergeben sich neue Anforderungen an junge Menschen, die auch Chancen und Risiken für die Gesundheit eröffnen. Innerhalb von Bildungsgruppen ist im jungen Erwachsenenalter eine starke Binnendifferenzierung (nach elterlicher Bildung) und Gesundheit festzustellen. Zwar ist die eigene Bildung sehr bedeutsam für die Gesundheit im jungen Erwachsenenalter, dennoch bietet es sich an, in sozialepidemiologischen Studien auch in dieser Lebensphase die soziale Herkunft oder Bildung der Eltern oder Familien weiter zu berücksichtigen. Andernfalls können intergenerationale Prozesse, wie die Bildungsmobilität, die für die Entstehung und Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit von Bedeutung zu sein scheinen, außer Acht bleiben. Weiterhin kann es erkenntnisreich sein, zu überprüfen, wie die Unterstützungsfähigkeit der Eltern explizit am Übergang ins Berufs- und Ausbildungssystem auf gesundheitliche Ungleichheiten im jungen Erwachsenenalter wirken.

Das Einbeziehen des Schul- und Klassenklimas, aber auch von weiteren beispielsweise sozialräumlichen Komponenten sozialer Ungleichheit (räumliche Deprivation, schulisches Umfeld) eröffnet die Chance, weitere, die individuelle Gesundheit aber auch die besuchten Schulformen, prägende Aspekte gesundheitlicher Ungleichheit in jungen Lebensjahren zu analysieren. Hier bedarf es jedoch einer feineren kleinräumigen Analyse, die sich am lebensweltlichen Einzugsbereich der jungen Menschen orientiert. Eine Analyse größerer Sozialräume, wie sie in der Dissertation angewandt wurde, scheint zu weit an der Lebenswelt der interessierenden Gruppe vorbei zu gehen.

Dass Gesundheit in heutigen Gesellschaften immer wichtiger zu werden scheint, ist auch unter dem Einfluss der sogenannten neuen Medien zu sehen. Mechanismen wie Konkurrenz und Vergleich, wie sie von den befragten Gruppen angesprochen wurden, scheinen sich nicht nur im schulischen Bereich, sondern auch in ihrer Freizeit zu verstärken und für die Gesundheit von jungen Menschen von Bedeutung zu sein. Insbesondere die Medien tragen dazu bei, dass sich junge Menschen mit geschönten Darstellungen vergleichen. Derzeit beziehen sich gesundheitswissenschaftliche Studien häufig auf die Zeit, die mit dem Konsum von Medien verbracht wird, was häufig in Kontrast zu Bewegungsaktivitäten gesehen wird (Manz et al., 2014, Robert Koch-Institut, 2015), auf die Medieninhalte (Pirker, 2018, Bailin et al., 2014) oder auf Phänomene wie Internetabhängigkeit (Müller et al., 2018). Mit dem Einbeziehen der Peergruppe und der Wirksamkeit neuer Medien verbirgt sich wahrscheinlich ein großes Erkenntnispotenzial für ein besseres Verständnis von gesundheitlichen Ungleichheiten in jungen Lebensjahren. Dabei würden mit Sicherheit auch Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen zutage treten.

Unklar blieb in der Arbeit, ob gesundheitliche Ungleichheiten nach Geschlecht an geschlechtsspezifischen Unterschieden hinsichtlich der verwendeten Gesundheitsindikatoren liegen oder ob weibliche und männliche junge Menschen unterschiedlich auf die Strukturen und Anforderungen im Bildungsverlauf reagieren. An dieser Stelle soll festgehalten werden, dass es bei der Analyse von gesundheitlichen Ungleichheiten nach Geschlecht durchaus sinnvoll sein kann, mehrere Gesundheitsindikatoren einzubeziehen, damit Muster gesundheitlicher Ungleichheit zwischen den Geschlechtern untersucht werden können, die bei der Verwendung eines Gesundheitsindikators nicht entdeckt würden. Mit der Analyse von zwischen den Geschlechtern unterschiedlichen Bildungsrenditen im Zusammenhang von gesundheitlicher Ungleichheit können gegebenenfalls Unterschiede im jungen Erwachsenenalter hinsichtlich des Zusammenhangs von sozialer Herkunft, Schulbildung und Gesundheit tiefergehend untersucht werden. Darüber hinaus können sich mit dem Einbeziehen der Geschlechtsidentität, auch vor dem Hintergrund der Diskussionen um ein drittes Geschlecht, Erkenntnispotenziale für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheiten in jungen Lebensjahren verbinden.

Es ist festzuhalten, dass es von großem Erkenntniswert für die Forschung ist, die Sichtweisen von interessierenden Gruppen in die Analyse von gesundheitlicher Ungleichheit einzubeziehen. Mit den Gruppengesprächen an unterschiedlichen Schulformen konnte gezeigt werden, dass junge Menschen durchaus ein Bewusstsein für die eigene soziale Stellung aufweisen und ungleiche Chancenverhältnisse wahrnehmen. In Ergänzung zu den quantitativen Ergebnissen, konnte so die puffernde als auch verstärkende Wirkung der besuchten Schule auf

gesundheitliche Ungleichheiten im Jugendalter herausgearbeitet werden. Unklar und interessant zu überprüfen blieb in der Arbeit die Rolle der Schule und der Gesundheitsförderung in der Schule in Bezug auf die Wahrnehmung der mentalen Gesundheit (als schicksalhaft) durch die Jugendlichen. Es wäre darüber hinaus wünschenswert die Sichtweisen von jungen Menschen noch stärker gegenüberzustellen, die als erfolgreich beziehungsweise als nicht erfolgreich im Bildungssystem gelten.

Selbstbewusstsein, Motivation, Vergleiche, Konkurrenz, Druck und Stress sind Stichworte, die mit den Gruppengesprächen als besonders wichtig für die Gesundheit und das Wohlbefinden junger Menschen herausgearbeitet werden konnten. Ein Ergebnis der Dissertation ist daher, dass frühkindlich vermittelte Kompetenzen und Eigenschaften, wie der Umgang mit Konkurrenz, Stress und Motivation in Schulen wirksam werden, die gleichzeitig für die Gesundheit von Bedeutung sind. Es wäre interessant zu überprüfen, ob gesundheitliche und bildungsbezogene Unterschiede möglicherweise weniger stark auseinanderdriften, wenn in der Schule weniger diese Eigenschaften vorausgesetzt würden und mehr der Schwerpunkt auf die Vermittlung derartiger Kompetenzen gelegt werden könnte.

Das meritokratische Versprechen heutiger Gesellschaften verleiht Bildung eine Status vermittelnde, und wie in der Arbeit auch gezeigt werden konnte, teilweise auch Gesundheit vermittelnde Rolle. Bildung ist durchaus als Chance für die Gesundheit anzusehen, aber nur solange die Anforderungen erfüllt werden können. Gleichzeitig hat Bildung für die Gesundheit in jungen Lebensjahren einen gewissen Grenznutzen, da gesundheitliche Unterschiede nach familiärer Herkunft nicht vollends durch eine hohe Bildung von jungen Menschen aufgehoben werden können. Damit ist das Bildungssystem einerseits eine ermöglichende, aber auch eine Chancen begrenzende Instanz. Je mehr die Chancengleichheit postuliert wird, was durchaus die Motivation zur Bildung bei jungen Menschen fördern kann, desto schwieriger wird es jedoch für diejenigen, die nicht erfolgreich das Bildungssystem durchlaufen.

Es ist daher möglicherweise sogar kontraproduktiv, ausschließlich den Diskurs um Chancengleich zu verstärken, ohne konkrete Interventionen abzuleiten, die jungen Menschen mit schwierigen (gesundheitlichen und sozialen) Startchancen zugutekommen. Meist sind solche Interventionen mit einer stärkeren Personaldichte verbunden und höheren Ausgaben im Bildungssystem. Es konnte bereits gezeigt werden, dass je mehr auf staatlicher Ebene in Bildung investiert wird, desto geringer die sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten unter jungen Menschen ausfallen (Rathmann, 2015, S. 270). Problematisch ist, dass viele junge Menschen in Bezug auf ihre Gesundheit bereits sehr stark vorgeprägt in das Bildungssystem

eintreten, in dem sich dann diese Unterschiede auszuweiten scheinen. Interventionen müssten daher vor der Schulzeit ansetzen, also das frühe Kindesalter und die Unterstützung von Familien mit jungen Kindern forcieren. Nicht zuletzt wird daher „eine Sozial- und Bildungspolitik, die die Verwirklichungschancen verbessert, als eine unmittelbar wirksame Gesundheitspolitik für Jugendliche“ betrachtet (Walter et al., 2011, S. 9).

8. Literaturverzeichnis

- AARNIO, M., KUJALA, U. & KAPRIO, J. 1997. Associations of Health-related Behaviors, School Type and Health Status to Physical Activity Patterns in 16 year old Boys and Girls. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 25, 156-167.
- ABEL, T., ABRAHAM, A. & SOMMERHALDER, K. 2009. Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. In: RICHTER, M. & HURRELMANN, K. (eds.) *Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- ABEL, T. & KELLER, F. 2016. Bildungsverlauf und Gesundheit: Wie die Bildungswege die psychische Gesundheit beeinflussen. In: HUBER, S. G. (ed.) *Young Adult Survey Switzerland*. Bern, CHE: BBL/OFCL/UFCL.
- ALBERT, M., HURRELMANN, K., QUENZEL, G. & TNS INFRATEST SOZIALFORSCHUNG 2010. *Jugend 2010 Eine pragmatische Generation behauptet sich 16. Schell Jugendstudie*. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- ANDERSON JOHNSON, C., PALMER, P. H., CHOU, C. P., PANG, Z., ZHOU, D., DONG, L., XIANG, H., YANG, P., XU, H., WANG, J., FU, X., GUO, Q., SUN, P., MA, H., GALLAHER, P. E., XIE, B., LEE, L., FANG, T. & UNGER, J. B. 2006. Tobacco Use among Youth and Adults in Mainland China: The China Seven Cities Study. *Public Health*, 120, 1156-1169.
- AUTORENGRUPPE BILDUNGSBERICHTERSTATTUNG 2018. *Bildung in Deutschland 2018: Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Wirkungen und Erträgen von Bildung*. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- BABITSCH, B. 2009. Die Kategorie Geschlecht: Theoretische und empirische Implikationen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. In: RICHTER, M. & HURRELMANN, K. (eds.) *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- BAILIN, A., MILANAİK, R. & ADESMAN, A. 2014. Health Implications of New Age Technologies for Adolescents: A Review of the Research. *Current Opinion in Pediatrics*, 26, 605-619.
- BAKER, D. 2014. *The schooled society: The educational transformation of global culture*. Stanford, USA: Stanford University Press.
- BARGEL, H. & BARGEL, T. 2010. *Ungleichheiten und Benachteiligungen im Hochschulstudium aufgrund der sozialen Herkunft der Studierenden, Arbeitspapier 202*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- BAUER, U., BITTLINGMAYER, U. H. & RICHTER, M. 2008. *Health Inequalities*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- BAUER, U. & HURRELMANN, K. 2015. Das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung in der aktuellen Diskussion. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 35, 155-170.
- BECKER, M., BROSE, A., CAMEHL, G., GRAEBER, D., HUEBENER, M., VON KEYSERLINGK, L., KREKEL, C., MAAZ, K., MARCUS, J. & MARGARYAN, S. 2019. *Nicht-monetäre Erträge von Bildung in den Bereichen Gesundheit, nicht-kognitive Fähigkeiten sowie gesellschaftliche und politische Partizipation: Endbericht des gleichnamigen Forschungsprojektes gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)*. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
- BECKER, R. 2016. Soziale Ungleichheit von Bildungschancen und Chancengerechtigkeit. In: BECKER, R. & LAUTERBACH, W. (eds.) *Bildung als Privileg*. Wiesbaden: Springer VS.
- BECKER, R. & HADJAR, A. 2009. Meritokratie – Zur gesellschaftlichen Legitimation ungleicher Bildungs-, Erwerbs- und Einkommenschancen in modernen Gesellschaften. In: BECKER, R. (ed.) *Lehrbuch der Bildungssoziologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- BENDER, D. & LÖSEL, F. 1998. Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- und pathogenetische Ansätze. In: MARGRAF, J., SIEGRIST, J. & NEUMER, S. (eds.) *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- vs. pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin: Springer.
- BENZ, B. & HEINRICH, K. 2018. Armut im Familienkontext. In: HUSTER, E.-U., BOECKH, J. & MOGGE-GROTJAHN, H. (eds.) *Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung*. Wiesbaden: Springer VS.
- BETTGE, S. & RAVENS-SIEBERER, U. 2003. Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen - empirische Ergebnisse zur Validierung eines Konzepts. *Gesundheitswesen*, 65, 167-172.
- BILZ, L. 2008. *Schule und psychische Gesundheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- BILZ, L., HÄHNE, C. & MELZER, W. 2003. Die Lebenswelt Schule und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In: HURRELMANN, K. (ed.) *Jugendgesundheitssurvey: internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim: Juventa Verlag.
- BITTLINGMAYER, U. H. 2009. Gesundheitsförderung im Setting Schule und ihre normativen Implikationen. *Normativität und Public Health*, 269-299.
- BLANE, D., DAVEY SMITH, G. & BARTLEY, M. 1993. Social Selection: what does it contribute to social class differences in health? *Sociology of Health and Illness*, 15, 1-15.
- BLOSSFELD, H.-P., BUCHHOLZ, S., SKOPEK, J. & TRIVENTI, M. 2016a. *Models of Secondary Education and Social Inequality: An International Comparison*. Cheltenham, UK, Northampton, USA: Edward Elgar Publishing.
- BLOSSFELD, P. N., BLOSSFELD, G. J. & BLOSSFELD, H.-P. 2016b. Changes in Educational Inequality in Cross-national Perspective. In: SHANAHAN, M. J., MORTIMER, J. T. & KIRKPATRICK JOHNSON, M. (eds.) *Handbook of the Life Course: Volume II*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- BLUM, R. W., BASTOS, F. I. P. M., KABIRU, C. & LE, L. C. 2012. Adolescent Health in the 21st Century. *The Lancet*, 379, 1567-1568.
- BOUDON, R. 1974. *Education, Opportunity and Social Inequality: Changing Prospects in Western Society*. New York, USA: Wiley.
- BOURDIEU, P., BEISTER, H. & SCHWIBS, B. 1993. *Soziologische Fragen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- BRONFENBRENNER, U. 1979. *The Ecology of Human Development*. Cambridge, London, UK: Harvard University Press.
- BUCHHOLZ, S., SKOPEK, J., ZIELONKA, M., DITTON, H., WOHLKINGER, F. & SCHIER, A. 2016. Secondary School Differentiation and Inequality of Educational Opportunity in Germany. In: BLOSSFELD, H.-P., BUCHHOLZ, S., SKOPEK, J. & TRIVENTI, M. (eds.) *Models of Secondary Education and Social Inequality. An International Comparison*. Cheltenham, UK, Northampton, USA: Edward Elgar Publishing.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (BMBF) 2017. *Bildung und Forschung in Zahlen 2017*. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG 2018. *Datenreport 2018 - Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Statistisches Bundesamt und Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- BYNNER, J. & PARSONS, S. 2002. Social Exclusion and the Transition from School to Work: The Case of Young People Not in Education, Employment, or Training (NEET). *Journal of Vocational Behavior*, 60, 289-309.
- CHUNG, S. S. & JOUNG, K. H. 2014. Risk Factors for Smoking Behaviors Among Adolescents. *Journal of School Nursing*, 30, 262-271.
- CREMER, G. 2016. *Armut in Deutschland: Wer ist arm? Was läuft schief? Wie können wir handeln?* München: C.H. Beck Verlag.

- CRESWELL, J. W. & CLARK, V. L. P. 2011. *Designing and Conducting Mixed Research Methods*. Thousand Oaks, USA: Sage Publications.
- CURRIE, J. 2009. Healthy, Wealthy, and Wise: Socioeconomic Status, Poor Health in Childhood and Human Capital Development. *Journal of Economic Literature*, 47, 87-122.
- CUTLER, D. M. & LLERAS-MUNEY, A. 2006. *Education and Health: Evaluating Theories and Evidence*. Cambridge, USA: National Bureau of Economic Research.
- DE GRANDE, H., VANDENHEEDE, H. & DEBOOSERE, P. 2015. Educational Inequalities in the Transition to Adulthood in Belgium: The Impact of Intergenerational Mobility on Young-Adult Mortality in 2001-2009. *PLoS One*, 10, 1-18.
- DENNISON, C. R. 2017. Intergenerational Mobility and Changes in Drug Use Across the Life Course. *Journal of Drug Issues*, 48, 205-225.
- DIEHL, U. 2005. Gesundheit – hohes oder höchstes Gut? Über den Wert und Stellenwert der Gesundheit. In: KICK, H. A. & TAUPITZ, J. (eds.) *Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit*. Münster: LIT Verlag.
- DIPPELHOFFER-STIEM, B. 2015. Das sozialökologische Modell. In: HURRELMANN, K., BAUER, U., GRUNDMANN, M. & WALPER, S. (eds.) *Handbuch Sozialisationsforschung*. Weinheim, Basel, CHE: Beltz Verlag.
- DÖBERT, H., HÖRNER, W., VON KOPP, B. & REUTER, L. R. 2017. *Die Bildungssysteme Europas*. Hohengehren: Schneider Verlag.
- DRAGANO, N., LAMPERT, T. & SIEGRIST, J. 2009. *Wie baut sich soziale Ungleichheit im Lebenslauf auf. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung*. Berlin: Sachverständigenkommission Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht.
- DRAGANO, N. & SIEGRIST, J. 2009. Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: RICHTER, M. & HURRELMANN, K. (eds.) *Gesundheitliche Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- DUBOW, E. F., BOXER, P. & HUESMANN, L. R. 2009. Long-term Effects of Parents' Education on Children's Educational and Occupational Success: Mediation by Family Interactions, Child Aggression, and Teenage Aspirations. *Merrill-Palmer quarterly*, 55, 224-249.
- DUDOVITZ, R. N., CHUNG, P. J., NELSON, B. B. & WONG, M. D. 2017. What Do You Want to Be When You Grow up? Career Aspirations as a Marker for Adolescent Well-being. *Academic Pediatrics*, 17, 153-160.
- DUMONT, H., MAAZ, K., NEUMANN, M. & BECKER, M. 2014. Soziale Ungleichheiten beim Übergang von der Grundschule in die Sekundarstufe I: Theorie, Forschungsstand, Interventions- und Fördermöglichkeiten. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 17, 141-165.
- DUMONT, H., NEUMANN, M., MAAZ, K. & TRAUTWEIN, U. 2013. Die Zusammensetzung der Schülerschaft als Einflussfaktor für Schulleistungen: Internationale und nationale Befunde. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 60, 163-183.
- DÜX, W. & RAUSCHENBACH, T. 2015. Informelles Lernen im Jugendalter. In: ROHS, M. (ed.) *Handbuch Informelles Lernen*. Wiesbaden: Springer VS.
- ECKERSLEY, R. 2006. Is modern Western culture a health hazard? *International Journal of Epidemiology*, 35, 252-258.
- ELGAR, F. J., MCKINNON, B., TORSHEIM, T., SCHNOHR, C. W., MAZUR, J., CAVALLO, F. & CURRIE, C. 2016. Patterns of Socioeconomic Inequality in Adolescent Health Differ According to the Measure of Socioeconomic Position. *Social Indicators Research*, 127, 1169-1180.
- ELKELES, T. 2010. Armut und Gesundheit im Jugendalter. In: HACKAUF, H. & OHLBRECHT, H. (eds.) *Jugend und Gesundheit*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- ELSTAD, J. I. 2010. Indirect Health-related Selection or Social causation? Interpreting the Educational Differences in Adolescent Health Behaviours. *Social Theory & Health*, 8, 134-150.

- FALTERMAIER, T., KÜHNLEIN, I. & BURDA-VIERING, M. 1998. Subjektive Gesundheitstheorien: Inhalt, Dynamik und ihre Bedeutung für das Gesundheitshandeln im Alltag. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 6, 309-326.
- FLICK, U. 2011. *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.
- FRECH, A. 2012. Healthy Behavior Trajectories between Adolescence and Young Adulthood. *Advances in Life Course Research*, 17, 59-68.
- FREITAG, M. 1998. *Was ist eine gesunde Schule? Einflüsse des Schulklimas auf Schüler- und Lehrergesundheit*. Weinheim, Basel, CHE: Beltz Juventa.
- FUCHS, W. 1983. Jugendliche Statuspassage oder individualisierte Jugendbiographie? *Soziale Welt*, 341-371.
- GALL, S. L., ABBOTT-CHAPMAN, J., PATTON, G. C., DWYER, T. & VENN, A. 2010. Intergenerational Educational Mobility is Associated with Cardiovascular Disease Risk Behaviours in a Cohort of Young Australian Adults: The Childhood Determinants of Adult Health (CDAH) Study. *BMC Public Health*, 10, 1-10.
- GALOBARDES, B., SHAW, M., LAWLOR, D. A., LYNCH, J. W. & DAVEY SMITH, G. 2006. Indicators of Socioeconomic Position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 7-12.
- GARCÍA-MOYA, I., BROOKS, F. M. & SPENCER, N. H. 2018. School-level Factors Associated with Teacher Connectedness: A Multilevel Analysis of the Structural and Relational School Determinants of Young People's Health. *Journal of Public Health*, 40, 366-374.
- GARMEZY, N., MASTEN, A. S. & TELLEGEN, A. 1984. The Study of Stress and Competence in Children: A Building Block for Developmental Psychopathology. *Child development*, 55, 97-111.
- GECKOVA, A. M., VAN DIJK, J. P., ZEZULA, I., TUINSTRA, J., GROOTHOFF, J. W. & POST, D. 2004. Socio-economic Differences in Health among Slovak Adolescents. *Sozial- und Präventivmedizin*, 49, 26-35.
- GEENE, R. & REESE, M. 2017. *Handbuch Präventionsgesetz: Neuregelungen der Gesundheitsförderung*. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.
- GEIßLER, R. 2004. Die Illusion der Chancengleichheit im Bildungssystem - von PISA gestört. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 24, 362-380.
- GERHARDS, J., RÖSSEL, J. & AUFKLÄRUNG, B. F. G. 2003. *Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile: eine empirische Studie*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- GEYER, S., HEMSTRÖM, Ö., PETER, R. & VÅGERÖ, D. 2006. Education, Income and Occupational Class Cannot Be Used Interchangeably in Social Epidemiology. Empirical Evidence Against a Common Practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 804-10.
- GIBBONS, F. X., KINGSBURY, J. H. & GERRARD, M. 2012. Social-psychological Theories and Adolescent Health Risk Behavior. *Social and Personality Psychology Compass*, 6, 170-183.
- GIESINGER, J. 2007. Was heißt Bildungsgerechtigkeit? *Zeitschrift für Pädagogik*, 53, 362-381.
- GIESINGER, J. 2015. Bildungsgerechtigkeit und die sozialen Funktionen der Schule. In: MANITIUS, V., HERMSTEIN, B., BERKEMEYER, N. & BOS, W. (eds.) *Zur Gerechtigkeit von Schule: Theorien, Konzepte, Analysen*. Münster, New York, USA: Waxmann Verlag.
- GLÜCKS, S.-C. & KOLIP, P. 2013. Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. In: KOLIP, P., KLOCKE, A., MELZER, W. & RAVENS-SIEBERER, U. (eds.) *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich: Ergebnisse des Jugendgesundheits surveys "Health Behaviour in School-aged Children"*. Weinheim, Basel, CHE: Beltz Juventa.
- GOLDTHORPE, J. 1996. Problems of "meritocracy". In: ERIKSON, R. & JONSSON, J. O. (eds.) *Can Education be Equalized?* Boulder, USA: Westview Press.

- GOLDTHORPE, J. H. 2007. *On sociology*. Stanford, USA: Stanford University Press.
- GOODMAN, E., HUANG, B., SCHAFER-KALKHOFF, T. & ADLER, N. E. 2007. Perceived Socioeconomic Status: A New Type of Identity That Influences Adolescents' Self-Rated Health. *Journal of Adolescent Health*, 41, 479-487.
- GOTTSCHALL, K. 2013. *Soziale Ungleichheit und Geschlecht: Kontinuitäten und Brüche, Sackgassen und Erkenntnispotentiale im deutschen soziologischen Diskurs*. Wiesbaden: Springer VS.
- GREENE, J. C., CARACELLI, V. & GRAHAM, W. F. 2008. Identifying the Purposes for Mixed Methods Designs. In: CLARCK, V. L. P. & CRESWELL, J. (eds.) *The Mixed Methods Reader*. Thousand Oaks, USA: Sage Publications.
- GUGUSHVILI, A., MCKEE, M., MURPHY, M., AZAROVA, A., IRDAM, D., DONIEC, K. & KING, L. 2018. Intergenerational Mobility in Relative Educational Attainment and Health-Related Behaviours. *Social Indicators Research*, 141, 1-29.
- GÜNER-KÜÇÜKKAYA, P. & İŞİK, I. 2010. Predictors of Psychiatric Symptom Scores in a Sample of Turkish High School Students. *Nursing and Health Sciences*, 12, 429-436.
- HARRING, M., ROHLFS, C. & GLÄSER-ZIKUDA, M. 2019. Bildung im schulischen Kontext - eine Einführung in die Thematik. In: HARRING, M., ROHLFS, C. & GLÄSER-ZIKUDA, M. (eds.) *Handbuch Schulpädagogik*. München, New York, USA: Waxmann Verlag.
- HAUSER, R. 2018. Das Maß der Armut: Armutsgrenzen im sozialstaatlichen Kontext. In: HUSTER, E.-U., BOECKH, J. & MOGGE-GROTJAHN, H. (eds.) *Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung*. Wiesbaden: Springer VS.
- HAVIGHURST, R. J. 1948. *Developmental Tasks and Education*. Chicago, USA: University of Chicago Press.
- HEID, H. 1988. Zur Paradoxie der bildungspolitischen Forderung nach Chancengleichheit. *Zeitschrift für Pädagogik*, 34, 1-17.
- HEILMANN, K., BRÄSEN, J., HERKE, M., RICHTER, M. & RATHMANN, K. 2018. Social Determinants of Subjective Health, Life Satisfaction and Absence from School due to Illness among Adolescents: First results of the German National Educational Panel Study (NEPS). *Gesundheitswesen*, 80, 613-620.
- HELBIG, M. & GRESCH, C. 2013. *Soziale Spaltung am Ende der Grundschule: Wo Eltern das letzte Wort haben, kommen noch weniger Arbeiterkinder aufs Gymnasium*. WZBrief Bildung (26). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- HELBIG, M. & NIKOLAI, R. 2019. *Bekommen die sozial benachteiligsten Schüler*innen die "besten" Schulen? Eine explorative Studie über den Zusammenhang von Schulqualität und sozialer Zusammensetzung von Schulen am Beispiel Berlins*. WZB Discussion Paper. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- HELMERT, U. & SCHORB, F. 2009. Die Bedeutung verhaltensbezogener Faktoren im Kontext der sozialen Ungleichheit der Gesundheit. In: RICHTER, M. & HURRELMANN, K. (eds.) *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- HILLMERT, S. 2011. Bildungszugang, Bildungskonsequenzen und soziale Ungleichheit im Lebenslauf. *Gesellschaft, Wirtschaft, Politik*, 2, 177-190.
- HINZ, A., HÜBSCHER, U., BRÄHLER, E. & BERTH, H. 2010. Ist Gesundheit das höchste Gut? Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage zur subjektiven Bedeutung von Gesundheit. *Gesundheitswesen*, 72, 897-903.
- HOEBEL, J., VON DER LIPPE, E., LANGE, C. & ZIESE, T. 2014. Mode Differences in a Mixed-mode Health Interview Survey among Adults. *Archives of Public Health*, 72, 1-12.
- HOFFMANN, R., KRÖGER, H. & GEYER, S. 2019. Social Causation versus Health Selection in the Life Course: Does Their Relative Importance Differ by Dimension of SES? *Social Indicators Research*, 141, 1341-1367.
- HOFFMANN, R., KRÖGER, H. & PAKPAHAN, E. 2018a. Pathways between Socioeconomic Status and Health: Does Health Selection or Social Causation Dominate in Europe? *Advances in Life Course Research*, 36, 23-36.

- HOFFMANN, R., LANGE, M., BUTSCHALOWSKY, H., HOUBEN, R., SCHMICH, P., ALLEN, J., KUHNERT, R., ROSARIO, A. S. & GÖßWALD, A. 2018b. Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2 - Teilnehmendengewinnung, Response und Repräsentativität. *Journal of Health Monitoring*, 3, 82-96.
- HOFMANN, C. & VENETZ, M. 2017. Der Einfluss früherer und gegenwärtiger Peer-Erfahrungen in der Schulklasse auf die Wahrnehmung von sozialer Unterstützung. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 49, 63-72.
- HOFMANN, M. & MIELCK, A. 2015. Gesundheitliche Chancengleichheit und Kosten-Effektivität: Was sagen wichtige gesundheitspolitische Akteure zu diesem potentiellen Zielkonflikt? *Gesundheitswesen*, 77, 81-85.
- HÖLLING, H., ERHART, M., RAVENS-SIEBERER, U. & SCHLACK, R. 2007. Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50, 784-793.
- HORMEL, U. 2010. Diskriminierung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund im Bildungssystem. In: HORMEL, U. & SCHERR, A. (eds.) *Diskriminierung: Grundlagen und Forschungsergebnisse*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- HOX, J. J., DE LEEUW, E. D. & ZIJLMANS, E. A. 2015. Measurement Equivalence in Mixed Mode Surveys. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-11.
- HURRELMANN, K. 2016. Bildung und Gesundheit im Jugendalter. In: BILZ, L., SUDECK, G., BUCKSCH, J., KLOCKE, A., KOLIP, P., MELZER, W., RAVENS-SIEBERER, U. & RICHTER, M. (eds.) *Schule und Gesundheit: Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheits surveys 'Health Behaviour in School-aged Children'*. Weinheim, Basel, CHE: Beltz Juventa.
- HURRELMANN, K. & BAUER, U. 2015. *Einführung in die Sozialisierungstheorie*. Weinheim, Basel, CHE: Beltz Juventa.
- IHLE, W., LAUCHT, M., SCHMIDT, M. H. & ESSER, G. 2007. Geschlechtsunterschiede in der Entwicklung psychischer Störungen. In: LAUTENBACHER, S., GÜNTÜRKÜN, O. & HAUSMANN, M. (eds.) *Gehirn und Geschlecht: Neurowissenschaft des kleinen Unterschieds zwischen Frau und Mann*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- INCHLEY, J., CURRIE, D., YOUNG, T., SAMDAL, O., TORSHEIM, T., AUGUSTSON, L., MATHISON, F., ALEMAN-DIAZ, A., MOLCHO, M. & WEBER, M. 2016. *Growing up Unequal. HBSC 2016 study (2013/2014 survey)*. Kopenhagen, DK: WHO Regional Office for Europe.
- JEFFE, K. K., DETERDING, K., HÜPPE, M. K., JEFFE, F., FEYERABEND, S., POTTHOFF, A., MANNS, M. P. & WEDEMEYER, H. 2012. Are Teenagers Aware of the Risk of a Hepatitis B Virus Infection as a Sexually Transmitted Disease? *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 160, 477-483.
- KAMTSIURIS, P., LANGE, M. & ROSARIO, A. S. 2007. Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50, 547-556.
- KARDORFF, E. V. & OHLBRECHT, H. 2007. Essstörungen im Jugendalter: eine Reaktionsform auf gesellschaftlichen Wandel. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 2, 155-168.
- KARVONEN, S., RIMPELÄ, A. H. & RIMPELÄ, M. K. 1999. Social Mobility and Health Related Behaviours in Young People. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 211-217.
- KLIPKER, K., BAUMGARTEN, F., GÖBEL, K., LAMPERT, T. & HÖLLING, H. 2018. Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland—Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3, 37-45.
- KLOCKE, A. 2004. Soziales Kapital als Ressource für Gesundheit im Jugendalter. In: JUNGBAUER-GANS, M. & KRIWY, P. (eds.) *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- KLOCKE, A. 2006. Armut im Kontext. Die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in deprivierten Lebenslagen. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 26, 158-170.

- KLOCKE, A. & LAMPERT, T. 2005. *Armut bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- KOHLER, S., RICHTER, A., LAMPERT, T. & MENSINK, G. B. M. 2009. Alkoholkonsum bei Jugendlichen in Deutschland : Ergebnisse aus EsKiMo. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 52, 745-752.
- KOLIP, P. 1997. *Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen*. Opladen: Leske und Budrich.
- KOLIP, P. 2019. Gesundheit und Geschlecht: Ein Überblick. *Public Health Forum*, 27, 94-97.
- KOLIP, P., KLOCKE, A., MELZER, W. & RAVENS-SIEBERER, U. 2013. *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich: Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheits surveys "Health behaviour in school-aged children"*. Weinheim, Basel, CHE: Beltz Juventa.
- KOSCHOLLEK, C., BARTIG, S., ROMMEL, A., LAMPERT, T. & SANTOS-HÖVENER, C. 2019. Die Gesundheit von Heranwachsenden mit Migrationshintergrund in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 4, 1-23.
- KRAUSE, L. & LAMPERT, T. 2015. Relation Between Overweight/Obesity and Self-rated Health among Adolescents in Germany. Do Socio-economic Status and Type of School Have an Impact on that Relation? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 2262-76.
- KRÖGER, H., PAKPAHAN, E. & HOFFMANN, R. 2015. What Causes Health Inequality? A Systematic Review on the Relative Importance of Social Causation and Health Selection. *European Journal of Public Health*, 25, 951-960.
- KUCKARTZ, U. 2017. Datenanalyse in der Mixed-Methods-Forschung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 69, 157-183.
- KUCKARTZ, U. 2018. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* Weinheim, Basel, CHE: Beltz Juventa.
- KUNTZ, B., HOEBEL, J. & LAMPERT, T. 2014. Bildungsunterschiede im Tabakkonsum und Rauchausstieg junger Erwachsener. Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2009 und 2010. *Gesundheitswesen*, 76, 647-654.
- KUNTZ, B. & LAMPERT, T. 2011. Potenzielle Bildungsaufsteiger leben gesünder. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 6, 11-18.
- KUNTZ, B. & LAMPERT, T. 2013a. Intergenerational Educational Mobility and Obesity in Adolescence: Findings from the Cross-Sectional German KiGGS Study. *Journal of Public Health*, 21, 49-56.
- KUNTZ, B. & LAMPERT, T. 2013b. Wie gesund leben Jugendliche in Deutschland? Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Gesundheitswesen*, 75, 67-76.
- KUNTZ, B., RATTAY, P., POETHKO-MÜLLER, C., THAMM, R., HÖLLING, H. & LAMPERT, T. 2018a. Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3, 19-36.
- KUNTZ, B., WALDHAUER, J., ZEIHNER, J., FINGER, J. D. & LAMPERT, T. 2018b. Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3, 45-63.
- KUNTZ, B., ZEIHNER, J., STARKER, A., PRÜTZ, F. & LAMPERT, T. 2018c. Rauchen in der Schwangerschaft - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3, 47-54.
- KURTH, B. M., KAMTSIURIS, P., HÖLLING, H. & MAUZ, E. 2016. Strategien des Robert Koch-Instituts zum Monitoring der Gesundheit von in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen. *Kinder- und Jugendmedizin*, 16, 176-183.
- LACHYTOVA, M., KATRENIKOVA, Z., MIKULA, P., JENDRICOVSKY, M. & NAGYOVA, I. 2017. Associations between Self-rated Health, Mental Health Problems and Physical Inactivity among Urban Adolescents. *European Journal of Public Health*, 27, 984-989.

