



November 2022

Bericht 9

Gesundheitsförderung für und mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen für die Praxis

Gesundheitsförderung Schweiz ist eine Stiftung, die von Kantonen und Versicherern getragen wird. Mit gesetzlichem Auftrag initiiert, koordiniert und evaluiert sie Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten (Krankenversicherungsgesetz, Art. 19). Die Stiftung unterliegt der Kontrolle des Bundes. Oberstes Entscheidungsorgan ist der Stiftungsrat. Die Geschäftsstelle besteht aus Büros in Bern und Lausanne. Jede Person in der Schweiz leistet einen jährlichen Beitrag von 4.80 CHF zugunsten von Gesundheitsförderung Schweiz, der von den Krankenversicherern eingezogen wird. Weitere Informationen: www.gesundheitsfoerderung.ch

In der Reihe «Berichte» erscheinen von Gesundheitsförderung Schweiz erstellte oder in Auftrag gegebene Grundlagen. Die Berichte dienen Fachpersonen in Praxis und Wissenschaft, Medien und Gesundheitspolitik. Sie werden einer Qualitätskontrolle (Reviewboard, Begleitgruppe) unterzogen. Der Inhalt der Berichte unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Gesundheitsförderung Schweiz Berichte liegen in der Regel in elektronischer Form (PDF) vor.

Impressum

Herausgeberin

Gesundheitsförderung Schweiz

Autorinnen und Autoren

- **Kapitel 1 Einleitung und Kapitel 10 Schlussfolgerungen:** Dr. phil. Fabienne Amstad
- **Kapitel 2 Lebensphase:** Prof. Dr. med. Joan-Carles Suris, Dr. Yara Barrense-Dias
- **Kapitel 3 Grundlagen:** Prof. Dr. med. Julia Dratva, Matthias Meyer, dipl. SozÖk, Prof. Dr. phil. Karin Nordström
- **Kapitel 4 Chancengleichheit:** lic. phil. Dominik Weber
- **Kapitel 5 Medien:** MSc Jael Bernath, Prof. Dr. Daniel Süss
- **Kapitel 6 Bewegung:** Prof. Dr. Suzanne Suggs
- **Kapitel 7 Ernährung:** Dr. Sophie Bucher Della Torre
- **Kapitel 8 Psychische Gesundheit:** Prof. Dr. Frank Wieber, Prof. Dr. Agnes von Wyl, Dr. Annina Zysset
- **Kapitel 9 Zusammenspiel:** MSc Ronia Schiftan, MSc Anne-Françoise Wittgenstein Mani

Projektleitung Gesundheitsförderung Schweiz

- Fabienne Amstad, Gesamtprojektleitung Grundlagenberichte
- Ilona Hannich, Projektleitung Grundlagenberichte Jugendliche und junge Erwachsene
- Christa Rudolf von Rohr, Publikation

Begleitgruppe

- Hanspeter Brigger, Kanton Graubünden, Gesundheitsamt
- Christina Akré, Kanton Waadt, Unisanté – Secteur systèmes et services de santé
- Joseph Oggier, Kanton St. Gallen, ZEPRA, Amt für Gesundheitsvorsorge
- Marco Mettler, Vizedirektor und Leiter Programme, Pro Juventute
- Marjory Winkler, Geschäftsführerin, Association romande CIAO
- Ronia Schiftan, Ernährungspsychologin ZEP
- Marina Delgrande Jordan, Sucht Schweiz
- Einheit Programme, Gesundheitsförderung Schweiz

Lektorat

Christa Rudolf von Rohr

Reihe und Nummer

Gesundheitsförderung Schweiz, Bericht 9

Zitierweise

Amstad, F., Suris, J., Barrense-Dias, Y., Dratva, J., Meyer, M., Nordström, K., Weber, D., Bernath, J., Süss, D., Suggs, S., Bucher Della Torre, S., Wieber, F., von Wyl, A., Zysset, A., Schiftan, R. & Wittgenstein Mani, A.-F. (2022). *Gesundheitsförderung für und mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen für die Praxis*. Bericht 9. Gesundheitsförderung Schweiz.

Fotonachweis Titelbild

iStock

Auskünfte/Informationen

Gesundheitsförderung Schweiz, Wankdorfallée 5, CH-3014 Bern, Tel. +41 31 350 04 04, office.bern@promotionsante.ch, www.gesundheitsfoerderung.ch

Originaltext

Deutsch und Französisch

Bestellnummer

02.0451.DE 11.2022

Diese Publikation ist auch in französischer und italienischer Sprache verfügbar (Bestellnummer 02.0451.FR 11.2022 und 02.0451.IT 11.2022).

Download PDF

www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen

© Gesundheitsförderung Schweiz, November 2022

Editorial

Gesundheit als wichtiges Gut

Die Bedeutung der Gesundheit für uns alle hat sich gerade in den letzten Pandemie-Jahren deutlich gezeigt. Gesundheit ist ein besonderes Gut, weil sie es uns ermöglicht, handlungsfähig zu sein und ein Leben zu führen, das wir selbst schätzen. Die gesellschaftliche Relevanz der Gesundheitsförderung wurde durch die Pandemie eindrücklich aufgezeigt und gestärkt. Dieses Bewusstsein möchte die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz nutzen, um die Gesundheitsförderung weiter voranzutreiben und die bisherigen Erfolgsgeschichten weiterzuentwickeln.

Kantonale Aktionsprogramme – eine Erfolgsgeschichte

2007 begann die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, gemeinsam mit den Kantonen kantonale Aktionsprogramme zum Thema gesundes Körpergewicht für Kinder und Jugendliche zu planen und umzusetzen. Diese Programme haben schweizweit eine positive Dynamik in der Gesundheitsförderung ausgelöst. Fünf Jahre später beschloss der Stiftungsrat aufgrund des Erfolgs, die kantonalen Aktionsprogramme weiterzuentwickeln und für die Zielgruppe der älteren Menschen zu öffnen sowie das Thema psychische Gesundheit aufzunehmen. Mittlerweile setzen fast alle Kantone erfolgreich kantonale Aktionsprogramme um.

Evidenzbasiert und praxisorientiert

Der vorliegende Bericht bildet die Basis für die zielgruppen- und themenspezifischen Arbeiten von Gesundheitsförderung Schweiz und somit für die kantonalen Aktionsprogramme. Die wissenschaftlichen Grundlagen wurden aktualisiert. Neu wurde diesmal zu den drei Zielgruppen der Stiftung, das heisst

- Kinder,
- Jugendliche und junge Erwachsene und
- ältere Menschen,

jeweils ein Bericht verfasst. Diese drei Berichte folgen einer einheitlichen Struktur. Es konnte viel Fachwissen eingebunden werden. So haben unterschiedliche Expertinnen und Experten zu den gleichen Themen (psychische Gesundheit, Bewegung und Ernährung) zielgruppenspezifische Kapitel verfasst.

Der vorliegende Bericht zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigt, welche Chancen die Gesundheitsförderung mit dieser Zielgruppe bietet und wie evidenzbasiert interveniert werden kann.

Die Stiftung bedankt sich bei den Autorinnen, den Autoren und den Mitgliedern der Begleitgruppe für die ausgezeichnete und wertvolle Arbeit und wünscht der Leserschaft eine interessante Lektüre.



Thomas Mattig
Direktor



Bettina Abel
Vizedirektorin

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	8
1 Einleitung	12
2 Die Lebensphase von Jugendlichen und Personen im frühen Erwachsenenalter	14
2.1 Eine Übergangsphase	14
2.2 Körperliche Veränderungen und Körpergefühl	14
2.3 Kognitive und beziehungsbezogene Veränderungen	15
2.4 Risikoverhalten	15
2.5 Eine Chance	16
3 Grundlagen und Methoden der Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen	17
3.1 Gesundheitsförderung und Prävention	17
3.2 Evaluation und Wirkungsmanagement	20
3.3 Gesundheit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz: Aktuelle Zahlen	22
3.4 Zielgruppenspezifischer Gesundheitsbegriff	24
3.5 Ziele der Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen	25
3.6 Settings, Akteurinnen und Akteure	25
3.7 Herausforderungen, Potenziale und Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen	26
4 Gesundheitliche Chancengleichheit	35
4.1 Gesundheitliche Chancengleichheit fördern durch chancengerechte Massnahmen	36
4.2 Entstehung sozial bedingter Unterschiede in der Gesundheit	36
4.3 Was die Gesundheitsförderung tun kann	37
4.4 Bewährte Massnahmen und Erfolgskriterien	38
4.5 Definition von Zielgruppen	39
5 Digitale Medien	42
5.1 Medienumgang	42
5.2 Soziale Medien	43
5.3 Chancen und Gefahren	44
5.4 Digitale Medien und Gesundheitsförderung	45
6 Förderung der regelmässigen Bewegung	49
6.1 Grundlagen und Definitionen	49
6.2 Warum ist es sinnvoll, Bewegung bei Jugendlichen zu fördern?	50
6.3 Bewegungsempfehlungen	50
6.4 Bewegungsverhalten: Aktuelle Zahlen	51
6.4.1 Bewegung	51
6.4.2 Teilnahme an sportlichen Aktivitäten	51
6.4.3 Aktive Fortbewegung	52
6.5 Bewegungsförderung bei Jugendlichen	54
6.6 Chancengleichheit bei der Bewegungsförderung	56
6.7 Erfolgsfaktoren und Beispiele für bewährte Verfahren	57
6.8 Fazit	58
7 Förderung einer ausgewogenen Ernährung	59
7.1 Warum sollte eine ausgewogene Ernährung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen gefördert werden?	59

7.2	Ernährungs- und Lebensmittelempfehlungen	59
7.3	Was essen Jugendliche und junge Erwachsene?	60
7.4	Faktoren, die den Lebensmittelkonsum beeinflussen	60
7.5	Mögliche Interventionen und deren Wirksamkeit	62
7.5.1	Prinzipien der Intervention bei Jugendlichen	62
7.5.2	Beispiele für Interventionen	63
7.5.3	Medienkompetenz	65
7.6	Chancengleichheit bei der Förderung einer ausgewogenen Ernährung	65
7.7	Fazit	66
7.7.1	Fachkräfte des Gesundheitswesens	67
7.7.2	Prioritäten der Ernährungsmassnahmen	67
8	Förderung der psychischen Gesundheit	68
8.1	Grundlagen und Definitionen	68
8.1.1	Psychische Gesundheit und psychische Störungen	68
8.1.2	Die Jugend als wichtige Umbruchphase und mögliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit	69
8.1.3	Ressourcen und Belastungen	69
8.2	Warum lohnt sich die Förderung der psychischen Gesundheit bei Jugendlichen?	70
8.2.1	Verstärkung positiver Entwicklungen	70
8.2.2	Verringerung negativer Entwicklungen	70
8.3	Die psychische Gesundheit der Jugendlichen in der Schweiz	71
8.3.1	Wohlbefinden	71
8.3.2	Prävalenzen von psychischen Erkrankungen und Belastungen	71
8.3.3	Einfluss der Corona-Pandemie	73
8.3.4	Einfluss der beruflichen Integration	73
8.4	Förderung der psychischen Gesundheit in der Jugend	75
8.4.1	Selbstwirksamkeit fördern	75
8.4.2	Lebenskompetenzen fördern	76
8.4.3	Psychische Gesundheitskompetenz fördern	77
8.4.4	Soziale Unterstützung fördern	78
8.4.5	Früherkennung und Frühintervention	79
8.5	Chancengleichheit in der Förderung der psychischen Gesundheit	79
8.5.1	Soziale Herkunft	79
8.5.2	Geschlecht	79
8.5.3	Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität	80
8.5.4	Migrationshintergrund	81
8.6	Fazit	81
8.6.1	Erfolgsfaktoren	81
8.6.2	Empfehlungen	82
9	Zusammenspiel von Bewegung, Ernährung und psychischer Gesundheit	84
9.1	Einführung	84
9.2	Zusammenhang zwischen Ernährung, Bewegung und psychischer Gesundheit	84
9.2.1	Psychische Gesundheit und Bewegung	84
9.2.2	Bewegung und Ernährung	86
9.2.3	Ernährung und psychische Gesundheit	86
9.3	Anwendungsbeispiel Healthy Body Image	87
10	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	91
10.1	Argumente für die Gesundheitsförderung: WARUM	91
10.2	Empfehlungen	92
11	Literaturverzeichnis	95

Darstellungsverzeichnis

Abbildung 3.1	Das Behaviour Change Wheel	19
Abbildung 3.2	Wirkungsmodell für ein Projekt	21
Abbildung 3.3	Akteurinnen und Akteure im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit	26
Abbildung 3.4	Sensitive Zeitfenster für Interventionen	27
Abbildung 3.5	Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher auf verschiedenen Schulstufen (Basel, Bern, Zürich zusammen, Schuljahr 2017/18, n= 13 916)	33
Abbildung 3.6	Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder auf verschiedenen Schulstufen (Basel, Bern, Zürich zusammen, Schuljahr 2018/19, n= 14 531)	33
Abbildung 3.7	Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder auf verschiedenen Schulstufen (Basel, Bern, Zürich zusammen, Schuljahr 2019/20, n= 14 197)	33
Abbildung 3.8	Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder auf verschiedenen Schulstufen (Basel, Bern, Zürich zusammen), Vergleich von vier Perioden	33
Abbildung 3.9	Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder auf verschiedenen Schulstufen, 2018/19 bis 2020/21 (Basel, Bern, Zürich zusammen)	34
Abbildung 4.1	Begriffsklärung: Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit	35
Abbildung 4.2	Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungerechtigkeit	37
Abbildung 6.1	Körperliche Aktivität und Bewegung für Jugendlichen	49
Abbildung 6.2	Verkehrsmittelwahl auf allen Inlandwegen und für alle Zwecke 1994, 2000, 2005, 2010 und 2015 nach Altersgruppen (Basis: 9847, 18 631, 18 785, 34 864 bzw. 36 883 Wege von Kindern und Jugendlichen)	53
Abbildung 6.3	Verkehrsmittelwahl auf Ausbildungswegen 1994 und 2015 nach Alter (Basis: 3730 bzw. 13 419 Wege)	54
Abbildung 6.4	Wichtigkeit verschiedener Sportmotive (in Prozent aller sporttreibenden 15- bis 19-Jährigen)	55
Abbildung 6.5	J+S-Teilnehmende in Prozent der entsprechenden Altersgruppe nach Alter/Geschlecht, 2020	56
Abbildung 7.1	Faktoren, die die Essgewohnheiten und Verhaltensweisen von Jugendlichen beeinflussen	61
Abbildung 8.1	Zwei-Kontinua-Modell nach Keyes	68
Abbildung 8.2	Entwicklung der wiederholten bzw. chronischen psychoaffektiven Beschwerden bei 15-Jährigen, 2002–2018	72
Abbildung 9.1	Von den Gesundheitsdeterminanten zu den Schnittthemen zwischen Ernährung, Bewegung und psychischen Ressourcen	85
Tabelle 6.1	Entwicklung der Verkehrsmittelwahl auf allen Inlandwegen (alle Zwecke) von Kindern und Jugendlichen 1994 bis 2015 nach Altersgruppen	53

Verzeichnis der Boxen

Definitionen

Definition 3.1 Empowerment und Partizipation	20
Definition 3.2 Wirkungsmodelle für die Wirkungsmessung	22
Definition 3.3 Zwei-Kontinua-Modell (dual continuum model)	24
Definition 3.4 Lebenskompetenzen	25
Definition 3.5 Peer-Education	31
Definition 8.1 Selbstwirksamkeit	76
Definition 8.2 Intersektionalität	79
Definition 8.3 LGBTIQ+	80

Exkurse

Gesundes Körpergewicht bei Jugendlichen – positive Entwicklungen sind sichtbar	32
BMI-Monitoring unter Corona-Bedingungen	34
Young Carers	41
Junge Erwerbstätige – Arbeitsbedingungen und Gesundheit	74

Hintergrundwissen, Facts & Figures

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung	17
Jakarta-Deklaration	18
Wechselseitige Wirkung von Verhalten und Verhältnis	18
Return on Investment (ROI) als ökonomische Evaluationsgrösse	28
Gesunde Schule	30
Individuelle Beeinträchtigungen und Chancengleichheit	40
Studien zum Thema Mediennutzung von Jugendlichen	42
Wie werden psychische Störungen und psychische Auffälligkeiten gemessen?	71
Entwicklungsorientierte Diagnostik	72
Komponenten eines positiven Körperbilds	88

Management Summary

Die Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist im Kontext der Corona-Pandemie in den Fokus gerückt. Wie wichtig es ist, die Gesundheit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu fördern, wird durch diese Fokussierung betont. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, die wissenschaftlichen Grundlagen als Basis für wirksame Massnahmen und Interventionen zu aktualisieren. So ist sichergestellt, dass die Grundlage für Programme und Projekte auf dem neuesten Stand ist. Der vorliegende Bericht zeigt, weshalb sich ein Engagement für die Gesundheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen lohnt. Aufbauend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen wird gezeigt, warum die Themen Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit wichtige Pfeiler für die Gesundheit im Jugend- und jungen Erwachsenenalter sind. Es werden Interventionen und bewährte Handlungsansätze und Empfehlungen vorgestellt.

Kapitel 2 zur **Lebensphase** zeigt auf, dass die Adoleszenz sich tendenziell verlängert hat und eine erweiterte Definition heute bevorzugt wird. Die Lebensphase ist voller Übergänge und Veränderungen in kurzer Zeit. Gerade die zunehmende Autonomie und die Verantwortung, die Jugendliche und junge Erwachsene übernehmen, stehen im Vordergrund. Mehr und mehr tragen die Jugendlichen selbst die Verantwortung für die eigene Gesundheit. Dennoch sind sie nach wie vor stark beeinflussbar. Diese Beeinflussung zeigt sich zunehmend durch Peers und Medien, jene der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten ist abnehmend, aber immer noch vorhanden. Die körperlichen Veränderungen, das Selbstbild und auch der Drang zum Ausprobieren, was sich beispielsweise im Risikoverhalten zeigt, sind wichtige Themen in dieser Lebensphase. Die zahlreichen Veränderungen sind eine Chance für die Gesundheitsförderung: Viele Gewohnheiten entwickeln sich in dieser Zeit und setzen sich im Erwachsenenalter fort. Auch aufgrund der Neugier und Identitätsentwicklung von Jugendlichen lohnt es sich, in dieser Lebensphase in Gesundheitsförderung zu investieren.

In **Kapitel 3** werden allgemeine **Grundlagen und Methoden** zur Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen aufgezeigt. Gesundheitsförderung umfasst Interventionsformen, die der Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen dienen. Sie zielt auf die Stärkung von Schutzfaktoren und Ressourcen. Prävention befasst sich mit der Vermeidung des Auftretens von Krankheiten und damit mit der Verringerung ihrer Verbreitung und Verminderung ihrer Auswirkungen. Die Kombination von Massnahmen auf der Verhaltens- und der Verhältnisebene wird als zielführend gesehen. Strukturelle Massnahmen können auf der Verhältnisebene eine Verhaltensänderung erleichtern. Sie sind jedoch wirksamer, wenn sie mit Massnahmen auf der Verhaltensebene kombiniert werden. Gesundheitsförderung bezieht optimalerweise verschiedene Ebenen mit ein – nicht nur verhaltensbedingte und psychische, sondern auch soziale, wirtschaftliche und umweltbezogene Faktoren. Die vier KAP-Ebenen (Intervention, Vernetzung, Policy und Öffentlichkeitsarbeit) entsprechen diesem Verständnis. Empowerment und Partizipation als zentrale Elemente der Gesundheitsförderung gewährleisten, dass Angebote auf die Bedürfnisse der Zielgruppen abgestimmt sind, und fördern den sozialen Zusammenhalt, die Chancengleichheit und die langfristige Verankerung von Programmen und Projekten.

Vor 2020 zeigte sich ein positives Bild der Gesundheit von Schweizer Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die meisten von ihnen waren gesund und fühlten sich wohl. Die subjektive Gesundheit hat sich allerdings durch die Pandemie verschlechtert. Untersuchungen zeigen, dass es eine Zunahme von Sorgen, Ängsten und psychischen Problemen gab. Rund ein Fünftel haben eine chronische Erkrankung oder ein chronisches Gesundheitsproblem. Das Einhalten der Bewegungsempfehlungen ist mit zunehmendem Alter deutlich rückläufig und die Häufigkeit von Übergewicht nimmt zu. Vor allem weibliche Jugendliche und junge Frauen bewegen sich zu wenig. Gesundheitliches Risikoverhalten ist in dieser

Lebensphase häufig (Suchtmittelkonsum, unzureichender Schlaf, Nikotinkonsum usw.) und nur eine Minderheit befolgt die Ernährungsempfehlung, fünf Portionen Früchte und Gemüse pro Tag zu essen. Ausserdem haben etwa die Hälfte der 15- bis 25-Jährigen eine problematische oder eine unzureichende Gesundheitskompetenz. Weitere Zahlen zur Bewegung, Ernährung und psychischen Gesundheit der Schweizer Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden in den themenspezifischen Kapiteln 6, 7 und 8 dargestellt.

Kapitel 4 zur **Chancengleichheit** zeigt, dass die gesundheitlichen Chancen auch bei Jugendlichen ungleich verteilt und von sozialen Merkmalen abhängig sind. Das Bildungsniveau der Eltern, das Geschlecht, der Migrationsstatus und die sexuelle Orientierung sind einige Beispiele von sozialen Determinanten, die sich nachweislich negativ auf die Gesundheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen auswirken. Wichtige Erfolgskriterien für Interventionsansätze, welche die Chancengleichheit erhöhen, sind die Partizipation der Zielgruppe, beziehungsgeleitete Arbeit, inhaltliche und sprachliche Anpassungen der Angebote, die Niederschwelligkeit der Angebote, eine multisektorale Zusammenarbeit und die kleinräumige Koordination. In Exkursen zu Young Carers und zu Jugendlichen mit Beeinträchtigungen werden konkrete zielgruppenspezifische Handlungsansätze aufgezeigt.

Kapitel 5 widmet sich den **digitalen Medien** in der Gesundheitsförderung. Sie sind zum festen Bestandteil des Alltags von Jugendlichen und jungen Erwachsenen geworden; praktisch alle besitzen ein Smartphone und bewegen sich täglich in den sozialen Medien. Zu minimieren gilt es die intensive Bildschirmnutzung, die mit starkem Bewegungsmangel einhergeht. Ausserdem ist der Zusammenhang zwischen abendlicher Bildschirmnutzung und Schlafproblemen bei Jugendlichen (und Kindern) belegt. Psychische Probleme können entstehen durch Onlinesucht, Cybermobbing, sexuelle Belästigungen und die Beeinträchtigung der Entwicklung eines gesunden Körperbilds.

Digitale Medien bieten auch Chancen, jedoch sind die gesundheitsfördernden Aspekte weitaus weniger gut erforscht. Es gibt Hinweise, dass die digitale Mediennutzung zur Stimmungsregulation und Entspannung beiträgt und dass das Erleben von Flow

bei bestimmten Medienerfahrungen positive Effekte auf das Wohlbefinden hat. Ausserdem sind Informationen über Gesundheitsthemen leicht zugänglich und stehen zeit- und ortsunabhängig zur Verfügung.

In **Kapitel 6** wird die **Bewegungsförderung** bei Jugendlichen diskutiert. Allgemein kann in der Jugend eine abnehmende Bewegungshäufigkeit und -dauer mit zunehmendem Alter festgestellt werden. Jungen sind aktiver als Mädchen. Es besteht ein Zusammenhang zwischen einer guten psychischen Gesundheit sowie einer guten Lebensqualität und dem Einhalten von Bewegungsempfehlungen. Diese Faktoren beeinflussen sich gegenseitig positiv. Im Frühling und Sommer erfüllen mehr Jugendliche die Bewegungsempfehlung von 60 Minuten am Tag als im Herbst und Winter. Die Veränderungen durch die Schul- und Lehrübergänge machen sich nicht nur im Bewegungsverhalten allgemein, sondern auch im Jugend+Sport-System bemerkbar. Ein gleiches Bild zeigt sich beim Mobilitätsverhalten, insbesondere die Velonutzung nimmt stark ab. In diesem Kapitel werden diverse fördernde und hindernde Faktoren für ein aktives Leben im Jugendalter aufgezeigt. Ein personenbasierter-entwicklungsorientierter Ansatz wird erwähnt, der davon ausgeht, dass Jugendliche den Wunsch verspüren, sich gut zu fühlen und aktiv zu sein, und sie somit grundsätzlich empfänglich sind für gesundheitliche Interventionen. Um Interesse zu wecken und zum Mitmachen zu animieren, wird empfohlen, partizipativ, das heisst mit Jugendlichen zusammen Angebote zu entwickeln.

Die Förderung einer ausgewogenen **Ernährung** wird in **Kapitel 7** dargelegt. Zahlreiche Jugendliche und junge Erwachsene in der Schweiz sind von Übergewicht betroffen, zudem halten sich viele nicht an die Ernährungsempfehlungen: Sie konsumieren zu wenig Gemüse und Früchte, aber zu viele Süssgetränke. Hinzu kommen die vielen Zwischenmahlzeiten, das Konsumieren von Fast-Food oder Take-away-Mahlzeiten und das Auslassen von Mahlzeiten. Erfreulicherweise ist das Essen in der Familie immer noch wichtig. Die Ernährungsgewohnheiten der Kindheit werden im Jugendalter infrage gestellt – eine Chance, um gesunde Ernährungsgewohnheiten und eine positive Einstellung zur Ernährung zu fördern. Geschmack und Einfachheit (der Zubereitung) des Essens sind wichtige Faktoren für Ernährungs-

entscheidungen. Aber auch Zeit, Kosten und Bedenken bezüglich Gewicht haben einen Einfluss auf die Ernährungsgewohnheiten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Vielversprechend ist es, bei veränderbaren Verhaltensweisen anzusetzen, sich auf für Jugendliche wichtige Motive und aktive Ansätze zu konzentrieren, wie zum Beispiel das Kochen einfacher Rezepte. Gerade bei der Förderung einer ausgewogenen Ernährung sind strukturelle Massnahmen besonders wichtig: So sollen Angebote in Schulen gesund ausgestaltet sein und die Ernährungsbildung soll im Lehrplan integriert werden. Um die Chancengleichheit zu unterstützen ist es wichtig, visuelle Elemente und einfache Sprache zu verwenden sowie kulturelle Unterschiede in Ernährungsgewohnheiten einzubeziehen.

In **Kapitel 8** zur Förderung der **psychischen Gesundheit** wird einleitend das Zwei-Kontinua-Modell vorgestellt, welches das psychische Wohlbefinden und psychische Störungen bzw. Krankheiten als separate Kontinua erfasst. Das Modell bietet die Möglichkeit, die psychische Gesundheit unabhängig vom Krankheitsstand zu fördern. Ein Gleichgewicht von Ressourcen und Belastungen ist entscheidend für die Erhaltung der psychischen Gesundheit. Als interne Ressourcen sind insbesondere eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung, gute Lebenskompetenzen, ein positives Selbstkonzept, Selbstachtung und Optimismus protektiv. Für Jugendliche und junge Erwachsene besonders wichtige externe Ressourcen sind familiäre Schutzfaktoren (z. B. Qualität der Bindung zu den Eltern) sowie prosoziale Kontakte zu Gleichaltrigen. Auch die Qualität von Bildungseinrichtungen ist wichtig. Risikofaktoren sind insbesondere Armut, ein tiefer sozioökonomischer Status, Gewalterfahrungen oder die psychische Erkrankung eines Elternteils. Die Jugend ist ein optimaler Zeitpunkt für Interventionen. Einerseits beginnen hier die meisten psychischen Erkrankungen und Risikoverhaltensweisen, andererseits besteht im Rahmen der Hirnentwicklung eine erhöhte Veränderbarkeit der Denk- und Verhaltensmuster. In dieser Phase entwickelte Gewohnheiten bleiben langfristig erhalten. Die Stärkung von Ressourcen hilft die Häufigkeit psychischer Störungen zu verringern, Sucht- und Risikoverhalten zu reduzieren und ist letztlich auch Suizidprävention.

Die Lebenszufriedenheit der grossen Mehrheit der Schweizer Jugendlichen und jungen Erwachsenen

ist hoch. Sie ist allerdings bei den 12- bis 15-Jährigen im Vergleich zu den 11-Jährigen etwas tiefer. Im Jahr 2018 lagen bei rund einem Drittel der jungen Frauen und einem Fünftel der jungen Männer zwischen 17 und 22 Jahren Hinweise für eine der drei psychischen Störungen Depression, Angst oder ADHS vor. Die HBSC-Studie über 11- bis 15-jährige Kinder und Jugendliche zeigte für das Jahr 2018 die höchsten Werte von psychischen Beschwerden im Vergleich zu den vier vorangegangenen Messungen. Schliesslich hat die Corona-Pandemie die psychische Belastung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen verschärft: Schon im ersten Lockdown wurden rund ein Drittel positiv auf eine psychische Erkrankung gescreent, die Fallzahlen in Notfallambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrien stiegen deutlich an. Die Situation hat sich in der zweiten Welle verschärft.

Um die psychische Gesundheit zu fördern, ist es wichtig, die Selbstwirksamkeit zu fördern: Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung verfügen 16- bis 25-Jährige über ein geringeres Mass an Selbstwirksamkeit und haben eine tiefere Kontrollüberzeugung. Auch Lebenskompetenzen gilt es in dieser Lebensphase gezielt zu fördern. Besonders zentral sind hierbei das Stress- und das Emotionsmanagement, da Anforderungen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter zunehmen. Auch Kommunikationsfertigkeiten und Beziehungsfähigkeit sollen gefördert werden; sie helfen beim Aufbau sozialer Ressourcen, und soziale Beziehungen sind ein zentraler Schutzfaktor für die psychische Gesundheit. Die psychische Gesundheitskompetenz – also die Fähigkeit, die eigene psychische Gesundheit zu regulieren und zu verbessern – ist wichtig.

Bezüglich der Chancengleichheit ist festzuhalten, dass die psychische Gesundheit von weiblichen und männlichen Jugendlichen unterschiedlich ist. Ausserdem sind LGBTIQ+-Menschen häufiger von psychischen Störungen betroffen als gleichaltrige heterosexuelle Menschen. Massnahmen zur Veränderung von gesellschaftlichen Normen und Werten sind wichtig, die Anpassung von bestehenden Angeboten an die Bedürfnisse der LGBTIQ+-Menschen sowie Projekte für diese Zielgruppe ebenso.

In **Kapitel 9** wird das **Zusammenspiel von Bewegung, Ernährung und psychischer Gesundheit** thematisiert. Die vielen Schnittstellen, Zusammenhänge und wechselseitigen Beeinflussungen der

Themenbereiche werden aufgezeigt. So fördert zum Beispiel körperliche Aktivität das Wohlbefinden, reduziert Stress und kann die Selbstwirksamkeit begünstigen. Bewegung und Ernährung tragen gemeinsam zur motorischen und psychischen Entwicklung bei. Ausserdem hat Stress einen ungünstigen Einfluss auf das Essverhalten. Essen ist oft von Emotionen beeinflusst. Eine unausgewogene Ernährung kann umgekehrt aber auch die Entstehung von Depressionen begünstigen (Ernährung und psychische Gesundheit).

Am Beispiel des Körperbilds, einem wichtigen Thema im Jugend- und jungen Erwachsenenalter, werden die Zusammenhänge zwischen Ernährung, Bewegung und psychischer Gesundheit veranschaulicht. Die Körperzufriedenheit bei Schweizer Jugendlichen ist sehr ambivalent. Um ihre Wünsche (z. B. weniger Körpergewicht, mehr Muskeln) zu erreichen, halten viele Jugendliche Diät, treiben Sport oder nehmen Nahrungsergänzungsmittel ein. Komponenten eines positiven Körperbilds, die es zu fördern gilt, sind Körperwertschätzung, Körperakzeptanz und -liebe sowie innere Positivität. Ein positives Körperbild ist verbunden mit dem psychischen Wohlbefinden, mit intuitivem Essen und einer positiven Haltung zu Sexualität, Menstruation und weiteren körperlichen Aspekten. Es ist somit eine Ressource für ausgewogene Ernährung, regelmässige Bewegung und psychisches Wohlbefinden.

Im letzten **Kapitel 10** werden als **Schlussfolgerungen** Argumente für die Förderung der Gesundheit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zusammengefasst. Empfehlungen zu Inhalten und Methoden in der Gesundheitsförderung bei dieser Zielgruppe werden gegeben.

Argumente:

- Die Adoleszenz als Lebensphase voller Übergänge und Veränderungen
- Jugendzeit = «window of opportunities»
- Wenig Projekte für Jugendliche und junge Erwachsene
- Zunahme der psychischen Gesundheitsprobleme (auch aufgrund von Corona)
- Hinterfragen von Ernährungsgewohnheiten als Chance
- Je älter die Jugendlichen, desto weniger bewegen sie sich
- Handlungsbedarf bei der Gesundheitskompetenz

Inhaltliche Empfehlungen:

- Lebenskompetenzen: Wissen, was zu tun ist und wie es zu tun ist
- Selbstwirksamkeit fördern
- Sport *und* Alltagsaktivitäten fördern
- Ernährungsförderung ist mehr als das Wissen über eine ausgewogene Ernährung
- Healthy Body Image

Methodische Empfehlungen:

- Verlängerte Adoleszenz
- Beteiligen statt bevormunden
- Übergänge als Zugang nutzen
- Freizeit als wichtiges Setting
- Peers einbeziehen
- Eltern bleiben wichtige Einflusspersonen
- Personenbasierte und entwicklungsorientierte statt biomedizinische Ansätze
- Jugendliche differenziert betrachten
- Autonomie als Schlüsselfaktor
- Themen integrieren statt separieren
- Digitale Medien als Chance und Risiko

1 Einleitung

-
- **Fabienne Amstad**, Gesundheitsförderung Schweiz
-

Gesundheitsförderung Schweiz engagiert sich zusammen mit den Kantonen für die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. Die bewährten und erfolgreichen kantonalen Aktionsprogramme und Projekte fördern Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen in ihrer psychischen Gesundheit, in regelmässiger Bewegung und einer ausgewogenen Ernährung. Als Grundlage für diese Aktionsprogramme und Projekte publiziert die Stiftung in regelmässigen Abständen Grundlagendokumente. Diese bilden die wissenschaftliche Basis für ihr Engagement. Die Grundlagenberichte sind zielgruppenspezifisch ausgerichtet:

- Kinder
- Jugendliche und junge Erwachsene
- Ältere Menschen

Der vorliegende Bericht beschäftigt sich mit der Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Zielgruppendefinition Jugendliche

Der Grundlagenbericht Jugendliche schliesst sich dem Grundlagenbericht Kinder an und behandelt die Altersspanne ungefähr ab dem 13. bis etwa zum 25. Lebensjahr bzw. bis zum Ende der Ausbildung. Dies entspricht den Lebensphasen mittlere Adoleszenz (Sekundarstufe I; in der Regel 7.–9. Klasse) und späte Adoleszenz (Sekundarstufe II/Studium; 10. Schuljahr, Berufslehre, Gymnasium, Fachhochschule/Universität).

Ziele und Publikum der Berichte

Die Grundlagenberichte fassen die wissenschaftliche Evidenz in den Themen Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit zusammen und sind praxisnah aufbereitet. Die Berichte sollen aufzeigen, in welchen Bereichen Handlungsbedarf besteht und welche Ansätze sich für die verschiedenen Ziel-

gruppen und Themen bewährt haben. Basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen bieten die Grundlagenberichte eine Hilfe zur Überführung der Wissenschaft in die Praxis. Der Bericht ist nicht als operative Umsetzungshilfe gedacht, diese Funktion wird durch Beratungen, Checklisten und weitere Praxismaterialien von Gesundheitsförderung Schweiz erfüllt.

Publikum der Berichte sind primär:

- Fachpersonen in den Kantonen, Gemeinden und NGOs, die für die Strategie und Umsetzung von Programmen und Projekten zur Gesundheitsförderung verantwortlich sind,
- weitere Fachpersonen aus der Praxis, ferner auch aus der Wissenschaft und Forschung.

Interdisziplinarität des Berichts

Aufgrund der Interdisziplinarität des Berichts wurden verschiedene Autorinnen und Autoren aus den entsprechenden Wissenschaftsbereichen angefragt (Universitäten und Fachhochschulen). Eine Begleitgruppe stellte die Nähe zu den Bedürfnissen des Zielpublikums der Berichte sicher.

Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie wirkt sich auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Menschen sowie auf die Arbeit der Gesundheitsförderung aus. Ihre Auswirkungen werden deshalb systematisch in allen Kapiteln des Berichts beleuchtet.

Aufbau des Berichts

Der vorliegende Bericht zur Zielgruppe Jugendliche und junge Erwachsene beginnt mit einem Blick auf die Lebensphase der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters, behandelt dann Grundlagen und Methoden zur Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, gesundheitliche Chancengleichheit und die digitalen Medien in der Gesundheitsförderung. Es folgen die Kapitel zu den Themen Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit. Der Bericht wird mit einem Kapitel zum Zusammenspiel dieser Themen abgeschlossen.

Für die eilige Leserin und den eiligen Leser

Die strategierelevanten Informationen werden im **Management Summary** zusammengefasst. Die wesentlichen **Schlussfolgerungen und Empfehlungen** sind am Ende des Berichts in Kapitel 10 zusammengefasst.

Leseanleitung

Die drei zielgruppenspezifischen Berichte sind im Aufbau und zum Teil auch in den Inhalten bewusst parallel gehalten, um der Leserschaft die Orientierung innerhalb der Berichte zu erleichtern. Die folgende Leseanleitung gibt hilfreiche Hinweise, wie die Berichte am effizientesten genutzt werden können. Es war uns ein Anliegen, die Berichte so aufzubauen, dass sie als Nachschlagewerk benutzt werden kön-

nen. Die effiziente und lesefreundliche Handhabung stand so neben der praxisnahen Aufbereitung der Inhalte im Vordergrund. Jeder Bericht bildet in sich eine abgeschlossene Übersicht über die Gesundheitsförderung bei der jeweiligen Zielgruppe.

Die Berichte zu den beiden Zielgruppen Kinder sowie Jugendliche und junge Erwachsene enthalten einzelne identische Passagen. Diese sind mit einer orangen Linie am Rand markiert. Ein Hinweis darauf findet sich jeweils auch am Anfang der betreffenden Kapitel.

Definitionen, weiterführende Literatur, Ausführungen zur Corona-Pandemie, Hinweise für die praktische Umsetzung, Hintergrundwissen und Exkurse zu interessanten weiterführenden Inhalten sind in farblich hervorgehobenen Boxen zu finden.

Box: Definition

Definitionen von zentralen Begriffen sind in grün hervorgehobenen Boxen zu finden.

**Box: Weiterführende Literatur**

Literaturangaben zu weiterführenden Informationen finden sich in orange hervorgehobenen Boxen. Hierbei sind Arbeitspapiere und Broschüren von Gesundheitsförderung Schweiz prioritär dargestellt (Icon mit Gesundheitsförderung-Schweiz-Logo). So ist mit einem einfachen Klick auf das gewünschte Produkt die Information schnell auffindbar.

**Box: Praxis**

Ausgewählte Praxisbeispiele illustrieren, wie die Empfehlungen in der Schweiz umgesetzt werden.

**Box: Corona-Pandemie**

Spezifische Informationen mit Bezug zur Corona-Pandemie sind in rot hervorgehobenen Boxen zu finden.

**Box: Hintergrundwissen, Facts & Figures**

Vertieftes Wissen und interessante Daten zu einem Thema werden in Boxen mit diesem Icon gesammelt.

**Exkurs**

Interessante in sich abgeschlossene Themen werden in blau hervorgehobenen Boxen beleuchtet.



2 Die Lebensphase von Jugendlichen und Personen im frühen Erwachsenenalter

- **Joan-Carles Surís**, Unisanté
- **Yara Barrense-Dias**, Unisanté

Die Adoleszenz wird als Übergangszeit zwischen Kindheit und Erwachsenenalter betrachtet. Sie **hängt von der individuellen Entwicklung** und den **kulturellen Normen ab** [2.1]. Während der Beginn der Adoleszenz mit dem Einsetzen der Pubertät gleichzusetzen ist, kann der Beginn des Erwachsenenalters nicht so eindeutig definiert werden. In der Adoleszenz eignet sich der Mensch Rechte und Pflichten an. Beispielsweise ist im Alter von 16 Jahren die sexuelle Mündigkeit erreicht und man kann die Religion frei wählen. Hingegen werden das Stimm- und Wahlrecht, das Recht zum Heiraten und zum Autofahren sowie das Recht, Spirituosen zu trinken, erst mit 18 Jahren erworben. Diese Altersstufen allein bestimmen jedoch nicht das Ende der Kindheit. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Jugendliche als Personen im Alter von 10 bis 19 Jahren und junge Erwachsene («youth») als Personen im Alter von 15 bis 24 Jahren. Generell versteht die WHO unter «jungen Menschen» («young people») **die Altersgruppe von 10 bis 24 Jahren**. Diese Definition wurde kürzlich von Forschenden aufgegriffen, die der Auffassung sind, dass die Adoleszenz eher die 10- bis 24-Jährigen als die 10- bis 19-Jährigen umfassen sollte [2.2]. Die Erhöhung der oberen Altersgrenze ist vor allem darauf zurückzuführen, **dass die Rollenübergänge**, etwa bei Studienabschluss, finanzieller Autonomie oder Geburt eines Kindes, heutzutage **später stattfinden** [2.2]. Der Wandel infolge der wirtschaftlichen, bildungspolitischen und sozialen Faktoren führt also zu einer Verlängerung der Adoleszenz [2.3]. Eine umfassendere Definition der Adoleszenz ist daher für eine bessere Anpassung der Gesetze, der Sozialpolitik und der Systeme zur Entwicklung der Jugend unerlässlich [2.2].

2.1 Eine Übergangsphase

Neben dem Übergang von der Kindheit ins Erwachsenenalter [2.5] umfasst die Adoleszenz einige weitere wichtige Übergänge [2.4]. Sie ist vor allem durch den Übergang von der obligatorischen Schule an eine weiterführende Schule oder in die Berufslernlehre gekennzeichnet, der Entscheidungen mit grossen Auswirkungen auf die Zukunft mit sich bringt. Auch der Übergang von der Abhängigkeit von den Eltern in die Selbstständigkeit ist wichtig, denn er impliziert die Tatsache, dass man fortan für sich selbst sorgen muss. Gerade für junge Menschen mit einer chronischen Erkrankung bedeutet der Übergang von der Kinder- zur Erwachsenenpflege sowie der Übergang von der elternkontrollierten Behandlung zur Selbstkontrolle, dass sie sich ihrer Verantwortung für ihre Gesundheit bewusst werden müssen. Alle diese Umstellungen finden noch dazu in sehr kurzer Zeit statt.

2.2 Körperliche Veränderungen und Körpergefühl

Mit Beginn der Pubertät werden die ersten körperlichen Veränderungen sichtbar. Jugendliche wachsen sehr schnell (die sogenannte intensivste Wachstumsphase). In dieser Zeit erzielen sie etwa 20% ihrer Erwachsenengrösse [2.3]. Gleichzeitig nimmt die fettfreie Körpermasse bei den Jungen zu, während sie bei den Mädchen, die mehr Fettmasse ansetzen, zurückgeht [2.3]. Obwohl die überwiegende Mehrheit der Jugendlichen diese körperlichen Veränderungen in einer ähnlichen Phase durchläuft, sind Abweichungen von der pubertären Normalität (über- oder unterdurchschnittlich) möglich. Ohne eigentliche Pathologie wird eine im Vergleich zu Gleichaltrigen fortgeschrittene Pubertät bei Jungen positiv erlebt, bei Mädchen hingegen nicht, während bei einer verzögerten Pubertät das Umgekehrte gilt [2.6].

All diese **raschen körperlichen Veränderungen** können **einen Einfluss darauf haben, wie man sich selbst wahrnimmt (Selbstbild)**. In einem Alter, in dem junge Menschen in hohem Maße beeinflussbar sind, können bestimmte Faktoren (Medien, sportliche Leistungen, Familie, Kolleginnen und Kollegen) ein negatives Körperbild fördern, das schwerwiegende gesundheitliche Auswirkungen [2.9] haben kann, zum Beispiel ein verändertes Essverhalten, psychische Probleme oder ein vermindertes Selbstwertgefühl [2.10]. Ein negatives Körperbild steht bei Jungen in starkem Zusammenhang mit einer schwierigen Beziehung zum anderen Geschlecht und bei Mädchen zum gleichen Geschlecht [2.11]. Das **Internet** und die **sozialen Netzwerke** spielen bei diesem Problem eine wichtige Rolle, weil sie einen neuen Raum für soziale Vergleiche schaffen [2.12]. Die Themen Körperbild und digitale Medien werden in [Kapitel 9](#) bzw. [Kapitel 5](#) vertieft.

2.3 Kognitive und beziehungsbezogene Veränderungen

Während der Adoleszenz entwickelt sich das logische Denkvermögen weiter – vom konkreten zum abstrakten Denken – und man ist in der Lage, sich vorzustellen, was andere denken [2.3–2.5]. In dieser Phase wird auch die **Selbstständigkeit** aufgebaut, ein **Gefühl für die eigene Identität** entwickelt und eine Zukunftsperspektive mit zunehmend realistischen Berufswünschen abgesteckt [2.3, 2.4]. Auch die **Beziehungen verändern sich** in dieser Phase [2.3, 2.5]. Die Jugendlichen lösen sich von ihren Eltern und ziehen sich in die Gruppe der Gleichaltrigen zurück (anfangs gleichgeschlechtlich, später gemischt), um sich in der Spätphase der Adoleszenz wieder den Eltern zuzuwenden. Ausserdem ist dies der Beginn von Liebesbeziehungen. Sie entwickeln ihre Fähigkeiten in den Bereichen Kommunikation, Verhandlung und Konfliktlösung [2.3]. Die **Sexualität** spielt im Leben eines Menschen eine wichtige Rolle, sowohl körperlich als auch geistig, emotional und in Beziehungen [2.15], insbesondere in der Adoleszenz, in der die meisten jungen Menschen ihre ersten sexuellen Kontakte haben. Diese ersten Erfahrungen leiten häufig den Übergang zum Erwachsenenalter ein, sowohl in persönlicher als auch in sozialer Hinsicht. Die Jugendlichen zu ermu-

tigen, ein sicheres Sexualverhalten anzunehmen und die sexuellen Rechte anderer zu respektieren, ist eine wichtige Aufgabe im Bereich der öffentlichen Gesundheit, nicht zuletzt, weil ihre Handlungen in der Adoleszenz auch Konsequenzen im Erwachsenenalter haben können.

Das Internet und die Medien dürfen in diesem Bereich nicht vernachlässigt werden, da die sexuelle Entwicklung und Auseinandersetzung junger Menschen heutzutage auch über die Technologie erfolgt. Abgesehen von der Problematik, die sich aus dem Zugang zu Pornografie ergibt, sind neue Methoden (z.B. Dating-Apps, «Nude-Sexting») entstanden, die sich auf das Wohlbefinden, die Wahrnehmung und das Erleben von Sexualität bei jungen Menschen auswirken können.

2.4 Risikoverhalten

Die Adoleszenz ist eine **Findungsphase**, und dazu gehört auch **experimentelles** oder **riskantes Verhalten** [2.5]. Die am häufigsten genannten Risiken sind Drogenkonsum, Gewalt und ungeschützter Geschlechtsverkehr, aber es gibt noch viele weitere, wie beispielsweise exzessive Bildschirmnutzung (hierbei sind die Grenzen allerdings umstritten), Glücksspiel, Essstörungen und mangelnde körperliche Bewegung. Die meisten dieser Verhaltensweisen sind bei männlichen Jugendlichen häufiger zu beobachten. Diese experimentellen oder riskanten Verhaltensweisen sind Teil der Entwicklung von Jugendlichen [2.16], und diejenigen, die sich absolut nicht darauf einlassen, sind in der Minderheit [2.17]. Ferner zeigt die überwiegende Mehrheit der Jugendlichen ein mehrfaches Risikoverhalten [2.17, 2.18]: Das Annehmen eines Risikoverhaltens erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass auch andere Verhaltensweisen übernommen werden, insbesondere weil diese gemeinsame Ursachen oder korrelierende Risikofaktoren aufweisen [2.19]. Ein experimentelles Verhalten kann negative Konsequenzen nach sich ziehen, was jedoch durch Effekte, die von den Jugendlichen als positiv empfunden werden, ausgeglichen wird [2.20]. In diesem Zusammenhang spielt der **Gruppendruck** bei Jugendlichen eine besondere Rolle: Die Anwesenheit von Gleichaltrigen erhöht die Wahrscheinlichkeit, ein Risikoverhalten an den Tag zu legen, um Anerkennung zu erhalten [2.21].

Die meisten dieser Verhaltensweisen scheinen bis zum Alter von 20 Jahren zuzunehmen. Später stabilisieren oder verringern sie sich tendenziell, insbesondere wenn die Personen beginnen, Erwachsenenrollen zu übernehmen (z.B. einen Job finden, eine Partnerschaft eingehen, eine Familie gründen) [2.16].

2.5 Eine Chance

Die Adoleszenz gilt als Chance [2.5], da man sich die meisten gesundheitsbezogenen Gewohnheiten in dieser Zeit aneignet. Diese Gewohnheiten haben auch Auswirkungen auf das Erwachsenenleben [2.5] und auf die nächste Generation. Es handelt sich also um eine günstige Lebensphase für die Gesundheitsförderung, unterstützt durch die Neugier der Heranwachsenden und die Entwicklung ihrer Identität [2.5]. Die **Adoleszenz** ist eine **prägende Phase** und eignet sich besonders für die Umsetzung von **Präventionsmassnahmen** sowie das Management **chronischer Krankheiten** [2.2] auf individueller, aber auch auf familiärer, schulischer, kommunaler und gesellschaftlicher Ebene.

3 Grundlagen und Methoden der Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

- **Julia Dratva**, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
- **Matthias Meyer**, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
- **Karin Nordström**, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Die mit einer orangen Linie markierten Abschnitte dieses Kapitels sind identisch mit dem Kapitel 3 im Bericht 8 [Gesundheitsförderung bei Kindern](#).

3.1 Gesundheitsförderung und Prävention

Komplementäre Ansätze mit gemeinsamem Ziel

Gesundheitsförderung und Prävention sind zwei sich ergänzende Strategien, jedoch bezüglich ihres Ursprungs und ihres Wirkungsprinzips verschieden. Während der Begriff der (Krankheits-)Prävention auf naturwissenschaftliche und medizinische Erkenntnisse zu Hygiene und belastenden Lebensbedingungen aus dem 19. und frühen 20. Jahrhundert zurückgeht, entspringt der Begriff der Gesundheitsförderung jüngeren gesundheitspolitischen Debatten der WHO und bezieht sich auf sozial- und gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse.

Gesundheitsförderung und Prävention verbindet das gemeinsame Ziel des «Gesundheitsgewinns».

Beides sind Formen der Intervention, das heisst «gezieltes Eingreifen von Akteurinnen und Akteuren, meist öffentlich und/oder professionell autorisierter Personen oder Institutionen, um eine sich abzeichnende oder bereits eingetretene Verschlechterung der Gesundheit von Einzelpersonen oder

Bevölkerungsgruppen zu beeinflussen» oder um die bestehende Gesundheit bzw. das gesundheitsförderliche Verhalten zu stärken. Dies geschieht oft auch im Rahmen eines «Ausgleichs gesundheitlicher Ungleichheit nach sozialer Lebenslage» [3.1]. Das Wirkungsprinzip der Prävention ist pathogenetisch, jenes der Gesundheitsförderung salutogenetisch [3.1].

Gesundheitsförderung

Der weit gefasste Gesundheitsbegriff der WHO aus dem Jahr 1946 wurde massgebend für die Gesundheitsförderung, welche als «Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten» definiert wird. Gesundheitsförderung bezeichnet Interventionsformen, die der Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen der Bevölkerung dienen, und zielt auf die Stärkung von Schutzfaktoren und internalen und externalen Ressourcen [3.1–3.5]. Wichtige Meilensteine der Gesundheitsförderung sind die Ottawa-Charta und die Jakarta-Deklaration.



Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO, 1986)

- Definiert Gesundheit als «wesentlichen Bestandteil des alltäglichen Lebens»
- Vertritt ein salutogenetisch orientiertes, gesundheitspolitisches Leitbild
- Richtet Gesundheitsförderung auf «die Förderung von gesunden Lebensbedingungen und umfassendes Wohlbefinden» aus [3.2]



Jakarta-Deklaration (1997)

Die Jakarta-Deklaration formuliert die Prioritäten für das 21. Jahrhundert unter Bezugnahme auf die Ottawa-Charta und legt einen Fokus auf Evidenz und Vergleichbarkeit gesundheitsfördernder Interventionen. Prioritäten sind:

- Förderung sozialer Verantwortung der Gesellschaft
- Ausbau von Investitionen in die Gesundheitsentwicklung
- Festigung und Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit
- Stärkung gesundheitsfördernder Potenziale von Gemeinschaften
- Stärkung der Handlungskompetenzen des Einzelnen
- Sicherstellung einer Infrastruktur für Gesundheitsförderung

Prävention

Prävention zielt auf «eine Vermeidung des Auftretens von Krankheiten und damit die Verringerung ihrer Verbreitung und die Verminderung ihrer Auswirkungen» [3.1]. Der Ansatz ist somit, Krankheiten «zuvorkommen» [3.2] oder «die Auslösefaktoren von Krankheiten zurückzudrängen oder ganz auszuschalten» [3.1]. Dabei wird auf eine «Abschätzung der Eintrittswahrscheinlichkeit» einer Krankheit gebaut. Risikofaktoren werden identifiziert, um mit Interventionshandlungen in die «Dynamik der Pathogenese» einzugreifen [3.1]. Unterschiedliche Formen der Prävention werden anhand des Zeitpunkts, anhand der Zielgruppe sowie anhand der Massnahmenebene der Prävention gegliedert. Neben Krankheiten wird mit Prävention auch Unfällen vorgebeugt.

Zeitpunkt der Prävention

Bezüglich des Zeitpunkts der Prävention wird zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden. Diese drei Kategorien sind nicht scharf trennbar, sondern können überlappen [3.2].

- **Primärprävention** – Massnahmen zur Senkung der Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Neuerkrankungen bzw. zur Reduktion von Risikofaktoren als Folge einer Verhaltensweise
- **Sekundärprävention** – Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung von klinisch noch unauffälligen Erkrankungen

- **Tertiärprävention** – Massnahmen zur Verhinderung des Verschlimmerns oder des Fortschreitens einer bereits bestehenden Erkrankung sowie zur Vorbeugung eines Rückfalls im Heilungsprozess.

