Programm

des Dreiländerkongresses 2016 zum Thema

Bildung und Gesundheit

der Fachvertretungen
Sektion Medizin- und Gesundheitssoziologie der Deutschen Gesellschaft für Soziologie
Sektion Gesundheits- und Medizinsoziologie der Österreichischen Gesellschaft für Soziologie
Forschungskomitee Gesundheitssoziologie der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie
und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie e.V.

31. März/1. April 2016

FAU Erlangen-Nürnberg, Findelgasse 9, Nürnberg

Hohe Bildung geht oft einher mit höherem Einkommen, gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen, einem allgemein größeren Gestaltungsfreiraum, höherem subjektiven Wohlbefinden und einer höheren Lebenserwartung. Seit der Ottawa Charta gilt Bildung als zentraler Bestimmungsfaktor von Gesundheit. Auch wenn zwischenzeitlich ein reichhaltiger Forschungsstand zu Bildung und Gesundheit vorliegt, so sind dennoch viele Beziehungen zwischen diesen beiden Themenkomplexen bislang noch nicht zufriedenstellend erforscht.

Der Dreiländerkongress 2016 bietet Raum für vielseitige Facetten und aktuelle Diskussionen zu den unterschiedlichsten Assoziationen von Bildung und Gesundheit. Betrachtungen auf der soziologischen Makroebene, der Mesoebene und auch Diskussionen auf der Mikroebene werden Gegenstände thematischer Sessions der Tagung sein. Der zuletzt genannte Bereich spannt einen Bogen um Themen wie Arbeitsfähigkeit, Zugang zu medizinischen Leistungen und gesundheitsbezogener Teilhabe. Zudem werden Gesundheitsförderung im Bildungssystem, sowie Migration und Gesundheitskompetenzen thematisiert.

Der Dreiländerkongress 2016 wird mit einem Plenarvortrag von Piet Bracke, Universität Gent, einem der führenden Experten zu Bildung und Gesundheit, eröffnet. Nach seinem Vortrag mit dem Titel „Education and Health: A Macro-sociological Research Agenda“ folgen fünf inhaltliche Sessions. Eine Poster-Session und eine Abschlussdiskussion bieten zudem Raum für den wissenschaftlichen Austausch.

Die Tagungsgebühr in Höhe von 70 Euro beinhaltet eine Mittagsverpflegung sowie Kaffee und kleine Snacks zu den Pausen der Veranstaltung.

Eine Anmeldung ist bis zum **20. März 2016** sowohl für aktive als auch passive Teilnehmende erforderlich unter https://www.tu-chemnitz.de/hsw/soziologie/Institut/Profile/kriwy/reg.php

Programmübersicht

Donnerstag, 31. März

8.30 bis 9.00	**Check in**
9.00 bis 9.15	**Begrüßung** durch die beteiligten Fachgesellschaften
9.15 bis 10.00	**Plenarvortrag** von Piet Bracke Education and Health: A Macro-sociological Research Agenda
10.00 bis 10.30	**Kaffeepause**
10.30 bis 12.10	**Session 1** Bildung und Zugang zu medizinischen Leistungen
12.10 bis 13.40	**Mittagspause**
13.40 bis 15.20	**Session 2** Gesundheitsförderung, Schule, Beruf
15.20 bis 15.50	**Kaffeepause**
15.50 bis 17.30	**Session 3** Zusammenspiel von Migrationshintergrund und Bildung in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit
Ab 20 Uhr	**Abendveranstaltung**

Freitag, 1. April

9.00 bis 10.40	**Session 4** Arbeitsfähigkeit, Bildung und Gesundheit
10.40 bis 11.10	**Kaffeepause** und **Postersession**
11.10 bis 12.50	**Session 5** Gesundheitskompetenz als Determinante, Mediator, Moderator von Gesundheit
12.50 bis 13.30	**Abschlussdiskussion und Ausblick**

Vorträge: Raum 015
Poster: EG-Bereich
Kaffeepausen und
Mittagessen: Raum 016

Session 1: Bildung und Zugang zu medizinischen Leistungen

Reibling, Nadine, reibling@soziologie.uni-siegen.de
Hofreuter-Gätgens, Kerstin, hofreuter@uke.de

Vorträge:

1 Reibling, Nadine und Hofreuter-Gätgens, Kerstin: Einführungsvortrag

2 Schulz, Maike: Die Interaktion zwischen individueller Bildung und Gesundheitssystemfaktoren für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

3 Ellenberger, Lena und Wendt, Claus: Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten nach Bildungsgrad

4 May, Michael: Bildungsbezogenen Unterschiede in den Nutzungsansprüchen und -hemmnissen älterer Zugewanderter im Bereich Gesundheit und Pflege

5 Möhring, Julian: Gesundheitsförderung von Jugendlichen in Qualifikationskrisen

Session 2: Gesundheitsförderung, Schule, Beruf

Streckeisen, Ursula, ursula.streckeisen@phbern.ch

Vorträge:

1 Ewert, Benjamin: Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Schule: eine Aufwertung der Verhältnisprävention?

2 Suter, Simone: Gesundheitsförderung aus der Sicht von LehrerInnen – zwischen Ermächtigung, Paternalismus und Disziplinierung

3 Kriwy, Peter und Kramer, Heike: Evaluation ärztliche Informationsgespräche für Jungen zur Gesundheitsförderung.

4 Bokalawsky, Dirk: Gesundheitsexperten im Feld des Therapeutischen Reitens – von der Graswurzelbewegung zur Etablierung eines Berufsbildes

Session 3: Zusammenspiel von Migrationshintergrund und Bildung in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit

Muckenhuber, Johanna, johanna.muckenhuber@uni-graz.at
Volk, Hannah, hannah.volk@uni-graz.at

Vorträge:

1 Erdsiek, Fabian und Brzoska, Patrick: Die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten bei Menschen mit und Menschen ohne Migrationshintergrund. Die Rolle des Bildungsniveaus.

2 Hippmann, Cornelia: Eingeschränkter Zugang zum medizinischen Versorgungssystem? – Erfahrungen von Migranten der „ersten Generation“ im Umgang mit dem deutschen Gesundheitssystem

3 Zollmann, Pia und Erbstößer, Sabine: Gesundheitliche Ungleichheit – eine Folge von ungleichen Bildungs- und Berufspositionen bei Pflichtversicherten unterschiedlicher Nationalität?

Session 4: Arbeitsfähigkeit, Bildung und Gesundheit

Gross, Christiane, c.gross@ish.uni-hannover.de

Vorträge:

1 Muckenhuber, Johanna und Volk, Hannah: Länder-Unterschiede in den Zusammenhängen zwischen Arbeitsbelastungen und Krankenstand. Quantitative Ergebnisse und Fallanalysen.
2 Pikos, Anna Katharina: Job Compexity. Burned out but happy? Emotional Exhaustion, Education and Job Complexity
3 Hofmann, Sarah und Mühlenweg, Andrea: Die Verwendung von Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen zur Darstellung des Zusammenhangs zwischen Bildung und Gesundheit mit Fokus auf Arbeitsfähigkeit
4 Hofreuter-Gätgens, Kerstin und Klein, Jens und von dem Knesebeck, Olaf: Soziale Ungleichheit und berufliche Wiedereingliederung nach Brust- oder Prostatakrebs

Session 5: Gesundheitskompetenz als Determinante, Mediator, Moderator von Gesundheit

Jürgen Pelikan, juergen.pelikan@univie.ac.at
Doris Schaeffer, doris.schaeffer@uni-bielefeld.de
Thomas Abel, thomas.abel@ispm.unibe.ch

Vorträge:

1 Lehmann, Susanne und Abel, Thomas: What difference does it make to be health literate? Probing into the associations between health literacy scores and healthy behaviors.
2 Schaeffer, Doris und Behrens, Eva-Maria und Vogt, Dominique: Bildung und Health Literacy in Deutschland – Ergebnisse der HLS-GER Studie
3 Pelikan, Jürgen M. und Ganahl, Kristin und Baumann, Lukas: Gesundheitskompetenz als Mediator des Einflusses von Bildung auf selbst-eingeschätzte Gesundheit – Ergebnisse aus der HLS-EU Studie
4 Gehrich, Joachim: Was wird mit subjektiver Gesundheitskompetenz gemessen?

Poster-Session

Seebaß, Katharina, katharina.seebass@fau.de

Poster:

1 Fürsich, Laura: Die Erfüllung der sozialen Rolle als Determinante der Gesundheit. Der Rollenkonflikt in Paarhaushalten als Beitrag zur Erklärung des Mortalitäts-Morbiditäts-Paradoxons.
2 Kuntz, Benjamin und Lampert, Thomas: Soziale Herkunft, Bildung und Gesundheit
3 Schaffert, René und Hediger, Hannele: Determinanten der Weiterbildungsintentionen von frisch diplomierten Pflegefachleuten in der Schweiz
4 Volk, Hannah: Work-Life-Balance und Gesundheit bei formal geringqualifizierten Beschäftigten in Österreich: Ein Mixed-Methods-Ansatz
5 Wendl, Johannes: Der Zusammenhang von Geschwisterreihung und gesundheitlichem Risikoverhalten

Abschlussdiskussion und Ausblick

Auf dem Podium diskutieren folgende Personen Aspekte, die sich im Rahmen der Sessions des Dreiländerkongresses als wichtig herausgestellt haben.

Jürgen Pelikan
Herr Pelikan ist Professor für Soziologie am Institut für Soziologie an der Universität Wien. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Systemtheorie und Gesundheitssystemforschung, Organisation und Organisationsentwicklung, Krankenhaus und Gesundheitsförderung sowie Qualitätssicherung und Evaluation der Gesundheitsförderung.

Ursula Streckeisen
Frau Streckeisen, Professorin an der Pädagogischen Hochschule Bern, ist derzeit Mitglied der Leitungsgruppe des Nationalen Forschungsprogramms 'End of life' (NFP 67) des Schweizerischen Nationalfonds und im Copräsidium FK Medizin- und Gesundheitssoziologie der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie tätig.