- LÅFTMAN, S. B., MODIN, B., ÖSTBERG, V., HOVEN, H. & PLENTY, S. 2015. Effort-Reward-Imbalance in the School Setting: Associations with Somatic Pain and Self-rated Health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43, 123-129.
- LAHELMA, E., MARTIKAINEN, P., LAAKSONEN, M. & AITTOMÄKI, A. 2004. Pathways between Socioeconomic Determinants of Health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 327-332.
- LAMPERT, T., HOEBEL, J., KUNTZ, B., MÜTERS, S. & KROLL, L. E. 2017. *Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- LAMPERT, T., HOEBEL, J., KUNTZ, B., MÜTERS, S. & KROLL, L. E. 2018. Messung des sozioökonomischen Status und des subjektiven sozialen Status in KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3, 114-133.
- LAMPERT, T., HOEBEL, J., KUNTZ, B. & WALDHAUER, J. 2019. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: HARING, R. (ed.) *Gesundheitswissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer Nature.
- LAMPERT, T. & KROLL, L. E. 2009. Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: RICHTER, M. & HURRELMANN, K. (eds.) *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- LAMPERT, T. & KROLL, L. E. 2010. Armut und Gesundheit. *GBE kompakt*, 5, 1-10.
- LAMPERT, T. & KUNTZ, B. 2012. Gesundheitliche Ungleichheit im Jugendalter - Welche Bedeutung kommt der Schulbildung zu? In: BRÄHLER, E. (ed.) *Gesund und gebildet: Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft*. Wiesbaden: Vandenhoeck & Ruprecht.
- LANGE, M., BUTSCHALOWSKY, H. G., JENTSCH, F., KUHNERT, R., SCHAFFRATH ROSARIO, A., SCHLAUD, M. & KAMTSIURIS, P. 2014. Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1): Studiendurchführung, Stichprobendesign und Response. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 57, 747-61.
- LANGE, M., HOFFMANN, R., MAUZ, E., HOUBEN, R., GÖBWALD, A., ROSARIO, A. S. & KURTH, B.-M. 2018. Längsschnitterhebung von KiGGS Welle 2 - Erhebungsdesign und Fallzahlentwicklung der KiGGS-Kohorte. *Journal of Health Monitoring*, 3, 97-113.
- LAUTERBACH, W. & FEND, H. 2016. Educational Mobility and Equal Opportunity in Different German Tracking Systems—Findings from the Life Study. In: BLOSSFELD, H.-P., BUCHHOLZ, S., SKOPEK, J. & TRIVENTI, M. (eds.) *Models of Secondary Education and Social Inequality. An International Comparison*. Cheltenham, UK, Northampton, USA: Edward Elgar Publishing.
- LEMESHOW, A. R., FISHER, L., GOODMAN, E., KAWACHI, I., BERKEY, C. S. & COLDITZ, G. A. 2008. Subjective Social Status in the School and Change in Adiposity in Female Adolescents: Findings from a Prospective Cohort Study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162, 23-8.
- LENZI, M., SHARKEY, J., VIENO, A., MAYWORM, A., DOUGHERTY, D. & NYLUND-GIBSON, K. 2015. Adolescent Gang Involvement: The Role of Individual, Family, Peer and School Factors in a Multilevel Perspective. *Aggressive Behavior*, 41, 386-397.
- LEONARDI-BEE, J., JERE, M. L. & BRITTON, J. 2011. Exposure to Parental and Sibling Smoking and the Risk of Smoking Uptake in Childhood and Adolescence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Thorax*, 66, 847-855.
- LI, J., SHANG, L., WANG, T. & SIEGRIST, J. 2010. Measuring Effort–Reward-Imbalance in School Settings: A Novel Approach and its Association with Self-rated Health. *Journal of Epidemiology*, 20, 111-118.
- LIEBSCH, K. 2009. Zwischen Enhancement und Stigmatisierung: Medikalisierung kindlichen Verhaltens als (neue) Umgangsform mit sozialer Selektion und Exklusion. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 4, 499-511.

- LOHR, C. & FLADUNG, A. K. 2012. Stress, Emotionsregulation und Essstörungsrisiko in der Adoleszenz. *Nervenheilkunde*, 31, 461-466.
- LÖRZ, M. & SCHINDLER, S. 2011. Bildungsexpansion und soziale Ungleichheit: Zunahme, Abnahme oder Persistenz ungleicher Chancenverhältnisse - eine Frage der Perspektive? *Zeitschrift für Soziologie*, 40, 458-477.
- LOSCH, D. 2017. *Theorien junger Menschen über den Zusammenhang von Gesundheit, Bildung und sozialer Benachteiligung*. Frankfurt a.M.: Universitätsbibliothek Johann Christian Senckenberg.
- MACKENBACH, J. P. 2006. *Health Inequalities: Europe in Profile. An Independent Expert Report Commissioned by the UK Presidency of the EU*. London, UK: Department of Health.
- MANSEL, J. 1999. Ressourcen zur Bewältigung von Lebenskrisen: die Rolle der Bildung. *Soziale Probleme*, 10, 22-42.
- MANZ, K., SCHLACK, R., POETHKO-MÜLLER, C., MENSINK, G., FINGER, J., LAMPERT, T. & GROUP, K. S. 2014. Körperlich-sportliche Aktivität und Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 57, 840-848.
- MARKS, G. N. 2013. *Education, Social Background and Cognitive Ability: The Decline of the Social*. New York, USA: Routledge.
- MARSH, H. W. & HAU, K. T. 2003. Big-fish-little-pond Effect on Academic Self-concept. A Cross-cultural (26-country) Test of the Negative Effects of Academically Selective Schools. *American Psychologist*, 58, 364-76.
- MELZER, W., OERTEL, L. & OTTOVA, V. 2012. Mobbing und Gewalt an Schulen. Entwicklungstrends von 2002 bis 2010. *Gesundheitswesen*, 74, S76-S83.
- MELZER, W. & SCHUBARTH, W. 2016. Gewalt in der Schule und die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59, 66-72.
- MOORE, G. F., LITTLECOTT, H. J., EVANS, R., MURPHY, S., HEWITT, G. & FLETCHER, A. 2017. School Composition, School Culture and Socioeconomic Inequalities in Young People's Health: Multi-level Analysis of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Survey in Wales. *British Educational Research Journal*, 43, 310-329.
- MÜLLER, H.-P. 2004. Soziale Ungleichheit und Ressentiment. *Merkur*, 885-894.
- MÜLLER, H.-P. & REITZ, T. 2015. Einleitung: die Bildungsgesellschaft und die Bildungssoziologie. In: MÜLLER, H.-P. & REITZ, T. (eds.) *Bildung und Klassenbildung: kritische Perspektiven auf eine Leitinstitution der Gegenwart*. Weinheim: Beltz Juventa.
- MÜLLER, K. W., WÖFLING, K., BEUTEL, M. E., STARK, B., QUIRING, O., AUFENANGER, S., SCHEMER, C., WEBER, M. & REINECKE, L. 2018. Insights Into Aspects Behind Internet-Related Disorders in Adolescents: The Interplay of Personality and Symptoms of Adjustment Disorders. *Journal of Adolescent Health*, 62, 234-240.
- MÜLLER, W. & POLLAK, R. 2015. Education and Social Mobility in Germany. *Wirtschafts- und Sozialstatistisches Archiv*, 9, 5-26.
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL 2015. *Investing in the Health and Well-Being of Young Adults*. Washington, USA: The National Academies Press.
- NEWMAN, K. S. 1988. *Falling From Grace: The Experience of Downward Mobility in the American Middle Class*. New York, USA: Free Press.
- NOLEN-HOEKSEMA, S., GIRGUS, J. S. & SELIGMAN, M. E. 1986. Learned Helplessness in Children: A Longitudinal Study of Depression, Achievement and Explanatory Style. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 435-442.
- NUTBEAM, D. 2008. The Evolving Concept of Health Literacy. *Social Science and Medicine*, 67, 2072-2078.
- OERTEL, L. 2010. Schulstress und Schulangst im Jugendalter. In: HACKAUF, H. & OHLBRECHT, H. (eds.) *Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick*. Weinheim, München: Juventa Verlag.

- OERTER, R. & DREHER, E. 1998. Jugendalter. In: OERTER, R. & MONTADA, L. (eds.) *Entwicklungspsychologie - Ein Lehrbuch*. Weinheim: Psychologische Verlags Union.
- OHLBRECHT, H. 2016. Die qualitative Analyse von Gesundheit und Krankheit. In: RICHTER, M. & HURRELMANN, K. (eds.) *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer VS.
- OHLBRECHT, H. 2018. Qualitative Methoden der empirischen Gesundheitsforschung. In: HARING, R. (ed.) *Gesundheitswissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer Nature.
- PAPANDREOU, A., BOPP, M., BRAUN, J., STAUB, K. & FAEH, D. 2017. Individual Development and Potential Determinants of Excess Weight in Children and Adolescents: A Longitudinal Study. *Swiss Medical Weekly*, 147, 1-12.
- PAULUS, P., HUNDELOH, H. & DADACZYNSKI, K. 2016. Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11, 237-242.
- PETERMANN, U. & PETERMANN, F. 2005. Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung. In: ALTHAMMER, J. (ed.) *Familienpolitik und soziale Sicherung: Festschrift für HEINZ LAMPERT*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- PIESCHL, S. & PORSCH, T. 2014. Cybermobbing – mehr als „Ärgern im Internet“. In: PORSCH, T. & PIESCHL, S. (eds.) *Neue Medien und deren Schatten. Mediennutzung, Medienwirkung und Medienkompetenz*. Göttingen: Hogrefe.
- PIRKER, V. 2018. Social Media und psychische Gesundheit. Am Beispiel der Identitätskonstruktion auf Instagram. *Communicatio Socialis*, 51, 467-480.
- PRESSE- UND INFORMATIONSAMT DER BUNDESREGIERUNG 2016. *Bericht der Bundesregierung zur Lebensqualität in Deutschland*. Berlin: Presse- und Informationsamt der Bundesregierung.
- PULS, W. 2008. Betriebliche Rahmenbedingungen, Stress und der Konsum von Alkohol. Eine Diskussion der Befunde in soziologischer Perspektive. In: BAUER, U., BITTLINGMAYER, U. & RICHTER, M. (eds.) *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- QUENZEL, G. 2015. *Entwicklungsaufgaben und Gesundheit im Jugendalter*. Weinheim: Beltz Juventa.
- QUENZEL, G., SCHAEFFER, D., MESSER, M., VOGT, D., PELIKAN, J. & RÖTHLIN, F. 2016. *Health Literacy - Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen*. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- QUON, E. C. & MCGRATH, J. J. 2014. Subjective Socioeconomic Status and Adolescent health: A Meta-analysis. *Health Psychology*, 33, 433-447.
- RAPP, I. & KLEIN, T. 2017. Lebensstil und Gesundheit: Trends und soziale Unterschiede des Gesundheitsverhaltens und Folgen für die Gesundheit. In: JUNGBAUER-GANS, M. (ed.) *Handbuch Gesundheitssoziologie*. Wiesbaden: Springer VS.
- RATHMANN, K. 2015. *Bildungssystem, Wohlfahrtsstaat und gesundheitliche Ungleichheit: ein internationaler Vergleich für das Jugendalter*. Wiesbaden: Springer VS.
- RATHMANN, K., HEILMANN, K., MOOR, I. & RICHTER, M. 2017. Schulisches Wohlbefinden, Schulform und Tabakkonsum von Jugendlichen: Ergebnisse der SILNE-Studie. *Sucht*, 62, 383-395.
- RATHMANN, K., HERKE, M., MOOR, I. & RICHTER, M. 2016. Bildungsungleichheit, Schulumwelt und Gesundheit: Gibt es eine doppelte Benachteiligung? In: BILZ, L., SUDECK, G, BUCKSCH, J, KLOCKE, A, KOLIP, P, MELZER, W, RAVENS-SIEBERER, U, RICHTER, M (ed.) *Schule und Gesundheit. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheits surveys „Health Behaviour in School-aged Children“ 2013/14*. Weinheim: Juventa.
- RAZUM, O., ZEEB, H., MEESMANN, U., SCHENK, L., BREDEHORST, M., BRZOSKA, P., DERCKS, T., GLODNY, S., MENKHAUS, B. & SALMAN, R. 2008. *Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung*. Berlin: Robert Koch-Institut.

- REIJNEVELD, S. A., VEENSTRA, R., DE WINTER, A. F., VERHULST, F. C., ORMEL, J. & DE MEER, G. 2010. Area Deprivation Affects Behavioral Problems of Young Adolescents in Mixed Urban and Rural Areas: The TRAILS Study. *Journal of Adolescent Health*, 46, 189-96.
- REINHARDT, D. & PETERMANN, F. 2010. Neue Morbiditäten in der Pädiatrie. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 158, 14-14.
- REISS, K., SÄLZER, C., SCHIEPE-TISKA, A., KLIEME, E. & KÖLLER, O. 2016. *PISA 2015. Eine Studie zwischen Kontinuität und Innovation*. Münster, New York, USA: Waxmann Verlag.
- RICHTER, M. 2005. *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Der Einfluss sozialer Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- RICHTER, M., GÜNTHER, S. & HERKE, M. 2018. Lebenslaufforschung in der Epidemiologie und den Sozialwissenschaften. Gemeinsam einsam? *Gesundheitswesen*, 43, 522-531.
- RICHTER, M. & HURRELMANN, K. 2004. Sozioökonomische Unterschiede im Substanzkonsum von Jugendlichen. *Sucht*, 50, 258-268.
- RICHTER, M. & LAMPERT, T. 2008. Verkörperte Ungleichheiten: Die Rolle multipler Statusindikatoren für das Gesundheitsverhalten im Jugendalter. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 2, 174-190.
- ROBERT KOCH-INSTITUT 2015. *Mediennutzung. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- ROGGE, B. & GROH-SAMBERG, O. 2015. Stuserhalt und Statusbewusstsein. Zur familialen Transmission von Bildung. In: MÜLLER, H.-P. & REITZ, T. (eds.) *Bildung und Klassenbildung. Kritische Perspektiven auf eine Leitinstitution der Gegenwart*. Weinheim: Beltz Juventa.
- ROSENBROCK, R. 2004. Prävention und Gesundheitsförderung - Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für die Politik. *Gesundheitswesen*, 66, 146-152.
- ROSS, C. E. & MIROWSKY, J. 2011. The Interaction of Personal and Parental Education on Health. *Social Science and Medicine*, 72, 591-599.
- ROTTER, I., HANSZKE, K., MROCZEK, B., GROCHANS, E., ZULTAK-BACZKOWSKA, K. & KARAKIEWICZ, B. 2011. The Evaluation of Knowledge of the Recommended Women's Preventive Tests Among Female High School Students. *Family Medicine and Primary Care Review*, 13, 505-507.
- SACKMANN, R. & WINGENS, M. 2001. Theoretische Konzepte des Lebenslaufs: Übergang, Sequenz und Verlauf. In: HEINZ, W. R. (ed.) *Statuspassagen und Lebenslauf*. Weinheim: Juventa.
- SAHRAI, D. 2009. Healthy Migrants oder besondere Risikogruppe. *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*, 45, 70-94.
- SANDRING, S. 2013. *Schulversagen und Anerkennung: Scheiternde Schulkarrieren im Spiegel der Anerkennungsbedürfnisse Jugendlicher*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- SANTOS-HÖVENER, C., KUNTZ, B., FRANK, L., KOSCHOLLEK, C., ELLERT, U., THAMM, R., SCHIENKIEWITZ, A., HÖLLING, H. & LAMPERT, T. 2019. Zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 (2014-2017). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*.
- SAWYER, S. M., AZZOPARDI, P. S., WICKREMARATHNE, D. & PATTON, G. C. 2018. The Age of Adolescence. *Lancet Child and Adolescent Health*, 2, 223-228.
- SCHENK, L. 2007. Migration und Gesundheit - Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health*, 52, 87-96.
- SCHERR, A. 2010. Diskriminierung und soziale Ungleichheiten. In: HORMEL, U. & SCHERR, A. (eds.) *Diskriminierung: Grundlagen und Forschungsergebnisse*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- SCHIENKIEWITZ, A., BRETTSCHEIDER, A.-K., DAMEROW, S. & ROSARIO, A. S. 2018. Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KIGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3, 16-23.
- SCHINDLER, S. & REIMER, D. 2010. Primäre und sekundäre Effekte der sozialen Herkunft beim Übergang in die Hochschulbildung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 62, 623-653.
- SCHIFF, S., KNÜPPEL, S., HARDT, J. & STANG, A. 2011. Directed Acyclic Graphs (DAGs) - Die Anwendung kausaler Graphen in der Epidemiologie. *Gesundheitswesen*, 73, 888-892.
- SCHMEISER, M. 2003. "Missratene" Söhne und Töchter: Verlaufsformen des sozialen Abstiegs in Akademikerfamilien. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- SCHMIDT, B. 2018. Gesellschaftliche Konstruktion von Gesundheit und Krankheit. In: HARING, R. (ed.) *Gesundheitswissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer Nature.
- SCHMITT, M. 2009. Innerfamiliäre Beziehungen und Bildungserfolg. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 12, 715-732.
- SCHOLZ, M. & KALTENBACH, M. 1995. Zigaretten-, Alkohol- und Drogenkonsum bei 12- bis 13jährigen Jugendlichen - Eine anonyme Befragung bei 2979 Schülern. *Gesundheitswesen*, 57, 339-344.
- SCHOTT, K., HUNGER, M., LAMPERT, T., SPENGLER, S., MESS, F. & MIELCK, A. 2016. Social Differences in Physical Activity among Adolescents in Germany: Analyses Based on Information Concerning the Metabolic Equivalent of Task (MET). *Gesundheitswesen*, 78, 630-636.
- SCHUNCK, R., SAUER, C. & VALET, P. 2014. Macht Ungerechtigkeit krank? Gesundheitliche Folgen von Einkommens(un)gerechtigkeit. *SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research*, 662, 1-21.
- SCHWARZER, R. 1994. Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40, 105-123.
- SEIFFGE-KRENKE, I. 2015. «Emerging Adulthood»: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 63, 165-173.
- SELTING, M., AUER, P., BARTH-WEINGARTEN, D., BERGMANN, J. R., BERGMANN, P., BIRKNER, K., COUPER-KUHLEN, E., DEPPERMAN, A., GILLES, P. & GÜNTNER, S. 2009. Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforschung: Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, 10, 353-402.
- SIDERIDIS, G. D. 2005. Goal Orientation, Academic Achievement and Depression: Evidence in Favor of a Revised Goal Theory Framework. *Journal of Educational Psychology*, 97, 366-375.
- SIEGRIST, J. 2008. Soziale Anerkennung und gesundheitliche Ungleichheit. In: BAUER, U., BITTLINGMAYER, U. H. & RICHTER, M. (eds.) *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- SIEGRIST, J. & WAHRENDORF, M. 2016. Failed Social Reciprocity Beyond the Work Role. In: SIEGRIST, J. & WAHRENDORF, M. (eds.) *Work Stress and Health in a Globalized Economy. The Model of Effort-Reward Imbalance*. Berlin, Heidelberg: Springer International Publishing
- SKOGBROTT BIRKELAND, M., LEVERSEN, I., TORSHEIM, T. & WOLD, B. 2014. Pathways to Adulthood and Their Precursors and Outcomes. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55, 26-32.
- SOLAR, O. & IRWIN, A. 2010. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Genf, CHE: World Health Organization

- SOLGA, H. 2009. Meritokratie - die moderne Legitimation ungleicher Bildungschancen. In: SOLGA, H., POWELL, J. & BERGER, P. A. (eds.) *Soziale Ungleichheit. Klassische Texte zur Sozialstrukturanalyse*. Frankfurt A.M.: Campus Verlag.
- SPALLEK, J., SCHUMANN, M. & REESKE-BEHRENS, A. 2018. Migration und Gesundheit - Gestaltungsmöglichkeiten von Gesundheitsversorgung und Public Health in diversen Gesellschaften. In: HARING, R. (ed.) *Gesundheitswissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer Nature.
- SPERLICH, S. & MIELCK, A. 2003. Sozialepidemiologische Erklärungsansätze im Spannungsfeld zwischen Schicht- und Lebensstilkonzeptionen. Plädoyer für eine integrative Betrachtung auf der Grundlage der Bourdieuschen Habitustheorie. *Journal of Public Health*, 11, 165-179.
- STEINKAMP, G. 1999. Soziale Ungleichheit in Mortalität und Morbidität. Oder: Warum einige Menschen gesünder sind und länger leben als andere. In: SCHLICHT W & HH, D. (eds.) *Gesundheit für alle. Fiktion oder Realität*. Stuttgart, New York, USA: Horndorf-Verlag.
- STEWART, B. T., HECK, N. C. & COCHRAN, B. N. 2015. A Comparison of Sexual Minority Youth Who Attend Religiously Affiliated Schools and Their Nonreligious-School-Attending Counterparts. *Journal of LGBT Youth*, 12, 170-188.
- STEWART, C. H., BERRY, P., PRZULJ, D. & TREANOR, C. 2017. Cancer-related Health Behaviours of Young People not in Education, Employment or Training ('NEET'): A Cross-sectional Study. *BMC Cancer*, 17, 1-16.
- TILEY, K., WHITE, J., ANDREWS, N., TESSIER, E., RAMSAY, M. & EDELSTEIN, M. 2019. What School-level and Area-level Factors Influenced HPV and MenACWY Vaccine Coverage in England in 2016/2017? An Ecological Study. *BMJ Open*, 9, 1-10.
- TILLMANN, K. & WEISHAUPT, H. 2015. Ansätze bedarfsorientierter Ressourcenausstattung von sozial belasteten Schulen in Deutschland. Eine Situationsanalyse. *Zeitschrift für Bildungsverwaltung*, 31, 5-26.
- TRIVENTI, M., SKOPEK, J., KULIC, N., BUCHHOLZ, S. & BLOSSFELD, H.-P. 2016. Varieties of Secondary Education Models and Social Inequality - Conclusions from a Large-scale International Comparison. In: BLOSSFELD, H.-P., BUCHHOLZ, S., SKOPEK, J. & TRIVENTI, M. (eds.) *Models of Secondary Education and Social Inequality: An International Comparison*. Chetleham, UK, Northampton, USA: Edward Elgar Publishing.
- VOBRUBA, G. 2012. Gesundheit als Erfolg. In: BRÄHLER, E. (ed.) *Gesund und gebildet: Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- WALGENBACH, K. 2017. *Heterogenität - Intersektionalität - Diversity in der Erziehungswissenschaft*. Opladen, Toronto, CAN: Verlag Barbara Budrich.
- WALGENBACH, K. & PFAHL, L. 2017. Intersektionalität. In: BOHL, T., BUDDE, J. & RIEGER-LADICH, M. (eds.) *Umgang mit Heterogenität in Schule und Unterricht. Grundlagentheoretische Beiträge, empirische Befunde und didaktische Reflexionen*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt UTB.
- WALTER, U., LIERSCH, S., GERLICH, M. G., RAITHEL, J. & BARNEKOW, V. 2011. Die Lebensphase Adoleszenz und junge Erwachsene - Gesellschaftliche und altersspezifische Herausforderungen zur Förderung der Gesundheit. In: KKH-ALLIANZ (ed.) *Gesund jung?! Berlin, Heidelberg: Springer Medizin*.
- WENTZEL, K., BAKER, S. & RUSSELL, S. 2014. Peer Relationships and Positive Adjustment at School. In: FURLONG, M. J., GILMAN, R. & HUEBNER, E. S. (eds.) *Handbook of Positive Psychology in Schools*. London, UK, New York, USA: Ruodtedge.
- WERNECK, A. O., OYEYEMI, A. L., FERNANDES, R. A., ROMANZINI, M., RONQUE, E. R. V., CYRINO, E. S., SARDINHA, L. B. & SILVA, D. R. 2018. Regional Socioeconomic Inequalities in Physical Activity and Sedentary Behavior among Brazilian Adolescents. *Journal of Physical Activity and Health*, 15, 338-344.
- WEST, P. & SWEETING, H. 2004. Evidence on Equalisation in Health in Youth from the West of Scotland. *Social Science and Medicine*, 59, 13-27.

- WHITEHEAD, M. & POPAY, J. 2010. Swimming Upstream? Taking Action on the Social Determinants of Health Inequalities. *Social Science and Medicine*, 71, 1234-1236.
- WILKINSON, R. & PICKETT, K. 2012. *Gleichheit ist Glück: Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind*. Berlin: Haffmans & Tolkemitt.
- WILLEMSSEN, H., HOFFARTH, K. & RICHTER, M. 2013. Substanzkonsum im Kindes und Jugendalter. Ein aktueller Einblick in geschlechtsspezifische Konsummuster. In: KOLIP, P., KLOCKE, A., MELZER, W. & RAVENS-SIEBERER, U. (eds.) *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich. Ergebnisse des Jugendsurveys "Health Behaviour in School-aged Children"*. Weinheim, Basel, CHE: Beltz Juventa.
- WINKLER, J. 1998. Die Messung des sozialen Status mit Hilfe eines Index in den Gesundheitssurveys der DHP. In: AHRENS, W., BELLACH, B. & JÖCKEL, K. (eds.) *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie*. München: MMV Medizin Verlag.
- WOOD, D., CRAPNELL, T., LAU, L., BENNETT, A., LOTSTEIN, D., FERRIS, M. & KUO, A. 2018. Emerging Adulthood as a Critical Stage in the Life Course. In: HALFON, N., FORREST, C. B., LERNER, R. M. & FAUSTMAN, E. M. (eds.) *Handbook of Life Course Health Development*. Berlin, Heidelberg: Springer International Publishing
- ZEIHER, J., LANGE, C., STARKER, A., LAMPERT, T. & KUNTZ, B. 2018. Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3, 23-44.
- ZICK VARUL, M. 2004. *Geld und Gesundheit: Konsum als Transformation von Geld in Moral*. Berlin: Logos.

Anlage 1 Gesprächsleitfaden der Gruppengespräche

Gesprächsleitfaden Gruppenbefragung von Jugendlichen zu: Schule, Gesundheit und soziale Herkunft

Phase I (ca. 5 min)

1. **Begrüßung**
2. **Vorstellungsrunde**
 - Vorname, Alter, welcher Schulabschluss wird angestrebt
3. **Gesprächsvereinbarungen**
 - bitte ausreden lassen
 - es ist erlaubt alles zu sagen und zu fragen, rücksichtsvoller Umgang miteinander
 - was wir hier besprechen, bleibt bitte unter uns
 - Hinweis auf Aufnahme und Freiwilligkeit der Teilnahme
4. **Rückfragen**

Phase II (ca. 35 min)

5. **Einstieg**
 - Begriffe auf grünen Karten schreiben: was ist gesund/Gesundheit für euch?
 - Auswertungsrunde
 - Begriffe auf gelbe Karten schreiben: was ist Krankheit/ macht krank?
 - Auswertungsrunde
6. **Diskussion**
 1. Ist Gesundheit für unsere Gesellschaft wichtig?
 2. Wie wichtig ist Schulbildung, um ein gesundes Leben führen zu können?
 3. Kann eure Schule dabei helfen, gesund zu leben?
 4. Kann die Schule auch krank machen?
 5. Ist es wichtig, was für einen Schulabschluss man macht?
 6. Wer entscheidet darüber, welchen Schulabschluss ihr macht?
 7. Was denkt ihr, wie geht es Jugendlichen an anderen Schulen (Gymnasium/ISS einsetzen)?
 8. Kann man sich als Erwachsener Gesundheit mit Geld kaufen?

Phase III (ca. 5 min)

7. **Zusammenfassung**
8. **Danksagung**
9. **Verabschiedung**

Anlage 2 Einzelarbeiten der kumulativen Dissertation

Einzelarbeit 1: Waldhauer, J., B. Kuntz und T. Lampert (2018). "Unterschiede in der subjektiven und psychischen Gesundheit und im Gesundheitsverhalten bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen an weiterführenden Schulen in Deutschland." Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 61(4): 374-384.

Einzelarbeit 2: Waldhauer, J., B. Kuntz, E. Mauz und T. Lampert (2019). "Intergenerational Educational Pathways and Self-Rated Health in Adolescence and Young Adulthood: Results of the German KiGGS Cohort." International Journal of Environmental Research and Public Health 16(5): 684-699.

Einzelarbeit 3: Waldhauer J., L. Kroll und J. Hoebel (2020). "Soziale Ungleichheiten und psychische Auffälligkeiten im Übergang vom Kindes- ins Jugendalter – Entwicklung und Prüfung eines strukturierten Kausalmodells.“ Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation 40(2): 188-213.



Unterschiede in der subjektiven und psychischen Gesundheit und im Gesundheitsverhalten bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen an weiterführenden Schulen in Deutschland

Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1)

Einleitung

In der Lebensphase Jugend müssen alle Heranwachsenden innerhalb weniger Jahre zahlreiche anspruchsvolle Entwicklungsaufgaben bewältigen [1]. Auch wenn die Jugendzeit traditionell als gesunde Lebensphase gilt, werden hier wichtige Weichen für die allgemeine und psychische Gesundheit gestellt [2]. Für die soziale Entwicklung ist etwa die emotionale Ablösung vom Elternhaus zentral. Andere außerfamiliäre Lebenswelten gewinnen an Bedeutung – dies gilt auch mit Blick auf die Herausbildung und Verfestigung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und die psychische Gesundheit. Gesundheitsrelevante Entscheidungen, die sich z. B. auf den Konsum psychoaktiver Substanzen wie Tabak und Alkohol oder das Ernährungs- und Bewegungsverhalten beziehen können, werden zunehmend eigenständig getroffen [3, 4]. Wie sich die gesundheitlichen Chancen der Heranwachsenden gestalten, hängt insgesamt stark von der sozialen Herkunft und den damit verbundenen sozioökonomischen Bedingungen des Aufwachsens ab

[5–7]. Bei Jugendlichen kann dazu auch die besuchte weiterführende Schulform gezählt werden [8].

Ein zentrales Entwicklungsziel stellt gerade in modernen Wissensgesellschaften [9] die bildungsbezogene Qualifizierung dar, die in der Jugendzeit vornehmlich im schulischen Kontext vollzogen wird. Schwierigkeiten in der Bewältigung dieser, aber auch weiterer Entwicklungsaufgaben können mit Unbehagen, Versagensängsten sowie psychischen und psychosomatischen Problemen einhergehen [10, 11]. Der Besuch einer weiterführenden Schule kann als wichtiger Übergang auf diversen Ebenen mit unterschiedlichen Konsequenzen für die Bedingungen des Erwachsenwerdens, die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und die Gesundheit angesehen werden. So ist die schulische Qualifizierung im Sinne formaler Bildung einerseits bedeutsam für die weiteren Lebenschancen im Erwachsenenalter, denn sie bestimmt die eigene sozioökonomische Entwicklung und den zukünftigen sozialen Status mit [12]. Andererseits stellt die Schule als sekundäre Sozialisationsinstanz auch in

der aktuellen Lebenssituation der Heranwachsenden einen zentralen Lern- und Erfahrungsraum dar. Hier bewegen sich die Kinder und Jugendlichen tagtäglich weitestgehend außerhalb der familiären Kontrolle, pflegen Umgang mit anderen jungen Menschen, werden zunehmend eigenständiger und kommen mit Autoritätspersonen, Gruppendynamiken, der unmittelbaren Umgebung der Schule sowie strukturellen Gesundheitsdeterminanten in Kontakt. Zusammengefasst ist dies für die Entwicklung der allgemeinen und psychischen Gesundheit der Heranwachsenden von Bedeutung, da sich der Einfluss der Lebenswelten auch gesundheitlich niederschlagen kann [13–15].

Das deutsche Bildungssystem hält nach der Grundschulzeit unterschiedlich qualifizierende Bildungsgänge an verschiedenen Schulformen bereit [16]. Die Wahl der weiterführenden Schule ist in Deutschland eng an die soziale Herkunft und insbesondere an den Bildungsgrad der Eltern geknüpft [17, 18]. Heranwachsende mit geringer qualifizierten Eltern orientieren sich deutlich seltener an höher qualifizie-

renden Schulformen, erhalten selbst bei gleichen Grundschulleistungen seltener eine Gymnasialempfehlung und erwerben schließlich deutlich seltener höhere Bildungsabschlüsse als Gleichaltrige mit höher qualifizierten Eltern [19, 20].

