

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

# Schule und Gesundheit

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

**BELTZ JUVENTA**

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

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

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

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

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

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

## **Schule, Gesundheit und Gesundheitsförderung**

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

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

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

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

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

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

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

## Überblick über den Band

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

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

förderung und Prävention, wobei Befunde zu Schulformunterschieden präsentiert werden.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Literatur

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