Zielgruppe der Prävention

Bezüglich der Zielgruppe der Prävention wird zwischen universeller, selektiver und indizierter Prävention unterschieden (www.suchtschweiz.ch).

- **Universelle Prävention** – Massnahmen richten sich an die gesamte Bevölkerung oder an Bevölkerungssegmente
- **Selektive Prävention** – Massnahmen richten sich an gefährdete Risikogruppen
- **Indizierte Prävention** – Massnahmen richten sich an Personen mit manifestem Risiko

Massnahmenebene der Prävention

Eine weitere Unterscheidung ist jene zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention. Während Verhaltensprävention direkt am Menschen ansetzt und dabei zu krankheits- bzw. unfallvorbeugenden Verhaltensweisen anregt und gesundheitsriskante Verhaltensweisen zu minimieren versucht, geht es bei der Verhältnisprävention um die Lebensbedingungen bzw. um normativ-regulatorische Massnahmen zur Beeinflussung von Infrastruktur und Umgebung [3.6]. Beide Ansätze spielen bei Kindern und Jugendlichen eine wichtige Rolle.



Wechselseitige Wirkung von Verhalten und Verhältnis

Die Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention wird allgemein als zielführend gesehen und kommt im sogenannten «Setting-Ansatz» zum Ausdruck. Einerseits können strukturelle Massnahmen eine Verhaltensänderung erleichtern oder erst ermöglichen, zum Beispiel indem eine Massnahme den Zugang zur gesunden Wahl gibt und diese zur einfachsten oder naheliegendsten Wahl wird. Andererseits sind strukturelle Massnahmen wirksamer, wenn sie mit Verhaltensprävention kombiniert werden (z. B. die Motivation oder das Wissen von Personen stärken, damit sie gewisse strukturelle Angebote auch tatsächlich nutzen oder eingeführte Regeln befolgen bzw. befolgen möchten) [3.6].

Gesundheitsverhalten verstehen und beeinflussen dank Erkenntnissen der Gesundheitspsychologie

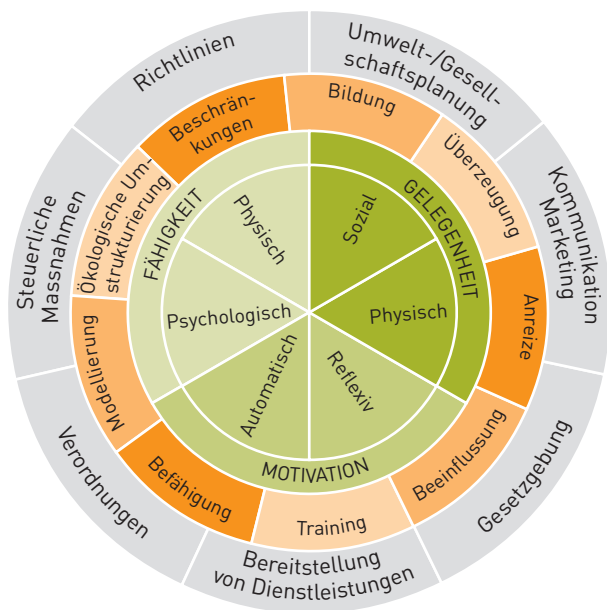
Modelle und Interventionsansätze aus der Gesundheitspsychologie gewinnen zunehmend an Bedeutung für die Prävention. Die Gesundheitspsychologie studiert das Erleben und Verhalten des Menschen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit, insbesondere riskante und präventive Verhaltensweisen, psychische und soziale Einflussgrößen sowie deren Wechselwirkungen mit körperlichen Erkrankungen und Behinderungen [3.7]. Für wirksame Präventionsmassnahmen können Theorien und Konzepte von Gesundheitsverhalten nutzbar gemacht werden. Sie benennen Komponenten, die den Vorgang einer Verhaltensänderung beeinflussen und erklären können [3.8].

Zwei wichtige Meilensteine der Gesundheitspsychologie sind das Behaviour Change Wheel [3.9] und die Behaviour Change Technique Taxonomy [3.10].

ABBILDUNG 3.1

Das Behaviour Change Wheel

- Ursachen für das Verhalten
- Interventionsmöglichkeiten
- Politische Kategorien



Quelle: [3.9]

Behaviour Change Wheel (BCW):

- Methode für Systematisierung und Design von Interventionen zur Verhaltensänderung
- Im Zentrum der Verhaltensänderung stehen Fähigkeit, Gelegenheit und Motivation.
- Darum herum werden neun Interventionsformen identifiziert und sieben Policys, um diese zu ermöglichen.

Behaviour Change Technique Taxonomy (BCTT):

- Taxonomie von Verhaltensänderungstechniken
- In einem aufwendigen Verfahren wurden 93 unterschiedliche Verhaltensänderungstechniken identifiziert und ausgewertet.

Erfolgreiche Ansätze der Gesundheitsförderung

Massnahmen der Gesundheitsförderung sind oft vom sogenannten Settingansatz geprägt (siehe Abschnitt 3.7), wonach Menschen als Teil der sozialen Systeme, in denen sie leben, verstanden werden [3.4]. Zur Verbesserung der Gesundheitsentwicklung werden vier Kategorien von Schutzfaktoren gestärkt [3.1]:

- Soziale und wirtschaftliche Faktoren
- Umweltfaktoren
- Verhaltensorientierte und psychische Faktoren
- Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen

Für wirksame Gesundheitsförderung hat sich das Mehrebenenmodell bewährt, welches gesundheitsfördernde Massnahmen hinsichtlich des Bezugs zu verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen einteilt. In der Schweiz werden dabei die drei Leitziele materielles Umfeld, gesellschaftliches/soziales Umfeld und personale Ressourcen und Verhalten der Zielgruppe sowie die vier KAP-Ebenen unterschieden:

- Interventionen
- Policy
- Vernetzung
- Öffentlichkeitsarbeit



Definition 3.1

Empowerment und Partizipation

Zentrale Elemente der Gesundheitsförderung sind Empowerment und Partizipation. Beim Empowerment geht es um die Befähigung zu einem selbstbestimmteren Leben und darum, eigene Interessen selbstverantwortlich vertreten zu können. Dabei sollen Menschen eigene Ressourcen kennen und nutzen lernen. Bei der Partizipation geht es darum, Menschen einzubeziehen, sie teilhaben und mitbestimmen zu lassen [3.2]. Empowerment und Partizipation bereichern und verstärken sich gegenseitig. Partizipation trägt zu mehreren positiven Effekten bei [3.11]:

- Abstimmung auf die Bedürfnisse der Zielgruppen und dadurch stärkere Bindung der Zielgruppen an die Projekte
- Stärkung des sozialen Zusammenhalts
- Grössere Chancengleichheit, unter der Voraussetzung, dass vulnerable Personen besondere Beachtung erhalten
- Stärkung sektorenübergreifender Prozesse
- Multiplikatoreffekte
- Langfristige Verankerung von Programmen oder Projekten



Weiterführende Informationen vom BAG zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention

- [Nationale Strategie zur Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten 2017–2024 \(NCD-Strategie\)](#), Kurzfassung
- [Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten \(NCD-Strategie\) 2017–2024](#)
- [Verhaltensökonomischer Leitfaden](#)

3.2 Evaluation und Wirkungsmanagement

Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention greifen vielfach in die Lebenswelten der Zielgruppen ein und werden meistens mit öffentlichen Geldern finanziert. Deshalb müssen sie ein ausgezeichnetes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen. Dabei ist der Nutzen eine gesellschaftliche bzw. individuelle Wirkung, die erzielt werden soll. Bei Jugendlichen sind vor allem die Lebenswelten öffentlicher Raum, Elternhaus, Schule, Vereine und Lehrbetrieb relevant. Weare und Nind zeigten auf, dass das Thematisieren von psychischer Gesundheit in Schulen mittels spezifischer Massnahmen zwar statistisch nur geringe Veränderungen bewirkte, diese kleinen Veränderungen jedoch für die Betroffenen eine grosse Verbesserung der Situation zur Folge hatten [3.12]. Eine solche Wirkung nachzuweisen ist nicht einfach, es fehlt häufig an leicht zugänglichen Indikatoren und Messgrössen, wie sie gewinnorientierte Organisationen mit ihren Finanzzahlen haben [3.13].

Für die Gesundheitsförderung und Prävention werden wie in anderen Bereichen, in denen eine gesellschaftliche Wirkung erzielt werden soll, Wirkungsmodelle entwickelt [3.14–3.16]. Diese bilden einerseits die theoretische Basis für die Wirkungsmessung, andererseits kann mit ihnen auch aufgezeigt werden, wie unterschiedliche Massnahmen einzeln oder gemeinsam einen Beitrag zur Erreichung eines langfristig ausgelegten Wirkungsziels leisten. So bietet das Wirkungsmodell die Durchführungslegitimation für einzelne Massnahmen bzw. eine Kombination von Massnahmen oder – was mindestens so wichtig ist – auch nicht. Die Darstellung des Wirkungsgefüges kann zudem die Weiterentwicklung bestehender oder die Entwicklung neuer Massnahmen unterstützen: Lücken in der Wirkungs-



Weiterführende Informationen zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention

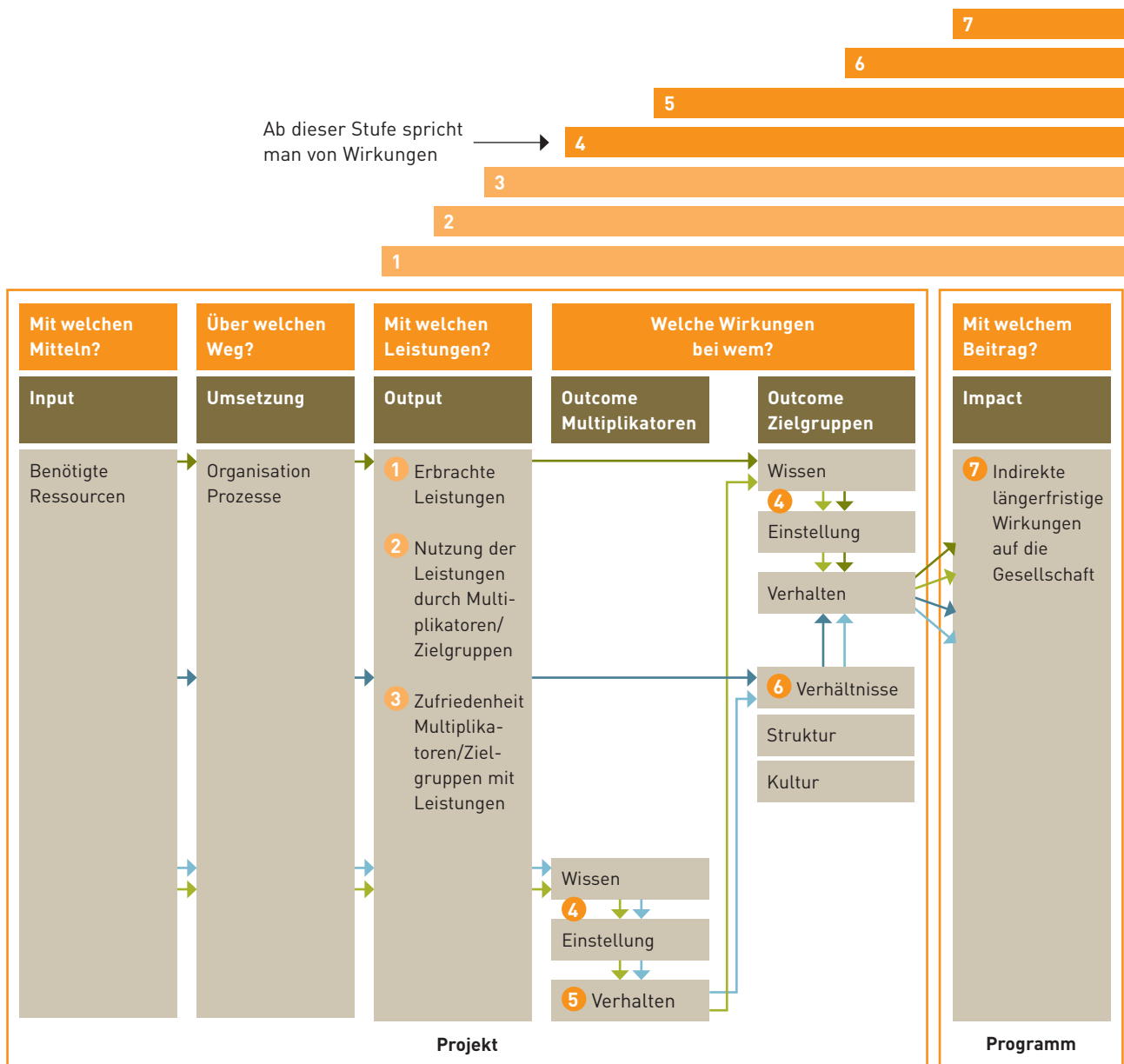
- Arbeitspapier 60: [Die Anwendung von verhaltensorientierten Ansätzen auf staatliche Massnahmen](#)
- [Argumentarium Gesundheitsförderung und Prävention](#) (Arbeitspapier 53, Infografiken und Videos)
- Arbeitspapier 48: [Partizipation in der Gesundheitsförderung](#)
- Broschüre: [Hilfsmittel zur finanziellen Unterstützung für Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz](#)

kette können aufgedeckt und ungenau ausgerichtete Aktivitäten identifiziert werden. Bereits früh hat Gesundheitsförderung Schweiz für ihre Programme und die von ihr unterstützten Projekte die inten-

dierte Wirkung thematisiert und die Dokumentation der Wirkungserzielung als festes Element der Programm- bzw. Projektentwicklung eingeführt (Abbildung 3.2).

ABBILDUNG 3.2

Wirkungsmodell für ein Projekt



- Verhaltensprävention direkt
- Verhaltensprävention indirekt via Multiplikatoren
- Verhältnisprävention direkt
- Verhältnisprävention indirekt via Multiplikatoren

Quelle: [3.19]



Trotz der guten theoretischen Basis und der Wirkungsmodelle bleibt die Wirkungsevaluation eine grosse Herausforderung. Wie können die definierten Indikatoren gemessen und wie der Effekt evaluiert werden, ohne dass aufwendige und allenfalls teure Methoden eingesetzt werden müssen? Ein Ansatz ist sicher, von Anfang an die Wirkungsmessung in Projekte einzuplanen. So können Prozessdaten und vor allem die notwendigen Daten fortlaufend erhoben werden. Auch können bestehende Routinedaten für die Evaluation herangezogen werden.

Mit dem Goal Attainment Scaling, das ursprünglich aus der klinischen Psychologie stammt und in der Schweiz in der Rehabilitation oder der Psychiatrie angewendet wird, konnten in der Gesundheitsförderung erste Erfahrungen gemacht werden [3.18]. Bei dieser Methode werden vor der Durchführung einer Massnahme ein klares Ziel (erwünschtes Ergebnis Output oder Impact), verschiedene Szenarien der Zielerwartungen (je zwei Stufen höher oder zwei Stufen tiefer als das angestrebte Ziel) und Indikatoren für die Zielerreichung erarbeitet. Anhand einer Fünfer-Skala, in der 0 dem angestrebten Ziel entspricht, kann die Zielerreichung evaluiert werden [3.17]. Eine Besonderheit der Methode ist die Einbindung der Zielgruppe und von Fachpersonen in alle Schritte [3.17].



Definition 3.2

Wirkungsmodelle für die Wirkungsmessung

Das Wirkungsmodell bildet die Basis für Evaluation und Wirkungsmessung. Nur wenn definiert worden ist, über welche Massnahmen oder Wege die Wirkung erzielt werden soll, kann auch aussagekräftig gemessen werden, ob die gewünschte Wirkung mit der Durchführung der einzelnen Massnahmen erreicht werden konnte. Die konkrete Evaluation und Messung erfolgen anhand von definierten Impact-, Outcome- und Output-Zielen. [3.19–3.21]

Weiterführende Informationen zum Thema Wirkung nachweisen

- Arbeitspapier 46: [Wirkungsevaluation von Interventionen](#)
- Faktenblatt 26: [Gesundheitsförderung und Prävention: Die Wirksamkeit der Massnahmen untersuchen](#)
- Arbeitspapier 42: [Wirkungen der Gesundheitsförderung nachweisen und optimieren](#)

3.3 Gesundheit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz: Aktuelle Zahlen

Der Aufgabe, die Gesundheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz zu beschreiben, haben sich zuletzt die Autorinnen und Autoren des [nationalen Gesundheitsberichts 2020](#) gestellt [3.22].

Er beschreibt ausführlich und detailliert den aktuellen Wissensstand im Jahr 2019 zur Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, im Wissen, dass ein noch so aktueller Bericht bereits «alte» Daten präsentiert. Somit ist die Frage nach der Gesundheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen immer wieder aufs Neue zu stellen: Wie ist die Gesundheit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen heute, wie wird sie morgen sein?

Wenngleich die Gesundheit einer ganzen Altersgruppe sich selten schlagartig ändert, ist die Corona-Pandemie ein Beweis dafür, wie plötzliche Veränderungen im Lebensraum von Jugendlichen in sehr kurzer Zeit relevante gesundheitliche Auswirkungen haben können.

Der nationale Gesundheitsbericht zur Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen beschrieb auf Basis der Daten **vor** 2020 ein weitgehend positives Bild: Die allermeisten Jugendlichen und jungen Erwachsenen waren gesund und fühlten sich wohl [3.22]. Zum damaligen Zeitpunkt unterschied sich die subjektive Einschätzung des eigenen Wohlbefindens nach Alter, Geschlecht und Sozialstatus der Eltern. Gemäss der HBSC-Studie, die wiederkehrend 11- bis 15-jährige Kinder und Jugendliche untersucht, gaben 2018 10,4% der 11-Jährigen an, sich einigermaßen gut zu fühlen, und 1,1%, sich schlecht zu fühlen [3.23]. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) aus dem Jahr 2017 bezeichnete die grosse Mehrheit der 16- bis 25-Jährigen ihre Lebensqualität als gut [3.24].

Im Jahr 2022 kommt man nicht umhin, auf die Verschlechterung der subjektiven Gesundheit als Folge der Pandemie hinzuweisen. Verschiedene Studien und Stakeholder im In- und Ausland weisen auf eine deutliche Zunahme von Sorgen, Ängsten und psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen hin [3.25]. Noch ist es zu früh, zu beurteilen, wie die Pandemie sich langfristig auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz auswirken wird.



Erkenntnisse zur Gesundheitsförderung während Corona

- Arbeitspapier 56: [Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Gesundheitsförderung](#)
- Arbeitspapier 52: [Auswirkungen der Corona-Pandemie auf gesundheitsbezogene Belastungen und Ressourcen der Bevölkerung](#)

Eher die Regel ist jedoch, dass gesellschaftliche Veränderungen sich mit einer Latenzzeit und stetig auf die Gesundheit auswirken. Ein Beispiel ist die Adipositas-Epidemie, die seit dem späten 20. Jahrhundert Fachpersonen beunruhigt [3.26, 3.27]. An ihr lässt sich auch aufzeigen, dass gesundheitsförderliche Interventionen häufig verzögert und nur langsam den erwünschten Effekt haben – in diesem Fall einen Rückgang des Übergewichts.

Der Gesundheitsbericht 2020 schätzt, dass etwa ein Fünftel der Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine chronische Erkrankung oder ein chronisches Gesundheitsproblem haben [3.22]. Ein chronisches Gesundheitsproblem geben 16,7% der 15- bis 24-Jährigen an [3.24]. Unter den chronischen Erkrankungen finden sich relativ häufig Erkrankungen der Atemwege oder Erkrankungen, die mit erblicher Überempfindlichkeit zusammenhängen (Asthma, Neurodermitis) (>5%). Auch kardiometabolische Risiken sind häufig, wie Adipositas oder Hypertonie (1–5%). Diese Erkrankungen hängen sowohl mit Verhältnissen als auch mit individuellem Verhalten zusammen. Übergewicht ist deutlich häufiger als Adipositas. Erfreulicherweise zeigt das BMI-Monitoring der schulärztlichen Dienste, dass im jungen Kindesalter Übergewicht und Adipositas rückläufig sind und bei den Jugendlichen auf höherem Niveau stagnieren [3.27]. Auf der Grundstufe

(Kindergarten, 1. Klasse; 1–3 Harmos) sind 8,7% übergewichtig und 3,7% adipös, auf der Mittelstufe (3.–5. Klasse, 5–7 Harmos) 13,9% und 3,5%, auf der Oberstufe (8./9. Klasse, 10/11 Harmos) sind es 16,6% und 4,8%. Das Befolgen der Bewegungsempfehlungen ist mit dem Alter deutlich rückläufig [3.28]. Insbesondere weibliche Jugendliche und junge Frauen bewegen sich zu wenig. Gesundheitliche Risiken, wie Suchtmittelkonsum, unzureichender Schlaf oder risikoreiches Verkehrs- und Sexualverhalten, sind gewichtige Gesundheitsthemen der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters [3.29]: Im Jahr 2018 rauchten 6,4% der 11- bis 15-jährigen Jungen und 5,3% der gleichaltrigen Mädchen hin und wieder Zigaretten. In der Altersgruppe der 16- bis 25-Jährigen raucht jede dritte Person, die meisten täglich. Verschiedene Studien kommen zum Ergebnis, dass ein Drittel der jungen Menschen Schlaflosigkeitssymptome aufweisen. Nur eine Minderheit befolgt die Empfehlung, fünf Portionen Früchte oder Gemüse pro Tag zu essen. Knapp 200 von 10 000 jungen Menschen (0–25 Jahre) verletzen sich jährlich im Strassenverkehr, ein Vielfaches mehr in Haus, Sport und Freizeit. 8,3% der sexuell aktiven Jugendlichen und 6,4% der jungen Erwachsenen schützen sich nicht vor ungewollter Schwangerschaft und Sexuallyerkrankungen.

Grundlagen für gesundheitsbewusstes Verhalten werden bereits in der Kindheit gelegt, und im Jugendalter ist das Erlernen von Risiko- und Gesundheitskompetenz zentral. Eine nationale Studie zu Gesundheitskompetenz ergab 2015, dass etwa die Hälfte der 15- bis 25-Jährigen eine problematische (47%) oder unzureichende (1%) generelle Gesundheitskompetenz hatte [3.30]. Hingegen zeigt eine neuere Untersuchung der Gesundheitskompetenz in der Schweiz, dass jüngere Personen (18–39 Jahre) ihre digitale Gesundheitskompetenz als besser einschätzen im Vergleich mit älteren Studienteilnehmenden [3.31].

Möchte man den Zustand der Gesundheit von jungen Menschen in der Schweiz beschreiben und langfristig positiv beeinflussen, lohnt es sich, sowohl den aktuellen Zustand zu analysieren als auch einen Blick in die Zukunft und auf gesellschaftliche Veränderungen zu werfen, die einen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlergehen haben können.

3.4 Zielgruppenspezifischer Gesundheitsbegriff

«Die Gesundheit von Kindern ist das Ausmass, in dem einzelne Kinder oder Gruppen von Kindern in der Lage sind oder befähigt werden, (a) ihr Potenzial zu entwickeln und auszuschöpfen, (b) ihre Bedürfnisse zu befriedigen und (c) die Fähigkeiten zu entwickeln, die es ihnen ermöglichen, erfolgreich mit ihrer biologischen, physischen und sozialen Umwelt zu interagieren.» [3.32]

Diese Definition von Kinder- und Jugendgesundheit des US National Research Council und des Institute of Medicine (USA) orientiert sich an der Definition von Gesundheit der Ottawa-Charta [3.6], welche Gesundheit als einen wesentlichen Bestandteil des alltäglichen Lebens versteht und mit Gesundheitsförderung physisches, psychisches und soziales Wohlergehen anstrebt (siehe [Abschnitt 5.4](#)). Gesundheit im Kindes- und Jugendalter ist demnach weit mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Das Zwei-Kontinua-Modell, welches in der psychischen Gesundheit angewendet wird, liesse sich auch auf physische Gesundheit übertragen. Demnach sind Gesundheit und Krankheit getrennt zu betrachtende und doch gleichzeitig bestehende Zustände mit je unterschiedlicher Ausprägung zu unterschiedlichen Zeitpunkten [3.33, 3.34].



Definition 3.3

Zwei-Kontinua-Modell (dual continuum model)

Das Zwei-Kontinua-Modell bietet eine zeitgemässe Sichtweise auf psychische Gesundheit und Krankheit. Es beschreibt, dass beide voneinander distinkt unterschiedliche, aber parallel bestehende Konzepte sind. In diesem Modell wird psychische Gesundheit als positive Gefühle und positives Funktionieren konzeptualisiert, während das Gegenteil für psychische Krankheit steht. Ein hohes Mass an psychischer Gesundheit wird mit «flourishing» (Aufblühen) bezeichnet, was den positiven Effekt auf die kindliche Entwicklung und die protektive Wirkung bezüglich psychischer Krankheiten verdeutlicht. (<https://cspm.csyw.qld.gov.au>)

Das Wort «Entwicklung» in diesem Gesundheitsverständnis ist besonders hervorzuheben. Eine gesunde körperliche, mentale, intellektuelle und soziale Ent-

wicklung ist sowohl Ziel der Gesundheitsförderung als auch für das Gelingen von Gesundheitsförderung grundlegend. So muss Gesundheitsförderung nicht nur die Themen und Inhalte, sondern auch ihre Methoden adressatengerecht an den jeweiligen Entwicklungsstand anpassen. Auch für die Förderung der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen ist ein altersgerechter Zugang entscheidend. So haben Tse et al. beispielsweise herausgefunden, dass die Nutzung multimodaler Social-Media-Designs für die Förderung von Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen hilfreich sein kann, da so auch die Literacy-Fähigkeiten und der Umgang mit multimodalen Informationsformaten geschult werden [3.35].

Alter und Entwicklungsstand strukturieren auch das Gesundheitsverständnis von Jugendlichen in der Europäischen Union. Im europäischen Projekt «Child Health Indicators of Life and Development (CHILD)» [3.36] haben 15 Mitgliedstaaten «key topics» und ein Set an Gesundheitsindikatoren erstellt, welche die spezifischen gesundheitlichen Bedürfnisse und Indikatoren entlang der Entwicklung und dem fortschreitenden Alter von Kindern und Jugendlichen konzipieren. Zu den «key topics» gehören unter anderem gesundheitsförderliche Politik, psychische Gesundheit, Wohlbefinden sowie Ernährung und Wachstum. Für die Gesundheitsförderung ist es essenziell, Daten zur Jugendgesundheit und -entwicklung vorliegen zu haben, um Handlungsbedarf und -erfolg zu erkennen. Auch das junge Erwachsenenalter, welches häufig als «emerging adulthood» bezeichnet wird, um den dynamischen Prozess des Erwachsenwerdens zu unterstreichen, ist gekennzeichnet durch Entwicklungsprozesse und Transitionen, die gesundheitsrelevant sein können [3.37]. Dieses dynamische Verständnis von Gesundheit wird unterstrichen durch die in der Gesundheitsförderung angewandten «social and ecological theories» [3.38], die eine kontinuierliche Interaktion zwischen dem Individuum oder Bevölkerungsgruppen und der physischen, kulturellen, sozialen und politischen Umwelt beschreiben. Trotz zunehmender Unabhängigkeit und Eigenverantwortung findet im Jugend- und jungen Erwachsenenalter die Interaktion mit der Umwelt häufig nicht direkt, sondern indirekt durch Betreuungspersonen statt. Ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit in diesen Lebensphasen schliesst somit immer auch Eltern und nahe Bezugspersonen mit ein, aber auch die Nachbarschaft, die Gemeinde und die sozialen, politischen und edukativen Systeme, in denen eine Person lebt.

3.5 Ziele der Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Wie oben (siehe [Abschnitt 3.1](#)) ausgeführt, zielt Gesundheitsförderung sowohl auf gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen wie auch auf die Befähigung des Individuums, die eigene Gesundheit zu stärken [3.1, 3.33]. Bei Letzterem wird häufig auch von Empowerment gesprochen. Daraus ergeben sich konkrete Ziele der Gesundheitsförderung im Jugendalter:

- Vermittlung von Wissen (Was ist gesund, was tut mir gut?)
- Erlernen von Lebenskompetenzen (siehe [Definition 3.4](#))
- Stärkung der Partizipation (Teilhabe an der Gesellschaft)



Definition 3.4

Lebenskompetenzen

Unter Lebenskompetenzen versteht die WHO folgende Kernkompetenzen, die Gesundheit und Wohlbefinden junger Menschen fördern [3.40]:

- Entscheidungsfindung und Problemlösung
- Kritisches und kreatives Denken
- Kommunikation und zwischenmenschliche Beziehungen
- Selbstwahrnehmung und Einfühlungsvermögen
- Stress- und Emotionsbewältigung

Sowohl die WHO als auch andere NGOs messen der Vermittlung von Lebenskompetenzen eine hohe Bedeutung bei. Lebenskompetenzen können dazu beitragen, dass junge Menschen Probleme besser bewältigen und/oder vermeiden können. Sie versetzen junge Menschen in die Lage, Wissen, Einstellungen und Werte in tatsächliche Fähigkeiten umzusetzen (d. h. was zu tun ist und wie es zu tun ist) und für ihre Gesundheit Verantwortung zu übernehmen. Das Jugendalter ist diesbezüglich eine wichtige Lebensphase. Die primäre Lebenswelt findet zunehmend ausserhalb des familiären Kontextes statt und Jugendliche und junge Erwachsene probieren und lernen Verhaltensweisen, die das spätere Leben prägen und eine wichtige Grundlage für die Gesundheit im Lebensverlauf bilden [3.41]. Hierzu gehören unter anderem gesundheitsbezogene Ein-

stellungen und Verhaltensmuster und das Treffen (un)bewusster gesundheitsrelevanter Entscheidungen [3.42].

Parallel dazu zielt Gesundheitsförderung auf gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen. Dieser strukturelle Ansatz zur Umsetzung der Ziele wurde deutlich an der 9. Globalen Konferenz für Gesundheitsförderung, die 2016 in Shanghai stattfand und Gesetzgeber und Gesellschaft in die Pflicht nahm [3.43]. Im Kontext der Sustainable Development Goals der UNO-Agenda 2030 wurden an der Konferenz drei prioritäre Pfeiler der Gesundheitsförderung formuliert:

- Gesunde Städte (Healthy cities)
- Verantwortungsbewusste Regierungsführung (Good governance)
- Gesundheitskompetenz (Health literacy)

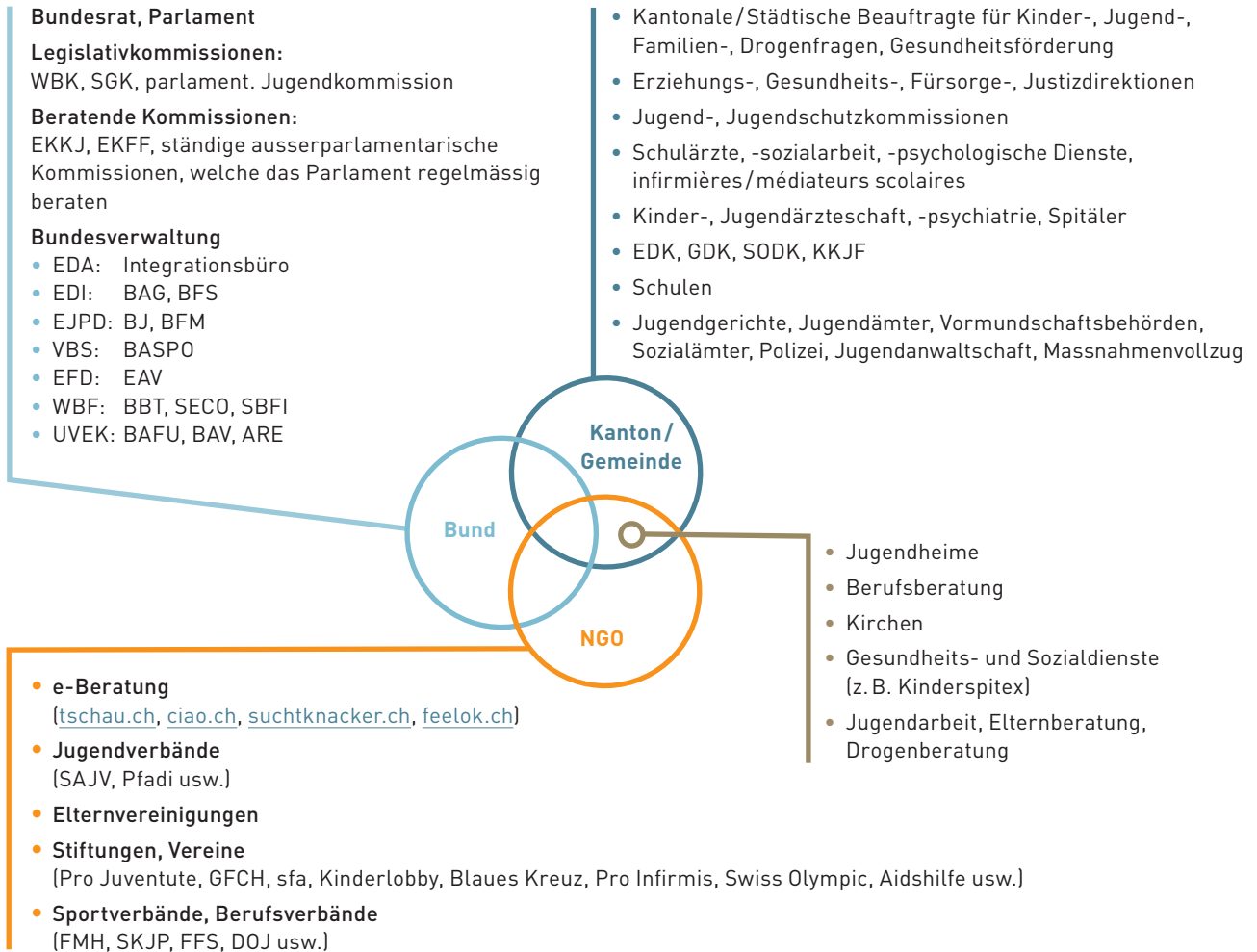
3.6 Settings, Akteurinnen und Akteure

Gesundheitsförderung geht von sozialem und kognitivem Lernen aus [3.38]. Das soziale Lernen ist im Jugend- und jungen Erwachsenenalter vorrangig und findet immer noch in der Familie statt, wenngleich ausserfamiliäre Settings wie Schule, Ausbildung, der öffentliche Raum oder strukturierte Freizeitaktivitäten (Sportverein, Chor usw.) mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnen. Diese Settings bieten unterschiedliche Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung (siehe [Abschnitt 3.7](#)) und in ihnen werden unterschiedliche Akteurinnen und Akteure aktiv.

Für die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, als intersektorale Verantwortung, sind eine Vielzahl von Akteurinnen und Akteuren aus unterschiedlichen Sektoren zuständig. [Abbildung 3.3](#) verdeutlicht, wie im Grunde alle Verwaltungsbereiche auf Bundesebene involviert sind (von Gesundheit über Bildung und Recht bis zu Umwelt/Verkehr). Auf der Ebene der Kantone und Gemeinden, können die Verantwortlichkeiten für das Kindeswohl konkreten Ausführungsorganen und Aufgaben zugewiesen werden. Auch hier reicht das Thema Gesundheit weit über die klassischen Gesundheitsbereiche hinaus und schliesst unter anderem Stadtplanung, Bildung oder Polizei mit ein. Auf der dritten Ebene finden sich NGOs und private Organisationen, die sich für Jugendliche und junge Erwachsene einsetzen, ihnen eine Stimme geben und Angebote für sie schaffen.

ABBILDUNG 3.3

Akteurinnen und Akteure im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit



Quelle: adaptiert nach [3.44]

3.7 Herausforderungen, Potenziale und Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Herausforderungen sind im besten Sinne immer auch Chancen, da sie die Ansatzpunkte für einen besseren Zugang zu einer Zielgruppe sowie eine Optimierung der Methoden und der Allokation von Ressourcen aufzeigen. Die nachfolgenden Herausforderungen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind wichtige Handlungsfelder:

• **Zunahme der psychischen Gesundheitsprobleme** [3.45]

Gut ein Fünftel der jungen Menschen erleben bis zum 25. Lebensjahr eine psychische Krise oder eine psychische Erkrankung. Bereits im frühen

Alter können Kinder psychische Belastungen oder Störungen selbst oder in ihrem näheren Umfeld erleben. Aufgrund der Corona-Pandemie ist die Prävalenz zumindest kurzfristig angestiegen. Eine fortdauernde Herausforderung besteht in der Stärkung von Resilienz und Coping-Mechanismen von Kindern und Jugendlichen in den Lebensräumen Familie, Schule und Freizeit, um dieser Zunahme zu entgegnen.

• **Unzureichende Gesundheitskompetenz** [3.31]

Eine hohe Gesundheitskompetenz ist ein relevanter protektiver Faktor und befähigt ein Leben lang, für die eigene Gesundheit informierte Entscheide zu treffen. Gesundheitskompetenz umfasst Textverständnis sowie Medien-, Wissenschafts- und digitale Kompetenzen. Fehlende Gesundheits-

kompetenz lässt Raum für Gesundheitsmythen, die bereits im Jugendalter prägend sind und bis weit ins Erwachsenenalter nachwirken.

• **Steigende Mediennutzung und Medienabhängigkeit** [3.46, 3.47]

Jugendliche und junge Erwachsene sind häufig in den sozialen Medien unterwegs, und die problematische Mediennutzung nimmt zu. Zudem werden insbesondere Jugendliche von den Inhalten der sozialen Medien stark beeinflusst. Influencerinnen und Influencer, aber auch Firmen richten sich mit ihren Marketingkampagnen gezielt an Jugendliche und junge Erwachsene. Gesundheitsförderung muss deshalb auch in diesen Lebenswelten der jungen Menschen präsent sein und ihre Medienkompetenz stärken.

Neben Herausforderungen liegen in der Lebensphase zwischen 15 und 25 Jahren auch enorme Potenziale, die von der Gesundheitsförderung ausgeschöpft werden können.

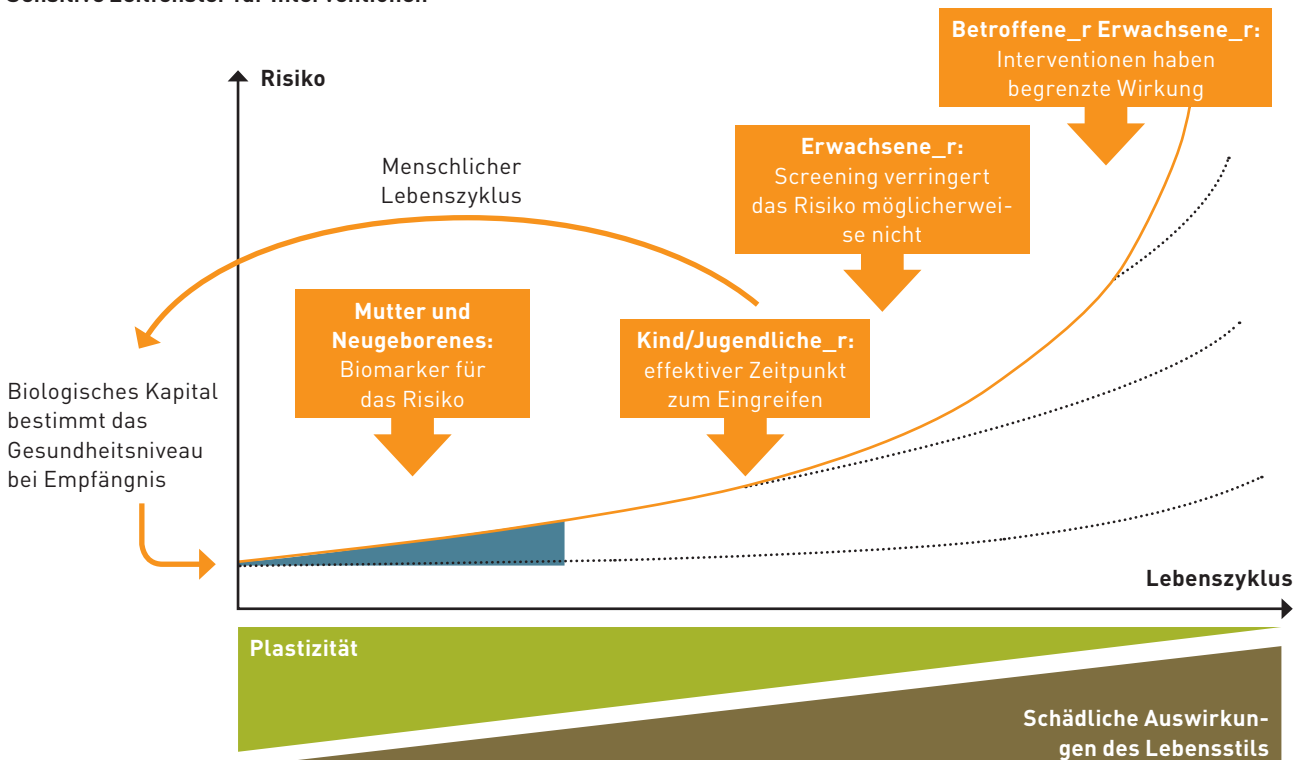
- Eine gesunde Jugend und eine gesunde Entwicklung haben lang anhaltende Auswirkungen auf

die Gesundheit im Erwachsenenalter [3.48]. Die Lebensspannenperspektive auf Gesundheit und Krankheit unterstreicht die Bedeutung und das Potenzial einer gesunden Jugend für die restliche Lebensspanne. Von der Geburt bis ins junge Erwachsenenalter durchlaufen Menschen verschiedene intensive körperliche, psychische, soziale und intellektuelle Entwicklungsphasen und weisen dabei eine hohe Plastizität auf [3.49]. Die jugendliche Lebensphase wird häufig aus einer Risikoperspektive betrachtet, als vulnerable Zeitfenster («windows of increased vulnerability»), dabei ist erfreulicherweise nur eine Minderheit als «vulnerable» zu betrachten. Für alle jungen Menschen bietet hingegen diese Altersphase ein «window of opportunities» oder ein sensibles Zeitfenster, um Resilienz und gesundheitsförderliches Verhalten zu stärken und gefährdendes abzuwenden.

- Investitionen in die Gesundheit und gesunde Rahmenbedingungen von Jugendlichen zahlen sich finanziell für die Gesellschaft aus [3.51]. Jugendliche sind schon früh «Konsumierende» und anfällig für Werbung bzw. zugänglich für Botschaften

ABBILDUNG 3.4

Sensitive Zeitfenster für Interventionen



Quelle: [3.50]

des Marketings [3.52], aber auch der Gesundheitsförderung und Prävention. Wenngleich die Datenlage je nach Gesundheitsverhalten unterschiedlich gut ist, weisen einige Studien zum Beispiel auf ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis im Bereich Ernährung/Adipositas [3.52] und Suchtverhalten [3.53, 3.54] hin. Zudem wird heute davon ausgegangen, dass die sozialen Kosten des Übergewichts in westlichen Ländern höher sind als die des Rauchens [3.52, 3.55]. Auch wurde nachgewiesen, dass das Risiko für Übergewicht bei ökonomisch schlechtergestellten Bevölkerungsschichten deutlich höher ist als bei wohlhabenden Bevölkerungsgruppen [3.52]. Aufgrund der hohen sozialen Kosten ist davon auszugehen, dass der ROI bei Massnahmen, die dem Übergewicht entgegenwirken, zumindest ähnlich hoch ist wie bei Massnahmen zur Rauchprävention (ROI = 41) [3.51].



Return on Investment (ROI) als ökonomische Evaluationsgrösse

Eine aus der Betriebswirtschaftslehre stammende ökonomische Evaluationsform ist der sogenannte ROI. Der ROI zeigt, welchen monetären Effekt eine Investition hat. Er bemisst den Unterschied zwischen den Kosten vor und nach der Investition im Verhältnis zu den Investitionskosten selbst. Ein positiver ROI weist darauf hin, dass eine Investition langfristig Kosten spart. Limitierend ist, dass andere Einflussgrössen, die nicht auf die Investition zurückzuführen sind (z. B. eine gesundheitsförderliche Massnahme), in der Regel nicht vollständig erfasst werden können. In der Schweiz liegen ROI-Berechnungen nur für die Themenfelder Verkehrsunfall (ROI = 9,4), Alkohol (ROI = 23) und Tabak (ROI = 41) vor [3.51]. Diese Werte zeigen eindrücklich, welches Einsparungspotenzial Gesundheitsförderung und Prävention haben.

$$\text{ROI} = \frac{\text{aktuelle Kosten} - \text{Kosten nach Investition}}{\text{Investitionskosten}}$$

Je früher die Gesundheit gestärkt wird und Risikoverhalten oder Krankheit vermieden werden können, desto länger profitieren die Individuen und die

Gesellschaft davon. Während bei Kindern Familie und Kindergarten/Schule die wichtigsten Lebensräume darstellen, zeigt sich die zunehmende Unabhängigkeit der Jugendlichen von ihrer Familie auch in der Erschliessung neuer Lebenswelten. Die fortbestehenden und neuen Lebenswelten bieten aus dem Setting-Ansatz verschiedene Potenziale für die Gesundheitsförderung.

Potenziale in der Lebenswelt öffentlicher Raum

Der öffentliche Raum wird von Jugendlichen für ihre Freizeitgestaltung genutzt. Ein zentrales Motiv Schweizer Jugendlicher für die Nutzung öffentlicher Räume ist, neben praktischen Vorzügen wie guter Erreichbarkeit und geringer Kosten, ihre freie Zugänglichkeit [3.56]. Der öffentliche Raum wird deswegen auch in der «Offenen Kinder- und Jugendarbeit» genutzt. Er bietet einen Lernraum, in dem Jugendliche sich unter anderem Lebenskompetenzen aneignen, «die Voraussetzung für ihr aktives Mitwirken in unserer Gesellschaft sind» [3.56].

In unserer Gesellschaft stehen Jugendlichen neben Bibliotheken (welche für sie eher unattraktiv sind) auch Jugendzentren, Vereine, Park- und Sportanlagen als öffentliche Räume zur Verfügung. Wenngleich Jugendliche Orte suchen, die ihnen nicht zugewiesen werden oder kontrolliert sind [3.56], unterstreicht das erfolgreiche Projekt «MidnightSports» auch den Bedarf für strukturierte Begegnungsmöglichkeiten.



MidnightSports

«MidnightSports» ist ein Angebot für Jugendliche von 13 bis 17 Jahren – unabhängig von Geschlecht, sozialem Status und ethnischer Herkunft. «MidnightSports» spricht verstärkt sozial benachteiligte Gruppen an, welche für die Präventionsarbeit allgemein schwer erreichbar sind. Jeden Samstagabend öffnen während des Winterhalbjahres schweizweit Sporthallen, um Jugendlichen einen Ort zu bieten, wo sie sich treffen und bei Spiel, Sport und Spass austoben können. Bei «MidnightSports» sind jugendliche Coaches und junge Erwachsene für die Organisation und die Durchführung der Veranstaltungen zuständig. So wird neben der körperlichen Bewegung aller Teilnehmenden auch die Resilienz der jugendlichen Mitarbeitenden gefördert.

Strukturelle Massnahmen in der Lebenswelt öffentlicher Raum zielen häufig auf Rahmenbedingungen, die Ordnung und Sicherheit erhöhen. Sie können aber auch das Verhalten von Jugendlichen grundsätzlich gesundheitsförderlicher bzw. krankheitsvorbeugend beeinflussen. Solche Massnahmen sind meistens in der Umsetzung kostengünstig und weisen darum ein sehr gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis auf. In der Gestaltung der Umwelt und des öffentlichen Raums kann viel erreicht werden:

- Grünflächen und abwechslungsreiche Quartier-Sportplätze erhöhen die körperliche Bewegung [3.57].
- Öffentliche Begegnungsmöglichkeiten mit anderen Jugendlichen bieten Gelegenheiten, soziale Kompetenzen zu erlernen und Unterstützung zu erfahren [3.56].
- Sichere Verkehrswege reduzieren die Unfallgefahr [3.58].
- Das Angebot und der Zugang zu gesunden Lebensmitteln beeinflussen das Ernährungsverhalten [3.52].
- Die Reduktion von Luftemissionen und Lärm fördert die respiratorische und kardiovaskuläre Gesundheit [3.59].

Diesen Punkten ist gemein, dass sie das Krankheitsrisiko im Jugend- und Erwachsenenalter reduzieren und der sozialen Ungleichheit betreffend Gesundheitschancen und Krankheitslast entgegenwirken. Als öffentlicher Raum kann im weiteren Sinne auch die Gesellschaft und ihre Rahmenbedingungen verstanden werden. Massnahmen, die auf dieser Ebene ergriffen werden, können Jugendliche spezifisch betreffen (selektive Prävention oder Gesundheitsförderung) oder auf die Gesellschaft als Ganzes abzielen (universelle Prävention oder Gesundheitsförderung). Beispiele für selektive Massnahmen sind Werbeverbote an von Jugendlichen genutzten Orten, die Integration von Themen der psychischen Gesundheit in den obligatorischen Schulstoff oder Bewegungs- und Ernährungsmassnahmen an Schulen. Universelle Massnahmen sind beispielsweise die Reduktion von Salz und Zucker in Lebensmitteln oder die Schulzahnpflege [3.60]. Dass gesellschaftliche Veränderungen der Umgebung wirksam sind, zeigt sich unter anderem am Beispiel Adipositas. Die Ernährungsumgebung, das heisst Angebot, Preis und Werbung für (gesunde oder weniger gesunde)

Lebensmittel, ist mit der Prävalenz an Übergewicht und Adipositas nachweislich assoziiert [3.52].

Vereine bieten Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein strukturiertes, organisiertes Umfeld in ihrer Freizeit. Strukturelle Angebote gewährleisten eine hohe Sicherheit und Verlässlichkeit. Zudem finden Jugendliche in Jugendverbänden häufig ältere Jugendliche oder junge Erwachsene als Ansprechpartner. Wenn diese die Botschaften der Gesundheitsförderung und Prävention vermitteln, erscheint dies besonders glaubwürdig [3.61]. Deshalb gibt es auch vermehrt Bestrebungen, in Vereinen mit Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu wirken. Auch hier haben sich besonders strukturverändernde Massnahmen bewährt (z. B. [Cool and Clean](#)).

Zudem brauchen Jugendliche und junge Erwachsene (wie auch Erwachsene) Anlaufstellen, die sie bei Sorgen und Nöten unterstützen. Für diese Altersgruppen hat diesbezüglich in den letzten Jahren das Internet als Kommunikationsplattform immer grössere Bedeutung gewonnen [3.62]. Generell sollten Hilfsangebote für junge Menschen gut und niederschwellig zugänglich sein. Sie tragen dazu bei, insbesondere bei psychischen Belastungen das Risiko zu reduzieren, gravierende Krankheiten zu entwickeln.

Für die Gesundheitsförderung ist der öffentliche Raum eine wichtige Lebenswelt. Er ermöglicht einen niederschweligen Zugang zu Gesundheitsförderung und erhöht so die Chancengleichheit.

Potenziale in der Lebenswelt Familie

Obwohl der Einfluss der Lebenswelt Familie mit zunehmendem Alter abnimmt, hat sie weiterhin grossen Einfluss darauf, wie gesundheitsförderlich oder krankheitsverhindernd Jugendliche aufwachsen. Es sind die Vorgaben und das Verhalten der Eltern, welche das Verhalten der Jugendlichen und jungen Erwachsenen weiterhin steuern und auch langfristig prägen: Dies tun die Eltern zum Beispiel mit Regeln zum Handy-Gebrauch, mit Vorgaben, wann die Jugendlichen nach dem Ausgang heimkommen sollen, aber auch durch ihre eigene Vorbildfunktion bezüglich Ernährung, Bewegung und der bewussten Pflege der eigenen psychischen Gesundheit. Deshalb sind Eltern als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der Gesundheitsförderung und Prävention enorm wichtig. Allerdings sind sie nicht immer leicht

zu erreichen. Die Pubertät der Kinder, während der viele Eltern Ratschläge und Hilfestellungen suchen, ist ein gutes Zeitfenster, um mit Eltern in Kontakt zu kommen. Aufgrund der eigenen Betroffenheit, aber auch der gesellschaftlichen Akzeptanz, dass die Pubertät viele Fragen auslöst, sind Eltern offen für Beratungsangebote und spezifische Veranstaltungen oder kontaktieren Fachpersonen. Vermehrt besuchen Eltern Websites mit Informationen (siehe folgende Box), Ratschlägen und Austauschmöglichkeiten. Gesundheitsförderung kann auch darin bestehen, Eltern in der eigenen Verwendung digitaler Medien und Angebote zu befähigen.

Gute Beziehungen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu den Eltern und informierte Eltern sind protektive Faktoren. Auch im Jugend- und jungen Erwachsenenalter sind Eltern Adressaten der Gesundheitsförderung.



Elternwebsite und Newsletter

Sucht Schweiz

Sucht Schweiz engagiert sich seit vielen Jahren dafür, Eltern in ihrer Rolle als Erziehungspersonen zu stärken. Die Website und der [Elternnewsletter](#) thematisieren ausgewählte Fragen im Zusammenhang mit Suchtmitteln oder Erziehung. Müttern und Vätern steht eine breite Palette von Informationsmaterial zur Verfügung. Der Elternnewsletter erscheint zwei- bis dreimal jährlich.

Potenziale in der Lebenswelt Schule und Ausbildung

Die Schule bzw. der Ausbildungsplatz ist für Jugendliche und junge Erwachsene ein ambivalenter Lebensraum. Er weist sowohl Schutzfaktoren als auch Risiken auf. Junge Menschen verbringen in der Schule, Hochschule oder am Ausbildungsplatz sehr viel Zeit. Daher ist es wichtig, dass die Umgebung gesundheitsförderlich ist.



Gesunde Schule

Eine gesunde Schule adressiert laut WHO [3.40]:

- die physische Umgebung (Schulgebäude und Klassenräume),
- die in der Schule angebotenen Lebensmittel,
- das psychosoziale Umfeld (Schulkultur, Einstellungen und Überzeugungen der Schülerinnen und Schüler und des Personals),
- die sozialen und psychischen Bedingungen, die sich auf Bildung und Gesundheit auswirken.