Verschiedene Studien konnten bisher zeigen, dass nicht nur Bildungserfolge vom sozioökonomischen Hintergrund abhängen, sondern auch deutliche Unterschiede bezüglich der Gesundheit und gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen bestehen [6, 21, 22]. Erkenntnisse zu schulformspezifischen Unterschieden in der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beruhen in Deutschland v. a. auf Daten der „Health Behaviour in School-aged Children“-Studie (HBSC), des Nationalen Bildungspanels (NEPS) und der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS). Die vorliegenden Befunde beziehen sich überwiegend auf verhaltensbezogene Outcomes und globale Maße der subjektiven und psychischen Gesundheit sowie des Wohlbefindens [23–28]. Weniger Beachtung finden bisher einzelne Subdimensionen der psychischen Gesundheit. Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden die bisherigen Erkenntnisse zu schulformspezifischen Unterschieden in der subjektiven Gesundheit und zu ausgewählten Aspekten des Gesundheitsverhaltens überprüft und schwerpunktmäßig um die psychische Gesundheit in ihren Subdimensionen erweitert. Dazu werden Daten der ersten Folgebefragung der KiGGS-Studie (KiGGS Welle 1) ausgewertet. Die Untersuchung richtet sich an drei Forschungsfragen aus:

- Zeigen sich Unterschiede in der subjektiven und psychischen Gesundheit und im Gesundheitsverhalten bei Jugendlichen, die eine Haupt-, Real- oder Gesamtschule besuchen, im Vergleich zu denjenigen, die auf ein Gymnasium gehen?
- Inwieweit sind die schulformspezifischen Unterschiede eigenständig oder auf den Einfluss des sozioökonomischen Status der Herkunftsfamilie zurückzuführen?
- Variieren die schulformspezifischen Unterschiede in der subjektiven und psychischen Gesundheit und

im Gesundheitsverhalten zwischen Jungen und Mädchen?

Methoden

Datengrundlage

Die KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts (RKI) stellt wichtige Daten für die Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Heranwachsenden in Deutschland bereit [29, 30]. KiGGS ist als kombinierte Querschnitts- und Kohortenstudie konzipiert und umfasst daher mehrere Erhebungszeiträume. An der Basiserhebung, die von 2003 bis 2006 stattfand und sowohl Befragungen als auch Untersuchungen umfasste, nahmen 17.641 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren in 167 Orten in Deutschland teil [31].

Die erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) wurde von 2009 bis 2012 mittels standardisierter Telefoninterviews durchgeführt. Neben den ehemaligen Teilnehmenden der Basiserhebung, die inzwischen 6 bis 24 Jahre alt waren und erneut zur Studienteilnahme eingeladen wurden, wurde eine neue Querschnittsstichprobe von 0- bis 6-Jährigen einbezogen. Insgesamt konnten Daten von 12.368 Kindern und Jugendlichen im für den Querschnitt relevanten Altersbereich von 0 bis 17 Jahren erhoben werden. Die Response bei den wieder eingeladenen Jungen und Mädchen lag bei 72,9% [32].

Für den vorliegenden Beitrag wurden aus KiGGS Welle 1 die Daten derjenigen 11- bis 17-Jährigen analysiert, die eine weiterführende Schule besuchen oder bereits abgeschlossen haben. Alle Jugendlichen an einer Grundschule oder Orientierungsstufe wurden ebenso wie diejenigen an Sonder- oder Förderschulen von den Analysen ausgeschlossen. Damit konnten Informationen von insgesamt 4665 Schülerinnen (2313) und Schülern (2352) an weiterführenden Regelschulen ausgewertet werden.

Untersuchungsvariablen

Als abhängige Variablen gingen Indikatoren der subjektiven und psychischen

Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens in die Analyse ein.

Die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands gilt als gutes Maß des individuellen Gesundheits- und Krankheitserlebens im Kindes- und Jugendalter. Die subjektive Gesundheit spiegelt einerseits Krankheiten oder alltägliche Beschwerden wider und umfasst andererseits Aspekte der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens, die sich bei Heranwachsenden auch psychosomatisch niederschlagen können [33]. In KiGGS wurde dazu die Frage gestellt: „Wie würdest du deinen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“ [34]. Die insgesamt fünf Antwortkategorien wurden in zwei Gruppen „sehr gut/gut“ sowie „mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht“ zusammengefasst.

Psychische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten wurden durch Angaben der Eltern und der Heranwachsenden zum „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ) erhoben [35]. Für die vorliegenden Auswertungen wurden die Elternangaben berücksichtigt. Das Screening-Instrument umfasst 4 Problemskalen und eine Stärkenskala mit jeweils 5 Items zur Identifikation von „Verhaltensproblemen“, „emotionalen Problemen“, „Hyperaktivitätsproblemen“, „Problemen mit Gleichaltrigen“ sowie „Prosozialem Verhalten“, die stets mit „trifft eindeutig zu“ (Problem-/Stärkewert 2), „trifft teilweise zu“ (Problem-/Stärkewert 1) und „trifft nicht zu“ (Problem-/Stärkewert 0) beantwortet werden. Aus den jeweiligen Problem- und Stärkewerten kann mittels eines aufsummierten Skalenwertes die Symptombelastung bzw. Stärkeausprägung (Range 0 bis 10) und aus den vier Problemskalen ein Gesamtproblemwert von 0 bis 40 errechnet werden. Entsprechend der deutschen Normierung wird ein Gesamtproblemwert bis 12 Punkten als „unauffällig“, von 13 bis 15 Punkten als „grenzwertig auffällig“ und ab 16 Punkten als „auffällig“ betrachtet [36]. Analog und mit je spezifischen Grenzwerten werden auch die Symptom- bzw. Stärkenskalen in drei Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig auffällig“ und „auffällig“ klassifiziert. Für die Analysen werden für die einzelnen Symptom-

J. Waldhauer · B. Kuntz · T. Lampert

Unterschiede in der subjektiven und psychischen Gesundheit und im Gesundheitsverhalten bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen an weiterführenden Schulen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1)

Zusammenfassung

Hintergrund. Bereits im Kindes- und Jugendalter sind gesundheitliche Ungleichheiten zuungunsten sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen festzustellen. Der Beitrag untersucht, inwiefern sich Unterschiede in der subjektiven und psychischen Gesundheit sowie im Gesundheitsverhalten bei Jugendlichen in Abhängigkeit der von ihnen besuchten weiterführenden Schule zeigen und ob diese unabhängig vom sozioökonomischen Status (SES) bestehen. **Methodik.** Datengrundlage ist die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 1, 2009–2012). Analysiert werden Daten von 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen ($n = 4665$) an Haupt-, Real- und Gesamtschulen sowie Gymnasien. Als abhängige Variablen werden der selbsteingeschätzte allgemeine

Gesundheitszustand, Angaben zum Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten sowie selbstberichteter Freizeitsport, Tabak- und Alkoholkonsum herangezogen. Ausgewiesen werden Prävalenzen und auf logistischen Regressionen basierende Odds Ratios (OR). **Ergebnisse.** Für die Mehrzahl der untersuchten Indikatoren zeigt sich, dass Heranwachsende, die kein Gymnasium besuchen, häufiger psychische Auffälligkeiten und vermehrt ungesunde Verhaltensweisen aufweisen. Die Unterschiede verringern sich zwar mitunter bei statistischer Kontrolle des SES, bleiben jedoch in der Regel signifikant. Stark ausgeprägte Unterschiede zeigen sich u. a. zuungunsten von Jugendlichen, die kein Gymnasium besuchen, für beide Geschlechter mit Blick auf „Unaufmerksam-

keit/Hyperaktivität“ (OR: 2,29 [1,70–3,08]), bei Mädchen im Tabakkonsum (OR: 2,91 [1,85–4,57]) und bei Jungen bzgl. sportlicher Inaktivität (OR: 2,71 [1,85–3,95]). **Diskussion.** Ungleiche Gesundheitschancen sollten in Bezug zur Lebenswelt der Menschen betrachtet werden, wobei sich bei Jugendlichen die Schule als prägender Lern- und Erfahrungsraum darstellt. Die Analysen verweisen hinsichtlich der Schulform und des Geschlechts auf divergierende Bedarfe der schulbasierten Gesundheitsförderung und Prävention.

Schlüsselwörter

Schule · Jugend · Psychische Gesundheit · Gesundheitsverhalten · Soziale Herkunft

Differences in subjective health, mental health, and health behavior among 11- to 17-year-olds at secondary schools in Germany. Results of the German health interview and examination survey for children and adolescents: first follow-up (KiGGS Wave 1)

Abstract

Background. Social inequalities in health can already be found among children and adolescents to the disadvantage of socially deprived population groups. This paper aims to detect, whether differences in subjective health, mental health and health behavior among young people are due to the secondary school type attended and whether these associations exist independently of the family's socioeconomic position (SEP). **Methods.** The data basis was the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS Wave 1, 2009–2012). Data of 11- to 17-year-old girls and boys ($n = 4665$) who attend different types of secondary schools in Germany were analyzed. The dependent variables were self-

rated health, findings of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) for the detection of psychological abnormalities, as well as self-reported information regarding leisure sport, tobacco, and alcohol consumption. Prevalence and odds ratios (ORs) based on logistic regressions are shown. **Results.** For the majority of the examined indicators, it can be shown that adolescents in lower secondary schools are more likely to report worse self-rated health and mental problems and engage in unhealthy behavior than peers in grammar schools (“Gymnasium”). The differences decrease after controlling for family's SEP but mostly remain statistically significant. Adolescents who don't attend grammar schools are

most strongly disadvantaged in terms of inattention/hyperactivity for both gender (OR: 2.29 [1.70–3.08]), smoking among girls (2.91 [1.85–4.57]) and physical inactivity (no leisure sport) among boys (OR: 2.71 [1.85–3.95]). **Discussion.** Unequal health opportunities should be viewed in relation to people's living conditions. For adolescents, school constitutes an important setting for learning, experience, and health. The results indicate divergent needs of school-based health promotion and prevention regarding differences among gender and type of school.

Keywords

School · Adolescents · Mental health · Health behavior · Social position

bzw. Stärkenskalen und für den Gesamt-SDQ (der die vier Symptomskalen, nicht aber die Stärkenskala umfasst) die als „auffällig“ sowie „grenzwertig auffällig“ klassifizierten Summenscores zu einer Risikogruppe zusammengefasst und den als „unauffällig“ klassifizierten Personen gegenübergestellt.

Hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens werden die sportliche Aktivität, das Rauchverhalten und der Alkoholkonsum betrachtet.

Die sportliche Aktivität wurde mit der Frage erhoben: „Treibst du Sport?“. Dabei sollte nur mit „ja“ oder „nein“ geantwortet werden. Sportliche Aktivitäten in Schu-

len sollten nicht berücksichtigt werden [37].

Das Rauchverhalten wurde durch eine Kombination an Fragen erfasst. Die Lebenszeitprävalenz wurde mit den ausschließlichen Antwortoptionen „ja“ und „nein“ durch die Frage: „Hast du schon einmal geraucht?“ erhoben. Diejenigen,

die mit „ja“ antworteten, wurden weiter nach der Intensität des Rauchens gefragt: „Wie oft rauchst du zurzeit?“ (Antwortmöglichkeiten „Täglich“, „Mehrere Male pro Woche“, „Einmal pro Woche“, „Seltener als einmal pro Woche“ und „Gar nicht“). In der Analyse wurden alle Jugendlichen, die angaben, schon einmal geraucht zu haben und derzeit mindestens gelegentlich zu rauchen (täglich bis seltener als einmal pro Woche) als aktuelle Tabakkonsumenten klassifiziert und denjenigen, die angaben, noch nie geraucht zu haben bzw. aktuell nicht zu rauchen, gegenübergestellt [38].

Zur Erfassung des Alkoholkonsums der Jugendlichen wurde das international häufig verwendete Screening-Instrument AUDIT-C eingesetzt [38]. Die drei Fragen betreffen die Häufigkeit („Wie oft nimmst du ein alkoholisches Getränk zu dir?“, Antwortkategorien: „Nie“, „Einmal pro Monat oder seltener“, „2- bis 4-mal im Monat“, „2- bis 3-mal pro Woche“, „4-mal pro Woche oder öfter“), die eingenommene Alkoholmenge („Wenn du Alkohol trinkst, wie viele alkoholische Getränke trinkst du dann üblicherweise an einem Tag?“, Antwortkategorien: „1 bis 2“, „3 bis 4“, „5 bis 6“, „7 bis 9“, „10 oder mehr alkoholische Getränke“) und die Häufigkeit des Rauschtrinkens („Wie oft trinkst du 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit z. B. auf einer Party?“, Antwortkategorien: „Nie“, „Seltener als einmal im Monat“, „Jeden Monat“, „Jede Woche“, „Jeden Tag oder fast jeden Tag“). Alle Antworten wurden der Instrumentenvorgabe entsprechend mit aufsteigenden Punktwerten von 0 bis 4 versehen, die insgesamt einen aufsummierten Summenscore von 0 bis 12 ergaben. In der Analyse wurde bei den Jugendlichen von einem risikoreichen Alkoholkonsum ausgegangen und den anderen Jugendlichen mit einem geringeren bis gar keinem Alkoholkonsum gegenübergestellt, wenn der Summenscore bei Jungen mindestens 5 Punkte, bei Mädchen mindestens 4 Punkte umfasste.

Als unabhängige Variablen gingen neben der besuchten Schulform auch der soziale Status der Herkunftsfamilie und der Migrationshintergrund sowie Alter und Geschlecht in die Analysen ein. Aufgrund der länderspezifischen

Bildungshoheit gestaltet sich das Schulsystem in Deutschland in jedem Bundesland anders, sodass repräsentative Schulformvergleiche auf Bundesebene mit bestehenden Gesundheitsdaten nicht zwischen allen Schulformen möglich sind. Zum Erhebungszeitraum von KiGGS Welle 1 wurden Haupt- und Realschulen bereits gemeinsam erfasst. Jener Gruppe wurden für die Analysen die Gesamtschulen zugeordnet, die aufgrund der geringen Fallzahl nicht getrennt betrachtet werden konnten. An diesen Schulen, die sich auch Gemeinschafts-, integrierte oder kooperative Schulen nennen, kann zwar im Rahmen einer Oberstufenkooperation zum Teil auch das Abitur erreicht werden, dennoch sind sie nicht mit den Gymnasien vergleichbar [39] und wurden daher analog zu bestehenden Vorarbeiten gemeinsam mit den Haupt- und Realschulen betrachtet. Die Referenzgruppe bilden für die Analysen alle Schülerinnen und Schüler an Gymnasien [8, 40, 41].

Die soziale Herkunft der Kinder und Jugendlichen wird in KiGGS mittels eines mehrdimensionalen, aggregierten Index erhoben, der auf die sozioökonomische Lage der Eltern abhebt. Dafür werden Angaben der Eltern zu ihrer eigenen schulischen und beruflichen Bildung, ihrer beruflichen Stellung sowie zum bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommen mit Punktwerten versehen und zusammengefasst, sodass sich anhand aufsummierter Summenscores verteilungsbasiert drei Statusgruppen entsprechend den unteren 20%, den mittleren 60% und den oberen 20% abgrenzen lassen [42, 43]. In den Analysen wird zwischen niedrigem, mittlerem und hohem sozialen Status (SES) unterschieden.

Von einem Migrationshintergrund der Jugendlichen wird ausgegangen, wenn die Jugendlichen entweder selbst aus einem anderen Land zugewandert sind oder wenn ein oder beide Elternteile nicht in Deutschland geboren, beide Eltern zugewandert bzw. nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sind [44].

Statistische Analyse

Die statistischen Analysen wurden mit dem Programm Stata Version 14.1 durch-

geführt. Ausgewiesen werden Prävalenzen und mittels binärer logistischer Regressionen ermittelte Odds Ratios (OR), die als statistische Chancenverhältnisse zu lesen sind. Zur Berücksichtigung statistischer Fehlerwahrscheinlichkeiten werden zusätzlich 95%-Konfidenzintervalle angegeben. Unterschiede werden als statistisch signifikant angesehen, wenn sich die Konfidenzintervalle nicht überschneiden bzw. der p -Wert (p) kleiner als 0,05 ist.

Hinsichtlich der multivariaten Analyse wurden zwei aufeinander aufbauende Modelle spezifiziert. Das erste Modell analysiert den Zusammenhang zwischen der Schulform und den oben beschriebenen Gesundheitsoutcomes bei Kontrolle für Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund. Im zweiten Modell wird zusätzlich für die soziale Herkunft kontrolliert, um der Frage nachgehen zu können, ob und in welcher Intensität die beobachteten gesundheitlichen Unterschiede auf den Zusammenhang zwischen besuchter Schulform und Sozialstatus zurückzuführen sind.

Um für Deutschland repräsentative Aussagen treffen zu können, wurden die Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der mehrere Gewichtungsaspekte einbezieht. Berücksichtigt sind in der Gewichtung das mehrere Befragungswellen umfassende Design der Studie, die Wiederteilnahmewahrscheinlichkeit der Kohortenmitglieder sowie ein Anpassungsgewicht, das die allgemeine deutsche Bevölkerungsstruktur (Stand 31.12.2010) als Referenz heranzieht [32]. Um Geschlechterunterschiede zu identifizieren, werden sämtliche Ergebnisse für Jungen und Mädchen getrennt ausgewiesen.

Ergebnisse

Den Daten aus KiGGS Welle 1 zufolge besuchen in Deutschland von den 11- bis 17-jährigen Jugendlichen rund 38% ein Gymnasium und 58% eine Haupt-, Real- oder Gesamtschule. Weitere 5% dieser Altersgruppe gehen in Grundschulen, die Orientierungsstufe oder auf eine Förder- oder Sonderschule. Mädchen besuchen mit 40% insgesamt etwas häufiger ein Gymnasium als Jungen mit

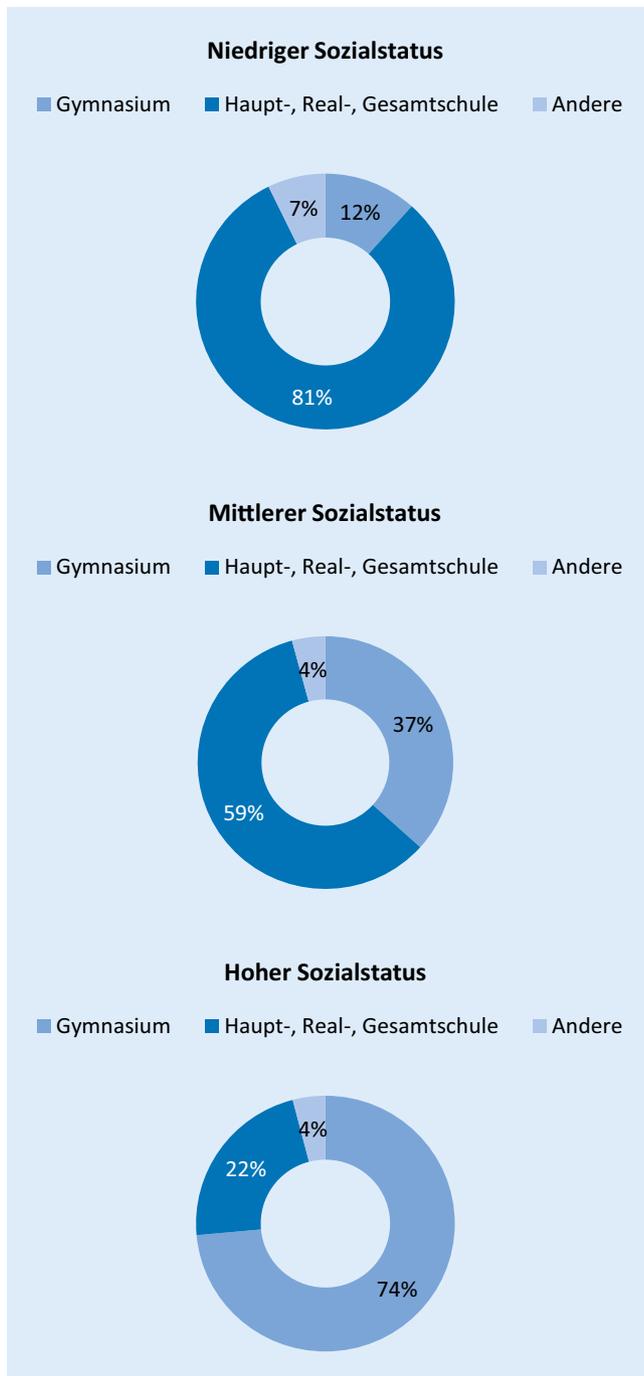


Abb. 1 ◀ Besuchte Schulform nach sozialem Status bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen (KiGGS Welle 1, 2009–2012)

35%. Darüber hinaus ist ein ausgeprägter Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und besuchter Schulform festzustellen. Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus besuchen weitaus seltener ein Gymnasium und häufiger die Haupt-, Real- oder Gesamtschule als Gleichaltrige aus Familien mit mittlerem und vor allem mit hohem Sozialstatus (Abb. 1).

Insgesamt schätzen etwa 89% der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen ihren Gesundheitszustand als „gut bis sehr gut“ und 11% als „mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht“ ein. Mädchen beurteilen etwas häufiger als Jungen ihren Gesundheitszustand als „mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht“ (12% gegenüber 10%). Wie Abb. 2 verdeutlicht, weisen sowohl Mädchen als auch Jungen an Gymnasien seltener einen mittelmä-

ßigen, schlechten oder sehr schlechten subjektiven Gesundheitszustand auf als Gleichaltrige an anderen weiterführenden Schulen. Dieser Unterschied hinsichtlich der besuchten Schulform ist bei Mädchen etwas stärker ausgeprägt als bei Jungen.

Hinsichtlich der psychischen Gesundheit erreichen rund 20% der Jugendlichen einen SDQ-Gesamtproblemwert, der als grenzwertig oder auffällig einzustufen ist. Jungen sind mit rund 23% etwas häufiger auffällig oder im grenzwertigen Bereich als Mädchen mit 17%. Die Prävalenz eines grenzwertigen oder auffälligen SDQ-Gesamtproblemwerts ist an Haupt-, Real- oder Gesamtschulen für beide Geschlechter fast doppelt so hoch wie an Gymnasien (Abb. 2).

Für Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Probleme, Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, Peer-Probleme und auch Probleme im prosozialem Verhalten, wobei letztere nicht im SDQ-Gesamtproblemwert berücksichtigt sind, gilt gleichermaßen, dass diese häufiger bei Schülerinnen und Schülern an Haupt-, Real- oder Gesamtschulen auftreten als bei Gleichaltrigen an Gymnasien (Tab. 1). Mädchen haben im Vergleich zu Jungen häufiger emotionale Probleme, während Jungen in allen weiteren Subskalen höhere Prävalenzen aufweisen. Für beide Geschlechter sind Verhaltensauffälligkeiten das am meisten festzustellende psychische Problem bzw. Risiko. Fast jeder zweite Junge an einer Haupt-, Real- oder Gesamtschule ist seinem Verhalten nach als auffällig einzustufen oder bewegt sich im grenzwertigen Bereich, während es an Gymnasien jeder dritte bis vierte Schüler ist. Unter den Mädchen ist an Haupt-, Real- oder Gesamtschulen rund jede dritte, an Gymnasien etwa jede vierte Schülerin als verhaltensauffällig oder als risikobelastet einzustufen.

Die größten Unterschiede zwischen den Schulformen bei psychischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten bestehen bezüglich Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität. Schülerinnen und Schüler der Haupt-, Real- oder Gesamtschulen verzeichnen hier mehr als doppelt so hohe Prävalenzen wie Gleichaltrige an Gymnasien.

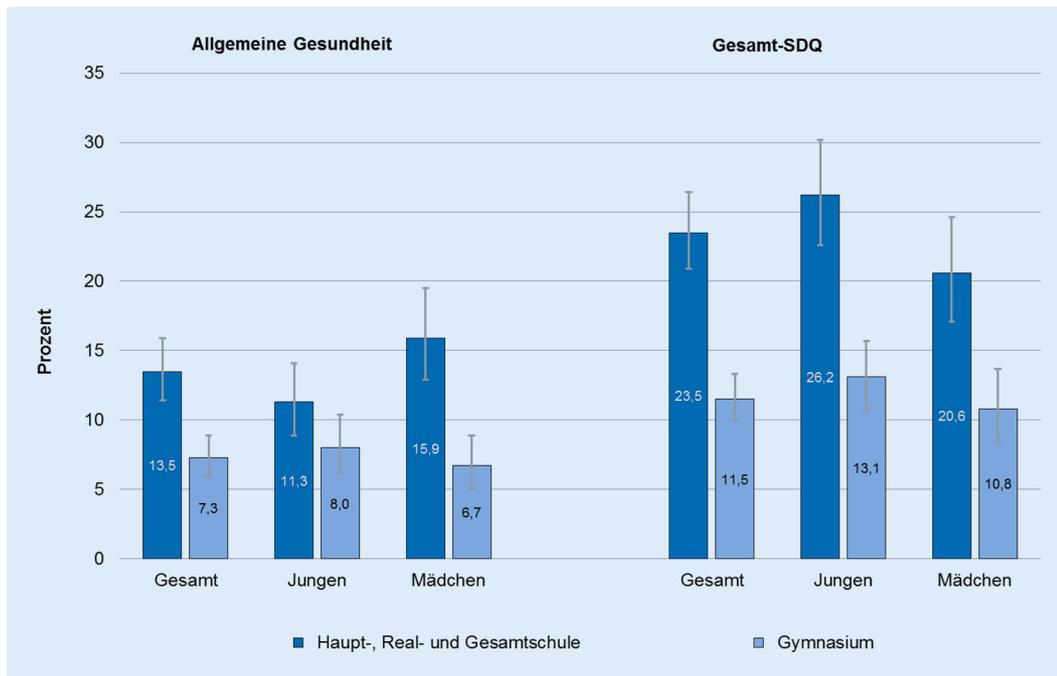


Abb. 2 ◀ Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht) und Elterneinschätzung von psychischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten (grenzwertig bis auffällig, nach SDQ) bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen nach besuchter Schulform

Auch für Aspekte des Gesundheitsverhaltens (sportliche Inaktivität, Tabak- und Alkoholkonsum) zeigen sich Unterschiede zuungunsten der Jugendlichen an Haupt-, Real- und Gesamtschulen. Unter allen Jugendlichen geben etwa 19% an, außerhalb der Schule keinen Sport zu treiben, während 81% in ihrer Freizeit sportlich aktiv sind. Mädchen sind ungeachtet der besuchten Schulform mit 22% insgesamt etwas häufiger sportlich inaktiv als Jungen mit 15%. Wie in **Abb. 3** verdeutlicht, ist sportliche Inaktivität unter Schülerinnen und Schülern der Haupt-, Real- und Gesamtschulen weitaus häufiger verbreitet als bei Gleichaltrigen an Gymnasien.

Von den 11- bis 17-jährigen Jugendlichen geben 12% an, aktuell zu rauchen, während 88% angeben, derzeit nicht zu rauchen oder noch nie geraucht zu haben. An Haupt-, Real- und Gesamtschulen ist der Anteil derjenigen, die angeben zu rauchen, insgesamt etwa doppelt so hoch wie an Gymnasien. Die Schulformdifferenzen sind bei Mädchen stärker ausgeprägt als bei Jungen. So geben an Haupt-, Real- und Gesamtschulen mehr als doppelt so viele Mädchen an zu rauchen als an Gymnasien, während sich der Unterschied bei Jungen auf etwa ein Drittel mehr Raucher an Haupt-, Real- und Gesamtschulen beläuft (**Abb. 3**).

Etwa 16% der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen konsumieren ihren Angaben zufolge Alkohol in einem Umfang, der als risikoreich einzuschätzen ist. In **Abb. 3** ist ebenso ersichtlich, dass die Unterschiede hinsichtlich der Schulform und auch die Differenzen zwischen Mädchen und Jungen minimal ausfallen. Dabei weisen Schülerinnen der Haupt-, Real- und Gesamtschulen mit fast 18% die höchste Prävalenz im Vergleich zu Jungen an beiden Schulformen und Mädchen an Gymnasien auf.

Die deskriptiven Befunde werden weitestgehend durch die multivariaten Analysen bestätigt (**Tab. 2**). Mit Ausnahme des Alkoholkonsums zeigt sich für alle untersuchten Variablen ein signifikanter Zusammenhang mit der besuchten Schulform zuungunsten derjenigen Heranwachsenden, die kein Gymnasium besuchen. Auch nach statistischer Kontrolle für den sozioökonomischen Status der Herkunftsfamilie bleiben die gefundenen Zusammenhänge durchgehend in etwas abgeschwächter Form statistisch signifikant. Eine Ausnahme bildet hierbei das prosoziale Verhalten.

Im Gesundheitsverhalten weisen Jugendliche die größten Unterschiede nach besuchter Schulform hinsichtlich des Tabakkonsums auf. Die statistische Chance, Tabak zu konsumieren, ist bei Jugend-

lichen, die kein Gymnasium besuchen, mehr als doppelt so hoch, bei Mädchen sogar fast dreifach erhöht. Jungen weisen die größten Unterschiede im Gesundheitsverhalten hinsichtlich ihrer sportlichen Aktivität auf. Diejenigen Jungen, die eine Haupt-, Real- oder Gesamtschule besuchen, sind fast dreimal so häufig in ihrer Freizeit sportlich inaktiv im Vergleich zu Gleichaltrigen, die ein Gymnasium besuchen.

Hinsichtlich der psychosozialen Gesundheit zeigen sich für Jugendliche die größten schulformspezifischen Unterschiede im Auftreten von Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität. Auch unabhängig von der sozialen Herkunft ist die statistische Chance, als unaufmerksam oder hyperaktiv zu gelten bzw. im grenzwertigen Bereich zu liegen, mehr als zweifach erhöht, wenn Jugendliche eine Haupt-, Real- oder Gesamtschule anstelle eines Gymnasiums besuchen. Für Jungen ist der Faktor insgesamt noch etwas weiter erhöht. Bei Mädchen treten die größten schulformspezifischen Unterschiede in der psychosozialen Gesundheit hinsichtlich des selbsteingeschätzten Gesundheitszustands auf. Unter ihnen verdoppelt sich die statistische Chance, die eigene Gesundheit als „mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht“ einzuschätzen, mit

Tab. 1 Elterneinschätzung der SDQ-Subskalen und des prosozialen Verhaltens bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen nach besuchter Schulform

	Gymnasium			Haupt-, Real-, Gesamtschule		
	Gesamt	Jungen	Mädchen	Gesamt	Jungen	Mädchen
<i>Verhaltensauffälligkeiten</i>	23,7	26,4	21,1	40,2	46,6	33,3
(Grenzwertig/auffällig)	[21,5–26,0]	[23,3–29,8]	[18,1–24,5]	[37,6–43,0]	[42,5–50,8]	[29,5–37,4]
<i>Emotionale Probleme</i>	15,3	12,4	18,0	24,5	21,4	27,8
(Grenzwertig/auffällig)	[13,6–17,2]	[10,0–15,4]	[15,4–20,8]	[22,0–27,1]	[17,9–25,4]	[24,2–31,8]
<i>Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität</i>	5,9	8,3	3,7	14,1	19,1	8,6
(Grenzwertig/auffällig)	[4,9–7,2]	[6,5–10,7]	[2,6–5,1]	[11,9–16,5]	[15,8–22,8]	[6,5–11,2]
<i>Peer-Probleme</i>	15,7	16,6	14,8	23,8	25,9	21,5
(Grenzwertig/auffällig)	[13,9–17,7]	[14,2–19,4]	[12,2–18,1]	[21,4–26,4]	[22,4–29,8]	[18,3–25,0]
<i>Prosoziales Verhalten</i>	5,6	8,2	3,2	8,1	9,7	6,3
(Grenzwertig/auffällig)	[4,4–7,1]	[6,2–10,7]	[2,2–4,6]	[6,7–9,7]	[7,5–12,4]	[4,6–8,4]

Prävalenzen [95 %-KI]

Tab. 2 Multivariate Analysen zur subjektiven und psychischen Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen an Haupt-, Real- und Gesamtschulen (Ref. Gymnasien). Statistische Kontrolle für Alter, Migrationshintergrund und Geschlecht (Modell 1) sowie sozialer Status der Herkunftsfamilie (Modell 2)

	Gesamt		Jungen		Mädchen	
	Modell 1 ^a	Modell 2 ^b	Modell 1 ^a	Modell 2 ^b	Modell 1 ^a	Modell 2 ^b
<i>Subjektive Gesundheit</i> (mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht)	1,94 [1,47–2,57] (<i>p</i> < 0,001)	1,73 [1,26–2,36] (<i>p</i> < 0,01)	1,40 [0,94–2,09] (<i>p</i> = 0,100)	1,23 [0,79–1,90] (<i>p</i> = 0,360)	2,59 [1,73–3,87] (<i>p</i> < 0,001)	2,30 [1,49–3,56] (<i>p</i> < 0,001)
<i>Gesamt-SDQ</i> (grenzwertig/auffällig)	2,30 [1,86–2,85] (<i>p</i> < 0,001)	1,88 [1,51–2,35] (<i>p</i> < 0,001)	2,35 [1,80–3,07] (<i>p</i> < 0,001)	1,96 [1,48–2,60] (<i>p</i> < 0,001)	2,26 [1,54–3,28] (<i>p</i> < 0,001)	1,80 [1,22–2,65] (<i>p</i> < 0,001)
<i>Verhaltensauffälligkeiten</i> (grenzwertig/auffällig)	2,13 [1,81–2,49] (<i>p</i> < 0,001)	1,77 [1,50–2,09] (<i>p</i> < 0,001)	2,38 [1,92–2,96] (<i>p</i> < 0,001)	1,91 [1,54–2,38] (<i>p</i> < 0,001)	1,87 [1,43–2,43] (<i>p</i> < 0,001)	1,63 [1,22–2,17] (<i>p</i> < 0,01)
<i>Emotionale Probleme</i> (grenzwertig/auffällig)	1,79 [1,49–2,16] (<i>p</i> < 0,001)	1,50 [1,24–1,81] (<i>p</i> < 0,001)	1,89 [1,35–2,64] (<i>p</i> < 0,001)	1,48 [1,06–2,08] (<i>p</i> < 0,05)	1,72 [1,35–2,20] (<i>p</i> < 0,001)	1,51 [1,16–1,98] (<i>p</i> < 0,01)
<i>Unaufmerksamkeit/ Hyperaktivität</i> (grenzwertig/auffällig)	2,58 [1,93–3,45] (<i>p</i> < 0,001)	2,29 [1,70–3,08] (<i>p</i> < 0,001)	2,63 [1,84–3,77] (<i>p</i> < 0,001)	2,37 [1,66–3,40] (<i>p</i> < 0,001)	2,49 [1,60–3,87] (<i>p</i> < 0,001)	2,13 [1,33–3,44] (<i>p</i> < 0,01)
<i>Peer-Probleme</i> (grenzwertig/auffällig)	1,63 [1,34–1,99] (<i>p</i> < 0,001)	1,28 [1,04–1,58] (<i>p</i> < 0,05)	1,75 [1,37–2,23] (<i>p</i> < 0,001)	1,39 [1,09–1,78] (<i>p</i> < 0,01)	1,51 [1,13–2,01] (<i>p</i> < 0,01)	1,18 [0,87–1,60] (<i>p</i> = 0,294)
<i>Prosoziales Verhalten</i> (grenzwertig/auffällig)	1,41 [1,04–1,92] (<i>p</i> < 0,05)	1,09 [0,81–1,47] (<i>p</i> = 0,566)	1,17 [0,77–1,77] (<i>p</i> = 0,452)	0,91 [0,62–1,33] (<i>p</i> = 0,612)	1,99 [1,30–3,06] (<i>p</i> < 0,01)	1,54 [0,92–2,58] (<i>p</i> = 0,100)
<i>Sportliche Inaktivität</i> (ja)	2,15 [1,70–2,71] (<i>p</i> < 0,001)	1,91 [1,49–2,44] (<i>p</i> < 0,001)	2,51 [1,75–3,61] (<i>p</i> < 0,001)	2,71 [1,85–3,95] (<i>p</i> < 0,001)	1,96 [1,44–2,66] (<i>p</i> < 0,001)	1,53 [1,12–2,10] (<i>p</i> < 0,01)
<i>Tabakkonsum</i> (ja)	2,36 [1,83–3,05] (<i>p</i> < 0,001)	2,41 [1,80–3,23] (<i>p</i> < 0,001)	1,88 [1,27–2,80] (<i>p</i> < 0,01)	1,97 [1,29–3,01] (<i>p</i> < 0,01)	2,93 [1,93–4,48] (<i>p</i> < 0,001)	2,91 [1,85–4,57] (<i>p</i> < 0,001)
<i>Alkoholkonsum</i> (risikoreich)	1,26 [0,98–1,62] (<i>p</i> = 0,075)	1,31 [1,02–1,69] (<i>p</i> < 0,05)	1,11 [0,77–1,61] (<i>p</i> = 0,565)	1,22 [0,84–1,77] (<i>p</i> = 0,302)	1,38 [0,95–2,01] (<i>p</i> = 0,088)	1,39 [0,95–2,02] (<i>p</i> = 0,090)

OR [95 %-KI]. Kursivdruck: Signifikantes Ergebnis (*p* < 0,05)^a Subjektive und psychische Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Jugendlichen an Haupt-, Real- und Gesamtschulen (Ref. Gymnasien) unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund^b Subjektive und psychische Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Jugendlichen an Haupt-, Real- und Gesamtschulen (Ref. Gymnasien) unter Kontrolle von Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und sozioökonomischem Status (SES)

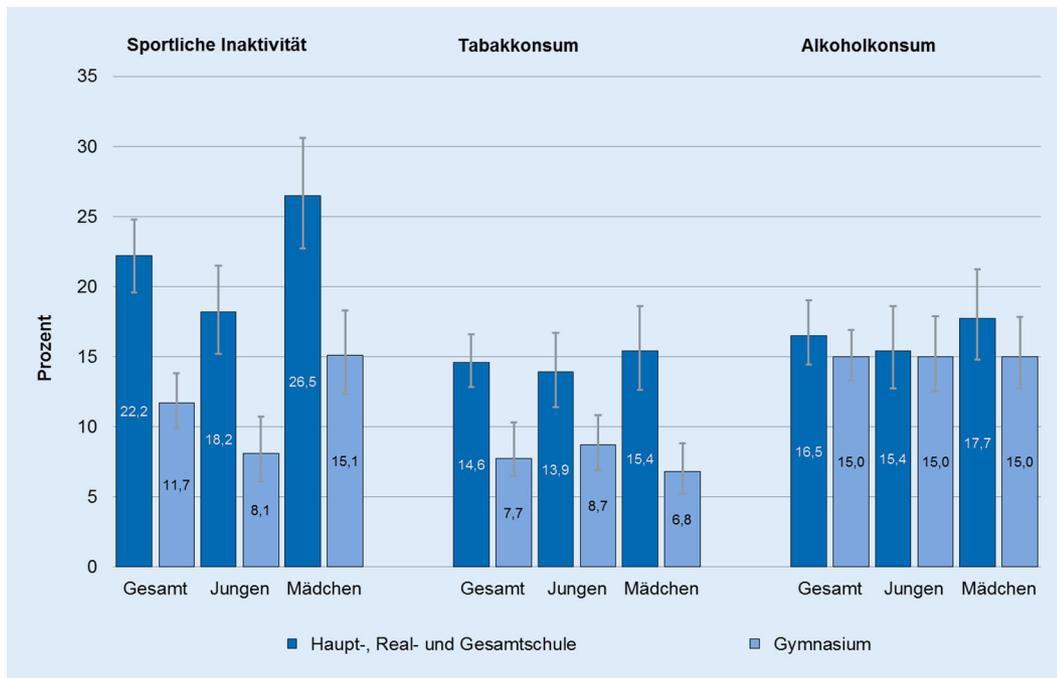


Abb. 3 ◀ Sportliche Inaktivität (kein Sport außerhalb der Schule), Tabakkonsum (selten bis täglich) und Alkoholkonsum (risikoreich, nach AUDIT-C) bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen nach besuchter Schulform

dem Besuch einer Haupt-, Real- oder Gesamtschule anstelle eines Gymnasiums.