Johann Behrens
Herr Behrens ist Professor an der Medizinischen Fakultät Halle-Wittenberg und war dort Gründungs-Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Seit 2014 ist er Forschungsprofessor am DIW, Berlin. Gastprofessuren sind zu nennen in Ann Arbor (UofM), Toronto (McMaster) und an der Universität Kassel. Er ist Vorstandsmitglied und war viele Jahre Sprecher der DGS-Sektion Medizin- und Gesundheitssoziologie.

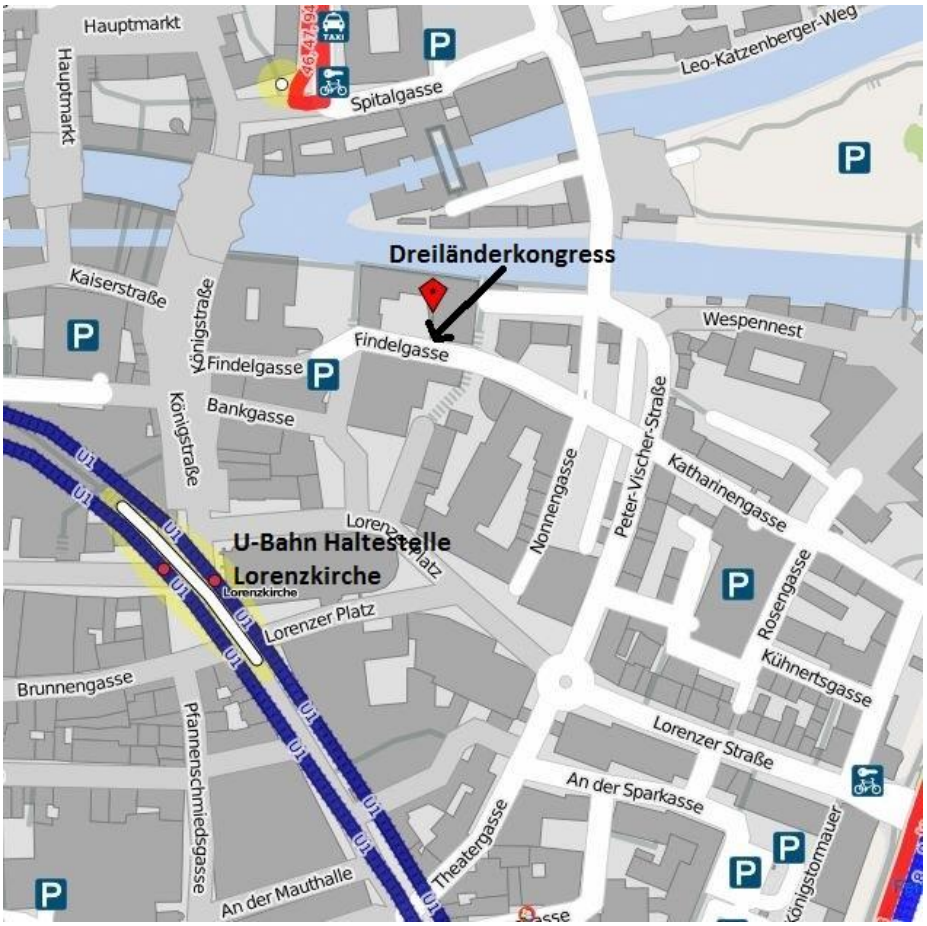
Bernhard Seidenath
Herr Seidenath ist Abgeordneter der CSU im Bayerischen Landtag. Er ist der gesundheits- und pflegepolitische Sprecher der CSU-Landtagsfraktion und engagiert sich für Initiativen im Bereich Digital Health. Seine Arbeit hat auch maßgeblich dazu beigetragen, dass die Niederlassungsförderung auf Fachärzte ausgeweitet wurde, was die wohnortnahe Behandlung der Bevölkerung in Bayern deutlich verbessert.

Kongressorganisation

Programm:
Peter Kriwy, TU Chemnitz, peter.kriwy@soziologie.tu-chemnitz.de
Sprecher der Sektion Medizin und Gesundheitssoziologie der DGS

Lokale Veranstaltungsplanung:
Katharina Seebaß, FAU Erlangen-Nürnberg, katharina.seebass@fau.de

Veranstaltungsort: FAU Erlangen-Nürnberg, Findelgasse 9, Nürnberg



Hotelvorschläge Nürnberg-Innenstadt: siehe letzte Seite

Plenarvortrag

Education and Health: A Macro-sociological Research Agenda

Bracke, Piet, Piet.Bracke@UGent.be

Educational health differences are among the most consistent findings in social epidemiology and health sociology. Notwithstanding substantial variation across outcomes and across countries, the well-educated almost always fare better in terms of health and health-related outcomes.

Three strategies prevail when scholars take educational health inequalities into account. First, in the majority of social epidemiological studies, differences in educational attainment are used as *a proxy indicator for social inequality*. Second, even scholars who are not interested in health inequalities, almost without exception take education into account as *a control variable*. The contribution of these strategies is limited with regard to understanding the relevance of education for health and illness.

Lastly, some health sociologists take the nexus between educational attainment and health more seriously, and explore *the various paths through which educational attainment can contribute to better health*. On average, the better educated are characterized by increased overall social competence or learned effectiveness, and by healthier life styles. Their capacity to turn credentials into better jobs, into more financial security, and into a lower risk of unemployment also contributes to their better health; a benefit that seems to accumulate with age. By viewing education from a human capital perspective, studies using this third strategy tend to portray education as a social characteristic of individuals, rather than as a core institution of modern meritocratic societies. In my lecture, I want to suggest that the relevance of these studies could be enhanced by a macro-sociological perspective on education and health. This viewpoint can help us to understand variation across time and space in the relevance of education for health.

Taking an institutional approach opens up a plethora of potentially interesting research questions, a few of which I want to present. In what follows, I will focus on (a) the potential impact of the expansion of tertiary education on population health; (b) education, social class reproduction, and the expansion of compulsory education; (d) age and cohort differences in educational health inequalities and the reversed gender gap in education; and (e) education, healthy life styles, and the fourth epidemiological transition. Answering these questions can also shed some light on ongoing discussions in the field of health sociology and social epidemiology, such as on the limits of comprehensive welfare states to further reduce health inequalities.

Session 1

Die Interaktion zwischen individueller Bildung und Gesundheitssystemfaktoren für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Schulz, Maike, maike.schulz@uni-bremen.de

Die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen erschweren insbesondere Patienten mit niedriger Bildung die Orientierung im Gesundheitssystem. Einerseits zeigt sich eine zunehmende Marktorientierung, die in einer Vielzahl von Behandlungen resultiert. Andererseits verkompliziert die Einführung von Zugangsregulierungen die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Es wurde bislang noch unzureichend untersucht, wie sich spezifische Zugangsbedingungen auf das Inanspruchnahmeverhalten von Menschen mit unterschiedlichem Bildungsgrad auswirken.
Hieran anknüpfend werden empirische Ergebnisse der Forschung im Rahmen des eigenen Dissertationsprojekts vorgestellt. Auf Grundlage von Daten des Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE) die Rolle individueller Bildung im Kontext verschiedener Gesundheitssysteme untersucht. In einem ländervergleichenden Untersuchungsdesign von bis zu 13 Ländern wird mittels cross-level-Interaktionseffekten die Rolle von Bildung in Abhängigkeit von spezifischen Gesundheitssystemfaktoren betrachtet. Es werden hier empirische Ergebnisse der Forschung im Rahmen der Dissertation vorgestellt.
Es zeigt sich, dass Bildung einen deutlichen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Haus- und Fachärzten, zahnärztlichen Leistungen und auf Krankenhausaufenthalte hat, und dass dieser Bildungseffekt je nach länderspezifischen Zugangsbedingungen variiert.
Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Zugangsregulierung zu Gesundheitsleistungen unintendierte Effekte haben kann. In Ländern mit Gatekeeping-Systemen oder hohen duchschnittlichen Wartezeiten für Krankenhausbehandlungen nehmen niedrig Gebildete entsprechende Leistungen seltener in Anspruch als höher Gebildete. Im Gegenzug zeigt sich in Ländern mit einer hohen Anbieterdichte zahnärztlicher Leistungen, dass Bildungsunterschiede im Inanspruchnahmeverhalten geringer ausfallen.
Auch wenn die konkreten Mechanismen unklar bleiben, scheint Bildung den Zugang zu Gesundheitsleistungen zu moderieren. Zukünftige Forschung sollte sich der genauen Prüfung der kausalen Zusammenhänge zwischen Bildung, Systemfaktoren und Inanspruchnahmeverhalten widmen.

Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten nach Bildungsgrad

Ellenberger, Lena, lena.ellenberger@web.de
Wendt, Claus, wendt@soziologie.uni-siegen.de

Im Ideal ist der Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Menschen einer Gesellschaft gleich. Für das Verhalten im Krankheitsfall können individuelle Merkmale der Person relevant werden. Bisherige Analysen deuten ein sozial ungleiches Inanspruchnahmeverhalten an: Das Bildungsniveau einer Person könnte eine unterschiedliche Inanspruchnahme erklären. Menschen mit höherer Bildung könnten beispielsweise besser über gesundheitsförderndes und problemlösendes Verhalten Bescheid wissen. Ebenfalls könnten sie bessere Kenntnisse darüber haben, welcher Facharzt bei welchen Beschwerden geeignet sein könnte. Empirische Studien zeigen, dass vor allem das Bildungsniveau einer Person eine unterschiedliche Inanspruchnahme mitbestimmt. Bisherige repräsentative Untersuchungen stellen meist die allgemeine Inanspruchnahme über einen längeren Zeitraum dar. Dabei konnten Unterschiede hinsichtlich des Bildungsniveaus ausgemacht werden: Personen mit niedriger Bildung suchen vermehrt ihren Hausarzt auf, während bei Personen mit höherer Bildung vermehrt einen Facharzt aufsuchen. Da jedoch die Informationen über die Ursachen für einzelne Arztbesuche in diesen Studien nicht vorliegen, wissen wir noch recht wenig über die möglichen Ursachen dieser Bildungsunterschiede. Ziel dieses Beitrags ist es daher zu untersuchen, inwiefern eine soziale Ungleichheit in der Inanspruchnahme für bestimmte, gleichartige Krankheitssymptome vorliegt. Der zentrale Fokus liegt dabei auf der Inanspruchnahme bei Rückenschmerzen, Verdauungsbeschwerden und Schlafstörungen. Die Autoren berichten erste Ergebnisse aus dem DFG-Projekt HEALSEE „Healthcareseeking by older people in Germany“ (2012-2015), das eine bundesweit repräsentative Stichprobe von 3.000 Personen zwischen 40 und 75 Jahren zu Krankheitssymptomen und dem Umgang mit diesen Symptomen befragt hat.