Das Netzwerk [Schulnetz21](#) verbindet an «gesunden Schulen» Gesundheitsförderung und Qualitätsentwicklung und schafft so Rahmenbedingungen und Inhalte für einen gesunden Lebens-, Lern- und Arbeitsraum Schule. Die Schule ist ebenso wichtig für die soziale wie für die intellektuelle Entwicklung. Jugendliche erlernen unterschiedlichste Kompetenzen, die für ihr zukünftiges Leben relevant sind. Das reicht von Mathematik bis Kochen im Hauswirtschaftskurs, oder vom Kennenlernen neuer Sportarten bis hin zu Konflikt- oder Bewerbungstraining im entsprechenden Unterricht. Ein Grossteil des sozialen Austauschs mit Gleichaltrigen findet in der Schule statt. Möglicherweise haben sie auch in einer Lehrperson eine zusätzliche erwachsene Vertrauensperson gefunden. Allerdings ist die Schule auch ein Ort, an dem viele Stressfaktoren (Leistungserwartungen, Schulstress, Peer-Druck usw.) [3.63] vorherrschen. Das Netzwerk [Gesunde Hochschulen](#) fokussierte bislang eher auf Mitarbeitende und allgemein gesundheitsförderliche Aktivitäten, doch die Zunahme psychischer Belastungen unter Studierenden während der Covid-Pandemie und Aktivitäten der Studierendenvertretungen haben ein Umdenken ausgelöst. Viele Aspekte der «gesunden Schulen» lassen sich auf die Ausbildungsstelle übertragen. Im Rahmen der Berufsausbildung setzt zudem die Arbeitsgesetzgebung einen ersten Rahmen, und im Lehrvertrag können weitere Regeln für Verhalten und Erwartungen gesetzt werden.



Definition 3.5

Peer-Education

Peer-Education im Gesundheitsbereich beschreibt das Lehren oder die Vermittlung von Informationen zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten durch Mitglieder der gleichen Alters- oder Statusgruppe. Häufig wird Peer-Education in den Settings Schule und Betrieb bzw. Arbeitsplatz, in der strukturierten oder unstrukturierten Freizeit sowie in Jugendzentren angewendet [3.61] (siehe auch [Box MidnightSports](#)).

Es gibt unterschiedliche Formen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule oder in der Ausbildung. Neben der bereits genannten Veränderung der Umgebungsfaktoren ist die Vermittlung gesundheitsförderlicher Inhalte wichtig. Da einige Jugendliche und junge Erwachsene im Schul- und Leberalter bereits risikoreiches Verhalten eingeübt haben (Rauchen, Alkoholmissbrauch, mangelnde Bewegung usw.), zielt die Gesundheitsförderung und Prävention nicht nur auf die Förderung von gesundem Verhalten, sondern auch auf die Reduktion bzw. den Stopp von risikoreichem Verhalten. Als besonders erfolgreich hat sich Peer-to-Peer-Education gezeigt [3.61]. Es hat sich insbesondere erwiesen, dass Massnahmen, die über einen längeren Zeitraum verfolgt werden, wirksam sind. Punktuelle Klasseneinsätze ohne weitere Behandlung des Themas sind weitestgehend wirkungslos [3.64, 3.65]. Zielführend ist daher die Integration von gesundheitsförderlichen Inhalten in den Unterricht. Weare und Nind unterstreichen in ihrem systematischen Literaturreview die Wirksamkeit einer Integration von gesundheitsförderlichen Inhalten in den Unterricht, anstatt sie in separaten Gefässen zu behandeln [3.12].

Der [Lehrplan 21](#) hat sich zum Ziel gesetzt, neben fachlichen Kompetenzen auch überfachliche, sogenannte Lebenskompetenzen zu fördern, zum Beispiel soziale oder Risiko-Kompetenzen. So können Lehrpersonen kontinuierlich die Steigerung von Lebenskompetenzen als Lernziel und Lerninhalt in den Unterricht integrieren (siehe [Definition 3.4](#)), damit Schülerinnen und Schüler die schulischen und ausserschulischen Stressoren besser bewältigen lernen.

Die Lebenswelt Schule und Ausbildung gewährt eine hohe Erreichbarkeit der Jugendlichen, was die Chancengleichheit erhöht. Die gesundheitsförderlichen und kompetenzstärkenden Inhalte werden vom Lehrpersonal oder von Peers in einem Klima des «gemeinsamen Lernens» vermittelt und erfahren eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz und Verbreitung.



Exkurs

Gesundes Körpergewicht bei Jugendlichen – Es besteht Handlungsbedarf. Aber was tun?

- **Dominik Steiger**, EvaluateScience

Ausgangslage

Die Prävalenzen übergewichtiger und adipöser Jugendlicher bewegen sich international und in der Schweiz seit Jahren auf hohem Niveau. Im Schuljahr 2018/19 lagen sie im Städtemonitoring auf einem Höchststand (Abbildungen 3.5 bis 3.8). Dies war Anlass für eine Befragung von Expertinnen und Experten.

Was wurde untersucht?

Es wurde mit fünf Fachpersonen¹ diskutiert, wie sich die Lage darstellt, ob die bestehenden Interventionen wirken und wie die Massnahmen gegebenenfalls zu verstärken seien.

Wichtigste Erkenntnisse

Während der letzten 15 Jahre sind die Prävalenzen an den unteren Schulstufen gesunken, während sie an der Oberstufe auf hohem Niveau verharren oder tendenziell steigen. Es besteht also weiterhin Handlungsbedarf. Aber was tun?

Die Gewichtskarrieren von Jugendlichen werden massgeblich in früheren Entwicklungsphasen mitbeeinflusst; gleichzeitig ist die Pubertät eine entwicklungsphysiologisch, entwicklungspsychologisch und für die Konzeption von Interventionsstrategien wichtige Zäsur. Folglich bleiben frühe Interventionen wichtig (und schlagen sich in der verbesserten Situation in den tieferen Schulstufen nieder). Interventionen bei Jugendlichen sind auch wichtig, aber anspruchsvoller: Mit der Pubertät steigt die Autonomie. Damit und mit der höheren Zersplitterung der Lebenswelten (kulturelle Subgruppen, geringerer Einfluss der Bezugsinstanzen Eltern und Schule, grösserer Einfluss der Peers) ist es herausfordernder, Jugendliche zu erreichen. Echte Partizipation (mitgestaltend) und hohe Selbstwirksamkeit sind wichtig. Gut konzipierte Interventionen für Jugendliche beachten dies; für ihre Durchschlagskraft

ist entscheidend, dass vulnerable Gruppen gut erreicht werden. Dies ist nicht einfach zu bewerkstelligen.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

- Was vor der Pubertät passiert, ist zentral – Prävention im Frühkind- und Kindesalter bleibt von höchster Wichtigkeit.
- Der sozioökonomische und der soziokulturelle Hintergrund haben einen enormen Einfluss und sollten stark gewichtet werden bei der Wahl der Zielgruppen und der Konzeption der Interventionen.
- Mit der Pubertät wird die Ansprechbarkeit der Jugendlichen anspruchsvoller. Oft werden diejenigen, die es am nötigsten hätten, zu wenig erreicht. Positiv auswirken können sich Community-Aspekte, bewegungsfreundliche Verhältnisse und der Fokus auf besonders gefährdete Zielgruppen. Gerade an den Berufsschulen und in der Lehre bestehen grosser Handlungsbedarf, aber auch grosse Herausforderungen: Das Schulsetting ist hoch kondensiert, vermehrte Ansprache könnte auch via Community oder Betriebe geschehen.
- Bezüglich der Übergewichtsproblematik von Jugendlichen ist Früherkennung ein wichtiges Thema; solche Karrieren sollten bereits in einer frühen Phase erkannt werden. Ein grosses Problem diesbezüglich sind fehlende Behandlungs-/Interventionspfade: Die Kinderärztinnen und -ärzte sehen die Dinge, aber es gibt zu wenig Anschlussprozesse. Hier lohnt sich eine Koordination mit den Bemühungen im Interventionsbereich Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV), zum Beispiel mit dem Projekt «Starke Familie».
- Es empfiehlt sich, Interventionsstrategien im Zusammenspiel mit den anderen Interventionsbereichen (Prävention in der Gesundheitsversorgung, betriebliches Gesundheitsmanagement) und mit Blick auf eine Strategie gegenüber den vulnerablen Gruppen zu entwickeln.

¹ Befragte Expertinnen und Experten: Prof. Dr. Dagmar L'Allemand, Leitende Ärztin, Pädiatrische Endokrinologie/Diabetologie, Ostschweizer Kinderspital; Prof. Dr. Dr. Christine Joisten, Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft, Deutsche Sporthochschule Köln; Dr. Robert Sempach, bis 2021: Leitung Soziales, Migros-Genossenschafts-Bund, Projektleiter Netzwerk Caring Communities; Dr. Hanspeter Stamm, Partner, Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG; Dr. Eva Würfel, Stv. Leiterin und Schulärztin, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Basel-Stadt.

ABBILDUNG 3.5

Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher auf verschiedenen Schulstufen (Basel, Bern, Zürich zusammen, Schuljahr 2017/18, n= 13 916)¹

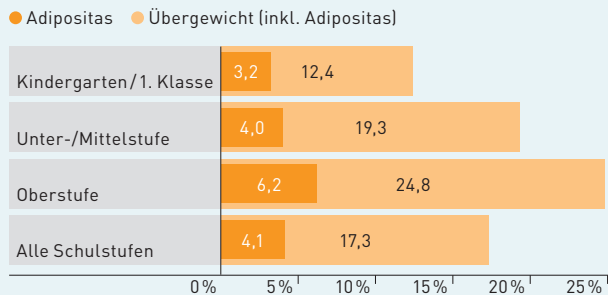


ABBILDUNG 3.6

Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder auf verschiedenen Schulstufen (Basel, Bern, Zürich zusammen, Schuljahr 2018/19, n= 14 531)¹

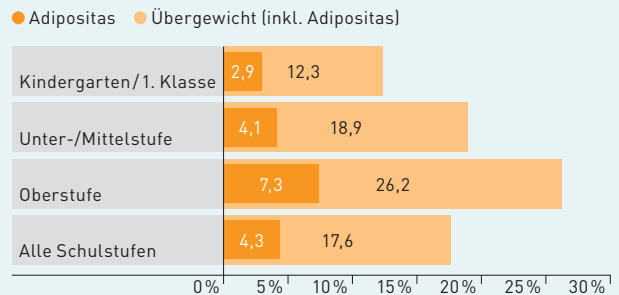


ABBILDUNG 3.7

Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder auf verschiedenen Schulstufen (Basel, Bern, Zürich zusammen, Schuljahr 2019/20, n= 14 197)¹

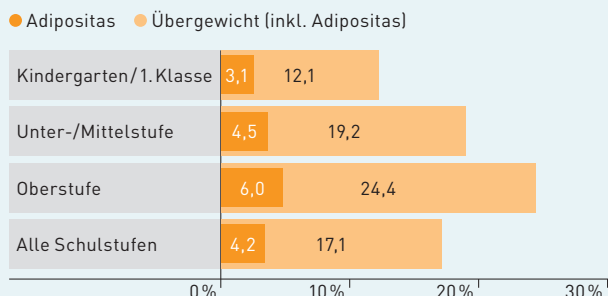
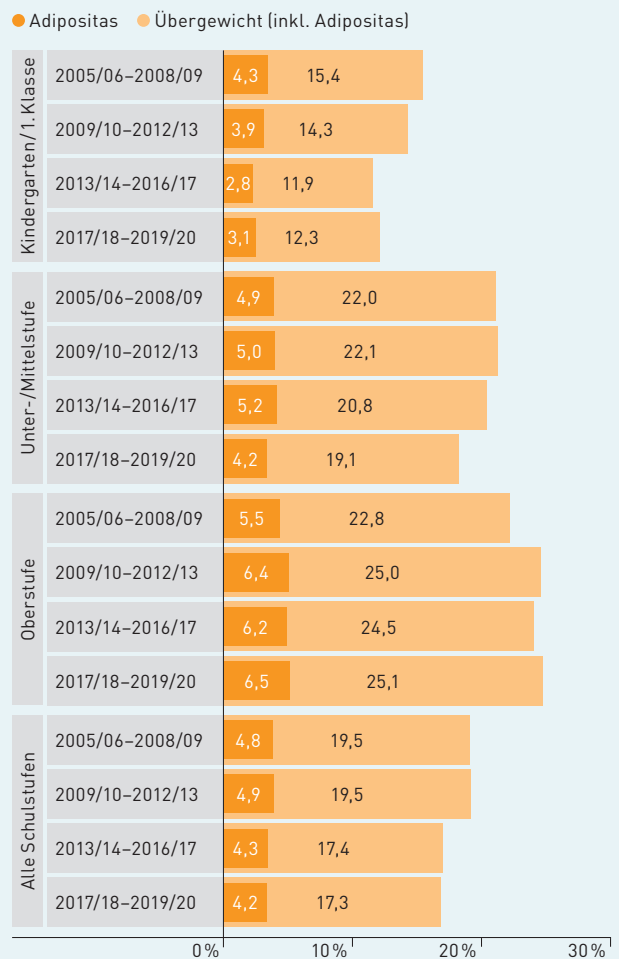


ABBILDUNG 3.8

Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder auf verschiedenen Schulstufen (Basel, Bern, Zürich zusammen), Vergleich von vier Perioden*



¹ Hinweis: Die Kategorie «Übergewicht» beinhaltet immer auch die adipösen Kinder und Jugendlichen. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Schulstufen sind sowohl beim Übergewicht wie bei der Adipositas statistisch signifikant mit $p < .05$.

* Die ersten drei Perioden umfassen je vier Untersuchungsjahre, die letzte dagegen nur deren drei.



Exkurs

BMI-Monitoring unter Corona-Bedingungen

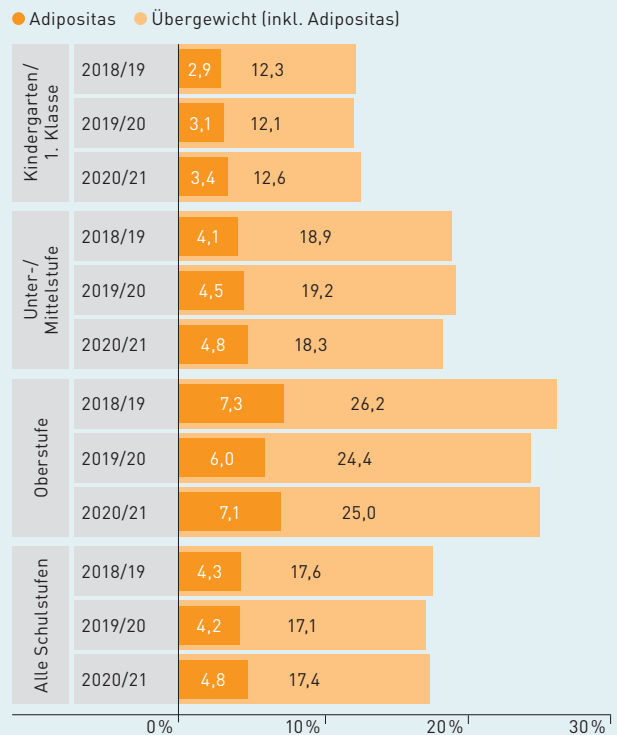
- **Hanspeter Stamm**, Lamprecht & Stamm
Sozialforschung und Beratung AG Zürich

Aus den Analysen des BMI-Monitorings [3.69] geht hervor, dass im Schuljahr 2020/21 die Gesamtprävalenz von Übergewicht und Adipositas mit 17,4 % nur geringfügig über dem Vorjahreswert von 17,1 % liegt (Abbildung 3.9). Die vorliegenden Resultate deuten auf den ersten Blick nicht auf einen «Corona-Effekt» hin. Das heisst: Weder der Lockdown und die Schulschliessungen im Frühling 2020 noch die eingeschränkten Sport- und Bewegungsangebote während der Covid-19-Pandemie haben bislang zu einem Anstieg der Übergewichtsprävalenz geführt.

Eine Zusatzanalyse deutet jedoch auf einen kurzfristigen «Corona-Effekt» hin: Der Anteil übergewichtiger und insbesondere adipöser Kinder und Jugendlicher ist nämlich dort besonders deutlich angestiegen, wo die schulärztlichen Untersuchungen kurz nach den Sommerferien 2020 und damit in zeitlicher Nähe zum Lockdown stattfanden, während dies in den Schulen mit einem späteren Untersuchungstermin nicht der Fall ist. Unabhängig davon ist der Anstieg des Anteils adipöser Kinder unmittelbar nach dem Lockdown bedeutsam. Die Corona-Massnahmen scheinen doch erhebliche Auswirkungen auf Kinder gehabt zu haben, welche bereits von Übergewicht betroffen waren.

ABBILDUNG 3.9

Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder auf verschiedenen Schulstufen, 2018/19 bis 2020/21 (Basel, Bern, Zürich zusammen)



Fallzahlen: Schuljahr 2018/19: n = 14 531; Schuljahr 2019/20: n = 14 197; Schuljahr 2020/21: n = 12 843. Schuljahr 2020/21 ohne Mittelstufe in Basel.

Die Unterschiede zwischen den Schulstufen sind in den drei Untersuchungsjahren statistisch signifikant mit $p < .05$. Unterschiede in der Adipositas sind signifikant für die Oberstufe zwischen den Schuljahren 2018/19 und 2019/20 sowie über alle Stufen für die Schuljahre 2019/20 und 2020/21. Übrige Unterschiede sind nicht signifikant.



Weiterführende Informationen zum Thema BMI-Monitoring

- [Website BMI-Monitoring](#)
- [Faktenblatt 69: Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich 2020/21](#)
- [Arbeitspapier 58: Vergleichendes Monitoring der Gewichtsdaten von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz](#)
- [Arbeitspapier 45: Gesundes Körpergewicht bei Kindern und Jugendlichen](#)

4 Gesundheitliche Chancengleichheit

- **Dominik Weber**, Gesundheitsförderung Schweiz

Die mit einer orangen Linie markierten Abschnitte dieses Kapitels sind identisch mit dem Kapitel 4 im Bericht 8 [Gesundheitsförderung bei Kindern](#).

In der Schweiz sind die Bedingungen für ein langes und gesundes Leben so gut wie in wenigen anderen Ländern. Das gilt aber nicht für alle Bevölkerungsgruppen in gleichem Masse. Wie gesund wir aufwachsen, leben und altern, hängt weltweit und auch in der Schweiz entscheidend von sozialen Merkmalen ab:

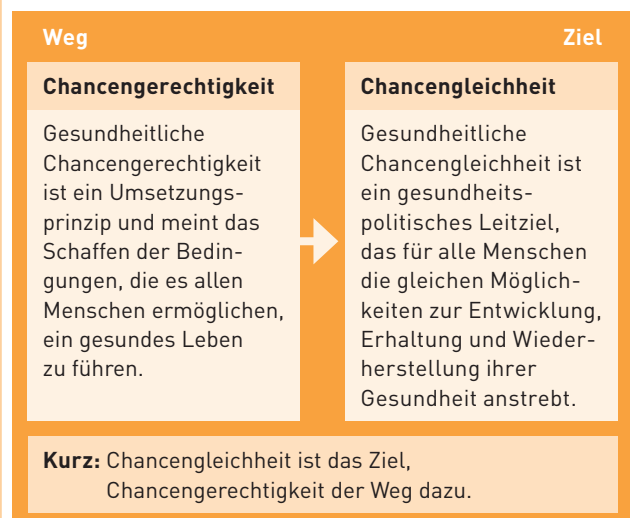
- Jugendliche in der Oberstufe, deren Eltern keinen Lehrabschluss haben, sind rund dreimal häufiger von Übergewicht betroffen als Jugendliche, deren Eltern einen höheren Schulabschluss besitzen [4.1].
- Männliche Jugendliche und junge Männer zwischen 15 und 24 Jahren sind häufiger ausreichend physisch aktiv oder gelten als «trainiert» als gleichaltrige Frauen (88% vs. 77%) [4.2].
- Weibliche Jugendliche und junge Frauen zwischen 15 und 24 Jahren essen häufiger mindestens drei Portionen Früchte und Gemüse pro Tag als gleichaltrige Männer (57% vs. 46%) [4.2].
- Jugendliche und junge Erwachsene mit Migrationshintergrund berichten häufiger als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund von einer mittleren bis hohen psychischen Belastung (20,2% vs. 11,5%) und von mittleren bis schweren Depressionssymptomen (11,8% vs. 6,7%) [4.3].
- Homosexuelle Jugendliche erkranken im Vergleich zu ihren heterosexuellen Peers fünfmal häufiger an Depressionen und unternehmen fünfmal häufiger einen Suizidversuch [4.4].

Diese Unterschiede sind weder zufällig noch biologisch begründet. Sie sind vielmehr sozialisationsbedingt und/oder folgen einem klaren sozialen Muster: Wer sozial benachteiligt ist, leidet häufiger unter schlechter Gesundheit und hat eine tiefere Lebenserwartung als gesellschaftlich besser gestellte Personen. Weil diese Unterschiede sozial bedingt sind, werden sie als weitgehend vermeidbar und ungerecht bezeichnet [4.5, 4.6]. Wir sprechen deshalb von gesundheitlicher Ungerechtigkeit (Health inequities) [4.7].

Gesundheitliche Ungerechtigkeiten fordern die Gesellschaft zum Handeln auf. Denn ungleiche gesundheitliche Chancen widersprechen dem Selbstverständnis und den staatlichen Grundprinzipien der Schweiz (z. B. Artikel 2 Absatz 3 der Bundesverfassung, wonach allgemein eine möglichst grosse Chancengleichheit gewährleistet werden soll), sie gefährden die soziale Kohäsion und sie führen zu unnötigen und substanziellen Mehrkosten [4.7]. Kein Land kann es sich deshalb leisten, ungleiche gesundheitliche Chancen nicht anzugehen [4.8].

ABBILDUNG 4.1

Begriffsklärung: Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit





Corona und Chancengleichheit

Die Pandemie wirkt wie ein Brennglas auf Benachteiligungen in der Gesellschaft: Sie hat weniger neue Ungleichheiten hervorgebracht als vielmehr bestehende Ungleichheiten verschärft.

Im Gesundheitsbereich gilt «same script, different illness»: Die Auswirkungen von Corona folgen gängigen epidemiologischen Mustern, das heisst, die einleitend genannten sozialen Merkmale und das Ausmass der Betroffenheit von Corona korrelieren.

Empirisch sehen wir sozial bedingte Unterschiede unter anderem bezüglich der folgenden Indikatoren:

- Ansteckung mit und Schwere des Verlaufs von Covid-19 [4.28–4.30]
- Gesundheitskompetenz im Hinblick auf Covid-19 [4.31]
- Betroffenheit von den Auswirkungen der Schutzmassnahmen [4.32–4.34]
- Impfbereitschaft [4.35–4.38]



Weiterführende Informationen zum Thema Chancengleichheit

- Grundlagenbericht «[Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz](#)»
- Kurzversion des Grundlagenberichts: «[Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention](#)»

4.1 Gesundheitliche Chancengleichheit fördern durch chancengerechte Massnahmen

Die Gesundheitsförderung und die Prävention erreichen eher Gruppen mit mittlerem oder hohem sozioökonomischem Status [4.9–4.11]. Die Angebote der Gesundheitsförderung kommen folglich oft nicht bei jenen sozialen Gruppen an, die am meisten davon profitieren würden [4.11].

Es gehört deshalb zu den prioritären Zielen der Gesundheitsförderung, die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen. In der Schweiz ist dieses Ziel

unter anderem in der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2030, der NCD-Strategie und der Suchtstrategie festgeschrieben.

Gesundheitliche Chancengleichheit heisst nicht, dass alle Menschen gleich gesund sein sollen: Anstelle von Gleichheit im Ergebnis («gleiche Gesundheit für alle») fordert sie Gleichheit hinsichtlich von Möglichkeiten und Voraussetzungen («gleiche Chancen auf Gesundheit für alle»).

4.2 Entstehung sozial bedingter Unterschiede in der Gesundheit

Um zu erkennen, wo Gesundheitsförderung und Prävention ansetzen können, um gesundheitliche Ungerechtigkeit zu reduzieren, müssen wir zuerst verstehen, wie diese entsteht und sich reproduziert. Im Folgenden wird ein allgemeines – das heisst zielgruppenübergreifendes – Erklärungsmodell vorgestellt.

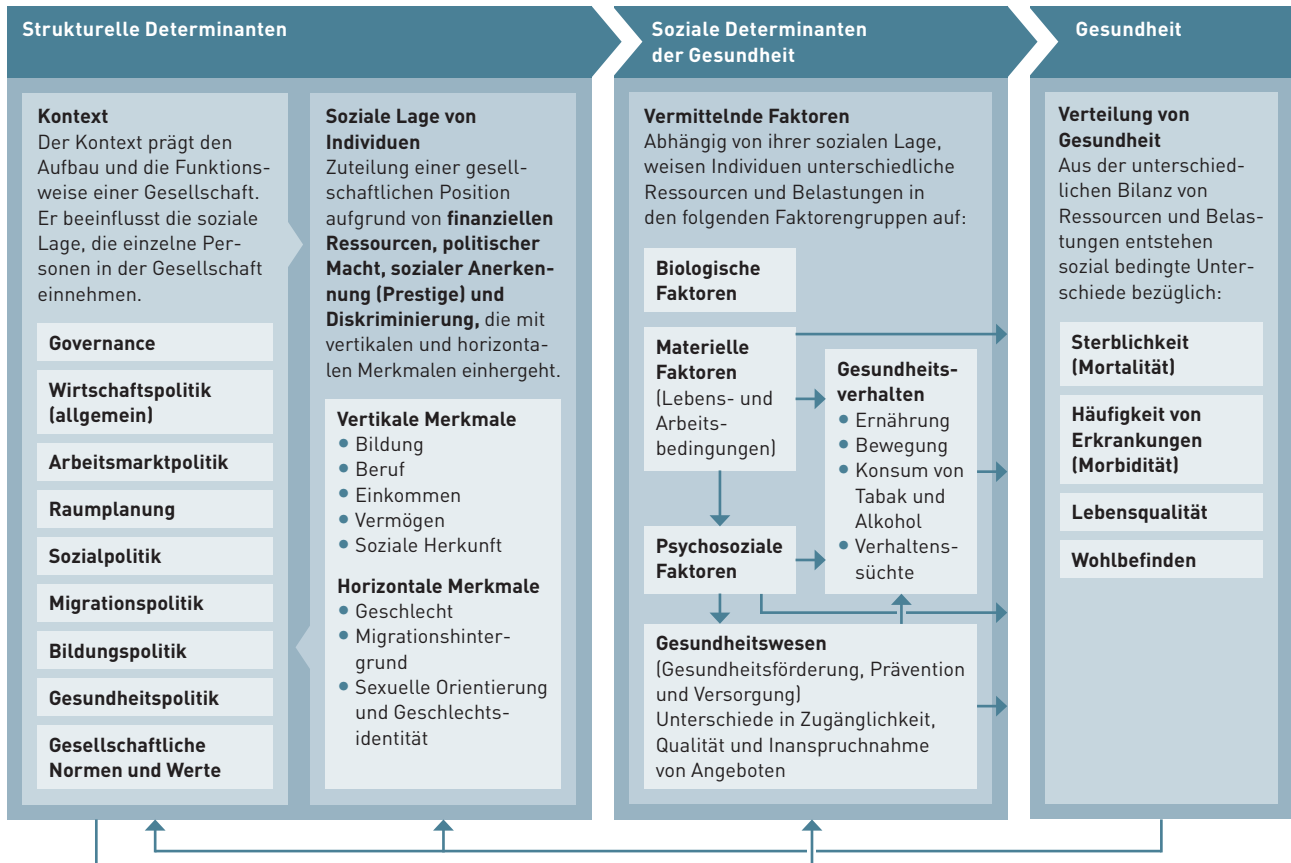
Beispielsweise macht uns ein hohes Einkommen nicht automatisch gesünder. Vielmehr wirkt ökonomische Ungleichheit in komplexer – und nicht immer eindeutig erklärbarer – Weise auf unser Leben und damit auch auf unsere Gesundheit. Das folgende Modell (Abbildung 4.2) versucht, in vier Schritten zu erklären, wie gesundheitliche Ungerechtigkeit entsteht (für eine eingehende Diskussion siehe [4.7]).

Das Modell verdeutlicht: Soziale Ungleichheit – also die ungleiche Verteilung von materiellen und immateriellen Ressourcen in einer Gesellschaft – wirkt sich eindeutig auf die Gesundheit aus. Gesundheitliche Ungerechtigkeit ist damit nicht bloss ein individuelles, sondern insbesondere ein soziales Problem. Auch das Gesundheitsverhalten – oft die direkte Ursache von Erkrankungen – hängt nicht allein von einem starken Willen ab, sondern ist entscheidend von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen geprägt.

Selbstverständlich ist die persönliche Verantwortung auch in Gesundheitsfragen zentral und deshalb gezielt zu stärken. Gleichzeitig müssen wir anerkennen, dass sich ein soziales Problem nicht allein mit Massnahmen lösen lässt, die bei einzelnen Personen ansetzen (Verhaltensebene). Insbesondere braucht es Bedingungen, die es allen Menschen erlauben, gesund zu sein, zu werden und zu bleiben (Verhältnisebene).

ABBILDUNG 4.2

Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungerechtigkeit



Im Modell wurden nur die Wirkungsrichtungen abgebildet, die für die Entstehung von gesundheitlicher Ungerechtigkeit entscheidend sind. Daneben gibt es zahlreiche weitere Wirkungsrichtungen (z. B. zwischen biologischen Faktoren und dem Gesundheitsverhalten oder vom Gesundheitsverhalten zurück zu den psychosozialen Faktoren).

Quelle: [4.7]

4.3 Was die Gesundheitsförderung tun kann

Eine nachhaltige Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit bedingt erstens eine Reduktion von sozialer Ungleichheit aufgrund von Merkmalen wie Einkommen, Bildung, Geschlecht, Migrationshintergrund, sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität. Entsprechende Massnahmen liegen in der Regel ausserhalb der Gesundheitspolitik und im Einflussbereich der Arbeitsmarkt-, Sozial- und Bildungspolitik. Es ist aber Aufgabe der Akteurinnen und Akteure des Gesundheitsbereichs, andere Politikbereiche entsprechend zu sensibilisieren (Agenda-Setting) und gezielte (multisektorale) Zusammenarbeiten anzustossen.

Zweitens wird empfohlen, die sozialen Gesundheitsdeterminanten für alle Menschen gesundheitsförderlich zu gestalten – also die Bedingungen, unter denen Menschen aufwachsen, leben, spielen, arbeiten und altern. Entsprechende Massnahmen liegen auch im Einflussbereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei gilt es, sowohl die Ressourcen und die Handlungsfähigkeit von sozial benachteiligten Menschen zu fördern als auch deren Belastungen abzubauen. Geschehen kann dies in den folgenden Bereichen [4.7]:

- Materielle Lebens- und Arbeitsbedingungen
- Psychosoziale Faktoren
- Gesundheitsverhalten und -kompetenz
- Gesundheitswesen

Eine wichtige Rolle spielen dabei die Früherkennung von besonderen Belastungsfaktoren und entsprechende Frühinterventionen. Auf seiner Website bietet das BAG praxisorientiertes Wissen und Leitfäden für die Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen.

4.4 Bewährte Massnahmen und Erfolgskriterien

Aufgrund der unterschiedlichen Alterungsverläufe und der ungleichen gesundheitlichen Chancen sollten universelle Massnahmen, die sich an die Gesamtbevölkerung richten, die gesellschaftliche Diversität und die unterschiedlichen Handlungsvoraussetzungen berücksichtigen («Öffnung von Angeboten»). Ergänzend kann es zielführend sein, zielgruppenspezifische Massnahmen zu konzipieren und umzusetzen. Interventionsansätze, die nachweislich die gesundheitlichen Chancen von benachteiligten Menschen verbessern, werden später im Bericht und spezifisch für die folgenden Themen vorgestellt:

- Bewegung ([Kapitel 6](#))
- Ernährung ([Kapitel 7](#))
- Psychische Gesundheit ([Kapitel 8](#))

Der Erfolg dieser Interventionsansätze hängt massgeblich davon ab, wie sie konzipiert, umgesetzt und evaluiert werden. In der [Kurzfassung](#) des Berichts «Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz» werden die Erfolgskriterien zusammengefasst, welche die Wirksamkeit von Massnahmen mit sozial benachteiligten Gruppen nachweislich erhöhen. Entscheidend sind dabei besonders die folgenden Erfolgskriterien:

- Die **Partizipation** der Zielgruppe in allen Phasen der Intervention bzw. des Projekts (von der Konzeption und Planung über die Umsetzung bis hin zur Evaluation) [4.12, 4.13].
- **Beziehungsgeleitete Arbeit:** Professionelle und informelle Verbindungspersonen und -institutionen bewähren sich als «Brückenbauer» und vereinfachen den Zugang zu benachteiligten Gruppen [4.14, 4.15]. Entscheidend ist, dass diese Verbin-

dungspersonen in einem Vertrauensverhältnis zur Zielgruppe stehen (wie z. B. Fachpersonen aus Gesundheit und Medizin, NGOs wie SRK, Caritas und HEKS, Vereine und Schlüsselpersonen sowie Familienmitglieder, Nachbarinnen und Nachbarn). Wichtig ist, dass die Leistungen von formellen wie informellen Vermittlungsinstanzen materiell oder symbolisch honoriert werden [4.16].

- Erfolgversprechend sind **vielfältige Angebote** und deren **inhaltliche und sprachliche Anpassung** an die Zielgruppe und deren soziokulturelle Lebenswelt. Dazu gehören beispielsweise Informationsmaterial in verständlicher Sprache oder in unterschiedlichen Migrationssprachen, an der Lebenswelt orientierte Inhalte, Kursleitende aus dem soziokulturellen Umfeld der Teilnehmenden («peer educators») und die Durchführung in Settings der spezifischen Gemeinschaften (z. B. in Kirchen und Migrationsvereinen) [4.12, 4.17–4.21].
- Die Nutzung von Angeboten fällt leichter, wenn diese **möglichst konkret und niederschwellig** sind, das heisst Informationen praxisbezogen und leicht umsetzbar sind wie Schritt-für-Schritt-Anleitungen zur Verhaltensänderung [4.20, 4.21].
- Strukturelle Massnahmen – zum Beispiel im Ernährungs- und Bewegungsbereich – entfalten meist erst dann eine Wirkung, wenn sie mit Interventionen auf individueller Ebene kombiniert werden, zum Beispiel in Form von Information und Sensibilisierung (**Kombination von Verhältnis- mit Verhaltensmassnahmen**) [4.22–4.26].
- Um gleiche gesundheitliche Chancen nachhaltig und wirksam zu fördern, braucht es das Engagement von unterschiedlichen Politikbereichen. Das Prinzip «**Health in All Policies**» (Gesundheit in allen Politikbereichen) ist deshalb ebenso zu stärken wie die **multisektorale Zusammenarbeit** und die **kleinräumige Koordination** [4.13].
- Um die Entwicklung von gesundheitlicher Ungerechtigkeit besser zu verstehen und wirksame Massnahmen zu fördern, sind das **Monitoring** und die **Evaluation** von Massnahmen und erzielten Fortschritten wichtig.



Praxisbeispiele aus der Schweiz

«Roundabout» (CH); «GLL – Das andere Schulprojekt» (CH); Suizidpräventionskampagne «Reden kann retten» (ZH); «My Perspective» (CH); «Più Forte» (TI); «Queere Jugendplattform» (CH); «Unterstützungsangebot für Young Carers» (CH); «Femmes-Tische» und «Männer-Tische» (CH)



Orientierungsliste von Gesundheitsförderung Schweiz

Gesundheitsförderung Schweiz veröffentlicht mit der [Orientierungsliste](#) regelmässig eine Übersicht über aktuelle und bewährte Massnahmen und Projekte in der Gesundheitsförderung. Sie umfasst Massnahmen auf den Ebenen Intervention, Policy, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit.

4.5 Definition von Zielgruppen

Das Ziel der Gesundheitsförderung ist stets, die Gesundheit der ganzen Bevölkerung zu verbessern – allerdings fällt ihr Engagement idealerweise umso intensiver aus, je stärker einzelne Bevölkerungsgruppen benachteiligt sind (Prinzip des sogenannten **proportionalen Universalismus**) [4.8].

Welche Merkmale zu besonderer Benachteiligung führen, ist themenabhängig und kann sich unterscheiden, je nachdem, ob wir das Bewegungsverhalten, Suizide oder die Nutzung von medizinischer Früherkennung betrachten.

Statistiken aus der Schweiz zeigen, dass wir insbesondere die folgenden ungleichheitsrelevanten Merkmale in den Blick nehmen müssen, wenn wir ungleiche gesundheitliche Chancen analysieren [4.27]: den sozioökonomischen Status (SES), also Bildung, Berufsstatus, Einkommen, Vermögen und soziale Herkunft (Elternhaus), aber auch Geschlecht, einen allfälligen Migrationshintergrund sowie die sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität (LGBTIQ+-Community).

Bei der Definition von Zielgruppen ist Folgendes zu beachten:

- Die Lebenssituation, Ressourcen und Belastungen einer Person lassen sich gemeinhin nicht nur auf ein Merkmal zurückführen. Im Beispiel der Migrationsbevölkerung ist es offensichtlich, dass sich die Lebenssituation einer deutschen Schülerin fundamental unterscheidet von der eines geflüchteten Jugendlichen aus Eritrea. Die Gesundheit einer Person wird also nicht allein oder primär vom Merkmal «Migrationshintergrund» beeinflusst, sondern gerade auch von der Bildung, dem Einkommen, Geschlecht und Migrationsstatus. Die Zielgruppe eines Projekts ist mit «die Migrationsbevölkerung» deshalb oft nur unzureichend umrissen. In der Regel gilt: Je mehr ungleichheitsrelevante Merkmale eine Person aufweist, umso wahrscheinlicher sind Krankheiten und umso kürzer ist die Lebenserwartung. Überschneidungen von sozialen Merkmalen sind deshalb bei der Zielgruppendefinition besonders zu beachten (**Intersektionalität**).
- Gesundheitsdaten belegen einen Zusammenhang zwischen ungleichheitsrelevanten Merkmalen und der Gesundheit (z. B. «Teile der Migrationsbevölkerung sind häufiger von Erkrankungen betroffen»), erklären diesen in der Regel aber nicht. Es braucht deshalb weiterführende Analysen, um zu bestimmen, was tatsächlich für ein erhöhtes Krankheitsrisiko verantwortlich ist. Sind – im Beispiel der Migrationsbevölkerung – fehlende Kenntnisse einer Landessprache, mangelnde soziale und ökonomische Integration, ein prekärer Aufenthaltsstatus oder andere Faktoren entscheidend?

Massnahmen werden umso wirksamer, je differenzierter unser Bild der Zielgruppe ist und je genauer die konkreten Ressourcen und Belastungen der Zielgruppe berücksichtigt werden.



Weiterführende Informationen zum Thema Chancengleichheit

Im Grundlagenbericht [Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz](#) [4.7] werden folgende Themen eingehender diskutiert:

- Argumente für die Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit
- Begriffliche und konzeptuelle Klärungen in einem komplexen – und oft schwammigen – Thema
- Inputs zur systematischen Planung einer chancengerechten Gesundheitsförderung
- Evidenzbasierte Interventionsansätze und praktische Erfolgskriterien

Kurzversion des Grundlagenberichts:

[Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention](#)

Weitere Publikationen zum Thema:

- Faktenblatt 19: [Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Gesundheitsförderung und Prävention](#)
- Arbeitspapier 59: [Wie erheben wir Geschlecht, Migrationshintergrund und sozioökonomischen Status?](#)
- Bericht [Gesundheitskompetenz in herausfordernden Kontexten](#)
- Faktenblatt 62: [Evaluation 2019–2021 «Femmes-Tische und Männer-Tische»](#)
- Arbeitspapier 48: [Partizipation in der Gesundheitsförderung](#)



Individuelle Beeinträchtigungen und Chancengleichheit

Menschen können aus zwei Gründen gesundheitlich vulnerabel sein: soziale Benachteiligung und/oder individuelle Beeinträchtigung [4.7]. Dieses Kapitel fokussiert auf Menschen, die aufgrund von sozialer Benachteiligung gesundheitlich vulnerabel sind (z. B. aufgrund der Bildung, des Einkommens, eines Migrationshintergrunds, der Geschlechtsidentität oder sexuellen Orientierung). Ebenso wichtig ist die gesundheitliche Vulnerabilität aufgrund von sogenannten individuellen Beeinträchtigungen. Beispielsweise können physische Beeinträchtigungen (wie eine bestehende Krankheit oder Behinderung) oder psychische Beeinträchtigungen (wie Traumatisierungen oder die Betreuung von Angehörigen) das Auftreten von (weiteren) Krankheiten und Einschränkungen begünstigen [4.7]. Zu beachten ist, dass individuelle Beeinträchtigungen (wie Behinderungen) auch mit sozialer Benachteiligung einhergehen können.

Nehmen wir das Beispiel der körperlichen Beeinträchtigungen: Das [Bundesamt für Statistik](#) schätzt, dass 2019 gut 22 % der Menschen in der Schweiz mit einer Behinderung lebten und rund 5 % sogar stark eingeschränkt waren. Diese Anteile an der Bevölkerung sind in jungen Jahren tiefer und steigen mit zunehmendem Alter. Menschen mit Handicap weisen ein erhöhtes Risiko für (weitere) psychische, physische, kognitive und sensorische Erkrankungen und Einschränkungen auf ([WHO](#)). Auch die Eltern von Kindern mit Handicap erleben oft zusätzliche Herausforderungen. Ein Einführungstext zum Thema [«Inklusion und Gesundheitsförderung»](#) findet sich auf der Website der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.



Exkurs

Young Carers

- **Agnes Leu**, Careum Hochschule Gesundheit
- **Hannah Wepf**, Careum Hochschule Gesundheit

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die Betreuungs- oder Pflegeaufgaben für Nahestehende mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung übernehmen, werden in der Fachliteratur Young (Adult) Carers genannt [4.39]. Der Grund für die Übernahme der Betreuungsrolle ist beispielsweise eine körperliche oder psychische Erkrankung, eine kognitive Beeinträchtigung, Altersgebrechlichkeit oder eine Sucht der betreuten Person. Bei der unterstützten Person handelt es sich meist um ein Familienmitglied (Eltern-/Grosselternanteil oder Geschwister) oder eine andere nahestehende Person. Einige Young Carers unterstützen mehrere Personen.

Forschungsergebnisse belegen, dass in der Schweiz rund 8% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 9 bis 15 Jahren eine Betreuungsrolle haben [4.40]. Bei jungen Menschen im Übergang ins Erwachsenenalter scheint der Anteil noch höher zu liegen [4.41]. Bei den Mädchen ist die Prävalenz etwas höher als bei den Jungen [4.40]. Die Unterstützungsrollen der jungen Menschen umfassen ein breites Spektrum an Aufgaben (praktische Aufgaben im Haushalt, persönliche und körperliche Betreuung und Pflege, emotionale Unterstützung, administrative Aufgaben, Geschwisterbetreuung usw.). Viele Young Carers übernehmen diese Aufgaben nicht freiwillig, sondern aus der Not heraus, weil Alternativen fehlen. Es fehlen passende, zugängliche und finanzierbare Pflegearrangements oder erwachsene Personen aus dem Familien- und Freundeskreis [4.39].

Nationale und internationale Studienergebnisse belegen, dass eine Unterstützungsrolle für die jungen Menschen viele Herausforderungen mit sich bringt, die sich längerfristig auf ihre eigene Gesundheit, Entwicklung und Chancengleichheit auswirken können (Übersichten bieten [4.39, 4.42, 4.43]). Jedoch ist hervorzuheben, dass viele Young Carers auch positive Aspekte der Betreuung identifizieren (z. B. [4.44, 4.41]).

Eine der grossen Herausforderungen bei der Identifikation von Young Carers ist, dass viele von ihnen «unsichtbar» bleiben (wollen). Die Situation von Young Carers findet in der Schweiz wie auch vielen anderen Ländern bisher wenig Beachtung in der Öffentlichkeit und auf politischer Ebene [4.45–4.47]. Zudem verläuft die Übernahme der Unterstützungsrolle in vielen Fällen graduell und wird daher von den Young Carers selbst nicht bewusst wahrgenommen [4.48]. Das Gefühl von Normalität sowie weitere Gründe können dazu führen, dass die Unterstützungsrolle verborgen bleibt.

Die am häufigsten genannten Bedürfnisse von 9- bis 15-jährigen Young Carers nach Unterstützung sind Hilfe für den Notfall, Informationen und Tipps für Notfälle sowie zu Betreuungsaufgaben, Ermöglichung von Hobbys und nach der eigenen Meinung gefragt zu werden [4.49]. 16- bis 25-jährige betreuende Angehörige äusserten am häufigsten den Wunsch nach Hilfe für den Notfall, Hilfe für die Familie und andere nahe Personen, Rat bei Geld- und Versicherungsangelegenheiten, Gesprächen mit Gesundheitsfachpersonen und Austausch mit Menschen in einer ähnlichen Situation [4.49]. Es gibt wenige Angebote, die spezifisch auf die Zielgruppe der Young Carers ausgerichtet sind [4.46]. Aktuell wird insbesondere das Angebot «YC-Get-together» genutzt. Ein weiteres nationales Angebot ist in Erarbeitung: [Schweizweite Netzwerkkarte](#).

5 Digitale Medien

- **Jael Bernath**, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
- **Daniel Süss**, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

In diesem Kapitel wird aufgezeigt, weshalb in der Gesundheitsförderung auch auf die digitale Welt von Jugendlichen und jungen Erwachsenen eingegangen werden sollte. Digitale Medien sind nicht mehr aus deren Leben wegzudenken und können neue Möglichkeiten zur Intervention und Prävention bieten. Es wird dargestellt, welche Bedeutung digitale Medien im Leben von Jugendlichen in der Schweiz haben und welche gesundheitlichen Chancen und Risiken mit ihrer Nutzung einhergehen können. Empfehlungen für Eltern und Fachpersonen zur Förderung von Medienkompetenz werden formuliert. Zuletzt wird aufgezeigt, wo sich im Zusammenhang mit digitalen Medien neue Möglichkeiten für die Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ergeben.

5.1 Medienumgang

Digitale Medien spielen im Leben von Jugendlichen in der Schweiz eine zentrale Rolle. Anhand aktueller Ergebnisse der **JAMES-Studie** (Jugend Aktivitäten Medien Erhebung Schweiz) wird im Folgenden dargestellt, wie sich der Medienalltag von Jugendlichen gestaltet [5.1].

Aktuelle Zahlen

Ab einem Alter von 12 Jahren besitzen fast alle Jugendlichen in der Schweiz ein eigenes Smartphone und erhalten damit mehr Kontrolle und Eigenverantwortung über ihre digitalen Aktivitäten. Ein Grossteil ihrer Mediennutzung spielt sich auf dem Smartphone ab, und es wird täglich für eine Vielzahl an praktischen und unterhaltungsorientierten Tätigkeiten genutzt. Beinahe alle Jugendlichen in der Schweiz sind regelmässig (täglich oder mehrmals

pro Woche) im Internet unterwegs, hören Musik und nutzen soziale Netzwerke. Während das klassische Fernsehen in den vergangenen zehn Jahren etwas an Relevanz verloren hat – 2020 sahen noch 60% der Jugendlichen regelmässig fern – erlebten Film- und Video-Anbieter im Internet einen starken Bedeutungszuwachs. Bei den Jugendlichen am beliebtesten sind hier **YouTube** und **Netflix** [5.2]. 2020 war in drei Vierteln aller Schweizer Haushalte, in denen Jugendliche zuhause sind, ein Abonnement vorhanden, welches erlaubt, Filme und Serien zu streamen. Ebenfalls an Bedeutung gewonnen hat das Erstellen von **digitalem Bildmaterial**: 60% der Jugendlichen erstellen regelmässig digitale Fotos (2010: 25%) und 25% digitale Videos (2010: 7%). Dieser Anstieg lässt sich einerseits durch technische Entwicklungen erklären (immer bessere Kameras in Smartphones), andererseits sind Bilder und Videos auch zu einem wichtigen Kommunikationsmittel geworden (siehe [Abschnitt 5.2](#)). Neben diesen dynamischen Entwicklungen hat sich die Bedeutung von **Video-games** über die letzten Jahre kaum verändert. Seit 2010 liegt der Anteil von Jugendlichen, die regelmässig gamen, jeweils bei etwa einem Drittel. Hinsichtlich des Spielens von Videogames zeigt sich



Studien zum Thema Mediennutzung von Jugendlichen

- Alle zwei Jahre liefert die [JAMES-Studie](#) der ZHAW aktuelle und repräsentative Zahlen zur Mediennutzung und Freizeitgestaltung von Schweizer Jugendlichen.
- Entsprechende Daten aus Deutschland werden in der [JIM-Studie](#) jährlich erfasst.
- Einen ausführlichen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu Zusammenhängen zwischen der digitalen Mediennutzung und der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bietet das Kapitel «Digitale Medien: Chancen und Risiken für die Gesundheit» im Nationalen Gesundheitsbericht 2020 [5.6].

zugleich der deutlichste **Geschlechtsunterschied** im **Mediennutzungsverhalten** der Jugendlichen. Während zwei Drittel aller Jungen mehrmals pro Woche gamen, tut dies in dieser Intensität lediglich eines von zehn Mädchen. Jungen schauen sich zudem häufiger Videos im Internet an. Hingegen hören Mädchen etwas häufiger Musik, nutzen soziale Netzwerke und machen deutlich häufiger digitale Fotos und Videos.

Empfehlungen für Eltern und Fachpersonen

Um Risiken der digitalen Mediennutzung zu minimieren und Chancen auszuschöpfen, spielt Medienkompetenz eine zentrale Rolle. **Medienkompetenz** bedeutet das Erlernen eines bewussten und verantwortungsvollen Umgangs mit Medien und schliesst eine Reihe verschiedener Kompetenzen mit ein [5.3]. **Eltern und erwachsene Bezugspersonen** sind Vorbilder im Umgang mit Medien. Der Medienumgang der Kinder sollte immer im Kontext des gesamten Alltags beurteilt werden. Wenn das Kind Freundschaften pflegt, seine Schulleistungen erbringt, sich ausreichend bewegt und genug Schlaf hat, dann sind Medienzeiten eine positive Erweiterung des Erlebens- und Handlungsraums und keine Gefahr. Wenn ein Kind ein Medium zu nutzen beginnt, dann braucht es zuerst eine engere Begleitung, um sich sicher und seinen Bedürfnissen entsprechend in diesem neuen Umfeld zu bewegen. Bringen Eltern für bestimmte Präferenzen ihres Kindes, zum Beispiel gewalthaltige Games, kein Verständnis auf, dann sollten sie mit dem Kind darüber reden, was

ihm daran gefällt und welche Erfahrungen es damit macht. Darauf aufbauend können **gemeinsam Regeln** für den **Umgang** vereinbart werden. In der Schule sollten Medien vielfältig eingesetzt und reflektiert werden, aber es sollte auch bewusst gemacht werden, wann welche Medien nützlich sind und wann ein Medienverzicht weiterführt. Bei Krisenberatungen durch Fachleute empfiehlt es sich, den Medienumgang des Kindes nicht vorschnell als Ursache des Problems zu sehen, sondern auch als Versuch, eine Belastung zu bewältigen, die ganz andere Ursachen haben kann.

5.2 Soziale Medien

Soziale Medien sind ein zentraler Bestandteil des Medienalltags von Jugendlichen. Unter sozialen Medien wird eine grosse Bandbreite an **Online-Plattformen** zusammengefasst, die es Nutzenden erlauben, miteinander zu kommunizieren und selbst generierte Inhalte wie Texte, Fotos und Videos in ausgewählten Gruppen oder öffentlich zu teilen [5.4]. Für Jugendliche besonders relevant sind **soziale Netzwerke**, in denen ein persönliches Profil erstellt und gepflegt werden und man sich in Online-Communitys vernetzen kann. Beinahe alle Jugendlichen in der Schweiz sind bei mindestens einem sozialen Netzwerk angemeldet und nutzen eine entsprechende Plattform regelmässig. 2020 waren **Instagram** und **Snapchat** die beliebtesten sozialen Netzwerke unter Jugendlichen. Bei beiden Plattformen besaßen über 90% der Jugendlichen ein Konto. An dritter Stelle folgte die Plattform **TikTok**, bei der 74% der Jugendlichen angemeldet waren. Bei allen drei Angeboten handelt es sich um Plattformen, bei denen Bilder und Videos als Kommunikations- und Darstellungsmittel im Vordergrund stehen. Die Bedeutung der verschiedenen Plattformen unterliegt einer starken zeitlichen Dynamik. In jüngster Vergangenheit zeigte sich das deutlich am Beispiel von Facebook und TikTok: Während Facebook 2014 noch das beliebteste soziale Netzwerk unter den Jugendlichen war, nutzten es 2020 gerade noch 14% regelmässig, und zwar fast ausschliesslich ältere Jugendliche. Hingegen hat TikTok massiv an Bedeutung gewonnen. 2018 noch von einer kleinen Minderheit genutzt, nutzten es 2020 gut die Hälfte aller Jugendlichen regelmässig. Die Mehrheit der Jugendlichen verwendet soziale Netzwerke eher



Weiterführende Informationen von anderen Anbietenden zum Thema Medienkompetenz

- Die nationale Plattform [Jugend und Medien](#) bietet Broschüren zum Thema Medienkompetenz an, die sich an Eltern, Lehrpersonen und andere Fachpersonen richten. Flyer mit Empfehlungen zum Umgang mit digitalen Medien sind für drei verschiedene Altersgruppen (Kleinkinder, Primarschulkinder, Jugendliche) in 16 Sprachen vorhanden.
- Auch die Website von Sucht Schweiz stellt einen [Leitfaden](#) für Eltern bereit, um Jugendliche im vernünftigen Umgang mit digitalen Medien zu unterstützen.



Weiterführende Informationen von Pro Juventute zum Thema digitale Medien

Aufklärung und Tipps für Kinder und Jugendliche zum Umgang mit digitalen Medien stellt Pro Juventute auf ihrer [Website](#) zur Verfügung.

passiv oder reaktiv; das heisst, es werden Beiträge von anderen angeschaut oder gelikt, persönliche Nachrichten verschickt und geschattet. Nur gerade 10% der Jugendlichen posten regelmässig öffentlich sichtbare Beiträge. Für viele Jugendliche scheint also das Vernetzen und Knüpfen von sozialen Kontakten im Vordergrund zu stehen und weniger die eigene Selbstdarstellung.