Für prosoziales Verhalten und den Alkoholkonsum lassen sich in der multivariaten Analyse für Mädchen und Jungen keine statistischen Zusammenhänge hinsichtlich der besuchten Schulform bestätigen. Darüber hinaus scheint für Jungen die besuchte Schulform keine Bedeutung für den selbsteingeschätzten Gesundheitszustand und für Mädchen keine Implikationen für Probleme mit der Peergruppe zu haben.

Diskussion

Der Beitrag legt repräsentative Ergebnisse zu schulformspezifischen Unterschieden in der subjektiven und psychischen Gesundheit sowie für ausgewählte Aspekte des Gesundheitsverhaltens bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland mit Daten der KiGGS Welle 1 vor. Die Ergebnisse zeigen umfassende gesundheitliche Unterschiede zuungunsten von Mädchen und Jungen, die eine Haupt-, Real- oder Gesamtschule besuchen, im Vergleich zu Gleichaltrigen an Gymnasien. Mehrheitlich vermindern sich die gefundenen Zusammenhänge nach Kontrolle des sozioökonomischen Status der Herkunftsfamilie, bleiben

jedoch fast ausnahmslos signifikant. Damit lässt sich auf einen vom sozioökonomischen Status unabhängigen Zusammenhang zwischen der Gesundheit und der besuchten Schulform bei Jugendlichen in Deutschland schließen. Es lassen sich Variationen zwischen Jungen und Mädchen in der Ausprägung schulformspezifischer gesundheitlicher Unterschiede identifizieren, wobei Jungen an Haupt-, Real- und Gesamtschulen häufiger sportlich inaktiv sind und Verhaltensauffälligkeiten aufweisen als Gymnasiasten, während Mädchen an Haupt-, Real- und Gesamtschulen ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter einschätzen und häufiger Tabak konsumieren als Gymnasiastinnen.

Schulformspezifische Unterschiede finden sich auch in anderen Studien, welche einheitlich auf einen erhöhten Tabakkonsum und Defizite im Wohlbefinden an anderen weiterführenden Schulen im Vergleich zum Gymnasium verweisen und die dargelegten Zusammenhänge unterstützen [24, 25, 27, 45, 46]. Darüber hinausgehend wird in diesen Studien berichtet, dass Jugendliche weniger Gewalt gegenüber anderen ausüben und seltener adipös sind, wenn sie ein Gymnasium besuchen [24], und an Haupt-, Real- und Gesamtschulen Jugendliche vermehrt psychosomatische

Belastungen aufweisen [27]. Weniger Beachtung finden schulformspezifische gesundheitliche Unterschiede im internationalen Kontext. Für den Tabakkonsum verweisen Kuipers et al. [47] und de Looze et al. [48] auf Zusammenhänge des Rückgangs der Rauchquoten mit unterschiedlichen Bildungsgängen. Weitere internationale Analysen der hier untersuchten Variablen bei Jugendlichen erfolgen entlang der sozialen Herkunft [49–53]. Für die meisten Entwicklungsbereiche werden Nachteile für Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien berichtet. Häufig wird dabei zwar die Bildung der Eltern berücksichtigt, die Frage nach schulformspezifischen Unterschieden scheint sich jedoch in vielen Ländern ohne eine starke Aufgliederung der Bildungsgänge in dieser Form nicht zu stellen.

Auch im Zusammenhang von Bildungschancen und sozialer Herkunft decken sich die dargestellten Unterschiede in den Übergangsquoten an weiterführende Schulen mit bestehenden Arbeiten [16, 17, 54, 55]. Begründet wird der Zusammenhang u. a. dadurch, dass es Eltern mit geringerer schulischer und beruflicher Qualifikation und einem geringeren Grad an sozialer Integration häufig schwerer fällt, ihren Kindern dauerhafte Anleitung und Unterstüt-

zung zu geben, die sie zur erfolgreichen Bewältigung wichtiger Übergänge und Entwicklungsaufgaben benötigen [1]. Durch diese Art der Vorprägung und durch die herkunftsbedingte Komposition der Schülerschaft ist es denkbar, dass sich an unterschiedlichen Schulformen auch unterschiedliche Schülergemeinschaften entwickeln, die ein eigenständiges Schul- und Klassenklima entfalten und insgesamt über mehr und weniger ausgeprägtes gesundheitliches und Bildungskapital verfügen [10]. In diesem Zusammenhang wird auch von „in die Schule importierten gesundheitlichen Ungleichheiten“ gesprochen [56]. Die Trennung der leistungs- und ressourcenstarken von den weniger begünstigten Schülerinnen und Schülern kann die ungleichen Voraussetzungen der Jugendlichen innerhalb der einzelnen Schulformen dynamisieren und positive Rollenvorbilder entziehen [20].

Jugendliche haben eine Vorstellung von ihrem eigenen (subjektiven) sozialen Status, dem eine große Prädiktionskraft für die körperliche und psychische Gesundheit zugeschrieben wird [57, 58]. Die frühe Aufteilung der Kinder an unterschiedlich angesehene Schulen nimmt zum Teil soziale Entwicklungsspielräume vorweg und kann eine Gemengelage aus Verunsicherung, Frustration und Selbstzweifel befördern. Bei manchen Jugendlichen kann dies zur Herausbildung kompensatorischer zum Teil ungesunder Verhaltensweisen und Einschränkungen der schulischen Motivation, aber auch zu psychischen Problemen führen [1, 59–61]. Ungünstige schul- und klassenklimatische Faktoren wie Lärmbelastungen, ein weniger wertschätzendes Sozialklima, das Auftreten von Mobbing und Gewalt, aber auch ungünstige sozialräumliche Faktoren und Lernbedingungen sowie allgemeine Überforderungen treten an Gymnasien seltener auf als an anderen weiterführenden Schulen [10, 62, 63] und können sich zu weniger gesundheitsförderlichen Klassenumwelten akkumulieren.

Limitationen

Mit der Berücksichtigung der Haupt-, Real-, Gesamtschulen und Gymnasien

konnten nicht alle Schülerinnen und Schüler im Alter von 11 bis 17 Jahren in Deutschland erfasst werden. Es lassen sich weitere Unterschiede an Sonder- oder Förderschulen und insbesondere bei Jugendlichen vermuten, die die Schule ohne Schulabschluss verlassen. Auch ist die Schülerschaft der Haupt-, Real- und Gesamtschulen keine homogene Gruppe. Weiterreichende schulformspezifische Unterschiede konnten aufgrund der methodisch begründeten Einteilung in Gymnasium vs. weitere sekundäre Schulformen nicht dargestellt werden. Da es sich bei den verwendeten Daten um einen Gesundheitssurvey handelt, sind umfassende Aussagen zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten möglich, Aussagen zum Schul- und Klassenklima können in diesem Zusammenhang jedoch nicht getroffen werden, wären aber sicher hilfreich, um die identifizierten Zusammenhänge zwischen den Schulen zu spezifizieren. Die ausgewerteten Daten stammen aus einem telefonischen Survey. Neben der grundsätzlichen Möglichkeit der Stichprobenselektion kann der Erhebungsmodus bei sensiblen Themen wie Substanzkonsum oder der psychischen Gesundheit zu Verzerrungen im Antwortverhalten führen. Darüber hinaus basieren die vorgelegten Ergebnisse allesamt auf querschnittlichen Betrachtungen. Eine abschließende Einschätzung, ob der Besuch der weiterführenden Schule die Gesundheit beeinflusst oder sich der Zusammenhang andersherum gestaltet, ist daher nicht möglich. Mit den bald zur Verfügung stehenden Daten der nächsten KiGGS-Erhebung (Welle 2) sollen zukünftig längsschnittliche Analysen vorgenommen werden, die dann auch für den hier dargestellten Zusammenhang Aufschlüsse über Kausalrichtungen liefern können. Weiterhin verbindet sich mit den Daten der nächsten Erhebungswelle von KiGGS die Hoffnung, zukünftig auch den subjektiven Sozialstatus der Jugendlichen, der dort erstmals erhoben wurde, in nachfolgenden Analysen berücksichtigen zu können.

Schlussfolgerungen

Vereinzelte problematische Verhaltensweisen sind im Jugendalter mit einer normalen Entwicklung vereinbar und zeigen sich an allen Schulformen. Einzelne oder akkumuliert können sie jedoch Hinweise auf bereits bestehende oder sich entwickelnde Erkrankungsrisikofaktoren liefern [3, 64, 65]. Ungünstigere Konstellationen (denkbar wären ggf.: Klassenklima, persönliche Ressourcen, individuelle und strukturelle Lernbedingungen), die negative gesundheitliche Folgen mit sich bringen können, scheinen an Haupt-, Real- und Gesamtschulen häufiger als an Gymnasien aufzutreten. Diesem Umstand sollte insgesamt mehr Aufmerksamkeit zukommen, da davon auszugehen ist, dass sich die Anforderungen an Schulen zukünftig nicht verringern werden, wenn man an die Inklusionsbestrebungen, zunehmenden Ganztagsunterricht und -betreuung und die unverzichtbare Integration von Kindern mit Fluchterfahrung bzw. geflüchteter Eltern denkt.

Für beide Geschlechter zeichnet sich außerhalb von Gymnasien ein deutlich höheres Auftreten von Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit ab. Es sollte hinterfragt werden, inwiefern Schulen durch ihre Lernkultur und Schulstruktur hierzu beitragen bzw. diesem Umstand begegnen können. Jungen und Mädchen scheinen aber auch auf unterschiedliche Weise auf ihre schulische Umwelt zu reagieren. Während Jungen, die kein Gymnasium besuchen, eher Anregungen zu sportlicher Aktivität und den Umgang mit Verhaltensproblemen erfahren sollten, ist bei Mädchen vornehmlich der Tabakkonsum zu problematisieren und eine Steigerung des Selbstwertes zur Verbesserung des allgemeinen gesundheitlichen Befindens anzustreben. Damit verdeutlichen sich geschlechtsspezifische Interventionsfelder zum Abbau geschlechtsbezogener Ungleichheiten in der Gesundheit, auf deren Notwendigkeit das Präventionsgesetz nicht ohne Grund verweist.

Schulbasierte Programme sind ein wichtiger Baustein, doch nicht alles wird die Schule als solche kompensieren können. Die Einführung von gesundem Schulleben, die konsequente Umsetzung

der rauchfreien Schule und eine bewegungsfördernde Tagesgestaltung können zu gesunden Verhaltensweisen anregen und auch die psychische Konstitution von Schülerinnen und Schülern stärken [14]. Ebenso helfen die Befähigung zur Selbstwertschätzung und Erfahrungen von Selbstwirksamkeit sowie ein wertschätzendes Miteinander in der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben [3]. Dabei muss jedoch überprüft und kontinuierlich evaluiert werden, welche Schulen auch tatsächlich in der Lage sind, Programme durchzuführen, und ob diejenigen Jugendlichen mit besonderen Schwierigkeiten auch davon profitieren. Zu selten gelingt es bisher noch, die Anliegen der Gesundheitsförderung an die Lebensrealität der Jugendlichen zu koppeln, insbesondere bei benachteiligten Gruppen. Partizipative Strukturen sind dabei förderlich, insbesondere wenn sie in der Schulstruktur selbst angelegt sind und nicht nur Einzelprojekte betreffen [14].

Schulen können zudem nicht losgelöst vom umliegenden Sozialraum und den Entwicklungspotenzialen, die dieser bietet oder verhindert, betrachtet werden. So sind das schulische Umfeld, die Sport- und Freizeitmöglichkeiten ihres Einzugsraums, die Dichte an Fastfood-Gelegenheiten, der Zugang zu Grünflächen und die Infrastruktur ebenso relevant wie Angebote für Risikogruppen, die nicht unbedingt in den Schulen selbst stattfinden müssen, aber in deren Alltag präsent sein könnten, um leichtere Zugänge für bspw. minderjährige und/oder junge Eltern oder Heranwachsende mit Sucht- und Gewalterfahrungen zu gewährleisten. Gleiches gilt für eine frühe Aufklärung und Enttabuisierung von psychischen Erkrankungen und Problemen, wofür Schule ein geeigneter Ort sein kann.

Handlungsmuster und Präferenzen werden bereits im Vorschulalter herausgebildet und haben später einen großen Einfluss auf die Gesundheit und die Bildung der Heranwachsenden. Daher ist es wichtig, die Familien von Beginn an mitzunehmen und auch in den früheren Betreuungseinrichtungen Gesundheits- und Bildungschancen zu unterstützen. Im Rahmen von Präventions- und Bil-

dungsketten wird derzeit versucht, die politisch häufig noch getrennt voneinander existierenden, aber lebensweltlich eng verbundenen Handlungsfelder Bildung und Gesundheit zusammen zu denken [66]. Weiterhin wird angeregt, die schulische Differenzierung innerhalb des deutschen Bildungssystems bzw. zumindest den frühen Zeitpunkt und die Verbindlichkeit dieser Selektionspraxis zu überdenken, da sie mit dem Ziel, allen Heranwachsenden in Deutschland unabhängig von ihrer sozialen Herkunft umfassende Bildungschancen zu ermöglichen, zum Teil nicht vereinbar zu sein scheint.

Korrespondenzadresse

J. Waldhauer

Fachgebiet Soziale Determinanten der Gesundheit, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut General-Pape-Str. 62–66, 12101 Berlin, Deutschland
waldhauerj@rki.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Waldhauer, B. Kuntz und T. Lampert geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Hurrelmann K, Quenzel G (2017) Lebensphase Jugend: eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Beltz Juventa, Weinheim
2. Quenzel G (2015) Entwicklungsaufgaben und Gesundheit im Jugendalter. Beltz Juventa, Weinheim
3. Pinquart M, Silbereisen RK (2002) Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 45:873–878
4. Kuntz B, Lampert T (2013) Wie gesund leben Jugendliche in Deutschland? Gesundheitswesen 75:67–76
5. Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (2008) Health inequalities. VS, Wiesbaden
6. Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2015) Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? GBE kompakt 6
7. Lampert T, Richter M (2009) Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. VS, Wiesbaden, S209–230
8. Richter M, Lampert T (2008) Verkörperte Ungleichheiten: Die Rolle multipler Statusindikatoren für das Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Z Soziol Erzieh Sozialisation 2:174–190
9. Müller H-P, Reitz T (2015) Einleitung: die Bildungsgesellschaft und die Bildungssoziologie. In: Bildung und Klassenbildung: kritische Perspektiven auf eine Leitinstitution der Gegenwart. Beltz Juventa, Weinheim, S8–24
10. Bilz L (2008) Schule und psychische Gesundheit. VS, Wiesbaden
11. Hackauf H, Ohlbrecht H (Hrsg) (2010) Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Juventa, Weinheim
12. Hillmert S (2011) Bildungszugang, Bildungskonsequenzen und soziale Ungleichheit im Lebenslauf. Ges Wirtsch Polit 2:177–190
13. Bilz L, Hähne C, Melzer W (2003) Die Lebenswelt Schule und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In: Jugendgesundheitsurvey: internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa, Weinheim, S243–301
14. Bilz L, Sudeck G (2016) Schule und Gesundheit. Beltz Juventa, Weinheim, Basel
15. Paulus P, Hundeloh H, Dadaczynski K (2016) Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule. Präy Gesundheitsf 11:237–242
16. Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2016) Bildung in Deutschland 2016. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration. In: Autorengruppe Bildungsberichterstattung. wbv, Bielefeld
17. Busse S (2010) Bildungsorientierungen Jugendlicher in Familie und Schule. VS, Wiesbaden
18. Heineck G, Riphahn RT (2009) Intergenerational transmission of educational attainment in Germany – the last five decades. Jahrb Natl Okon Stat 229:36–60
19. Becker R, Lauterbach W (2008) Bildung als Privileg: Erklärungen und Befunde zu den Ursachen der Bildungsungleichheit. VS, Wiesbaden
20. Solga H, Dombrowski R (2009) Soziale Ungleichheiten in schulischer und außerschulischer Bildung: Stand der Forschung und Forschungsbedarf. In: Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg) Arbeitspapier, Bildung und Qualifizierung. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
21. Richter M (2005) Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Der Einfluss sozialer Ungleichheit. VS, Wiesbaden
22. Elgar FJ, Pflörtner T-K, Moor I, De Clercq B, Stevens GW, Currie C (2015) Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. Lancet 385:2088–2095
23. Kuntz B, Lampert T (2016) Tabakkonsum und Passivrauchbelastung bei Jugendlichen in Deutschland. Dtsch Arztebl Int 113:23–30
24. Lampert T, Kuntz B (2012) Gesundheitliche Ungleichheit im Jugendalter – Welche Bedeutung kommt der Schulbildung zu? In: Brähler E (Hrsg) Gesund und gebildet: Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft. Vandenhoeck & Ruprecht, Wiesbaden
25. Rathmann K, Heilmann K, Moor I, Richter M (2017) Schulisches Wohlbefinden, Schulform und Tabakkonsum von Jugendlichen: Ergebnisse der SILNE-Studie. Sucht 62:383–395
26. Moor ISN, Hoffmann L, Rathmann K, Richter M (2016) Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum im Jugendalter. In: Bilz LSG, Bucksch J, Klocke A, Kolip P, Melzer W, Ravens-Sieberer U, Richter M (Hrsg) Schule und Gesundheit. Ergebnisse des WHO-

- Jugendgesundheits surveys „Health Behaviour in School-aged Children“. Beltz Juventa, Weinheim
27. Bohn V, Rathmann K, Richter M (2010) Psychosoziale Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen: Die Bedeutung von Alter, Geschlecht und Schultyp. *Gesundheitswesen* 72:293–300
 28. Heilmann K, Bräsen J, Herke M, Richter M, Rathmann K (2017) Soziale Determinanten der subjektiven Gesundheit, Lebenszufriedenheit und krankheitsbedingten Schulfehltag von Heranwachsenden in Deutschland: Erste Ergebnisse des Nationalen Bildungspanels (NEPS). *Gesundheitswesen*
 29. Hölling H, Schlack R, Kamtsiuris P, Butschalowsky H, Schlaud M, Kurth B-M (2012) Die KiGGS-Studie. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 55:836–842
 30. Kurth BM, Kamtsiuris P, Hölling H, Mauz E (2016) Strategien des Robert Koch-Instituts zum Monitoring der Gesundheit von in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen. *Kinder Jugendmed* 16:176–183
 31. Kamtsiuris P, Lange M, Rosario AS (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS): Stichprobendesign, response und nonresponse-analyse. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50:547–556
 32. Lange M, Butschalowsky HG, Jentsch F et al (2014) The first KiGGS follow-up (KiGGS Wave 1): study conduct, sample design, and response. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 57:747–761
 33. Erhart M, Ravens-Sieberer U (2010) Zur körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit im Jugendalter. In: Hackauf H, Ohlbrecht H (Hrsg) *Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick*. Juventa, Weinheim, München, S93–111
 34. Ellert U, Brettschneider A-K, Ravens-Sieberer U (2014) Health-related quality of life in children and adolescents in Germany. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 57:798–806
 35. Hölling H, Schlack R, Petermann F, Ravens-Sieberer U, Mauz E, Group KS (2014) Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 57:807–819
 36. Woerner W, Becker A, Rothenberger A (2004) Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 13:3–10
 37. Manz K, Schlack R, Poethko-Müller C et al (2014) Körperlich-sportliche Aktivität und Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 57:840–848
 38. Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2014) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11-bis 17-jährigen Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 57:830–839
 39. Baumert J, PISA-Konsortium (2013) PISA 2000 – Ein differenzierter Blick auf die Länder der Bundesrepublik Deutschland. VS, Wiesbaden
 40. Kuntz B, Lampert T (2011) Potenzielle Bildungsaufsteiger leben gesünder. *Präv Gesundheitsf* 6:11–18
 41. Kuntz B (2011) Bildung schlägt soziale Herkunft. Intergenerationale Bildungsmobilität und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. *Z Soz Erziehung* 31:136–152
 42. Lampert T, Müters S, Stolzenberg H, Kroll LE, KiGGS Study Group (2014) Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 57:762–770
 43. Lampert T, Kroll LE (2009) Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. VS, Wiesbaden, S309–334
 44. Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2007) Children and adolescents in Germany with a migration background. Methodical aspects in the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50:590–599
 45. Moor I, Rathmann K, Lenzi M et al (2015) Socioeconomic inequalities in adolescent smoking across 35 countries: a multilevel analysis of the role of family, school and peers. *Eur J Public Health* 25:457–463
 46. Kuntz B, Waldhauer J, Moor I et al (2018) Zeitliche Entwicklung von Bildungsunterschieden im Rauchverhalten von Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 61(1):7–19
 47. Kuipers MA, Nagelhou GE, Willemsen MC, Kunst AE (2014) Widening educational inequalities in adolescent smoking following national tobacco control policies in the Netherlands in 2003: a time-series analysis. *Addiction* 109:1750–1759
 48. de Looze M, ter Bogt T, Hublet A et al (2013) Trends in educational differences in adolescent daily smoking across Europe, 2002–10. *Eur J Public Health* 23:846–852
 49. Holstein BE, Currie C, Boyce W et al (2009) Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries. *Int J Public Health* 54:260–270
 50. Cavallo F, Dalmaso P, Ottová-Jordan V et al (2015) Trends in self-rated health in European and North-American adolescents from 2002 to 2010 in 32 countries. *Eur J Public Health* 25:13–15
 51. Kalman M, Inchley J, Sigmundova D et al (2015) Secular trends in moderate-to-vigorous physical activity in 32 countries from 2002 to 2010: a cross-national perspective. *Eur J Public Health* 25:37–40
 52. Kuntsche E, Ravens-Sieberer U, Currie C et al (2015) Trends in young people's health and social determinants. *Eur J Public Health* 25:1–92
 53. Quon EC, McGrath JJ (2014) Subjective socioeconomic status and adolescent health: a meta-analysis. *Health Psychol* 33:433
 54. Maaz K, Baeriswyl F, Trautwein U (2013) Herkunft zensiert? – Leistungsdiagnostik und soziale Ungleichheiten in der Schule. Vodafone Stiftung, Düsseldorf, S1–120
 55. Hillmert S (2008) Soziale Ungleichheit im Bildungsweg: zum Verhältnis von Bildungsinstitutionen und Entscheidungen. In: Becker R, Lauterbach W (Hrsg) *Bildung als Privileg. Erklärungen und Befunde zu den Ursachen der Bildungsungleichheit*, S75–102
 56. Dür W, Fürth K, Griebler R (2006) Strategien der Schule zur Kompensation importierter und Reduktion intern erzeugter gesundheitlicher Unterschiede bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Konzepte*. VS, Wiesbaden, S405–421
 57. Odgers CL (2015) Income inequality and the developing child: is it all relative? *Am Psychol* 70:722–731
 58. Destin M, Richman S, Varner F, Mandara J (2012) „Feeling“ hierarchy: the pathway from subjective social status to achievement. *J Adolesc* 35:1571–1579
 59. Elstad JI (2010) Indirect health-related selection or social causation? Interpreting the educational differences in adolescent health behaviours. *Soc Theory Health* 8:134–150
 60. Sandring S (2013) Schulversagen und Anerkennung: Scheiternde Schulkarrieren im Spiegel der Anerkennungsbedürfnisse Jugendlicher. VS, Wiesbaden
 61. Prüß U, Brandenburg A, Ferber CV, Lehmkühl G (2013) Verhaltensmuster jugendlicher Raucher. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 53:305–318
 62. Dauber H, Vollstädt W (2003) Psychosoziale Belastungen im Lehramt. In: Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von frühpensionierten Lehrerinnen und Lehrern in der nordhessischen Region. Zentrum für Lehrerbildung, Universität Kassel, Kassel. www.uni-kassel.de/presse/pm/archiv/Auswertung-Fragebogen.html. Zugegriffen: 03.08.2017
 63. Winkler Metzke C, Steinhausen H-C (2001) Merkmale der Schulumwelt und psychische Befindlichkeit. *Z Entwicklungspsychol Pädagog Psychol* 33:30–41
 64. Bianchi F, Bircher U, Lacina RM, Schmeck K, Schmid M, Staub-Ghielmini S (2014) Die Erfassung von Problemverhalten bei Jugendlichen und ihre psychische Belastung im Selbsturteil. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 63:36–62
 65. Gibbons FX, Kingsbury JH, Gerrard M (2012) Social-psychological theories and adolescent health risk behavior. *Soc Personal Psychol Compass* 6:170–183
 66. Dadaczynski K, Paulus P, Nieskens B, Hundeloh H (2015) Gesundheit im Kontext von Bildung und Erziehung – Entwicklung, Umsetzung und Herausforderungen der schulischen Gesundheitsförderung in Deutschland. *Z Bildungsforsch* 5:197–218



Article

Intergenerational Educational Pathways and Self-Rated Health in Adolescence and Young Adulthood: Results of the German KiGGS Cohort

Julia Waldhauer *, Benjamin Kuntz, Elvira Mauz and Thomas Lampert

Robert Koch Institute, Department of Epidemiology and Health Monitoring, Berlin, Germany; b.kuntz@rki.de (B.K.); e.mauz@rki.de (E.M.); t.lampert@rki.de (T.L.)

* Correspondence: waldhauerj@rki.de

Received: 12 December 2018; Accepted: 20 February 2019; Published: 26 February 2019



Abstract: Health differences in social mobility are often analysed by income differences or different occupational positions. However, in early adulthood many young people still have very diffuse income situations and are not always fully integrated into the labour market despite many having finished school. This article focusses on the link between intergenerational educational pathways and self-rated health (SRH) among young adults considering their SRH in adolescence. The data source used is the German KiGGS cohort study. The analysis sample comprises 2175 young people at baseline (t0: 2003–2006 age 14–17) and first follow-up (t1: 2009–2012 age 19–24). Combining parent's and young people's highest school degree, the data can trace patterns of intergenerational educational pathways (constant high level of education, upward mobility, downward mobility, constant low level of education). Young people's SRH was recorded at t0 and t1. During adolescence and young adulthood, participants were less likely to report poor SRH if they had a constant high intergenerational education or if they were upwardly mobile. The differences were particularly striking among young adults: average marginal effects (AME) for poor SRH showed much higher risk among downwardly mobile compared to peers with an intergenerational constant high education (AME: 0.175 [0.099; 0.251]), while the upwardly mobile had a significantly lower risk for less than good SRH than peers with an intergenerational constant low level of education (AME: -0.058 [-0.113 ; -0.004]). In the context of great societal demands and personal developmental needs, educational differences in health tend to increase in young adulthood. Public Health should pay more attention to educational and health inequalities in young adulthood.

Keywords: intergenerational mobility; health inequalities; education; transitions; self-rated health; young adulthood

1. Introduction

Adolescence and young adulthood are significant life phases for personal and health development. The transition from one life phase to the other often opens up opportunities, but it can also entail health risks [1,2]. Young people grow increasingly independent when making health-related decisions and adopting modes of behaviour [3–6]. Furthermore, social and societal demands increase during the transition to young adulthood. For most young people it is a transition to training and working life [7]. Frequently this involves more autonomy and responsibility, greater demands on personal development, adaption to new life environments [8–10], sometimes with consequences for health [11–14].

How well young people cope with these demands will have a long-term impact on their health and is closely linked to their social background [1,11,12,15,16]. Health inequalities have been studied internationally for many years, also among young people [17]. Youths from socially better-off families

can often handle developmental tasks better than those from socially disadvantaged families. The lower the family of origin's socio-economic position, the more often people are already exposed to health risks at a young age and the fewer resources they have at their disposal that might help them to cope with these demands [16–19]. Based on the assumption that teenage years are formative for health in young adulthood [15,20,21], educational and health trajectories are an important topic for public health.

As in many other countries, educational participation and educational achievements are closely linked to social origin in Germany [22–26]. The allocation into different tracks after elementary school takes place very early. Parents and teachers decide on the educational paths of the young students. Four general types of schools offer educational programs of varying length, depth and emphasis. A distinction is made between a basic and an intermediate type of secondary school. The most advanced grammar school (Gymnasium) leads to the examination, which qualifies for higher education. A fourth type does not fit exactly into this hierarchy. It offers qualification in all three tracks mentioned above. This early tracking usually takes place at the age of 10 to 12 years. It shapes educational opportunities and future perspectives on the labour market. This practice of separation continues in a socially selective training system in Germany [27]. Social selection is present in the German education system far beyond the school age. This practice of social selection has no influence on the formal access of young people to health care in Germany. As a rule, all young people between the ages of 0 and 18 are initially insured by their families as a result of statutory health insurance. They are also insured during their education and study by their families or through training centres or employers. For unemployed young people, the employment agency or family insurance guarantees access to the health system. Nevertheless, there are significant health differences between the social classes.

There is a growing acceptance of the hypothesis that a person's education is one of the most important health determinants for young people [24,28,29] and for all phases of life [30,31]. Even at an early age, educational differences can be reflected in people's general and mental health and health-related behaviour [29,32]. In Germany, teenage boys and girls who receive a high-level school education are less likely to smoke [33,34]. They are exposed to fewer psychological risks, have fewer behavioural problems and are more often active in sports [35]. They rate their health and quality of life better frequently [36] and have fewer emotional problems [37] than peers with a low-level school education.