Bildungsbezogenen Unterschiede in den Nutzungsansprüchen und -hemmnissen älterer Zugewanderter im Bereich Gesundheit und Pflege

May, Michael, Michael.May@hs-rm.de

Im Praxisforschungsverbund OPEN zur interkulturellen Öffnung der Pflegeberatung (http://www.projekt-open.de/) wurden in jeweils vier unterschiedlich strukturierten Einzugsgebieten von Pflegestützpunkten aus Hessen und Rheinland Pfalz eintägige Zukunftswerkstätten mit Fokusgruppen älterer Zugewanderter zu ihren Nutzungserfahrungen und -interessen mit dem Gesundheitssystem der Bundesrepublik im Allgemeinen sowie der Pflege im Besonderen durchgeführt. Das Datenmaterial der Zukunftswerkstätten haben wir in der Tradition der Rezeption von Max Weber typenbildend ausgewertet. Auf komparatistische Weise konnten wir so über Kontrastierung sowie die Zuspitzung im Hinblick auf Konsequenz und Widerspruchsfreiheit zwei Idealtypen entsprechender Orientierungsrahmen bezüglich Gesundheit und Pflege, sowie darauf bezogener Ansprache, Information und Beratung rekonstruieren. Typus a) ließe sich als persönlich – emotional – ganzheitlich – verlässlich, Typus b) als professionell – sachlich – spezialisiert – verbindlich umreißen.
Soziogenetisch ließen sich dabei Verweisungszusammenhänge zu der in der britischen Theorie der Reproduktionskodes (Thompson 1979; Cohen 1986) unterschiedenen Modi von Bildung herstellen. Typus a) erwies sich sehr stark durch den zwischen den Reproduktionskodes von inheritance (‚Erbe') und apprenticeship (Lehre) sich entfaltenden Erfahrungszusammenhang des Erbes der Fertigkeiten als einem Modus von Bildung geprägt, in dem die älteren Zugewanderten alles Wissen und alle Fähigkeiten und Fertigkeiten im praktischen Tun ihrer subsistenzwirtschaftlichen Gemeinschaft quasi ‚nebenbei' erworben haben. Demgegenüber lassen sich Variationen, die sich bei der Rekonstruktion des Idealtypus b) bezüglich der mit ihm verbundenen Präferenzen bezüglich Pflegearrangements und Gesundheitsverständnis zeigten, vor allem durch unterschiedliche Akzentuierungen der beiden Kodes von career (Werdegang/Karriere) und vocation (Berufung) erklären. So verbindet sich mit dem Reproduktionskode von career eine Bildungsgeschichte, wie sie mit dem einhergeht, was Martin Kohli (vgl. 2003) als „Institutionalisierung des Lebenslaufs" beschrieben hat. Für den Reproduktionskode von vocation hingegen ist ein Modus von Bildung als Entfaltung des idealen, inneren Selbst und dessen Suche nach der wahren Bestimmung kennzeichnend.

Gesundheitsförderung von Jugendlichen in Qualifikationskrisen

Möhring, Julian, julian.moehring@sowi.uni-giessen.de

Scheitern sozialpädagogische Angebote im sogenannten Übergangssystem, so ist dieser Umstand nicht allein auf die mangelnde Eignung der betreuten Jugendlichen für eine Ausbildung zurückzuführen. Die Verschränkung von ungenügender schulischer und/oder beruflicher Ausbildung und großer gesundheitlicher und psychischer Belastung, sich abbildend in langjährigen Patientenkarrieren, führt zu sich gegenseitig verstärkenden Problemlagen, die in die öffentlichen Unterstützungssysteme hineinwirken. Durch die gravierende somatische Belastung dieser betroffenen Jugendlichen entstehen beachtliche Krankheitskosten einerseits wie auch hohe Kosten der sozialen Sicherung und beruflichen Förderung im Übergangssystem andererseits. In dieser übergreifenden Problemkonstellation fehlt bisher ein wirksames Scharnier zur Verbindung von sozial- und gesundheitspolitischen Interventionen im Jugendalter. Die Jugendlichen erhalten vorwiegend eine berufliche Hilfestellung, ohne dass Entwicklungshemmnisse, die etwa aus ungelösten biografischen Konflikten resultieren, bearbeitet werden. Der Zugang zu bereits existierenden therapeutischen Angeboten hingegen erweist sich für viele Jugendliche als zu schwierig oder als unpassend in ihrer gegenwärtigen Problemlage.
Seit 2009 besteht mit dem Projekt Jugend im Risiko ein niedrigschwelliges psychosoziales Beratungsangebot an der Schnittstelle zwischen beruflicher Förderung, persönlicher Entwicklung und psychotherapeutischer Hilfe vor Ort bei einem Bildungsträger in Gießen. Diese Initiative ist in Kooperation der Jugendwerkstatt Gießen, dem Zentrum für Kinderheilkunde der Justus-Liebig-Universität Gießen - Bereich Familienpsychosomatik - und dem Fachbereich Allgemeine Rehabilitationspädagogik der Humboldt-Universität zu Berlin erarbeitet worden. Anhand der Konzeption des Projektes, Ergebnissen aus einer internen Erhebung zur Lebensqualität und im Rückblick auf über fünf Jahre praktische Beratungserfahrung werden in der Präsentation Zusammenhänge zwischen sozialer Deprivation, Bildung und Gesundheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen aufgezeigt.

Session 2

Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Schule: eine Aufwertung der Verhältnisprävention?

Ewert, Benjamin, ewert@heiedu.uni-heidelberg.de

Drei Jahrzehnte nach Verabschiedung der Ottawa-Charta (1986) durch die WHO hat die deutsche Gesundheitspolitik die Dimension der *Lebenswelt* als zentrale Handlungsebene entdeckt. So verspricht das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz explizit, „Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ von Menschen finanziell zu fördern. Insbesondere das Setting „Schule“ gilt als ein integraler Ort für eine „frühzeitige Intervention und lebenskompetenzfördernde Maßnahmen“ (Kultusministerkonferenz 2012). Der Beitrag analysiert die Lebensweltorientierung in der schulischen Gesundheitsförderung aus kritischer Perspektive. Dazu sollen erstens, mittels eines kursorischen Überblicks, schulpolitische Schlüsseldokumente wie die Empfehlungen der KMK zur schulischen Gesundheitsförderung und die Bildungspläne der Bundesländer im Hinblick auf die jeweilige Lebensweltorientierung beleuchtet werden. Zweitens soll das vor dem Hintergrund der Entwicklung von Ganztagsschulen propagierte Leitbild des *Lern- und Lebensorts* Schule hinsichtlich seiner Bedeutung für die schulische Gesundheitsförderung diskutiert werden. Dies geschieht anhand drei für die Lebenswelt Schule besonders relevanten Themenfeldern: Ernährung, Bewegung und psychosoziale Gesundheit. Drittens wird exemplarisch anhand von zwei
Beispielen der schulischen Gesundheitsförderung – „Gesund macht Schule“ (Verbundprojekt von Ärztekammern und der AOK) und „Gut drauf“ (Programm Der BZgA) – nach der Balance von verhaltens- und lebensweltbezogenen Ansätzen in der Praxis gefragt. Im abschließenden Fazit wird für ein umfassenderes Verständnis des Lebensweltansatzes im Kontext Schule und Gesundheit plädiert.
Um im modernen Schulalltag Wirksamkeit zu erreichen, muss eine lebensweltorientierte Gesundheitsförderung über projektbasierte Zweckbündnisse und die Vermittlung von „health literacy“ hinausgehen. Gefragt ist vielmehr eine langfristige Öffnung von Schulen in Form von außerschulischen Kooperationen und lokalen Partnerschaften.