Soziale Netzwerke können Jugendliche dabei unterstützen, eine Reihe von **altersspezifischen Entwicklungsaufgaben** zu **bewältigen**. Sie ermöglichen es ihnen, sich mit Gleichaltrigen zu verknüpfen, soziale Kontakte zu pflegen und sich je nach Interessen mit Gleichgesinnten zu vernetzen. Zudem bieten sie eine Probestühne für Identitätswürfe, Selbstreflexion und für einen kreativen Selbstausdruck und können Jugendliche so in der Selbstentfaltung und Identitätsfindung unterstützen [5.5]. Jugendliche sind auf sozialen Netzwerken auch gewissen Risiken ausgesetzt, die im nächsten Abschnitt besprochen werden.

5.3 Chancen und Gefahren

Die Verbreitung neuer digitaler Technologien, wie in jüngerer Vergangenheit zum Beispiel von Smartphones oder sozialen Netzwerken, führt immer wieder zu starken **Veränderungen** in der **Freizeitgestaltung** und im **Mediennutzungsverhalten** von Jugendlichen. Damit einher gehen jeweils auch Befürchtungen, dass sich die Nutzung entsprechender Technologien negativ auf die Gesundheit und Entwicklung von Heranwachsenden auswirken könnte. Während potenziell gesundheitsschädigende Aspekte der Mediennutzung breit erforscht und diskutiert werden, sind potenziell gesundheitsfördernde Aspekte noch deutlich weniger intensiv untersucht.

Risiken der digitalen Mediennutzung

Intensive Bildschirmnutzung kann für die körperliche Gesundheit insbesondere dann negative Folgen haben, wenn sie mit starkem **Bewegungsmangel** einhergeht. Studien zeigen einen klaren Zusammenhang zwischen intensiver Bildschirmnutzung, körperlicher Inaktivität und Übergewicht bzw. Adipositas [5.7, 5.8]. Gleichzeitig geht intensive Bildschirmnutzung oftmals mit längerem Verweilen in ungünstigen Körperhaltungen und mit repetitiven Bewegungsabläufen einher, was das Auftreten von muskuloskelettalen Beschwerden wie Rücken- und Nackenschmerzen begünstigen kann [5.9, 5.10]. Hinweise finden sich auch auf einen Zusammenhang zwischen **abendlicher Bildschirmnutzung und Schlafproblemen** bei Kindern und Jugendlichen [5.11, 5.12]. Die Bildschirmnutzung vor dem Zubettgehen kann insbesondere das Ein-, aber auch das Durchschlafen erschweren. Neben dem blauen Licht der Bildschirme, welches die Ausschüttung des schlaffördernden Hormons Melatonin vermindert, können hier auch spannungsgeladene Inhalte in Filmen oder Games und Störungen durch das eingeschaltete Handy mitverantwortlich sein.

Die intensive Nutzung digitaler Medien wird auch mit einer Reihe von **psychischen Problemen** in Verbindung gebracht. Wenn die Kontrolle über die Internetnutzung und die Balance zwischen Online- und Offline-Tätigkeiten verloren geht, kann sich aus einer intensiven Mediennutzung eine Online-Sucht entwickeln [5.13]. Als klinische Diagnose nach ICD-11 anerkannt ist hierbei die Sucht nach Videospiele und Glücksspielen. Neben der Intensität der Mediennutzung können negative Erfahrungen wie **Cybermobbing** oder **sexuelle Belästigungen** das psychische Wohlbefinden von Jugendlichen beeinträchtigen. 2020 haben ein Viertel aller Jugendlichen bereits in einer Form Cybermobbing erlebt und 44% wurden bereits einmal von einer fremden Person mit unerwünschten sexuellen Absichten kontaktiert. Mädchen sind sowohl von Beleidigungen als auch von sexuellen Belästigungen häufiger betroffen als Jungen [5.1]. Bei den 16- bis 19-Jährigen hat zudem **Sexting** (Versenden von eigenen Nacktbildern) zugenommen, insbesondere bei den Mädchen. Die in sozialen Netzwerken kursierenden Bilder von unrealistischen Schönheits- und Lebensidealen können zudem die Entwicklung eines gesunden Körperbilds und Selbstbewusstseins von Jugendlichen stören [5.14].

Ob sich die Nutzung sozialer Netzwerke in positiver oder negativer Weise auf Jugendliche auswirkt, ist von verschiedenen persönlichen und sozialen Faktoren abhängig und bis heute zu wenig differenziert erforscht. Allgemein sind die beschriebenen Zusammenhänge zwischen digitaler Mediennutzung und negativen Gesundheitsoutcomes mehrheitlich schwach und es fehlen meist längsschnittliche Studien, die Aussagen hinsichtlich der Wirkrichtung dieser Zusammenhänge zulassen [5.6].

Chancen der digitalen Mediennutzung

Die **gesundheitsfördernden Aspekte** der digitalen Mediennutzung sind im Vergleich zu den Gesundheitsrisiken empirisch weitaus **weniger** gut **erforscht**. Medien können zur Stimmungsregulation und Entspannung beitragen und so einen positiven Effekt auf das Wohlbefinden haben. Auch stehen bestimmte Medienerfahrungen mit dem Erleben von Flow im Zusammenhang, einem Zustand der völligen Vertiefung und des Aufgehens in einer Tätigkeit, der mit Vergnügen und Wohlbefinden einhergeht [5.15]. Digitale Medien sind zudem eine wichtige **Ressource** in der **Gesundheitsförderung und Prävention**, aber auch in der **Behandlung** und **Begleitung** von **bestimmten Erkrankungen**. Das Internet dient Jugendlichen als wichtige Quelle zu verschiedenen Gesundheitsthemen, indem es leicht zugängliche Informationen bietet, die zeit- und ortsunabhängig zur Verfügung stehen (siehe [Kapitel 5.4](#)). Für Personen mit Erkrankungen und für deren Angehörige bieten Gruppen in sozialen Netzwerken oder thematische Foren zudem die Möglichkeit, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen, Erfahrungen zu teilen und soziale Unterstützung zu erhalten [5.16]. Darüber hinaus wurden in jüngster Vergangenheit verschiedene **internet- oder appbasierte Präventions- und Interventionsprogramme** entwickelt, die unter anderem zum Ziel haben, die körperliche Aktivität von Jugendlichen zu fördern [5.17] oder Substanzkonsum vorzubeugen [5.18]. Andere Programme wurden gezielt für Jugendliche mit bestimmten Erkrankungen entwickelt, zum Beispiel um das Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen zu verbessern [5.19] oder zur Behandlung und Vorbeugung von Rückfällen von psychischen Erkrankungen wie Depression, Angst- oder Essstörungen [5.20, 5.21]. Für webbasierte verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme bei Kindern und Jugendlichen konnten Studien bereits

positive Effekte aufzeigen [5.22]. Grundsätzlich ist jedoch die Wirksamkeit vieler internet- und app-basierter Gesundheitsinterventionen zu wenig erforscht und es **fehlen Studien**, die eine nachhaltige **Wirksamkeit** aufzeigen können [5.6].

5.4 Digitale Medien und Gesundheitsförderung

Digitale Medien stellen auch für die Gesundheitsförderung bei Jugendlichen einen zentralen Handlungsraum dar. Websites, soziale Netzwerke und Videoportale sind für Jugendliche und junge Erwachsene in den letzten Jahren zu den wichtigsten Informationsquellen geworden, während klassische Informationsangebote wie Tageszeitungen, Zeitschriften, aber auch Fernseh- und Radiosendungen zunehmend an Bedeutung verloren haben [5.1].

Studien zeigen, dass in technologisierten Ländern die Hälfte bis drei Viertel aller Jugendlichen das Internet nutzen, um nach **Gesundheitsinformationen** zu suchen [5.23–5.25]. Häufig recherchierte Themen sind **psychische Gesundheit, Sexualität, Fitness und Ernährung** [5.23, 5.25]. Das Internet bietet den Jugendlichen Informationen, die kostengünstig und leicht zugänglich sind und zu jeder Zeit abgerufen werden können. Zudem können die Jugendlichen **anonym** an Informationen gelangen, was gerade bei sensiblen oder schambehafteten Themen einen zusätzlichen Vorteil darstellt. Neben diesen Vorteilen birgt die Informationssuche im Internet aber auch gewisse Risiken. Die **Menge** an Informationen ist schier **unendlich** und die **Qualität** verschiedener Angebote sehr **heterogen**. Die Vertrauenswürdigkeit und Verlässlichkeit einer Informationsquelle zu erkennen ist anspruchsvoll und erfordert von Jugendlichen ein hohes Mass an verschiedenen Kompetenzen, die unter dem Begriff **«eHealth literacy»** (digitale Gesundheitskompetenzen) zusammengefasst werden können. Norman und Skinner [5.26] definieren eHealth literacy als «die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen aus elektronischen Quellen zu suchen, zu finden, zu verstehen und zu bewerten und das gewonnene Wissen zur Lösung eines Gesundheitsproblems einzusetzen». Spätere Arbeiten [5.27, 5.28] erweiterten das Kompetenzmodell von Norman und Skinner um eine soziale Komponente. Sie betonen, dass «eHealth literacy» nicht nur von individuellen Fähigkeiten bestimmt wird, sondern auch von soziodemografischen Aspekten und den

vom sozialen System gegebenen Voraussetzungen, wie dem Gesundheitssystem oder der Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von passenden Angeboten. Für die Gesundheitsförderung eröffnen sich somit zwei Handlungsfelder [5.29]: Einerseits soll auf **individueller Ebene** die **digitale Gesundheitskompetenz** von Jugendlichen gefördert werden, indem ihnen beispielsweise Suchstrategien vermittelt werden und gezeigt wird, wie sie zwischen Falschmeldungen und qualitativ hochwertigen Informationen unterscheiden können. Andererseits sollen leicht zugängliche **Online-Angebote** geschaffen werden, die Gesundheitsinformationen für Jugendliche **bedürfnis- und altersgerecht** aufbereiten. Neben der Informationsvermittlung über Websites sind durch neue digitale Technologien weitere Möglichkeiten entstanden, um Jugendliche mit **gesundheitsfördernden Botschaften** zu erreichen. Einige Beispiele sollen im Folgenden beschrieben werden.

Soziale Medien und möglicher Einbezug von Influencerinnen und Influencern

Jugendliche nutzen soziale Medien nicht nur zur Unterhaltung, sondern auch um sich über verschiedene Themen zu informieren [5.1]. Entsprechende **Portale** haben somit auch für die Prävention und Gesundheitsförderung ein grosses Potenzial. Auf solchen Plattformen lassen sich Informationen für Jugendliche in einer ihnen vertrauten und zielgruppengerechten Form platzieren und Inhalte können von den Nutzenden kommentiert, gelikt oder weiterverbreitet werden. Die Möglichkeit der **wechselseitigen Interaktion** fördert aktive Teilhabe, soziale Unterstützung und Selbstwirksamkeitserfahrungen – Aspekte, die auch im Sinne der Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle spielen [5.4]. Gezielte Kooperationen mit Personen, die auf den entsprechenden Plattformen und in der vorgesehenen Zielgruppe eine grosse Reichweite haben, können die Verbreitung und Zugänglichkeit von Informationen weiter steigern. Viele Unternehmen arbeiten mittlerweile mit sogenannten **Influencerinnen und Influencern** zusammen, um Themen, Marken oder Produkte wirksam und nachhaltig zu kommunizieren. Auch für die Gesundheitsförderung ergeben sich dadurch **neue Kommunikationskanäle**, um junge Menschen mit gesundheitsbezogenen Themen zu erreichen. Durch eine gezielte Auswahl von Personen können so auch soziale Gruppen angesprochen werden, die sonst nur schwer erreichbar sind. Neben der **Reich-**

weite sind **Glaubwürdigkeit** und die **thematische Passung** wichtige Kriterien, die es bei einer entsprechenden Kooperation zu berücksichtigen gilt [5.30]. Influencerinnen und Influencer müssen darin unterstützt werden, Gesundheitsinformationen glaubwürdig und verlässlich zu vermitteln. Zudem ist darauf zu achten, dass der gesundheitsfördernde Charakter durch die Aufbereitung der Botschaften nicht verloren geht. Daher sollte vorab sorgfältig geprüft werden, für welche Werte die entsprechenden Influencerinnen und Influencer eintreten und welche Werbekooperationen sie bisher eingegangen sind [5.31].

Gesundheits-Apps

Das Angebot an Gesundheits-Apps hat sich in den vergangenen Jahren mit rasanter Geschwindigkeit entwickelt. Es handelt sich um einen sehr dynamischen und unübersichtlichen Markt und bis heute fehlen einheitliche Qualitätsstandards für entsprechende Produkte. In jüngster Vergangenheit erfolgten verschiedene Vorstösse, um die Transparenz in diesem Feld zu verbessern. Auch eHealth Suisse publizierte einen Kriterienkatalog, der von App-Anbietenden berücksichtigt werden und Nutzenden Orientierung bieten soll [5.32]. Da beinahe alle Schweizer Jugendlichen in Besitz eines Smartphones sind, wird ihre Erreichbarkeit über App-Anwendungen grundsätzlich als hoch eingeschätzt [5.33]. Zur **tatsächlichen Nutzung** und zum Stellenwert von Gesundheits-Apps bei Schweizer Jugendlichen liegen bis heute jedoch **keine Daten** vor. Lampert [5.34] kommt in einer Übersichtsarbeit zum Schluss, dass Gesundheits- und Präventions-Apps im Medien- und App-Repertoire von Kindern und Jugendlichen noch eine **geringfügige Rolle** spielen. Aus ihrer Sicht könnte dies einerseits daran liegen, dass Jugendliche es nicht für nötig halten und wenig Interesse daran haben, sich im Rahmen ihrer Smartphone-Nutzung mit Themen der Gesundheit auseinanderzusetzen. Gesundheits-Apps stehen zudem in Konkurrenz zu einem breiten Angebot an kommunikations- und unterhaltungsorientierten Apps, die den Interessen der Jugendlichen vermutlich mehr entsprechen. Nichtsdestotrotz wird App-Anwendungen in der Gesundheitsförderung von verschiedenen Seiten Potenzial zugesprochen, welches noch zu wenig genutzt wird [5.34, 5.35]. Chancen liegen insbesondere in den **technischen Möglichkeiten**, die es erlauben, Inhalte auf eine multimediale, interaktive

und personalisierte Art zu präsentieren [5.34]. Risiken ergeben sich zum einen im Bereich des **Datenschutzes** [5.36]: Häufig erfordern Gesundheits-Apps die Preisgabe von persönlichen und gesundheitsbezogenen Daten oder erfassen Standort- und Bewegungsinformationen. Nur in seltenen Fällen wird den Nutzenden transparent und verständlich dargelegt, welche Daten zu welchen Zwecken erhoben werden. Gerade bei Minderjährigen besteht hier jedoch ein besonderer Schutz- und somit Aufklärungsbedarf [5.34]. Zum andern liegt ein potenzielles Risiko in der Fixierung und Überbeschäftigung mit Gesundheitsdaten und in einer möglichen Zunahme der Smartphone-Nutzungsdauer [5.34]. Um das Potenzial von Gesundheits-Apps in Zukunft besser auszuschöpfen, müssen Chancen richtig erkannt und genutzt und Risiken minimiert werden.

Serious Games und Gamification

Digitale Interventionen mit **spielerischen Elementen** bieten ebenfalls **neue Möglichkeiten** für die Gesundheitsförderung, da sie die Motivation und das Engagement, sich mit einem Thema auseinanderzusetzen, positiv beeinflussen können. Dies ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn komplexere Inhalte über einen längeren Zeitraum bearbeitet und beispielsweise Prozesse der Verhaltensänderung angestoßen werden sollen [5.37].

Serious Games sind Spiele, denen ein klar formuliertes **Bildungsziel** zugrunde liegt. Mit ihnen sollen Wissen und Kompetenzen gefördert oder eine Verhaltensänderung herbeigeführt werden, wobei der **Unterhaltungsfaktor** stets im Vordergrund steht [5.37]. Obwohl die Studienlage bezüglich der Wirksamkeit von Serious Games in der Gesundheitsförderung noch dünn ist, wird ihnen ein **hohes gesundheitsförderndes Potenzial** zugesprochen. Vereinzelt konnten bereits positive Effekte in Bezug auf Wissenszuwachs sowie Einstellungs- und Verhaltensänderungen festgestellt werden [5.38]. Eine Metaanalyse, die 54 Studien zu Serious Games in der Gesundheitsförderung miteinschloss, fand einen kleinen, aber positiven Effekt auf die Förderung eines gesunden Lebensstils, insbesondere bezüglich des Wissenszuwachses [5.39]. In einer weiteren Metaanalyse wurden positive Effekte von Serious Games auf die **Symptomreduktion** bei verschiedenen **psychischen Erkrankungen** gefunden [5.40]. Insbesondere medien- oder gameaffine Zielgruppen lassen sich durch entsprechende Anwendungen wo-

möglich vermehrt erreichen [5.37]. Dem Einsatz von Serious Games in der Gesundheitsförderung sind aber auch **Grenzen** gesetzt, da vorausgesetzt wird, dass sich Jugendliche bewusst für ein entsprechendes Spiel entscheiden. Ihnen steht dabei gleichzeitig ein grosses Angebot an teilweise kostenlosen Spielen zur Verfügung, die ihrem Bedürfnis nach Unterhaltung stärker entgegenkommen [5.38]. Serious Games eignen sich womöglich eher in der **Tertiärprävention**, bei Personen, die bereits ein Grundinteresse an einer bestimmten Gesundheitsthematik haben.

Mit Gamification werden Spieldesignelemente bezeichnet, die in bereits bestehende Prozesse oder Anwendungen implementiert werden können und eine Motivations- oder Leistungssteigerung bewirken sollen. Beispiele für solche Elemente sind Punktesysteme, Belohnungen, Fortschrittsanzeigen oder soziale Interaktion [5.37]. Gamification kommt im Bereich der Gesundheitsförderung bereits vermehrt zum Einsatz. Insbesondere in Anwendungen zur Förderung der körperlichen Gesundheit sind Gamification-Elemente verbreitet und es werden positive Effekte berichtet [5.41, 5.42]. Eine Evaluation der interaktiven Coaching-App der Lungenliga «ready4life» zeigt, dass bei proaktiver Rekrutierung ein grosses Interesse besteht. Obwohl über die Zeit nur eine niedrige Beteiligung der Teilnehmenden registriert wurde, konnte bei ihnen in allen Themengebieten eine positive Wirkung festgestellt werden [5.43]. Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention erscheint Gamification insbesondere dann sinnvoll, wenn die **Motivation** von Nutzenden, sich mit einem Thema auseinanderzusetzen, eher niedrig ist oder Aktivitäten als langweilig oder störend empfunden werden [5.37].

Um die Entwicklung von Serious Games und Gamification in der Gesundheitsförderung weiter voranzubringen, wurde 2019 das **«Netzwerk Serious Games und Gamification for Health»** gegründet, welches zum Ziel hat, das vorhandene Wissen zu bündeln und die verschiedenen Akteurinnen und Akteure in diesem interdisziplinären Feld zusammenzubringen.

Neue publizistische Online-Formate von Medienanbietenden

Um Kampagneninhalten der Gesundheitsförderung zu mehr Aufmerksamkeit zu verhelfen, können auch **Kooperationen mit öffentlich-rechtlichen oder privaten Medienanbietenden** interessant sein [5.31]. Da klassische Medienkanäle wie das lineare Fernsehen oder Radio bei jungen Menschen immer weniger eine Rolle spielen, sind hier vor allem neue publizistische **Online-Formate** attraktiv.

Unter anderem setzt Schweizer Radio und Fernsehen (SRF) vermehrt auch auf Formate, die über die eigene Website oder YouTube gestreamt werden können und die speziell auf junge Menschen zugeschnitten sind. In der Westschweiz bietet RTS das Programm [«Tataki»](#) an. Mit Gesundheitsthemen beschäftigt sich beispielsweise die Sendung [«Rehmann S.O.S. – Sick of Silence»](#) von SRF Virus, wo Betroffene von ihren persönlichen Krankheitsgeschichten erzählen. Auch auf Instagram ist SRF präsent, zum Beispiel mit dem Kanal [«Youngbulanz»](#). Junge Menschen äussern sich dort zu verschiedenen Themen, geben Tipps für verschiedene Lebenslagen und sprechen mit Expertinnen und Experten. Dabei werden auch gesundheitliche Fragen thematisiert, wie der Umgang mit ADHS oder Bodyshaming. Auch Ringier führt ein Social-Media-Magazin mit dem Namen [«Izzy-Projects»](#) das via App oder verschiedene Social-Media-Kanäle abrufbar ist und mit dem ein junges Zielpublikum angesprochen wird. Dort werden aktuelle gesellschaftliche Themen aufgegriffen und auf unterhaltsame Art aufbereitet.

Solche bestehende Online-Formate, die auf junge Zielgruppen zugeschnitten sind, können für die Gesundheitsförderung attraktive Kooperationspartner werden. Dank einem bereits bestehenden Publikum verfügen sie über eine gewisse Reichweite und können somit für die Verbreitung von gesundheitsfördernden Botschaften wichtige Multiplikatoren darstellen. Ihre Wirksamkeit müsste aber noch erforscht werden.

Die Beispiele zeigen auf, dass sich durch neue digitale Medien auch für die Gesundheitsförderung interessante Möglichkeiten ergeben. Durch die Nutzung **neuer Kanäle** lassen sich bestimmte Zielgruppen besser erreichen und **neue Formate** ermöglichen eine **interaktive und personalisierte Wissensvermittlung**. Jugendliche können so auf eine ihnen vertraute Art und Weise mit Gesundheitsthemen in Kontakt gebracht, auf den unverzichtbaren persönlichen Kontakt zu Bezugspersonen hingewiesen sowie auf analoge Hilfsangebote aufmerksam gemacht werden.

6 Förderung der regelmässigen Bewegung

- **Suzanne Suggs**, Università della Svizzera italiana

6.1 Grundlagen und Definitionen

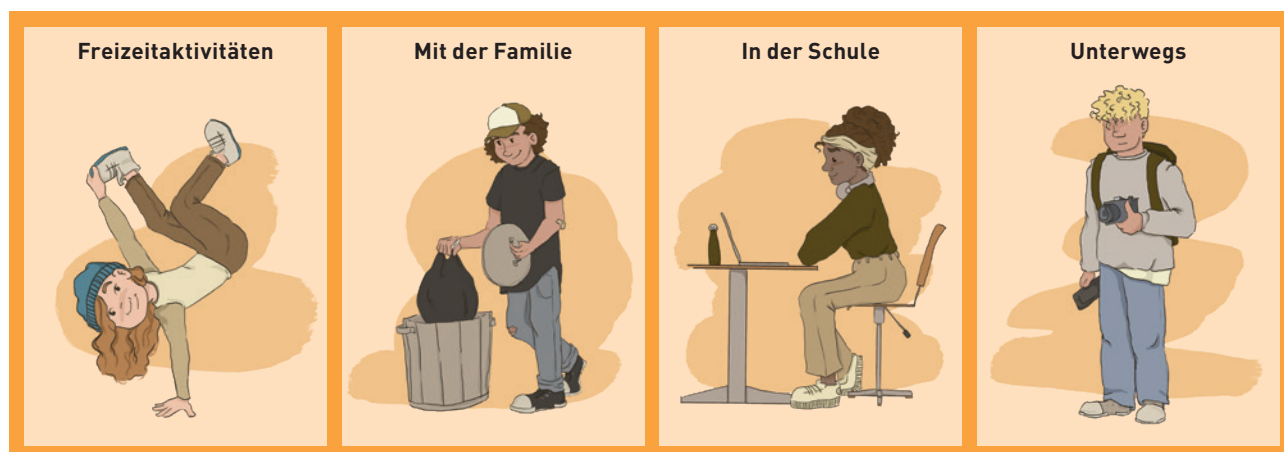
Bewegung beschreibt alle Aktivitäten des Körpers, welche die Herzfrequenz erhöhen, die Muskeln beanspruchen und Kalorien verbrauchen. Bewegung umfasst körperliche Aktivität und Sport, ist aber nicht allein darauf beschränkt. Sie kann und sollte ein Teil des Alltags sein, und zwar für alle Menschen, unabhängig von ihren körperlichen Fähigkeiten, ihren bevorzugten Aktivitäten und ihrem Zugang zu entsprechenden Räumlichkeiten und Sportvereinen. Die wohl am häufigsten zitierte Definition von Bewegung stammt von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und lautet wie folgt: Bewegung ist «jede von der Skelettmuskulatur erzeugte Bewegung, die den Energieverbrauch über den Grundumsatz anhebt, einschliesslich bei der Ausführung von Haushaltsaufgaben, Freizeitaktivitäten und strukturierten körperlichen Aktivitäten» [6.1].

Bewegung für Jugendliche kann in verschiedene Bereiche (aktive Fortbewegung, Turnunterricht und Sport/Freizeit, siehe [Abbildung 6.1](#)) und verschiedene Arten (Aerobic, Krafttraining für Muskeln und Knochen sowie Stretching) eingeteilt werden [6.2, 6.3]. Dazu gehört eine Vielzahl von Aktivitäten wie Spazierengehen, Laufen, Velofahren, Wandern, Skaten, Klettern, Schwimmen, aktives Spielen, Tanzen, Putzen, Gartenarbeit, Yoga, Basketball, Seilspringen, Leichtathletik und vieles mehr. Das europäische Netzwerk HEPA (Health-Enhancing Physical Activity) weist darauf hin, dass «Bewegung nicht anstrengend sein muss, um wirksam zu sein» [6.4].

Bewegungsförderung wird oft mit der Förderung von Fitness oder sportlicher Betätigung verwechselt. Obwohl alle vorgenannten Aktivitätsformen ihre Vorteile und ihren Nutzen haben, liegt die Priorität im Hinblick auf die allgemeine Gesundheit und die Chancengleichheit auf der Förderung von Bewegung. Denn Bewegung heisst, im Alltag aktiv zu leben, und ist für alle erreichbar. Zwar hat sportliche Betätigung enorme Vorteile, kann jedoch auch als «lästige Pflicht» empfunden werden, die man nicht einfach in den Tagesablauf integrieren kann, sondern zusätzlich erledigen muss. Sport bietet zweifellos un-

ABBILDUNG 6.1

Körperliche Aktivität und Bewegung für Jugendliche



bestreitbare Vorteile, darunter soziale Integration, Selbstvertrauen, Zugehörigkeitsgefühl, Teambildung und Gemeinschaftssinn. Aber Sport eignet sich nicht für alle – oder besser gesagt, nicht alle Sportarten eignen sich für alle – und daher ist die Sportförderung eine wichtige, zusätzliche Komponente der Bewegungsförderung für die Gesundheit von Jugendlichen.

6.2 Warum ist es sinnvoll, Bewegung bei Jugendlichen zu fördern?

«Bewegung ist entscheidend für Gesundheit und Wohlbefinden – sie kann helfen, dem Leben Jahre und den Jahren Leben hinzuzufügen.»

WHO-Generaldirektor Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus [6.5]

Bewegung ist in allen Lebensphasen wichtig. Die Lebensgewohnheiten, die man sich in der Kindheit und Jugend angewöhnt hat, werden häufig auch im Erwachsenenalter beibehalten. Es ist einfacher, später im Leben körperlich aktiv zu bleiben, als erst aktiv zu werden. Anders ausgedrückt: Aktive Jugendliche sind höchstwahrscheinlich auch als Erwachsene aktiv. Das ist auch insofern wichtig, als die Entwicklung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen – wie zum Beispiel regelmässige Bewegung – in der Jugend dazu beiträgt, nichtübertragbare Krankheiten in späteren Lebensphasen zu verhindern [6.6, 6.7].

Bewegung hat viele Vorteile. Sie hilft, nichtübertragbare Krankheiten zu vermeiden, verbessert aber auch die psychische Gesundheit und das allgemeine Wohlbefinden von Jugendlichen. Sie verringert das Risiko, an Depressionen zu erkranken, verbessert das Gewichtsmanagement, die Kreislauf- und Muskelfitness, die Knochen- und Herz-Kreislauf-Gesundheit, die Konzentration, das Selbstvertrauen, das Selbstwertgefühl und die schulischen Leistungen [6.2, 6.8, 6.9]. Der langfristige Nutzen ist vor allem für die Politik und das Gesundheitssystem relevant, denn die Vermeidung von Krankheiten und das Wohlergehen in jungen Jahren ist wirtschaftlich wesentlich günstiger als die Behandlung von Krankheiten in späteren Lebensphasen. Schätzungen zufolge sind weltweit 5,3 Millionen Todesfälle pro Jahr auf körperliche Inaktivität zurückzuführen. Die damit verbundenen direkten Gesundheitskosten belaufen sich auf über 54 Milliarden US-Dollar, wovon

31 Milliarden vom öffentlichen Sektor getragen werden [6.10, 6.11]. Die wirtschaftlichen Auswirkungen von Bewegungsmangel in der Schweiz basieren zwar auf Daten von Erwachsenen, sind aber mit internationalen Daten vergleichbar. Für das Jahr 2013 werden die Auswirkungen in der Schweiz auf 1,610 Milliarden Franken und 40433 behinderungsbereinigte Lebensjahre (DALY) geschätzt [6.12].

Mit der Förderung von Bewegung bei Jugendlichen lässt sich somit Krankheiten kosteneffizient vorbeugen und das allgemeine Wohlbefinden von Jugendlichen verbessern, was sich auf den gesamten Lebensverlauf positiv auswirkt. Allerdings sind die Finanzierung und Priorisierung von Präventionsmassnahmen eine Herausforderung, da es keine direkten Nachweise für ihre Wirkung gibt. Denn es lässt sich nur schwer nachweisen, was nicht eingetreten ist, und es ist schwer zu belegen, dass ein einzelnes Programm oder eine Kombination von Programmen viele Jahre später im Leben Krankheiten verhindert hat. Aber es gibt Nachweise für die Kosten von Inaktivität und für die Kosteneffizienz der Bewegungsförderung [6.2, 6.10–6.13]. Es ist eindeutig erwiesen, dass die Bewegungsförderung und entsprechende Programme für Jugendliche zahlreiche materielle und immaterielle Vorteile haben.

6.3 Bewegungsempfehlungen

Die Schweiz übernimmt die Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (www.who.int). Die WHO empfiehlt in ihren Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behavior [6.2] für 2020, dass Jugendliche **im Durchschnitt mindestens 60 Minuten pro Tag abwechslungsreiche Bewegung mit mittlerer bis hoher Intensität, vornehmlich im aeroben Bereich, durchführen. Aerobe Bewegung mit hoher Intensität sowie Aktivitäten, welche die Muskeln kräftigen und die Knochen stärken, sollten an mindestens drei Tagen pro Woche ausgeübt werden.**

Nach Erreichen des 18. Lebensjahres sollten die wöchentlichen Empfehlungen für Erwachsene übernommen werden, das heisst mindestens 150 bis 300 Minuten Bewegung mit mittlerer Intensität oder mindestens 75 bis 150 Minuten Bewegung mit hoher Intensität im aeroben Bereich oder eine gleichwertige Kombination aus Aktivitäten mit mittlerer und hoher Intensität über die Woche verteilt.

6.4 Bewegungsverhalten: Aktuelle Zahlen

6.4.1 Bewegung

Diverse Studien in der Schweiz zeigen, dass Teile der Schweizer Bevölkerung, darunter auch Jugendliche, sich Gedanken über ihr Bewegungsverhalten machen. Trotz der Tatsache, dass wir in einem Land leben, in dem es zahlreiche Möglichkeiten für Aktivitäten in der Natur, zur Freizeitgestaltung und für Sport gibt, belegen Studien immer wieder, dass sich Jugendliche zu wenig bewegen. Angesichts dieser Daten sind kontinuierliche und verstärkte Massnahmen zur Förderung von Bewegung bei Jugendlichen in der Schweiz erforderlich. Dazu gehört auch, dass eine entsprechende Infrastruktur für Alltagsbewegung in der Freizeit, beim Sport und in der aktiven Fortbewegung geschaffen wird.

Die 2018 durchgeführte Studie Health Behaviour in School-aged Children ([HBSC](#)) ergab, dass die 11- bis 15-Jährigen ein vergleichbares Mass an Bewegung aufweisen wie im Jahr 2002. Basierend auf eigenen Angaben erfüllten 14% die Empfehlung von mindestens 60 Minuten moderater bis intensiver Bewegung pro Tag. Weniger als die Hälfte (rund 45%) war an mindestens fünf Tagen pro Woche körperlich aktiv. Jungen bewegen sich häufiger als Mädchen, und die körperliche Aktivität nimmt mit dem Alter ab [6.14]. Im Rahmen des ENERGY-Projekts wurde 2012 die Bewegung mithilfe von Beschleunigungsmessern erfasst. Dabei zeigte sich, dass ein grosser Teil der 10- bis 12-Jährigen die Empfehlungen nicht einhält und viel Zeit in sitzender Tätigkeit verbringt [6.15]. Im Jahr 2020 stellte Sport Schweiz fest, dass in den vorangegangenen sechs Jahren die sportliche Aktivität der 10- bis 19-Jährigen zugenommen hat. Etwa die Hälfte von ihnen treibt fast fünf Stunden pro Woche Sport. Wenn man jedoch den Sportunterricht in der Schule miteinbezieht, sind die Daten positiver: Die 15- bis 19-Jährigen betreiben durchschnittlich 7,5 Stunden pro Woche (Medianwert: 6,1 Stunden) Sport und körperliche Aktivität [6.16].

Die Ergebnisse der [SOPHYA-Studie](#) verdeutlichen ebenfalls die Notwendigkeit einer effektiveren Bewegungsförderung. SOPHYA war die erste nationale Studie, in deren Rahmen das Ausmass der Bewegung von Kindern und Jugendlichen objektiv mithilfe von Beschleunigungsmessern erfasst wurde. Sie wurde 2013 erstmals durchgeführt ([SOPHYA 1](#)) und 2019–2020 wiederholt ([SOPHYA 2](#)). Festgestellt wurde ein hoher Bedarf an Bewegungsförderung unter

Jugendlichen in allen Sprachregionen. Im Durchschnitt verbrachten die Jugendlichen im Rahmen der Studie SOPHYA 1 nur 10% der Zeit mit moderater bis hoher Aktivität und 90% des Tages im Sitzen, im Liegen oder mit geringer Aktivität. In der Untergruppe der 5- bis 10-Jährigen, zu der wiederholte Querschnittsdaten verfügbar sind, übten 13,9% im Jahr 2014 und 13,4% im Jahr 2020 Aktivitäten mit mittlerer bis hoher Intensität aus. Im Jahr 2014 verbrachten sie im Durchschnitt 87,2% der Zeit mit sitzender bis geringer Aktivität, im Jahr 2020 lag der Anteil bei 86,6% [6.17, 6.18]. Die Längsschnittanalyse zeigt, dass die Bewegung im Übergang von der Kindheit zum Jugendalter abnimmt: Kinder im Alter von 6 bis 16 Jahren verbrachten 10,8% ihrer Zeit mit Bewegung. Im Jahr 2019, fünf Jahre später, im Alter zwischen 11 und 20 Jahren, war dieser Wert auf 5,8% gesunken. In der wiederholten Querschnittsanalyse waren die 5- bis 10-jährigen Jungen körperlich aktiver als die Mädchen (111 vs. 87 bewegte Minuten pro Tag im Jahr 2014 und 113 vs. 93 bewegte Minuten pro Tag im Jahr 2020).

Signifikante Unterschiede zwischen Jugendlichen, die auf dem Land oder in der Stadt leben, wurden nicht festgestellt, aber es bestanden regionale Unterschiede.

Die Einhaltung der Empfehlungen hing auch mit den Jahreszeiten zusammen. Im Frühling (69,5%) und im Sommer (72,7%) war die Wahrscheinlichkeit, dass die Jugendlichen 60 Minuten Bewegung pro Tag erreichten, deutlich höher als im Herbst (59,3%) und im Winter (60,6%).

Das psychische Wohlbefinden und die Lebensqualität standen ebenfalls in Zusammenhang mit der Einhaltung der Empfehlungen für die tägliche Bewegung, wobei eine höhere Lebensqualität mit einer höheren Einhaltung der Empfehlungen für die Bewegung verbunden war.

6.4.2 Teilnahme an sportlichen Aktivitäten

Wie in [Kapitel 6.1](#) erwähnt, hat die Teilnahme an sportlichen Aktivitäten viele Vorteile. Seit 2014 hat sie bei jungen Menschen zugenommen, ist aber immer noch relativ gering. Der neuste Bericht des Bundesamtes für Sport, der auf Daten aus den Jahren 2014 bis 2020 basiert, bestätigt, dass 12% der 10- bis 14-Jährigen und 18% der 15- bis 19-Jährigen ausserhalb des obligatorischen Sportunterrichts in der Schule keinen Sport treiben. Dieser Anteil nimmt mit dem Alter ab, das heisst, die 10- bis 14-Jährigen

treiben mehr Sport als die 15- bis 19-Jährigen [6.19]. Im Rahmen der HBSC-Studie 2018 gaben 90 % der 11- bis 15-Jährigen an, mindestens einmal pro Woche, und 75 % mindestens zweimal pro Woche ausserhalb der Schulzeit sportlich aktiv zu sein; diese Ergebnisse entsprechen auch den Daten von 2002 [6.14]. Ähnliche Ergebnisse erbrachte die SOPHYA-Studie, in der dieselben Kinder über einen längeren Zeitraum (2013 und 2019–2020) hinweg untersucht wurden. Dabei stellte sich heraus, dass 39 % der Jugendlichen ihre sportliche Aktivität von der frühen (11 bis 15 Jahre) bis zur späten Adoleszenz (16 bis 20 Jahre) reduzierten [6.18]. Mädchen hören beim Übergang von der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen in die Adoleszenz (11 bis 15 Jahre) häufiger mit der sportlichen Betätigung auf als Jungen [6.18]. Dies unterstreicht, wie wichtig der obligatorische Sportunterricht an den Schweizer Schulen ist.

Die Gründe für sportliche Inaktivität sind unterschiedlich, aber etwa jeder zehnte nicht aktive Jugendliche erwähnt, dass es kein passendes Angebot gebe (die richtige Sportart, zur richtigen Zeit, am richtigen Ort, zum richtigen Preis). Manche geben an, dass sie aus finanziellen Gründen nicht an Sportangeboten teilnehmen können, während andere erklären, dass sie nicht genug Zeit für sportliche Aktivitäten haben, Sport nicht wirklich mögen oder dass andere Hobbys und Interessen für sie wichtiger sind. Im Rahmen der SOPHYA-Studie wurde festgestellt, dass sich die Präferenz für die Art der körperlichen Aktivität mit zunehmendem Alter der Jugendlichen ebenfalls ändert, wobei die Beliebtheit von Sportarten wie Schwimmen, Radfahren und Fussball stark abnimmt und jene der körperlichen Aktivitäten Wandern, Joggen und Fitnessstraining stärker zunimmt [6.18]. Auch beim Übergang von der Adoleszenz (16 bis 20 Jahre) zum frühen Erwachsenenalter (21 bis 25 Jahre) ist dies bei jungen Menschen in der italienisch- und französischsprachigen Schweiz und bei solchen mit einer anderen Nationalität (nicht schweizerische oder doppelte Staatsbürgerschaft) zu beobachten [6.18].

Im Rahmen einer kürzlich durchgeführten Studie mit Jugendlichen im Alter von 15 bis 16 Jahren in der Schweiz wurde festgestellt, dass diejenigen, die ihre Bewegung planen (z. B. umfassende Planung von Massnahmen) und sich an zahlreichen vereinsbezogenen Aktivitäten beteiligen, weniger Gefahr

laufen, beim Übergang in die Sekundarstufe II ihre Aktivitäten zu reduzieren [6.20].

6.4.3 Aktive Fortbewegung

Aktive Fortbewegung ist eine einfache und wirksame Möglichkeit, Bewegung als Teil eines gesunden Lebensstils zu fördern. Das Velo als Fortbewegungsmittel, beispielsweise um zur Schule zu fahren, Freunde zu treffen und zu anderen Aktivitäten wie Sportvereinen, gesellschaftlichen Veranstaltungen und Familienbesuchen zu gehen, hilft Jugendlichen, eine gewisse Unabhängigkeit zu erlangen und die gesundheitlichen Vorteile der Bewegung kennenzulernen [6.21]. Allerdings hat sich der Anteil der Jugendlichen, die ein Velo besitzen, in der Schweiz verringert, während der Anteil der Jugendlichen, die sich ein Velo teilen und sich entsprechend organisieren müssen, gestiegen ist. Zwischen 1994 und 2015 ist der Anteil der 6- bis 12-Jährigen, die ein Velo besitzen, das sie uneingeschränkt nutzen können, von rund 90 % auf 71 % gesunken. Etwa 85 % der 13- bis 15-Jährigen und 80 % der 16- bis 20-Jährigen besaßen ein Velo. Jugendliche, die ausserhalb der Stadtzentren leben, sind eher bereit, sich aktiv fortzubewegen. 90 % der 13- bis 15-Jährigen, die in ländlichen Gegenden leben, haben uneingeschränkt ein Velo zur Verfügung, während nur 78 % derjenigen, die in der Nähe von Stadtzentren leben, ein Velo besitzen [6.21].

Die Veränderungen der Verkehrsmittelwahl in der Übersicht

Tabelle 6.1 und die Abbildungen 6.2 und 6.3 zeigen die Veränderungen der Verkehrsmittelwahl zwischen 1994 und 2015 in der Übersicht.

13- bis 15-jährige Kinder: Veloanteil stabilisiert sich, nach Umlagerung auf Fussverkehr, ÖV und MIV

Die 13- bis 15-jährigen Kinder legen noch rund ein Drittel ihrer Wege zu Fuss zurück, knapp jeden fünften mit dem Velo. Damit ist auch diese Altersgruppe auf mehr als der Hälfte ihrer Alltagswege aktiv unterwegs. Die Weganteile mit ÖV und motorisiertem Individualverkehr (MIV) liegen im Bereich von je etwas über 20 %. Das Velo hat 2015 wieder leicht dazugewonnen, nachdem seine Anteile seit 1994 stark rückläufig waren. Die gesunkenen Veloanteile sind über die Zeit durch Wege zu Fuss, mit dem ÖV und MIV ersetzt worden.

TABELLE 6.1

Entwicklung der Verkehrsmittelwahl auf allen Inlandwegen (alle Zwecke) von Kindern und Jugendlichen 1994 bis 2015 nach Altersgruppen

	Zu Fuss	Velo	ÖV	MIV
6–12 Jahre	Keine Veränderung +/-0%	Starke Abnahme -33%*	Keine Veränderung +2%	Zunahme +22%*
13–15 Jahre	Leichte Zunahme +11%*	Starke Abnahme -42%*	Starke Zunahme +41%*	Zunahme +20%*
16–20 Jahre	Zunahme +29%*	Starke Abnahme -64%*	Starke Zunahme +42%*	Leichte Abnahme -7%*

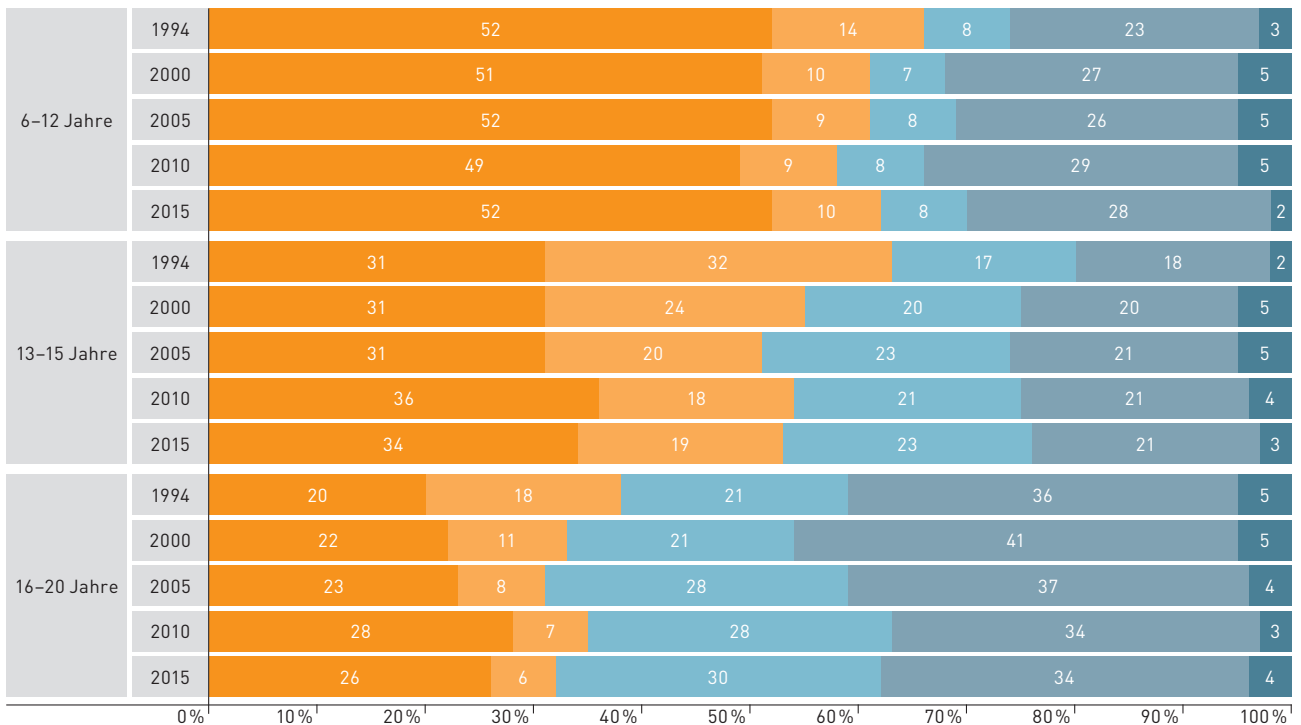
* bedeutet eine signifikante Veränderung (p < .05), d. h. sie ist mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% nicht zufällig zustande gekommen.

Quelle: [6.21]

ABBILDUNG 6.2

Verkehrsmittelwahl auf allen Inlandwegen und für alle Zwecke 1994, 2000, 2005, 2010 und 2015 nach Altersgruppen (Basis: 9847, 18631, 18785, 34864 bzw. 36883 Wege von Kindern und Jugendlichen)

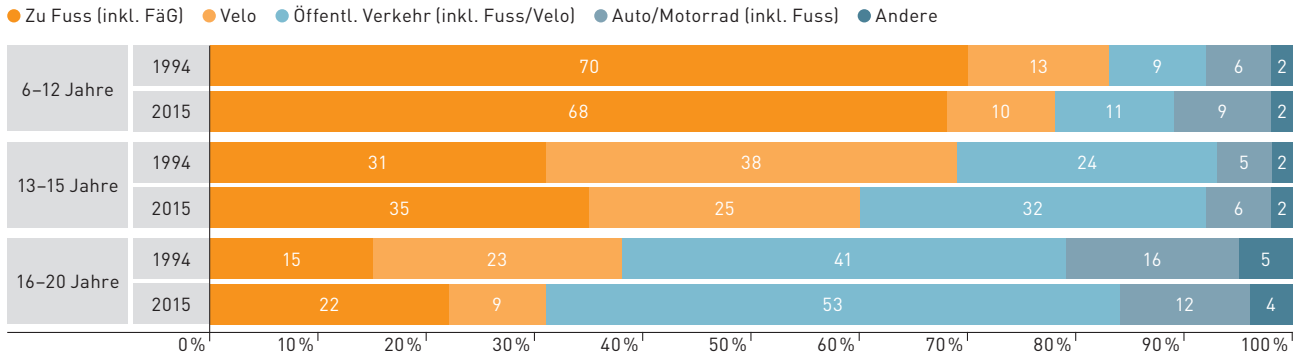
● Zu Fuss (inkl. FäG) ● Velo ● Öffentl. Verkehr (inkl. Fuss/Velo) ● Auto/Motorrad (inkl. Fuss) ● Andere



FäG: Fahrzeugähnliche Geräte

Quelle: [6.21]

ABBILDUNG 6.3

Verkehrsmittelwahl auf Ausbildungswegen 1994 und 2015 nach Alter (Basis: 3730 bzw. 13419 Wege)

FäG: Fahrzeugähnliche Geräte

Quelle: [6.21]

16- bis 20-jährige junge Erwachsene: deutlich mehr ÖV und zu Fuss, weniger Velo und MIV

In der Altersgruppe der jungen Erwachsenen zwischen 16 und 20 Jahren haben sich die Mobilitätsmuster über die letzten zwei Jahrzehnte am meisten verändert. Die ÖV-Wege haben um 42% zugenommen, die Fusswege um 29%. Zugleich gingen die Veloweganteile um 64% und die MIV-Wege um 7% zurück. Je rund ein Drittel der Wege in dieser Altersgruppe sind aktive Wege (zu Fuss 26%, mit dem Velo 6%), mit dem öffentlichen Verkehr (30%) und mit Motorfahrzeugen (34%).

Im Alter zwischen 16 und 20 Jahren werden die meisten Schulwege – mehr als die Hälfte – mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt; diese Anteile haben stark zugenommen, vor allem wegen der grösseren Distanzen. Die eigenen Füsse werden auf rund einem Fünftel der Wege genutzt, auch dieser Anteil ist deutlich angestiegen. Das Velo und der MIV haben dagegen Anteile verloren.

6.5 Bewegungsförderung bei Jugendlichen

Massnahmen zur Förderung der Bewegung von Jugendlichen sind ein wichtiges Instrument, um ihnen zu helfen, das empfohlene Mass an Bewegung zu erreichen und folglich einen gesunden Lebensstil zu entwickeln. Einmalige Massnahmen oder solche,

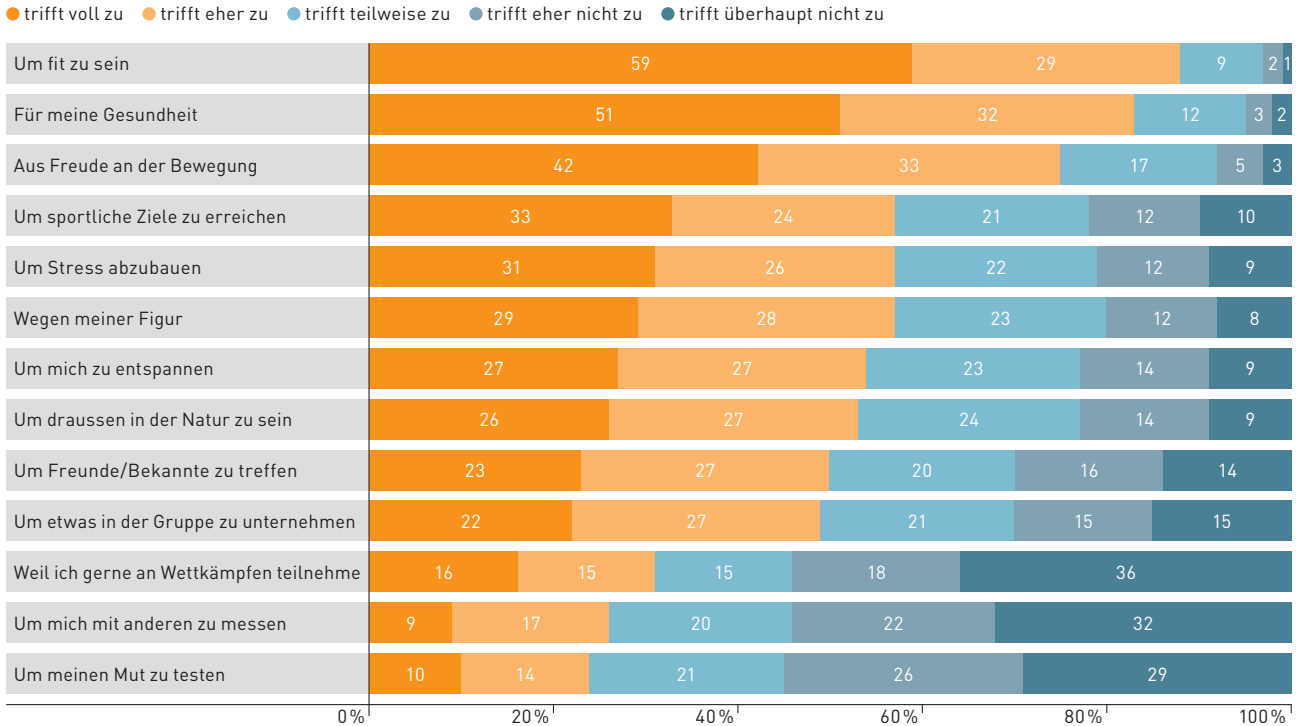
die ausschliesslich auf Information und Motivation abzielen, genügen nicht, um ein ausreichendes Mass an Aktivität zu erreichen oder beizubehalten. Es braucht langfristige Massnahmen und Aktionen, die gute Strategien, eine entsprechende Stadtplanung, ein unterstützendes Umfeld, Aktivitäten in Schulen und Gemeinden, den Aufbau von Fähigkeiten und Motivation sowie die Förderung eines aktiven Lebensstils beinhalten [6.22, 6.23].

Entscheidend für die Entwicklung wirksamer Programme und Massnahmen ist es, zu wissen, warum sich Jugendliche körperlich betätigen oder eben nicht. Laut der Studie «Sport Schweiz» [6.19] treiben die 15- bis 19-Jährigen aus folgenden Gründen Sport: Fitness, Gesundheit, Freude an der Bewegung, Ziele erreichen, Stress abbauen, gutes Aussehen, Entspannung, Zeit im Freien, mit Freunden oder Familie verbringen (Abbildung 6.4).

Für die jüngeren Jugendlichen (10 bis 14 Jahre) sind folgende Punkte wichtig: mehr Zeit und weniger andere Verpflichtungen (26%), ein geeignetes Angebot in der Nähe (20%), Freunde, die sie motivieren (16%), dass der Sport Spass macht (9%) und ihren Fähigkeiten entspricht (4%), dass er die Gesundheit fördert (8%) und dass er nicht zu teuer ist (3%). Bei älteren nicht aktiven Jugendlichen ändern sich die Gründe. Die 14- bis 19-Jährigen geben als Motivation Folgendes an: Figur/Aussehen (68%), Entspannung/Stressabbau (65%), Spass an der Bewegung

ABBILDUNG 6.4

Wichtigkeit verschiedener Sportmotive (in Prozent aller sporttreibenden 15- bis 19-Jährigen)



Quelle: [6.19]

(53%), in der Natur sein (36%), Kontakt/Zusammen- sein (34%), Risiko/Herausforderung (30%), Wettbe- werb und Leistung (18%) [6.19].