Educational upward mobility in industrialised countries is more frequent than ever before. It is regarded as a consequence of educational expansion [38,39]. Upward social mobility is often seen as an opportunity in terms of one's own social position and health [40,41]. For adults, the health-promoting effects of upward social mobility, and higher health risks in the case of downward social mobility, are well documented internationally [40–46]. Researchers try to explain this association through accumulation [47], the substitution of life circumstances [48,49], unfulfilled expectations [50] or health selection [51,52]. In addition, there are studies focussing on health of young populations regarding educational transmissions between adolescents and their parents. Studies have shown that adolescents who are likely to exceed their parents' formal level of education live healthier lives. They have a lower risk of smoking, being overweight or obese [53,54], and report better health and life satisfaction than their peers who do not exceed their parents' education [55–57].

The link between health and intergenerational education is less studied in young adulthood, especially for educational upward mobility and for young woman. As societal demands grow during the transition from adolescence to young adulthood, the protective effect of educational resources also might increase. However, there is little scientific evidence of this dynamic in Germany. International comparisons show a higher mortality rate among 19 to 29 year-old Belgians with downward social mobility [58] and associations with health related lifestyles for young Australians [43]. Further studies focusing exclusively on downwardly mobile young men also document higher rates of depression and suicidality among 19-year-old Swiss [59], an increased risk of alcoholism among 25 to 34 year-old

Swedes [60] and an increased risk of drug use among 25 to 32 year-old Americans whose social position was declining [61]. Up to now, there has been no research on the link between patterns of intergenerational educational pathways and self-rated health (SRH) regarding both young men and women and their SRH in adolescence. The aim of this study was therefore to answer the following research questions:

1. Are there differences in SRH among young adults along their intergenerational educational pathways?
2. Does the association between SRH and intergenerational educational pathways among young adulthood change if SRH is considered during adolescence?
3. Are there differences in SRH and intergenerational educational pathways between young women and men?

2. Materials and Methods

2.1. Study Design, Study Population and Weighting

The analyses are based on anonymised data of the first two surveys of the German KiGGS cohort [62]. In the “National Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents” (KiGGS) 0 to 17 year-old participants are followed up into adulthood. KiGGS is part of the national health monitoring conducted by the Robert Koch Institute and funded by the German Federal Ministry of Health. All studies at the Robert Koch Institute are subject to strict compliance with data protection regulations, the EU Basic Data Protection Regulation (DSGVO) and the Federal Data Protection Act (BDSG). The Ethics Commission of the Charité Universitätsmedizin Berlin has supervised the KiGGS Baseline Survey (No. 101/2000) and KiGGS Wave 1 (No. EA2/058/09) approved the studies. Participation in the KiGGS studies was voluntary. The participants or their legal guardians were informed about the objectives and content of the studies and the data protection plan. They gave their written consent.

KiGGS consists of repeated representative cross-sectional surveys and the KiGGS cohort as a longitudinal component [63]. The KiGGS Baseline Survey was conducted as an examination and interview survey from 2003 to 2006 (t0) in a total of 167 randomly selected cities, towns and municipalities in Germany. Children and adolescents between the ages of 0 and 17 were randomly selected from the official population registers of these municipalities stratified according to age cohorts [64]. The overall response rate was 66.6%. The total sample comprised 17,641 participants (8985 boys and 8656 girls). A weighting factor was calculated which corrects the deviations of the net sample from the population structure (as per 31 December 2004) with regard to age, gender, region, nationality and parents’ educational level [64].

All the participants in the KiGGS Baseline Survey were invited to participate in the first follow-up survey KiGGS Wave 1 (2009–2012, t1). A total of 11,992 of the former participants (5914 males, 6078 females aged 6 to 24 in the meantime) agreed to take part again. KiGGS Wave 1 was conducted as a telephone-based interview. A weighting factor based on sociodemographic characteristics [62] was calculated to compensate for selective willingness to participate again.

Only young people who were 19 to 24 years old during KiGGS Wave 1 (t1) and correspondingly 14 to 17 years old during KiGGS Baseline (t0) were included in the analyses. In addition, participants were limited to those who attended a regular German school and had provided information on their own education and the education of their parents. From the total sample of 2175 participants (1010 males, 1165 females) 15.72 % were excluded because of missing information on educational background, SRH and sociodemographic factors.

2.2. Variables and Measurement

2.2.1. Outcome Variable: Self-Rated Health

SRH is a global measure of health, reflecting diseases and everyday complaints. It covers both the personal and social dimensions of physical and psychosocial health and well-being. Young people with poor SRH have a higher risk of chronic physical diseases and mental impairments during the further life course [21,65]. Both as adolescents (t0) and in young adulthood (t1), the cohort participants answered the question: “How do you assess your health in general?”, using a 5-step scale ranging from “very good”, “good” and “fair” to “poor” and “very poor”. For simplicity these groups were dichotomised into good (the first two categories) and fair/poor (the other three categories).

2.2.2. Exposure: Own Education, Parents’ Education and Intergenerational Educational Pathways

Information on young people’s education was collected and dichotomised on the basis of the highest school-leaving certificate attained at t1. The young people were subsequently classified according to their level of school education as having achieved a ‘high-level’ education (with a subject-specific or general university entrance qualification) or a ‘low-level’ education (all school-leaving qualifications below this level, including no school-leaving certificate at all).

The dichotomisation of the education of the parents (high-level vs. low-level) was also based on information provided on their highest school-leaving certificate. The highest educational level of both parents or the highest educational level of the one parent with whom the young people were living at the time was recorded at t0. A high level of parents’ education was assumed if at least one parent (mother or father or both) had a subject-specific or general university entrance qualification. Parents, who acquired a high-level certificate at an advanced secondary school (EOS) in the former GDR, or an equivalent school-leaving certificate in a country other than Germany, were also assigned to the group with a high level of education. All other parents were assigned to the group with a low level of education.

In order to study intergenerational educational pathways, the dichotomised educational variables of young adults were compared with those of their parents [54,57]. In this way, we distinguished four patterns of intergenerational educational pathways: constant high education (parents’ education high, own education high), upward mobility (parents’ education low, own education high), downward mobility (parents’ education high, own education low), and constant low education (parents’ education low, own education low).

2.2.3. Other Model Variables: Sociodemographic Factors

Additional sociodemographic information collected in KiGGS Baseline Survey (t0) was included in the analyses as control variables. The trait “migration background” was ascribed to those participants who migrated to Germany herself/himself, or in case that at least one of their parents was not born in Germany, had migrated to Germany, or had a nationality other than German [66]. The region of residence was determined based on the cities, towns and municipalities where the sampling took place. The household’s equivalised income was calculated based on the parents’ monthly net income and the number of people living permanently in the household [67]. The household equivalised income was logarithmised for the analyses. Furthermore, the young peoples’ age, sex and the age of their parents were included in the analyses. An interaction of intergenerational educational mobility and sex was included in the regression analysis to account for possible gender bias in intergenerational educational mobility.

2.3. Statistical Analyses

We used descriptive statistics to analyse educational transmissions between young people and their parents. Educational transmissions were compared with SRH in adolescence (t0, ages 14 to 17) and SRH in young adulthood (t1, ages 19 to 24). Using binary logistic regression models, we estimated

average marginal effects (AME). In the first model (M1) we analysed SRH of young adults and the intergenerational educational pathways including the control variables. Additionally, in the second model (M2) we controlled for SRH at the age of 14 to 17.

We performed all analyses for the total, male and female population. Proportions and AME were reported with 95% confidence intervals (95% CI). For the statistical analyses we used Stata/SE 15.1. To compensate for differences between the cohort participants and those who did not take part again we used a calculated longitudinal weighting factor for the entire analysis [62]. In order to take the weighting factors into account, all the analyses were carried out with the survey procedures (svy).

3. Results

3.1. Sample Description

Table 1 presents the analysis sample and the distribution of the variables considered separately for female and male (Table 1).

Table 1. Description of the study sample (n = 2175).

Characteristics	Male % (n = 1010)	Female % (n = 1165)
SRH t0		
Good	85.51 (1632)	84.08 (1515)
Fair/poor	14.49 (254)	15.92 (302)
SRH t1		
Good	87.09 (895)	85.66 (1010)
Fai/poor	12.91 (115)	14.34 (155)
Age: Adolescence t0		
Mean	15.49 (15.39)	15.43 (15.48)
SD	0.04 (0.03)	0.04 (0.03)
Age: Emerging adulthood t1		
Mean	21.57 (21.44)	21.52 (21.56)
SD	0.05 (0.04)	0.04 (0.03)
Parental education t0		
High	30.15 (647)	27.20 (597)
Low	69.85 (1074)	72.80 (1056)
Young people's education t1		
High	46.56 (562)	54.00 (739)
Low	53.44 (420)	46.00 (400)
Intergenerational educational pathways t0 and t1		
Constant high school education	22.84 (318)	23.38 (353)
Educational upward mobility	24.57 (223)	32.10 (350)
Educational downward mobility	7.24 (89)	4.05 (65)
Constant low school education	45.35 (301)	40.47 (300)
Age: Mother t0		
Mean	43.20 (42.67)	42.49 (42.41)
SD	0.23 (0.12)	0.21 (0.12)
Age: Father t0		
Mean	46.58 (45.70)	45.72 (45.38)
SD	0.31 (0.15)	0.29 (0.16)
Migration Background t0		
Yes	23.66 (415)	19.09 (350)
No	76.34 (1488)	80.92 (1479)
Region of residence t0		
Eastern (newly formed German states incl. Berlin)	20.33 (623)	14.17 (643)
Western (old western German states)	79.67 (1281)	85.83 (1189)
Equivalence income t0		
Mean	1123.06 (1184.22)	1109.75 (1163.71)
SD	18.98 (13.44)	22.03 (13.28)

% weighted according to data on the residential population of Germany, 31 December 2004 & 2010; (n) unweighted; SD = standard deviation; t0 KiGGS Baseline Survey (2003–2006); t1 KiGGS Wave 1 (2009–2012).

3.2. Descriptive Analysis: Patterns of Intergenerational Educational Pathways and Self-Rated Health

Overall, about 71.3 % of parents had no high-level school-leaving certificate and 28.7 % had a high-level school education. About half of the young people (50.3 %) reached a high educational level, the other half a low level of education (49.7%). A high parental education level was more likely to be continued in a high level of school education in the next generation (80.3 %). 19.7 % did not reach their parents’ high educational level and were therefore regarded as downwardly mobile. By contrast, 60.3 % of young people whose parents had a low level of education remained at this educational level while 39.7 % exceeded their parent’s educational level and were thus upwardly mobile.

In total, 23.1% of the sample population had a constant high educational level (parents’ education high, own education high), 5.7 % were downwardly mobile (parents’ education low, own education high), 28.3 % were upwardly mobile (parents’ education low, own education high), and 43.0 % showed a constant low level of education (parents’ education low, own education low). Young women were slightly more frequently upwardly mobile. Young men were more frequently to be found in the group with a constant low level of education and among the downwardly mobile (Figure 1).

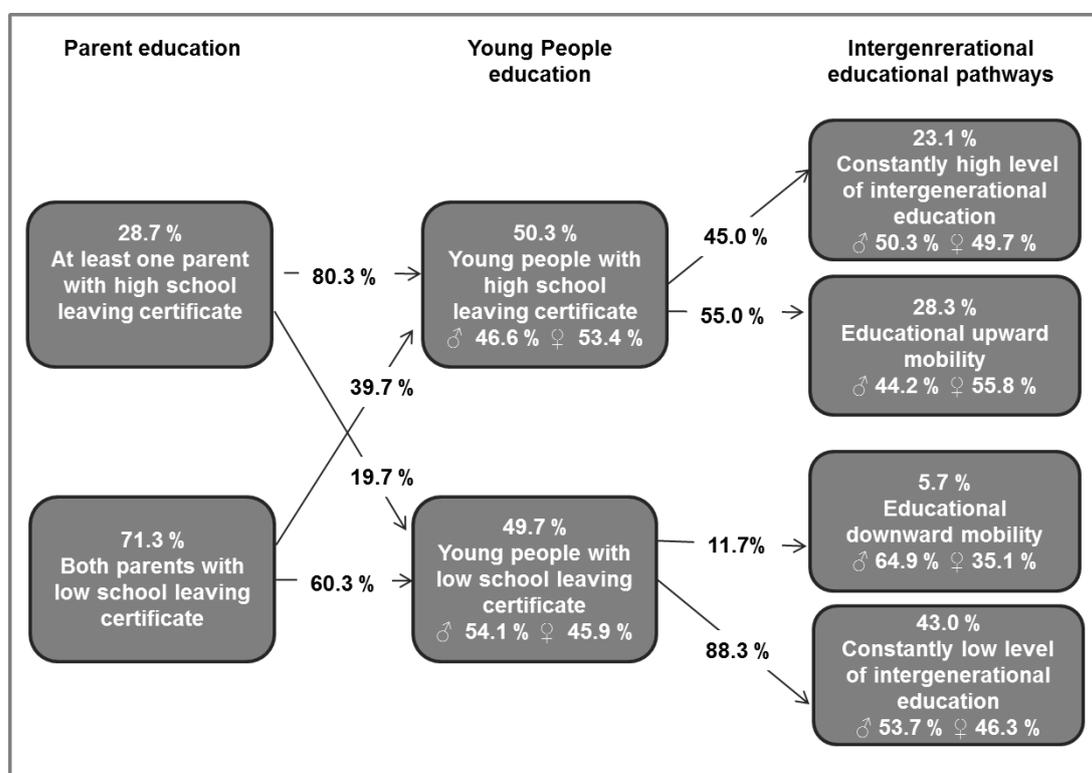


Figure 1. Intergenerational educational pathways: comparing the highest school-leaving certificates of young people and their parents.

The general analysis of SRH by age and gender (results are not shown here) indicated that 15.2% of the cohort participants in adolescence (t0, aged 14 to 17) assess their SRH as fair/poor. In young adulthood (t1, aged 19 to 24), the percentage is 13.6%. Adolescent girls (t0) stated fair/poor SRH slightly more frequently than boys (15.9% vs. 14.5%). This tendency continued among young women compared to young men (t1: 14.3% vs. 12.9%).

The descriptive analysis of SRH and patterns of intergenerational educational pathways revealed differences in SRH to the disadvantage of downwardly mobile young adults and those with an intergenerational constant low level of education. One in four downwardly mobile young adults reported fair/poor SRH, while regarding young adults with an intergenerational constant low level of

education, it was almost one in five. The differences were similarly pronounced and significant in both young men and women (Figure 2, right-hand side).

To assess whether these differences already begin to become apparent at a younger age, the patterns of intergenerational educational pathways were also compared with the information on SRH in adolescence (t0, 14 to 17). Disadvantages in SRH already occurred during adolescence, especially for those who were going to have an intergenerational low level of education (Figure 2, left-hand side).

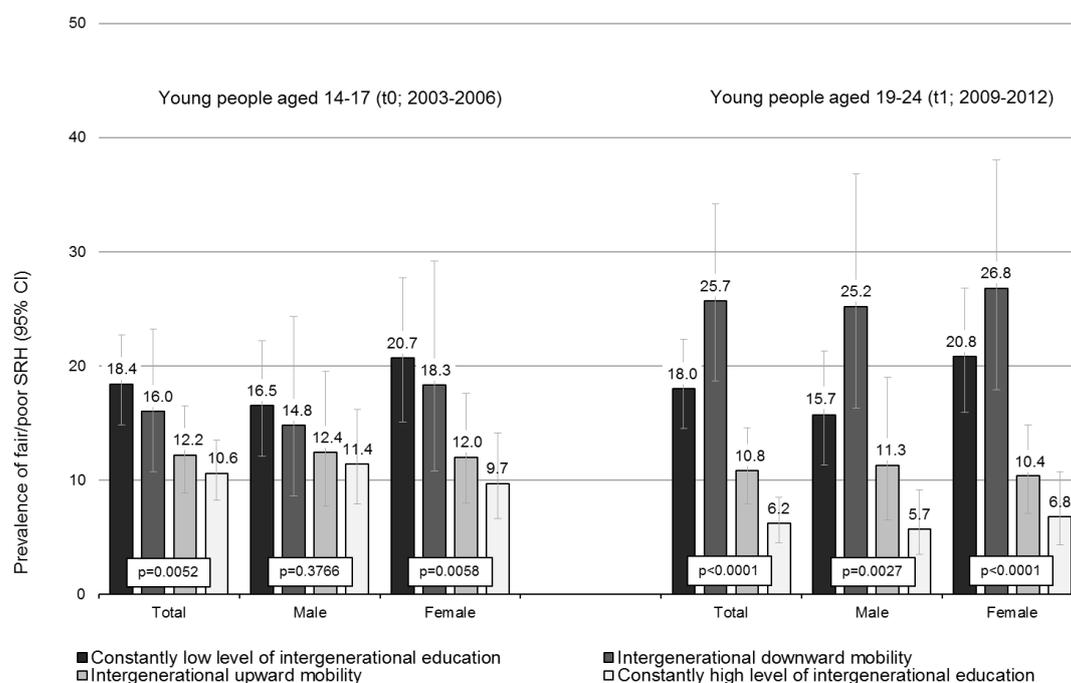


Figure 2. Proportions of fair/poor SRH during adolescence (t0) and young adulthood (t1) regarding intergenerational educational pathways (t1); *p*-values by Pearson's Chi-square test.

3.3. Multivariate Analysis: SRH and Patterns of Intergenerational Educational Pathways in Young Adulthood

The multivariate results confirmed a strong correlation between SRH and intergenerational educational pathways to the disadvantage of the downwardly mobile group and young adults with an intergenerational constant low level of education. The comparison between Model 1 and 2 revealed that those differences can be partly explained through SRH during adolescence (Table 2). AME decreased for almost every pattern of intergenerational educational pathways when adjusting for SRH in adolescence (M2). However, this was the case only to a very small extent.

The comparison of the AME for different patterns of intergenerational educational pathways with both reference groups (constantly low and constantly high) showed strong differences between the groups. After the adjustment for sociodemographic aspects and SRH in adolescence (M2), the risk of fair/poor SRH reduced for the group with constantly high education (AME -0.108 [-0.157 ; -0.060]) and upward mobility (AME -0.058 [-0.113 ; -0.004]) if the reference group was constantly low. The group with downward mobility did not differ on a significant level. However, the downward mobile young adults tended to have a higher risk of a fair/poor SRH (AME 0.067 [-0.018 ; 0.152]) than the group with constantly low education.

Compared to the reference group with constantly high education all other groups of intergenerational educational pathways revealed significantly higher risks of poor/fair SRH. The downwardly mobile 19 to 24 year-olds showed the highest risk of fair/poor SRH (AME 0.175 [0.099 ; 0.251]), followed by the constantly low (AME 0.108 [0.060 ; 0.157]) and the upward mobile young adults (AME 0.050 [0.010 ; 0.091]).

With two exceptions (downward mobility and upward mobility compared to reference group constantly low) young men showed slightly higher differences between the educational groups than young women. However, the tendencies of AME showed the same patterns for both male and female in all comparisons. Only between the upward mobile young men and women there were small differences regarding the significance of AME compared to both reference groups.

Table 2. AME based on logistic regression analysis of the relationship between fair/poor SRH of young adults and intergenerational educational pathways (Ref. constantly high education and constantly low education).

Intergenerational Educational Pathways	M1			M2		
	Total	Male	Female	Total	Male	Female
Constantly high	−0.114 *** [−0.164; −0.065]	−0.119 ** [−0.189; −0.050]	−0.110 ** [−0.179; −0.040]	−0.108 *** [−0.157; −0.060]	−0.119 ** [−0.187; −0.051]	−0.099 ** [−0.168; −0.030]
Downward mobility	0.073 [−0.017; 0.163]	0.068 [−0.051; 0.186]	0.079 [−0.042; 0.200]	0.067 [−0.018; 0.152]	0.066 [−0.046; 0.178]	0.067 [−0.045; 0.180]
Upward mobility	−0.065 * [−0.120; −0.010]	−0.053 [−0.141; 0.035]	−0.078 * [−0.144; −0.012]	−0.058 * [−0.113; −0.004]	−0.047 [−0.137; 0.042]	−0.071 * [−0.135; −0.008]
Constantly low (Ref.)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Constantly high (Ref.)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Downward mobility	0.187 *** [0.105; 0.269]	0.187 ** [0.072; 0.302]	0.189 ** [0.078; 0.299]	0.175 *** [0.099; 0.251]	0.185 ** [0.076; 0.294]	0.166 ** [0.066; 0.266]
Upward mobility	0.049 * [0.010; 0.088]	0.067 * [0.001; 0.132]	0.031 [−0.019; 0.082]	0.050 * [0.010; 0.091]	0.072 * [0.003; 0.140]	0.027 [−0.023; 0.078]
Constantly low	0.114 *** [0.065; 0.134]	0.119 ** [0.050; 0.189]	0.110 ** [0.040; 0.179]	0.108 *** [0.060; 0.157]	0.119 ** [0.051; 0.187]	0.099 ** [0.030; 0.168]

[95% CI] * ($p < 0.05$), ** ($p < 0.01$), *** ($p < 0.001$). M1: Fair/poor SRH (t1) and intergenerational educational pathways, adjusted for young people's and parents' age, migration background, region of residence and logarithmic household equivalised income and interaction of intergenerational educational mobility and sex. M2: Fair/poor SRH (t1) and intergenerational educational pathways, adjusted for young people's and parents' age, migration background, region of residence and logarithmic household equivalised income and interaction of intergenerational educational mobility and sex, controlling for SRH during adolescence (t0).

4. Discussion

The results showed a strong transmission of educational levels within families. Young adults most often achieved the same school leaving certificate when their parents had a high level of school education. Nevertheless, around one third of the analysed sample was upwardly (28.3 %) and downwardly (5.7 %) mobile. Constantly low educated and downwardly mobile young women and men stated fair/poor SRH much more frequently than the other two groups. Even if upwardly mobile young men and women rated their health more often as good or very good compared to those with constantly low education, they did not open up to the group with constantly high education. Downwardly mobile young adults stated fair/poor SRH more often than those with constantly low education. But that difference was not on a significant level. SRH in adolescence explained our findings only to a very small extent. Young women and men showed similar effects of intergenerational educational pathways on SRH. For young men, the findings were slightly more pronounced.

In line with our findings, other studies reported a large extent to which the education of the following generation is influenced by parents' education [68,69]. Further studies proved that this is not a German [69–71], but an international phenomenon [24]. The educational expansion may be one reason for the large difference between young adults and the education of their parents. Higher education becomes more common in modern countries. The orientation and course of a person's life has never been tied to educational processes so intensively and enduringly as in today's societies [72,73]. However, if a high level of education is increasingly required, it can also mean a risk for people who do not meet this requirement. Especially for children from disadvantaged families, upward mobility in educational attainment is still rare [74].

With regard to health differences and intergenerational educational mobility, our findings complement and extend the current state of research. In line with our results, some studies pointed

to health differences depending on intergenerational educational pathways in Germany, but only for 12 to 17 year old adolescents [28,53–55,57]. As an extension of this research, we based our study on school-leaving certificates actually attained and thus trace social mobility with regard to formal completed school education. Internationally, few studies have taken into account the life phase of young adulthood focused on here, and only reported results on young men in most cases. These studies related not only to educational mobility but mainly to intergenerational differences in labour market positions. They referred higher risks for depression and suicidality, alcohol and drug consumption among upwardly mobile adults [59–61]. Another study reported the subjective assessment of potential educational mobility—in this case an anticipated downward social mobility among young males—as to be associated with adverse health-related modes of behaviour [75].

Although comparable studies are rare, there are different theoretical frames to which our results can be related. The accumulation theory—in this case accumulation of educational resources—says that advantages in initial resources can predict several further advantages in life [47]. Thus, success on the labour market and other opportunities for life are closely linked to the education of people in modern societies. Our findings support that, overall, young people with a higher level of education report fair/poor SRH much less frequently than those with a low educational level. This might result out of better economic prospects in the group with higher education.

According to the substitution of life circumstances [49], some researchers state that young people's social target position is more important for health than their social starting position [43,54,56]. In this theoretical frame it is said that people frequently adjust to the prevalent modes of behaviour when they change to a new social position. People who move down from a higher position frequently suffer from probably less favourable life opportunities. This can be further aggravated by a component of negative attribution and disappointed expectations—one's own and those of family and society [48,50]. By contrast, social upward mobility can be seen as a chance for healthier lives. Our findings indicated that upwardly mobile young adults stated better SRH compared to the group with constantly low education. But they did not open up to the group with constant high education. This is in line with other studies revealing that upwardly mobile people did not reach the health status of the group they joined. Further studies showed that social mobility can even have bad implications for health [76,77]. Thus, the theoretical frame for the substitution of life circumstances seems limited. One reason might be that young adults who have completed school often still rely on their parents' financial resources. Those resources are highly correlated with the educational attainment of their parents. Since young adults face longer periods of education, they can depend even longer on their parents' resources for example to pay tuition fees or living expenses during vocational and university training. Other explanations are due to aspects of area deprivation or status-based identity [76]. Studies showed a strong correlation of the subjective perception of one's own social position and health [78,79]. In this context, it would be important to examine how young people who are upwardly or downwardly mobile assess their subjective social status compared to those who have remained in the group of origin.

Based on the theory of reverse causation or social selection by health differences, other studies revealed that young people with health problems had greater difficulties in coping with the demands of school and with those of developing into young adulthood. Absenteeism due to illness and reduced performance due to mental or health problems can seriously disrupt educational pathways [80,81]. In our study, we found a very small reduction of the association of SRH and intergenerational educational mobility in young adulthood after adjustment for SRH in adolescence. It is very likely that there are some stronger but unrecognized additional factors that explain some of the observed associations. Cognitive and non-cognitive skills may be relevant to this context [82] or the economic situation of young adults themselves.

Gender-related differences were small in our study. They cannot be fully allocated to other studies. We found two other studies that referred to risk behaviour and mortality among both sexes and considered about the same age that we focused on [43,58]. Although there were differences in significance, our study showed that both young women and men stated better SRH when they were

upwardly mobile compared to the group with constantly low education. Both upwardly mobile women and men did not achieve the same rate of good SRH compared to the group with a constantly high level of education. This is not in line with the findings of Gall, Abbott-Chapman, Patton, Dwyer and Venn [43], who found higher chances for healthy lifestyles for upwardly mobile young women than for men. Their results, as well as our own findings, contrast with those of De Grande, Vandenheede and Deboosere [58], who found the highest level of mortality among downward mobile young women. While our results suggest that young men show the most marked differences in SRH and intergenerational educational mobility, these studies differ strongly in terms of the study sample and the outcomes.

As in all cohort studies, a systematic distortion due to loss-to-follow-up in the KiGGS cohort cannot be completely ruled out. The KiGGS study applied various strategies [83] to improve the response rates of hard-to-reach groups. Nevertheless, a form of selection bias is conceivable. This is particularly to be expected in the lower education groups. All analyses were therefore calculated with the longitudinal weighting factor created for the KiGGS cohort. The follow-up was adjusted to the baseline study composition on the basis of sociodemographic aspects [62].

The analyses were based on self-rated information. In the KiGGS Baseline Survey, information was collected by means of written questionnaires and in KiGGS Wave 1 by telephone interviews. Sociodemographic information proves to be relatively stable between different survey methods [84]. Differences in response behaviour on SRH at two time points using different survey methods cannot be ruled out [85]. This must be taken into account when comparing SRH in adolescence and young adulthood.

The education indicator used here, which was based exclusively on a completed school education, is possibly limited. At the age of 19 to 24, however, most of the cohort participants had completed their secondary education. School-leaving certificates were therefore the only comparable indicator among young adults and their parents.

Furthermore the analysis did not include other explanatory variables that could explain the association of SRH and intergenerational educational mobility. Next to cognitive skills and personal resources the financial background of young adults may be informative in this context.

With regard to the sample population, it should be noted that the downwardly mobile group is relatively small compared to the other patterns of intergenerational educational pathways.

5. Conclusions

The transition from adolescence to young adulthood is a significant phase for young peoples' health. It is a time of many personal changes and important decisions. Since the period of emerging adulthood is increasingly prolonged and often characterised by instability and uncertainty [8,86], there are already calls from psychotherapeutic and psychiatric care for the services offered to focus more on this phase of life [8]. Moreover, it becomes increasingly difficult to reach young people during young adulthood. Young peoples' life pathways develop in very different directions during this period and this should be considered when developing support structures. In our view, also public health scientist and professionals in educational and training institutions should deal in more detail with this life phase.

For this age group our study showed large differences in SRH along intergenerational educational pathways. Young adults often do not yet fully participate in the labour market. Their financial situation is sometimes difficult to compare. That's why educational differences are an appropriate way to take into account social differences in this phase of life. Investigations in educational differences in health should not only include the educational background of the study population. Especially in connection with the education of their parents, the intergenerational educational level of people seems to be important for the production and reproduction of health inequalities.

Due to various methods for measuring intergenerational mobility in the international research landscape, further research is needed. The proposal made here is to compare education levels, as young

people are often not yet fully integrated into the labour market. For example, conflicting observations among young adults about the relationship between health and upward and downward mobility should be elucidated. The ambiguous gender differences should also be further investigated. In order to better understand the correlation of SRH and intergenerational educational mobility, it would be helpful to analyse other explanatory factors such as cognitive and personal resources, the subjective social status as well as the financial situation of young adults in subsequent analyses.

Author Contributions: J.W. and B.K. conceptualised the study. J.W. reviewed the literature, performed the statistical analyses and drafted the first version of the manuscript. E.M. contributed to the statistical analysis. B.K., E.M. and T.L. reviewed the manuscript critically. T.L. supervised the study. All authors contributed to interpretation of findings, read and approved the final manuscript.

Funding: The German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS) is funded by the German Federal Ministry of Health and the Robert Koch Institute. All authors are employees of the Robert Koch Institute. Julia Waldhauer receives a doctoral scholarship from the FAZIT Foundation. The funders had no role in analysis or preparation of the manuscript.