Gesundheitsförderung aus der Sicht von LehrerInnen
- zwischen Ermächtigung, Paternalismus und Disziplinierung

Suter, Simone, simone.suter@phbern.ch

Ausgangspunkt der soziologischen Studie, aus der berichtet werden soll, sind die an Grundschulen seit den 1990er Jahren durchgeführten Programme zur Förderung der Gesundheit.
Ziel des von der Pädagogischen Hochschule Bern finanzierten Projektes war es, zu analysieren, wie Lehrpersonen als zentrale schulische Akteurinnen ihren Auftrag der Gesundheitsförderung deuten. Dabei interessierte insbesondere auch, in welchem Verhältnis dieser Auftrag - in den Augen der Lehrpersonen - zum allgemeinen Bildungsauftrag respektive zu ihrem Berufsverständnis als Ganzes steht.
Empirischer Kern der Studie sind nicht-standardisierte Interviews, die im Kanton Bern mit GrundschullehrerInnen geführt worden sind. Mittels Sequenzanalyse in Anlehnung an die Methode der Objektiven Hermeneutik wurden die Deutungen der Lehrpersonen rekonstruiert und zu einer Typologie verarbeitet. Dabei liessen sich vier Deutungstypen rekonstruieren, die sich zwischen zwei Polen verorten lassen: Während sich Gesundheitsförderung auf der einen Seite mit dem Anspruch auf gesellschafts- und schulstrukturelle Veränderung verbindet, gilt die Aufmerksamkeit auf der anderen Seite primär der Herbeiführung ‚gesunder' Verhaltensweisen bei Schülerinnen und Schülern. Den Deutungen der Lehrpersonen gemeinsam ist, dass Gesundheit als etwas betrachtet wird, das beeinflussbar und gestaltbar ist. Damit wird Gesundheit zu einer Leistung, zu etwas, das durch permanente Sorge, ausgewogene Lebensführung, individuelle Anstrengung oder auch durch politisches Engagement hergestellt werden kann.
Als Hintergrund zu den Interviews wurde der gesellschaftliche Gesundheitsförderungsdiskurs genauer betrachtet. Zur Beantwortung der Frage, welcher Logik der Gesundheitsförderungsdiskurs folgt, wurde exemplarisch die Ottawa-Charta der WHO analysiert - ein gesundheitspolitisches Dokument, in welchem diverse Auseinandersetzungen verdichtet enthalten sind. Die Sequenzanalyse des Dokuments zeigt, welch widersprüchliche Ansätze nebeneinander bestehen; insgesamt herrscht in der Ottawa-Charta eine bevormundende, auf Selbstführungstechniken zielende Logik vor: Die Aufforderung, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, richtet sich vor allem an die Individuen.
Diese Ergebnisse, insbesondere die grosse Spannweite der Deutungen der Lehrpersonen als auch die Tendenz zu Subjektivierung im Gesundheitsförderungsdiskurs allgemein werden im Referat im Hinblick auf professionalisierungstheoretische Fragen diskutiert.

Evaluation ärztliche Informationsgespräche für Jungen zur Gesundheitsförderung

Kriwy, Peter, peter.kriwy@soziologie.tu-chemnitz.de
Kramer, Heike, kramer@aeggf.de

Für Mädchen liegen in Deutschlang viele Programme zur gesundheitlichen Aufklärung oder zur Begleitung entwicklungsbedingter Probleme (Pubertät, sexuelle Erfahrungen etc.) vor, die auch überwiegend gut evaluiert sind. Für Jungen existieren bislang nur wenige vergleichbar geschlechtstypisch ausgerichtete Programme. Aus diesem Grund hat die Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V. (http://www.äggf.de) ein Jungenprojekt entwickelt, in dem Ärztinnen dieses gemeinnützigen Vereins in Schulen ärztliche Informations- und Fragestunden speziell für Jungen anbieten. Hier werden die Themenbereiche Anatomie und Physiologie der Geschlechtsorgane, Zeugungsfähigkeit, Sexualität, Selbstbestimmung und sexuelle Orientierung, Verhütung, sexuell übertragbare Infektionen, Gesundheitsverhalten (Alkohol, Rauchen etc.) ausführlich besprochen und in Bezug auf die kognitive Entwicklung der Jungen und etwaigen Migrationshintergrund angemessen vermittelt. Der bayerische Freistaat förderte dieses Projekt mit 500 Veranstaltungen und ca. 6000 Teilnehmern für 2 Jahre (2/2014-1/2016).
An 15 Schulen in Bayern wurde die Evaluationsstudie durchgeführt. Teilgenommen haben fünf Realschulen, sechs Mittelschulen, drei Gymnasien und eine Berufsschule. Auf Klassenebene wurden Jungen zur Interventions- und Wartekontrollgruppe randomisiert. Die Schüler der Interventionsgruppe haben drei Fragebögen ausgefüllt (kurz vor der Intervention T0, direkt nach der Intervention T1 und vier Wochen nach Intervention T2). Die Wartekontrollgruppe hat zwei Fragebögen (zu T0 und zu T2) ausgefüllt. Insgesamt wurden rund 900 Jungen befragt, um die 500 davon entstammen der Interventionsgruppe.
In T2 erfahren die Jungen der Interventionsgruppe einen signifikanten und bedeutsamen Wissenszuwachs. Zudem verbessert sich auch die subjektiv gefühlte Kompetenz in den jeweiligen Themengebieten. Da der gemessene Effekt der Intervention auch vier Wochen nach Exposition noch deutlich vorliegt, kann von einem Erfolg des Programms der ärztlichen Informationsstunden für Jungen gesprochen werden. Durch diese Evaluationsergebnisse und das positive Feedback aus den Schulen sieht die ÄGGF sich in ihrem Konzept bestätigt und plant eine Ausweitung des Jungenprojekts auf ganz Deutschland.

Gesundheitsexperten im Feld des Therapeutischen Reitens
– von der Graswurzelbewegung zur Etablierung eines Berufsbildes

Bokalawsky, Dirk, db@ipth.de

Das Therapeutische Reiten (i.e.S. pferdegestützte Interventionen) hat äußerst positive Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit des Menschen. Die Erkenntnis, dass der Umgang mit Pferden Krankheiten vorbeugt sowie das Verantwortungsbewusstsein fördert und das Selbstvertrauen stärkt, hat eine lange Tradition und kann zurückgeführt werden bis in die Antike.
Allerdings sahen erst in den 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts, Ärzte und Physiotherapeuten eine Möglichkeit, das Pferd im Rahmen krankengymnastischer Behandlungen einzusetzen. Ab diesem Zeitpunkt wurde zunehmend von unterschiedlichen Berufsgruppen an dem *„Ziel der Erarbeitung von wissenschaftlichen Grundlagen, der Fort- und Weiterbildung von Fachkräften, Information, Förderung der Zusammenarbeit und Beratung sowie der Regelung der Kostenfrage*“, konstruktiv gearbeitet.
Als Ergebnis dieser Bestrebungen konnte sich das Feld innerhalb des strukturellen Wandels und zahlreicher Gesundheitsreformen, als (heterogener) Teilbereich des Gesundheitswesens etablieren und den Anspruch eines eigenen Berufsbildes (Reittherapeut, Reitpädagoge, Hippotherapeut) formulieren.
Allerdings ist, obwohl eine hohe Nachfrage seitens der Klienten nach den (Dienst-)Leistungen der Therapeuten existiert, eine staatliche und somit formale Anerkennung des Berufsbildes noch lange nicht erreicht. Ob dies an dem mangelnden Qualitätsbewusstseins der im Feld tätigen Therapeuten und heterogenen Ausbildungsanbieter liegt, oder aber an dem fehlenden Nachweis der Wirksamkeit des Therapeutischen Reitens (im Sinne einer Evidenzbasierten Medizin), ist strittig.
Spannend aber ist bei dem Bildungsprozess zu beobachten, wie sich die Klientenbedürfnisse und das Selbstverständnis der Fachkräfte parallel zueinander entwickeln und reziprok bedingen, obwohl keine neue Therapieform bzw. formale Anerkennung vorliegt.
Im Vortrag wird den Fragen nachgegangen:
1. Wie konnte innerhalb eines sich verändernden Gesundheitsmarktes ein neuer Teilbereich und somit Anspruch eines neuen Gesundheitsberufs entstehen?
2. Welche Rollen übernehmen dabei die einzelnen Akteure (Staat, Kostenträger, Berufsverbände, sowie die Fachkräfte)? - Insbesondere: Wie stellt sich die Angebotsstruktur von Bildungsanbietern und deren Effekte für den Wettbewerbsmarkt dar?
3. Welche Maßnahmen (einheitliche Ausbildungsordnungen, Einführung von QM-Systemen etc.) wurden zur Professionalisierung (im Sinne der Qualitätssicherung) des Feldes vorgenommen?
Der Vortrag soll demnach aufzeigen, inwieweit das Feld der pferdegestützten Interventionen aus der Praxis entstanden und inwieweit dieses durch sozio-kulturelle, wirtschaftliche, politisch-rechtliche sowie wettbewerbsrechtliche Rahmenbedingungen (Makroebene) und durch die eigenen therapeutische Tätigkeit (Mikroebene) im Wesentlichen geprägt ist.
Hierbei werden insbesondere Barrieren und Chancen für eine Gestaltungsoffene und partizipative Arbeits- und Berufspolitik aufzeigt. Aktuelle (empirische) Befunde aus dem Branchenfeld werden vorgestellt und erste Perspektiven diskutiert.

Session 3

Die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten bei Menschen mit und Menschen ohne Migrationshintergrund. Die Rolle des Bildungsniveaus.

Erdsiek, Fabian, fabian.erdsiek@soziologie.tu-chemnitz.de
Brzoska, Patrick, patrick.brzoska@soziologie.tu-chemnitz.de