Deshalb muss es bei der effektiven Bewegungs- förderung darum gehen, die Arten von körperlichen Aktivitäten zu fördern, welche die Jugendlichen ger- ne ausüben oder ausüben würden, wenn sie sie in der Schule oder auf Gemeindeebene kennengelernt hätten [6.24]. Indem man eine Vielzahl von Aktivitäten vorstellt und als tägliche Bewegung, aktives Spiel und Spass positioniert, kann es gelingen, Jugendl- iche für Bewegung zu begeistern. Die langjährige und erfolgreiche VERB-Kampagne in den USA rich- tete sich an junge Menschen mit dem Slogan «It's What You DO!» und betonte, dass Bewegung Spass macht, Menschen zusammenbringt, einem Zeit für sich selbst gibt und keine «lästige Pflicht» ist [6.25]. Das Schweizer Projekt «GORILLA» fördert sowohl Sport als auch Bewegung (z. B. Freestyle- und Trend- sportarten) in Schulen und auf Gemeindeebene.

Dabei wurden positive Auswirkungen auf das Be- wusstsein für die Bedeutung der täglichen Bewe- gung festgestellt. Die von den Teilnehmenden der «GORILLA»-Studie selbst gemachten Angaben zei- gen ein hohes Mass an Bewegung zu Beginn der Umfrage und eine geringe Steigerung vor und nach der Erhebung [6.26]. Die Aktivitäten werden von den Zielgruppen als wertvoll empfunden und erfüllen somit eine wichtige Funktion bei der Unterstüt- zung von Jugendlichen in Schulen und Gemein- den, wenn es darum geht, körperliche Aktivität beizubehalten und das Bewusstsein dafür zu fördern.

Das wohl grösste Sportförderungsprogramm für junge Menschen in der Schweiz ist Jugend+Sport (J+S) [6.27]. Es bietet gemeinsam mit den Kan- tonen, Sportverbänden und Jugendorganisationen verschiedene Kurse an. Derzeit sind rund 47% aller 5- bis 20-Jährigen in der Schweiz bei J+S aktiv, wobei die höchste Beteiligung bei den 11- bis 14- Jährigen zu verzeichnen ist (rund 80% der Jungen

und 60% der Mädchen). Wie bei vielen anderen Programmen geht die Teilnahme auch hier nach dem 14. Lebensjahr zurück (Abbildung 6.5).

Der soziale Einfluss und die Wahrnehmung sind ebenfalls von entscheidender Bedeutung. Dazu gehört, dass Eltern und andere Bezugspersonen die Jugendlichen dazu ermuntern, den Schulweg zu Fuss oder mit dem Velo zurückzulegen, aktiv zu spielen, weniger Zeit im Sitzen zu verbringen, sich während des Lernens regelmässig zu bewegen; zudem sollten aktive Erwachsene, die von Jugendlichen bewundert werden, diese dazu auffordern, selbst aktiv zu sein. Jugendliche, deren Eltern nicht aktiv sind, treiben im Allgemeinen deutlich weniger Sport als Kinder aktiver Eltern [6.19]. Jugendliche, deren Eltern aktiv sind und Wert auf Bewegung legen, sind denn auch tatsächlich aktiver [6.18]. Ein Anstieg der Bewegung mittlerer und hoher Intensität der Mutter und des Vaters um eine Minute war mit 0,24 bzw. 0,21 Minuten mehr Aktivität bei Jugendlichen verbunden [6.28]. Die Aktivität der Eltern hat mehr Einfluss auf die Aktivität ihres Kindes als Bildung und Einkommen [6.19]. Wenn Eltern eine Vorbildfunktion einnehmen und eine Kultur der Bewegung und des aktiven Lebens in der Familie fördern, wirkt sich dies positiv auf das Verhalten der Jugendlichen aus (z. B. Velofahren, Spaziergänge

und Wanderungen, Sport und gemeinsame Bewegung in der Familie).

Das Risiko von übermässiger sportlicher Aktivität oder Suchtverhalten sollte nicht der Grund dafür sein, Bewegung nicht zu fördern. Bei jedem ungesunden Verhalten (Sport, Essen, Drogenkonsum, Selbstverletzung oder anderes) sollten frühzeitig Interventions- und Betreuungsdienste zur Verfügung stehen und bei Bedarf zugänglich sein.



Weiterführende Literatur zum Thema Bewegungsförderung

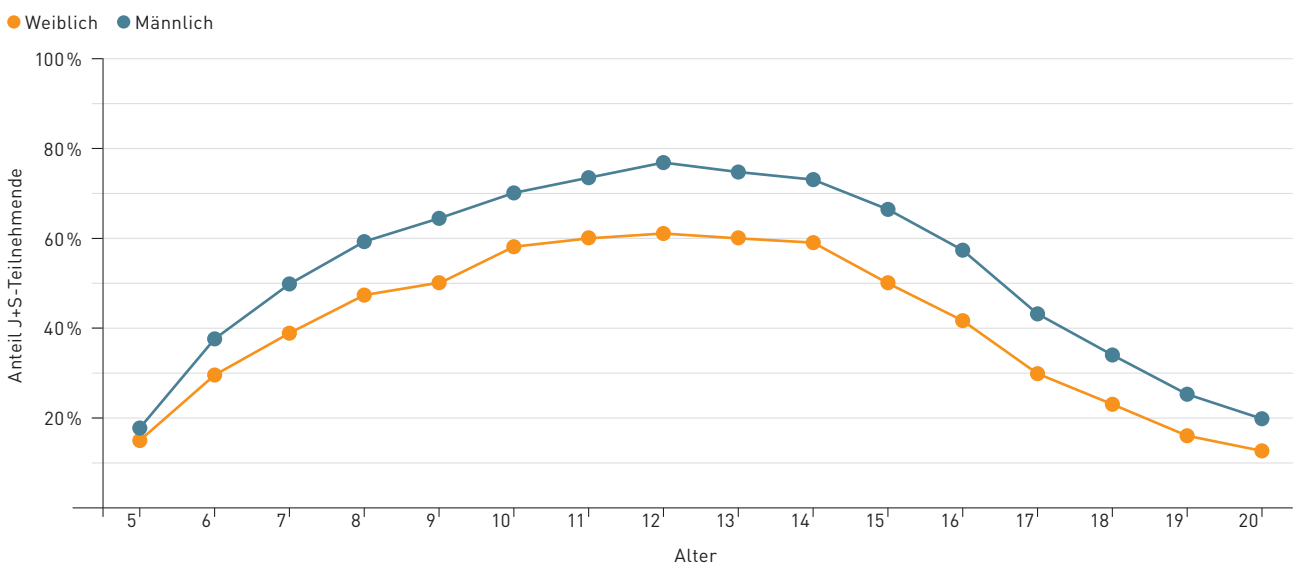
- Faktenblatt 68: [Evaluation «GORILLA», 2020–2021](#)
- Faktenblatt 57: [Evaluation «Schule bewegt»](#)
- Faktenblatt 52: [Evaluation DEFI VELO](#)

6.6 Chancengleichheit bei der Bewegungsförderung

Um die Chancengleichheit für Bewegung zu fördern, müssen gleiche Möglichkeiten geschaffen werden. Dazu sind die Wünsche der Jugendlichen zu berücksichtigen, indem man sich die Fakten ansieht und sie

ABBILDUNG 6.5

J+S-Teilnehmende in Prozent der entsprechenden Altersgruppe nach Alter/Geschlecht, 2020



Quelle: https://www.sportobs.ch/inhalte/Indikatoren_PDF_neu/Ind_6_Sportobs.pdf; die Referenzdaten zur Gesamtbevölkerung in den jeweiligen Altersgruppen stammen vom BFS und beziehen sich auf das Jahr 2019.

in die Planung von Programmen einbezieht, allen Jugendlichen Zugang zu Aktivitäten und Sport bietet und Möglichkeiten auf Gemeindeebene sowie entsprechende Einrichtungen schafft, die für Jugendliche und Familien zugänglich sind, unabhängig von ihren körperlichen und kognitiven Fähigkeiten und ihrem sozioökonomischen Status [6.29]. Wie oben erläutert, sind Mädchen in der Schweiz weniger aktiv als Jungen, und das Aktivitätsniveau nimmt bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter ab. Zudem sind finanzielle Gründe und ein fehlender Zugang zu Aktivitäten, die ihnen Spass machen und ihren Fähigkeiten entsprechen, ein Hindernis für die Teilnahme. Daher ist ein einheitlicher Ansatz für die Schweiz keine Lösung.

Indem der Schwerpunkt auf tägliche Bewegung, aktives Spielen und eine grosse Auswahl an Sportarten gelegt wird, erhalten alle Jugendlichen die gleichen Möglichkeiten, mehr von dem zu tun, was ihnen Spass macht, und zu erkennen, dass Bewegung wichtig ist. Die Gemeinden und Schulen müssen jedoch die erforderlichen Einrichtungen bereitstellen, und diese müssen sicher sein und instand gehalten werden. Dies kann besonders wichtig für Jugendliche sein, die keine starken Vorbilder in der Familie haben, wodurch das nachbarschaftliche Umfeld noch bedeutsamer wird, da Angebote dort für alle niederschwellig zugänglich sind. Dazu gehört zum Beispiel das Schaffen von Parkanlagen und Grünflächen dort, wo sich Jugendliche aufhalten, und nicht dort, wo es zwar Grünflächen gibt, der Ort aber für Jugendliche nicht passend ist. Voraussetzung dafür ist eine durchdachte Stadtplanung, die dafür sorgt, dass sichere und einladende Gehwege, Spielplätze, verkehrsberuhigte Strassen, Velo- und Fusswege, Sportplätze und Orte für aktives Spielen gebaut und unterhalten werden und deren Nutzung gefördert wird. Das kommt nicht nur der Jugend zugute, sondern auch den Gemeinden und der Schweizer Gesellschaft als Ganzes.

Die Kommunikation muss inklusiv sein und darf nicht versehentlich Jungen oder Jugendliche aus wohlhabenden Familien begünstigen. Entsprechende Plakate und Werbemassnahmen sollten die gewünschte Zielgruppe ansprechen. Allerdings ist darauf zu achten, dass keine Stereotypen bedient werden, dass bestimmte Körperformen und -grössen nicht diskriminiert oder bevorzugt werden und dass nicht der Eindruck vermittelt wird, bestimmte Aktivitäten oder Sportarten seien nur für bestimmte

Jugendliche geeignet. Deshalb sollen auch Bilder von Menschen mit Behinderungen, Migrantinnen und Migranten, Menschen aus LBGTIQ+-Gemeinschaften, von Übergewichtigen und sozial benachteiligten Jugendlichen gezeigt werden. Sowohl die Räumlichkeiten als auch die Kommunikation zur Bewegungsförderung sollten sich auf die Themen Gemeinschaft, Spass, soziale Integration und Zugänglichkeit für alle Schweizer Jugendlichen konzentrieren.



Weiterführende Literatur zum Thema bewegungsfreundliches Umfeld

- Website [«Bewegungsfreundliches Umfeld»: Angebote und Informationsmaterialien für Fachpersonen](#)

6.7 Erfolgsfaktoren und Beispiele für bewährte Verfahren

In der Schweiz bestehen zahlreiche Projekte und Programme zur Förderung der Bewegung von Jugendlichen [6.30] (siehe [Box Orientierungsliste](#)). Allerdings werden nicht alle ausgewertet. Deshalb ist es nicht nur schwer, sich ein Bild davon zu machen, wie gut sie funktionieren, sondern auch die Schwächen dieser Programme können nicht verbessert und ihre Stärken nicht ausgebaut werden. In der Schweiz und im Ausland sind aber durchaus gute Ansätze erkennbar.

Wichtige Einflussfaktoren für das Bewegungsverhalten von Jugendlichen sind ein förderliches soziales und bauliches Umfeld. Daher sollten erfolgreiche politische Massnahmen darauf abzielen, Veränderungen in diesen Bereichen herbeizuführen. Jugendliche profitieren von einem baulichen Umfeld, das eine Reihe von Bewegungsverhaltensweisen fördert (einschliesslich aktiver Fortbewegung, Spiel und Sport), sowie von einem förderlichen sozialen Umfeld inner- und ausserhalb der Schule.

Schulen werden als ideales Umfeld angesehen, um die sitzenden Gewohnheiten von Jugendlichen zu ändern und einen aktiveren Lebensstil zu fördern [6.31, 6.32]. Die einfache Erreichbarkeit der Jugendlichen in der Schule, die Verfügbarkeit qualifizierter Pädagoginnen und Pädagogen, die eine glaubwür-

dige Quelle für Jugendliche sind, und die Unterstützung durch die Schule beim Zugang zu Infrastrukturen für körperliche Aktivität sind nur einige der Stärken eines schulbasierten Ansatzes [6.31]. Zudem ist eine Integration in spannende soziale Aktivitäten in der Schule möglich, wie das FunAction-Programm aus den USA gezeigt hat. Dabei konnten die Aufmerksamkeit und die Konzentration von Jugendlichen, die täglich während der Mittagspause in der Schule an 45-minütigen Aktivitäten teilnahmen, deutlich verbessert werden [6.33]. Review-Studien zeigen, dass **Massnahmen zur Bewegung im Rahmen des Unterrichts, die auf tägliche Aktivität** abzielen, am effektivsten sind und positive Ergebnisse in Bezug auf Stoffwechselformparameter und körperliche Fitness erzielen [6.8, 6.32]. Verschiedene Studien über Massnahmen, die sich an sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen richten, legen nahe, dass schul- und gruppenbasierte Massnahmen und Programme besonders wirksam sein können, um die Bewegung von Kindern zu fördern [6.34].

Mehrstufige und umweltbezogene Massnahmen gelten als wirksamer als Ansätze nur im Rahmen des Lehrplans [6.33, 6.35–6.41]. Ein mehrstufiges Programm hat gezeigt, dass sich die Vermittlung von Wissen, die Änderung von Verhaltensweisen und die Bereitstellung neuer Möglichkeiten für Bewegung im Alltag, in der Schule und in der Freizeit positiv auf die freiwillige Teilnahme von Jugendlichen an solchen Angeboten auswirken und ihr sitzendes Verhalten reduzieren [6.39]. Politische und umweltbezogene Massnahmen – wie etwa die Nutzung von Bewegungsräumen nach dem Schulunterricht – in Verbindung mit ernährungsspezifischen Massnahmen waren wirksam, um die Bewegung bei Jungen zu steigern [6.38]. Das Bewegungsverhalten von Jugendlichen kann verbessert werden, indem man schulbasierte Strategien mit umweltbezogenen und persönlichen Massnahmen kombiniert, wie beispielsweise durch das Engagement der Eltern als stützendes Umfeld ausserhalb der Schule [6.35]. Ein «personenbezogener, entwicklungsorientierter Ansatz» (PBD0) erweist sich als vielversprechend im Hinblick auf nachhaltige Bewegung und andere gesundheitsfördernde Verhaltensweisen [6.42]. Bei diesem Ansatz wird davon ausgegangen, dass Jugendliche gesund und aktiv sein wollen und eine gesunde Lebensweise sowie alle Vorteile körperlicher Aktivität – wie fit und stark zu sein und Energie zu haben – anstreben, anstatt sich hauptsächlich auf

die Prävention von Krankheiten zu konzentrieren. Wie im Schweizer Bericht zur Chancengleichheit und Gesundheit kann die Einbeziehung von Jugendlichen in die Gestaltung von Programmen, die ihnen zugutekommen sollen, zu einer höheren Beteiligung und zu gerechteren Angeboten führen [6.29].



Orientierungsliste von Gesundheitsförderung Schweiz

Gesundheitsförderung Schweiz veröffentlicht mit der [Orientierungsliste](#) regelmässig eine Übersicht über aktuelle und bewährte Massnahmen und Projekte in der Gesundheitsförderung. Sie umfasst Massnahmen auf den Ebenen Intervention, Policy, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit.

6.8 Fazit

Insgesamt ist eine wirksame Bewegungsförderung für Jugendliche in der Schweiz von entscheidender Bedeutung. Der Anteil der körperlichen Aktivität ist zu gering, um die langfristigen gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen von Bewegungsmangel zu verhindern. Neben sportlichen Aktivitäten zeigen Investitionen in die tägliche Bewegung in vielen Ländern die grössten Erfolge. Langfristige, mehrstufige Massnahmen mit einem Fokus auf individuelle, soziale und Umweltfaktoren, sinnvolle Stadtplanung, gesundheitsfördernde Programme, positive Vorbilder und eine starke Ausrichtung auf eine positive Entwicklung und Freude an der Bewegung werden für die künftige Bewegungsförderung dringend empfohlen. Um unsere Jugendlichen dazu zu bringen, sich ausreichend zu bewegen, dem altersbedingten Bewegungsrückgang entgegenzuwirken, ihnen mehr Möglichkeiten zu bieten sowie die vielen konkreten, aber auch die weniger direkt spürbaren, kurz- und langfristigen Vorteile eines aktiven Lebensstils zu nutzen, sind Programme erforderlich, die über die reine Motivation und Sensibilisierung hinausgehen und politische Massnahmen und Praktiken vorsehen, die sich auf den Lebensstil und die Freude an der Bewegung konzentrieren sowie zahlreiche Möglichkeiten im sozialen und physischen Umfeld bieten.

7 Förderung einer ausgewogenen Ernährung

- **Sophie Bucher Della Torre**, Haute école de santé Genève

Auf Ernährungsebene stellt die Pubertät einen Übergang dar von einer im Wesentlichen von Eltern oder anderen Erwachsenen gesteuerten und organisierten Ernährung zu einer mehr oder weniger von Gleichaltrigen beeinflussten autonomen Auswahl von Lebensmitteln [7.1]. In dieser Lebensphase ändert sich der Nährstoffbedarf ebenso wie die Beziehung zur Ernährung an sich.

7.1 Warum sollte eine ausgewogene Ernährung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen gefördert werden?

Eine ausgewogene Ernährung ist wichtig, um den Körper mit der Energie und den Nährstoffen zu versorgen, die er für ein optimales Funktionieren benötigt, und um die Gesundheit mittel- und langfristig zu fördern. Eine sowohl in Bezug auf die Art der Lebensmittel als auch auf die verzehrten Mengen unausgewogene Ernährung gilt als Risikofaktor für chronische Krankheiten [7.2]. Schweizer Daten zeigen, dass 14,2% der Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren und 25,7% der 20- bis 24-Jährigen an Übergewicht und Adipositas leiden [7.3]. Ebenfalls im Zusammenhang mit der Ernährung stehen Essstörungen, von denen etwa 3,5% der 15- bis 60-Jährigen im Laufe ihres Lebens betroffen sind [7.4].

Während der Pubertät werden die in der Kindheit entwickelten Essgewohnheiten von Jugendlichen infrage gestellt, sie müssen sich diese erneut aneignen und ihr eigenes Gleichgewicht finden. Es hat sich jedoch gezeigt, dass die Essgewohnheiten von Jugendlichen bis ins Erwachsenenalter hinein weiter erhalten bleiben und eventuell an die nächste Generation weitergegeben werden [7.5].

Die Pubertät birgt daher Risiken, bietet aber gleichzeitig die Chance zur Entwicklung gesunder Essgewohnheiten und allgemein zum Aufbau einer le-

benslangen positiven Beziehung zur Ernährung. In einer manchmal als «giftig» bezeichneten Umgebung, in welcher der Konsum von eher ungesunden Lebensmitteln und Getränken gefördert wird, müssen Jugendliche und junge Erwachsene lernen, kluge Entscheidungen zu treffen. In der Pubertät und im frühen Erwachsenenalter entwickeln sich die Selbstständigkeit und die Fähigkeit zum abstrakten Denken. Somit ist diese Lebensphase entscheidend, wenn es um das Aneignen eines gesundheitsfördernden Essverhaltens geht [7.6, 7.7].

7.2 Ernährungs- und Lebensmittelempfehlungen

Das starke Wachstum und die für die Pubertät charakteristischen körperlichen Veränderungen haben einen direkten Einfluss auf den Ernährungs- und Energiebedarf von Jugendlichen. In dieser Lebensphase unterscheidet sich auch der Nährstoffbedarf von Mädchen und Jungen.

Der Energiebedarf erhöht sich, was den grossen Appetit der Jugendlichen an manchen Tagen erklären könnte. Insbesondere steigt der Bedarf an bestimmten Nährstoffen (z.B. Calcium, Eisen, Zink oder Vitamin A). Eine abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung kann diesen Bedarf abdecken, unausgewogene Gewohnheiten oder Diäten können hingegen zu Mängeln führen [7.8]. Mithilfe der von der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung SGE herausgegebenen [Schweizer Ernährungsempfehlungen](#), in denen durch gesunde Snacks ergänzte ausgewogene Mahlzeiten favorisiert werden, lässt sich der Nährstoffbedarf decken. Dabei handelt es sich konkret um eine von der SGE veröffentlichte [ausführliche Broschüre mit Empfehlungen und vielen praktischen Tipps](#) [7.9]. Die Empfehlungen in Bezug auf die Zusammensetzung der Mahlzeiten oder die Struktur der Nahrungsaufnahme tagsüber lassen sich leicht an die Wünsche und Realitäten der nach Selbstständigkeit strebenden Jugendlichen anpassen.

7.3 Was essen Jugendliche und junge Erwachsene?

Bis heute findet in der Schweiz kein Monitoring der Ernährung von Jugendlichen statt. Mehrere verfügbare Studien zeigen jedoch, dass wie in der Allgemeinbevölkerung auch **bei Jugendlichen eine grosse Diskrepanz zwischen Ernährungsempfehlungen und Ernährungsgewohnheiten besteht:**

- In der im Jahr 2018 in der Schweiz durchgeführten HBSC-Studie hielten sich weniger als 20 % der 11- bis 15-Jährigen an die Empfehlung, täglich mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse zu verzehren. Etwa die Hälfte der Befragten konsumierte mehr als einmal pro Woche und 11 % mehrmals täglich zuckerhaltige Getränke [7.10].
- Eine Umfrage unter 1800 jungen Schweizerinnen und Schweizern zwischen 15 und 24 Jahren ergab, dass bei Gemüse sich 17 % der Mädchen und 11 % der Jungen an die Empfehlungen halten, während es bei Milchprodukten nur 10 % der Mädchen und 18 % der Jungen sind. Somit werden die Ernährungsempfehlungen kaum eingehalten. In dieser Studie hielten sich Mädchen im Allgemeinen mehr an die Empfehlungen als Jungen, ausser beim Fisch- und Milchkonsum [7.11].
- Die HELENA-Studie ergab, dass auf europäischer Ebene Jugendliche nur 50 % bis 60 % der empfohlenen Mengen an Obst, Gemüse, Milch und Milchprodukten essen, aber zu viel Fleisch, Fleischprodukte, Fette und Süssigkeiten konsumieren [7.12]. In Bezug auf Nährstoffe wurde eine unzureichende Aufnahme von Folsäure, Vitamin A, C, B6 und E sowie Eisen, Magnesium, Zink, Phosphor und Calcium beobachtet. Während die meisten Jugendlichen nur unzureichend Nahrungsfasern aufnehmen, konsumieren sie zu viel Gesamtfett, gesättigte Fettsäuren, Natrium und Zucker [7.13].
- Gut zu wissen: Eine nationale Ernährungserhebung ([menuCH-Kids](#)) im Auftrag des BLV ist in Vorbereitung und soll detaillierte Daten über die Ernährungssituation der 6- bis 17-Jährigen in der Schweiz liefern.

In Bezug auf das Ernährungsverhalten sind die Gewohnheiten von Jugendlichen durch häufiges Naschen, Fast-Food-Konsum und das Überspringen von Mahlzeiten, insbesondere am Morgen, gekennzeichnet [7.14]. Bei den 11- bis 15-Jährigen zeigte die

HBSC-Studie, dass nur 46 % der Mädchen und Jungen jeden Tag ein richtiges Frühstück zu sich nahmen (mehr als ein Glas Milch oder Fruchtsaft) [7.10]. Während Jugendliche und junge Erwachsene eher Mahlzeiten im Restaurant, zum Mitnehmen und abgepackte Snacks konsumieren [7.14], war es interessant zu sehen, dass in der HBSC-Studie mehr als 90 % der Teilnehmenden im Alter von 11 bis 15 Jahren angaben, an mehreren Tagen in der Woche oder jeden Tag mit ihrer Familie zu essen [7.10].

Mehrere Studien bescheinigen Jugendlichen suboptimale Essgewohnheiten [7.15] und ein erhöhtes Risiko für eine Gewichtszunahme [7.16].

Sowohl bei Jugendlichen als auch bei jungen Erwachsenen lassen sich sehr grosse Unterschiede in Bezug auf persönliche Interessen, Lust auf Neues, Offenheit und starke Überzeugungen beobachten. Dies führt zu äusserst unterschiedlichen Essgewohnheiten und Motivationen bei Jugendlichen [7.17]. Beim Thema nachhaltige Entwicklung besteht zum Beispiel ein Zusammenhang mit der Ernährung, da viele Tipps zu Ernährung und Umwelt zusammenlaufen [7.18].



Zur Vertiefung:

- [App MySwissFoodPyramid](#)



Gesundheitsförderung Schweiz bietet zudem folgendes Merkblatt an:

- [Wie viele Würfelzucker enthalten die Getränke?](#)

7.4 Faktoren, die den Lebensmittelkonsum beeinflussen

Viele interne und externe Faktoren beeinflussen das Ernährungsverhalten, den Konsum und die Entscheidungen. Je nach Modell können diese Faktoren in vier Ebenen eingeteilt werden:

- Individualebene
- Zwischenmenschliche Ebene
- Gemeinschaftliche Ebene
- Gesellschaftliche Ebene

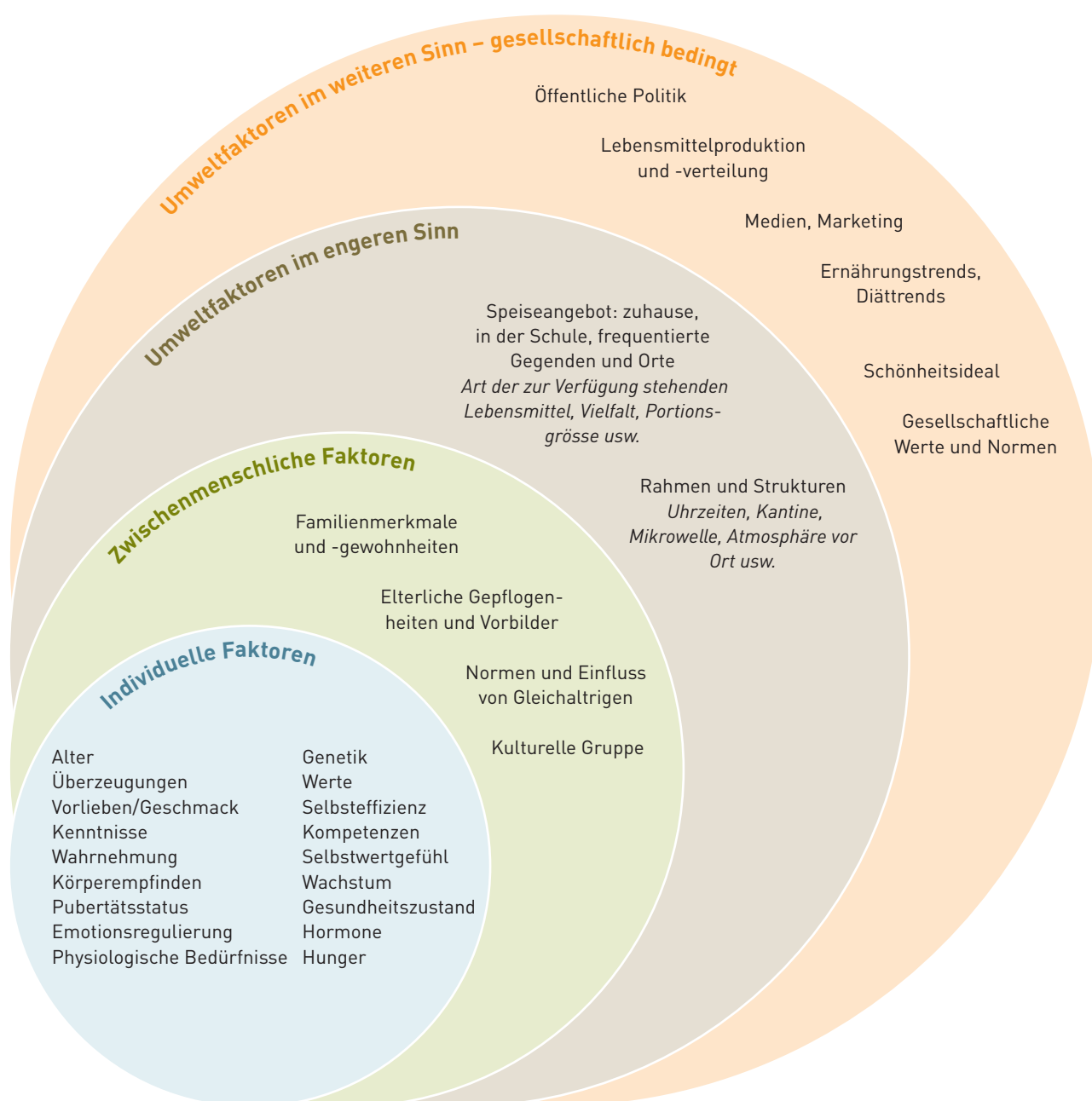
Abbildung 7.1 zeigt die Faktoren, von denen bekannt ist, dass sie in Abhängigkeit von diesen verschiedenen Ebenen die Ernährung von Jugendlichen beeinflussen.

Geschmack und Bequemlichkeit (im Verzehr oder bei der Zubereitung) werden oft als die entscheidenden Faktoren für die Lebensmittelwahl von Jugendlichen genannt. Auch andere Faktoren spielen jedoch eine wichtige Rolle: Dabei kann es sich um das Aus-

sehen der Speisen, das Hungergefühl, den Sättigungsgrad der Speise, verfügbare Zeit, Auswahl und Verfügbarkeit, Preis, Gewohnheiten, Stimmung, soziale Kontakte, wahrgenommenen Nutzen (einschliesslich Gesundheit) und Bedenken im Zusammenhang mit Gewicht oder Körperbild handeln [7.21]. Hinsichtlich des letzten Punkts berichten Jugendliche angesichts der schnellen und manchmal nicht harmonischen körperlichen Veränderungen häufig

ABBILDUNG 7.1

Faktoren, die die Essgewohnheiten und Verhaltensweisen von Jugendlichen beeinflussen



Quelle: übersetzt und angepasst aus [7.19, 7.20]

von erheblichen Bedenken betreffend Gewicht und/oder Körperbild. Anstatt als Motivation für ein gesundes Verhalten zu dienen, führen diese Bedenken laut Studien zu kontraproduktivem Verhalten wie strengen Diäten, dem Überspringen von Mahlzeiten oder dem Verzehr umstrittener Nahrungsergänzungsmittel. Längerfristig sind die Unzufriedenheit mit dem Körper und restriktive Diäten mit Übergewicht und Essstörungen verbunden [7.22].

Die Selbstständigkeit von Jugendlichen in Bezug auf die eigene Ernährung ist progressiv und kontextabhängig. Mit zunehmendem Alter werden Jugendliche immer selbstständiger hinsichtlich Essensplanung, Einkaufen und Lebensmittelzubereitung. Diese Fähigkeiten entwickeln sich allmählich für das Mittagessen, an Wochenenden, in bestimmten Umgebungen (zu Hause oder im Restaurant) und in der Gesellschaft von Gleichaltrigen [7.1]. Tatsächlich prägen soziale Faktoren wie Zeit mit Freunden das Ernährungsumfeld in diesem Alter [7.23]. Die Lebensmittelauswahl ändert sich auch je nach Kontext (zu Hause, Schule, Freizeit, Sport, Restaurants oder Geschäfte) und verfügbarem Angebot. Eine kürzlich durchgeführte Studie zeigte, dass Jugendliche sich gerade in der Freizeit und beim Sport am unausgewogensten ernähren [7.24].

Mehrere qualitative Studien ergaben, dass Jugendliche die Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung für die Gesundheit verstehen und über Grundkenntnisse verfügen. Sie finden es jedoch schwierig, diese in die Praxis umzusetzen. Hindernisse dafür sind unter anderem Zeitmangel, Gefühl fehlender Kompetenz in diesem Bereich, fehlende gesunde Optionen in der Schule, fehlendes Gefühl für die Dringlichkeit in Bezug auf die Gesundheit oder eine Vorliebe für den Geschmack anderer Lebensmittel [7.23, 7.25].

7.5 Mögliche Interventionen und deren Wirksamkeit

7.5.1 Prinzipien der Intervention bei Jugendlichen

Wenn es um das gezielte Ansprechen von Jugendlichen geht, sollten einige der für diese Lebensphase typischen Eigenschaften beachtet werden [7.26, 7.27]:

- Entwicklung der Kompetenz zum abstrakten Denken, Fähigkeit zur Integration ernährungsbedingter Komplexität und der Folgen von Ernährungsentscheidungen

- Bereitschaft, eigene Entscheidungen zu treffen, aber offener für Informationen zur Gesundheit
- Selbstständigkeit und zunehmende Verantwortung bei der Auswahl von Lebensmitteln
- Starker Einfluss von Gleichaltrigen und Misstrauen gegenüber Erwachsenen (insbesondere in der frühen Pubertät)

Interventionen für Jugendliche sollten unter Anwendung folgender Prinzipien deren Unabhängigkeit respektieren und deren Entscheidungsfähigkeit fördern [7.26, 7.27]:

- 1) **Veränderbares Verhalten anvisieren:** Sich auf Verhalten oder Praktiken konzentrieren, über die Jugendliche eine gewisse Kontrolle haben.
- 2) **Die Aktivitäten an für Jugendliche wichtigen Motivationsfaktoren ausrichten:** Ihre Motivation kann darin bestehen, mehr Energie zu haben, körperlich und kognitiv gute Leistungen zu erbringen, stark zu sein, eine schöne Haut oder schöne Haare zu haben. Direkte Vorteile können praktische Aspekte, der Geschmack oder die Kosten sein.
- 3) **Auf aktive Methoden und, sofern möglich, auch auf echte Lebensmittel zurückgreifen:** Aktivitäten wie das Kochen und das Ausprobieren von neuen Gerichten sind sehr effektiv, aber jede Aktivität sollte einen bestimmten Zweck haben, der mit dem Ziel der Intervention zusammenhängt. Einfache Rezepte sind ein effektiver Weg, um Jugendliche zu motivieren, wahrgenommene Hindernisse zu meistern und ihre Kochkünste zu entwickeln. Einfache und schnell umsetzbare Rezepte wählen, bei denen alle aktiv mitwirken können.
- 4) **Der kognitiven Entwicklung angemessene Inhalte bereitstellen:** Die Aktivitäten dürfen nicht zu schwierig sein, sollten aber die Teilnehmenden dazu anregen, die Herausforderung gern anzunehmen.
- 5) **Selbstbeobachtung und Selbsteinschätzung einbauen:** Junge Menschen können dazu ermutigt werden, ihre Fortschritte zu überwachen, ohne dabei einem Kontrollzwang zu verfallen.
- 6) **Soziale Normen und Beeinflussung durch Gleichaltrige ansprechen:** In Gruppeninterventionen können sich junge Menschen zum Beispiel durch die Analyse von Werbung, Marketingtechniken oder des Essensangebots an der eigenen Schule den auf sie ausgeübten Druck bewusst

machen und kritisch darüber nachdenken, um zu erkennen, in welchem Mass sie von ihrer Umgebung beeinflusst werden.

- 7) Den Bereich Gefühle einbeziehen:** Durch positive Erfahrungen in einer sicheren Umgebung wird auch das Selbstwertgefühl der Jugendlichen gestärkt.
- 8) Kognitive Selbstregulation fördern:** Jugendliche sind bei ihren Entscheidungen hinsichtlich ihrer Ernährung vielen äusseren Einflüssen ausgesetzt. Ernährungsinterventionen bieten die Möglichkeit, den Teilnehmenden zu helfen, sich ein konkretes und vernünftiges persönliches Ziel zu setzen, und ihnen bei der Suche nach kreativen Lösungen, die sie auch umsetzen, begleitend zur Seite zu stehen.
- 9) Jugendliche einbeziehen:** Die aktive Beteiligung junger Menschen an der Gestaltung und Umsetzung von Interventionen fördert ihr Interesse und den Erfolg der Projekte.

7.5.2 Beispiele für Interventionen

A Wissen und Kompetenzen fördern

Ernährungsbezogenes Wissen ist notwendig, aber nicht ausreichend für die Umsetzung eines gesunden Verhaltens. Nur wenn Wissen mit Kompetenzen und kritischem Denken verknüpft wird, lassen sich fundierte Entscheidungen treffen. Das Konzept der «Ernärungskompetenz» (Food literacy) wurde definiert als «eine Reihe miteinander verbundener Kenntnisse, Kompetenzen und Verhaltensweisen, die notwendig sind, um Mahlzeiten zu planen, Lebensmittel auszuwählen, zuzubereiten und zu essen, den Nährstoffbedarf zu decken und die Nahrungsaufnahme zu bestimmen» [7.28]. So definiert Ernärungskompetenz nicht nur Ernährungswissen, sondern beinhaltet auch die praktischen Kompetenzen und die Fähigkeit, kritische Ernährungsentscheidungen zu treffen. Dazu gehören das Wissen über die Herkunft bis hin zur Auswahl und Zubereitung von Lebensmitteln in der Praxis.

Ernährungsbildung

Ernährungsbildung ist daher eine der Komponenten von Food literacy. Eine österreichische Studie analysierte den Zusammenhang zwischen der Anzahl der Stunden Ernährungserziehung und der Qualifikation der Lehrkräfte mit dem ernährungsbezogenen Wissen und dem Ernährungsverhalten der Lernenden. Die Ergebnisse zeigen, dass eine tiefer

gehende Ernährungsbildung mit einem breiteren ernährungsbezogenen Wissen und grösserer Ernärungskompetenz einherging. Diese Analysen deuten darauf hin, dass ein umfassenderes ernährungsbezogenes Wissen mit einem geringeren Verzehr von Fleisch und kaltem Eistee sowie einem höheren Verzehr von Gemüse und Pflanzenölen einherging. Mehr Ernährungsbildung korrelierte auf signifikante Weise mit einem höheren Konsum von Vollkornbrot, einem geringeren Verzehr von Fleisch und mit weniger gesüssten Energy Drinks [7.29].

Kochworkshops

Auf Kochworkshops basierende Studien haben positive Ergebnisse in Bezug auf Selbstvertrauen, Kochkünste und das Probieren neuer Lebensmittel gezeigt [7.30]. In Kochworkshops haben Jugendliche und junge Erwachsene die Gelegenheit, auf positive Art mit der Zubereitung gesunder und appetitlicher Mahlzeiten zu experimentieren [7.31].

Darüber hinaus scheinen sich Kochkompetenzen ins Erwachsenenalter zu übertragen und wurden mit gesunden Essgewohnheiten in Verbindung gebracht. In einer Studie mit Teilnehmenden im Alter zwischen 15 und 18 sowie zwischen 24 und 28 Jahren zeigte sich, dass in der Pubertät erlernte Ernärungskompetenzen und Ernährungsverhalten beibehalten wurden. Dieser Studie zufolge kann der Kochunterricht für Jugendliche eine Veränderung des Ernährungsverhaltens bewirken [7.14]. Eine Schweizer Studie mit mehr als 3500 Erwachsenen ergab, dass die häufigere Teilnahme an Kochaktivitäten in der Kindheit auf bessere Kochkünste im Erwachsenenalter bei Männern und Frauen schliessen lässt. In beiden Fällen waren bessere Kochkünste mit einer besseren Ernährung verbunden [7.32]. Auch digitale Ansätze scheinen vielversprechend, sind aber noch wenig erforscht. Zum Programm «Squire's Quest» gehört beispielsweise die Zubereitung von Speisen in einer virtuellen Küche [7.33]. Andere Studien haben mit Serious Games, virtuellen Avataren oder dem Ansehen von Videos gearbeitet [7.34].

Gartenarbeit

Obwohl der Langzeiteffekt noch nicht nachgewiesen ist, haben Interventionen mit Gartenarbeit (Obst- und Gemüseanbau) bei Jugendlichen positive Effekte gezeigt, wie zum Beispiel eine stärkere Vorliebe und höhere Bereitschaft, Obst und Gemüse zu probieren sowie einen höheren Konsum dieser Lebensmittel [7.30].

Genuss und Sinneserziehung

Die Freude am Essen ist eine der Grundlagen für eine positive Beziehung zum Essen und sollte sich daher in Interventionen zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung wiederfinden. Die Freude am Essen besteht aus mehreren Dimensionen wie sensorischen Erfahrungen, sozialen Erfahrungen, der Zubereitung von Lebensmitteln, Neuheiten, Vielfalt, bewusstem Essen, körperlichen Empfindungen, dem Ort, an dem gegessen wird, und den Erinnerungen, die mit dem Essen verbunden sind [7.35]. Mithilfe von Aktivitäten im Rahmen der Sinneserziehung und der bewussten Verkostung können Jugendliche Lebensmittel mit allen Sinnen erkunden und sich für eine grössere Vielfalt öffnen. Die Prinzipien einer auf der Verwendung aller Sinne basierenden Verkostung können in Interventionen mit Jugendlichen angewendet werden [7.36]. Die in den vorherigen Abschnitten beschriebenen Interventionen zielen darauf ab, den Genuss durch Strategien zu fördern, die sich auf sensorische Erfahrungen, Kochen und/oder Teilen von Aktivitäten, achtsames Essen und positive Erinnerungen im Zusammenhang mit gesunder Ernährung konzentrieren. In diesem Sinne sind sie auch vielversprechend [7.35].



Einige Beispiele

- **Kebab+:** Je nach Aktivität bereiten die Jugendlichen selbst schmackhafte Mahlzeiten zu, entdecken dabei die Prinzipien einer ausgewogenen Ernährung und/oder organisieren gemeinsame Mahlzeiten für sich oder andere.
- **GORILLA-Projekt:** Ziel des Projekts ist es, jungen Menschen die Freude an Bewegung zu vermitteln und sie durch Workshops sowie eine Bildungsplattform für eine ausgewogene Ernährung zu gewinnen.
- **Regi&Na-Projekt:** In einwöchigen Camps sind Jugendliche dazu aufgefordert, sich kritisch mit der Lebensmittelproduktion und der eigenen Esskultur auseinanderzusetzen und die Bedürfnisse und Signale ihres Körpers besser wahrzunehmen.
- **Projekt Sant«e»scalade:** Im Rahmen des Trainings für das beliebte Genfer Escalade-Rennen nehmen Jugendliche an Trainingseinheiten zu den Themen Ernährung und Bewegung teil (nur auf Französisch verfügbar).

B Veränderung des Lebensmittelangebots, Erleichterung des Zugangs und der Verfügbarkeit

Viele Fachleute empfehlen für Jugendliche ein Umfeld, in dem sie gesunde Ernährungsentscheidungen treffen können. Die gesündesten Entscheidungen sollten auch die einfachsten sein. In erster Linie geht es um Schulen und andere Bildungseinrichtungen, da Jugendliche einen erheblichen Teil ihrer Zeit dort verbringen und sie die Möglichkeit bieten, Jugendliche aus allen Bereichen effektiv zu erreichen.

Schulen bieten Speisen und Getränke im Rahmen der Schulverpflegung, aber auch über Verkaufsautomaten oder andere Verkaufsstellen an. Interventionen sind auf mehreren Ebenen möglich:

- **Ausbau des Angebots:** Verteilung von Obst und Gemüse oder Wasser an Schulen; Festlegung von Standards für in Schulen angebotene Speisen und Getränke
- **Einschränkung des Angebots:** Etablierung von Ernährungsstandards für in Schulen verkaufte Lebensmittel und Getränke
- **Anpassung der Entscheidungsstruktur,** um eine gesunde Auswahl zu erleichtern
- **Veränderung der Lebensmittelpreise:** Erhöhung des Preises bestimmter Lebensmittel oder Getränke (z. B. gesüsste Getränke) und Reduzierung des Preises bestimmter Lebensmittel (z. B. ausgewogenes Menü, Salat, Gemüsesuppe, Obst)

Evaluationen in vielen Ländern haben ergeben, dass Interventionen zur Schaffung eines Umfelds, das eine ausgewogene Ernährung durch Verbesserung des Angebots fördert, eine wirksame Massnahme zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens, zur Erhöhung des Konsums gesunder Lebensmittel oder Getränke und/oder zur Verringerung des Verzehrs von Lebensmitteln oder Getränken mit niedrigem Nährwert sind [7.37, 7.38].

Andere Massnahmen zur Schaffung eines günstigen Umfelds für eine gesunde und ausgewogene Ernährung sind auf einer breiteren Ebene möglich, werden hier aber nicht erörtert. Dazu gehören beispielsweise eine bessere Lebensmittelkennzeichnung mit Nährwertangaben oder -bewertungen, um die Auswahl beim Einkaufen zu erleichtern, Massnahmen zur Begrenzung von Marketingpraktiken für Kinder und Jugendliche, wirtschaftliche Instrumente (Steuern, Subventionen), die den Zugang zu gesunden Produk-

ten erleichtern und die Attraktivität anderer Produkte verringern, oder die Verbesserung der Nährstoffzusammensetzung von Lebensmitteln durch die Hersteller.



Einige Beispiele

- **Fourchette verte:** Qualitätslabel für Verpflegungsbetriebe, die ein ausgewogenes Tagesgericht anbieten; in vielen Schulen vorhanden.
- Obsthändler im Wallis: 16 Tonnen Äpfel im Laufe des Schuljahres 2017/18 im Wallis verteilt. [Umfrage](#) des französischsprachigen Verbraucherverbands (FRC).
- Kiosk im Pausenhof («Pausenkiosk») in Bern: Jugendliche der Sekundarstufe entwickeln gemeinsam Ideen für gesunde und leckere Snacks, die sie selbst im Pausenkiosk verkaufen.

7.5.3 Medienkompetenz

Jugendliche werden mit Botschaften zu Essen, Gesundheit und Körper bombardiert. Medienkompetenz ist ein wichtiger Bestandteil der Ernährungskompetenz und hat sich als wirksam erwiesen, um der Entwicklung von Essstörungen vorzubeugen. Programme zur kritischen Medienanalyse haben unter anderem folgende Ziele:

- Sensibilisierung für Medienbotschaften in Bezug auf Gewicht, Idealfigur, Gender-Stereotypen und Verdinglichung des Körpers (siehe [Kapitel 5](#));
- Stärkung des kritischen Denkens hinsichtlich Lebensmittelbotschaften (Diäten usw.), «Fake News» sowie Marketing- und Manipulationstechniken, die in den Medien zur Schaffung von Idealen verwendet werden.

Wenn es um Essen und Ernährung geht, kommunizieren viele Influencer oder Blogger bereits digital und veröffentlichen Informationen, Meinungen, Ratschläge, Fotos und Rezepte, oftmals ohne wissenschaftliche Grundlage. Soziale Netzwerke haben ein grosses Potenzial, um junge Menschen zum gesunden Kochen und Essen zu motivieren, aber das digitale Angebot ist noch lückenhaft und die Entwicklung und Bewertung von qualitativ hochwertigen Inhalten ist notwendig.

Medienkompetenz hat auch noch weitreichendere Vorteile, die in [Kapitel 9](#) erörtert werden [7.39, 7.40].



Orientierungsliste von Gesundheitsförderung Schweiz

Gesundheitsförderung Schweiz veröffentlicht mit der [Orientierungsliste](#) regelmässig eine Übersicht über aktuelle und bewährte Massnahmen und Projekte in der Gesundheitsförderung. Sie umfasst Massnahmen auf den Ebenen Intervention, Policy, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit.

7.6 Chancengleichheit bei der Förderung einer ausgewogenen Ernährung

Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status sind überproportional von Adipositas betroffen, die einen wesentlichen Risikofaktor für chronische Krankheiten darstellt [7.41]. Eine Schweizer Studie zeigte, dass eine unausgewogene Ernährung einen Teil dieser Belastung erklärt, obwohl auch andere Faktoren eine Rolle spielen [7.42]. Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen stehen vor vielen Hindernissen, wenn es um eine gesunde Ernährung geht [7.43]; diese müssen bei der Durchführung von Interventionen unbedingt berücksichtigt werden. Strukturelle Massnahmen zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung haben den Vorteil, dass sie die gesamte Bevölkerung erreichen und besonders wirksam für Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status sind. Bei sozial benachteiligten Jugendlichen haben sich Interventionen in Schulen bewährt, insbesondere Projekte, die darauf abzielen, das Essensangebot innerhalb der Schule zu verbessern oder die Förderung einer ausgewogenen Ernährung in Unterrichtspläne zu integrieren [7.44]. Die Wirksamkeit dieser Massnahmen wird verstärkt, wenn sie mit Interventionen auf individueller Ebene kombiniert werden. Daher ist es wichtig, Verhaltens- und Strukturmassnahmen miteinander zu verbinden [7.44].

Unter den Massnahmen zur Förderung der Ernährungskompetenz zeigten sich Interventionen auf Basis von Kochworkshops effektiv bei der Verbesserung der Ernährung von Jugendlichen aus ein-

kommensschwachen Gruppen [7.30]. Um den Zugang zu Ernährungserziehungsprogrammen zu erleichtern, sollte ein besonderes Augenmerk auf die Verwendung von Bilddokumenten (für ein Publikum mit geringer Lesekompetenz verfasst und wenn möglich übersetzt) sowie Bildern von Lebensmitteln (echte, Attrappen oder Lebensmittelverpackungen) gelegt werden.

Im Allgemeinen sind die Ausrichtung der Interventionen auf eine spezifische Zielgruppe und die Beteiligung der Zielgruppe an der Entwicklung und Durchführung des Projekts ebenfalls Erfolgsfaktoren. Die Einbeziehung der Eltern bleibt bei der Unterstützung von sozial benachteiligten Jugendlichen wichtig, weshalb deren Beteiligung an den Projekten sinnvoll erscheint. Schliesslich ist der Spassaspekt der Aktivitäten besonders wichtig [7.44].

Im Rahmen der Förderung einer ausgewogenen Ernährung sollten zur Entwicklung der Chancengleichheit noch drei wichtige Aspekte berücksichtigt werden. Erstens sind Essgewohnheiten eng mit der Herkunftskultur verbunden. Niemand sollte sich zwischen seiner Kultur und seiner Gesundheit entscheiden müssen. Interkulturelle Kompetenz ist bei der Entwicklung von Interventionen zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung unerlässlich [7.45]. Zweitens kann die Förderung der Ernährungskompetenz, insbesondere der Entwicklung kulinarischer Fähigkeiten, auch als Mittel zur Bekämpfung von Gender-Stereotypen und der ungleichen Verteilung von Hausarbeit zwischen Männern und Frauen gesehen werden [7.31]. Schliesslich ist Ernährungsunsicherheit eine Realität, die bei Interventionen zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung berücksichtigt werden muss [7.46], etwa durch:

- Bereitstellung von Informationen zu Hilfsangeboten in der Region,
- Verwendung von saisonalen Lebensmitteln, aber auch von Obst und Gemüse in Dosen oder aus der Tiefkühltruhe,
- Schulung der älteren Jugendlichen im Planen von Menüs und im Erstellen einer Einkaufsliste,
- Bereitstellung von Rezepten auf Basis von Eiern oder Hülsenfrüchten,
- Förderung des Konsums von Leitungswasser.



Beispiele für Projekte in der Schweiz

- **Gesundheitspersonal der Gemeinde:** Dieses Projekt zielt unter anderem darauf ab, gesunde Ernährung unter Migrantinnen und Migranten in Genf durch vom Gesundheitspersonal der Gemeinde und von Gesundheitsfachkräften gemeinsam geleitete Workshops zu fördern.
- Website [«Gut, gesund und günstig essen»](#): Förderung der Ernährungskompetenz im Alltag durch kostenlose Materialien.



Vertiefung

Bericht [«Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz. Definitionen, theoretische Einführung, praktische Empfehlungen»](#), von D. Weber. Bern: GFCH, BAG, SDK (2020).

7.7 Fazit

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass es trotz der grossen Anzahl an Studien, die Interventionen zur Förderung einer gesunden und ausgewogenen Ernährung bei Jugendlichen evaluieren, an Belegen für die effektivsten Interventionsarten, die vielversprechendste Dauer und die ideale Umsetzung fehlt [7.30].

Expertinnen und Experten empfehlen eine ausreichende Dauer und Intensität der Interventionen und den Einsatz theoretischer Modelle und validierter Werkzeuge zu ihrer Strukturierung und Bewertung [7.27, 7.30]. Auf Grundlage bestehender Programme wurden auch mehrere vielversprechende Strategien identifiziert:

- Interventionen im schulischen Umfeld
- Einbezug der Eltern
- Aktionen, die Ernährung und Bewegung miteinander verbinden
- Bildungsprogramm zu Ernährung und Bewegung
- Aktionen für die Umwelt
- Einheiten mit Bewegung
- Relativ lange Interventionsdauer (mindestens ein Jahr)

Während die bisher erzielten Ergebnisse zur Verhaltensänderung kurz- bis mittelfristig gesehen ermutigend sind, bleiben die langfristigen Auswirkungen ungewiss [7.47]. Die Frage nach dem Dosis-Wirkungs-Verhältnis bleibt offen, ebenso wie die Notwendigkeit zur «Auffrischung» der Interventionen. In Erwartung der Antworten erscheint es sinnvoll, für jede Lebensphase in verschiedenen Kontexten kohärente Botschaften zu veröffentlichen und Interventionen bereitzustellen.

7.7.1 Fachkräfte des Gesundheitswesens

Die Rolle der Fachkräfte des Gesundheitswesens muss ebenfalls hervorgehoben werden. Im Rahmen ihrer Massnahmen können sie Botschaften zur Förderung einer abwechslungsreichen und ausgewogenen Ernährung übermitteln sowie junge Menschen identifizieren, bei denen ein Risiko für die Entwicklung von Übergewicht, Essstörungen oder Mangelernährung besteht. Unter Beachtung des Stigmatisierungsrisikos können Fachkräfte des Gesundheitswesens Jugendlichen und ihren Familien helfen, sich weniger auf das Gewicht und mehr auf eine dauerhafte Verhaltensänderung zu konzentrieren, indem sie sich an folgende Empfehlungen halten [7.48, 7.49]:

- Von Diäten Abstand nehmen und stattdessen gesundheitsförderndes Ernährungs- und Bewegungsverhalten übernehmen, das kontinuierlich aufrechterhalten werden kann
- Ein positives Körperbild fördern
- Häufigere und angenehmere Mahlzeiten im Familienkreis fördern
- Familien anhalten, weniger über das Gewicht zu sprechen und zuhause mehr für die Förderung gesunder Ernährung und Bewegung zu tun
- Beachten, wenn übergewichtige Jugendliche wegen ihres Gewichts belästigt wurden, und dieses Problem mit den Jugendlichen und deren Familien besprechen

7.7.2 Prioritäten der Ernährungsmassnahmen

Basierend auf den bisher vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen werden die Handlungsschwerpunkte zur Förderung gesunder Ernährungsgewohnheiten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach den oben beschriebenen unterschiedlichen Einflussebenen aufgeschlüsselt und im Folgenden zusammengefasst [7.26, 7.27, 7.48].