Acknowledgments: The authors thank all participants and their parents for participating as well as all the colleagues at the Robert Koch Institute that were involved in conducting the study.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Abbreviations

AME	Average marginal effects
CI	Confidence interval
SRH	Self-rated health

References

1. Kuh, D.; Power, C.; Blane, D.; Bartley, M. Socioeconomic pathways between childhood and adult health. In *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*; Oxford University Press: Oxford, UK, 2004; Volume 2, pp. 371–398.
2. Sacker, A.; Cable, N. Transitions to adulthood and psychological distress in young adults born 12 years apart: Constraints on and resources for development. *Psychol. Med.* **2010**, *40*, 301–313. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
3. Cohen, L.H.; Burt, C.E.; Bjorck, J.P. Life stress and adjustment: Effects of life events experienced by young adolescents and their parents. *Dev. Psychol.* **1987**, *23*, 583–592. [[CrossRef](#)]
4. Quenzel, G. *Entwicklungsaufgaben und Gesundheit im Jugendalter*; Beltz Juventa: Weinheim, Germany, 2015.
5. Havighurst, R.J. *Developmental Tasks and Education*; University of Chicago Press: Chicago, IL, USA, 1948.
6. Walter, U.; Liersch, S.; Gerlich, M.G.; Raithel, J.; Barnekow, V. Die Lebensphase Adoleszenz und junge Erwachsene—gesellschaftliche und altersspezifische Herausforderungen zur Förderung der Gesundheit. In *Gesund Jung*; Springer: Berlin/Heidelberg, Germany, 2011; pp. 3–30.
7. Blossfeld, H.-P.; Skopek, J.; Triventi, M.; Buchholz, S. *Gender, Education and Employment: An International Comparison of School-To-Work Transitions*; Edward Elgar Publishing: Cheltenham, UK, 2015.
8. Seiffge-Krenke, I. «Emerging Adulthood»: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* **2015**, *63*, 165–173. [[CrossRef](#)]
9. Shanahan, M.J. Pathways to adulthood in changing societies: Variability and mechanisms in life course perspective. *Annu. Rev. Sociol.* **2000**, *26*, 667–692. [[CrossRef](#)]
10. Skogbrott Birkeland, M.; Leversen, I.; Torsheim, T.; Wold, B. Pathways to adulthood and their precursors and outcomes. *Scand. J. Psychol.* **2014**, *55*, 26–32. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
11. Arnett, J.J.; Žukauskienė, R.; Sugimura, K. The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: Implications for mental health. *Lancet Psychiatry* **2014**, *1*, 569–576. [[CrossRef](#)]
12. Daw, J.; Margolis, R.; Wright, L. Emerging Adulthood, Emergent Health Lifestyles: Sociodemographic Determinants of Trajectories of Smoking, Binge Drinking, Obesity, and Sedentary Behavior. *J. Health Soc. Behav.* **2017**, *58*, 181–197. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
13. Frech, A. Healthy behavior trajectories between adolescence and young adulthood. *Adv. Life Course Res.* **2012**, *17*, 59–68. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

14. Tucker, J.S.; Ellickson, P.L.; Orlando, M.; Martino, S.C.; Klein, D.J. Substance use trajectories from early adolescence to emerging adulthood: A comparison of smoking, binge drinking, and marijuana use. *J. Drug Issues* **2005**, *35*, 307–332. [[CrossRef](#)]
15. Due, P.; Krølner, R.; Rasmussen, M.; Andersen, A.; Damsgaard, M.T.; Graham, H.; Bolstein, B.E. Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scand. J. Public Health* **2011**, *39* (Suppl. 6), 62–78. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
16. Colman, I.; Zeng, Y.; McMartin, S.E.; Naicker, K.; Atallahjan, A.; Weeks, M.; Senthilselvan, A.; Galambos, N.L. Protective factors against depression during the transition from adolescence to adulthood: Findings from a national Canadian cohort. *Prev. Med.* **2014**, *65*, 28–32. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
17. Inchley, J.; Currie, D.; Young, T.; Samdal, O.; Torsheim, T.; Augustson, L.; Mathison, F.; Aleman-Diaz, A.; Molcho, M.; Weber, M. Growing up Unequal. HBSC 2016 Study (2013/2014 Survey). Available online: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf (accessed on 22 February 2019).
18. Call, K.T.; Riedel, A.A.; Hein, K.; McLoyd, V.; Petersen, A.; Kipke, M. Adolescent Health and Well-Being in the Twenty-First Century: A Global Perspective. *J. Res. Adolesc.* **2002**, *12*, 69–98. [[CrossRef](#)]
19. Starfield, B.; Riley, A.W.; Witt, W.P.; Robertson, J. Social class gradients in health during adolescence. *J. Epidemiol. Community Health* **2002**, *56*, 354–361. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
20. Power, C.; Matthews, S.; Manor, O. Inequalities in self rated health in the 1958 birth cohort: Lifetime social circumstances or social mobility? *BMJ* **1996**, *313*, 449–453. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
21. Breidablik, H.-J.; Meland, E.; Lydersen, S. Self-rated health during adolescence: Stability and predictors of change (Young-HUNT study, Norway). *Eur. J. Public Health* **2009**, *19*, 73–78. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
22. Solga, H. *Wie das Deutsche Schulsystem Bildungsungleichheiten Verursacht*. Available online: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/60028/1/591615509.pdf> (accessed on 22 February 2019).
23. Becker, R.; Lauterbach, W. Bildung als Privileg—Ursachen, Mechanismen, Prozesse und Wirkungen. In *Bildung als Privileg*; Springer: Berlin/Heidelberg, Germany, 2016; pp. 3–53.
24. Dubow, E.F.; Boxer, P.; Huesmann, L.R. Long-term Effects of Parents' Education on Children's Educational and Occupational Success: Mediation by Family Interactions, Child Aggression, and Teenage Aspirations. *Merrill-Palmer Q.* **2009**, *55*, 224–249. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
25. European Union. *Education and Training Monitor 2017*; European Union: Luxembourg, 2017; pp. 1–126.
26. Blossfeld, P.N.; Blossfeld, G.J.; Blossfeld, H.-P. Changes in Educational Inequality in Cross-National Perspective. In *Handbook of the Life Course*; Springer: Berlin/Heidelberg, Germany, 2016; pp. 223–247.
27. Protsch, P.; Solga, H. The social stratification of the German VET system. *J. Educ. Work* **2016**, *29*, 637–661. [[CrossRef](#)]
28. Kuntz, B. Bildung schlägt soziale Herkunft. Intergenerationale Bildungsmobilität und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation ZSE* **2011**, *31*, 136–152.
29. Havas, J.; Bosma, H.; Spreeuwenberg, C.; Feron, F.J. Mental health problems of Dutch adolescents: The association with adolescents' and their parents' educational level. *Eur. J. Public Health* **2010**, *20*, 258–264. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
30. Lutz, W.; Kebede, E. Education and Health: Redrawing the Preston Curve. *Popul. Dev. Rev.* **2018**, *44*, 343–361. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
31. Baker, D.P.; Leon, J.; Smith Greenaway, E.G.; Collins, J.; Movit, M. The Education Effect on Population Health: A Reassessment. *Popul. Dev. Rev.* **2011**, *37*, 307–332. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
32. Hagquist, C.E.I. Health inequalities among adolescents—the impact of academic orientation and parents' education. *Eur. J. Public Health* **2007**, *17*, 21–26. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
33. Kuntz, B.; Waldhauer, J.; Moor, I.; Rathmann, K.; Richter, M.; Orth, B.; Piontek, D.; Kraus, L.; Zeiher, J.; Lampert, T. Trends in educational inequalities in smoking among adolescents in Germany. *Bundesgesundheitsblatt—Gesundheitsforschung—Gesundheitsschutz* **2018**, *61*, 7–19. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
34. Moor, I.; Rathmann, K.; Lenzi, M.; Pfortner, T.-K.; Nagelhout, G.E.; de Looze, M.; Bendtsen, P.; Willemsen, M.; Kannas, L.; Kunst, A.E.; et al. Socioeconomic inequalities in adolescent smoking across 35 countries: A multilevel analysis of the role of family, school and peers. *Eur. J. Public Health* **2015**, *25*, 457–463. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

35. Waldhauer, J.; Kuntz, B.; Lampert, T. Unterschiede in der subjektiven und psychischen Gesundheit und im Gesundheitsverhalten bei 11-bis 17-jährigen Jugendlichen an weiterführenden Schulen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt—Gesundheitsforschung—Gesundheitsschutz* **2018**, *61*, 374–384. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
36. Heilmann, K.; Bräsen, J.; Herke, M.; Richter, M.; Rathmann, K. Soziale Determinanten der subjektiven Gesundheit, Lebenszufriedenheit und krankheitsbedingten Schulfehltag von Heranwachsenden in Deutschland: Erste Ergebnisse des Nationalen Bildungspanels (NEPS). *Gesundheitswesen* **2017**, *80*, 613–620. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
37. Bohn, V.; Rathmann, K.; Richter, M. Psychosoziale Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen: Die Bedeutung von Alter, Geschlecht und Schultyp. *Das Gesundheitswesen* **2010**, *72*, 293–300. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
38. Breen, R. *Social Mobility in Europe*; Oxford University Press: New York, NY, USA, 2004.
39. Breen, R. Educational Expansion and Social Mobility in the 20th Century. *Soc. Forces* **2010**, *89*, 365–388. [[CrossRef](#)]
40. Gugushvili, A.; McKee, M.; Murphy, M.; Azarova, A.; Irdam, D.; Doniec, K.; King, L. Intergenerational Mobility in Relative Educational Attainment and Health-Related Behaviours. *Soc. Indic. Res.* **2018**, *141*, 1–29. [[CrossRef](#)]
41. Savitsky, B.; Manor, O.; Friedlander, Y.; Burger, A.; Lawrence, G.; Calderon-Margalit, R.; Siscovick, D.S.; Enquobahrie, D.A.; Williams, M.A.; Hochner, H. Associations of socioeconomic position in childhood and young adulthood with cardiometabolic risk factors: The Jerusalem Perinatal Family Follow-Up Study. *J. Epidemiol. Community Health* **2017**, *71*, 43–51. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
42. Günther, S.; Moor, I.; Knöchelmann, A.; Richter, M. Intergenerationale Mobilität und gesundheitliche Ungleichheiten in Ost- und Westdeutschland. *Bundesgesundheitsblatt—Gesundheitsforschung—Gesundheitsschutz* **2018**, *61*, 78–88.
43. Gall, S.L.; Abbott-Chapman, J.; Patton, G.C.; Dwyer, T.; Venn, A. Intergenerational educational mobility is associated with cardiovascular disease risk behaviours in a cohort of young Australian adults: The Childhood Determinants of Adult Health (CDAH) Study. *BMC Public Health* **2010**, *10*, 55. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
44. Tooth, L.; Mishra, G. Intergenerational educational mobility on general mental health and depressive symptoms in young women. *Qual Life Res.* **2013**, *22*, 1589–1602. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
45. Chittleborough, C.R.; Taylor, A.W.; Baum, F.E.; Hiller, J.E. Monitoring inequities in self-rated health over the life course in population surveillance systems. *Am. J. Public Health* **2009**, *99*, 680–689. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
46. Lindström, M.; Hansen, K.; Rosvall, M. Economic stress in childhood and adulthood, and self-rated health: A population based study concerning risk accumulation, critical period and social mobility. *BMC Public Health* **2012**, *12*, 761. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
47. Willson, A.E.; Shuey, K.M.; Elder, G.H. Cumulative Advantage Processes as Mechanisms of Inequality in Life Course Health. *Am. J. Sociol.* **2007**, *112*, 1886–1924. [[CrossRef](#)]
48. Schmeiser, M. *“Missratene” Söhne und Töchter: Verlaufsformen des Sozialen Abstiegs in Akademikerfamilien*; UVK-Verlag-Ges.: Tübingen, Germany, 2003.
49. Ross, C.E.; Mirowsky, J. The interaction of personal and parental education on health. *Soc. Sci. Med.* **2011**, *72*, 591–599. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
50. Newman, K.S. *Falling from Grace: The Experience of Downward Mobility in the American Middle Class*; Free Press: New York, NY, USA, 1988.
51. Hoffmann, R.; Kröger, H.; Pakpahan, E. Pathways between socioeconomic status and health: Does health selection or social causation dominate in Europe? *Adv. Life Course Res.* **2018**, *36*, 23–36. [[CrossRef](#)]
52. David, B.; Smith, G.D.; Bartley, M. Social selection: What does it contribute to social class differences in health? *Sociol. Health Illn.* **1993**, *15*, 1–15.
53. Kuntz, B.; Lampert, T. Intergenerational educational mobility and obesity in adolescence: Findings from the cross-sectional German KiGGS study. *J. Public Health* **2013**, *21*, 49–56. [[CrossRef](#)]
54. Kuntz, B.; Lampert, T. Educational differences in smoking among adolescents in Germany: What is the role of parental and adolescent education levels and intergenerational educational mobility? *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2013**, *10*, 3015–3032. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
55. Kuntz, B.; Lampert, T. Potenzielle Bildungsaufsteiger leben gesünder. *Prävention und Gesundheitsförderung* **2011**, *6*, 11–18. [[CrossRef](#)]

56. Karvonen, S.; Rimpelä, A.H.; Rimpelä, M.K. Social mobility and health related behaviours in young people. *J. Epidemiol. Community Health* **1999**, *53*, 211–217. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
57. Rathmann, K.; Herke, M.; Kuntz, B.; Lampert, T.; Loter, K.; Moor, I.; Hurrelmann, K.; Richter, M. Die Bedeutung der intergenerationalen Bildungsmobilität für die Gesundheit und die Lebenszufriedenheit von Schülerinnen und Schülern in Deutschland. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* **2018**, *38*, 80–99.
58. De Grande, H.; Vandenheede, H.; Deboosere, P. Educational Inequalities in the Transition to Adulthood in Belgium: The Impact of Intergenerational Mobility on Young-Adult Mortality in 2001–2009. *PLoS ONE* **2015**, *10*, e0142104. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
59. Abel, T.; Keller, F. *Bildungsverlauf und Gesundheit: Wie die Bildungswege die Psychische Gesundheit Beeinflussen*; Young Adult Survey Switzerland: Bern, Switzerland, 2016; pp. 68–73.
60. Hemmingsson, T.; Lundberg, I.; Diderichsen, F. The roles of social class of origin, achieved social class and intergenerational social mobility in explaining social-class inequalities in alcoholism among young men. *Soc. Sci. Med.* **1999**, *49*, 1051–1059. [[CrossRef](#)]
61. Dennison, C.R. Intergenerational Mobility and Changes in Drug Use Across the Life Course. *J. Drug Issues* **2017**, *48*, 205–225. [[CrossRef](#)]
62. Lange, M.; Hoffmann, R.; Mauz, E.; Houben, R.; Gößwald, A.; Rosario, A.S.; Kurth, B.-M. Längsschnitterhebung von KiGGS Welle 2—Erhebungsdesign und Fallzahlentwicklung der KiGGS-Kohorte. *J. Health Monit.* **2018**, *3*, 97–113.
63. Kurth, B.-M.; Kamtsiuris, P.; Hölling, H.; Mauz, E. Strategies of the Robert Koch Institute for monitoring the health of children and adolescents living in Germany. *Kinder-und Jugendmedizin* **2016**, *16*, 176–183.
64. Kurth, B.-M.; Kamtsiuris, P.; Hölling, H.; Schlaud, M.; Dölle, R.; Ellert, U.; Kahl, H.; Knopf, H.; Lange, M.; Mensink, G.B. The challenge of comprehensively mapping children’s health in a nation-wide health survey: Design of the German KiGGS-Study. *BMC Public Health* **2008**, *8*, 196. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
65. Idler, E.L.; Benyamini, Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J. Health Soc. Behav.* **1997**, *38*, 21–37. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
66. Schenk, L.; Ellert, U.; Neuhauser, H. Children and adolescents in Germany with a migration background. Methodical aspects in the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt—Gesundheitsforschung—Gesundheitsschutz* **2007**, *50*, 590–599. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
67. Lange, M.; Kamtsiuris, P.; Lange, C.; Rosario, A.S.; Stolzenberg, H.; Lampert, T. Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder-und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. *Bundesgesundheitsblatt—Gesundheitsforschung—Gesundheitsschutz* **2007**, *50*, 578–589. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
68. OECD. PISA 2015 Results. Available online: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/9789264285521-en> (accessed on 22 February 2019).
69. Lunze, K.; Paasche-Orlow, M.K. Limited literacy and poor health: The role of social mobility in Germany and the United States. *J. Health Commun.* **2014**, *19* (Suppl. 2), 15–18. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
70. Schneider, T. Social Inequality in Educational Participation in the German School System in a Longitudinal Perspective: Pathways into and out of the most Prestigious School Track. *Eur. Sociol. Rev.* **2008**, *24*, 511–526. [[CrossRef](#)]
71. Dustmann, C.; Puhani, P.A.; Schönberg, U. The Long-term Effects of Early Track Choice. *Econ. J.* **2017**, *127*, 1348–1380. [[CrossRef](#)]
72. Müller, H.-P.; Reitz, T. Einleitung: die Bildungsgesellschaft und die Bildungssoziologie. In *Bildung und Klassenbildung: kritische Perspektiven auf eine Leitinstitution der Gegenwart*; Beltz Juventa: Weinheim, Germany, 2015; pp. 8–24.
73. Baker, D. *The Schooled Society: The Educational Transformation of Global Culture*; Stanford University Press: Stanford, CA, USA, 2014.
74. Schwarz, A.; Weishaupt, H. Changes in the social and ethnic composition of the school aged population in Germany from a demographic perspective. In *Herkunft und Bildungserfolg von der frühen Kindheit bis ins Erwachsenenalter: Forschungsstand und Interventionsmöglichkeiten aus interdisziplinärer Perspektive*; Springer: Wiesbaden, Germany, 2014; pp. 9–35. [[CrossRef](#)]

75. Ritterman Weintraub, M.L.; Fernald, L.C.H.; Adler, N.; Bertozzi, S.; Syme, S.L. Perceptions of Social Mobility: Development of a New Psychosocial Indicator Associated with Adolescent Risk Behaviors. *Front. Public Health* **2015**, *3*, 62. [CrossRef] [PubMed]
76. Simandan, D. Rethinking the health consequences of social class and social mobility. *Soc. Sci. Med.* **2018**, *200*, 258–261. [CrossRef] [PubMed]
77. Boyle, P.J.; Norman, P.; Popham, F. Social mobility: Evidence that it can widen health inequalities. *Soc. Sci. Med.* **2009**, *68*, 1835–1842. [CrossRef] [PubMed]
78. Hoebel, J.; Lampert, T. Subjective social status and health: Multidisciplinary explanations and methodological challenges. Available online: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1359105318800804> (accessed on 22 February 2019).
79. Singh-Manoux, A.; Adler, N.E.; Marmot, M.G. Subjective social status: Its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study. *Social Sci. Med.* **2003**, *56*, 1321–1333. [CrossRef]
80. Coe, D.P.; Pivarnik, J.M.; Womack, C.J.; Reeves, M.J.; Malina, R.M. Health-related fitness and academic achievement in middle school students. *J. Sports Med. Phys. Fit.* **2012**, *52*, 654–660.
81. Winding, T.N.; Nohr, E.A.; Labriola, M.; Biering, K.; Andersen, J.H. Personal predictors of educational attainment after compulsory school: Influence of measures of vulnerability, health, and school performance. *Scand. J. Public Health* **2013**, *41*, 92–101. [CrossRef] [PubMed]
82. Duke, N.; Macmillan, R. Schooling, skills, and self-rated health: A test of conventional wisdom on the relationship between educational attainment and health. *Sociol. Educ.* **2016**, *89*, 171–206. [CrossRef]
83. Lange, M.; Butschalowsky, H.G.; Jentsch, F.; Kuhnert, R.; Schaffrath Rosario, A.; Schlaud, M.; Kamtsiuris, P. The first KiGGS follow-up (KiGGS Wave 1): Study conduct, sample design, and response. *Bundesgesundheitsblatt—Gesundheitsforschung—Gesundheitsschutz* **2014**, *57*, 747–761. [CrossRef] [PubMed]
84. Hox, J.J.; De Leeuw, E.D.; Zijlmans, E.A. Measurement equivalence in mixed mode surveys. *Front. Psychol.* **2015**, *6*, 87. [CrossRef] [PubMed]
85. Hoebel, J.; von der Lippe, E.; Lange, C.; Ziese, T. Mode differences in a mixed-mode health interview survey among adults. *Arch. Public Health* **2014**, *72*, 46. [CrossRef] [PubMed]
86. Wood, D.; Crapnell, T.; Lau, L.; Bennett, A.; Lotstein, D.; Ferris, M.; Kuo, A. Emerging Adulthood as a Critical Stage in the Life Course. In *Handbook of Life Course Health Development*; Springer: Berlin/Heidelberg, Germany, 2018; pp. 123–143.



© 2019 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Soziale Ungleichheiten und psychische Auffälligkeiten im Übergang vom Kindes- ins Jugendalter – Entwicklung und Prüfung eines strukturierten Kausalmodells

Social Inequalities and Mental Health Problems in the Transition from Childhood to Adolescence – Development and Testing of a Structured Causal Model

Trotz vieler Einzelbefunde zu gesundheitlichen Ungleichheiten in jungen Lebensjahren bleibt unklar, wie verschiedene Aspekte sozialer Ungleichheit (familienbasierte und nicht-familiäre, objektive und subjektiv empfundene) miteinander verbunden sind und psychische Auffälligkeiten im Zeitverlauf prägen. Mit Hilfe gerichteter Annahmen wurde ein strukturiertes Kausalmodell erstellt, das soziale Ungleichheit mehrdimensional erfasst und hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten im Übergang vom Kindes- ins Jugendalter untersucht. Ausgewertet wurden prospektive Daten der KiGGS-Kohorte (735 Jungen; 830 Mädchen). Psychische Auffälligkeiten wurden mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire erfasst. Den stärksten direkten Effekt auf psychische Auffälligkeiten in der Jugend zeigen psychische Auffälligkeiten im Kindesalter, die selbst stark mit dem sozioökonomischen Status in der Kindheit assoziiert sind. Jugendliche, die ein Gymnasium besuchen und ihren subjektiven Sozialstatus höher einschätzen zeigen weniger häufig psychische Auffälligkeiten. Jungen weisen etwas häufiger psychische Auffälligkeiten auf als Mädchen. Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass die soziale Stellung im Kindesalter psychische Auffälligkeiten in der Jugend und psychische Auffälligkeiten in der Kindheit die soziale Stellung im Jugendalter simultan beeinflussen.

Stichwörter: Soziale Ungleichheit, Psychische Auffälligkeiten, Jugendalter, Strukturiertes Kausalmodell, KiGGS

Although there is extensive research on health inequalities in childhood and adolescence, it remains unclear to what extent different aspects of social inequality (family-based and non-family, objective and subjective) are linked and shape mental health problems over time. By using directed acyclic graphs, a structured causal model was developed that takes these interrelations into account. Prospective data from the KiGGS cohort (735 boys; 830 girls) were analysed. Mental health problems were recorded with the Strengths and Difficulties Questionnaire. Mental health problems in childhood show strongest effects on those in adolescence. Young people who attend the highest German type of school and who rate their social status higher show fewer mental health problems. Boys show slightly more mental health problems than girls. Overall, the analysis indicates the simultaneous

occurrence of causation (social position in childhood influences mental health problems in adolescence) and selection (mental health problems in childhood are relevant for social position in adolescence).

Keywords: Social Inequality, Mental health problems, Adolescence, Structured causal model, KiGGS

1 Einleitung

Die Chancen auf eine gute Gesundheit sind in Deutschland ungleich verteilt. Während sich sozial bedingte gesundheitliche Unterschiede im Erwachsenenalter häufig in der Mortalität und dem Auftreten von chronischen Krankheiten wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen zuungunsten von Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status zeigen (Lampert et al., 2017), sind es bei jüngeren Menschen insbesondere psychische Auffälligkeiten, die häufiger bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen festgestellt werden (Kuntz et al., 2018a).

Knapp ein Drittel der deutschen Gesamtbevölkerung ist zumindest zeitweise von psychischen Problemen oder Erkrankungen betroffen (Jacobi et al., 2016; Jacobi et al., 2014). Daher sind psychische Probleme ein äußerst relevanter Gesundheitsparameter und sollten in der gesundheitlichen und sozialen Ungleichheitsforschung stärker berücksichtigt werden. Für einen Großteil der von psychischen Problemen betroffenen Personen wird davon ausgegangen, dass diese bereits in der Kindheit oder Jugend u. a. als psychische Auffälligkeiten ihren Anfang nahmen (Copeland et al., 2009; Jones, 2018; Klasen et al., 2017). Derartige Auffälligkeiten sind insofern als potenzielle Risikofaktoren für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung zu verstehen, jedoch keine eigenständige Diagnose.

Die Lebensphase der Kindheit und Jugend ist mit Blick auf die Bedeutung für den gesundheitlichen Lebensverlauf und so auch für die psychische Gesundheit als sensible Entwicklungsphase anzusehen, da hier häufig der Grundstein für eine gute oder schlechte Gesundheit gelegt wird (Hurrelmann & Quenzel, 2017; Walter et al., 2011). Dabei sind Übergänge oder Transitionen von der einen in die andere Lebensphase von besonderer Bedeutung, da Entwicklungsanforderungen in diesen Phasen häufig ansteigen und die körperliche und psychische Gesundheit beeinflussen können (Quenzel, 2015). Ausgehend von einem sozialisatorischen Ansatz kann Gesundheit und Krankheit als Produkt der stetigen Auseinandersetzung mit Anforderungen der äußeren und inneren Umwelt verstanden werden (Hurrelmann & Richter, 2013; Schnabel, 2013). Übertragen auf psychische Auffälligkeiten kann bspw. von einer genetischen Prädisposition für psychische Erkrankungen ausgegangen werden, die je nach den Bedingungen des Aufwachsens und dem Erleben von Stress bereits in frühen Lebensjahren zu psychischen Auffälligkeiten führen kann (Schneider et al., 2017). Das Ausmaß an erlebtem Stress, das ausreicht um psychische Reaktionen auszulösen hängt wiederum mit den persönlichen Ressourcen

(Petermann & Schmidt, 2006) und der familiären Vorprägung zusammen, wobei Kinder mit psychisch belasteten Eltern ein höheres Risiko aufweisen, selbst eine psychische Störung zu entwickeln (Mattejat et al., 2000). Dem sozialen Status der Familie wird in diesem Zusammenhang eine große Bedeutung für die Genese von psychischen Auffälligkeiten in jungen Lebensjahren beigemessen (Reiss, 2013; van Vuuren et al., 2018). Denn die Ressourcen der Eltern und die Aussetzung von Stress variiert meist zuungunsten von Kindern aus sozial benachteiligten Familien (Hurrelmann, 2016).

Junge Menschen sind jedoch nicht ausschließlich vom Familienkontext geprägt. Im Laufe ihrer Entwicklung erlangen sie ihre eigene soziale Stellung, z. B. durch die eigene Schulbildung (Hurrelmann & Bauer, 2015; Rathmann et al., 2018). Dabei ist jedoch davon auszugehen, dass der eigene soziale Status stark vom elterlichen Sozialstatus geprägt ist. Bei der Untersuchung von gesundheitlichen Ungleichheiten in jungen Lebensjahren kann es daher sinnvoll sein, sowohl elterliche Parameter sozialer Ungleichheit, als auch der Jugendlichen selbst zu berücksichtigen (Richter & Lampert, 2008).

Als strittig gilt in diesem Zusammenhang immer noch die Frage, ob soziale Ungleichheiten oder gesundheitliche Unterschiede zuerst auftreten (Hoffmann et al., 2018; Mossakowski, 2014). Nach Annahme der Selektionsthese tritt eine soziale Benachteiligung aufgrund einer gesundheitlichen Einschränkung oder Erkrankung auf. Wenn beispielsweise Verhaltensauffälligkeiten so deutlich ausgeprägt sind, dass sie die schulischen Leistungskompetenzen mindern, kann dies dazu führen, dass kein (ausreichend guter) Schulabschluss erlangt wird, was in der Folge zu schlechteren Chancen am Ausbildungs- und Arbeitsmarkt führen kann (Maas et al., 1997; Liebsch, 2009). Nach Annahme der Kausationsthese verursachen soziale Ungleichheiten unterschiedliche Gesundheitschancen. Dies ist anzunehmen, wenn z. B. aufgrund von Armut die Gesundheit eines Kindes leidet, etwa durch finanzielle oder soziale Einschränkungen in seiner gesundheitlichen Versorgung und Erziehung (Hurrelmann, 2016; Klocke, 2006).

Es ist eine Herausforderung für die quantitative gesundheitliche Ungleichheitsforschung, diese Komplexität und das zeitliche Aufeinanderfolgen der einzelnen Dimensionen sozialer Ungleichheit im Zusammenspiel von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit zu untersuchen. Studien, in denen gesundheitliche Unterschiede bei jungen Menschen entlang verschiedener Maße sozialer Ungleichheit untersucht werden, weisen u. a. Unterschiede hinsichtlich der körperlichen Gesundheit (Goodman et al., 2003), im Gesundheitsverhalten (Finch et al., 2013; Jarrin et al., 2014) und in der psychischen Gesundheit (Karvonen & Rahkonen, 2011) aus, die in fast allen untersuchten Dimensionen sozialer Ungleichheit zuungunsten von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen verlaufen.

Eine häufig angewandte Methode, mehrere Dimensionen sozialer Ungleichheit in quantitativen Studien zu berücksichtigen, ist zudem die wechselseitige Kontrolle in Regressionsanalysen (Bortz, 2006). Dies birgt jedoch die Gefahr,

dass dabei das zugrundeliegende Kausalgeflecht, das zeitliche Aufeinanderfolgen der einzelnen Dimensionen sozialer Ungleichheit oder ihr gleichzeitiges Auftreten nicht in den Blick genommen werden und Effekte dadurch verzerrt geschätzt werden können (Greenland et al., 1999). Längsschnittliche Betrachtungen, die nicht adjustieren und dennoch verschiedene Dimensionen sozialer Ungleichheit im Zeitverlauf berücksichtigen, sind selten, insbesondere für Deutschland. Olives et al. (2013) untersuchten bei spanischen Jugendlichen anhand von Strukturgleichungsmodellen zeitliche Übergänge von familiären Bedingungen des Aufwachsens und von Lebensereignissen in der Kindheit auf psychische Auffälligkeiten in der Jugend. Sie stellten heraus, dass psychische Erkrankungen der Eltern den größten negativen Einfluss haben und diese häufig mit der sozialen Lage assoziiert sind. Offen bleibt in der Studie jedoch, wie psychische Auffälligkeiten mit solchen Maßen sozialer Ungleichheit zusammenhängen, die für das Jugendalter besonders relevant sind (z. B. dem Schulabschluss oder der subjektiven Wahrnehmung des eigenen Sozialstatus). Mit diesem Beitrag werden folgende Fragen bearbeitet:

1. Beeinflussen elterliche oder die Jugendlichen selbst betreffende Maße sozialer Ungleichheit das Auftreten von psychischen Auffälligkeiten im Jugendalter?
2. Erklären kausale oder selektive Prozesse den Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und psychischen Auffälligkeiten im Übergang vom Kindes- ins Jugendalter?
3. Unterscheiden sich Mädchen und Jungen im Auftreten von psychischen Auffälligkeiten im Jugendalter entlang der untersuchten Dimensionen sozialer Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter?

Zur Bearbeitung der Forschungsfragen wurde ein strukturiertes Kausalmodell erstellt. Dabei wurden a priori Annahmen getroffen, in einem Pfadmodell zusammengefasst und anschließend empirisch getestet (Steiner et al., 2017). Das Modell legt den Fokus auf vertikale Ungleichheiten (Hradil, 2006). Für die Analyse wird davon ausgegangen, dass der sozioökonomische Status der Familie im Kindesalter mit psychischen Auffälligkeiten in der Kindheit und Jugend assoziiert ist. Denn in diversen Studien konnte, wie eingangs erwähnt, gezeigt werden, dass die gesundheitlichen Chancen schon vor der Geburt und auch schon im frühen Kindesalter durch die Lebensumstände und das Gesundheitsverhalten der Eltern geprägt sind (Lampert et al., 2015; Schneider et al., 2010; Inchley et al., 2016). Dies wird auch für psychische Auffälligkeiten angenommen (Klipker et al., 2018).

Nicht nur die soziale Herkunft, sondern auch das Wohnumfeld ist für junge Menschen und ihre Entwicklung bedeutsam, da es unterschiedliche infrastrukturelle, sozialräumliche und nachbarschaftliche Voraussetzungen für die körperliche und psychische Gesundheit bietet (Christian et al., 2015; Ehlen & Rehaag, 2018). So wurde in Studien zu wohnortbezogenen Parametern im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit festgestellt, dass u. a. die sozialräumliche Lage, die psychische Gesundheit positiv beeinflussen kann, wenn

sie ein anregendes Umfeld mit guten Möglichkeiten zur persönlichen Entfaltung und Versorgung bietet (Minh et al., 2017; Reijneveld et al., 2010; Kart, 2014; Kroll et al., 2017; Chen & Paterson, 2006). Für das Erwachsenenalter zeigt sich, dass eine zunehmende sozialräumliche Deprivation die subjektive Wahrnehmung des eigenen Sozialstatus negativ beeinflusst (Roy et al., 2016). Diese Annahme soll daher auch im hier untersuchten Kausalmodell für das Jugendalter getestet werden.

Junge Menschen entfalten mit der Zeit einen Sinn für ihre eigene soziale Stellung oder die ihrer Familien (Destin et al., 2012). Mit zunehmenden Lebensjahren steigt daher die Bedeutung der Wahrnehmung der eigenen sozialen Stellung für das gesundheitliche Wohlbefinden (Walter et al., 2011; Kuh et al., 2004). Einzelne Untersuchungen konnten Hinweise darauf liefern, dass junge Menschen schlechter mit alltäglichen Anforderungen umgehen können, wenn sie ihren sozialen Status als niedrig einschätzen (Johnson & Swendsen, 2015). Zudem weisen sie häufiger depressive Symptome und Verhaltensprobleme auf (Åslund et al., 2009a; Åslund et al., 2009b). Daher wird im hier untersuchten Kausalmodell davon ausgegangen, dass die subjektive Einschätzung des Sozialstatus mit psychischen Auffälligkeiten im Jugendalter zusammenhängt.

Die Phase der Jugend zeichnet sich durch die schrittweise Ablösung vom Elternhaus aus, sodass sekundäre Sozialisationsinstanzen (Schule) zunehmend Einfluss auf Heranwachsende und ihre körperliche und psychische Gesundheit nehmen (Hurrelmann & Quenzel, 2017). In diversen Studien werden gesundheitliche Unterschiede bei jungen Menschen entlang ihres Bildungsstatus oder in Deutschland der besuchten Schulform betrachtet. Es zeigt sich, dass junge Menschen an weniger qualifizierenden Schulen häufiger gesundheitliche Einschränkungen aufweisen (Waldhauer et al., 2018; Kuntz & Lampert, 2011; Rathmann et al., 2016b; Kuntz et al., 2018b). So treten psychische Auffälligkeiten bei Jugendlichen an Gymnasien seltener zutage, als bei Jugendlichen an Haupt-, Real- und Gesamtschulen (Waldhauer et al., 2018). Soziale Vergleichstheorien gehen davon aus, dass Vergleiche mit dem sozialen Umfeld, welches in der Jugend stark von der besuchten Schule geprägt ist, zu großen Teilen die Selbstwahrnehmung und das Selbstkonzept junger Menschen beeinflussen (Marsh & Hau, 2003; Hoferichter et al., 2018). Daher wird in dem untersuchten Kausalmodell die Annahme getroffen, dass die besuchte Schulform auch den subjektiven Sozialstatus der Jugendlichen beeinflusst.

In dem Kausalmodell werden hinzukommend selektive Prozesse nach Gesundheit einbezogen. Es wird angenommen, dass psychische Auffälligkeiten in der Kindheit mit solchen in der Jugend assoziiert sind (Johnson et al., 1999), denn sie nehmen, wie einleitend erwähnt, häufig in der Kindheit ihren Anfang und setzen sich über den Lebensverlauf fort (Copeland et al., 2009; Jones, 2018). Es ist davon auszugehen, dass sich psychische Probleme in der Kindheit auch auf soziale Vergleiche und so auch auf die Selbstwahrnehmung des eigenen

sozialen Status auswirken, etwa durch Erfahrungen von Diskriminierung oder Selbststigmatisierung (Corrigan & Watson, 2002; Heary et al., 2017). Psychische Probleme können zudem auch schulische Schwierigkeiten nach sich ziehen, was wiederum die Entscheidung, welche sekundäre Schulform besucht wird, beeinflussen kann (Miech et al., 1999; Rogge & Groh-Samberg, 2015). In dem Kausalmodell wird insofern eine Assoziation von psychischen Auffälligkeiten in der Kindheit und der besuchten Schulform sowie dem subjektiven Sozialstatus im Jugendalter berücksichtigt.

In der Analyse werden horizontale soziale Ungleichheiten, z. B. der Einfluss des Migrationshintergrundes oder des Alters berücksichtigt, nicht aber in das Zentrum der Analyse gerückt. Es wird angenommen, dass das Alter und Geschlecht psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter (Patalay et al., 2015; Ihle et al., 2004) und den subjektiven Sozialstatus (Quon and McGrath, 2014) beeinflussen. Weiterhin besuchen in Deutschland Mädchen häufiger ein Gymnasium als Jungen und unterschiedliche Schulformen spiegeln eine andere Alters- und Migrationsstruktur wider (Statistisches Bundesamt, 2016). Der Migrationshintergrund gilt als bedeutende Einflussgröße für gesundheitliche Ungleichheiten in Deutschland (Razum et al., 2008) und ist sehr stark mit dem sozioökonomischen Status assoziiert (Spallek et al., 2018). Dies gilt auch für das Jugendalter (Ellert et al., 2010) und wurde daher in dem untersuchten Kausalmodell berücksichtigt.