Einleitung:
Studien zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund Präventionsangebote in der Regel seltener als Menschen ohne Migrationshintergrund nutzen. Bildung gilt dabei als wichtiger Prädiktor für Unterschiede im Gesundheitsverhalten, wobei ein geringes Bildungsniveau mit einem negativeren Gesundheitsverhalten assoziiert ist. Auf Basis der Inanspruchnahme von Zahnvorsorgeuntersuchungen und Krebsfrüherkennung untersuchen wir, inwiefern ein unterschiedliches Bildungsniveau zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund Unterschiede in der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten erklären kann.
Methoden:
Zur Untersuchung wurden Daten von 22.050 Befragten der telefonischen Querschnittserhebung „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“ des Robert Koch-Instituts genutzt. Der Bildungsgrad wurde über die CASMIN-Klassifikation operationalisiert. Der Zusammenhang von Migrationshintergrund und Inanspruchnahme der Angebote wurde mittels logistischer Regressionsmodelle ermittelt; hierbei wurden Odds Ratios (OR), 95%-Konfidenzintervalle (95%-CI) und vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten berechnet. Darüber hinaus wurden Interaktionseffekte zwischen Bildungsniveau und Migrationshintergrund untersucht.
Ergebnisse:
Menschen mit Migrationshintergrund nehmen Zahnvorsorgeuntersuchungen und Krebsfrüherkennung seltener als Menschen ohne Migrationshintergrund in Anspruch (rohes OR= 0,67; 95%-CI=0,61-0,73 bzw. rohes OR=0,61; 95%-CI=0,56-0,66). Sozioökonomische und demografische Faktoren, einschließlich des Bildungsniveaus, erklären die Unterschiede nicht hinreichend (adjustiertes OR=0,69; 95%-CI=0,63-0,75 bzw. adjustiertes OR=0,62; 95%-CI=0,56-0,68). Unterschiede im Präventionsverhalten zwischen beiden Bevölkerungsgruppen variieren dabei mit dem Bildungsniveau. Der größte Unterschied zeigt sich bei mittlerem Bildungsgrad, wo Menschen mit im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund eine um 9,8 bzw. 7,2 Prozentpunkte geringere Wahrscheinlichkeit zur Teilnahme an Krebsfrüherkennung und Zahnvorsorgeuntersuchungen haben.
Diskussion:
Das im Durchschnitt geringere Bildungsniveau von Menschen mit Migrationshintergrund wird vielfach als ein wesentlicher Faktor für Unterschiede in der Nutzung des Gesundheitssystems genannt. Hinsichtlich der Nutzung von Präventionsangeboten zeigen die vorliegenden Ergebnisse jedoch, dass auch bei vergleichbarem Bildungsniveau Menschen mit Migrationshintergrund eine deutlich geringere Inanspruchnahme als Menschen ohne Migrationshintergrund aufweisen. Dies legt nahe, dass andere Faktoren, wie strukturellen Barrieren und unzureichend berücksichtigte kulturelle Bedürfnisse, zusätzlich die Versorgungsnutzung bei dieser Bevölkerungsgruppe beeinträchtigen können. Weiterhin wird deutlich, dass zur Förderung der Nutzung ein ausschließlicher Fokus auf
Informations- und Bildungsangebote nicht ausreichend ist.

Eingeschränkter Zugang zum medizinischen Versorgungssystem? – Erfahrungen von Migranten der „ersten Generation“ im Umgang mit dem deutschen Gesundheitssystem

Hippmann, Cornelia, cornelia.hippmann@tu-dortmund.de

Die Frage, ob und wieweit Migrantinnen und Migranten in unserer Gesellschaft integriert sind, lässt sich u.a. an ihrer Teilhabe am Bildung und Gesundheit erkennen. An dieser Stelle setzt der geplante Vortrag an. Er basiert auf den empirischen Ergebnissen, die Rahmen einer über zwei Jahre dauerenden Forschungswerkstatt für qualitative Forschungsmethoden an der Technischen Universität Dortmund am Institut für Soziologie erhoben wurden (Diese wurde unter der Leitung von Frau Dr. Cornelia Hippmann durchgeführt). Auf der Basis von 16 autobiografisch-narrativen Interviews mit männlichen Interviewpartnern, die als „Gastarbeiter“ nach Deutschland kamen und zu der „ersten Generation“ (Bei dem Begriff „Generation“ wird sich an Mannheims Generationsterminologie orientiert) der Migranten in der westdeutschen Nachkriegszeit gehören, stand die Frage, ob und inwieweit diese Personen Zugang zur Medizin und Gesundheit in Deutschland hatten, im besonderen Interessenfokus. Auf der Grundlage der narrationsanalytisch ausgewerteten Migrationsbiografien wird die in der Forschung weitverbreitete Annahme gestützt, dass der Zugang zu Gesundheit und Medizin für die „Gastarbeiter“ abhängig sowohl von ihrem Migrationshintergrund als auch von ihrem Bildungsgrad war.

Vor diesem Hintergrund geht der geplante Vortrag von einem eingeschränkten Zugang und ambivalenten Teilhabe an der medizinischen Versorgung aus. Dieser Aspekt soll insbesondere durch eine Verbindung von theoretischen Ansätzen aus der Gesundheits- und Medizinsoziologie und geschlechtersoziologischer Theorien betrachtet werden, wobei speziell der Umgang männlicher Migranten mit Krankheit und eingeschränkter Teilhabe am Gesundheitssystem herausgearbeitet werden soll. Das heißt: Mündet Letzteres in einem schmerzlichen Erleidensprozess mit Verlaufskurvendynamik und - wenn ja - wie wird dies von den Betroffenen individuell wahrgenommen? Oder spiegelt sich darin eine kollektive Erfahrung durch die männlichen Betroffenen wider? Was sagt dies letztendlich über die soziale Integration von Migranten in unserer Gesellschaft aus? Diese Fragen sollen im Rahmen des Kongresses beantwortet werden.

Gesundheitliche Ungleichheit – eine Folge von ungleichen Bildungs- und Berufspositionen bei Pflichtversicherten unterschiedlicher Nationalität?

Zollmann, Pia, pia.zollmann@drv-bund.de
Erbstößer, Sabine, sabine.erbstoesser@drv-bund.de

Hintergrund:
Menschen mit Migrationshintergrund stellen über 20% der Gesamtbevölkerung, davon hat knapp die Hälfte eine andere Staatsangehörigkeit (Statistisches Bundesamt, 2014). Ihre gesundheitliche Situation ist häufig schlechter als die der Mehrheitsbevölkerung ebenso wie der Bildungsstand oder der berufliche Status (Robert Koch Institut, 2008; Statistisches Bundesamt, 2015).
Methodik:
In den Routinedaten der Rentenversicherung (hier: Längsschnitt 2003-2013) liegen für Versicherte mit bestimmten Ereignissen im Beobachtungszeitraum (Rehabilitation, Berentung, Geburtskohorten) Informationen z.B. zu Soziodemografie, Reha- oder Rentenbezug, Beitragszeiten, Bildung und Berufsstatus vor. Als Untersuchungspopulation wurden die Pflichtversicherten des Geburtsjahrganges 1961 gewählt. Der Gesundheitszustand wurde über die Zeiten des Krankengeldbezugs in 2013 operationalisiert. Ausgewertet wurde nach Staatsbürgerschaft.
Ergebnisse:
Die Versicherten der Kohorte (n=917.246) sind 2013 52 Jahre alt, 49% sind weiblich, 93% sind deutsch. Versicherte aus Südeuropa (1,3%) und der Türkei (1%) stellen unter den ausländischen Versicherten die beiden größten Gruppen. Während 78% der Deutschen eine abgeschlossene Berufsausbildung aufweisen, ist dieser Anteil bei ausländischen Versicherten deutlich niedriger (Türkei: 27%). Ähnlich verhält es sich mit dem Anteil von Versicherten mit (Fach)Abitur: Dieser Anteil beträgt bei Deutschen 17% gegenüber türkischen Versicherten mit 4%. Während weibliche Versicherte dieser Geburtskohorte mit deutscher bzw. türkischer Nationalität über eine niedrigere schulische Bildung als männliche Versicherte verfügen, ist es bei Versicherten aus der ehemaligen Sowjetunion und dem ehemaligen Jugoslawien umgekehrt.
10% der 52-Jährigen beziehen in 2013 Krankengeld (14% der türkischen, 10% der deutschen und 7% der Versicherten aus der ehem. Sowjetunion). Der Krankengeldbezug dauert durchschnittlich 91 Tage mit einer Spanne zwischen 75 (ehemalige Sowjetunion) und 102 Tagen (Türkei). Bei höherer Schulbildung bzw. abgeschlossener Berufsausbildung ist der Anteil der Versicherten mit Krankengeldbezug geringer – unabhängig von der Nationalität. Dies gilt allerdings nicht für die Anzahl der Krankengeldtage: Während bei den Deutschen die Krankengeldtage bei höherem Schulabschluss bzw. einer Berufsausbildung im Mittel geringer sind, liegen sie bei Versicherten anderer Nationalität teils höher.
Diskussion:
Die z.T. gegenläufigen Beziehungen zwischen Bildung und Gesundheit sind nicht vollständig auf der Grundlage der Routinedaten zu erklären. Hier sind gesonderte Befragungen der Versicherten notwendig.

Session 4

Länder-Unterschiede in den Zusammenhängen zwischen Arbeitsbelastungen und Krankenstand. Quantitative Ergebnisse und Fallanalysen.

Muckenhuber, Johanna, johanna.muckenhuber@uni-graz.at
Volk, Hannah, hannah.volk@uni-graz.at

Arbeitsbedingungen und hier insbesondere die work adjustment latitude (also die Möglichkeit die eigenen Arbeitsbedingungen der aktuellen eigenen Arbeitsfähigkeit anzupassen) hängen in hohem Ausmaß mit dem Bildungsgrad der Personen und damit einhergehend mit ihrem Beruf und ihrer beruflichen Position zusammen. Personen mit niedriger Bildung haben einen geringeren Spielraum ihre Arbeitsbedingungen zu adaptieren, als Personen mit hoher Bildung. Die Theorie von Karasek und Theorell, dass sich physische und psychische Belastungen negativ auf die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit auswirken, während sich Entscheidungsfreiheit positiv auswirkt, wurde für vielfach bestätigt.
Im Rahmen eines Ländervergleiches wurde mittels multivariater statistischer Analysen mit Daten des European Working Conditions Survey 2010 ein Vergleich von 34 europäischen Ländern durchgeführt. Die Anzahl an Krankenstandstagen wurde als Indikator für die Arbeitsfähigkeit der Individuen angenommen. Der internationale Vergleich zeigt, dass die Theorie von Karasek und Theorell nur eingeschränkt für alle Länder gültig ist. So kann zum Beispiel gezeigt werden, dass in Europäischen Ländern mit einem niedrigem Human Development Index (HDI) ein stark positiver Zusammenhang zwischen physischen Arbeitsbelastungen und der Anzahl an Krankenstandstagen besteht, während dieser Zusammenhang in europäischen Ländern mit einem hohen HDI viel schwächer ausgeprägt ist.
Im Zentrum dieser Präsentation soll der Vergleich von vier ausgewählten Ländern (Norwegen und Niederlande aus der Gruppe der Länder mit sehr hohem Human Development Index und Türkei und Bulgarien aus der Gruppe der Länder mit (im Europäischen Vergleich) sehr niedrigem HDI) stehen. An Hand dieser Fallstudien soll gezeigt werden, welche Kontextfaktoren diese Unterschiede erklären können und in welchem Zusammenhang der Bildungsgrad der Personen in den Ländern mit hohem und niedrigem HDI mit der Anzahl an Krankenstandstagen steht.