Auf individueller Ebene:

- Eine abwechslungsreiche, leckere und ausgewogene Ernährung und eine an den individuellen Bedarf angepasste Zufuhr fördern, wobei der Schwerpunkt auf dem modifizierbaren Verhalten liegt:
 - Mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag
 - Mehr ungesüsste und weniger gesüsste Getränke
 - Täglich frühstücken
 - Auf Portionsgrösse sowie Hunger- und Sättigungssignale achten
 - Ungesunde Gewichtskontrolle vermeiden
- Fähigkeiten im Zusammenhang mit Kauf, Zubereitung und Verzehr von Lebensmitteln erwerben
- Über die vielen Veränderungen während der Pubertät aufklären

Auf zwischenmenschlicher Ebene:

- Eine Kultur und eine positive Beziehung zu Lebensmitteln fördern, ohne diese in «gut» oder «schlecht» zu kategorisieren
- Autonomie und Entscheidungsfindung bezüglich Ernährung unterstützen
- Mahlzeiten im Familienkreis grosse Bedeutung schenken und eine entspannte Stimmung pflegen
- Positives Körpergefühl und gesundes Verhalten fördern
- Aktiv gegen Spott und Bemerkungen zu Gewicht und Aussehen kämpfen, unabhängig davon, ob sie in der Familie, in der Schule, im Sport oder in einem anderen Umfeld stattfinden

Im Umfeld:

- Lebensmittelangebot fördern, das gesunde Entscheidungen erleichtert
- Geschmack und Aussehen gesunder Lebensmittel verbessern
- Weniger gesunde Lebensmittel durch gesündere Alternativen ersetzen
- Gesunde Entscheidungen vereinfachen, indem gesunde Lebensmittel verfügbarer und praktischer gemacht werden, zum Beispiel durch die Verwendung von Food Nudges
- Gesunde Ernährung «cool» machen – bewerben

8 Förderung der psychischen Gesundheit

- **Frank Wieber**, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
- **Agnès von Wyl**, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
- **Annina Zysset**, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

8.1 Grundlagen und Definitionen

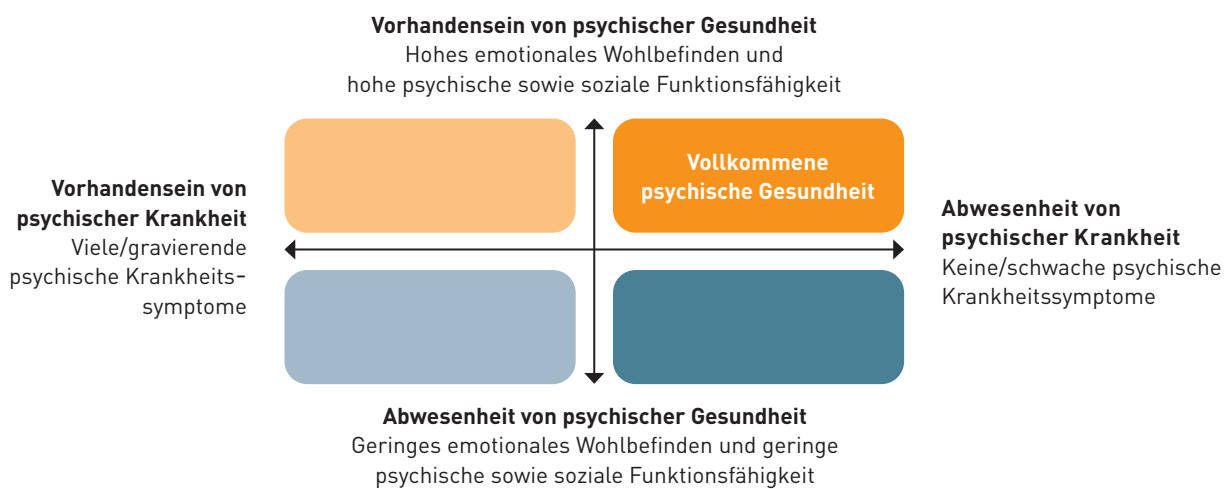
8.1.1 Psychische Gesundheit und psychische Störungen

Die psychische Gesundheit wird von der WHO beschrieben als «Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann» [8.1].

Das etablierte Modell des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums von Antonovsky wird benutzt, um die fließenden Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit zu veranschaulichen. Für das Jugendalter ist darüber hinaus das sogenannte **Zwei-Kontinua-Modell** [8.2] ein hilfreiches heuristisches und praxisanleitendes Raster im Bereich der Gesundheitsförderung (siehe Obsan Bericht 72 [8.3]). Es hilft, psychische Belastungen, die sich nicht als psychische Störungen manifestieren, zu identifizieren. Die vertikale Achse des Modells (**Abbildung 8.1**) repräsentiert psychisches Wohlbefinden mit Ausprägungen von hoch bis niedrig, die horizontale Achse dagegen psychische Störung bzw. Krankheit mit Ausprägungen von hoch bis niedrig. So können Jugendliche ohne psychische Störung trotzdem ein geringes psychisches Wohlbefinden haben, hingegen Jugendliche mit einer psychischen Störung ein hohes psychisches Wohlbefinden erleben [8.3].

ABBILDUNG 8.1

Zwei-Kontinua-Modell nach Keyes



- Personen mit hohem psychischem Wohlbefinden, ohne psychische Störung
- Personen mit hohem psychischem Wohlbefinden, mit diagnostizierbarer psychischer Störung
- Personen mit geringem psychischem Wohlbefinden, ohne psychische Störung
- Personen mit geringem psychischem Wohlbefinden, mit diagnostizierbarer psychischer Störung

Quellen: [8.2, 8.3]

8.1.2 Die Jugend als wichtige Umbruchphase und mögliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit

Die Adoleszenz geht mit vielfältigen Veränderungen einher, welche Stress auslösen können – nicht zuletzt deshalb ist das Jugend- und junge Erwachsenenalter für die psychische Gesundheit eine vulnerable Phase.

Auch auf **neurobiologischer Ebene** finden Veränderungen mit möglichen Auswirkungen auf die psychische Entwicklung statt. Zum Beispiel wird diskutiert, ob die entwicklungsbedingte **Unreife des präfrontalen Kortex**, der für die Impulskontrolle zuständig ist, adoleszentes Risikoverhalten begünstigt [8.4]. Die Zusammenhänge mögen komplexer sein [8.5, 8.6], jedoch ist die Adoleszenz eine Entwicklungsphase, die durch **bedeutende strukturelle und funktionelle Veränderungen im Gehirn** gekennzeichnet ist, welche in der Regel erst gegen Mitte des zweiten Lebensjahrzehnts zum Abschluss kommen. Daher ist diese Phase **anfällig für** die Etablierung von **ungesunden Bewältigungsstrategien**, die wiederum einen **negativen Einfluss** auf die **psychische Gesundheit** haben und eine erhöhte Sensibilität und Verletzlichkeit mit sich bringen können [8.7]. Allerdings wird die Pubertät mit ihrem Entwicklungsschub **auch als «zweite Chance»** gesehen, in der kindliche Entwicklungsdefizite und dysfunktionale Verhaltensmuster korrigiert bzw. kompensiert werden können.

8.1.3 Ressourcen und Belastungen

Ressourcen und Belastungen (oft auch Risiko- und Schutzfaktoren genannt) sind Faktoren, die potenziell einen negativen oder positiven Effekt auf die psychische Gesundheit haben können. Ressourcen stärken die psychische Gesundheit und können zudem die negative Auswirkung von Belastungen abschwächen. Das **Gleichgewicht von Ressourcen und Belastungen** ist **entscheidend** für die Erhaltung der Gesundheit. Ressourcen und Belastungen können beide innerhalb (interne Faktoren) oder ausserhalb (externe Faktoren) der Person liegen. Ein Ansatz zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist, ihre **internen** und **externen Ressourcen** zu **stärken**.

Es lassen sich **zwei Hauptgruppen** von belastenden Faktoren für **psychische Störungen** unterscheiden [8.8]:

- **Biologische oder psychologische Merkmale** (interne Faktoren), zum Beispiel eine genetische Belastung
- **Psychosoziale Merkmale** der Umwelt (externe Faktoren), zum Beispiel Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch, psychische Störungen der Eltern

Bei den **Ressourcen** wurde seitens der Forschung die **protektive Wirkung** der folgenden internen Ressourcen belegt:

- Hohe Selbstwirksamkeitserwartung (siehe 8.4.2)
- Gute Lebenskompetenzen (siehe 8.4.3)
- Positive Wahrnehmung der eigenen Person (Selbstkonzept)
- Selbstachtung
- Positive Lebenseinstellung (Optimismus)

Angebote der universellen Gesundheitsförderung fokussieren oft auf die **Stärkung von internen, veränderbaren Ressourcen** wie zum Beispiel der **Selbstwirksamkeit** [8.9–8.11] oder der **Lebenskompetenzen**. Doch gibt es auch Ansätze, die externe Faktoren wie das Lebensumfeld, die Schule oder die Ausbildung miteinbeziehen, um ein förderliches Umfeld zu begünstigen und so die externen Ressourcen zu stärken.

Externe Ressourcen im Jugendalter sind neben den **familiären Schutzfaktoren** (Bindungs- und Beziehungsqualität, positives Familienklima) im Verlauf zunehmend die Kontakte zu **prosozialen Gleichaltrigen**. Die familiären Schutzfaktoren gilt es schon in der frühen Kindheit – so früh wie möglich – zu stärken. Soziale Ressourcen (siehe 8.4.4) haben grundsätzlich eine wichtige Funktion, aber auch der Qualität der Bildungseinrichtungen kommt eine wichtige Rolle zu [8.12].

Bei Kindern und Jugendlichen, die bereits mehreren Risikofaktoren (Belastungen) ausgesetzt sind, wird empfohlen, nebst dem Stärken der Ressourcen auch eine **Verminderung dieser Risikofaktoren** anzustreben [8.11]. Dies sind Faktoren wie Armut, ein tiefer sozioökonomischer Status, Gewalterfahrungen, minderjährige Elternschaft oder (psychische) Erkrankungen der Eltern.



Weiterführende Informationen zum Thema Förderung der psychischen Gesundheit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Für Fachpersonen:

- Broschüre [Soziale Ressourcen](#)
- Infoblatt [10 Schritte für die psychische Gesundheit](#)
- Bericht 6: [Psychische Gesundheit über die Lebensspanne](#)



Weiterführende Informationen anderer Anbieter zu diesem Thema

Für Fachpersonen:

- Broschüre [Psychische Gesundheit in der Jugend: Sensibilisierung und Früherkennung. Fachinformationen für die pädiatrische und die hausärztliche Praxis](#)
- [Jugendforschungsprojekt zur psychischen Gesundheit: Erkenntnisse und Tools](#)
- [Promouvoir la santé psychique des adolescent-e-s à l'école et dans l'espace social. Cahier de référence pour les professionnel-le-s](#) (nur in FR erhältlich)

Für Eltern:

- [Positives Körperbild stärken: Auszug aus dem Elternbrief Teenager](#) von Pro Juventute
- Pro Juventute [Extrabriefe](#) zu verschiedenen Themen, z. B. Teenager, Druck und Stress, Geld und Konsum
- www.projuventute.ch
- www.kinderschutz.ch
- www.elternbildung.ch

Für Jugendliche:

- [«Heb der Sorg!» Ein Werkzeugkasten für Jugendliche, die aktiv mit Herausforderungen umgehen wollen](#)
- [10 Schritte für deine psychische Gesundheit](#)
- Kampagne [«Kennsch es?»](#) des Kantons Zug
- [Santépsy](#) für Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren
- Emotionen-ABC der Kampagne [«Wie geht's dir?»](#)

8.2 Warum lohnt sich die Förderung der psychischen Gesundheit bei Jugendlichen?

Die Förderung der psychischen Gesundheit im Jugendalter lohnt sich in vielfacher Hinsicht.

8.2.1 Verstärkung positiver Entwicklungen

Die Jugend ist ein **optimaler Zeitpunkt für Interventionen**. Einerseits beginnen hier die meisten psychischen Erkrankungen und Risikoverhaltensweisen und andererseits besteht im Rahmen der Hirnentwicklung eine erhöhte Veränderbarkeit der Denk- und Verhaltensmuster [8.13]. Durch die Förderungsmassnahmen lernen Jugendliche, sich aktiv um ihre psychische Gesundheit zu kümmern und ihr **Gesundheitsverhalten selbstständig zu managen**. Dieser Lernprozess ist zentral für den **Aufbau langfristiger Gewohnheiten** und Verhaltensweisen. Gerade aufgrund der engen Verbindung zwischen der psychischen und der physischen Gesundheit zahlt sich das über die gesamte Lebensspanne aus [8.14].

8.2.2 Verringerung negativer Entwicklungen

Risikofaktoren erhöhen stetig und zunehmend bis ins Erwachsenenalter die Anfälligkeit für psychische Störungen. Starke Ressourcen helfen, die Häufigkeit psychischer Störungen zu verringern oder die zu erwartenden Verläufe in Richtung weniger beeinträchtigender Folgen zu verschieben [8.15]. Mit einer schlechten psychischen Gesundheit gehen oft Risikoverhaltensweisen wie Tabak-, Alkohol- und sonstiger Substanzkonsum oder auch riskantes Sexualverhalten und Gewalt einher, deren Auswirkungen sich über die gesamte Lebensspanne erstrecken und schwerwiegende Folgen haben können [8.16, 8.17]. Eine Verbesserung der psychischen Gesundheit ist demnach eine effektive Massnahme zur Prävention von Suchterkrankungen, übertragbaren Krankheiten und Gewalt. Das Verhindern oder **Reduzieren von Risikoverhaltensweisen** hilft auch, das Leiden Dritter zu reduzieren. Beispielsweise ist das Erfahren von Gewalt häufig mit psychischen Problemen bei den Opfern verbunden.

Suizide sind nach Unfällen die häufigste Todesursache bei älteren Jugendlichen [8.13]. Über 90% der Jugendlichen, die suizidal werden, hatten im Jahr **vorher** eine **psychische Störung**. Häufig war dies eine klinische Depression in Verbindung mit Substanzkonsum sowie weiteren Belastungsfaktoren wie Tod oder Verlust eines nahestehenden Men-

schen, Gewalt oder Unsicherheit über die sexuelle Orientierung [8.18]. Die Förderung der psychischen Gesundheit hilft, psychische Störungen und Suchtverhalten zu verhindern, und ist somit auch Suizidprävention.

Die Chronifizierung psychischer Erkrankungen ist mit hohen Kosten (z.B. infolge Erwerbsausfall) und Leiden verbunden. Die **Förderung der psychischen Gesundheit** verringert das Risiko chronischer psychischer Erkrankungen. So gibt es eine starke **wirtschaftliche Evidenz** für schulische Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen [8.19, 8.20]. Die WHO empfiehlt in ihrer Liste der kostenwirksamen Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit in Ländern mit mittlerem und hohem Einkommen dementsprechend schulbasierte sozio-emotionale Lernprogramme [8.21] und zwar sowohl für alle Kinder als auch für gefährdete Kinder.

8.3 Die psychische Gesundheit der Jugendlichen in der Schweiz

8.3.1 Wohlbefinden

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand und zur Lebenszufriedenheit bei Jugendlichen werden in der repräsentativen **HBSC-Studie** gestellt. Die Zahlen für das Jahr 2018 zeigten, dass sich die **Mehrheit der 11- bis 15-Jährigen gut fühlte**: 90,7% der Jungen und 83,7% der Mädchen in diesem Alter berichteten von einer eher hohen bis hohen Lebenszufriedenheit [8.22]. Die Werte sind über die fünf Erhebungen (Zeitraum 2002 bis 2018) ähnlich geblieben. Allerdings ist die Lebenszufriedenheit bei den 12- bis 15-Jährigen im Vergleich zu den 11-Jährigen stets etwas tiefer.

8.3.2 Prävalenzen von psychischen Erkrankungen und Belastungen

Es existiert keine aktuelle verlässliche Datenübersicht zu psychischen Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Jugendlichen in der Schweiz (siehe folgende Box). Deshalb werden bis heute die Prävalenzzahlen der **ZESCAP-Studie** (Zurich Epidemiological Study of Child & Adolescent Psychopathology) von 1994 sowie der darauf aufbauenden Längsschnittstudie **ZAPPS** (Zürcher Adoleszenten-Psychologie- und Psychopathologie-Studie, Datenerhebungen 1994 bis 2004/05) zitiert (z. B. [8.23]). In dieser für den Kanton

Zürich repräsentativen Studie lag die 6-Monats-Prävalenz für psychische Störungen bei den 14- bis 17-Jährigen im Jahr 1994 bei 12,8%. Das heisst, dass rund **13% der Jugendlichen** in diesem Alter innerhalb von sechs Monaten an einer **psychischen Störung** litten. Diese Zahlen sind mit internationalen Messungen vergleichbar: In einer Metaanalyse über 41 Studien aus 27 unterschiedlichen Ländern aus dem Jahr 2015 konnte eine durchschnittliche Prävalenz von 13,4% für die vier grössten psychiatrischen Störungsgruppen (Angststörungen, Depressionen, ADHS, Verhaltensstörungen) identifiziert werden [8.24].



Wie werden psychische Störungen und psychische Auffälligkeiten gemessen?

Werden in Studien Prävalenzen von psychischen Krankheiten oder Störungen erwähnt, ist davon auszugehen, dass diese auf der Basis von diagnostischen Interviews und davon abgeleiteten Diagnosen psychischer Störungen erhoben wurden. Da diese Methode sehr aufwendig und entsprechend kostspielig ist, verwenden viele epidemiologische Studien sogenannte Screeninginstrumente. Das sind Fragebögen, welche durch die Befragten selbst ausgefüllt werden. Sie geben jedoch lediglich Hinweise auf das Vorhandensein einer psychischen Störung. Diesem Umstand wird Rechnung getragen, indem man von psychischen Auffälligkeiten oder Belastungen spricht. Häufig wird angegeben, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine psychische Störung vorliegt.

Für junge Erwachsene gibt es eine aktuelle repräsentative Studie zur Prävalenz von psychischen Auffälligkeiten: die **Swiss Youth Epidemiological Study on Mental Health** (S-YESMH). Untersucht wurden die Daten von 3840 Personen im Alter von **17 bis 22 Jahren**. Bei rund einem Drittel der jungen Frauen und einem Fünftel der jungen Männer lagen im Jahr 2018 Hinweise auf eine der drei psychischen **Störungen Depression, Angst** oder **ADHS** vor. Auffallend war, dass beinahe die Hälfte dieser Personen eine therapeutische Behandlung als nicht notwendig erachteten. Zudem nahmen zwei Drittel noch nie professionelle Hilfe in Anspruch. Gründe hierfür könnten

unzureichende Kenntnisse von klinischen Symptomen sein oder auch ein Unvermögen, sich in therapeutische Behandlung zu begeben [8.25, 8.26].

Für die **11- bis 15-jährigen Kinder und Jugendlichen** erhebt die **HBSC-Studie** Daten zu psychoaffektiven Beschwerden wie **Traurigkeit, schlechte Laune, Nervosität, Müdigkeit, Ängstlichkeit, Verärgerung und Einschlafschwierigkeiten** [8.22]. In **Abbildung 8.2** ist für jede der Beschwerden der Prozentsatz der Kinder und Jugendlichen abgebildet, die in den letzten sechs Monaten mehrmals pro Woche oder häufiger (d.h. chronisch) zum Beispiel traurig waren. Bei allen Beschwerden zeigt sich im Jahr 2018 der höchste Wert im Vergleich zu den vier vorangegangenen Messungen. Einzig das Erleben von chronischer Verärgerung bzw. Wut ging leicht zurück. Die Daten zeigen überdies für **Mädchen** überall **höhere Werte als für Jungen** [8.22].

Neben den häufigen Störungsbildern Depression, Angst und ADHS fallen im Jugendalter weitere psychische Störungen immer mehr ins Gewicht. Es sind dies namentlich **Essstörungen** und **Suchterkrankungen**. Auch **Schizophrenie** beginnt oft im Jugend-

alter. Die Diagnose psychischer Störungen sollte mit einem umfassenden Abklärungsprozess verbunden sein, bei dem der Entwicklungsstand der Jugendlichen zu berücksichtigen ist.

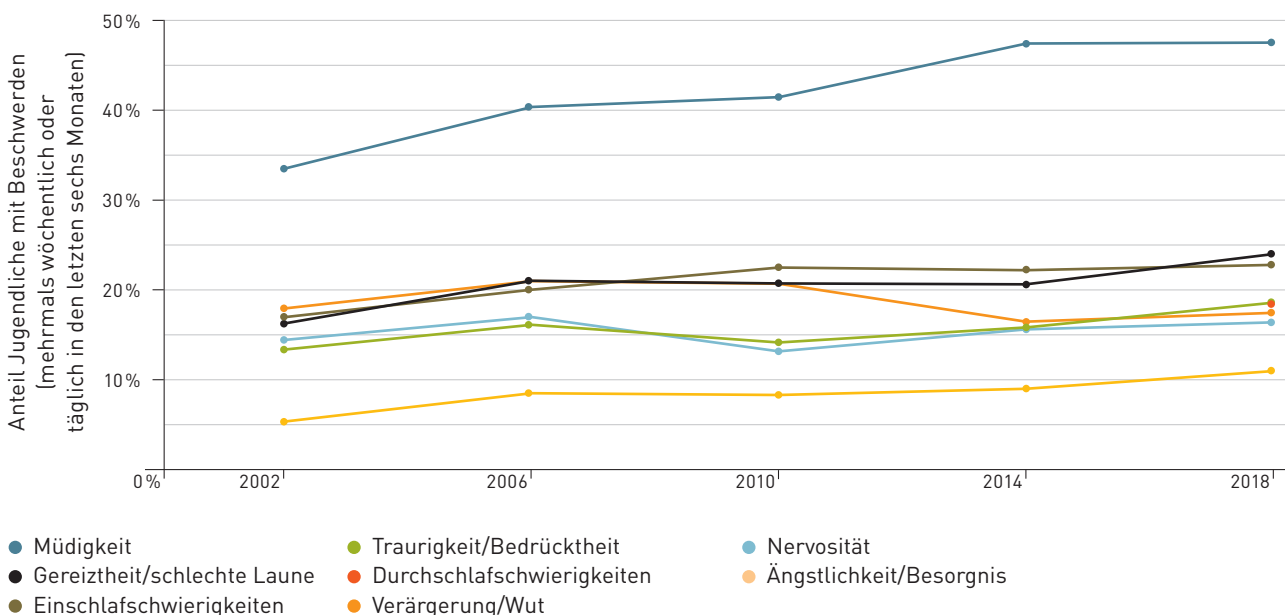


Entwicklungsorientierte Diagnostik

Die Diagnose von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter muss immer auch dem jeweiligen Entwicklungsstand gerecht werden. Das heisst, dass der diagnostische Prozess dem Entwicklungsstand des Kindes angepasst werden muss. Zu berücksichtigen sind ausserdem die unterschiedlichen Manifestationen psychischer Auffälligkeiten in den jeweiligen Entwicklungsstufen. Auch können alle Lebensbereiche von Kindern und Jugendlichen betroffen sein: Neben den Beziehungen zur Familie und zu Peers ist dabei insbesondere auch die Schule hervorzuheben.

ABBILDUNG 8.2

Entwicklung der wiederholten bzw. chronischen psychoaffektiven Beschwerden bei 15-Jährigen, 2002–2018



Quelle: Sucht Schweiz – Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

8.3.3 Einfluss der Corona-Pandemie

Verschiedene Studien zeigen, dass die aktuelle Corona-Krise **jüngere Personen** psychisch **mehr belastet als ältere**, (z. B. [8.27, 8.28]). Welchen Einfluss der erste Lockdown auf die psychische Gesundheit von jungen Personen in der Schweiz ausübte, wurde auch durch Mohler-Kuo et al. [8.25] untersucht. Rund **ein Drittel** (35,2%) der Kinder und Adoleszenten im Alter von 12 bis 17 Jahren wurden positiv auf eine **psychische Erkrankung** gescreent. Zudem weisen 30,1% dieser Altersgruppe eine **problematische Internetnutzung** auf; dies wird auch von anderen Studien bestätigt [8.29]. Ein Hinweis auf die übermässige Belastung bei Kindern und Jugendlichen ist der deutliche Anstieg der Fallzahlen in **Notfallambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie**. Dies war schon während des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 nachweisbar, noch deutlicher jedoch in der zweiten Welle der Pandemie ab Herbst 2020 bis ins Frühjahr 2021 [8.29]. Verschiedene weitere Studien zeigen die weitreichenden Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das psychische Wohlbefinden von Jugendlichen. Einen Überblick über die Ergebnisse in der Schweiz und im europäischen Raum bieten die narrativen Reviews, die Dratva et al. 2021 und 2022 im Auftrag des BAG und der SSPH+ durchführten [8.30, 8.31]. Es gibt zwar Anzeichen für eine leichte Verbesserung mit der Rücknahme der Corona-Massnahmen, jedoch muss davon ausgegangen werden, dass die **Auswirkungen der Pandemie** auf die psychische Gesundheit noch länger **andauern**. Daher sollte der regelmässigen, detaillierteren **Beobachtung der psychischen Gesundheit** der Jugendlichen und der Optimierung der **Förderungsangebote** auch in den nächsten Jahren eine hohe Priorität gegeben werden.

8.3.4 Einfluss der beruflichen Integration

Neben der Pandemie ist der **Übergang nach der Schulzeit** als Herausforderung für die psychische Gesundheit zu nennen. In der Schweiz findet nahezu jede und jeder sechste Jugendliche keine weitere berufliche Lösung nach der obligatorischen Schulzeit [8.32]. Die sogenannten Brückenangebote unterstützen diese Jugendlichen bei der Lehrstellen- und Arbeitssuche. Allerdings sind Jugendliche, die nach der obligatorischen Schulzeit keine Anschlusslösung haben, deutlich häufiger von psychischen Beeinträchtigungen und Störungen betroffen als die in einer Lehre oder weiterführenden Schule [8.33]. Einerseits bedeutet die **fehlende Ausbildungsstelle** eine psychische Belastung, andererseits finden viele junge Menschen **aufgrund einer psychischen Erkrankung keine Lehrstelle**. Diese Situation spiegelt sich in den IV-Renten wider. Wie Baer et al. [8.34] zeigten, hatten von denjenigen Personen, die vor dem Alter von 23 Jahren IV-berentet wurden, nur 14% eine abgeschlossene Berufsausbildung mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ). Während in anderen Altersgruppen Neuberentungen aus psychischen Gründen seit 2005 zurückgingen, stiegen diese bei den sehr jungen Personen (18–19 Jahre) seit 1995 um rund 6%, bei den 20- bis 24-Jährigen um rund 2% pro Jahr an. Nicht selten handelt es sich dabei um volle IV-Renten, oft laufend bis zum AHV-Alter: Die Berentung fand häufig vor dem 23. Lebensjahr statt, und in 84% der Fälle wurden 100%-Renten zugesprochen [8.34], die massive Kosten verursachen. Ein frühes Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt kann ausserdem zu einer sozialen Destabilisierung der Betroffenen führen und somit zu psychischen Folgeerkrankungen. Deshalb ist eine **frühe Eingliederung in den Arbeitsmarkt** so wichtig.



Corona und Gesundheitsförderung

- Arbeitspapier 56: [Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Gesundheitsförderung](#)
- Arbeitspapier 52: [Auswirkungen der Corona-Pandemie auf gesundheitsbezogene Belastungen und Ressourcen der Bevölkerung](#)

Beispiele für Projekte im Ausbildungs- und Berufsetting sind das [Jugendprojekt «LIFT»](#), ein Programm für den Übergang von der Volksschule in die Berufsbildung für Jugendliche mit erschwelter Ausgangslage, [Apprentice](#) zur Förderung der psychi-

schen Gesundheit von Lernenden und [prev@WORK](#) für Erwachsene in Ausbildung, das Absentismus und Fehlverhalten in Verbindung mit Suchtmittelkonsum reduzieren und für Risiko- und Schutzfaktoren sensibilisieren möchte.



Exkurs

Junge Erwerbstätige – Arbeitsbedingungen und Gesundheit

- **Ilona Hannich**, Gesundheitsförderung Schweiz

Das [Arbeitspapier 55](#) von Gesundheitsförderung Schweiz [8.60] fasst Erkenntnisse zur Gesundheit und zu arbeitsbezogenen Belastungen und Ressourcen junger Erwerbstätiger im Alter von 16 bis 24 Jahren zusammen.

Gesundheitszustand und Lebenssituation

Junge Erwerbstätige nehmen ihren eigenen Gesundheitszustand im Vergleich zu älteren Erwerbstätigen häufiger als gut oder sehr gut wahr. Sie haben weniger chronische Erkrankungen, seltener einen hohen Blutdruck und weisen einen tieferen BMI auf. Psychisch sind die jüngeren Altersgruppen dagegen im Schnitt stärker belastet und auch suizidale Gedanken sind bei ihnen stärker verbreitet als bei älteren Erwerbstätigen. Sie verfügen über weniger persönliche Ressourcen wie Selbstwirksamkeitserwartung und Coping-Fähigkeiten. Was Ressourcen im Privatleben angeht, fühlen sich junge Erwerbstätige stärker als andere Altersgruppen durch ein soziales Netzwerk gestützt. Belastungen im Privatleben, etwa durch Haushalts- und Kinderbetreuungspflichten, sind bei ihnen deutlich weniger vorhanden.

Arbeitsbezogene Belastungen

Junge Erwerbstätige berichten von höheren körperlichen Belastungen im Berufsalltag als ältere Erwerbstätige. Sie sind weniger von Zeitdruck, Multitasking und Arbeitsunterbrechungen betroffen, fühlen sich aber häufiger inhaltlich überfordert und erachten Aufgaben öfter als widersprüchlich als ihre älteren Kolleginnen und Kollegen.

Arbeitsbezogene Ressourcen

Junge Erwerbstätige haben mehr Gelegenheit, bei der Arbeit Neues zu lernen, aber auch weniger Handlungsspielraum und Mitbestimmungsmöglichkeiten. Sie fühlen sich besser durch ihre Vorgesetzten und im Team unterstützt als ältere Erwerbstätige. Soziale Unterstützung ist somit eine der zentralen Ressourcen von jungen Erwerbstätigen.

Der **Job-Stress-Index (JSI)** bildet das Verhältnis von verschiedenen Arbeitsbelastungen und -ressourcen ab. Seit Beginn der Erhebungen im Jahr 2014 sind junge Erwerbstätige von allen Altersgruppen am stärksten belastet, weisen also das schlechteste Verhältnis zwischen Belastungen und Ressourcen auf. Rund 30 bis 40 % sind so stark belastet, dass von negativen Folgen auf die Gesundheit und gesundheitsbedingten Produktivitätsverlusten ausgegangen werden kann. Bei jungen Erwerbstätigen besteht zudem eine hohe Durchlässigkeit zwischen Arbeit und Privatleben: Persönliche Probleme wirken sich stärker auf die Arbeit aus und umgekehrt.

Handlungsempfehlungen im Überblick

Handlungsfeld Bezugspersonen

- Gezielte Stärkung von Berufsbildungsverantwortlichen in Betrieben mit Aus- und Weiterbildungen, Bereitstellung von Ressourcen und Wertschätzung für diese Funktion
- Regelmässiger Informationsaustausch der verschiedenen Akteurinnen und Akteure
- Förderung des Austauschs unter Peers

Handlungsfeld Arbeits- und Aufgabengestaltung

- Motivierende Aufgabengestaltung mit klaren Zielsetzungen und genügend Gestaltungsspiel-

raum für das Erleben von Selbstwirksamkeit und Sinnhaftigkeit

- Gesundheitsförderlicher Umgang mit körperlichen Belastungen: Reduktion von vermeidbaren Belastungen, Aufbau von Ressourcen und Schutzmassnahmen
- Fokus auf einer individuellen Begleitung mit Platz für Unsicherheiten, Fragen und Fehler und einer Balance zwischen Unterstützung und Eigenverantwortung
- Aufmerksamkeit auf die Wechselwirkungen zwischen Arbeit und Privatleben

Handlungsfeld Psychologische Herausforderungen

- Präventive Sensibilisierung und Wissensaufbau zu Themen wie Stressbewältigung und psychische Gesundheit bei Lernenden und Berufsbildungsverantwortlichen

- Stärkung von Coping-Strategien und Unterstützung beim Aufbau von Kompetenzen zur Stressbewältigung und Emotionsregulation
- Früherkennung psychischer Belastungen über ein offenes, empathisches Ansprechen von Schwierigkeiten (z. B. Präsentismus, unkonzentriertes Arbeiten, Stress, Alkohol- und Drogenkonsum)

Gesundheitsförderung Schweiz hat im Rahmen von Apprentice Angebote entwickelt, mit denen die psychische Gesundheit der Lernenden im Setting Betrieb gefördert werden kann. Das Angebot fokussiert sowohl auf die Verhaltens- als auch auf die Verhältnisebene. Weitere Informationen finden sich auf fws-apprentice.ch.

8.4 Förderung der psychischen Gesundheit in der Jugend

Die Förderung der psychischen Gesundheit im Jugendalter ist in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus gerückt. So fordert die Initiative «**Helping Adolescents Thrive**» (HAT) [8.35] der WHO alle Länder auf, Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen zu implementieren. Dabei sollten die Interventionen nicht nur beim Individuum, sondern auch bei dessen Umwelt ansetzen [8.36, 8.37].

Zahlreiche Ansätze haben sich als vielversprechend für die Förderung der psychischen Gesundheit erwiesen. So wirken sich Gesundheitsverhaltensweisen wie ausreichender Schlaf, Bewegung, eine gesunde Ernährung oder ein bewusster Umgang mit Medien positiv auf die psychische Gesundheit aus [8.38]. In diesem Kapitel fokussieren wir auf **psychologische Schutzfaktoren**: die **Selbstwirksamkeit**, **Lebenskompetenzen** («life skills education» [8.39]) und die **Gesundheitskompetenz** als interne Ressourcen sowie die **soziale Unterstützung** als externe Ressource.



Orientierungsliste von Gesundheitsförderung Schweiz

Gesundheitsförderung Schweiz veröffentlicht mit der [Orientierungsliste](#) regelmässig eine Übersicht über aktuelle und bewährte Massnahmen und Projekte in der Gesundheitsförderung. Sie umfasst Massnahmen auf den Ebenen Intervention, Policy, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit.

8.4.1 Selbstwirksamkeit fördern

Selbstwirksamkeit ist eine interne Ressource und ein psychologischer Schutzfaktor. Eine hohe Selbstwirksamkeit hilft, sich durch Schwierigkeiten oder Rückschläge beim Streben nach persönlichen Zielen nicht entmutigen zu lassen. Das Nicht-Aufgeben und Dranbleiben ist dabei oft der entscheidende Faktor, um langfristig erfolgreich zu sein beim Erreichen der Ziele, vom Gesundheitsverhalten bis zum Schulerfolg.



Definition 8.1

Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit bezeichnet die subjektive Überzeugung, dass man fähig ist, etwas zu schaffen oder zu erlernen. Daher wird oft auch von Selbstwirksamkeitserwartung gesprochen. Personen mit hoher Selbstwirksamkeit haben eher die Erwartung «Das schaffe ich!» als Annahmen wie «Das ist zu schwierig, dann kann ich nicht». [8.11, 8.40, 8.41]



Weiterführende Informationen zum Thema Selbstwirksamkeit

- Video: [Was ist Selbstwirksamkeit und wie wird sie gefördert?](#)
- Broschüre [Selbstwirksamkeit: Eine Orientierungshilfe für Projekt- und Programmleitende der kantonalen Aktionsprogramme zur Förderung von Selbstwirksamkeit und Lebenskompetenzen](#)

Den Bedarf, die Selbstwirksamkeit bei Jugendlichen zu fördern, dokumentiert der Gesundheitsbericht [8.36]. Im Vergleich zur schweizerischen Gesamtbevölkerung verfügen die **16- bis 25-Jährigen** über ein **geringeres Mass** an **Selbstwirksamkeit** (65,7% vs. 71,8%) und haben weniger häufig das Gefühl, das Leben selbst bestimmen zu können (Kontrollüberzeugung; 29,8% vs. 37,4%) [8.36].

Selbstwirksamkeit kann nach Bandura [8.42] insbesondere aufgebaut werden durch:

- eigene Erfolgserlebnisse (direkte Erfahrung, diese haben den stärksten Einfluss),
- stellvertretende Erfahrung (Beobachtung ähnlicher Personen bei der erfolgreichen Bewältigung einer Aufgabe, Modelllernen),
- Ermutigung und Zuspruch durch andere (symbolische Erfahrung).

Verschiedene Beispiele für das Wirken dieser Prozesse bietet das [Erklärvideo](#) von Gesundheitsförderung Schweiz zur Förderung der Selbstwirksamkeit bei Jugendlichen [8.43].

Generell fördert der **achtsame Umgang mit Psyche und Körper** die Selbstwirksamkeit als interne Ressource. Jugendliche, die Strategien kennen, um ab-

zuschalten und Energie zu schöpfen, fühlen sich wohler in ihrer Haut [8.9]. Jugendliche, die keine solchen Strategien kennen, laufen Gefahr, zu Verhaltensweisen zu greifen, welche zwar kurzfristig zu Selbstwirksamkeitserleben führen (wie Diäten, übermässiger Sport oder der Konsum von Beruhigungs- und Suchtmitteln). Diese Verhaltensweisen sind jedoch problematisch und langfristig potenziell gesundheitsschädigend [8.9, 8.44].

8.4.2 Lebenskompetenzen fördern

Das **Konzept der Lebenskompetenzen** wurde von der **WHO** geprägt [8.45] und dient bei zahlreichen Gesundheitsförderungsprojekten als konzeptueller Hintergrund. Die Lebenskompetenzen können ebenfalls zu den internen Ressourcen und psychologischen Schutzfaktoren gezählt werden. Sie bilden grundlegende allgemeine Fähigkeiten einer Person ab, die zur Bewältigung verschiedener Herausforderungen im Leben benötigt werden.

Insgesamt werden zehn Lebenskompetenzen unterschieden, die in fünf Paare unterteilt werden können [8.45]:

- 1) Problemlösung – Entscheidungsfindung
- 2) Kreatives Denken – Kritisches Denken
- 3) Kommunikationsfähigkeit – Beziehungsfähigkeit
- 4) Selbstwahrnehmung – Empathie
- 5) Stressmanagement – Emotionsmanagement

Auf [Promotion santé Valais](#) gibt es für Jugendliche erklärende [Videos](#) zu den Lebenskompetenzen auf Französisch und Walliserdeutsch.

Obwohl sämtliche Lebenskompetenzen im Jugendalter von Bedeutung sind, scheint das Stress- und Emotionsmanagement besonders zentral für die Gesundheitsförderung. **Stressmanagement** ist eine wichtige Lebenskompetenz, die im Jugend- und jungen Erwachsenenalter immer mehr Bedeutung erlangt, da Anforderungen zunehmen und die Bewältigungsmöglichkeiten nicht immer ausreichen [8.44]. Nach dem sogenannten Transaktionalen Stressmodell [8.46] bieten sich vier zentrale Ansatzpunkte zur Stressprävention an:

- 1) Umbewertung der Ausgangslage
- 2) Stärkung der vorhandenen Bewältigungsressourcen
- 3) Rechtzeitige Wahrnehmung von Stresssignalen
- 4) Identifikation der individuellen stressauslösenden Situationen

Ein Beispiel in Bezug auf die Verbesserung der Stressbewältigung ist das in Deutschland entwickelte Projekt [«SNAKE – Stress nicht als Katastrophe erleben»](#). Es verbessert den Umgang von Jugendlichen mit Stress im Schulsetting mittels verhaltenstherapeutischer Prinzipien wie Entspannungs- und Problemlösetechniken. Die Lebenskompetenz **Emotionsregulation** ist zentral, um extreme negative wie auch positive Gefühle zu steuern und starke Schwankungen zu vermeiden. Sie wird zum Beispiel in den Projekten [«Start Now»](#) und [«Stress – wir packen das!»](#) fokussiert.

Weitere Lebenskompetenzen wie **Kommunikationsfertigkeiten** und **Beziehungsfähigkeit** sind wichtig, um Beziehungen aufzunehmen und aufrechtzuerhalten. Beziehungen sind Bestandteil der externen Ressourcen, zu denen auch die soziale Integration und soziale Netze gehören. Gute soziale Beziehungen stellen einen unerlässlichen Schutzfaktor für die psychische Gesundheit dar, den es zu stärken gilt. Ein Beispiel für ein Projekt zur Förderung von Beziehungsfähigkeit, Empathie und effektiven Kommunikationsfertigkeiten ist [«Denk-Wege»](#).

Ein weiteres Beispiel ist das **Achtsamkeitsprogramm «MoMento»**, welches sozio-emotionales Lernen und Beziehungsgestaltung in Kindergärten und Primarschulen fördert.

Selbstwahrnehmung und **Empathie** sind ebenfalls Lebenskompetenzen, die gezielt in Projekten zur Förderung der psychischen Gesundheit adressiert werden können. Das bewusste Wahrnehmen, wie es einem geht und was einem guttut, bildet eine wichtige Grundlage, um Handlungen zu identifizieren, die hinderlich oder förderlich für die eigene psychische Gesundheit sind. Diese Lebenskompetenzen werden beispielsweise im Projekt [«Bodytalk PEP»](#) gefördert. Eine Plattform über Healthy Body Image ist [«#SOBINICH»](#). Sie arbeitet mit dem Programm [«#MOICMOI»](#) in der französischen Schweiz zusammen. [«#SOBINICH»](#) und [«#MOICMOI»](#) haben das Ziel, ein positives Körperbild bei den Jugendlichen zu fördern.

Nebst Ansätzen, die spezifisch auf einzelne Lebenskompetenzen zielen, wurden auch Massnahmen entwickelt, um die **Lebenskompetenzen insgesamt zu fördern**. Beispielsweise wurden für Schulen pädagogisch-didaktische Anregungen in der Publikation [«Lebenskompetenz entwickeln – Eine Arbeits-](#)

[hilfe für Schulen»](#) erarbeitet [8.47]. Ein anderes Angebot ist [«feel-ok»](#), welches verschiedene Methoden zur Förderung der psychischen Gesundheit für die offene Jugendarbeit und die Schule anbietet und sich dabei auf Lebenskompetenzen bezieht. Die Broschüre [«Heb der Sorg!»](#) adressiert wichtige Jugendthemen wie Prüfungsstress, Liebeskummer und Sucht mit Tipps und konkreten Übungen, auch auf Französisch und Italienisch ([«Prends soin de toi!»](#) bzw. [«Abbi cura di te!»](#)).

Ein erfolgreiches, wissenschaftlich fundiertes Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit, welches an Schulen der Primar- und Sekundarstufe I (7. bis 11. Schuljahr) von der Schweizerischen Gesundheitsstiftung Radix umgesetzt wird, heisst [«MindMatters»](#). Das umfassende Programm hat zum Ziel, bei Schülerinnen und Schülern die Entwicklung von Ressourcen wie Selbstwirksamkeit zu stärken, ihre Problemlösefähigkeit zu verbessern, Toleranz und Respekt im Klassenzimmer zu fördern und eine unterstützende Schulkultur aufzubauen. [«MindMatters»](#) verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, bei dem auch Lehrpersonen, Eltern und das schulische Umfeld miteinbezogen werden. Die Evaluationsergebnisse zeigten positive Veränderungen bei den Schülerinnen und Schülern, wie zum Beispiel einen Rückgang von Schulstress, psychischen Belastungen durch die Schule und negativen Gefühlen [8.48].



Weiterführende Informationen zum Thema Lebenskompetenzen

- [Lebenskompetenzen](#)

8.4.3 Psychische Gesundheitskompetenz fördern

Eine weitere interne Ressource und ein psychologischer Schutzfaktor für die psychische Gesundheit ist die **Gesundheitskompetenz** (Health literacy). Sie befähigt Jugendliche, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und adäquat anzuwenden [8.49]. Diese grundlegende Kompetenz ermöglicht es den Jugendlichen, sich in der grossen Menge der verfügbaren Gesundheitsinformationen zu orientieren. Eine hohe Gesundheitskompetenz hängt mit einer besseren Gesundheit zusammen [8.50].

Die **psychische Gesundheitskompetenz** kann als Teil der Gesundheitskompetenz verstanden werden, bei dem die Fähigkeit, die eigene psychische Gesundheit zu regulieren und zu verbessern, im Fokus steht. Wichtige Bestandteile sind das Wissen, wie eine gute psychische Gesundheit erlangt und aufrechterhalten werden kann, welche psychischen Erkrankungen es gibt, wie sie behandelt werden und wann und wo man Unterstützung bekommen kann. Ebenfalls zentral ist die Enttabuisierung psychischer Probleme. Die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen durch die Änderung gesellschaftlicher Normen und Werte kann zur Förderung der psychischen Gesundheit beitragen. Eine Kombination von Wissensvermittlung und Kontaktherstellung zwischen Betroffenen und Nichtbetroffenen ist besonders effektiv.

Beispiele sind die Kampagnen [«Wie geht's dir?»](#) und [«Santépsy»](#), die nicht nur Wissen bieten, sondern auch für das Thema sensibilisieren wollen und vermitteln, dass es wichtig ist, über alles reden zu können – auch über die psychische Gesundheit und psychische Störungen. Die zugehörige Kampagne [«ABC der Emotionen»](#) ist optisch speziell auf jüngere Personen zugeschnitten.

Eine Möglichkeit für Jugendliche, sich mit Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen auf Augenhöhe über psychische Störungen auszutauschen und voneinander zu lernen, bieten Schulbesuche und Workshops, die von verschiedenen Akteurinnen und Akteuren angeboten werden. Über die Störung aus dem Blickwinkel aller Beteiligten zu berichten, hilft auch Aussenstehenden, diese besser zu verstehen, Vorurteile abzubauen und besser damit umzugehen (z. B. [Trialog und Antistigma Schweiz](#)).

8.4.4 Soziale Unterstützung fördern

Eine zentrale externe Ressource und ein psychologischer Schutzfaktor für die Jugendlichen ist die **soziale Unterstützung**, die das **Erwarten** und das **Erhalten von Hilfe** und **Unterstützung** bezeichnet, insbesondere wenn herausfordernde oder belastende Situationen zu bewältigen sind. Dabei ist die subjektive Wahrnehmung des persönlichen sozialen Netzwerks und der verfügbaren Unterstützung entscheidender als das objektiv vorhandene Netzwerk [8.51].

Es lassen sich fünf Arten sozialer Unterstützung unterscheiden [8.51]:

- Unterstützung mit Informationen und Tipps
- Instrumentell-materielle Unterstützung
- Emotionale Unterstützung
- Positiver sozialer Kontakt, soziale Integration, Beziehungssicherheit und Rückhalt
- Unterstützung bei Bewertungen und Einschätzungen

Je nach Problem sind unterschiedliche Unterstützungsarten gefragt. Bei belastenden Lebenssituationen haben sich der soziale Rückhalt, die loyale Anteilnahme, Selbstwertstützung, emotionale und kognitive Unterstützung, sozial vermittelte Ablenkung sowie Ratschläge, Informationen und konkrete alltagspraktische wirksame Formen der Unterstützung erwiesen [8.51].

Das Ausmass der erwarteten, erhaltenen oder auch selbst gewährten sozialen Unterstützung hängt vom **Umfang** und der **Güte der förderlichen sozialen Beziehungen** ab. Bei engen freundschaftlichen Beziehungen ist die Unterstützung in der Regel grösser als bei losen sozialen Beziehungen wie dem Besuch der gleichen Schule. So ist nicht allein die Anzahl, sondern auch die Qualität der sozialen Beziehungen ausschlaggebend für die soziale Unterstützung. Dabei wirkt sich allein die Option, im Krisenfall ein Netzwerk von Familie und Freunden mobilisieren zu können, positiv auf die psychische Gesundheit aus, selbst wenn die Unterstützung nicht in Anspruch genommen wird. Die Erwartung stimmt nicht immer mit der tatsächlich verfügbaren Unterstützung überein. So kann soziale Unterstützung in besonderen Konstellationen auch negative Wirkungen entfalten, wenn Unterstützungserwartungen enttäuscht werden oder wenn die Unterstützung unerwünscht, inadäquat oder ineffektiv ist. Grundsätzlich ist aber von einer positiven Wirkung auszugehen.

Um die soziale Unterstützung von Jugendlichen zu fördern, können Interventionen in verschiedenen Settings ansetzen. In der **Schule** ist beispielsweise [«Positive Peer Culture»](#) ein Projekt, bei dem sich Jugendliche regelmässig treffen, um sich gegenseitig zu beraten und zu unterstützen. **Jugendorganisationen** wie [Milchjugend](#) bieten Möglichkeiten für LGBTQI+-Menschen, sich neben Informationen auch soziale Unterstützung zu holen (siehe 8.5.3).



8.4.5 Früherkennung und Frühintervention

Neben der Förderung der psychischen Gesundheit stellt die **frühzeitige Identifikation** von **psychischen Störungen** – insbesondere von ersten Anzeichen oder Vorstufen – bei Jugendlichen ein wichtiges Element zur Verbesserung der psychischen Gesundheit dar. Eine frühzeitige Diagnosestellung kann helfen, psychische Störungen zu einem frühen Zeitpunkt zu erkennen und im Sinne einer Frühintervention zeitnah zu behandeln, um eine Chronifizierung zu verhindern. Eine zentrale Rolle bei der Früherkennung von psychischen Störungen bei Jugendlichen nehmen die **Kinder- und Hausärztinnen und -ärzte** ein [8.52]. Sie haben in der Regel einen vertrauten Zugang zu den Jugendlichen, sehen ihre Entwicklung in einem längeren Verlauf und können so oftmals den Zusammenhang zwischen somatischen Beschwerden und möglicherweise dahinterliegenden psychischen Problemen erkennen (siehe dazu das Projekt [«Take Care»](#) der ZHAW).

8.5 Chancengleichheit in der Förderung der psychischen Gesundheit

Die Aufgabe von Gesundheitsförderung und Prävention besteht darin, es allen Menschen zu ermöglichen, ihr grösstmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen, das heisst, ihnen die Kontrolle über ihren Gesundheitszustand zu ermöglichen. Dazu müssen **Ungleichheiten verringert** und **gleichartige Möglichkeiten geschaffen werden** [8.53]. Auch im Hinblick auf die psychische Gesundheit haben Jugendliche ungleiche Chancen, und für gewisse Gruppen ist das Auftreten von psychischen Belastungen wahrscheinlicher.



Definition 8.2

Intersektionalität

Im Zusammenhang mit Chancenungleichheit sollte beachtet werden, dass Individuen mehrere Merkmale aufweisen können, welche zu einer kumulierten Ungerechtigkeit führen. Die Merkmale müssen dann nicht einzeln, sondern als Gesamtbild betrachtet werden.

Weiterführende Informationen zum Thema Chancengleichheit

Die folgenden Informationen und Ansätze stammen zum grossen Teil aus dem Grundlagenbericht [«Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz»](#) [8.54]. Darin finden sich aktuelle, evidenzbasierte Interventionsansätze und Erfolgskriterien von Massnahmen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit.

Kurzversion des Grundlagenberichts: [«Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention»](#)

8.5.1 Soziale Herkunft

Der **sozioökonomische Status** (SES) – für Jugendliche jener der Eltern – ist ein wichtiger Faktor für gesundheitliche Ungerechtigkeit. Um die psychische Gesundheit von Menschen mit tiefem SES zu verbessern, braucht es Massnahmen zu strukturellen und sozialen Determinanten.

Eine **strukturelle Massnahme** sind **Kampagnen zur Reduktion der Stigmatisierung** von Personen mit psychischen Erkrankungen. Andere Massnahmen verbessern die psychische Gesundheit indirekt, indem sie günstige Vorbedingungen schaffen und zur Reduktion der Ungleichheiten beitragen, zum Beispiel Armutsabbau, erleichteter Zugang zum Arbeitsmarkt, Wiedereingliederungsprogramme. Diese Massnahmen können sich an Jugendliche oder ihre Eltern richten; Jugendliche profitieren von einer besseren sozioökonomischen Situation ihrer Eltern. **Soziale Massnahmen** beinhalten zum Beispiel die **Erleichterung des Zugangs zum Gesundheitssystem** und zu **Gesundheitsinformationen** oder den Zugang zu **Erholungsräumen** wie Parks und Wäldern. Schulische Interventionen zu Selbstwirksamkeit, Lebenskompetenzen, «mental health literacy» und Achtsamkeit erzielten auch bei sozioökonomisch benachteiligten Kindern und solchen mit Minoritätshintergrund Erfolge.

8.5.2 Geschlecht

In Bezug auf das Geschlecht können ungleiche Belastungen und unterschiedliche psychosoziale Ressourcen zu geschlechtsspezifischen Prävalenzen bei psychischen Erkrankungen führen. So zeigen Mädchen zu Beginn des Jugendalters eine leicht tie-

fere Lebenszufriedenheit als Jungen und berichten später häufiger über psychische Belastungen [8.22, 8.55]. Psychische Erkrankungen sind bei beiden Geschlechtern zwar etwa gleich häufig, jedoch weisen **Mädchen eher internalisierende Störungen** auf (z. B. affektive und Angststörungen), während **Jungen eher von externalisierenden Störungen** betroffen sind (z. B. ADHS und Störungen des Sozialverhaltens [8.56]). Geschlechterstereotypen führen unter anderem dazu, dass Männer eher Schwierigkeiten haben, Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Daher sollten bereits junge Männer ermutigt werden, sich Hilfe zu holen bei psychischen Problemen, und die Inanspruchnahme von Hilfe durch Männer sollte entstigmatisiert werden.