2 Methode

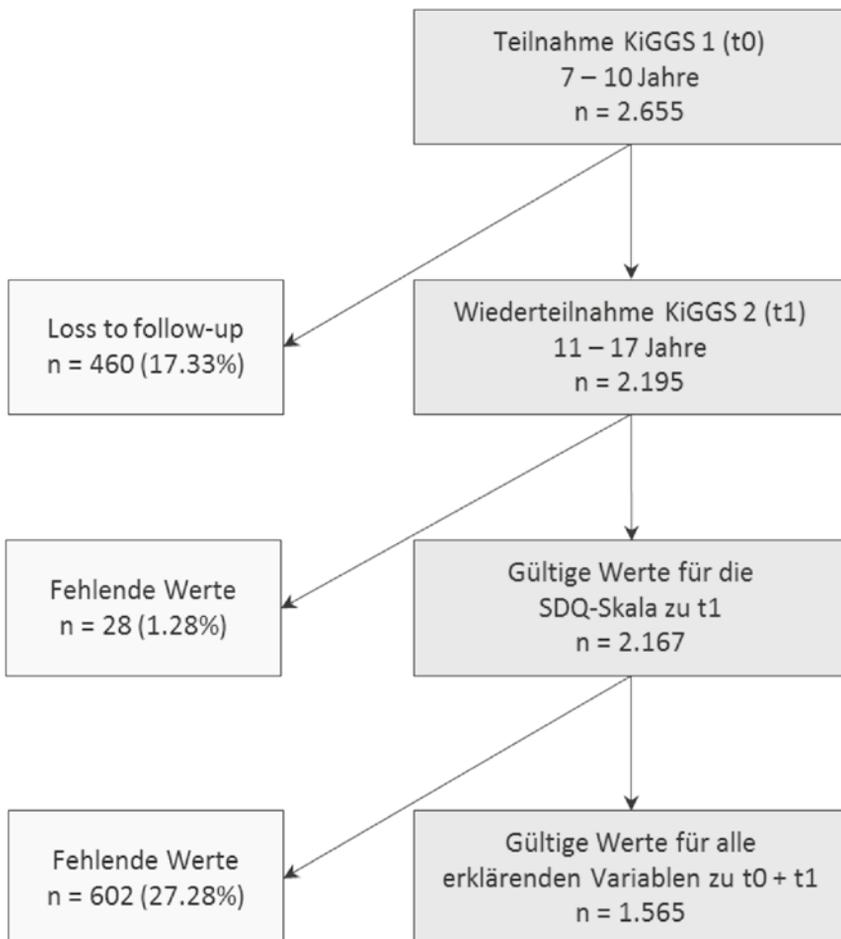
2.1 Datengrundlage

Die Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGGS) ist Bestandteil des bundesweiten Gesundheitsmonitorings, das vom Robert Koch-Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit umgesetzt wird. Als kombinierte Querschnitts- und Kohortenstudie werden wiederholt repräsentative Daten zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland erfasst (Kurth et al., 2016). Die Basiserhebung (KiGGS Basis) wurde 2003 bis 2006 als Befragungs- und Untersuchungssurvey mit einer Teilnahmequote von 66,6 % erhoben (Kamtsiuris et al., 2007). Die erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) erfolgte 2009 bis 2012 als standardisiertes Telefoninterview. Alle befragten Kinder und Jugendlichen der Basiserhebung, die mittlerweile 6 bis 24 Jahre alt waren, wurden zur erneuten Studienteilnahme eingeladen. Die Teilnahmequote der Kohorte lag bei 72,9 % (Lange et al., 2014). In der darauffolgenden Erhebung (KiGGS Welle 2) wurden von 2014 bis 2017 erneut Befragungs- und Untersuchungsdaten erhoben, wobei eine medizinische Untersuchung nicht obligatorisch für die Teilnahme an der Befragungsstudie war. Alle Kohortenmitglieder, deren Altersspanne 10 bis 29 Jahre betrug, wurden zur Teilnahme an KiGGS Welle 2 eingeladen. Die Responserate lag bei 61,5 % für den Befragungsteil (Lange et al., 2018). Die KiGGS-Studie wurde von der Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin

und der Medizinischen Hochschule Hannover geprüft und anerkannt (Nr. EA2/058/09 und Nr. 2275-2014).

Aufgrund des kohortenbasierten Studiendesigns können längsschnittliche Untersuchungen mit KiGGS angestellt werden (Mauz et al., 2019). Für diesen Beitrag wurden prospektive Daten der KiGGS-Kohorte aus den Wellen 1 und 2 ausgewertet. Die Studienpopulation wurde so zugeschnitten, dass die Teilnehmenden im ersten Erhebungszeitraum (t0) 7 bis 10 Jahre und im zweiten Erhebungszeitraum (t1) 11 bis 16 Jahre alt waren. Durch eine ausbleibende Wiederteilnahme von t0 zu t1 und aufgrund fehlender Werte in den Untersuchungsvariablen verringerte sich die Ursprungsstichprobe um insgesamt 41,05 % auf 1.565 Mädchen (830) und Jungen (735) (Abbildung 1).

Abbildung 1: Untersuchungsstichprobe (KiGGS Welle 1 und KiGGS Welle 2)



2.2 Untersuchungsvariablen

2.2.1 Psychische Auffälligkeiten

Psychische Auffälligkeiten werden in KiGGS anhand des „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ) erhoben (Hölling et al., 2014). Der SDQ ist ein international anerkanntes, valides Messinstrument, das psychische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen anhand von kontinuierlichen Punktwerten darstellt (Goodman, 2001). Das Screening-Instrument, das keine klinischen Diagnosen aussprechen lässt, umfasst vier Problemskalen und eine Stärkeskala mit je fünf Items. Anhand dieser können Verhaltensprobleme, emotionale Probleme, Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit sowie Probleme mit Gleichaltrigen erfasst werden. Die Stärkeskala identifiziert prosoziales Verhalten. Die vier Problemskalen mit einem jeweiligen Umfang von 0 bis 10 können einzeln betrachtet oder zu einem Gesamtproblemwert aufsummiert werden. Die Stärkeskala wird bei der Bildung des Gesamtproblemwertes nicht berücksichtigt und wurde daher auch von der vorliegenden Analyse ausgeschlossen. Der Gesamtproblemwert des SDQ reicht von 0 bis 40 und wird metrisch in die Analysen eingebracht. Ein zunehmender Wert steht insofern für eine zunehmende Auffälligkeit oder Risikobelastung in den genannten Problemdimensionen. Für die vorliegende Analyse wurden die Elternangaben zum SDQ verwendet.

2.2.2 Maße sozialer Ungleichheit

Der sozioökonomische Status der Familie wird in KiGGS anhand eines mehrdimensionalen Index erfasst (Lampert et al., 2014). Dafür werden Angaben der Eltern zu ihrer schulischen und beruflichen Bildung, zur Berufsposition und zum bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommen mit Punktwerten versehen, die anschließend zu einem Gesamtwert aufsummiert werden. Der Gesamtwert reicht von 3 bis 21, wobei ein höherer Wert einen höheren sozioökonomischen Status angibt. Der sozioökonomische Status der Familie wurde in allen Erhebungswellen von KiGGS erfasst und liegt somit für die Kindheit (t0) und Jugend (t1) der analysierten Gruppe vor.

Die sozialräumliche Deprivation des Wohnortes wurde mit dem „German Index of Socioeconomic Deprivation“ (GISD) erfasst (Kroll et al., 2017). Für die Indexbildung werden regionale Daten zur Bildung (Schulabbrüche und Studienabschlüsse), Beschäftigung (Arbeitslosen- und Beschäftigungszahlen) und Einkommenssituation (Gehalts-, Steuer- und Schuldnerangaben) aus bundesweiten Datenquellen (u. a. Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Erwerbstätigenrechnung und Statistik der allgemeinbildenden Schule des Bundes und der Länder) zusammengefasst. Der Gesamtindex wurde den KiGGS-Daten für beide Erhebungszeiträume anhand der Gemeindegrenznummer des Wohnortes der Teilnehmenden zugespielt, sodass die Wohnregion anhand der durchschnittlichen Zusammensetzung der Wohnbevölkerung nach Einkommen, Bildung und Beschäftigungssituation eingeordnet werden kann. Der Summenwert reicht von 0 bis 100, wobei ein höherer Wert für eine stärkere sozialräumliche Deprivation steht.

Der subjektive soziale Status wurde erstmalig in KiGGS Welle 2 erhoben und liegt somit ausschließlich für das Jugendalter (t1) der untersuchten Personen vor. Zur Erfassung des subjektiven Sozialstatus wird eine deutsche Version der MacArthur Scale für das Jugendalter eingesetzt (Goodman et al., 2001; Lampert et al., 2018). Anhand einer zehnstufigen Skala, die die „soziale Stufenleiter“ verbildlicht, geben die Befragten an, wo sie sich beziehungsweise ihre Familie in der gesellschaftlichen Hierarchie verorten würden: „Stelle dir bitte vor, dass diese Leiter den Aufbau der Gesellschaft in Deutschland darstellt. Ganz oben stehen die Menschen mit dem meisten Geld, der höchsten Bildung und den besten Jobs. Ganz unten stehen die Menschen mit dem wenigsten Geld, der niedrigsten Bildung und den schlechtesten Jobs oder ohne Job. Nun denke an deine Familie. Was denkst du, auf welcher Sprosse würde deine Familie stehen?“. Bei einem Gesamtwertebereich von 1 bis 10 steht ein höherer Skalenwert für einen höheren subjektiven sozialen Status der Jugendlichen.

In KiGGS wird stets auch die besuchte Schulform der Heranwachsenden durch die Eltern angegeben, wobei aufgrund der bundesländerspezifischen Schulformunterschiede Haupt- und Realschulen seit KiGGS Welle 1 als eine Kategorie erfasst werden. Da zur Erhebung von KiGGS Welle 1 der Großteil der Analysegruppe noch die Grundschule besuchte, konnten Unterschiede nach Schulform nur für das Jugendalter (t1) sinnvoll analysiert werden. Hinzugezogen wurden dabei auch Angaben zum höchsten erreichten Schulabschluss, wenn die Jugendlichen nicht mehr zu Schule gingen, was überwiegend auf Schülerinnen und Schüler der Haupt- und Realschule zutraf. Der höchste erreichte Schulabschluss wurde der entsprechenden Schulformen zugeordnet. Die Jugendlichen, die eine Förder- oder Sonderschule besuchten oder ohne Abschluss die Schule abgebrochen haben, wurden von der Analyse ausgeschlossen. Da keine sinnvolle metrische Variable zum Schulbesuch der Jugendlichen gebildet werden kann, wurden Schülerinnen und Schüler an Haupt-, Real- und Gesamtschulen, analog zu bestehenden Arbeiten (Waldhauer et al., 2018; Richter & Lampert, 2008; Kuntz & Lampert, 2011) gemeinsam betrachtet und denjenigen Jugendlichen, die ein Gymnasium besuchen gegenüber gestellt. Zwar kann an Gesamtschulen (auch Gemeinschafts-, integrierte oder kooperative Schulen) im Rahmen einer Oberstufenkooperation teilweise das Abitur abgelegt werden, dennoch sind sie nicht mit Gymnasien vergleichbar, die die Qualifizierung zur Hochschulreife als ihr Hauptziel verstehen (Baumert and Deutsches PISA-Konsortium, 2013). Die besuchte Schulform ging dichotomisiert in das Modell ein, wobei 0 für den Besuch einer nichtgymnasialen sekundären Schulform und 1 für den Besuch eines Gymnasiums steht.

2.2.3 Kovariablen

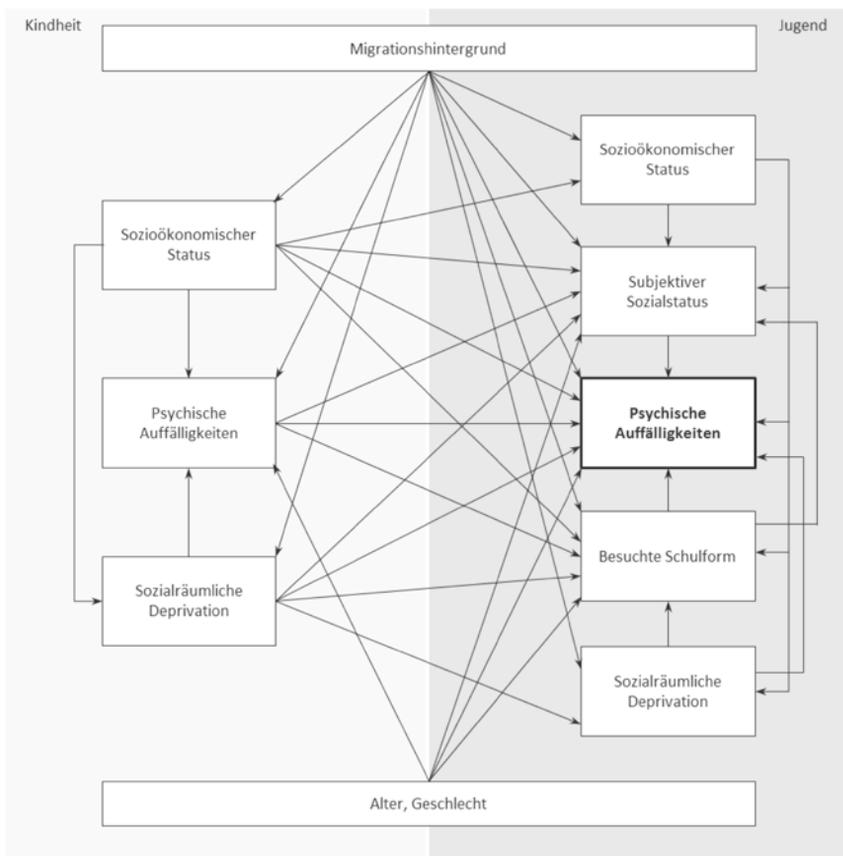
Von einem Migrationshintergrund der Jugendlichen wird ausgegangen, wenn sie entweder selbst aus einem anderen Land zugewandert sind oder wenn ein oder beide Elternteile nicht in Deutschland geboren, zugewandert oder

nicht deutscher Staatsangehörigkeit sind (Schenk, 2007). Weiterhin wird das Geschlecht der Jugendlichen berücksichtigt und ihr Alter einbezogen. Die Altersspanne der Jungen und Mädchen reicht im ersten Erhebungszeitraum von 7 bis 10 Jahre und im zweiten von 11 bis 16 Jahre, wobei der Altersabstand der Einzelpersonen zwischen KiGGS Welle 1 und Welle 2 mindestens 3 und maximal 7 Jahre beträgt.

2.3 Untersuchungsmodell

Für die Analyse wurde ein strukturiertes Kausalmodell erarbeitet, das die eingangs beschriebenen Annahmen berücksichtigt (Abbildung 2). Das Untersuchungsmodell wurde im Sinne von gerichteten azyklischen Graphen (directed acyclic graph – DAG) erstellt. Darin werden die angenommenen Kausalbeziehungen durch Pfeile symbolisiert. Wenn kein Pfeil erstellt wurde, bedeutet

Abbildung 2: Strukturiertes Kausalmodell zur Analyse des Zusammenhangs sozialer Ungleichheit in Kindheit und Jugend und psychischen Auffälligkeiten im Jugendalter



dies, dass von keiner kausalen Beziehung der Variablen ausgegangen wird (Greenland et al., 1999). Das diesem Beitrag zugrundeliegende strukturierte Kausalmodell wurde anschließend mit dem Programm DAGitty (Textor et al., 2011) auf interne Konsistenz geprüft. Es entspricht den Bestimmungen eines gerichteten azyklischen Graphen insofern, als dass die Annahmen so getroffen wurden, dass sich keine Variable über den Pfad zu einer anderen selbst erklären kann und somit statistische Blockaden und Fehladjustierungen ausgeschlossen werden können (Schipf et al., 2011).

2.4 Statistisches Vorgehen

Die Effekte der im Kausalmodell verbildlichten Zusammenhänge wurden anhand von Strukturgleichungsanalysen in einem Gesamtmodell und für Jungen und Mädchen getrennt geschätzt. Es werden standardisierte direkte und indirekte Koeffizienten ausgegeben. Um die Effekte untereinander vergleichen zu können, wurden alle Variablen vor der Analyse z-standardisiert. Bei der gruppenbasierten Standardisierung für Jungen und Mädchen getrennt, ergaben sich nur minimale Veränderungen der Koeffizienten und *p*-Werte, sodass eine einheitliche Standardisierung anhand der Grundgesamtheit bevorzugt wurde, um die Ergebnisse zwischen Jungen und Mädchen vergleichen zu können.

Auf Grundlage der berechneten standardisierten Koeffizienten wurde entschieden, ob die mit dem Modell aufgestellten Annahmen gestützt oder falsifiziert werden können, sodass das Vorgehen als rein bestätigend („strictly confirmatory“) nach Holbert & Stephenson (2002) eingestuft werden kann. Eine geringfügige Modifikation des Ausgangsmodells wurde insofern gestattet, als dass Variablen von den Analysen ausgeschlossen wurden, die zu beiden Erhebungszeitpunkten vorlagen und sehr hoch miteinander korrelierten ($r > 0.8$). Dies traf auf die erklärenden Variablen des sozioökonomischen Status der Familie und die sozialräumliche Deprivation des Wohnortes zu, die aufgrund der maximalen Zeitspanne zwischen den Erhebungen von acht Jahren nicht so stark variierten. Diese Variablen wurden daher nur für das Kindesalter in die Strukturgleichungsanalyse aufgenommen. Durch das Einbeziehen dieser Variablen zu einem früheren Zeitpunkt im Lebenslauf, kann die vorzeitige Beeinflussung des Auftretens von psychischen Auffälligkeiten im Jugendalter berücksichtigt werden und insofern kausale Aussagen getroffen werden. Auch die Kontrollvariablen Geschlecht (t_0), Migrationshintergrund (t_0) und Alter der Jugendlichen (t_1) wurde nur zu einem Erhebungszeitpunkt einbezogen, da sie nicht oder nur proportional im Lebensverlauf variierten.

Die standardisierten direkten Effekten der erklärenden Variablen untereinander werden in Abbildung 3, 4 und 5 dargestellt. Die indirekten sowie direkten Effekte in Bezug auf psychische Auffälligkeiten im Jugendalter wurden zudem in einer Ergebnistabelle zusammengefasst, sodass auch auf die totalen Effekte geschlossen werden kann (Tabelle 2). Die Modellgüte

wurde für alle Strukturgleichungsmodelle überprüft (Hu and Bentler, 1999; Schreiber et al., 2006). Dabei ist zu beachten, dass sich die Modellgütetests nur auf ungewichtete Modelle beziehen und insofern nicht das mehrstufige Surveydesign der hier untersuchten Daten berücksichtigen können. Für die Berechnung der Koeffizienten selbst jedoch wurden alle Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der das mehrstufige Erhebungsdesign der KiGGS-Studie berücksichtigt und sich an der Bevölkerungsstruktur der Ersterhebung von KiGGS (Stand 31.12.2004) orientiert (Lange et al., 2018). Alle statistischen Berechnungen wurden mit Stata 15.1 (StataCorp LLC, College Station, TX, USA) umgesetzt.

3 Ergebnisse

Angaben zu allen im Modell berücksichtigten Variablen lagen bei 1.565 Jugendlichen vor. Die Verteilung der Variablen und deren Wechselbeziehungen untereinander sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Der Gesamtwert für psychische Auffälligkeiten (SDQ) im Jugendalter ist mit allen einbezogenen Maßen sozialer Ungleichheit assoziiert. Am stärksten sind psychische Auffälligkeiten im Jugendalter mit solchen in der Kindheit korreliert ($r = 0.58$). Psychische Auffälligkeiten treten in der untersuchten Stichprobe etwas häufiger bei Jungen auf, verringern sich leicht mit zunehmendem Alter und sind geringfügig mit dem Migrationshintergrund assoziiert (Tabelle 1).

Im Gesamtmodell wird für die untersuchte Gruppe deutlich, dass, sofern die Annahmen des Untersuchungsmodells zutreffen, im Kindesalter auftretende psychische Auffälligkeiten den höchsten direkten Effekt auf psychische Auffälligkeiten im Jugendalter aufweisen (direkter Effekt $\beta = 0.56$) (Abbildung 3). Psychische Auffälligkeiten im Kindesalter sind zudem deutlich mit dem sozioökonomischen Status der Familie assoziiert. Je höher der sozioökonomische Status in der Kindheit ist, desto seltener treten psychische Auffälligkeiten im Kindesalter zutage (direkter Effekt $\beta = -0.23$). Über diesen Pfad, aber auch vermittelt über den späteren subjektiven Sozialstatus und die besuchte Schulform im Jugendalter, nimmt der sozioökonomische Status der Familie im Kindesalter über die Zeit hinweg Einfluss auf psychische Auffälligkeiten im Jugendalter (indirekter Effekt: $\beta = -0.21$) (Tabelle 2). Der subjektive Sozialstatus (direkter Effekt $\beta = -0.08$) und die besuchte Schulform (direkter Effekt $\beta = -0.09$) stehen bei Jungen und Mädchen in direktem Zusammenhang mit psychischen Auffälligkeiten im Jugendalter. Der Besuch eines Gymnasiums ist zudem wahrscheinlicher, wenn die Jugendlichen keine psychischen Auffälligkeiten in der Kindheit aufwiesen (direkter Effekt $\beta = -0.28$). Gleichzeitig schätzen die Jugendlichen ihren subjektiven Sozialstatus als geringer ein, wenn sie in der Kindheit als psychisch auffällig galten (direkter Effekt $\beta = -0.13$). Auch die sozialräumliche Deprivation des Wohnorts ist negativ mit dem sozioökonomischen Status in der Kindheit assoziiert (direkter Effekt $\beta = -0.18$) und beeinflusst den späteren subjektiven Sozialstatus (direkter Effekt $\beta = 0.07$) und die besuchte Schulform im

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung und Korrelationsmatrix (n = 1.565) (KiGGS Welle 1 und KiGGS Welle 2)

Variable	Ausprägung	Mittel (SD)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
(1) SDQ t0	0 - 30	8.06 (4.84)	–										
(2) SDQ t1	0 - 31	6.70 (4.77)	0.58	–									
(3) SES t0	3.3 - 21	13.33 (3.41)	-0.22	-0.11	–								
(4) SES t1	3.9 - 21	13.71 (3.77)	-0.23	-0.13	0.81	–							
(5) DEP t0	5.36 - 96.87	63.09 (16.22)	0.06	0.02	-0.12	-0.17	–						
(6) DEP t1	13.09 - 91.57	61.38 (15.82)	0.05	0.01	-0.13	-0.18	0.99	–					
(7) SSS t1	1 - 10	6.46 (1.24)	-0.17	-0.16	0.34	0.32	-0.01	-0.00	–				
(8) GYM t1	0 = nein 1 = ja	–	-0.33	-0.25	0.37	0.38	0.01	0.02	0.14	–			
(9) AGE t0	7 - 10	8.58 (1.11)	-0.02	-0.04	0.00	-0.04	0.02	0.03	0.06	-0.02	–		
(10) AGE t1	11 - 16	13.45 (1.18)	-0.02	-0.04	0.01	-0.03	0.02	0.02	0.07	-0.01	0.94	–	
(11) MIG t0	0 = nein 1 = ja	–	0.04	0.05	-0.15	-0.12	-0.18	-0.17	0.04	-0.01	-0.00	-0.02	–
(12) BOY t0	0 = Mädchen 1 = Jungen	–	0.12	0.11	-0.04	-0.03	0.02	0.01	0.01	-0.08	0.00	0.00	0.02

SD, Standardabweichung; SDQ, Psychische Auffälligkeiten; SES, Sozioökonomischer Status der Familie; DEP, Sozialräumliche Deprivation des Wohnorts; SSS, Subjektiver Sozialstatus; GYM, Besuchte Schulform Gymnasium; AGE, Alter; MIG, Migrationshintergrund; BOY, Geschlecht männlich; Variablen in grauer Schrift nicht im Endmodell

Jugendalter (direkter Effekt $\beta = 0.05$), nicht aber das Auftreten von psychischen Auffälligkeiten bei den untersuchten Jugendlichen.

Die separate Analyse für Jungen und Mädchen zeigt überwiegend ähnliche Zusammenhänge für beide Geschlechter. Unterschiede werden deutlich hinsichtlich des Einflusses des sozioökonomischen Status und in Bezug auf den Migrationshintergrund. Denn im Vergleich zum Gesamtmodell und zu weiblichen Jugendlichen weisen männliche Jugendliche eine höhere Assoziation von psychischen Auffälligkeiten in der Kindheit und des sozioökonomischen Status der Familie im Kindesalter auf (direkter Effekt $\beta = -0.32$ versus Mädchen $\beta = -0.15$) (Abbildung 4 und 5). Darüber hinaus fällt auch der indirekte Effekt des sozioökonomischen Status in der Kindheit auf psychische Auffälligkeiten im Jugendalter bei Jungen höher aus als bei Mädchen (direkter Effekt $\beta = -0.27$

versus Mädchen $\beta = -0.16$). Der sozioökonomische Status im Kindesalter hat ausschließlich bei Jungen einen direkten Effekt auf psychische Auffälligkeiten im Jugendalter, wobei der Zusammenhang zuungunsten der Jugendlichen mit einem höheren sozioökonomischen Status der Familie verläuft (direkter Effekt $\beta = 0.11$). Ausschließlich bei Mädchen zeigt sich ein direkter Zusammenhang des Migrationshintergrundes und dem Auftreten von psychischen Auffälligkeiten im Jugendalter dahingehend, dass Mädchen mit Migrationshintergrund häufiger als psychisch auffällig gelten, als Mädchen ohne Migrationshintergrund (direkter Effekt $\beta = 0.16$). Dies trifft für die hier untersuchte Gruppe der Jungen nicht zu. Effekte der sozialräumlichen Deprivation des Wohnortes auf das Auftreten von psychischen Auffälligkeiten im Jugendalter zeigen sich ebenso nur bei den untersuchten Mädchen (direkter Effekt $\beta = 0.07$) und sind für männliche Jugendliche nicht festzustellen.

Abbildung 3: Kausalmodell: Soziale Ungleichheit und psychische Auffälligkeiten bei 11- bis 16-jährigen Jugendlichen (n = 1.565), direkte standardisierte Koeffizienten; nicht dargestellt: Kovariablen Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und indirekte Effekte (KiGGS Welle 1 und KiGGS Welle 2)

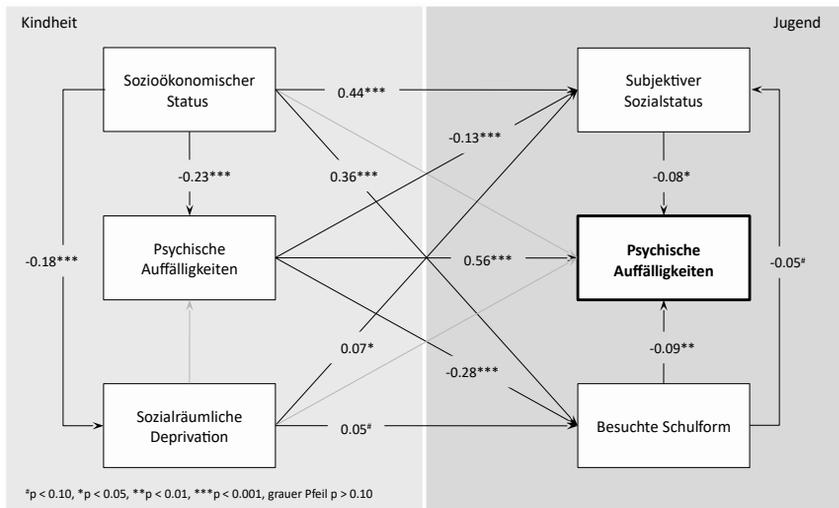


Abbildung 4: Kausalmodell: Soziale Ungleichheit und psychische Auffälligkeiten bei 11- bis 16-jährigen Jungen (n = 735), direkte standardisierte Koeffizienten; nicht dargestellt: Kovariablen Alter, Migrationshintergrund und indirekte Effekte (KiGGS Welle 1 und KiGGS Welle 2)

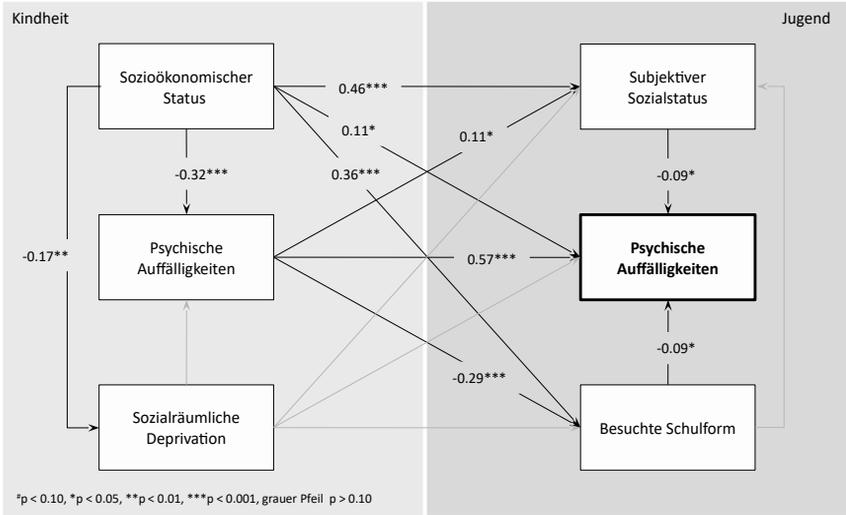


Abbildung 5: Kausalmodell: Soziale Ungleichheit und psychische Auffälligkeiten bei 11- bis 16-jährigen Mädchen (n = 830), direkte standardisierte Koeffizienten; nicht dargestellt: Kovariablen Alter, Migrationshintergrund und indirekte Effekte (KiGGS Welle 1 und KiGGS Welle 2)

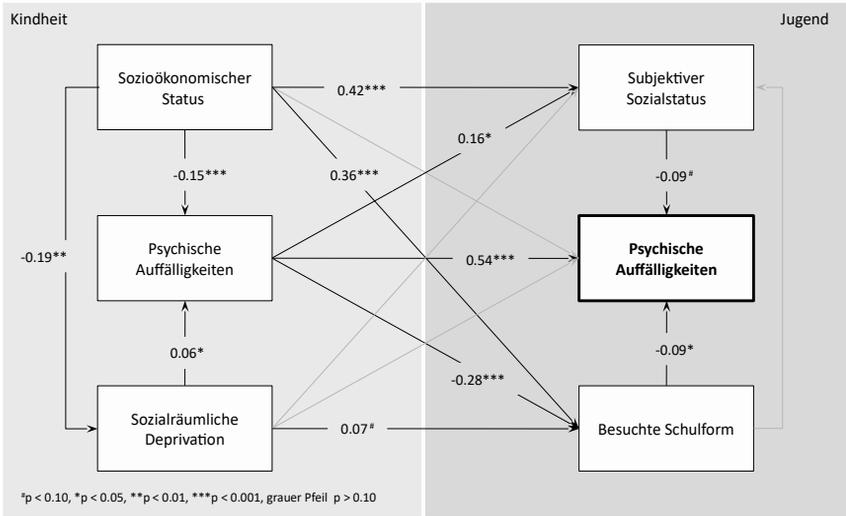


Tabelle 2: Standardisierte direkte und indirekte Effekte verschiedener Aspekte sozialer Ungleichheit auf psychische Auffälligkeiten bei 11-16 jährigen Jugendlichen (KiGGS Welle 1 und KiGGS Welle 2)

	Gesamt (n = 1.565) ¹		Jungen (n = 735) ²		Mädchen (n = 830) ³	
Soziale Ungleichheit Kindheit	direkt	indirekt	direkt	indirekt	direkt	indirekt
SES_t0 → SDQ_t1	0.08 [-0.02; 0.17]	-0.21*** [-0.26; -0.16]	0.11* [0.01; 0.21]	-0.27*** [-0.35; -0.19]	-0.06 [-0.07; 0.19]	-0.16*** [-0.22; -0.11]
DEP_t0 → SDQ_t1	0.02 [-0.05; 0.10]	0.02 [-0.02; 0.06]	0.01 [-0.08; 0.10]	0.021 [-0.05; 0.07]	0.03 [-0.07; 0.12]	0.03 [-0.01; 0.07]
Soziale Ungleichheit Jugend						
SSS_t1 → SDQ_t1	-0.08* [-0.14; -0.01]	kein Pfad	-0.09* [-0.17; -0.02]	kein Pfad	-0.09# [-0.18; -0.01]	kein Pfad
GYM_t1 → SDQ_t1	-0.09** [-0.14; -0.03]	0.00 [-0.00; 0.01]	-0.09* [-0.16; -0.02]	0.00 [-0.01; 0.01]	-0.09* [-0.17; -0.01]	0.01 [-0.00; 0.02]
Kovariablen						
AGE_t1 → SDQ_t1	-0.00 [-0.07; 0.07]	-0.02 [-0.06; 0.01]	-0.07# [-0.15; -0.00]	-0.01 [-0.06; 0.04]	0.08 [-0.03; 0.19]	-0.04# [-0.08; 0.01]
MIG → SDQ_t1	0.07 [-0.02; 0.16]	0.01 [-0.03; 0.06]	0.00 [-0.08; 0.08]	0.01 [-0.07; 0.06]	0.16* [0.02; 0.30]	0.04 [-0.03; 0.10]
BOY → SDQ_t1	0.02 [-0.05; 0.08]	0.07*** [0.04; 0.11]	—	—	—	—
SDQ_t0 → SDQ_t1	0.56*** [0.48; 0.64]	0.03*** [0.02; 0.05]	0.57*** [0.48; 0.66]	0.04** [0.01; 0.06]	0.54*** [0.42; 0.65]	0.04* [0.00; 0.07]

[95 %-Konfidenzintervall]; n, Fallzahl; SDQ, Psychische Auffälligkeiten; SES, Sozioökonomischer Status der Familie; DEP, Sozialräumliche Deprivation des Wohnorts; SSS, Subjektiver Sozialstatus; GYM, Besuchte Schulform Gymnasium; AGE, Alter; MIG, Migrationshintergrund; BOY, Geschlecht männlich; #p < 0.10, *p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001

1Modellgüte Gesamtmodell ohne Gewichtung für mehrstufiges Surveydesign: Chi2_ms(4) = 7.617; RMSEA = 0.022;

CFI = 0.998; TLI = 0.983; SRMR = 0.010

2Modellgüte Modell für Jungen ohne Gewichtung für mehrstufiges Surveydesign: Chi2_ms(2) = 0.068; RMSEA = 0.000;

CFI = 1.000; TLI = 1.031; SRMR = 0.001

3Modellgüte Modell für Mädchen ohne Gewichtung für mehrstufiges Surveydesign: Chi2_ms(2) = 3.627; RMSEA = 0.028;

CFI = 0.998; TLI = 0.974; SRMR = 0.010

4 Diskussion

4.1 Zusammenfassung und Einordnung

Die Ergebnisse der Analyse verdeutlichen, sofern die Annahmen zur Kausalstruktur der untersuchten Variablen zutreffen, dass der sozioökonomische Status der Familie in der Kindheit, der subjektive soziale Status und die besuchte Schulform in der Jugend in Zusammenhang mit psychischen Auffälligkeiten im Jugendalter stehen. Der Effekt des sozioökonomischen Status wird dabei vornehmlich durch die Assoziation mit psychischen Auffälligkeiten in der Kindheit und später zusätzlich über die besuchte Schulform und den subjektiven Sozialstatus der Jugendlichen vermittelt. Gemäß den getroffenen Modellannahmen kann für die sozialräumliche Deprivation des Wohnortes im Kindesalter kein direkter oder indirekter Effekt auf psychische

Auffälligkeiten bei Jugendlichen ausgemacht werden. Für Jugendliche, bei denen psychische Auffälligkeiten bereits im Kindesalter festzustellen sind, weist das Modell insgesamt ein sehr stark erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten im Jugendalter aus.