Job Complexity: Burned out but happy?
Emotional Exhaustion, Education and Job Complexity

Pikos, Anna Katharina, pikos@aoek.uni-hannover.de

Mental health problems such as burnout attract attention from media, physicians and the public debate. At the same time, health economists discuss whether education acts as a protective factor for individual health. This is especially relevant in the context of a generally rising level of education in industrialized countries. Linking this to rising job complexity due to technological change, I analyze whether school graduation level has an impact on the risk of suffering from emotional exhaustion, a component of burnout, or whether other factors, such as job complexity, mitigate this relationship. I use data from the Occupation and Career Survey 2012 that is representative of the German working population and covers is 20,000 participants from all occupations. Contrary to the protection hypothesis, emotional exhaustion is higher among higher educated. This relationship is accounted for by job demands and job resources, sociodemographic and job characteristics. Specific work conditions – among them complexity – play a role for the risk of suffering emotional exhaustion. In a second step, I consider job satisfaction as an outcome variable. Higher education is associated with lower job satisfaction but the opposite is true for complexity. Hence, job complexity makes us sick but happy.

Die Verwendung von Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen zur Darstellung des Zusammenhangs zwischen Bildung und Gesundheit mit Fokus auf Arbeitsfähigkeit

Hofmann, Sarah, sarah.hofmann@wifor.de
Mühlenweg, Andrea, andrea.muehlenweg@wifor.de

Ziel dieser Studie ist es, ein Set an Gesundheitsindikatoren zusammenzustellen, die sich anhand von Routinedaten abbilden lassen und geeignet sind, Zusammenhänge zwischen Bildung und Gesundheitsergebnissen mit besonderer Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zu untersuchen.
Für die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Bildung und Gesundheit können die Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen eine alternative Datengrundlage zu den in bisherigen Studien meist verwendeten Befragungsdaten darstellen. Die detaillierte Erfassung jeder Diagnose gemäß der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) ermöglicht es, spezifische Krankheitsbilder präzise abzubilden. Aufgrund der fortlaufenden Erfassung von Diagnosen eigenen sich die Routinedaten zudem für eine regelmäßige Berichterstattung. Informationen zu Bildungsstand und ausgeübtem Beruf werden für Hauptversicherte über einen Tätigkeitsschlüssel erfasst. Aufgrund von systembedingten Änderungen sowie unterschiedlichem Kodier-Verhalten seitens der Ärzte können jedoch auch bei – als grundsätzlich objektiv einzustufenden – Diagnosen aus Routinedaten Verzerrungen auftreten.
Um Aussagen hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Bildung und gesundheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit treffen zu können, identifizieren wir solche Krankheitsbilder, die in besonderem Maße Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit von Personen haben. Vor allem chronischen Erkrankungen, die zunehmend das Krankheitsgeschehen in Deutschland bestimmen und inzwischen häufigste Todesursache sind, kommt hierbei eine bedeutende Rolle zu. Diese verursachen nicht nur Kosten für die Gesundheitsversorgung, sondern auch immense gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Belastungen infolge vermehrter (zeitweiser) Arbeitsunfähigkeit, Verlust an Produktivität, oder frühzeitigem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben.
Wir überprüfen, inwieweit die Prävalenz der identifizierten Krankheitsbilder mittels der in den Routinedaten vorliegenden Informationen valide abgebildet werden kann. Dabei greifen wir zurück auf in der Versorgungsforschung gängige Herangehensweisen für die Falldefinition, d.h. die Festlegung, wann bei einem Versicherten vom Vorliegen einer Erkrankung ausgegangen werden kann.

Soziale Ungleichheit und berufliche Wiedereingliederung nach Brust- oder Prostatakrebs

Hofreuter-Gätgens, Kerstin, hofreuter@uke.de
Klein, Jens, j.klein@uke.de
von dem Knesebeck, Olaf, o.knesebeck@uke.uni-hamburg.de

Hintergrund: Brust- und Prostatakrebs sind die häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen und Männern in Deutschland. Auch wenn beide Krebsarten häufiger bei älteren Menschen auftreten, erkranken zwischen 25-51% in einem Alter, in dem karriere- und arbeitsbezogene Aspekte wesentlich sind (RKI 2015). Der Forschungsstand zu sozialer Ungleichheit bei der Reintegration in den Beruf nach Krebs (RTW) ist in Deutschland bislang fragmentarisch. Die vorliegende Studie analysiert daher, inwieweit soziale Ungleichheit bei RTW nach Prostata- und Brustkrebs besteht und welche Rolle dabei personenbezogene (Coping, soziale Unterstützung) und erkrankungsbezogene (Erkrankungsschwere, Gleason Score) Faktoren spielen.
Methodik: Es wurde eine längsschnittliche Beobachtungsstudie mit drei Messzeitpunkten (t0 Ende des stationären Aufenthaltes, t1 6 Monate und t2 12 Monate danach) durchgeführt. Insgesamt wurden 374 berufstätige Patienten mit Brust- oder Prostatakrebs in onkologischen Akutkliniken in Hamburg schriftlich befragt. Der soziale Status wurde anhand der Indikatoren Beruf, Bildung und Einkommen erfasst. Als Zielvariable gilt die langfristige berufliche Reintegration (Bürger et al. 2001). Logistische Regressionsanalysen wurden getrennt nach Entitäten unter Kontrolle des Alters durchgeführt. Bei vorliegender Signifikanz wurden Erkrankungsparameter und soziale Ressourcen in die Analyse einbezogen.
Ergebnisse: Nach einem Jahr kehren 63% der Männer und 47% der Frauen wieder zur Arbeit zurück. Die Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und RTW variieren stark zwischen den Indikationen und den Messzeitpunkten. Während sich bei den Frauen keine Zusammenhänge zeigen, weisen bei den Männern alle drei Statusindikatoren signifikante Einflüsse auf die berufliche Wiedereingliederung nach 6 Monaten auf. Nach 12 Monaten bleibt nur das Einkommen signifikant. Dabei kehren Patienten mit einem hohen Status gegenüber denen mit einem mittleren oder niedrigen Status eher zur Arbeit zurück. Die erkrankungs- und patientenbezogenen Faktoren können den beobachteten Zusammenhang nicht aufklären.
Diskussion: Es zeigen sich Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und RTW bei den Prostatakrebspatienten. Da die Zusammenhänge unabhängig von den Erklärungsfaktoren sind, ist weitere Forschung nach Faktoren, die zu den Unterschieden beitragen, erforderlich.

Session 5

What difference does it make to be health literate?
Probing into the associations between health literacy scores and healthy behaviors.

Lehmann, Susanne, susanne.lehmann@ispm.unibe.ch
Abel, Thomas, thomas.abel@ispm.unibe.ch

Background: Various scales are available today to assess individuals' health literacy (hl). Based on scores from those scales, some studies found positive correlations between health literacy and healthy behaviors. However, very little is known about how much (more) health literacy does it take to make a difference in individuals' health behaviors.
Methods: We analyzed data from the Swiss Federal Survey of Adolescents (YASS) 2010-2011 to study the associations between young Swiss men's hl scores and their physical activity, smoking, binge drinking, and energy drink use (n=9516). We used the "Health literacy among young adults scale" (scores ranging range 0-37). Linear regression analysis was applied to explore the association between continuous hl scores and continuous smoking or drinking scores. Logistic regression analysis was used to predict the likelihood of engaging in health behaviors by health literacy score quartiles. Analysis were conducted separately for three educational classes.
Results: Coefficients for continuous effects were small (r= -0.2 for number of cigarettes per day; r=-0.04 for number of drinks per binge drinking). Health literacy sum score quartiles showed substantial associations: across all educational classes the odds of being physically active (OR=2.86, p<0.001), being a non-smoker (1.51, p<0.001) and not consuming energy drinks regularly (OR=1.49, p<0.001) were increased among persons in the highest health literacy score quartile compared to those in the lowest. Moreover, effect sizes varied substantially across educational classes.
Conclusion: We found no meaningful differences in small point variations of health literacy for health behaviors among young Swiss men. However, bigger differences in health literacy scores were associated with particular health behaviors and these associations may be particularly meaningful in some educational groups.

Bildung und Health Literacy in Deutschland – Ergebnisse der HLS-GER Studie

Schaeffer, Doris, doris.schaeffer@uni-bielefeld.de
Berens, Eva-Maria, eva-maria.berens@uni-bielefeld.de
Vogt, Dominique, dominique.vogt@uni-bielefeld.de

Einleitung: Die Ergebnisse der HLS-EU Studie geben Hinweise auf einen hohen Anteil an Personen mit limitierter Health Literacy in Europa sowie in Deutschland, wobei hier nur NRW untersucht wurde. Zudem zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Bildung und Health Literacy. Repräsentative Daten für Deutschland fehlen bislang noch. Das Ziel der HLS-GER Studie ist es darum repräsentative Daten für Deutschland zu liefern und Erkenntnisse unter anderem zum Zusammenhang von Bildung und Health Literacy zu liefern.
Methoden: Eine repräsentative Stichprobe von 2.000 Personen aus Deutschland nahm an der Querschnittbefragung im Jahr 2014 teil. Die Interviews wurden als *computer assisted personal interviews* (CAPI) durchgeführt. Der Fragebogen basiert auf dem HLS-EU-Q 47. Zudem wurden Fragen zu soziodemografischen Faktoren, Gesundheitsverhalten, Nutzung des Gesundheitswesens und Gesundheit erhoben. Bildung wurde mittels ISCED 1997 erfasst. Für diese Auswertung wurden Daten von 1.928 Befragten über 18 Jahren einbezogen. Der Zusammenhang von Bildung und Health Literacy wurde mittels chi-quadrat Tests und logistischen Regressionen erfasst.
Ergebnisse: Etwa die Hälfte der Befragten in Deutschland weisen lediglich eine limitierte Health Literacy auf (54,3%). Der Anteil Befragter mit limitierter Health Literacy variiert jedoch nach Bildungsniveau. Während 64% der Teilnehmer mit niedrigem Bildungsniveau eine limitierte Health Literacy aufweisen, sind es bei Personen mit mittlerem Bildungsniveau 50% und bei Personen mit hohem Bildungsniveau 51%. Im multivariaten Modell - kontrolliert für Alter, Migration, chronische Erkrankung, Newest Vital Sign und Sozialstatus – haben Befragte mit geringem Bildungsniveau eine 1,38-mal so hohe Chance (95% KI 1,03 – 1,85) limitierte Health Literacy aufzuweisen im Vergleich zu Personen mit hohem Bildungsniveau.
Schussfolgerungen: Limitierte Health Literacy ist ein bedeutsames gesundheitswissenschaftliches Problem – die Hälfte der Deutschen Bevölkerung hat Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen. Personen mit niedrigem Bildungsniveau sind besonders vulnerabel und bedürfen deshalb besonderer Aufmerksamkeit.