Universelle Interventionen, die das Geschlecht nicht berücksichtigen, können **unterschiedliche Effekte bei Frauen und Männern** haben. Dies trifft auch auf Interventionen in Schulen zu. Professionelle Lösungsansätze beinhalten, dass geschlechtsspezifische Effekte von Massnahmen beachtet und ausgeglichen werden. Ein Beispiel für gendersensible Suchtprävention ist das Projekt [«Der kleine Unterschied»](#) von Sucht Schweiz zu den Themen Stress und Gewalterfahrungen, welches Lehrpersonen Filme und Lehrmaterialien zur Verfügung stellt.

8.5.3 Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität

LGBTIQ+-Menschen sind im Verlauf ihrer Kindheit und Jugend durch Stigmatisierung ihrer Geschlechtsidentität bzw. sexuellen Orientierung **von gewissen Suchterkrankungen, Depressionen und Suizidversuchen deutlich mehr betroffen** als gleichaltrige heterosexuelle Menschen, bei denen Geschlechtsidentität und Geschlecht übereinstimmen (Cis-Menschen) [8.57].

In Schweizer Gesundheitsbefragungen werden die LGBTIQ+-Menschen nicht repräsentiert, da Genderidentitäten und sexuelle Orientierungen nicht erfragt werden und/oder sich die Personen nicht outen wollen. Somit besteht limitiertes Wissen über den Gesundheitszustand von LGBTIQ+-Menschen in der Schweiz. Aus anderen Studien ist jedoch bekannt, dass eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Störungen und Suizid besteht [8.53].

In diesem Kontext sind **Massnahmen zur Veränderung von gesellschaftlichen Normen und Werten** zentral. Wichtig ist es, Fachpersonen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sowie Lehrpersonen zu sensibilisieren, damit bestehende Angebote auf die Bedürfnisse der LGBTIQ+-Menschen angepasst bzw. erweitert werden können. Für das Jugendalter relevant sind **Anti-Mobbing-Leitlinien an Schulen**, die eine positive Wirkung auf die psychische Gesundheit gezeigt haben. Diese Leitlinien haben auch einen positiven Effekt auf die psychische Gesundheit von LGBTIQ+-Menschen, sofern sie die sexuelle Orientierung explizit miteinbeziehen. Auf der individuellen Ebene könnte die Stärkung von Lebenskompetenzen bei LGBTIQ+-Jugendlichen zu einem besseren Umgang mit Stress führen und sogar Depressionen verringern.

In der Schweiz gibt es einzelne Projekte zur Sensibilisierung und Aufklärung über LGBTIQ+-Themen an Schulen:

- [GLL – Das andere Schulprojekt](#)
- [Diversité de genre et d'orientation sexuelle \(Digos\)](#)
- [ABQ Schulprojekt](#)
- [Milchjugend](#)
- [mosaic-info \(FR\)](#)
- [Schulprojekt Comout](#)



Definition 8.3

LGBTIQ+

LGBTIQ+ ist ein Akronym, das für Lesbian, Gay, Bisexual, Trans*, Intersex, Queer und alle anderen steht, die sich selbst der queeren Community zugehörig fühlen [8.58].



Weiterführende Informationen zum Thema LGBTIQ+

- Faktenblatt 19: [Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Gesundheitsförderung und Prävention](#)

8.5.4 Migrationshintergrund

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind in einigen Gesundheitsbereichen – darunter auch hinsichtlich der psychischen Gesundheit – gefährdeter als solche ohne Migrationshintergrund [8.59]. Eine besonders **vulnerable Gruppe** sind **unbegleitete minderjährige Flüchtlinge**.

Je nach kulturellem Hintergrund können psychische Erkrankungen stigmatisiert sein, was den Zugang zu Gesundheitsangeboten erschwert. Um einen **niederschweligen Zugang** für Jugendliche **zum Gesundheitssystem** und zu **Gesundheitsinformationen** zu ermöglichen, sollten die Angebote beispielsweise in einfacher Sprache formuliert oder in die Herkunftssprachen übersetzt werden (für Jugendliche, welche geringe oder keine Kenntnisse der Landessprachen haben). Weitere Erfolgsfaktoren sind die zielgruppen-gerechte Gestaltung von Angeboten und der partizipative Einbezug der Zielgruppe.

Aktuell gibt es erst wenige spezifische Interventionsansätze für die genannte Zielgruppe, doch konnte gezeigt werden, dass **Achtsamkeitstraining** die psychische Gesundheit von Jugendlichen aus Minderheitsgruppen stärkt und einen Schutzfaktor darstellt, der die negativen Auswirkungen von Stigmatisierung und Diskriminierung auf die psychische Gesundheit abfedern kann. Ein Beispiel für ein Projekt, das sich an junge Migrantinnen und Migranten richtet, ist **«Più Forte»** aus der italienischen Schweiz. Es zielt darauf ab, die sexuelle Gesundheit zu fördern und dadurch zur psychischen Gesundheit beizutragen.

An unbegleitete minderjährige Flüchtlinge richten sich die Projekte **«MYSELF»** (Online-Plattform, welche die Jugendlichen beim Erlernen der Selbstständigkeit unterstützt) und **«My Perspective»** (Filminterviews mit jungen Erwachsenen), in dessen Rahmen die Jugendlichen während einer Woche ihre Wünsche und Fragen zur Zukunft verarbeiten.

8.6 Fazit

Der Bedarf zur Förderung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen ist hoch. Während der Covid-19-Pandemie sind mehr als ein Drittel der Jugendlichen psychisch stark belastet und mehr als 13% weisen diagnostizierte psychische Störungen auf. Um die aktuelle Überforderung der therapeutischen Angebote zu verringern und zukünftige Engpässe zu vermeiden, sind eine **wirksame Gesundheitsförderung und Prävention** wie auch eine effektive **Früherkennung und Frühintervention** von zentraler Bedeutung.

8.6.1 Erfolgsfaktoren

Als **Erfolgsfaktoren** für die Förderung der psychischen Gesundheit haben sich das Fördern der **Selbstwirksamkeit**, der **Lebenskompetenzen**, der (psychischen) **Gesundheitskompetenz** und der **sozialen Unterstützung** erwiesen. Sie sind Bestandteil vieler bestehender Interventionen und Projekte mit dem Ziel, die psychische Gesundheit zu fördern, und können über verschiedene Ansätze und Settings implementiert werden.

Bei der Gestaltung von Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit hat sich der **Setting-Ansatz** bewährt. Er ermöglicht es, **vulnerable Zielgruppen** ohne die Gefahr einer Stigmatisierung zu erreichen, die bei indizierten Interventionen besteht, wenn beispielsweise nur einzelne Kinder aus einer Klasse ein Förderangebot besuchen. Mögliche Settings, um Jugendliche zu erreichen und Angebote sowie Programme zu implementieren, sind Familie, Schule und (Berufs-)Ausbildung, Arbeitsplatz, Freizeitaktivitäten und Vereine, Kinder- und Hausärztinnen und -ärzte sowie Gemeinden. Das **«Dach-Setting» Gemeinde** ist dabei besonders vielversprechend. Es umfasst sowohl das schulische wie auch das ausserschulische Umfeld der Jugendlichen. Zusätzlich ermöglicht es die Koordination aller beteiligten Akteurinnen und Akteure und die Gestaltung der Übergänge zwischen den einzelnen Settings. Ein Good-Practice-Beispiel für das Setting Gemeinden ist das Projekt **«CTC (Communities that care)»**. Mittels der CTC-Jugendbefragung werden Risiko- und Schutzfaktoren identifiziert, welche durch gezielte Massnahmen adressiert werden sollen. Auf wissenschaftlicher Grundlage fördert «CTC» die gesunde Entwicklung von Kindern und



Weiterführende Informationen zum Thema Erhebung von Merkmalen zur Chancengleichheit

- Arbeitspapier 59: [Wie erheben wir Geschlecht, Migrationshintergrund und sozioökonomischen Status?](#)

Jugendlichen und reduziert psychische Erkrankungen, Sucht, Gewalt und andere Delinquenzformen, Schulprobleme sowie weitere Verhaltensauffälligkeiten nachweislich.

Weiterhin eignet sich der **Peer-Ansatz** gut, um Jugendlichen niederschwellige Unterstützung zum sensiblen Thema der psychischen Gesundheit anzubieten, da Gleichaltrige einen direkteren Zugang zu ihrer Altersgruppe haben als Erwachsene. Ein Beispiel ist der [Peer-Chat](#) von Pro Juventute in Zusammenarbeit mit Kinderseele Schweiz, in dem sich Jugendliche mit jungen Erwachsenen zu psychischen Problemen austauschen können.

Schliesslich hat sich auch das **partizipative Vorgehen** beim Erarbeiten von Angeboten bewährt. Es ermöglicht das Erleben von Selbstwirksamkeit bei den Jugendlichen sowie eine gute Anpassung der Angebote an die Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe. Dabei sollen vulnerable Zielgruppen miteinbezogen werden, um die Chancengleichheit zu erhöhen. Ein Beispiel ist das Projekt [«Kennsch es?»](#), in dessen Rahmen Jugendliche zusammen mit Fachleuten der Kinder- und Jugendgesundheit Tipps zur Förderung der psychischen Gesundheit entwickelt haben.

8.6.2 Empfehlungen

Das Wissen um die Erfolgsfaktoren bei der Gestaltung von Angeboten zur Förderung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen hat in den letzten Jahren stetig zugenommen. Gleichwohl gibt es noch viele Fragen und grosses Verbesserungspotenzial. Im Folgenden werden **vier Aspekte** hervorgehoben, die besonders relevant erscheinen, um die psychische Gesundheit der Jugendlichen weiter zu verbessern.

Wie gut **erreichen die Angebote die Jugendlichen** tatsächlich? Oftmals werden die Jugendlichen in ihrer Unterschiedlichkeit in der Gesundheitskommunikation nicht gezielt angesprochen. Es gibt zwar einige Angebote, die einzelne Merkmale der Zielgruppe wie das Geschlecht zur gezielten Ansprache nutzen (z. B. [«Der kleine Unterschied»](#), siehe 8.5.2). Jedoch existieren kaum Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen, die **differenzierte Segmentierungsanalysen** nutzen. Dieser Ansatz aus dem Social Marketing erlaubt es, unterschiedliche Gruppen innerhalb einer Zielgruppe zu bilden, die sich durch eine spezifische Kombination von psychografischen, demografischen

und Verhaltensmerkmalen charakterisieren lassen. Ein Beispiel dafür ist das Tabakpräventionsprojekt [«Reach»](#). Hier zeigte sich, dass es ein Segment mit einem mehr als 50-prozentigen Anteil rauchender Jugendlicher gibt. Es umfasst 10% aller Jugendlichen und zeichnet sich durch ein geringes Wohlbefinden, geringe Zukunfts- und Leistungsorientierung, einen tiefen Selbstwert, hohen Stress, wenig soziale Unterstützung, kaum strukturierte Hobbys, das Wohnen in einer Agglomeration, ein rauchendes Umfeld und eine finanziell angespannte Situation aus. Ein solches Wissen über die Segmente erlaubt es, die Jugendlichen gezielt und mit passenden Angeboten anzusprechen. Dies ist insbesondere auf Social Media ein vielversprechender Ansatz, um beispielsweise mit Unterstützung von Influencerinnen und Influencern Kampagnen zur psychischen Gesundheit mit segmentspezifischen Botschaften und Handlungsempfehlungen noch wirksamer zu gestalten und auch schwer erreichbare Jugendliche anzusprechen.

Reichen die bestehenden **Angebote aus**, um insbesondere **vulnerable Jugendliche** wirksam zu unterstützen? Viele Angebote stärken vor allem Schutzfaktoren, wie die Selbstwirksamkeit oder die Lebenskompetenzen. In vielen Fällen wäre es jedoch auch wichtig, bei der **Reduktion der Risikofaktoren** anzusetzen, wie der Armut oder einem tiefen sozioökonomischen Status. Hier sind insbesondere Bemühungen zur Verbesserung der **Verhältnisse** durch die Umgestaltung der physischen und psychischen Umwelt gefordert.

Wie wirken die **bestehenden Angebote zusammen**? Es gibt viele Angebote in den Bereichen **Bildung, Soziales und Gesundheit**, die Elemente zur Förderung der psychischen Gesundheit beinhalten, allerdings sind sie oftmals nicht oder nur bedingt **aufeinander abgestimmt**. Ansätze auf Gemeindeebene bieten hier einen vielversprechenden Weg. Sie lassen sich – insbesondere in Verbindung mit integrativen digitalen Plattformen – besser über Settings, Akteurinnen, Akteure und Altersgruppen hinweg verknüpfen, um so eine lückenlose Abdeckung und nachhaltige Wirkung über das Jugendalter zu erzielen.

Wie gelingt der **Fortschritt bei der Planung und der Theorie- und Evidenzbasierung** von Angeboten? Nicht zu vergessen ist schliesslich, die immer noch **mangelhafte epidemiologische Datenlage** zur psychischen Gesundheit von Jugendlichen zu verbes-

sern, um die Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention besser planen zu können. Gleichzeitig sollten die Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit **noch systematischer auf die etablierten theoretischen Konzepte abgestützt** und im Rahmen aussagekräftiger Evaluationen in ihrer **Wirksamkeit** überprüft werden.

Zusammenfassend leisten die **Angebote** einen **nachweisbaren Beitrag** zur Förderung der **psychischen Gesundheit** der Jugendlichen. Allerdings hat die **Corona-Pandemie** die psychischen Belastungen

und Herausforderungen deutlich erhöht, und es braucht **noch grössere Anstrengungen**. Diese Situation bietet aber auch **Chancen**, beispielsweise im Sinne der **Entstigmatisierung des Themas psychische Gesundheit** oder von Fortschritten auf dem Weg zu einer **Policy der «psychischen Gesundheit in allen Angeboten»**. Nutzen wir sie, um das Wohlbefinden der jetzigen und künftigen Generationen zu verbessern, die Gesundheitsversorgung zu entlasten und das Bruttonationalglück zu steigern.

9 Zusammenspiel von Bewegung, Ernährung und psychischer Gesundheit

- **Ronia Schifftan**, PEP Prävention Essstörungen Praxisnah
- **Anne-Françoise Wittgenstein Mani**, Hochschule für Soziale Arbeit Genf, Bereich Psychomotorik

Die mit einer orangen Linie markierten Abschnitte dieses Kapitels sind identisch mit dem Kapitel 9 im Bericht 8 [Gesundheitsförderung bei Kindern](#).

«Kinder und Jugendliche haben nie isolierte Probleme mit der Ernährung, dem Stress oder ihrem Bewegungsverhalten.» [9.1]

9.1 Einführung

Für junge Menschen übernehmen Bewegung und Ernährung die Rolle einer Schnittstelle mit Familie und Gleichaltrigen und stärken das eigene Selbstbild ebenso wie den körperlichen Allgemeinzustand. Die Verbindung zwischen Körper und Ernährung ist in diesem Alter ebenfalls wichtig, denn die Welt ist heutzutage von Diäten geprägt und dem Körper sowie seinem Aussehen kommt übermässig viel Aufmerksamkeit zuteil [9.2]. In ähnlicher Weise beeinflusst das psychische Wohlbefinden das Verhältnis der Jugendlichen zu ihrem Körper und ihrer Ernährung.

9.2 Zusammenhang zwischen Ernährung, Bewegung und psychischer Gesundheit

Auf wissenschaftlicher Ebene kann man die Themengebiete Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit verschiedenen Disziplinen zuordnen. Jede Fachrichtung betreibt intensiv Forschung, und auch Fachgesellschaften können sich auf ein Spezialgebiet konzentrieren. Doch die Praxis sieht anders aus, denn eine Isolation der einzelnen Themen ist in der praktischen Arbeit mit Kindern und Jugendli-

chen nicht sinnvoll. [Abbildung 9.1](#) zeigt, wie diese Themen zusammenhängen und in ein grösseres Gesundheitsverständnis einzubetten sind. Die Schnittmengen, die zwischen den drei Bereichen entstehen, sollen beispielhaft die Wechselwirkungen aufzeigen und das praktische Vorgehen in einem Projekt inspirieren. Im Zentrum der Schnittmengen bildet sich ein Kernthema, das alle Aspekte integriert und sowohl praktisch als auch theoretisch ein Anwendungsthema bietet.

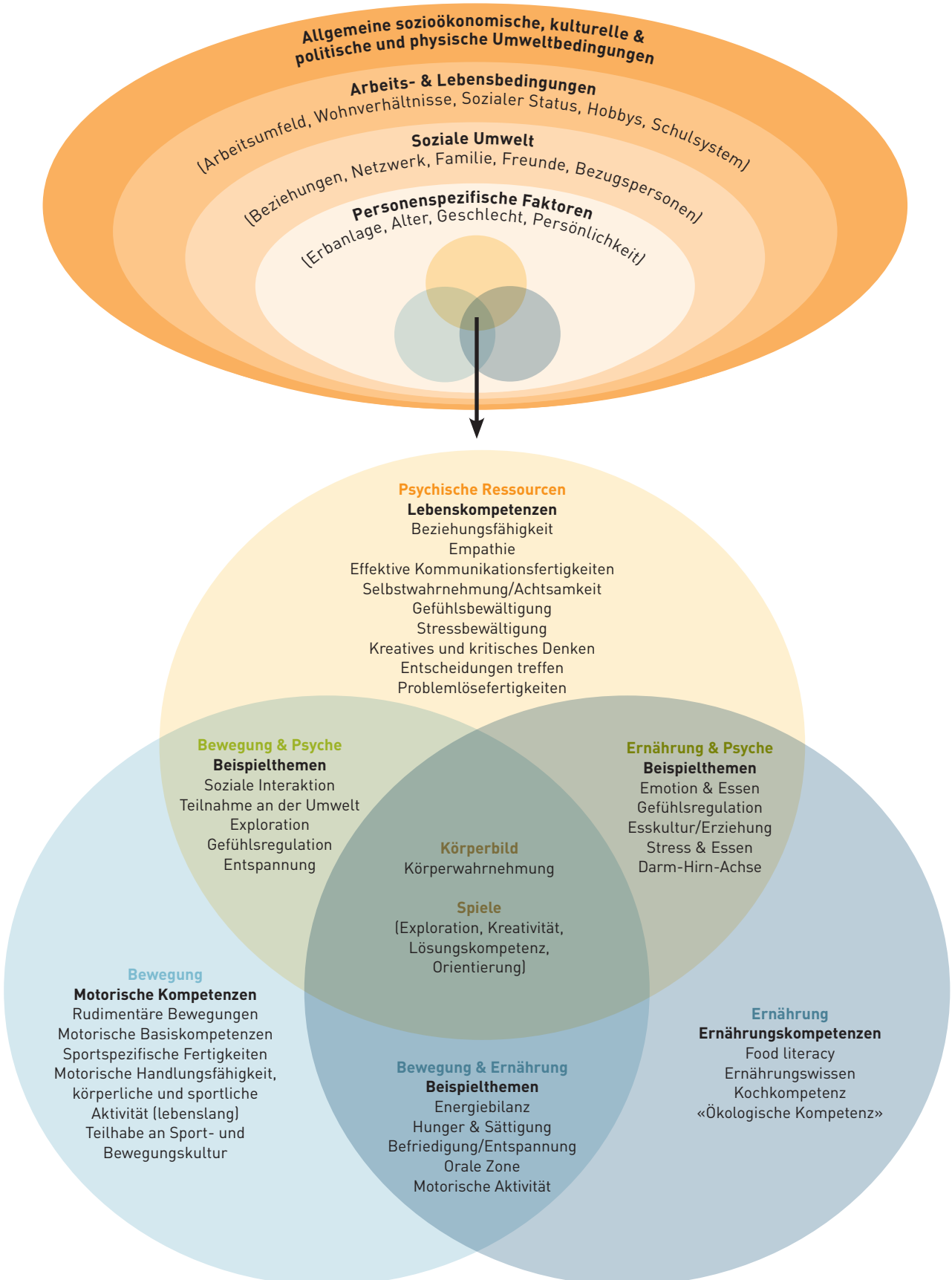
9.2.1 Psychische Gesundheit und Bewegung

Häufig werden die Auswirkungen körperlicher Aktivität auf das Wohlbefinden unter dem Blickwinkel der sportlichen Aktivitäten, ihrer Intensität [9.3] sowie ihrem Einfluss auf die allgemeine Lebensqualität untersucht. Dabei wird auf Faktoren eingewirkt, die in verschiedene Dimensionen eingreifen (geringeres Stressniveau, Zufriedenheit mit dem Körper, Zufriedenheit durch aktive Teilnahme am sozialen Leben) [9.4]. Die Forschung hat auch gezeigt, dass Bewegung offenbar Stress und dem Risiko einer Essstörung entgegenwirkt. In der Pubertät ist es jedoch nicht einfach, sich mit seinem Körper auseinanderzusetzen.

Die Veränderungen in der Pubertät haben einen starken Einfluss auf die Beziehung des jungen Menschen zu seinem Körper, den er vielleicht nicht mehr erkennt und der ihm entgleitet, genau wie das seelisch-körperliche Gleichgewicht, das er nach und nach aufgebaut hat. Die Jugendlichen schämen sich dann möglicherweise angesichts des eigenen Körpers und der Veränderungen, die er durchläuft. Paradoxerweise ist der Körper aber auch ein Mittel für Jugendliche, die Selbstkontrolle wiederzuerlangen. Sie suchen nach immer neuen Reizen in körperlichen Aktivitäten, die sie dazu bringen, sich selbst zu übertreffen [9.5, 9.6]. Durch Praktiken, die oft sportlicher Natur sind, erleben sie einen lebendigen Körper, der ihr Selbstvertrauen wiederherstellt und zur Wiederherstellung ihres Körperbilds beiträgt.

ABBILDUNG 9.1

Von den Gesundheitsdeterminanten zu den Schnittthemen zwischen Ernährung, Bewegung und psychischen Ressourcen



Einige Autorinnen und Autoren weisen jedoch darauf hin, dass eine intensive sportliche Betätigung schädliche Auswirkungen auf die Jugendlichen haben kann, insbesondere in Form von Sucht- oder Risikoverhalten, starken Reizen und unmittelbarem Vergnügen, das Vorrang vor körperlicher Befriedigung hat. Daher ist es wichtig, dass Personen, die junge Menschen bei körperlicher Betätigung begleiten, einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen, der die entwicklungsbezogenen Herausforderungen dieses Lebensabschnitts berücksichtigt, indem sie das Selbstwertgefühl und den Dialog durch Zuhören und wohlwollende Präsenz fördern [9.7, 9.8].

9.2.2 Bewegung und Ernährung

Von Geburt an tragen Ernährung und Bewegung gemeinsam zur motorischen und psychischen Entwicklung bei. In der Pubertät kann die Arbeit rund um die Ernährung zu Spannungen bezüglich Themen wie Aussehen (Schlankheit, Adipositas, Anzeichen der Pubertät usw.) führen. Sie ermöglicht aber auch die Erinnerung an identitätsstiftende Sinneserfahrungen durch affektive und geschmackliche Bindungen [9.8, 9.2]. Die Gruppendimension vertieft auch oft Prozesse, die den Körper und das Gefühl der körperlichen Einheit aktivieren. Dies trägt dazu bei, dass er sich in Bewegung setzt, auch wenn er in diesem Entwicklungsstadium, welches das Selbstwertgefühl schwächt, «ausbricht».

Auch die Ernährung spielt gegenüber der Bewegung eine wichtige Rolle und fördert die psychische Gesundheit durch die Zufuhr von Energie, welche die für die körperliche Aktivität notwendigen Stoffwechselfunktionen sicherstellt und somit zur Zufriedenheit beiträgt, etwa im Sport seine Ausdauer beweisen zu können durch die Regulierung des Aufwands oder der Erholung, sei es bei körperlicher Betätigung oder Entspannung [9.9].

Fällt dieses Gleichgewicht aus dem Lot, indem zu viel oder auch zu wenig Energie aufgenommen oder verbraucht wird, kann dies zu einer Gewichtsveränderung beitragen. Die Verstoffwechselung und der Bedarf oder Verbrauch an Energie sind höchst individuell und von zahlreichen personen- und umweltspezifischen Faktoren abhängig. Die komplexen Wirkmechanismen rund um die Gewichtsveränderung werden zum Beispiel im **Obesity System Atlas** [9.10] veranschaulicht. Die Autorenschaft zeigt, wie Faktoren aus den Bereichen Ernährung (Lebens-

mittelproduktion und Konsum), Bewegung (Bewegungsumfeld und individuelles Bewegungsverhalten), Psyche (sozialpsychologische Aspekte und individuelles Erleben und Verhalten) sowie der eigenen Physiologie die Energiebilanz prägen und damit Auswirkungen auf die Gesundheit haben können. Dadurch wird sichtbar, an welchen Punkten die Gesundheitsförderung ansetzen kann und wie Umweltfaktoren massgeblichen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten haben können.

9.2.3 Ernährung und psychische Gesundheit

Das individuelle Essverhalten entwickelt sich ein Leben lang und lässt sich nach dem biopsychosozialen Modell [9.11, 9.12] beschreiben als eine Wechselwirkung von Einflussfaktoren auf der biologischen, psychologischen und sozialen Ebene [9.13]. Besonders die Interaktion zwischen den Bereichen Psyche und Ernährung bietet Potential für die Arbeit in der Gesundheitsförderung. Denn wo im Alltag lassen sich Ernährung und Psyche wirklich trennen?

Wie die Psyche das Essverhalten prägt

Emotionales Essen bedeutet «Essen aufgrund von bestimmten emotionalen Zuständen wie zum Beispiel Ärger oder Angst» [9.14]. Um negative Gefühle zu bewältigen, also die psychologische Balance wiederherzustellen, versucht der Mensch, das empfundene Ungleichgewicht mit Essen zu regulieren. Dazu isst er viel und oft sehr kalorienreiche Lebensmittel (z.B. Süßes, Salziges, Fettiges, Comfort-Food) [9.15–9.17]. Das Zusammenspiel von Emotionen und Essen ist wechselwirkend: «Emotionen können das Essen regulieren und Essen kann Emotionen regulieren» [9.18]. So wird bei negativen Gefühlen nach Essen gegriffen, was positive Emotionen auslöst. Positive Gefühle in Bezug auf Essen erleben wir auch im sozialen Miteinander, dem traditionell geteilten Fondue oder positiv besetzten Ereignissen, die wir mit Essen koppeln, wie der Zuckerwatte auf dem Dorffest. So ist Essen eng mit dem psychischen Erleben verwoben.

Auch Stress kann einen Einfluss auf das Essverhalten haben. Verschiedene Studien an Erwachsenen zeigen, dass arbeitsbedingter Stress das Essverhalten auf ungünstige Weise verändern kann; beispielsweise durch schnelleres Essen, mehr Snacking, weniger Pausen, häufigeres Essen vor dem Bildschirm, veränderte Essenswahl [9.19–9.26]. Auch Jugend-

liche und Kinder können von solchen Dynamiken betroffen sein, denn auch sie sind Lebensumständen ausgesetzt, die Stress erzeugen.

Auch die Erziehung beeinflusst die individuelle Ernährungsbiografie: Wurde belohnt und bestraft mit Essen? [9.14] Gab es, wenn man brav war, ein Eis, und wenn man nicht folgsam war, keinen Nachtisch? Galt eine Mahlzeit ohne ein richtiges Stück Fleisch als ärmlich? Oder musste man stets den Teller leer essen, obwohl der Körper schon das Signal von Sättigung zeigte? Unser Essverhalten ist ein Resultat aus unserem individuellen Erleben und Verhalten sowie unserem Umfeld.

Dass das Umfeld erheblichen Einfluss auf das Essverhalten und die psychische Gesundheit hat, zeigen die sozialen Medien. Ernährung und Fitness ist hier das Topthema [9.27], was auch das gesteigerte Interesse an Ernährungsfragen in unserer Gesellschaft allgemein widerspiegelt. Viele junge Menschen beschäftigen sich ständig gedanklich mit dem Essen und verlieren die natürlichen Essgefühle wie Hunger und Sättigung. Im extremen Fall spricht man vom zwanghaften «gesund Essen», fachsprachlich der Orthorexia nervosa [9.28]. Klotter weist darauf hin, dass es eine gesellschaftliche Tendenz zum orthorektischen Verhalten gibt: «Gesundheit» werde als sehr wichtiges Gut behandelt und die Beschäftigung mit Ernährungsfragen gehöre zum guten Ton. Die Förderung der gesunden Ernährung könne so eine negative Entwicklung nehmen. Doch nur ein entspannter Umgang mit dem Essen könne gesundheitsförderlich sein [9.28].

Studien konnten zeigen, dass soziale Medien einen erheblichen Einfluss auf die vermittelten Ernährungs- und Gesundheitsinformationen, auf eine veränderte Nahrungszufuhr oder auf die Zufriedenheit mit dem eigenen Körperbild haben [9.29–9.42] (siehe auch [Kapitel 5](#)). Kinder und Jugendliche brauchen Unterstützung im Umgang mit idealisierten Darstellungen; sie müssen lernen, kritisch zu denken und vermitteltes Wissen zu hinterfragen.

Wenn die Ernährung die Psyche beeinflusst

Die Entstehung des Hungersignals ist ein komplexes Zusammenspiel [9.43] vom Magen-Darm-Trakt, dem Hirn und dem Blutkreislauf; Hunger zeigt sich körperlich (zum Beispiel knurrender Magen, Magenschmerzen, abfallender Blutdruck), psychisch-

kognitiv (wie eine erhöhte selektive Aufmerksamkeit allem Essbaren gegenüber, Tunnelblick) [9.43] und emotional (Ungeduld, Überreizung oder sogar Ärger, aber auch positive Gefühle wie Lust und Freude auf das Essen). Der Begriff «hangry» – eine englische Wortneubildung aus den Wörtern hungrig («hungry») und ärgerlich («angry») – beschreibt auf humorvolle Weise dieses physisch ausgelöste psychische Erleben bei Hunger.

In der Ernährungslehre steht die Frage nach dem «Was essen?» im Vordergrund. Es ist jedoch wichtig, auch den Weg vom Teller zur Psyche zu beachten. So kann zum Beispiel eine unausgewogene Ernährung die Entstehung von Depression begünstigen, die wiederum weitere körperliche Erkrankungen nach sich ziehen kann [9.44]. Eine Metaanalyse verschiedener Studien konnte einen gesundheitsförderlichen Einfluss einer Ernährungsintervention auf eine klinische und subklinische Depression verzeichnen [9.45]. Eine mögliche Erklärung dafür bietet die Forschung über die Darm-Hirn-Achse, die Verbindung zwischen dem zentralen Nervensystem und dem gastrointestinalen Trakt, speziell dem Mikrobiom [9.46, 9.47]. Dabei wird die Annahme erhärtet, dass das Mikrobiom einen direkten Einfluss auf die Stimmung, die Kognition, das Schmerzempfinden und das Übergewicht haben könnte [9.46].

9.3 Anwendungsbeispiel Healthy Body Image

Das Jugendalter ist geprägt von vielen Entwicklungsschritten [9.48]. Während sich der Körper pubertätsbedingt verändert, die Berufswahl ansteht und die Ablösung von den Eltern beginnt, stehen weitere Herausforderungen an: das Finden der eigenen Identität, der eigenen Einstellungen und Wünsche, der eigenen Rolle in der Gesellschaft – kurz: das Finden des eigenen Selbst [9.49]. In dieser Phase sind Jugendliche besonders vulnerabel. Am Anwendungsbeispiel Körperbild wird gezeigt, wie Ernährung, Bewegung und psychische Ressourcen auch praktisch im Kontext der Gesundheitsförderung kombiniert werden können und wie die Ausprägung des Körperbilds eine starke Ressource oder auch ein starker Belastungsfaktor für ein gesundheitsförderliches Verhalten sein kann.



Komponenten eines positiven Körperbilds

[zitiert nach Tylka [9.60], übersetzt aus dem Englischen und adaptiert]

- **Körperwertschätzung:** Wertschätzung des Körpers bedeutet, die einzigartigen Eigenschaften, die Funktionalität und die Gesundheit des Körpers zu respektieren, zu ehren, zu lieben und dankbar für den Körper zu sein. Personen können eine hohe Wertschätzung für ihren Körper empfinden und dennoch etwas unzufrieden mit ihm sein; dies ist kein Widerspruch.
- **Körperakzeptanz und Liebe:** Menschen mit einem positiven Körperbild lieben ihren Körper, fühlen sich mit ihm wohl und akzeptieren ihre einzigartigen körperlichen Merkmale.
- **Adaptive Körperinvestition:** Menschen, die ein positives Körperbild haben, investieren in die Pflege ihres Körpers. Diese Investition beinhaltet regelmässige Selbstpflege, wie zum Beispiel Hygiene, ausreichender Schlaf, freudige körperliche Aktivität, Verzehr von Lebensmitteln, die dem Körper Energie geben.
- **Innere Positivität beeinflusst das äussere Verhalten:** Diese Komponente umfasst das Zusammenspiel von positiven Gefühlen in Bezug auf den Körper, positiven Gefühlen im Allgemeinen (z. B. Zuversicht, Optimismus, Glück) und dem Ausdruck dieser Gefühle im Verhalten (z. B. anderen helfen, lächeln, Selbstbehauptung, «erhobenen Hauptes» sein).
- **Schützendes Filtern:** Das Filtern von Informationen auf eine körperschützende Art und Weise beinhaltet das Akzeptieren von Informationen, die mit einem positiven Körperbild übereinstimmen, während Nachrichten, die dieses gefährden könnten, zurückgewiesen werden.

Vorbilder und Social Media

In dieser Zeit gewinnen die Peers, also die Freundinnen und Freunde, an Wichtigkeit, sowohl als Bezugspersonen und soziale Unterstützung als auch als Vorbilder [9.48]. Der Vergleich untereinander und gegenüber Vorbildern wird wichtig. [Kapitel 5](#) zeigt, welche Relevanz die sozialen Medien für Jugendliche haben und welche Bedeutung dabei die Influencerinnen und Influencer einnehmen. Studien konnten zeigen: Je mehr Zeit auf den sozialen Medien verbracht wird, desto grösser ist das Risiko, mit dem eigenen Körper unzufrieden zu sein und restriktives Essverhalten oder eine Essstörung zu entwickeln [9.50, 9.32, 9.51–9.54]. Die vermeintliche Nähe der Influencerinnen und Influencer führt zu dem Gefühl, auch selbst alles erreichen zu können. Influencerinnen und Influencer haben somit einen starken Einfluss auf das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen.

Das Körperbild

Das Körperbild beschreibt «die Art und Weise, wie ich über meinen Körper denke, wie ich mich in meinem Körper fühle, wie ich meinen Körper wahrnehme und wie ich mit ihm umgehe» [9.55]. Das Körperbild besteht also aus der Ebene der Gefühle (affektive Ebene), der Ebene der Gedanken (kognitive Ebene), der Ebene der Wahrnehmung (perzeptive Ebene) und der Ebene des Verhaltens (behaviorale Ebene) [9.56]. Es ist viel mehr als das reine Erscheinungsbild, es bezieht auch die Fähigkeiten, Fertigkeiten und Besonderheiten des eigenen Körpers mit ein. Das Körperbild ist als Kontinuum zu verstehen. Es ist nicht statisch positiv oder negativ, sondern verändert sich ein Leben lang und bewegt sich auf dem Kontinuum von mal mehr in eine positive, mal mehr in eine negative Richtung. So kann es sein, dass durch eine pubertäre Veränderung der Körper neue Eigenheiten mit sich bringt, die eingeordnet werden müssen. Das Körperbild ist massgeblich (siehe [Abbildung 9.1](#)) von der Person und ihrem Umfeld geprägt und wird durch die drei Dimensionen Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit mitbeeinflusst.



Negative und positive Ausprägung des Körperbilds

Zwei Untersuchungen von Gesundheitsförderung Schweiz [9.57, 9.58] zeigten, dass die Körperzufriedenheit bei den befragten Schweizer Jugendlichen ambivalent ist. Viele wollen weniger Körpergewicht (tendenziell Mädchen) und/oder mehr Muskeln haben (tendenziell Jungen). Um diese Wünsche zu erreichen, halten sie Diät, treiben Sport und nehmen Nahrungsergänzungsmittel ein [9.57, 9.59].

Zusammenfassend bedeuten diese Komponenten des positiven Körperbilds (siehe [Box «Komponenten eines positiven Körperbilds»](#)), dass Menschen, die ihren Körper wertschätzen, ihn akzeptieren und lieben, gesundheitsförderlich leben und sich um sich und ihren Körper kümmern. Die Forschung zeigt, dass ein positives Körperbild verbunden ist mit psychischem Wohlbefinden (Optimismus, Selbstwertgefühl, proaktives Coping, positiver Affekt, Lebenszufriedenheit, subjektives Glück, emotionale Intelligenz und das Gefühl, mit der Natur verbunden zu sein), intuitivem Essen (die Fähigkeit zu spüren, was und wie viel der Körper wann braucht [9.61]) sowie einer positiven Haltung zu Sexualität, Menstruation und anderen körperlichen Aspekten. Dies sind Schutzfaktoren gegen gesundheitsabträgliche Medienwirkungen [9.60].

Reflexionsfragen zu meiner Haltung als Fachperson

(inspiriert von den Health at Every Size® principles, HAES Community, 2021 [9.62])

- Welche Einstellung habe ich zu der Vielfalt von Körpern?
- Bringe ich Respekt gegenüber der Vielfalt von Körpern auf?
- Verkörpert (auch in der Kommunikation) mein Projekt/mein Ansatz/meine Arbeit Unterschiede in Grösse, Alter, ethnischer Zugehörigkeit, Behinderung, Religion, sozioökonomischer Situation, sexueller Orientierung?
- Habe ich ein kritisches Bewusstsein und hinterfrage ich meine kulturellen und fachlichen Haltungen?
- Arbeite ich wertschätzend gegenüber den vielfältigen Erfahrungen der Menschen, mit denen ich arbeite?
- Anerkenne ich das individuelle Bedürfnis jeder und jedes Einzelnen und habe ich eine Grundhaltung der Chancengerechtigkeit?
- Arbeite ich integriert und bin ich mir der Wechselwirkungen zwischen Ernährung, Bewegung und psychischer Gesundheit in Bezug auf das Körperbild bewusst?
- Bin ich mir der Alltagsrealität meiner Zielgruppe bewusst und kenne ich deren Medienutzung?



Wie wird ein positives Körperbild gefördert?

Diese Erkenntnisse zeigen, wie wichtig die Förderung des positiven Körperbilds ist. Es ist eine Ressource für ausgewogenes Essverhalten, regelmäßige Bewegung und psychisches Wohlbefinden. Die Förderung eines positiven Körperbilds kann in jegliche Arbeit der Gesundheitsförderung einfließen und beginnt in erster Linie mit der eigenen Haltung der Fachperson, die stets reflektiert werden darf (siehe Box «Reflexionsfragen»). Aus dieser Haltung heraus entwickeln sich Forschungsfragen und Projekte zur Stärkung des positiven Körperbilds [9.58], die Anerkennung von Diversität leben, einen sorgsamen Umgang mit dem Körper sowie die damit zusammenhängenden Kompetenzen (Lebenskompetenzen, Bewegungskompetenzen und Food literacy) fördern.



Projekte aus der Praxis

- Bodytalk PEP
- MoiCMoi und SoBinlch
- Courant Normal
- Roundabout
- Fleur de chantier

Verzeichnis der Projekte:
www.healthybodyimage.ch

Weiterführende Informationen zum Thema Healthy Body Image

- Website [Healthy Body Image](#)
- Positives Körperbild stärken: [Auszug aus dem Pro Juventute Elternbrief Teenager](#)
- Faktenblatt 25: [Positives Körperbild bei Jugendlichen in der Schweiz](#)
- Themenblatt [Positives Körperbild](#)
- Faktenblatt 16: [Das Körperbild von Jugendlichen in der Deutschschweiz](#)
- Arbeitspapier 35: [Das gesunde Körperbild von Jugendlichen in der Deutschschweiz](#)
- Arbeitspapier 29: [Positives Körperbild bei Jugendlichen](#)
- Arbeitspapier 28: [Gesundes Körpergewicht bei Kindern und Jugendlichen](#)
- Infoblatt [Unsere Investitionen in eine ausgewogene Ernährung und mehr Bewegung](#)
- Faktenblatt 21: [Aktivitäten zu Ernährung und Bewegung bei Kindern und Jugendlichen](#)
- Arbeitspapier 3: [Gesundes Körperbild – Healthy Body Image](#)
- Argumentarium HBI (erhältlich im CUG oder auf Anfrage bei kommunikation@promotionsante.ch)

10 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

- **Fabienne Amstad**, Gesundheitsförderung Schweiz

Das vorliegende Kapitel fasst einerseits die wichtigsten Argumente für die Gesundheitsförderung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus dem Bericht zusammen. Andererseits bedarf es klarer Empfehlungen, um die Erkenntnisse aus dieser wissenschaftlichen Auslegeordnung in der Praxis umzusetzen. Diese Empfehlungen beziehen sich darauf, *wie* dies geschehen soll und *was* dies beinhalten soll – das heisst, welche Inhalte solche Massnahmen abdecken sollen.

10.1 Argumente für die Gesundheitsförderung: WARUM

Die Adoleszenz als Lebensphase voller Übergänge und Veränderungen

Erwachsen zu werden bedeutet, viele Übergänge und Veränderungen in kurzer Zeit zu meistern. Einige Beispiele sind der Übergang von der Schule in den Beruf, von der Abhängigkeit in die Selbstständigkeit, vom Mädchen zur Frau oder vom Jungen zum Mann. Diese Übergänge und Veränderungen erfolgreich zu meistern, ist in der Adoleszenz eine besondere Herausforderung, die es zu unterstützen gilt.

Jugendzeit = «window of opportunities»

Im Rahmen der Hirnentwicklung – die erst mit etwa 25 Jahren zum Abschluss kommt – besteht eine erhöhte Veränderbarkeit der Denk- und Verhaltensmuster. In dieser Zeit entwickelte Gewohnheiten bleiben längerfristig erhalten und sichern somit die nachhaltige Wirkung von erfolgreichen Interventionen.

Wenig Projekte für Jugendliche und junge Erwachsene

Die Datenlage betreffend die Gesundheit der über 16-Jährigen ist in der Schweiz recht gut und zeigt einen klaren Handlungsbedarf. Jedoch fehlen wirksame Projekte für diese Altersklasse weitgehend. Sobald die Jugendlichen die obligatorische Schule verlassen, ist es um ein Vielfaches schwieriger, Zugang zu ihren Lebenswelten zu bekommen. Dieser Herausforderung sollte mit spezifischen Massnahmen für diese Zielgruppe begegnet werden.

Zunahme der psychischen Gesundheitsprobleme (auch aufgrund von Corona)

Über 20 Prozent der jungen Menschen erleben bis zum 25. Lebensjahr eine psychische Krise oder eine psychische Erkrankung. Infolge der Corona-Pandemie ist diese Prävalenz (hoffentlich nur kurzfristig) auf über ein Drittel angestiegen. Dies zeigt: Corona hat die Situation verschärft. Die Belastungen der Pandemie (Sorgen, Angst usw.) und die damit einhergehenden Massnahmen haben zu einer erhöhten psychischen Belastung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen geführt. Psychische Erkrankungen sowie Fallzahlen in Notfallambulanzen der Jugendpsychiatrie sind deutlich angestiegen. Der Handlungsbedarf hat sich somit akzentuiert.

Hinterfragen von Ernährungsgewohnheiten als Chance

Ernährungsgewohnheiten der Kindheit werden im Jugendalter infrage gestellt. Dies ermöglicht es, auf gesunde Ernährungsgewohnheiten und eine positive Einstellung zur Ernährung einzulernen.

Je älter die Jugendlichen, desto weniger bewegen sie sich

Schweizer Jugendliche bewegen sich zu wenig, um die langfristigen gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen unzureichender körperlicher Aktivität zu verhindern.

Handlungsbedarf bei der Gesundheitskompetenz

Die Hälfte der Jugendlichen hat eine problematische oder unzureichende Gesundheitskompetenz. Auch die Risiko- sowie die Medienkompetenz sind zentrale Kernelemente für eine gute Gesundheit von Jugendlichen. Gerade die steigende Mediennutzung und Medienabhängigkeit bilden hier eine spezifische Herausforderung.

10.2 Empfehlungen

Um die psychische Gesundheit, regelmässige Bewegung und eine ausgewogene Ernährung zu fördern, sollen insbesondere folgende Themen angegangen werden:

Hauptinhalte der Förderung: WAS

Lebenskompetenzen: Wissen, was zu tun ist und wie es zu tun ist

Laut WHO sind folgende Lebenskompetenzen zentral für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Entscheidungsfindung und Problemlösung, kritisches und kreatives Denken, Kommunikation und zwischenmenschliche Beziehungen, Selbstwahrnehmung und Einfühlungsvermögen sowie vor allem Stress- und Emotionsbewältigung. Diese Lebenskompetenzen ermöglichen es Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Wissen zu erlangen, Einstellungen zu hinterfragen und zu festigen und ihre Werte in tatsächliche Fähigkeiten und Handlungen im Alltag umzusetzen. Sie können so auch Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen.

Selbstwirksamkeit fördern

Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung verfügen 16- bis 25-Jährige über ein geringeres Mass an Selbstwirksamkeit. Das heisst, sie sind weniger überzeugt davon, dass sie gewünschte Handlungen aufgrund ihrer eigenen Kompetenzen erfolgreich bewältigen können. Ausserdem glauben sie weniger daran, dass sie ihr Leben selbstbestimmt gestalten können (tiefe Kontrollüberzeugung). Gerade diese Ressourcen sind aber wichtig für die psychische Gesundheit sowie für die Motivation, sich regelmässig zu bewegen und sich ausgewogen zu ernähren.

Sport und Alltagsaktivitäten fördern

Der Schwerpunkt von bewegungsfördernden Programmen sollte auf sportlichen *und* Alltagsaktivitäten liegen. Langfristige Interventionen, die eine bewegungsfördernde Stadtplanung, positive Vorbilder mit einem starken Fokus auf positive Entwicklung und Genuss/Spas umfassen, werden für die Bewegungsförderung empfohlen. Ausserdem lohnen sich genderspezifische Massnahmen, um weibliche und männliche Jugendliche anzusprechen.

Ernährungsförderung ist mehr als das Wissen über eine ausgewogene Ernährung

Um gesunde Verhaltensweisen zu zeigen, braucht es mehr als das Wissen, welches Verhalten gesund ist. Am Beispiel einer ausgewogenen Ernährung beginnt dies mit dem Einkaufen gesunder Lebensmittel und schliesst deren Zubereitung und den Genuss von Mahlzeiten mit ein. Diese verschiedenen Ansatzpunkte können für die Förderung einer ausgewogenen Ernährung genutzt werden. Dabei verspricht die Berücksichtigung der affektiven Ebene und von Faktoren der Motivation die Erfolgsquote von Massnahmen zu erhöhen.

Healthy Body Image

Ein zentrales Thema in dieser Lebensphase ist das Körperbild. Um ein positives Körperbild zu fördern, ist es wichtig, Körperwertschätzung, Körperakzeptanz sowie einen rücksichtsvollen Umgang mit dem Körper und die innere Positivität zu unterstützen. Ein positives Körperbild ist verbunden mit psychischem Wohlbefinden, intuitivem Essen und einer positiven Haltung zu Sexualität, Menstruation und weiteren körperlichen Aspekten. Das positive Körperbild ist somit sowohl eine Folge wie auch eine Ressource für eine ausgewogene Ernährung, regelmässige Bewegung und das psychische Wohlbefinden.

Methodisch wichtige Eckpunkte: WIE

Neben dem Wissen, *warum* es wichtig ist, die Gesundheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu fördern, und *was* gefördert werden soll, ist es wertvoll zu wissen, *wie* dies geschehen soll. Besonderheiten der Zielgruppe sollen spezifisch adressiert und dabei als Chance genutzt werden. Im Folgenden werden deshalb die wichtigsten Erkenntnisse aus dem Bericht zusammengefasst dargestellt.

Verlängerte Adoleszenz

Die Veränderung von bildungspolitischen, wirtschaftlichen und sozialen Faktoren führt dazu, dass sich die Adoleszenz verlängert hat. So schliessen junge Erwachsene heute später ihre Erstausbildung ab und sind deshalb später unabhängig und selbstständig. Es ist wichtig, diese erweiterte Altersgrenze auch in die Planung von Massnahmen zur Förderung der Gesundheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen einzubeziehen.

Beteiligen statt bevormunden

Wichtige Erfolgskriterien für gesundheitsförderliche Interventionen sind die Partizipation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie die beziehungsgeleitete Arbeit. Jugendliche und junge Erwachsene müssen schon in die Konzeption von Projekten und Programmen einbezogen werden. Sie sollen daran teilhaben und mitbestimmen. Letztlich ist das Ziel, dass Jugendliche und junge Erwachsene an der Gesellschaft im Allgemeinen teilhaben.

Übergänge als Zugang nutzen

Die Adoleszenz ist eine Lebensphase voller Übergänge. «Erste» Ereignisse, wie zum Beispiel der Auszug aus dem elterlichen Zuhause oder der Berufsbeginn, nehmen einen wichtigen Stellenwert ein. Diese Übergänge oder Lebensereignisse bilden einen interessanten und effizienten Zugang zur Zielgruppe, den es für die Gesundheitsförderung zu nutzen gilt.

Freizeit als wichtiges Setting

Freizeiteinrichtungen, Jugendverbände sowie Vereine bieten Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein strukturiertes und teilorganisiertes Umfeld. Häufig sind ältere Jugendliche oder junge Erwachsene wichtige Ansprech- und Bezugspersonen für jüngere. Strukturverändernde Massnahmen, wie zum Beispiel Weiterbildungen für Leitungspersonen, können hier Wirkung zeigen. Ein grosses Potenzial ist vorhanden, denn beispielsweise sind Freizeit- und Sportstätten jene Orte, wo sich Jugendliche und junge Erwachsene am wenigsten gesund ernähren. Schulen bleiben aber nach wie vor ein ideales Setting, um die Gesundheit von «jüngeren» Jugendlichen nachhaltig zu fördern. Dies zeigt sich am Beispiel des obligatorischen Schulsports.

Peers einbeziehen

Das soziale Umfeld erweitert sich in der Adoleszenz. Gleichaltrige werden in Bezug auf gesundheitsförderliches Verhalten wichtig. Dabei spielt nicht nur das Vorhandensein einer Peer-Gruppe eine Rolle. Die prosoziale Beziehung zwischen den Jugendlichen ist zentral. Dies zeigt sich in gegenseitiger sozialer Unterstützung sowie am Spass und der Freude an gemeinsamen Aktivitäten.

Eltern bleiben wichtige Einflusspersonen

Während der Jugendphase werden die Peers zwar immer wichtiger, jedoch bleiben Eltern bzw. Erziehungsberechtigte wichtige Bezugspersonen, die einen grossen Einfluss auf die Gesundheit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen haben. Eltern in gesundheitsfördernde Massnahmen einzubinden, bleibt somit auch im Jugendalter wichtig.

Personenbasiert und entwicklungsorientiert statt biomedizinisch

Interventionen, die auf biomedizinischem Denken und Ansätzen zur Reduzierung des Krankheitsrisikos basieren, sind begrenzt wirksam. Erfolgreichere Programme, zum Beispiel in der Bewegungsförderung, konzentrieren sich auf den jungen Menschen und sein allgemeines Wohlbefinden. Anstatt sich nur auf die Zunahme von Bewegung zu fokussieren, sollte körperliche Aktivität ins tägliche Leben integriert werden.

Jugendliche differenziert betrachten

Ein zentraler Faktor für die chancengleiche Gestaltung von Massnahmen ist, die Zielgruppe genau zu differenzieren. Beispielsweise ist der Bewegungsmangel unter weiblichen Jugendlichen stärker ausgeprägt als unter männlichen. Hingegen konsumieren weibliche Jugendliche gesündere Lebensmittel als ihre männlichen Pendants. Auch ist die Wahrscheinlichkeit, psychisch zu erkranken (z. B. an einer Depression), unter LGBTQI-Jugendlichen erhöht. Es ist deshalb unerlässlich, Massnahmen zielgruppenspezifischen Merkmalen anzupassen.

Autonomie als Schlüsselfaktor

Die Autonomie von Jugendlichen wird zunehmend grösser. Das heisst, Jugendliche übernehmen immer mehr Selbstverantwortung für ihre Gesundheit. Diese zunehmende Selbstständigkeit muss

ganzheitlich mitgedacht werden. Sie zeigt sich schon bei der Planung eines Verhaltens, schliesst verschiedene Umsetzungsschritte mit ein und kommt mit dem gesunden Verhalten zum Abschluss.

Themen integrieren statt separieren

Die Forschung bestätigt, dass es sinnvoll und richtig ist, die Themen psychische Gesundheit, Bewegung und Ernährung zusammen zu denken. Eine gesunde Verhaltensweise hängt mit weiteren gesunden Verhaltensweisen zusammen; sie begünstigen sich also gegenseitig. Zum Beispiel fördert eine ausgewogene Ernährung das psychische Wohlbefinden und geht mit mehr Bewegung einher.

Digitale Medien als Chance und Risiko

Digitale Medien sind ein fester Bestandteil des Alltags von Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Fast alle besitzen ein Smartphone und bewegen sich auf sozialen Medien. Um die Chancen zu nutzen und die Risiken zu minimieren, ist es wichtig, sowohl den Umgang mit Medien wie auch die digitale Gesundheitskompetenz (z.B. Verlässlichkeit der Quelle erkennen) zu fördern. Leicht zugängliche Online-Angebote und bedürfnis- und altersgerechte Gesundheitsinformationen spielen hier eine wichtige Rolle.