Mit Blick auf die erste Forschungsfrage konnte insofern gezeigt werden, dass verschiedene (sowohl elterliche als auch die Jugendlichen selbst betreffende) Dimensionen sozialer Ungleichheit für das Auftreten von psychischen Auffälligkeiten von Bedeutung sind. Gerade bei Jugendlichen und später auch bei jungen Erwachsenen scheint es daher sinnvoll zu sein, in Studien zur gesundheitlichen Ungleichheit Parameter einzubeziehen, die auf ihre eigene soziale Stellung abheben und nicht nur ihre familiäre Herkunft berücksichtigen. Eine Begründung dafür könnte sein, dass so u. a. intergenerationale Aufstiegs- und Abstiegsprozesse berücksichtigt werden können, die für die Gesundheit von Bedeutung sind (Waldhauer et al., 2019). Mit der hier verfolgten Analysestrategie verbindet sich hinzukommend der Vorteil, dass neben den auf individueller Ebene anzusetzenden Begründungen gesundheitlicher Ungleichheit, z. B. anhand des sozioökonomischen Status oder der subjektiven Wahrnehmung des Sozialstatus, auch strukturelle Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit betrachtet werden können. In diesem Fall durch die Berücksichtigung der besuchten Schulformen. In Deutschland ist die Selektion an unterschiedlich qualifizierende Schulen sehr bindend und stark vom elterlichen Bildungsstatus abhängig (Buchholz et al., 2016). Dass dies auch mit Konsequenzen für die psychische Gesundheit einhergeht und an nicht gymnasialen Schulformen psychische Auffälligkeiten häufiger zutage treten, bestärkt die Kritik dieser Selektionspraxis in der deutschen Bildungslandschaft (Kramer, 2014; Neugebauer, 2010; Solga, 2008).

Weiterhin deuten die Ergebnisse der Analyse auf erhöhte Unterstützungsbedarfe in Anbetracht von psychischen Auffälligkeiten in weniger begünstigten Familien, an nicht-gymnasialen Schulformen und bei jungen Menschen hin, die ihren Sozialstatus als gering einschätzen. Dabei wird jedoch problematisiert, dass Unterstützungsangebote, z. B. Programme der Gesundheitsförderung und Prävention häufig nicht an die Lebenswelt von sozial benachteiligten Familien und jungen Menschen anschließen würden (Walter et al., 2011) und es zu Problemen in der Inanspruchnahme aufgrund von Angst vor Stigmatisierung und Scham kommen kann. Schülerinnen und Schüler mit dem höchsten Förderbedarf treffen zudem auf weniger gute Voraussetzungen für ihre Bildung und Gesundheit in den von ihnen besuchten Schulen. In einer aktuellen Studie konnte am Beispiel von Berlin gezeigt werden, dass der elterliche sozioökonomische Status nicht nur einen Einfluss darauf hat, auf welchem Qualifikationsniveau Kinder und Jugendliche lernen, sondern auch, wie gut oder schlecht ihre Schulen bezüglich der Ausstattung und der Qualifikation des Lehrpersonals dastehen. Mit abnehmendem Sozialstatus der Eltern sind demnach Schülerinnen und Schüler häufiger von Unterrichtsausfällen betroffen und werden von weniger Personal und weniger gut qualifizierten Lehrkräften betreut (Helbig & Nikolai, 2019). Die Wahrnehmung der Unterrichtsqualität und die Zufriedenheit mit

der Schule sind jedoch für psychosomatische Beschwerden bedeutsam, wie an anderer Stelle herausgearbeitet wurde (Rathmann et al., 2016a).

Hinsichtlich der zweiten Forschungsfrage wurde mit dieser Studie gezeigt, dass zwischen psychischen Auffälligkeiten und verschiedenen Dimensionen sozialer Ungleichheit in der Kindheit und Jugend ein komplexer Zusammenhang besteht, der sowohl selektive Effekte nach Gesundheit als auch Kausationseffekte nach Sozialstatus in sich trägt. Selektive Effekte nach Gesundheit treten insofern zutage, als dass psychische Auffälligkeiten in der Kindheit die soziale Stellung in der Jugend, in diesem Fall die Wahrnehmung des eigenen sozialen Status und die Wahrscheinlichkeit ein Gymnasium zu besuchen verringern, die wiederum wichtig für psychische Auffälligkeiten in der Jugend zu sein scheinen. Gleichzeitig kann auch die Kausationsthese bestärkt werden, also die Verursachung von psychischen Auffälligkeiten in der Jugend aufgrund der sozioökonomischen Stellung der Familie in der Kindheit. Der Zusammenhang wurde in dieser Studie für das späte Kindesalter, also für Kinder im Grundschulalter aufgezeigt. Es ist aber davon auszugehen, dass die Verknüpfung des sozioökonomischen Status von Familien und der psychischen Gesundheit ihrer Kinder noch früher, also in den ersten Lebensjahren und sogar schon vor der Geburt ihren Anfang nimmt (Schneider et al., 2010). Eine Erklärung kann in diesem Zusammenhang sein, dass bei Eltern mit niedrigerem Sozialstatus häufiger psychische Belastungen auftreten und diese einen wesentlichen Prädiktor für psychische Auffälligkeiten bei ihren Nachkommen darstellen (Olives et al., 2013; Mattejat et al., 2000).

Die Analyse unterstützt insgesamt die Annahme, dass gesundheitliche und soziale Ungleichheiten sich wechselseitig in individuellen Lebensläufen im Zuge der Sozialisation manifestieren (Schnabel, 2013). Dass sowohl kausale als auch selektive Prozesse zu gesundheitlichen Ungleichheiten beitragen wurde bereits in vorhergehenden Studien gezeigt (Hoffmann et al., 2018; Mossakowski, 2014). Zu unterstreichen ist im Anschluss an die hier gefundenen Ergebnisse jedoch, dass kausale und selektive Mechanismen nicht unbedingt zeitlich nacheinander, sondern auch parallel auftreten können. Daher erscheint es für weitere Analysen sinnvoll zu sein, die jeweilige Rückkopplung von sozialen Status- und Gesundheitsparametern zu berücksichtigen, was jedoch in sozialepidemiologischen Studien, die auf herkömmliche Regressionsanalysen aufbauen, bislang eher selten geschieht.

In Anbetracht der dritten Forschungsfrage zeigt die Analyse nur geringfügige geschlechtsspezifische Unterschiede. Bei Jungen scheinen psychische Auffälligkeiten etwas häufiger zutage zu treten als bei Mädchen. In vorhergehenden Studien wurde gezeigt, dass psychische Probleme bei Jungen häufiger in das Spektrum von Verhaltensstörungen und externalisierenden Verhaltensweisen reichen, während Mädchen häufiger depressive Symptome, emotionale Probleme und internalisierende Verhaltensweisen zeigen (Ihle et al., 2007; Hölling et al., 2007). Durch diese Lagerung ist es denkbar, dass psychische Auffälligkeiten bei Jungen aufgrund ihrer externalisierenden Wirkung schneller erkannt

und von den Eltern in der Abfrage häufiger berichtet werden und sich bei Mädchen etwas subtiler auswirken (Maxton, 2018). Das Antwortverhalten der Eltern könnte auch den direkten Effekt eines höheren Sozialstatus der Eltern auf psychische Auffälligkeiten bei männlichen Jugendlichen hindeuten, der von allen anderen Ergebnissen dieser Studie abweicht. Es ist denkbar, dass Eltern mit höherem Sozialstatus das abweichende Verhalten ihrer männlichen Kinder stärker problematisieren, als Eltern der niedrigeren Statusgruppen, da diese ein gewisses Maß an externalisierenden Verhaltensweisen gegebenenfalls mit den vorherrschenden Vorstellungen von männlichen Verhaltensnormen in Einklang bringen können. Gleichzeitig konnte in anderen Studien bereits gezeigt werden, dass gewisse grenzüberschreitende oder auch risikoreiche Verhaltensweisen für die Lebensphase der Jugend typisch sind und sich häufiger bei Jungen zeigen (Kolip, 2019) und durchaus als Bewältigungsstrategien eingesetzt werden (Pinquart & Silbereisen, 2002; Elstad, 2010). Gezeigt wurde in dieser Studie hinzukommend, dass Mädchen mit Migrationshintergrund ein höheres Risiko für psychische Auffälligkeiten in der Jugend aufweisen, als Mädchen ohne Migrationshintergrund. Als Erklärung könnten unterschiedliche Anforderungen an Mädchen und Jungen innerhalb von Familien und außerfamiliären Kontexten herangezogen werden, wobei es Mädchen mit Migrationshintergrund möglicherweise schwieriger fällt, den Entwicklungserfordernissen gerecht zu werden und mitunter widersprüchliche Erwartungen in Einklang zu bringen (Boos-Nünning & Karakasoglu, 2005; Allemann-Ghionda, 2006). Am wahrscheinlichsten ist aber, dass die gefundenen Unterscheide bei Jungen und Mädchen in dieser Studie mit der Verwendung des Gesamtproblemwerts des SDQ zusammenhängt, der die Dimensionen Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Probleme, Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit sowie Probleme mit Gleichaltrigen zusammen betrachtet.

4.2 Limitationen

Durch die Verwendung eines Gesamtmaßes für psychische Auffälligkeiten, das sowohl emotionale Probleme als auch Verhaltensauffälligkeiten einschließt, können keine Rückschlüsse auf die Subdimensionen der mit der SDQ-Skala gemessenen psychischen Auffälligkeiten gezogen werden. Es wird mitunter empfohlen internalisierende und externalisierende Probleme getrennt voneinander zu betrachten, da es sonst zu Effektverschiebungen kommen kann (Miech et al., 1999). In anderen Untersuchungen wurde auch gezeigt, dass je nachdem welches Outcome psychischer Gesundheit betrachtet wird, manchmal Kausationseffekte und manchmal Selektionseffekte, die in dieser Untersuchung beide auftraten, schlüssiger erscheinen (Johnson et al., 1999). Um diesen Argumenten zu begegnen, sollte in weiteren Analysen die getrennte Betrachtung der Subdimensionen der SDQ-Skala erfolgen.

Für noch präzisere Ergebnisse wären weitere Messzeitpunkte wünschenswert, da die Verknüpfungen der erklärenden Variablen innerhalb der Zeitpunkte Kindheit und Jugend nicht kausal im statistischen Sinne interpretiert werden

können, da sie zeitgleich gemessen wurden. Aus diesem Grund können nur die Variablen im Übergang von der Kindheit in das Jugendalter kausal interpretiert werden. Mit einer weiteren Erhebungswelle der KiGGS-Studie verbindet sich die Hoffnung, das Modell für zeitlich noch stärker differenzierende Analysen nutzen zu können. Aufgrund der Entwicklung im Zeitverlauf (die sekundäre Schulform lag bspw. noch nicht im Kindesalter vor), konnten auch keine fixed effects Regressionen angewendet werden, die Veränderungen innerhalb von Variablen bei Einzelpersonen untersuchen.

Eine inhaltliche Einschränkung ist, dass wichtige soziale Bezugspunkte wie Freunde, personelle Ressourcen und innerfamiliäre Komponenten wie der familiäre Zusammenhalt, die Familienform oder psychische Erkrankungen der Eltern nicht berücksichtigt werden konnten. Schon durch das Einbeziehen mehrerer Maße sozialer Ungleichheit, musste eine hohe Anzahl an fehlenden Werten in Kauf genommen werden. Dies schränkt die Verallgemeinerbarkeit der gefundenen Zusammenhänge ein, sodass die Ergebnisse nur als Tendenzen und nicht repräsentativ interpretiert werden können.

Dass in der vorliegenden Untersuchung keine Zusammenhänge der sozialräumlichen Deprivation mit psychischen Auffälligkeiten gefunden wurden, soll unter dem Punkt Limitationen diskutiert werden, da ein vergleichsweise grobes Maß sozialräumlicher Ungleichheit auf Ebene der Gemeindeverbände genutzt wurde. Um Wohnort- und Nachbarschafts-bezogene Aussagen treffen zu können, müssten enger definierte Sozialräume analysiert werden, standen jedoch bisher nicht zur Verfügung. Anschlussfähige Konzepte bieten bspw. Forschungsansätze aus der Gesundheitsförderung mit der Berücksichtigung von Quartieren oder Stadtteilen (Bär, 2015). Bezüglich der sozialräumlichen Deprivation wird in dem Analysemodell zudem von einem sozialen Gradienten ausgegangen, im Sinne eines direkten Zusammenhangs von Deprivationsniveau und gesundheitlichen Nachteilen. Es finden sich jedoch auch Studien, in denen verdeutlicht wird, dass heterogene Nachbarschaften die besten Voraussetzungen für eine gute Gesundheit schaffen (Carpiano et al., 2009), sodass sich gegenläufige Effekte in dieser Analyse gegebenenfalls auch aufgehoben haben könnten.

4.3 Schlussfolgerungen

Mit dem hier angewandten Analysedesign verbindet sich der Vorteil, dass alle Annahmen zur Beziehung der Untersuchungsvariablen explizit gemacht wurden. In herkömmlichen Analysen werden häufig Annahmen zur Kausalstruktur nur implizit gemacht und deren interne Konsistenz nicht überprüft. Mit Pfadmodellen und DAGs als graphische Verfahren können komplexe Annahmen nachvollziehbar und so auch kritisierbar gemacht werden.

Mit Blick auf die Forschungsfragen kann geschlossen werden, dass es für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheit bei jungen Menschen, hier am Beispiel von psychischen Auffälligkeiten, sinnvoll zu sein scheint, mehrere Dimensionen sozialer Ungleichheit einzubeziehen. Jugendliche befinden sich

häufig in einem Transitionsprozess und so hängen nicht nur elterliche, sondern auch die Jugendlichen selbst betreffende Parameter sozialer Ungleichheit mit ihrer Gesundheit zusammen. Die Betrachtung des subjektiven Sozialstatus und der besuchten Schulform scheint dabei sinnvoll, da sie auf das Individuum bezogene aber auch strukturelle Formen sozialer Ungleichheit berücksichtigen.

Mit den hier vorgestellten Ergebnissen kann weiterhin geschlussfolgert werden, dass kausale und selektive Wirkmechanismen im Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und psychischen Auffälligkeiten im Jugendalter simultan auftreten können. Für weitere Analysen scheint es wichtig zu sein, derartige Rückkoppelungen von sozialer Ungleichheit und psychischen Auffälligkeiten zu berücksichtigen. Die berichteten Ergebnisse können einen Anlass bieten, über die unverzichtbaren, jedoch ausschließlich auf das Individuum zentrierten medizinisch-therapeutischen Maßnahmen hinaus, auch soziale Strukturen und Ungleichheiten betreffende Aspekte von Gesundheit und Krankheit im Kindes- und Jugendalter in den Fokus von Unterstützungsangeboten zu rücken.

Interessant und anschlussfähig ist in dieser Studie das Ergebnis, dass Mädchen mit Migrationshintergrund deutlich häufiger psychische Auffälligkeiten aufwiesen als Mädchen ohne Migrationshintergrund, während Jungen insgesamt und unabhängig des Migrationshintergrundes etwas häufiger psychische Auffälligkeiten zeigten. Wenn geschlechtsspezifische Unterschiede in Anbetracht von psychischen Auffälligkeiten untersucht werden, wäre es im Anschluss an diese Studie eine sinnvolle Erweiterung, die Subdimensionen der SDQ-Skala einzeln zu betrachten, um geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich internalisierender und externalisierender Verhaltensweisen berücksichtigen zu können.

Literatur

- Allemann-Ghionda, C. (2006). Klasse, Gender oder Ethnie? Zum Bildungserfolg von Schüler/innen mit Migrationshintergrund. Von der Defizitperspektive zur Ressourcenorientierung. *Zeitschrift für Pädagogik* 52: 350-362.
- Åslund, C., Leppert, J., Starrin, B., et al. (2009a). Subjective social status and shaming experiences in relation to adolescent depression. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 163: 55-60.
- Åslund, C., Starrin, B., Leppert, J., et al. (2009b). Social status and shaming experiences related to adolescent overt aggression at school. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression* 35: 1-13.
- Bär, G. (2015). *Gesundheitsförderung lokal verorten: räumliche Dimensionen und zeitliche Verläufe des WHO-Setting-Ansatzes im Quartier*. Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Baumert, J. & Deutsches PISA-Konsortium. (2013). *PISA 2000—Ein differenzierter Blick auf die Länder der Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Boos-Nünning, U. & Karakasoglu, Y. (2005). *Viele Welten leben: zur Lebenssituation von Mädchen und jungen Frauen mit Migrationshintergrund*. Waxmann Verlag.
- Bortz, J. (2006). *Statistik: Für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Buchholz, S., Skopek, J., Zielonka, M., et al. (2016). Secondary School Differentiation and Inequality of Educational Opportunity in Germany. In H.-P. Blossfeld, S. Buchholz & J.

- Skopek (eds), *Models of secondary education and social inequality. An international comparison*. Cheltenham, UK, Northampton, USA: Edward Elgar Publishing, 79-92.
- Carpiano, R., Lloyd, J. & Hertzman, C. (2009). Concentrated affluence, concentrated disadvantage, and children's readiness for school: A population-based, multi-level investigation. *Social Science & Medicine* 69: 420-432.
- Chen, E. & Paterson, L. (2006). Neighborhood, family, and subjective socioeconomic status: How do they relate to adolescent health? *Health Psychology* 25: 704-714.
- Christian, H., Zubrick, S., Foster, S., et al. (2015). The influence of the neighborhood physical environment on early child health and development: A review and call for research. *Health & Place* 33: 25-36.
- Copeland, W., Shanahan, L., Costello, E., et al. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry* 66: 764-772.
- Corrigan, P. & Watson, A. (2002). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice* 9: 35-53.
- Destin, M., Richman, S., Varner, F., et al. (2012). "Feeling" hierarchy: The pathway from subjective social status to achievement. *Journal of Adolescence* 35: 1571-1579.
- Ehlen, S. & Rehaag, R. (2018). Analyse integrierter Gesamtansätze kommunaler Gesundheitsförderung für Kinder. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 61: 1260-1269.
- Ellert, U., Neuhauser, H. & Schenk, L. (2010). Jugend, Migration und Gesundheit. In H. Hackauf & H. Ohlbrecht (Hrsg.), *Jugend und Gesundheit – Ein Forschungsüberblick*. Weinheim und München: Juventa, 214-231.
- Elstad, J. (2010). Indirect Health-related Selection or Social causation? Interpreting the Educational Differences in Adolescent Health Behaviours. *Social Theory & Health* 8: 134-150.
- Finch, K., Ramo, D., Delucchi, K., et al. (2013). Subjective social status and substance use severity in a young adult sample. *Psychology of Addictive Behaviors* 27: 901-908.
- Goodman, E., Adler, N., Daniels, S., et al. (2003). Impact of objective and subjective social status on obesity in a biracial cohort of adolescents. *Obesity Research* 11: 1018-1026.
- Goodman, E., Adler, N., Kawachi, I., et al. (2001). Adolescents' perceptions of social status: development and evaluation of a new indicator. *Pediatrics* 108: e31-e31.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40: 1337-1345.
- Greenland, S., Pearl, J. & Robins, J. (1999). Causal diagrams for epidemiologic research. *Epidemiology*: 37-48.
- Heary, C., Hennessy, E., Swords, L., et al. (2017). Stigma towards mental health problems during childhood and adolescence: Theory, research and intervention approaches. *Journal of Child and Family Studies* 26: 2949-2959.
- Helbig, M. & Nikolai, R. (2019). Bekommen die sozial benachteiligten Schüler*innen die „besten“ Schulen? Eine explorative Studie über den Zusammenhang von Schulqualität und sozialer Zusammensetzung von Schulen am Beispiel Berlins. WZB Discussion Paper. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Hoferichter, F., Lätsch, A., Lazarides, R., et al. (2018). The Big-Fish-Little-Pond Effect on the Four Facets of Academic Self-Concept. *Frontiers in Psychology* 9: 1247-1247.
- Hoffmann, R., Kröger, H. & Pakpahan, E. (2018). Pathways between Socioeconomic Status and Health: Does Health Selection or Social Causation Dominate in Europe? *Advances in Life Course Research* 36: 23-36.
- Holbert, R. & Stephenson, M. (2002). Structural Equation Modeling in the Communication Sciences, 1995–2000. *Human Communication Research* 28: 531-551.
- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., et al. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 50: 784-793.
- Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., et al. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland–Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 57: 807-819.

- Hradil, S. (2006). Soziale Ungleichheit, soziale Schichtung und Mobilität. In H. Korte & B. Schäfers (Hrsg.), *Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 205-227.
- Hu, L. & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal* 6: 1-55.
- Hurrelmann, K. (2016). Bildung und Gesundheit im Jugendalter. In L. Bilz, G. Sudeck, J. Bucksch, et al. (Hrsg.), *Schule und Gesundheit: Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheits-surveys ‚Health Behaviour in School-aged Children‘*. Weinheim, Basel, CHE: Beltz Juventa, 18-34.
- Hurrelmann, K. & Bauer, U. (2015). *Einführung in die Sozialisations-theorie*, Weinheim, Basel, CHE: Beltz Juventa.
- Hurrelmann, K. & Quenzel, G. (2017). *Lebensphase Jugend: eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*, Weinheim: Beltz Juventa.
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie: eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Ihle, W., Esser, G., Laucht, M., et al. (2004). Depressive Störungen und aggressiv-dissoziale Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 47: 728-735.
- Ihle, W., Laucht, M., Schmidt, M., et al. (2007). Geschlechtsunterschiede in der Entwicklung psychischer Störungen. In S. Lautenbacher, O. Güntürkün & M. Hausmann (Hrsg.), *Gehirn und Geschlecht: Neurowissenschaft des kleinen Unterschieds zwischen Frau und Mann*. Berlin, Heidelberg: Springer, 211-222.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., et al. (2016). Growing up Unequal. HBSC 2016 study (2013/2014 survey). Kopenhagen, DK: WHO Regional Office for Europe, 1-292.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt* 85: 77-87.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. et al. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 87: 88-90.
- Jarrin, D., McGrath, J. & Quon, E. (2014). Objective and subjective socioeconomic gradients exist for sleep in children and adolescents. *Health Psychology* 33: 301-305.
- Johnson, E. & Swendsen, J. (2015). Perceived Social Status and Early Adolescents' Responses to Negative Daily Events. *Journal of Child and Family Studies* 24: 1593-1604.
- Johnson, J., Cohen, P., Dohrenwend, B., et al. (1999). A longitudinal investigation of social causation and social selection processes involved in the association between socioeconomic status and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Psychology* 108: 490-499.
- Jones, P. (2018). Adult mental health disorders and their age at onset. *British Journal of Psychiatry* 202: 5-10.
- Kamtsiuris, P., Lange, M. & Rosario, A. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 50: 547-556.
- Kart, M. (2014). *Lebenslagen von Jugendlichen in benachteiligten Quartieren Bremens: Kontexteffekte auf Konflikt- und Integrationspotentiale*, Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Karvonen, S. & Rahkonen, O. (2011). Subjective social status and health in young people. *Sociology of Health & Illness* 33: 372-383.
- Klasen, F., Meyrose, A.-K., Otto, C., et al. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 165: 402-407.
- Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., et al. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3: 37-45.
- Klocke, A. (2006). Armut im Kontext. Die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in deprivierten Lebenslagen. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* 26: 158-170.
- Kolip, P. (2019). Gesundheit und Geschlecht: Ein Überblick. *Public Health Forum* 27: 94-97.

- Kramer, R.-T. (2014). Kulturelle Passung und Schülerhabitus–Zur Bedeutung der Schule für Transformationsprozesse des Habitus. *Schülerhabitus*. Springer, 183-202.
- Kroll, L., Schumann, M., Hoebel, J., et al. (2017). Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2: 103-120.
- Kuh, D., Power, C., Blane, D., et al. (2004). Socioeconomic pathways between childhood and adult health. In D. Kuh & Y. Shlomo (eds), *A life course approach to chronic disease epidemiology*. Oxford, UK: Oxford University Press, 371-398.
- Kuntz, B. & Lampert, T. (2011). Potenzielle Bildungsaufsteiger leben gesünder. *Prävention und Gesundheitsförderung* 6: 11-18.
- Kuntz, B., Rattay, P., Poethko-Müller, C., et al. (2018a). Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 3: 19-36.
- Kuntz, B., Waldhauer, J., Moor, I., et al. (2018b). Zeitliche Entwicklung von Bildungsunterschieden im Rauchverhalten von Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*: 7-19.
- Kurth, B., Kamtsiuris, P., Hölling, H., et al. (2016). Strategien des Robert Koch-Instituts zum Monitoring der Gesundheit von in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen. *Kinder- und Jugendmedizin* 16: 176-183.
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., et al. (2017). Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Berlin: Robert Koch-Institut, 1-124.
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., et al. (2018). Messung des sozioökonomischen Status und des subjektiven sozialen Status in KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 3: 114-133.
- Lampert, T., Kuntz, B. & KiGGS Study Group (2015). Gesund aufwachsen-Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? *GBE kompakt* 6 1-22.
- Lampert, T., Müters, S., Stolzenberg, H., et al. (2014). Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 57: 762-770.
- Lange, M., Butschalowsky, H., Jentsch, F., et al. (2014). Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1): Studiendurchführung, Stichprobendesign und Response. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 57: 747-761.
- Lange, M., Hoffmann, R., Mauz, E., et al. (2018). Längsschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Erhebungsdesign und Fallzahlentwicklung der KiGGS-Kohorte. *Journal of Health Monitoring* 3: 97-113.
- Liebsch, K. (2009). Zwischen Enhancement und Stigmatisierung: Medikalisierung kindlichen Verhaltens als (neue) Umgangsform mit sozialer Selektion und Exklusion. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung* 4: 499-511.
- Maas, I., Grundmann, M. & Edelstein, W. (1997). Bildungsvererbung und Gesundheit in einer sich modernisierenden Gesellschaft. In R. Becker (Hrsg.), *Generationen und sozialer Wandel: Generationsdynamik, Generationenbeziehungen und Differenzierung von Generationen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 91-109.
- Marsh, H. & Hau, K. (2003) Big-fish-little-pond Effect on Academic Self-concept. A Cross-cultural (26-country) Test of the Negative Effects of Academically Selective Schools. *American Psychologist* 58: 364-376.
- Mattejat, F., Wüthrich, C. & Remschmidt, H. (2000). Kinder psychisch kranker Eltern Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Der Nervenarzt* 71: 164-172.
- Mauz, E., Lange, M., Houben, R., et al. (2019). Cohort profile: KiGGS cohort longitudinal study on the health of children, adolescents and young adults in Germany. *International Journal of Epidemiology* dyz231: 1-12.
- Maxton, C. (2018). Die Symptome sind bei Mädchen subtiler. *Pädiatrie* 30: 46-50.
- Miech, R., Caspi, A., Moffitt, T., et al. (1999). Low Socioeconomic Status and Mental Disorders: A Longitudinal Study of Selection and Causation during Young Adulthood. *American Journal of Sociology* 104: 1096-1131.

- Minh, A., Muhajarine, N., Janus, M., et al. (2017). A review of neighborhood effects and early child development: How, where, and for whom, do neighborhoods matter? *Health & Place* 46: 155-174.
- Mossakowski, K. (2014). Social causation and social selection. In W. Cockerham, R. Dingwall & S. Quah (eds), *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2154-2160.
- Neugebauer, M. (2010). Bildungsungleichheit und Grundschulempfehlung beim Übergang auf das Gymnasium: Eine Dekomposition primärer und sekundärer Herkunftseffekte. *Zeitschrift für Soziologie* Jg. 39, Heft 3: 202-214.
- Olives, E., Forero, C., Maydeu-Olivares, A., et al. (2013). Environmental risk and protective factors of adolescents' and youths' mental health: differences between parents' appraisal and self-reports. *Quality of Life Research* 22: 613-622.
- Patalay, P., Belsky, J., Fonagy, P., et al. (2015). The Extent and Specificity of Relative Age Effects on Mental Health and Functioning in Early Adolescence. *Journal of Adolescent Health* 57: 475-481.
- Petermann, F. & Schmidt, M. (2006). Ressourcen-ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie? *Kindheit und Entwicklung* 15: 118-127.
- Pinquart, M. & Silbereisen, R. (2002). Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 45: 873-878.
- Quenzel, G. (2015). *Entwicklungsaufgaben und Gesundheit im Jugendalter*, Weinheim: Beltz Juventa.
- Quon, E. & McGrath, J. (2014). Subjective Socioeconomic Status and Adolescent health: A Meta-analysis. *Health Psychology* 33: 433-447.
- Rathmann, K., Herke, M., Kuntz, B., et al. (2018). Die Bedeutung der intergenerationalen Bildungsmobilität für die Gesundheit und die Lebenszufriedenheit von Schülerinnen und Schülern in Deutschland. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* 38: 80-99.
- Rathmann, K., Herke, M., Moor, I., et al. (2016a). Bildungsungleichheit, Schulumwelt und Gesundheit: Gibt es eine doppelte Benachteiligung? In L. Bilz, G. Sudeck, J. Bucksch, A. Klocke, P. Kolip, W. Melzer, U. Ravens-Sieberer & M. Richter (Hrsg.), *Schule und Gesundheit. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheits surveys „Health Behaviour in School-aged Children“ 2013/14*. Weinheim: Juventa, 156-180.
- Rathmann, K., Moor, I., Kunst, A., et al. (2016b). Is educational differentiation associated with smoking and smoking inequalities in adolescence? A multilevel analysis across 27 European and North American countries. *Sociology of Health and Illness* 38: 1005-1025.
- Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., et al. (2008). Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Reijneveld, S., Veenstra, R., de Winter, A., et al. (2010). Area Deprivation Affects Behavioral Problems of Young Adolescents in Mixed Urban and Rural Areas: The TRAILS Study. *Journal of Adolescent Health* 46: 189-196.
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine* 90: 24-31.
- Richter, M. & Lampert, T. (2008). Verkörperte Ungleichheiten: Die Rolle multipler Statusindikatoren für das Gesundheitsverhalten im Jugendalter. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* 2: 174-190.
- Rogge, B. & Groh-Samberg, O. (2015). Staterhalt und Statusbewusstsein. Zur familialen Transmission von Bildung. In H. Müller & T. Reitz (Hrsg.), *Bildung und Klassenbildung. Kritische Perspektiven auf eine Leitinstitution der Gegenwart*. Weinheim: Beltz Juventa, 26-49.
- Roy, A., Godfrey, E. & Rarick, J. (2016). Do We Know Where We Stand? Neighborhood Relative Income, Subjective Social Status, and Health. *American Journal of Community Psychology* 57: 448-458.
- Schenk, L. (2007). Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health* 52: 87-96.
- Schopf, S., Knüppel, S., Hardt, J., et al. (2011). Directed Acyclic Graphs (DAGs) – Die Anwendung kausaler Graphen in der Epidemiologie. *Gesundheitswesen* 73: 888-892.

- Schnabel, P.-E. (2013). *Krankheit und Sozialisation: Vergesellschaftung als pathogener Prozeß*, Opladen: Springer-Verlag.
- Schneider, F., Wien, S. & Weber-Papen, S. (2017). Epidemiologie und Ätiologie psychischer Erkrankungen. In F. Schneider (Hrsg.) *Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 3-10.
- Schneider, S., Höft, B., Röhrig, S., et al. (2010). Gesundheitliche Benachteiligung beginnt lange vor der Geburt – Aktuelle Analysen zur prä- und perinatalen Gesundheit und deren Determinanten auf Basis der deutschen Perinataldaten. *Gesundheitswesen* 72: P67.
- Schreiber, J., Nora, A., Stage, F., et al. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *The Journal of Educational Research* 99: 323-338.
- Solga, H. (2008). Wie das deutsche Schulsystem Bildungsungleichheiten verursacht. WZBrief Bildung.
- Spallek, J., Schumann, M. & Reeske-Behrens, A. (2018). Migration und Gesundheit – Gestaltungsmöglichkeiten von Gesundheitsversorgung und Public Health in diversen Gesellschaften. In R. Haring (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer Nature, 1-12.
- Statistisches Bundesamt. (2016). Schulen auf einen Blick, Ausgabe 2016. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steiner, P., Kim, Y., Hall, C., et al. (2017). Graphical models for quasi-experimental designs. *Sociological Methods & Research* 46: 155-188.
- Textor, J., Hardt, J. & Knüppel, S. (2011). DAGitty: A graphical tool for analyzing causal diagrams. *Epidemiology* 22: 745-751.
- van Vuuren, C., Uitenbroek, D., van der Wal, M., et al. (2018). Sociodemographic differences in 10-year time trends of emotional and behavioural problems among adolescents attending secondary schools in Amsterdam, The Netherlands. *European child & adolescent psychiatry*: 1-11.
- Waldhauer, J., Kuntz, B. & Lampert, T. (2018). Unterschiede in der subjektiven und psychischen Gesundheit und im Gesundheitsverhalten bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen an weiterführenden Schulen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 61: 374-384.
- Waldhauer, J., Kuntz, B., Mauz, E., et al. (2019). Intergenerational Educational Pathways and Self-Rated Health in Adolescence and Young Adulthood: Results of the German KiGGS Cohort. *International journal of environmental research and public health* 16: 684-699.
- Walter, U., Liersch, S., Gerlich, M., et al. (2011). Die Lebensphase Adoleszenz und junge Erwachsene – Gesellschaftliche und altersspezifische Herausforderungen zur Förderung der Gesundheit. In: KKH-Allianz (ed) *Gesund jung?!* Berlin, Heidelberg: Springer Medizin, 3-30.

Julia Waldhauer
 Robert Koch-Institut,
 General-Pape-Straße 62,
 12101 Berlin
 E-Mail: waldhauerj@rki.de

Dr. Lars Eric Kroll
 Dr. Jens Hoebel

Eingereicht am: 14.01.2019
 Überarbeitung eingereicht am: 14.02.2020
 Angenommen am: 28.02.2020