Gesundheitskompetenz als Mediator des Einflusses von Bildung auf selbst-eingeschätzte Gesundheit – Ergebnisse aus der HLS-EU Studie

Pelikan, Jürgen M., juergen.pelikan@univie.ac.at
Ganahl, Kristin, kristin.ganahl@lbihpr.lbg.ac.at
Baumann, Lukas, l.baumann@aon.at

Eine der Leitfragen bei der Entwicklung des Konzepts der Gesundheitskompetenz (GK) war, inwieweit kann GK den bekannten empirischen Zusammenhang von Bildung und Gesundheit erklären. Es gibt aber kaum Untersuchungen, die diese Annahme oder Hypothese in der Folgezeit empirisch systematisch überprüft haben.
Die Daten der HLS-EU Studie (Sorensen, K. et al, 2015), die 2011 anhand von Zufallsstichproben (N=1000) in 8 Mitgliedsstaaten der EU (Bulgarien, Deutschland (NRW), Griechenland, Irland, Niederlande, Österreich, Polen, Spanien) erhoben wurden, bieten eine Gelegenheit dazu. Neben zwei Maßen für Gesundheitskompetenz (funktionale GK (NVS-Test) und umfassende GK (HLS-EU-Q47) wurde auch für selbst-eingeschätzte Gesundheit das Minimum European Health Module Indicator Set (Cox, B., et al. 2009) erhoben und zusätzlich demografische wie sozio-ökonomische Indikatoren und Angaben zum Gesundheitsverhalten. Diese Daten erlauben eine Überprüfung der Hypothese, zunächst mit bi-variaten Analysen und in Folge mit multi-variaten Regressionen und einer Pfadanalyse, die ein komplexes Bild über die Zusammenhänge zwischen Bildung und Gesundheit, z.T. vermittelt über GK ergeben.

Was wird mit subjektiver Gesundheitskompetenz gemessen?

Gerich, Joachim, joachim.gerich@jku.at

Im Rahmen der HLS-EU Studie (Sorensen et al. 2013, 2015) wurde ein Erhebungsinstrument zur Erfassung der subjektiven Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q) entwickelt und vergleichende Daten zur Health Literacy im europäischen Raum erhoben.
Eine, auf diesen Ergebnissen aufbauende österreichische Untersuchung ging der Frage nach, mit welchen konkreten Erfahrungshintergründen und Korrelaten die Messresultate des HLS-Instruments assoziiert sind. Basierende auf der Kurzversion (HLS-EU-16) wurden 20 kognitive Interviews (Presser et al. 2004) und - darauf aufbauend – eine standarisierte Befragung anhand einer Zufallsstichprobe (n=799) der oberösterreichischen Bevölkerung durchgeführt.
Die Ergebnisse der qualitative Studie legen nahe, dass höhere Skalenwerte des HLS-Instruments neben personalen Fähigkeiten und Ressourcen (z.B. Durchsetzungsvermögen, Artikulationsfähigkeit) auch externale gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen, Vertrauen in das Gesundheitssystem und deren Akteure, geringen Reflexionsgrad und geringe persönliche Erfahrungen mit Krankheit und Interaktionen im Gesundheitssystem abbilden können.
Hinweise für diese Heterogenität der Messresultate lassen sich auch anhand der quantitativen Untersuchungsresultate replizieren. Als Konsequenz wird eine, aus den Ergebnissen abgeleitete Typologie der Gesundheitskompetenz präsentiert.
In Anlehnung an das Konzept von "Power" und "Knowledge" (Joseph-Williams et al. 2014) wird abgeleitet, dass gesundheitsbezogenes Wissen und gesundheitsbezogene Kompetenzeinschätzung zwei unterschiedliche Komponenten von Health-Literacy darstellen, und gesundheitsbezogenes Empowerment eine Kongruenz beider Dimensionen voraussetzt.

Postersession

Die Erfüllung der sozialen Geschlechterrolle als Determinante der Gesundheit

Fürsich, Laura, laura.fuersich@fau.de

Gesundheit ist zwischen Männern und Frauen unterschiedlich ausgeprägt. Dabei stellt sich die Frage, woher diese Unterschiede kommen und ob Frauen und Männer von sozioökonomischen Determinanten in gleichem Maße gesundheitlich profitieren können. Ein Erklärungsansatz für das sogenannte Mortalitäts-Morbiditäts-Paradoxon stellt das unterschiedliche Gesundheitsverhalten der Geschlechter (Zemp & Ackermann-Liebrich 1988). Ein weiter Ansatz zur Erklärung der Unterschiede könnte in der Erfüllung sozialer Rollen liegen. Der Beitrag untersucht den Einfluss des Ausbruchs aus sozial vorgegebenen Geschlechterrollen im Paarkontext insbesondere in Bezug auf die individuelle Einkommenssituation und die Folgen für die individuell eingestufte Gesundheit. Zudem erfolgt eine nach Geschlechtern differenzierte Betrachtung der sozioökonomischen Variablen Bildung und Berufsprestige in Bezug auf deren gesundheitlichen Nutzen.
Im theoretischen Modell werden die beiden Perspektiven des Geschlechts – Biologie und psychosoziale Konstruktion – bedacht. Hinsichtlich des Genderansatzes werden Sozialisationsaspekte und Ressourcenansätze bezüglich der Bewältigung von Lebensaufgaben kombiniert.
Als Datengrundlage wird die Welle 2012/2013 von Pairfam genutzt. Es wird aufgezeigt, dass bei einem höheren Gehalt der Frau in der Partnerschaft, negative Impulse für die Gesundheitsdynamik der Befragten zu erwarten sind. Zudem werden unterschiedliche Wirkungsmechanismen und Kausalrichtungen der sozioökonomischen Kennzahlen deutlich. Ein größerer gesundheitlicher Nutzen aus steigendem Einkommen kann für Männer im Geschlechtervergleich nicht beobachtet werden, jedoch zeigt sich dieser Zusammenhang zumindest im Ansatz in Bezug auf das Berufsprestige. In gewissen Vergleichskonstellationen kann auch der gewinnbringende Einfluss von Bildung für Frauen festgestellt werden.

Soziale Herkunft, Bildung und Gesundheit

Kuntz, Benjamin, b.kuntz@rki.de
Lampert, Thomas, t.lampert@rki.de

„Bildung“ und „Gesundheit“ sind zentrale Themen der sozialen Ungleichheitsforschung. Unterschiedliche Forschungsrichtungen verfolgen in diesem Kontext zumeist auch unterschiedliche Erkenntnisinteressen. Während die Bildungssoziologie den Zusammenhang zwischen der sozialen Herkunft und Bildungschancen analysiert, untersucht die gesundheitliche Ungleichheitsforschung den Zusammenhang zwischen Merkmalen der sozialen und der gesundheitlichen Lage. Eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen beiden Forschungsrichtungen wäre aufgrund bestehender Wechselwirkungen jedoch wünschenswert. Denn auf der einen Seite stellt Bildung eine wertvolle Ressource dar, um ein erfülltes Leben in guter Gesundheit zu verbringen, auf der anderen Seite erbringen gesunde Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Kindergärten, Schulen und Hochschulen auch nachweislich bessere Bildungsleistungen.
Die vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführte KiGGS-Studie enthält umfangreiche Informationen zur sozialen Herkunft (z.B. Bildung, Beruf und Einkommen der Eltern, Migrationshintergrund), zum Bildungsweg (z.B. Schulleistungen, besuchte Schulform) sowie zu einer Vielzahl an Indikatoren zu Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Die im Rahmen einer inzwischen abgeschlossenen Dissertation ausgewerteten Daten der KiGGS-Basiserhebung (2003-2006) sprechen dafür, dass der Mechanismus der Bildungsvererbung und das geringe Ausmaß an sozialer Mobilität bei der Produktion und Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheiten über Generationsgrenzen hinweg eine wichtige Rolle spielen. Die Ergebnisse zeigen, dass dem eigenen Bildungsstatus von Jugendlichen – unabhängig von ihrer sozialen Herkunft – eine herausragende Bedeutung für ihre gesundheitliche Entwicklung zukommt. Dies gilt vor allem für zentrale Aspekte des Gesundheitsverhaltens. Die Arbeit verdeutlicht darüber hinaus die gesundheitliche Relevanz intergenerationaler sozialer Mobilität: Schaffen Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien den Sprung auf ein Gymnasium, drückt sich dies in deutlich verbesserten Gesundheitschancen aus. Umgekehrt zeichnen sich bei Jugendlichen aus sozial besser gestellten Familien, die kein Gymnasium besuchen, in einigen Bereichen negative Auswirkungen auf ihre gesundheitliche Entwicklung ab. Mit den Daten aus KiGGS Welle 1 (2009-2012) und KiGGS Welle 2 (2014-2016) sind zukünftig auch längsschnittliche Betrachtungen zum Thema „Soziale Herkunft, Bildung und Gesundheit“ möglich.

Determinanten der Weiterbildungsintentionen von frisch diplomierten Pflegefachleuten in der Schweiz

Schaffert, René, shar@zhaw.ch
Hediger, Hannele, hannele.hediger@zhaw.ch

Hintergrund: Die Implementierung einer Kultur des Lebenslangen Lernens wird für das Gesundheitswesen vieler Länder als eine von verschiedenen Maßnahmen vorgeschlagen, um den aktuellen demographischen und epidemiologischen Herausforderungen zu begegnen.
Lebenslanges Lernen kann als ein Aspekt der beruflichen Sozialisation aus einer interaktionistisch-biographischen Sichtweise betrachtet werden. Daraus folgt, dass die individuelle Umsetzung der Idee eines Lebenslangen Lernens von verschiedenen strukturellen und individuellen Faktoren abhängt.
Fragestellung: In einer Studie zum Berufseinstieg einer ganzen Kohorte von diplomierten Pflegefachleuten in der Schweiz wurde der Frage nachgegangen, welche zentralen Faktoren die Weiterbildungsintentionen der Berufseinsteigenden beeinflussen.
Methode: Weiterbildungsintentionen, als ein Aspekt des Lebenslangen Lernens, wurden mit dem vorgesehenen Aufwand für geplante Aus-, Fort- und Weiterbildungen operationalisiert. Mittels logistischer Regression wurden beeinflussende strukturelle sowie individuelle Faktoren der Weiterbildungsintentionen identifiziert.
Resultate: Ein Jahr nach dem Ausbildungsabschluss in Pflege nahmen schweizweit 655 (37%) Absolventen/-innen der Abschlusskohorte 2011/2012 an der Nachbefragung teil. Höhere Weiterbildungsintentionen zeigten diejenigen Pflegefachleute, die eine Abnahme der Rollenklarheit zwischen Ausbildung und Beruf erlebten, sich bei ihren Laufbahnentscheidungen sicherer fühlten, mit ihrer beruflichen Situation weniger zufrieden waren sowie sich weniger belastet und überfordert einschätzten. Diejenigen mit höheren Weiterbildungsintentionen schätzten sich auch in schulischen Aspekten als selbstwirksamer ein und hatten ein höheres Ausbildungsniveau (Bachelor gegenüber Höhere Fachschule). Zusätzlich sahen sie intrinsische Aspekte im Pflegeberuf weniger erfüllt. Weiter zeigten sich höhere Weiterbildungsintentionen bei männlichen Pflegenden und bei Personen mit dem niedrigsten Abschlussniveau in der obligatorischen Schule im Vergleich zu denjenigen mit einem Abschluss auf dem mittleren Niveau.
Schlussfolgerungen: Es konnten signifikante aber keine herausragenden Determinanten für die Weiterbildungsintentionen identifiziert werden. Bei den Pflegenden hängt die Intention zum Lebenslangen Lernens bereits ein Jahr nach dem Berufseinstieg von mehreren strukturellen und individuellen Aspekten ab.

Work-Life-Balance und Gesundheit bei formal geringqualifizierten Beschäftigten in Österreich: Ein Mixed-Methods-Ansatz

Volk, Hannah, hannah.volk@uni-graz.at

Die Vereinbarkeit familiärer und beruflicher Anforderungen und deren gesundheitliche Auswirkungen zählen zu jenen Gebieten soziologischer Forschung, die über den wissenschaftlichen Diskurs hinausgehend kontinuierlich gesellschaftspolitische Aufmerksamkeit erfahren. Im Fokus bisheriger Studien standen dabei jedoch meist formal mittel- und hoch qualifizierte Erwerbstätige, mit hoher beruflicher Stellung- Work-Life-Balance galt vorrangig als Manager-Problem. Über die Situation formal geringqualifizierter Arbeitskräfte, die derartige Vereinbarkeitsleistungen oftmals in schwierigen Lebens- und Arbeitsbedingungen vollziehen müssen, ist bisher wenig bekannt. Angesichts der hohen Arbeitsplatz- und Einkommensunsicherheiten, niedrigen Aufstiegsmöglichkeiten, monotonen Aufgaben (Schicht- und Nachtarbeit) sowie der geringeren zeitlichen Flexibilität (fixe Arbeitszeiten wie im Handel) stellt sich umso mehr die Frage, wie sich die Wechselwirkungen zwischen Erwerbsarbeit- und Privatleben gestalten und in welchem Zusammenhang sie mit gesundheitlichen Aspekten stehen. (z.B. Bianchi/Milkie 2010; Lero/Lewis 2008; Crouter/Booth 2004). Die Hypothese dahinter lautet, dass sich der Balanceakt zwischen familiärer und beruflicher Anforderungen bei dieser Zielgruppe umso schwieriger gestaltet und sich aufgrund geringerer sozialer und personaler Mediatoren, umso negativere gesundheitliche Auswirkungen zeigen.
Als theoretischen Rahmen zur Erklärung möglicher gesundheitlicher Auswirkungen von erwerbsarbeitsbedingten Abstimmungsproblemen im Privatleben, wird auf das soziologische Stressmodell von Pearlin (1987) zurückgegriffen, das auch die sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen miteinbezieht. Der Stressprozess wird darin als komplexer Wirkungsmechanismus definiert, der durch die soziale Position des Individuums in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen und Schichten, von den jeweiligen sozialen Rollen sowie deren Rollenerwartungen und persönlichen Merkmalen beeinflusst wird.
Zur Beantwortung der zentralen Fragestellung arbeitet die Studie mit einem sequentiellen, erklärenden Design, wobei zunächst eine Sekundäranalyse des ISSP 2012 und ESS 2010 durchgeführt wird. Erste Ergebnisse lassen dabei erkennen, dass eine schlechte Work-Life-Balance auch bei formal geringqualifizierten Beschäftigten mit einer schlechteren subjektiven Gesundheit einhergeht und dieser Zusammenhang bei formal geringqualifizierten Frauen besonders deutlich ist. Im Rahmen der Studie sind des Weiteren episodische Interviews mit formal geringqualifizierten Beschäftigten verschiedener Berufsgruppen geplant, um einen Beitrag zu möglichen Erklärungszusammenhängen zu leisten.

Der Zusammenhang von Geschwisterreihung und gesundheitlichem Risikoverhalten

Wendl, Johannes, johannes.wendl@fau.de

Gesundheitliches Risikoverhalten ist eine der Dimensionen des Gesundheitsverhaltens mit beträchtlichen Auswirkungen für den Lebensverlauf. So sind verschiedene Risikoverhaltensweisen eng mit den häufigsten Krankheiten und Todesursachen, sowohl unter Jugendlichen als auch unter Erwachsenen, verbunden (Center for Disease Control and Prevention, 2004). Die Verhaltensweisen Erwachsener werden dabei oft schon im Jugendalter etabliert (Raithel, 2003). Entsprechend kommt dem Verständnis der Determinanten des gesundheitlichen Risikoverhaltens, insbesondere unter Jugendlichen, eine zentrale Bedeutung zu. Verschiedene Erklärungsansätze des Risikoverhaltens sehen diese auf der Mikro-, Meso- und Makroebene angesiedelt (Raithel, 2011). Gleichzeitig zeigen verschiedene Studien Effekte der Position in der Geschwisterreihung beispielsweise auf den Bildungserfolg (Schulze & Preisendörfer, 2013) oder Gesundheitszustand und Mortalität (Elliott, 1992; Modin, 2002).
Am Beispiel des Alkoholkonsums Jugendlicher wird der Zusammenhang zwischen der Position in der Geschwisterreihung und dem gesundheitlichen Risikoverhalten untersucht. Zur theoretischen Erklärung des Risikoverhaltens dient v.a. das belastungstheoretische Sozialisationsmodell. Die Geschwisterreihung hat nach theoretischen und empirischen Erkenntnissen Auswirkungen auf die sozialen Prozesse zwischen Eltern und Kindern und zwischen Geschwistern sowie auf die Persönlichkeit des Kindes. Diese stehen wiederum mit gesundheitlichem Risikoverhalten in Verbindung. U.a. geringere Ressourcenaufwendungen für jüngere Geschwister und negativer Einfluss älterer Geschwister vermitteln den Zusammenhang.
Basierend auf den KiGGS-Daten der Welle 1 (2009-2012) des Robert-Koch-Instituts, wird der Alkoholkonsum (AUDIT-C) von insgesamt 5.258 Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren untersucht. Dazu werden drei nach Geschwisteranzahl getrennte lineare Regressionsmodelle aufgestellt. Die Ergebnisse bestätigen die Annahme eines Zusammenhangs zwischen Position in der Geschwisterreihung und dem Alkoholkonsum. Auch unter Kontrolle relevanter Einflussfaktoren haben ältester Geschwister im Vergleich zu jüngsten Geschwistern einen geringeren Alkoholkonsum. Je nach Anzahl der Geschwister fallen die Effekte unterschiedlich aus. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit in weiteren Analysen Geschwisteranzahl nicht nur als reguläre Kontrollvariable aufzunehmen, sondern ihre Auswirkung auf den Effekt der Geschwisterreihung zu berücksichtigen.

Hotelvorschläge Nürnberg-Innenstadt
(fußläufig zum Universitätsgebäude Findelgasse)

B und B Hotel, Marienstraße,
Einzelzimmer Preis ab 54 Euro
http://www.hotelbb.de/de/nuernberg-hbf

Hotel Five Diner, Obstmarkt
Einzelzimmer Preis ab 75 Euro
http://www.hotelfive.de

Hotel Gideon, Königsstr. 45
Einzelzimmer Preis ab 89 Euro
http://www.gideonhotels.de/de/

Motel One -Nürnberg City, am Bahnhof
Einzelzimmer Preis ab 69 Euro
http://www.motel-one.com

Hotel Ibis, Königstraße
Einzelzimmer Preis ab 58 Euro
http://www.ibis.com/de/hotel-1069-ibis-nuernberg-altstadt/index.shtml