11 Literaturverzeichnis

Kapitel 2

- [2.1] Blakemore, S.-J. (2019). Adolescence and mental health. *Lancet*, 393(10185), 2030–2031. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31013-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31013-X)
- [2.2] Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D. & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*, 2(3), 223–228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
- [2.3] Chulani, V. L. & Gordon, L. P. (2014). Adolescent growth and development. *Prim Care*, 41(3), 465–487. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2014.05.002>
- [2.4] Arrington-Sanders, R. (2013). Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatrics in Review*, 34(8), 354–359. <https://doi.org/10.1542/pir.34-8-354>
- [2.5] Dorn, L. D., Hostinar, C. E., Susman, E. J. & Pervanidou, P. (2019). Conceptualizing puberty as a window of opportunity for impacting health and well-being across the life span. *J Res Adolesc*, 29(1), 155–176. <https://doi.org/10.1111/jora.12431>
- [2.6] Christie, D. & Viner, R. (2005). Adolescent development. *BMJ*, 330(7486), 301–304. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7486.301>
- [2.7] Barrense-Dias, Y., Akre, C., Surís, J.-C., Berchtold, A., Morselli, D., Jacot-Descombes, C. & Leeners, B. (2020). Does the primary resource of sex education matter? A Swiss national study. *J Sex Res*, 57(2), 166–176. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1626331>
- [2.8] Deppen, A., Jeannin, A., Michaud, P.-A., Alsaker, F. & Surís, J.-C. (2012). Subjective pubertal timing and health-compromising behaviours among Swiss adolescent girls reporting an on-time objective pubertal timing. *Acta Paediatr*, 101(8), 868–872. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02707.x>
- [2.9] Hartman-Munick, S. M., Gordon, A. R. & Guss, C. (2020). Adolescent body image: influencing factors and the clinician's role. *Current Opinion in Pediatrics*, 32(4), 455–460. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000910>
- [2.10] Viner, R. M., Haines, M. M., Taylor, S. J. C., Head, J., Booy, R. & Stansfeld, S. (2006). Body mass, weight control behaviours, weight perception and emotional well being in a multiethnic sample of early adolescents. *Int J Obes (Lond)*, 30(10), 1514–1521. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803352>
- [2.11] Davison, T. E. & McCabe, M. P. (2006). Adolescent body image and psychosocial functioning. *J Soc Psychol*, 146(1), 15–30. <https://doi.org/10.3200/SOCP.146.1.15-30>
- [2.12] Vogel, E. A., Rose, J. P., Okdie, B. M., Eckles, K. & Franz, B. (2015). Who compares and despairs? The effect of social comparison orientation on social media use and its outcomes. *Pers Individ Dif*, 86, 249–256. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.06.026>
- [2.13] Schreurs, L. & Vandenbosch, L. (2021). Introducing the Social Media Literacy (SMILE) model with the case of the positivity bias on social media. *Journal of Children and Media*, 15(3), 320–337. <https://doi.org/10.1080/17482798.2020.1809481>
- [2.14] Reer, F., Tang, W. Y. & Quandt, T. (2019). Psychosocial well-being and social media engagement: the mediating roles of social comparison orientation and fear of missing out. *New Media & Society*, 21(7), 1486–1505. <https://doi.org/10.1177/1461444818823719>
- [2.15] World Health Organization (WHO) (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva* (Sexual Health Document Series). <https://www.cesas.lu/perch/resources/whodefiningsexualhealth.pdf>
- [2.16] Mahalik, J. R., Levine Coley, R., McPherran Lombardi, C., Doyle Lynch, A., Markowitz, A. J. & Jaffee, S. R. (2013). Changes in health risk behaviors for males and females from early adolescence through early adulthood. *Health Psychology*, 32(6), 685–694. <https://doi.org/10.1037/a0031658>

- [2.17] Kipping, R. R., Smith, M., Heron, J., Hickman, M. & Campbell, R. (2015). Multiple risk behaviour in adolescence and socio-economic status: findings from a UK birth cohort. *European Journal of Public Health*, 25(1), 44–49. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku078>
- [2.18] Surís, J.-C., Barrense-Dias, Y. & Berchtold, A. (2015). *La problématique des jeux d'argent chez les adolescents du canton de Fribourg*. IUMSP. https://www.grea.ch/sites/default/files/rapport_2015.pdf
- [2.19] Jessor, R. (1987). Problem-behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking. *Br J Addict*, 82(4), 331–342. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1987.tb01490.x>
- [2.20] Aclin, W. M., Lejuez, C. W., Zvolensky, M. J., Kahler, C. W. & Gwadz, M. (2005). Evaluation of behavioral measures of risk taking propensity with inner city adolescents. *Behav Res Ther*, 43(2), 215–228. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.007>
- [2.21] Chein, J., Albert, D., O'Brien, L., Uckert, K. & Steinberg, L. (2011). Peers increase adolescent risk taking by enhancing activity in the brain's reward circuitry. *Dev Sci*, 14(2), F1–F10. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2010.01035.x>

Kapitel 3

- [3.1] Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T., Stock, S., Altgeld, T., Knesebeck, O. von dem, Ottova, V., Ravens-Sieberer, U., Süß, W. & Trojan, A. (Hg.) (2018). *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (5. Aufl.). Hogrefe.
- [3.2] Habermann-Horstmeier, L. (2017). *Gesundheitsförderung und Prävention: Kompakte Einführung und Prüfungsvorbereitung für alle interdisziplinären Studienfächer*. Hogrefe.
- [3.3] Jungbauer-Gans, M. & Hackauf, H. (2000). Die Bedeutung von Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. In H. Hackauf & M. Jungbauer-Gans (Hg.), *Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen: Gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Evaluation von Präventionsmaßnahmen* (S. 9–14). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/3-531-90798-0_1
- [3.4] Gollner, E., Szabo, B., Schnabel, F., Schnitzer, B. & Thaller-Schneider M. (Hg.) (2017). *Gesundheitsförderung konkret: Ein forschungsgelitetes Lehrbuch für die Praxis*. Holzhausen.
- [3.5] Naidoo, J. & Wills, J. (2019). *Lehrbuch Gesundheitsförderung* (3. Aufl.). Hogrefe.
- [3.6] World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa charter for health promotion*. <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>
- [3.7] Renneberg, B. & Hammelstein, P. (2006). *Gesundheitspsychologie*. Springer.
- [3.8] Brinkmann, R. D. (2014). *Angewandte Gesundheitspsychologie*. Pearson.
- [3.9] Michie, S., Stralen, M. M. van & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- [3.10] Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J. & Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med*, 46(1), 81–95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- [3.11] Ischer, P. & Saas, C. (2019). *Partizipation in der Gesundheitsförderung*. GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/arbeitspapiere/Arbeitspapier_048_GFCH_2021-06_-_Partizipation_in_der_Gesundheitsfoerderung.pdf
- [3.12] Weare, K. & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promot Int*, 26 Suppl 1, i29–69. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar075>
- [3.13] Kaplan, R. S. (2001). Strategic performance measurement and management in nonprofit organizations. *Nonprofit Management Leadership*, 11(3), 353–370. <https://doi.org/10.1002/NML.11308>
- [3.14] Ackermann, G. (2016). *Evaluation und Komplexität: Wirkungskonstruktion in der Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention* [Diss., Universität Basel]. Schweizerische Nationalbibliothek. <https://guenterackermann.ch/wp-content/uploads/2013/02/Ackermann-2016-Evaluation-und-Komplexität.pdf>

- [3.15] Stiftung Zewo (2011). *Wirkungsmessung in der Entwicklungszusammenarbeit: Zewo-Leitfaden für Projekte und Programme*. https://zewo.ch/wp-content/uploads/2020/03/Brosch_Wirkungsmessung.pdf
- [3.16] Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion: progress, problems and solutions. *Health Promot Int*, 13(1), 27–44. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.1.27>
- [3.17] Stocker, D., Jäggi, J., Berset, M., Schläpfer, D., Németh, P., Kaeslin, S. & Goebel, S. (2021). *Junge Erwerbstätige: Arbeitsbedingungen und Gesundheit* (Arbeitspapier 55). https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2021/2021_AP_55_Junge_Erwerbstaetige_Gesundheit_de_web.pdf
- [3.18] Schaefer, I. & Kolip, P. (2010). Unterstützung der Qualitätsentwicklung mit Goal Attainment Scaling (GAS). *Prävention*, 33, 66–69. <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2564478>
- [3.19] Fässler, S. & Studer, S. (2019). *Wirkungsevaluation von Interventionen: Leitfaden für Projekte im Bereich Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit* (Arbeitspapier 46). GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [3.20] Rieder, S. (2003). *Integrierte Leistungs- und Wirkungssteuerung: Eine Anleitung zur Formulierung von Leistungen, Zielen und Indikatoren in der Öffentlichen Verwaltung*. Erstellt im Auftrag der Programmleitung FLAG. https://ub.unibas.ch/digi/a125/sachdok/2012/BAU_1_5753021.pdf
- [3.21] Kurz, B. & Kubek, D. (2013). *Kursbuch Wirkung: Das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen*. Phineo; Bertelsmann-Stiftung. <http://www.phineo.org/fuer-organisationen/kursbuch-wirkung>
- [3.22] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2020). *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Nationaler Gesundheitsbericht. www.gesundheitsbericht.ch/de/04-koerperliche-gesundheit-und-entwicklung
- [3.23] Sucht Schweiz (2018). *HBSC Ergebnisse 2018*.
- [3.24] Bundesamt für Statistik (BFS) (2018). *Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand und dauerhaftes Gesundheitsproblem, 2017*. www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/gesundheitszustand/allgemeiner.html
- [3.25] Dratva, J. & Wieber, F. (2022). *Secondary health impact of COVID-19 containment measures in children, adolescents, and young adults*. SSPH; BAG. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/23489>
- [3.26] Lee, E.-Y. & Yoon, K.-H. (2018). Epidemic obesity in children and adolescents: risk factors and prevention. *Front Med*, 12(6), 658–666. <https://doi.org/10.1007/s11684-018-0640-1>
- [3.27] Stamm, H., Bürgi, R., Lamprecht, M. & Walter, S. *Vergleichendes Monitoring der Gewichtsdaten von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Analyse von Daten aus den Kantonen Aargau, Basel-Stadt, Genf, Graubünden, Jura, Luzern, Obwalden, St. Gallen und Uri sowie den Städten Bern, Freiburg, Winterthur und Zürich* (Arbeitspapier 58). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/arbeitspapiere/Arbeitspapier_058_GFCH_2021-09_-_Vergleichendes_BMI-Monitoring.pdf
- [3.28] Bringolf, B., Probst-Hensch, N., Kayser, B. & Suggs, S. (2016). *Schlussbericht zur SOPHYA-Studie*. Swiss TPH. www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/Schlussbericht_SOPHYA.pdf
- [3.29] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2020). *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Nationaler Gesundheitsbericht 2020. www.gesundheitsbericht.ch/de/09-gesundheitsfoerderung-und-praevention/93-psychische-gesundheit
- [3.30] Bieri, U., Kocher, J. P., Gauch, C., Tschöpe, S., Venetz, A., Hagemann, M., Schwab, J., Schüpbach, S. & Frind, A. (2016). *Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015».: Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien*. BAG; gfs.bern.
- [3.31] DeGani, S., Jaks, R., Bieri, U. & Hoher, J. P. (2021). *Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021: Schlussbericht*. BAG; Careum Stiftung.
- [3.32] National Research Council, Institute of Medicine (2004). *Children's health, the nation's wealth: assessing and improving child health*. National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/10886>
- [3.33] Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: is America's youth flourishing? *Am J Orthopsychiatry*, 76(3), 395–402. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.395>
- [3.34] Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *J Adult Dev*, 17(2), 110–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>

- [3.35] Tse, C. K., Bridges, S. M., Srinivasan, D. P. & Cheng, B. S. (2015). Social media in adolescent health literacy education: a pilot study. *JMIR Res Protoc*, 4(1), e18. <https://doi.org/10.2196/resprot.3285>
- [3.36] Rigby, M. J., Köhler, L. I., Blair, M. E. & Metchler, R. (2003). Child health indicators for Europe: a priority for a caring society. *Eur J Public Health*, 13(3 Suppl.), 38–46. https://doi.org/10.1093/eurpub/13.suppl_1.38
- [3.37] Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol*, 55(5), 469–480.
- [3.38] Korin, M. R. (2016). Introduction: What is health promotion for children and adolescents? In M. R. Korin (Hg.), *Health promotion for children and adolescents* (S. 3–8). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7711-3_1
- [3.39] Nutbeam, D. (1989). *Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories* (3. Aufl.). McGraw-Hill.
- [3.40] World Health Organization (WHO) (2020). *Life skills education school handbook: prevention of non-communicable diseases*. Introduction. <https://www.who.int/publications/i/item/97-8924-000484-9>
- [3.41] Erhart M, Hurrelmann, K [K.] & Ravens-Sieberer, U. (2015). Sozialisation und Gesundheit. In K. Hurrelmann, U. Bauer, M. Grundmann & S. Walper (Hg.), *Pädagogik. Handbuch Sozialisationsforschung* (6. Aufl., S. 424–442). Beltz.
- [3.42] Jordan, S., Domanska, O. & Loer, A.-K. (2020). Health Literacy im Jugendalter: Anforderungen an Messinstrumente. In T. M. Bollweg, J. Bröder & P. Pinheiro (Hg.), *Gesundheit und Gesellschaft. Health Literacy im Kindes- und Jugendalter* (S. 99–115). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-29816-6_6
- [3.43] World Health Organization (WHO). *Promoting health in the SDGs: all for health, health for all*. Report on the 9th global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259183>
- [3.44] Dratva, J., Späth, A. & Zemp, E. (2013). *Child and adolescent health monitoring: report for the Federal Office of Statistics*. [Kinder- und Jugend- Gesundheitsmonitoring in der Schweiz. Bericht z. H. des BFS] BFS.
- [3.45] Pro Juventute Schweiz (2021). *Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf Kinder, Jugendliche und ihre Familien in der Schweiz*. Pro Juventute Corona-Report Update. <https://www.aramis.admin.ch/Dokument.aspx?DocumentID=69043>
- [3.46] Bernath, J., Suter, L., Waller, G., Külling, C., Willemsse, I. & Süss, D. (2020). *JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien: Erhebung Schweiz*. ZHAW.
- [3.47] Sucht Schweiz. *Ständig online: neue Publikation mit Fakten und Folgen*. Medienmitteilung. www.suchtschweiz.ch/aktuell/medienmitteilungen/article/staendig-online-neue-publikation-mit-fakten-und-folgen
- [3.48] Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Ezra, S. & Ben Shlomo, Y. (Hg.) (2004). *A life course approach to chronic disease epidemiology*. (Life course approach to adult health series) (2. Aufl.). Oxford Univ. Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198578154.001.0001>
- [3.49] Blaser, M. & Amstad, F. T. (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht*. Bericht 6. GFCH. https://www.prevention.ch/files/publicimages/Bericht_006_GFCH_2016-04_-_Psychische_Gesundheit_ueber_die_Lebensspanne.pdf
- [3.50] World Health Organization (WHO) (2013). *Nurturing human capital along the life course: investing in early child development*. Meeting report WHO, Geneva, Switzerland, 10–11 January 2013. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/87084>
- [3.51] Wieser, S., Kauer, L., Schmidhauser, S., Pletscher, M. & Brügger, U. (2010). *Synthesebericht: Ökonomische Evaluation von Präventionsmassnahmen in der Schweiz*. ZHAW; BAG. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/e-f/evalber-ncd-sucht/2001-2010/2010-oekonomische-evaluation-praevention-synthesebericht-zusammenfassung.pdf>
- [3.52] Lobstein, T., Jackson-Leach, R., Moodie, M. L., Hall, K. D., Gortmaker, S. L., Swinburn, B. A., James, W. P. T., Wang, Y. & McPherson, K. (2015). Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet*, 385(9986), 2510–2520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61746-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61746-3)

- [3.53] Deogan, C., Zarabi, N., Stenström, N., Högberg, P., Skärstrand, E., Manrique-Garcia, E., Neovius, K. & Månsdotter, A. (2015). Cost-effectiveness of school-based prevention of cannabis use. *Appl Health Econ Health Policy*, 13(5), 525–542. <https://doi.org/10.1007/s40258-015-0175-4>
- [3.54] Neighbors, C. J., Barnett, N. P., Rohsenow, D. J., Colby, S. M. & Monti, P. M. (2010). Cost-effectiveness of a motivational intervention for alcohol-involved youth in a hospital emergency department. *J Stud Alcohol Drugs*, 71(3), 384–394. <https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.384>
- [3.55] Effertz, T., Engel, S., Verheyen, F. & Linder, R. (2016). The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective. *Eur J Health Econ*, 17(9), 1141–1158. <https://doi.org/10.1007/s10198-015-0751-4>
- [3.56] Steiner, M., Knittel, T., Müller, D. & Nell, P. (2012). *Unser Platz – Jugendliche in öffentlichem Raum. Juvenir-Studie 1.0*. Jacobs Foundation. <https://vdocuments.mx/download/juvenir-studie-10-unser-platz-a-jugendliche-im-ffentlichen-raum-10-jugend>
- [3.57] Jimenez, M. P., DeVille, N. V., Elliott, E. G., Schiff, J. E., Wilt, G. E., Hart, J. E. & James, P. (2021). Associations between nature exposure and health: a review of the evidence. *Int J Environ Res Public Health*, 18(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094790>
- [3.58] Laflamme, L., Burrows, S. & Hasselberg, M. (2009). *Socioeconomic differences in injury risks: a review of findings and a discussion of potential countermeasures*. WHO Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350275>
- [3.59] Kim, J. B., Prunicki, M., Haddad, F., Dant, C., Sampath, V., Patel, R., Smith, E., Akdis, C., Balmes, J., Snyder, M. P., Wu, J. C. & Nadeau, K. C. (2020). Cumulative lifetime burden of cardiovascular disease from early exposure to air pollution. *J Am Heart Assoc*, 9(6), e014944. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014944>
- [3.60] Anopa, Y. & Conway, D. I. (2020). Exploring the cost-effectiveness of child dental caries prevention programmes: are we comparing apples and oranges? *Evid Based Dent*, 21(1), 5–7. <https://doi.org/10.1038/s41432-020-0085-7>
- [3.61] Backes, H. & Lieb, C. (2014). *Peer Education*. www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/strategien-handlungsansaetze-und-methoden/peer-education
- [3.62] Meyer, M. (2004). tschau.ch: Informationen und Antworten für Jugendliche. *Suchtmagazin*, 30(1), 29–32. <https://doi.org/10.5169/seals-800545>
- [3.63] Güntzer, A. (2017). Jugendliche in der Schweiz leiden unter Leistungsdruck und Stress. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 23(2), 38–44. http://www.szh.ch/bausteine.net/f/50990/Guentzer_170238.pdf
- [3.64] Jadambaa, A., Graves, N., Cross, D., Pacella, R., Thomas, H. J., Scott, J. G., Cheng, Q. & Brain, D. (2022). Economic evaluation of an intervention designed to reduce bullying in Australian schools. *Appl Health Econ Health Policy*, 20(1), 79–89. <https://doi.org/10.1007/s40258-021-00676-y>
- [3.65] Zumbrunn, A., Solèr, M. & Kunz, D. (2016). *Umsetzung Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen*. FHNW. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/kinder-und-jugend/umsetzung-gesundheitsfoerderung-praevention-schulen.pdf>
- [3.66] Stamm, H., Ceschi, M., Gebert, A., Guggenbühl, L., Stronski, S., Walter, S. & Würfel, E. (2020). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2019/20 mit Sonderfokus «Oberstufe und Körperbild»* (Faktenblatt 56). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_056_GFCH_2021-05_-_BMI_Monitoring_2019-2020.pdf
- [3.67] Stamm, H., Ceschi, M., Gebert, A., Guggenbühl, L., Stronski, S., Walter, S. & Würfel, E. (2020). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2018/19 mit Sonderfokus «Bewegungsverhalten und Gewicht»* (Faktenblatt 42). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_042_GFCH_2020-05_-_BMI-Monitoring_2018-2019.pdf

- [3.68] Stamm, H., Ceschi, M., Fischer, A., Guggenbühl, L., Ledergerber, M., Stronski, S., Walter, S. & Würfel, E. (2019). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2017/18 mit Fokus Wohnumfeld* (Faktenblatt 37). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_037_GFCH_2019-04_-_BMI-Monitoring_2017-2018.pdf
- [3.69] Stamm, H., Bürgi, R., Ceschi, M., Felber Dietrich, D., Guggenbühl, L., Ledergerber, M., Stronski, S. & Walter, S. (2022). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2021/22 mit Sonderfokus «Nationaler und internationaler Vergleich»* (Faktenblatt 69). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_069_GFCH_2022-05_-_BMI_Monitoring_2020-2021.pdf

Kapitel 4

- [4.1] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2018). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen Vergleichszahlen 2005/06 bis 2016/17* (Faktenblatt 33). https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_033_GFCH_2018-04_-_BMI-Monitoring.pdf
- [4.2] Bundesamt für Statistik (BFS) (2017). *Gesundheitsverhalten* [Tabelle]. Fachbereich 14 – Gesundheit. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02a.xml>
- [4.3] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2020). *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Nationaler Gesundheitsbericht 2020. www.gesundheitsbericht.ch/de/04-koerperliche-gesundheit-und-entwicklung
- [4.4] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2017). *Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Gesundheitsförderung und Prävention: Zielgruppe Kinder und Jugendliche* (Faktenblatt 19). https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/faktenblaetter/Faktenblatt_019_GFCH_2017-02_-_Geschlechtliche_und_sexuelle_Minderheiten.pdf
- [4.5] World Health Organization (WHO) (2013). *Social determinants of health: Key concepts*. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/
- [4.6] World Health Organization (WHO) (2013). *Social determinants of health: Key concepts*. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/
- [4.7] Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. GDK; BAG; GFCH. <https://www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [4.8] WHO Regional Office for Europe (WHO Europe) (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Updated reprint 2014. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf
- [4.9] AG NCD-Strategie Teilprojekt 1 (Hg.) (2015). *Risikofaktoren, nationale Präventionsaktivitäten und Synergien zu krankheitsspezifischen Teilstrategien: Grundlagebericht als Basis für die zur Erarbeitung der nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie)*. Unveröffentlichter Bericht.
- [4.10] Homfeldt, H. G. (2010). Gesundheit und Krankheit im Alter. In K. Aner & U. Karl (Hg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 315–320). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92004-7_31
- [4.11] Kowalski, C., Steinhausen, S., Pfaff, H. & Janßen, C. (2008). Sozioökonomische Ungleichheit erfordert zielgruppenspezifische Präventionsprogramme. *Public Health Forum*, 16(2), 29-31. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2008.04.017>

- [4.12] Gittelsohn, J. & Trude, A. (2017). Diabetes and obesity prevention: changing the food environment in low-income settings. *Nutr Rev*, 75(Suppl. 1), 62–69. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuw038>
- [4.13] Weber, D. & Hösli, S. (2020). *Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention: bewährte Ansätze und Erfolgskriterien*. Kurzversion für die Praxis. BAG; GFCH; GDK. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [4.14] Soom Ammann, E. & Salis Gross, C. (2011). *Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen: Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»*. GFCH; BFU. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [4.15] Salis Gross, C., Soom Ammann, E. & El Fehri, V. (2012). Die Rolle sozialer Netzwerke beim Rauchstopp. *Suchtmagazin*(3–4), 26–29. <https://doi.org/10.5167/uzh-74947>
- [4.16] Moret, J. & Dahinden, J. (2009). *Wege zu einer besseren Kommunikation*. EKM. https://www.ekm.admin.ch/dam/ekm/de/data/dokumentation/materialien/mat_wege_kommunikation_d.pdf
- [4.17] Kricheldorf, C. (2010). Bildungsarbeit mit älteren und alten Menschen. In K. Aner & U. Karl (Hg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 99–109). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92004-7_9
- [4.18] Hackl, C. (2007). *Gesundheitsförderung für ältere Menschen, mit dem Schwerpunkt sozial Schwache* [Diplomarbeit IMC Fachhochschule Krams].
- [4.19] Flor, W. (2019). *Alter(n) und Gesundheitsförderung* (BZgA-Leitbegriffe). BZgA. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/altern-und-gesundheitsfoerderung/> <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i002-2.0>
- [4.20] Baxter, S., Johnson, M., Payne, N., Buckley-Woods, H., Blank, L., Hock, E., Daley, A., Taylor, A., Pavey, T., Mountain, G. & Goyder, E. (2016). Promoting and maintaining physical activity in the transition to retirement: a systematic review of interventions for adults around retirement age. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13, 12. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0336-3>
- [4.21] Lood, Q., Häggblom-Kronlöf, G. & Dahlin-Ivanoff, S. (2015). Health promotion programme design and efficacy in relation to ageing persons with culturally and linguistically diverse backgrounds: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*, 15, 560. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1222-4>
- [4.22] Craike, M., Wiesner, G., Hilland, T. A. & Bengoechea, E. G. (2018). Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: an umbrella review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 15(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0676-2>
- [4.23] Olstad, D. L., Ancilotto, R., Teychenne, M., Minaker, L. M., Taber, D. R., Raine, K. D., Nykiforuk, C. I. J. & Ball, K. (2017). Can targeted policies reduce obesity and improve obesity-related behaviours in socioeconomically disadvantaged populations? A systematic review. *Obes Rev*, 18(7), 791–807. <https://doi.org/10.1111/obr.12546>
- [4.24] Abeykoon, A. M. H., Engler-Stringer, R. & Muhajarine, N. (2017). Health-related outcomes of new grocery store interventions: a systematic review. *Public Health Nutr*, 20(12), 2236–2248. <https://doi.org/10.1017/S1368980017000933>
- [4.25] Ball, K., Carver, A., Downing, K., Jackson, M. & O'Rourke, K. (2015). Addressing the social determinants of inequities in physical activity and sedentary behaviours. *Health Promot Int*, 30(Suppl. 2), ii8–19. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav022>
- [4.26] Everson-Hock, E. S., Johnson, M., Jones, R., Woods, H. B., Goyder, E., Payne, N. & Chilcott, J. (2013). Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: a mixed methods systematic review. *Prev Med*, 56(5), 265–272. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.02.023>
- [4.27] Schnyder-Walser, K., Ruflin, R., Grunder, M. & Widmer, P. (2015). *Literaturanalyse «Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts»*. Schlussbericht. BAG. <https://www.aramis.admin.ch/Default?DocumentID=46832>

- [4.28] Riou, J., Panczak, R., Althaus, C. L., Junker, C., Perisa, D., Schneider, K., Criscuolo, N. G., Low, N. & Egger, M. (2021). Socioeconomic position and the COVID-19 care cascade from testing to mortality in Switzerland: a population-based analysis. *Lancet Public Health*, 6(9), e683–e691. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00160-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00160-2)
- [4.29] Webb Hooper, M., Nápoles, A. M. & Pérez-Stable, E. J. (2020). COVID-19 and racial/ethnic disparities. *JAMA*, 323(24), 2466–2467. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.8598>
- [4.30] Mathur, R., Rentsch, C. T., Morton, C. E., Hulme, W. J., Schultze, A., MacKenna, B., Eggo, R. M., Bhaskaran, K., Wong, A. Y. S., Williamson, E. J., Forbes, H., Wing, K., McDonald, H. I., Bates, C., Bacon, S., Walker, A. J., Evans, D., Inglesby, P., Mehrkar, A., ... Goldacre, B. (2021). Ethnic differences in SARS-CoV-2 infection and COVID-19-related hospitalisation, intensive care unit admission, and death in 17 million adults in England: an observational cohort study using the OpenSAFELY platform. *Lancet*, 397(10286), 1711–1724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00634-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00634-6)
- [4.31] Probst, J. & Ruedin, D. (2021). *Littérature en santé relative au covid-19: focus sur la population migrante*. (SFM studies: Bd. 78). <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/gesundheitskompetenz/migrationsbevölkerung-gesundheitskompetenz-und-covid-19.pdf>
- [4.32] Bishop, A. (2020). *Vulnerability amplified: the impact of the COVID-19 pandemic on LGBTIQ people*. OutRight Action International. <https://outrightinternational.org/covid-response>
- [4.33] M.I.S. TREND (2020). *Etude sur les habitudes alimentaires et l'activité physique de la population en Suisse pendant la période des mesures du Conseil fédéral visant à freiner la propagation du Covid-19 (du 13 mars au 26. avril)*. IRES. <https://www.blv.admin.ch/dam/blv/fr/dokumente/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/ernaehrung-waehrend-lockdown-bericht.pdf>
- [4.34] Höglinger, M. & Heiniger, S. (2020). *Verhaltensänderungen im Lockdown und persönliche Herausforderungen: Auswertungen mit Daten des COVID-19 Social Monitor für Gesundheitsförderung Schweiz*. Schlussbericht. WIG; ZHAW. https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/22546/3/2020_Hoeglinger-Heiniger_Covid19-Social-Monitor-Schlussbericht.pdf
- [4.35] Prickett, K. C., Habibi, H. & Carr, P. A. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy and acceptance in a cohort of diverse New Zealanders. *Lancet Reg Health West Pac*, 14, 100241. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100241>
- [4.36] Friemel, T. N. & Geber, S. (2021). *The role of socio-demographics in Covid-19 prevention*. Fachdiskussion Covid-19 Taskforce 12. Jan. 2021. IKMZ. https://covid-norms.ch/wp-content/uploads/2021/03/Covid-Norms_Fachgesprach_20210112_Friemel-Geber_webseite.pdf
- [4.37] Geber, S., Tribelhorn, L. & Friemel, T. N. (2020). *Die Impfbereitschaft in der Schweizer Bevölkerung*. Covid-Norms. <https://covid-norms.ch/impfbereitschaft-schweiz/>
- [4.38] Robertson, E., Reeve, K. S., Niedzwiedz, C. L., Moore, J., Blake, M., Green, M., Katikireddi, S. V. & Benzeval, M. J. (2021). Predictors of COVID-19 vaccine hesitancy in the UK household longitudinal study. *Brain Behav Immun*, 94, 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.03.008>
- [4.39] Leu, A. & Becker, S. (2019). Young Carers. In H. Montgomery (Hg.), *Oxford bibliographies. Childhood studies. Oxford bibliographies in childhood studies*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/obo/9780199791231-0120>
- [4.40] Leu, A., Frech, M., Wepf, H., Sempik, J., Joseph, S., Helbling, L., Moser, U., Becker, S. & Jung, C. (2019). Counting Young Carers in Switzerland - A Study of Prevalence. *Child Soc*, 33(1), 53–67. <https://doi.org/10.1111/chso.12296>
- [4.41] Wepf, H., Joseph, S. & Leu, A. (2021). Benefit finding moderates the relationship between young carer experiences and mental well-being. *Psychology & Health*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1941961>
- [4.42] Joseph, S., Sempik, J., Leu, A. & Becker, S. (2020). Young Carers Research, Practice and Policy: An Overview and Critical Perspective on Possible Future Directions. *Adolescent Res Rev*, 5(1), 77–89. <https://doi.org/10.1007/s40894-019-00119-9>

- [4.43] Leu, A., Wepf, H. & Frech, M. (2020). Young carers. In C. Peter, M. Diebold, M. D. Jordan, J. Dratva, I. Kickbusch & S. Stronski (Hg.), *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020* (S. 64–75). Hogrefe.
<https://www.gesundheitsbericht.ch/de/03-young-carers>
- [4.44] Lewis, F. M., Becker, S., Parkhouse, T., Joseph, S., Hlebec, V., Mrzel, M., Brodin, R., Casu, G., Boccaletti, L., Santini, S., D'Amen, B., Socci, M., Hoefman, R., Jong, N. de, Leu, A., Phelps, D., Guggiari, E., Magnusson, L. & Hanson, E. (2022). The first cross-national study of adolescent young carers aged 15–17 in six European countries. *International Journal of Care and Caring*, 1–28.
<https://doi.org/10.1332/239788222X16455943560342>
- [4.45] Leu, A. & Becker, S. Länderspezifisches Bewusstsein zur Situation von Young Carers: Eine globale Betrachtung. In *ZQP-Report junge Pflegende* (S. 31–35): Zentrum für Qualität in der Pflege.
- [4.46] Nap, H. H., Hoefman, R., Jong, N. de, Lovink, L., Glimmerveen, L., Lewis, F., Santini, S., D'Amen, B., Socci, M., Boccaletti, L., Casu, G., Manattini, A., Brodin, R., Sirk, K., Hlebec, V., Rakar, T., Hudobivnik, T., Leu, A., Berger, F., ... Hanson, E. (2020). The awareness, visibility and support for young carers across Europe: a Delphi study. *BMC Health Serv Res*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05780-8>
- [4.47] Leu, A., Guggiari, E., Phelps, D., Magnusson, L., Nap, H. H., Hoefman, R., Lewis, F., Santini, S., Socci, M., Boccaletti, L., Hlebec, V., Rakar, T., Hudobivnik, T. & Hanson, E. (2021). Cross-national Analysis of Legislation, Policy and Service Frameworks for Adolescent Young Carers in Europe. *Journal of Youth Studies*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/13676261.2021.1948514>
- [4.48] Leu, A., Frech, M. & Jung, C. (2018). Young carers and young adult carers in Switzerland: caring roles, ways into care and the meaning of communication. *Health Soc Care Community*, 26(6), 925–934.
<https://doi.org/10.1111/hsc.12622>
- [4.49] Otto, U., Leu, A., Bischofberger, I., Gerlich, R., Riguzzi, M., Jans, C. & Golder, L. (2019). *Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung: eine Bevölkerungsbefragung*. Schlussbericht des Forschungsmandats G01a des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020». BAG. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/foerderprogramme/fp_pflegerische_angehoerige/Kurzfassungen_Schlussberichte/Schlussbericht_Bedürfnisse_Entlastung.pdf

Kapitel 5

- [5.1] Bernath, J., Suter, L., Waller, G., Külling, C., Willemse, I. & Süss, D. (2020). *JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien: Erhebung Schweiz*. ZHAW.
- [5.2] Feierabend, S., Rathgeb, T., Kheredmand, H. & Glöckler, S. (2020). *JIM-Studie 2020 – Jugend, Information, Medien: Basisuntersuchung zum Medienumgang 12-bis 19-Jähriger*. MPFS.
- [5.3] Süss, D., Lampert, C. & Trültzsch-Wijnen, C. W. (2018). *Medienpädagogik: Ein Studienbuch zur Einführung* (3. Aufl.). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-19824-4>
- [5.4] Ludwigs, S. & Nöcker, G. (2020). *Social Media/Gesundheitsförderung mit digitalen Medien: Leitbegriffe Der Gesundheitsförderung Und Prävention. Glossar Zu Konzepten, Strategien und Methoden*.
<https://doi.org/10.17623/BZGA:224-1107-2.0>
- [5.5] Kramer, M. (2020). *Visuelle Biografiearbeit: Smartphone-Fotografie in der Adoleszenz aus medienpädagogischer Perspektive*. (Lebensweltbezogene Medienforschung: Bd. 8). Nomos Verlagsgesellschaft.
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=6405591>
- [5.6] Waller, G., & Meidert, U. (2020). Digitale Medien: Chancen und Risiken für die Gesundheit. In C. Peter, M. Diebold, M. D. Jordan, J. Dratva, I. Kickbusch & S. Stronski (Hg.), *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020* (S. 210–237). Hogrefe.
- [5.7] Ramsey Buchanan, L., Rooks-Peck, C. R., Finnie, R. K., Wethington, H. R., Jacob, V., Fulton, J. E., Johnson, D. B., Kahwati, L. C., Pratt, C. A., Ramirez, G., Mercer, S. L. & Glanz, K. (2016). Reducing recreational sedentary screen time. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(3), 402–415.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.09.030>

- [5.8] Tremblay, M. S., LeBlanc, A. G., Kho, M. E., Saunders, T. J., Larouche, R., Colley, R. C., Goldfield, G. & Gorber, S. (2011). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 8(1), 98. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-98>
- [5.9] Hakala, P. T., Saarni, L. A., Punamäki, R.-L., Wallenius, M. A., Nygård, C.-H. & Rimpelä, A. H. (2012). Musculoskeletal symptoms and computer use among Finnish adolescents – pain intensity and inconvenience to everyday life: a cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord*, 13(1), 41. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-41>
- [5.10] Toh, S. H., Coenen, P., Howie, E. K. & Straker, L. M. (2017). The associations of mobile touch screen device use with musculoskeletal symptoms and exposures: A systematic review. *PLoS ONE*, 12(8), e0181220. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181220>
- [5.11] Bruni, O., Sette, S., Fontanesi, L., Baiocco, R., Laghi, F. & Baumgartner, E. (2015). Technology use and sleep quality in preadolescence and adolescence. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11(12), 1433–1441. <https://doi.org/10.5664/jcsm.5282>
- [5.12] Mireku, M. O., Barker, M. M., Mutz, J., Dumontheil, I., Thomas, M. S., Röösli, M., Elliott, P. & Toledano, M. B. (2019). Night-time screen-based media device use and adolescents' sleep and health-related quality of life. *Environment International*, 124, 66–78. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2018.11.069>
- [5.13] Willemse, I. (2016). *Onlinesucht: Ein Ratgeber für Eltern, Betroffene und ihr Umfeld*. Hogrefe.
- [5.14] Fardouly, J. & Vartanian, L. R. (2016). Social media and body image concerns: current research and future directions. *Curr Opin Psychol*, 9, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.09.005>
- [5.15] Csikszentmihalyi, M. (2000). *Beyond boredom and anxiety*. Jossey-Bass.
- [5.16] Parker Oliver, D., Patil, S., Benson, J. J., Gage, A., Washington, K., Kruse, R. L. & Demiris, G. (2017). The Effect of Internet Group Support for Caregivers on Social Support, Self-Efficacy, and Caregiver Burden: A Meta-Analysis. *Telemedicine and e-Health*, 23(8), 621–629. <https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0183>
- [5.17] Wickham, C. A. & Carbone, E. T. (2015). Who's calling for weight loss? A systematic review of mobile phone weight loss programs for adolescents. *Nutrition Reviews*, 73(6), 386–398. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuu018>
- [5.18] Haug, S., Castro, R. P., Wenger, A. & Schaub, M. P. (2020). Efficacy of a smartphone-based coaching program for addiction prevention among apprentices: study protocol of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09995-6>
- [5.19] Breakey, V. R., Ignas, D. M., Warias, A. V., White, M., Blanchette, V. S. & Stinson, J. N. (2014). A pilot randomized control trial to evaluate the feasibility of an Internet-based self-management and transitional care program for youth with haemophilia. *Haemophilia*, 20(6), 784–793. <https://doi.org/10.1111/hae.12488>
- [5.20] Ebert, D. D., Zarski, A.-C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M. & Riper, H. (2015). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: a meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PLoS ONE*, 10(3), e0119895. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119895>
- [5.21] Huurne, E. D. ter, Haan, H. A. de, Postel, M. G., van der Palen, J., VanDerNagel, J. E. L. & DeJong, C. A. J. (2015). Web-Based Cognitive Behavioral Therapy for Female Patients With Eating Disorders: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*, 17(6), e152. <https://doi.org/10.2196/jmir.3946>
- [5.22] Hollis, C., Falconer, C. J., Martin, J. L., Whittington, C., Stockton, S., Glazebrook, C. & Davies, E. B. (2017). Annual Research Review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems – a systematic and meta-review. *J Child Psychol Psychiatr*, 58(4), 474–503. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12663>
- [5.23] Beck, F., Richard, J.-B., Nguyen-Thanh, V., Montagni, I., Parizot, I. & Renahy, E. (2014). Use of the internet as a health information resource among French young adults: results from a nationally representative survey. *J Med Internet Res*, 16(5), e128. <https://doi.org/10.2196/jmir.2934>
- [5.24] Kang, M., Robards, F., Sancu, L., Steinbeck, K., Jan, S., Hawke, C., Luscombe, G., Kong, M. & Usherwood, T. (2018). *Access 3: Young people and the health system in the digital age*. Final Research Report.

- [5.25] Wartella, E., Rideout, V., Montague, H., Beaudoin-Ryan, L. & Lauricella, A. (2016). Teens, Health and Technology: A National Survey. *MaC*, 4(3), 13–23. <https://doi.org/10.17645/mac.v4i3.515>
- [5.26] Norman, C. D. & Skinner, H. A. (2006). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *J Med Internet Res*, 8(2), e506. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>
- [5.27] Bautista, J. R. (2015). From Solving a Health Problem to Achieving Quality of Life: Redefining eHealth Literacy. *Journal of Literacy and Technology*, 16(2), 34–54.
- [5.28] Norgaard, O., Furstrand, D., Klokke, L., Karnoe, A., Batterham, R., Kayser, L. & Osborne, R. H. (2015). The e-health literacy framework: A conceptual framework for characterizing e-health users and their interaction with e-health systems. *KMEL*, 522–540. <http://www.kmel-journal.org/ojs/index.php/online-publication/article/view/304/303>
- [5.29] Freeman, J. L., Caldwell, P. H. Y., Bennett, P. A. & Scott, K. M. (2018). How adolescents search for and appraise online health information: a systematic review. *J Pediatr*, 195, 244–255.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.11.031>
- [5.30] Dusberger, N. & Pierau, J. C. (2020). Chancen in der Gesundheitskommunikation durch Influencer-Strategien. In M. Terstiege (Hg.), *Digitales Marketing: Erfolgsmodelle aus der Praxis* (S. 213–222). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26195-5_13
- [5.31] Süß, D., Domdey, P., Steiner, L., Löpfe, S. & Bernath, J. *Jugendliche mit Gesundheitsförderungsbotschaften erreichen*. ZHAW; GFCH. https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen-Bibliothek/Fachthemen/ZHAW_2021_Wie_erreicht_Gesundheitsfo_rderung_Jugendliche.pdf
- [5.32] Albrecht, U.-V. (2019). *Einheitlicher Kriterienkatalog zur Selbstdeklaration der Qualität von Gesundheits-Apps*. Medizinische Hochschule Hannover (MHH). <https://doi.org/10.26068/MHHRPM/20190416-004>
- [5.33] Lampert, C. & Scherenberg, V. (2019). Gesundheits-Apps für Kinder und Jugendliche. *Public Health Forum*, 27(4), 301–303. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2019-0066>
- [5.34] Lampert, C. (2020). Ungenutztes Potenzial: Gesundheits-Apps für Kinder und Jugendliche. *Bundesgesundheitsbl*, 63(6), 708–714. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03139-2>
- [5.35] Albrecht, U.-V. (Hg.) (2016). *Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA)*. Medizinische Hochschule Hannover (MHH).
- [5.36] Meidert, U., Scheermesser, M., Prieur, Y., Hegyi, S., Stockinger, K., Eyyi, G., Evers-Wölk, M., Jacobs, M., Oertel, B. & Becker, H. (2018). *Quantified Self: Schnittstelle zwischen Lifestyle und Medizin*. (TA-Swiss). VDF Hochschulverlag.
- [5.37] Tolks, D., Lampert, C., Dadaczynski, K., Maslon, E., Paulus, P. & Sailer, M. (2020). Spielerische Ansätze in Prävention und Gesundheitsförderung: Serious Games und Gamification. *Bundesgesundheitsbl*, 63(6), 698–707. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03156-1>
- [5.38] Dadaczynski, K., Schiemann, S. & Paulus, P. (Hg.) (2016). *Gesundheit spielend fördern: Potenziale und Herausforderungen von digitalen Spieleanwendungen für die Gesundheitsförderung und Prävention*. Beltz Juventa.
- [5.39] DeSmet, A., van Ryckeghem, D., Compernelle, S., Baranowski, T., Thompson, D., Crombez, G., Poels, K., van Lippevelde, W., Bastiaensens, S., van Cleemput, K., Vandebosch, H. & Bourdeaudhuij, I. de (2014). A meta-analysis of serious digital games for healthy lifestyle promotion. *Prev Med*, 69, 95–107. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.08.026>
- [5.40] Lau, H. M., Smit, J. H., Fleming, T. M. & Riper, H. (2017). Serious games for mental health: are they accessible, feasible, and effective? A systematic review and meta-analysis. *Front. Psychiatry*, 7, 209. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00209>
- [5.41] Johnson, D., Deterding, S., Kuhn, K.-A., Staneva, A., Stoyanov, S. & Hides, L. (2016). Gamification for health and wellbeing: a systematic review of the literature. *Internet Interventions*, 6, 89–106. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.10.002>
- [5.42] Koivisto, J. & Hamari, J. (2019). Gamification of physical activity: a systematic literature review of comparison studies. In CEUR-WS (Hg.), *3rd International GamiFIN Conference, GamiFIN 2019*, Levi, Finland, S. 106–117. <http://urn.fi/urn:nbn:de:0074-2359-5>

- [5.43] Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF). *ready4life Coaching App der Lungenliga, Zusammenfassung der Evaluation des mobiltelefonbasierten Programms zur Suchtprävention bei Lernenden im Schuljahr 2020/21*. Medienmitteilungen, Evaluation. www.r4l.swiss/

Kapitel 6

- [6.1] World Health Organization (WHO) (2018). *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241514187>
- [6.2] Chaput, J.-P., Willumsen, J., Bull, F., Chou, R., Ekelund, U., Firth, J., Jago, R., Ortega, F. B. & Katzmarzyk, P. T. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour for children and adolescents aged 5–17 years: summary of the evidence. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 17(1), 141. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01037-z>
- [6.3] National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). *Physical activity and your heart: What is physical activity*. www.nhlbi.nih.gov/health-topics/physical-activity-and-your-heart
- [6.4] Foster, C. (2000). *Guidelines for health-enhancing physical activity promotion programmes*. UKK Institute for Health Promotion Research.
- [6.5] World Health Organization (WHO) (2020). *Every move counts towards better health – says WHO*. www.who.int/news/item/25-11-2020-every-move-counts-towards-better-health-says-who
- [6.6] Dick, B. & Ferguson, B. J. (2015). Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. *J Adolesc Health*, 56(1), 3–6. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.260>
- [6.7] Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S.-J., Dick, B., Ezeh, A. C. & Patton, G. C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*, 379(9826), 1630–1640. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5)
- [6.8] Álvarez-Bueno, C., Pesce, C., Cavero-Redondo, I., Sánchez-López, M., Martínez-Hortelano, J. A. & Martínez-Vizcaíno, V. (2017). The effect of physical activity interventions on children's cognition and metacognition: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 56(9), 729–738. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.06.012>
- [6.9] van Sluijs, E. M. F., Ekelund, U., Crochemore-Silva, I., Guthold, R., Ha, A., Lubans, D., Oyeyemi, A. L., Ding, D. & Katzmarzyk, P. T. (2021). Physical activity behaviours in adolescence: current evidence and opportunities for intervention. *Lancet*, 398(10298), 429–442. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01259-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01259-9)
- [6.10] Lee, I.-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N. & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 380(9838), 219–229. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9)
- [6.11] Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T. L., Finkelstein, E. A., Katzmarzyk, P. T., van Mechelen, W. & Pratt, M. (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*, 388(10051), 1311–1324. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30383-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30383-X)
- [6.12] Mattli, R., Wieser, S., Probst-Hensch, N., Schmidt-Trucksäss, A. & Schwenkglens, M. (2019). Physical inactivity caused economic burden depends on regional cultural differences. *Scand J Med Sci Sports*, 29(1), 95–104. <https://doi.org/10.1111/sms.13311>
- [6.13] Abu-Omar, K., Rütten, A., Burlacu, I., Schätzlein, V., Messing, S. & Suhrcke, M. (2017). The cost-effectiveness of physical activity interventions: a systematic review of reviews. *Prev Med Rep*, 8, 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.08.006>
- [6.14] Delgrande Jordan, M., Schneider, E., Eichenberger, Y., Kretschmann, A., Schmidhauser, V. & Masseroni, S. (2020). *Habitudes alimentaires, activité physique, statut pondéral et image du corps chez les élèves de 11 à 15 ans en Suisse: Résultats de l'étude «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) 2018 et évolution au fil du temps (Rapport de recherche 109)*. Addiction Suisse. www.hbsc.ch/pdf/hbsc_bibliographie_350.pdf

- [6.15] Verloigne, M., Lippevelde, W. van, Maes, L., Yildirim, M., Chinapaw, M., Manios, Y., Androutsos, O., Kovács, E., Bringolf-Isler, B., Brug, J. & Bourdeaudhuij, I. de (2012). Levels of physical activity and sedentary time among 10- to 12-year-old boys and girls across 5 European countries using accelerometers: an observational study within the ENERGY-project. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 9, 34. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-34>
- [6.16] Lamprecht, M., Bürgi, R., Gebert, A. & Stamm, H.-P. (2021). *Sport Schweiz 2020: Kinder- und Jugendbericht*. BASPO. https://www.sportobs.ch/inhalte/Downloads/Kinder_und_Jugendbericht_2020_d.pdf
- [6.17] Bringolf, B., Probst-Hensch, N., Kayser, B. & Suggs, S. (2016). *Schlussbericht zur SOPHYA-Studie*. Swiss TPH. www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/Schlussbericht_SOPHYA.pdf
- [6.18] Hänggi, J., Bringolf-Isler, B., Kayser, B., Suggs, L. S. & Probst-Hensch, N. (2022). *SOPHYA-Studie: Resultate zum Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz*. Swiss TPH.
- [6.19] Lamprecht, M., Bürgi, R., Gebert, A. & Stamm, H.-P. (2021). *Sport Svizzera 2020: Rapporto riguardante bambini e giovani*. UFSPPO. https://www.sportobs.ch/inhalte/Downloads/Kinder_und_Jugendbericht_2020_i.pdf
- [6.20] Schmid, J., Gut, V., Yanagida, T. & Conzelmann, A. (2020). Who stays on? The link between psychosocial patterns and changes in exercise and sport behaviour when adolescents make transitions in education. *Appl Psychol Health Well Being*, 12(2), 312–334. <https://doi.org/10.1111/aphw.12186>
- [6.21] Sauter, D. (2019). *Mobilität von Kindern und Jugendlichen. Entwicklungen von 1994 bis 2015 Analyse basierend auf den Mikrozensen «Mobilität und Verkehr»* (No. 141). ASTRA / BAG / BASPO / Urban Mobility Research
- [6.22] Hunter, R. F., Christian, H., Veitch, J., Astell-Burt, T., Hipp, J. A. & Schipperijn, J. (2015). The impact of interventions to promote physical activity in urban green space: a systematic review and recommendations for future research. *Soc Sci Med*, 124, 246–256. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.051>
- [6.23] Smith, M., Hosking, J., Woodward, A., Witten, K., MacMillan, A., Field, A., Baas, P. & Mackie, H. (2017). Systematic literature review of built environment effects on physical activity and active transport: an update and new findings on health equity. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 14(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0613-9>
- [6.24] Hardie Murphy, M., Rowe, D. A. & Woods, C. B. (2017). Impact of physical activity domains on subsequent physical activity in youth: a 5-year longitudinal study. *J Sports Sci*, 35(3), 262–268. <https://doi.org/10.1080/02640414.2016.1161219>
- [6.25] Wong, F. L., Greenwell, M., Gates, S. & Berkowitz, J. M. (2008). It's what you do! Reflections on the VERB campaign. *Am J Prev Med*, 34(6 Suppl), 175–182. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.03.003>
- [6.26] Stamm, H., Bürgi, R. & Lamprecht, M. (2022). *Evaluation GORILLA, 2020–2021. Mit Freestylesport für eine gesunde und verantwortungsvolle Jugend* (Faktenblatt 68). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_068_GFCH_2022-04_-_Evaluation_Gorilla_2012-2021.pdf
- [6.27] Bundesamt für Sport (BASPO). *Jugend+Sport: das grösste Sportförderungsprogramm des Bundes*. www.jugendundsport.ch/de/home.html
- [6.28] Bringolf-Isler, B., Schindler, C., Kayser, B., Suggs, L. S. & Probst-Hensch, N. (2018). Objectively measured physical activity in population-representative parent-child pairs: parental modelling matters and is context-specific. *BMC Public Health*, 18(1), 1024. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5949-9>
- [6.29] Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. GDK; BAG; GFCH. <https://www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [6.30] Ackermann, G. & Amstad, F. T. (2019). *Orientierungsliste KAP 2019*. GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [6.31] Booth, M. & Okely, A. (2005). Promoting physical activity among children and adolescents: the strengths and limitations of school-based approaches. *Health Promot J Austr*, 16(1), 52–54. <https://doi.org/10.1071/he05052>

- [6.32] Mura, G., Rocha, N. B. F., Helmich, I., Budde, H., Machado, S., Wegner, M., Nardi, A. E., Arias-Carrión, O., Vellante, M., Baum, A., Guicciardi, M., Patten, S. B. & Carta, M. G. (2015). Physical activity interventions in schools for improving lifestyle in European countries. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 11 (Suppl 1 M5), 77–101. <https://doi.org/10.2174/1745017901511010077>
- [6.33] Laberge, S., Bush, P. L. & Chagnon, M. (2012). Effects of a culturally tailored physical activity promotion program on selected self-regulation skills and attitudes in adolescents of an underserved, multiethnic milieu. *Am J Health Promot*, 26(4), e105-15. <https://doi.org/10.4278/ajhp.090625-QUAN-202>
- [6.34] Craiuke, M., Wiesner, G., Hilland, T. A. & Bengoechea, E. G. (2018). Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: an umbrella review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 15(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0676-2>
- [6.35] Haerens, L., Deforche, B., Maes, L., Cardon, G., Stevens, V. & Bourdeaudhuij, I. de (2006). Evaluation of a 2-year physical activity and healthy eating intervention in middle school children. *Health Educ Res*, 21(6), 911–921. <https://doi.org/10.1093/her/cyl115>
- [6.36] Messing, S., Rütten, A., Abu-Omar, K., Ungerer-Röhrich, U., Goodwin, L., Burlacu, I. & Gediga, G. (2019). How can physical activity be promoted among children and adolescents? A Systematic review of reviews across settings. *Front Public Health*, 7, 55. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00055>
- [6.37] Patrick, K., Sallis, J. F., Prochaska, J. J., Lydston, D. D., Calfas, K. J., Zabinski, M. F., Wilfley, D. E., Saelens, B. E. & Brown, D. R. (2001). A multicomponent program for nutrition and physical activity change in primary care: PACE+ for adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 155(8), 940–946. <https://doi.org/10.1001/archpedi.155.8.940>
- [6.38] Sallis, J. F., McKenzie, T. L., Conway, T. L., Elder, J. P., Prochaska, J. J., Brown, M., Zive, M. M., Marshall, S. J. & Alcaraz, J. E. (2003). Environmental interventions for eating and physical activity: a randomized controlled trial in middle schools. *Am J Prev Med*, 24(3), 209–217. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(02\)00646-3](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(02)00646-3)
- [6.39] Simon, C., Wagner, A., DiVita, C., Rauscher, E., Klein-Platat, C., Arveiler, D., Schweitzer, B. & Triby, E. (2004). Intervention centred on adolescents' physical activity and sedentary behaviour (ICAPS): concept and 6-month results. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 28 Suppl 3, S96-S103. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802812>
- [6.40] Simon, C., Kellou, N., Dugas, J., Platat, C., Copin, N., Schweitzer, B., Hausser, F., Bergouignan, A., Lefai, E. & Blanc, S. (2014). A socio-ecological approach promoting physical activity and limiting sedentary behavior in adolescence showed weight benefits maintained 2.5 years after intervention cessation. *Int J Obes (Lond)*, 38(7), 936–943. <https://doi.org/10.1038/ijo.2014.23>
- [6.41] Timperio, A., Salmon, J. & Ball, K. (2004). Evidence-based strategies to promote physical activity among children, adolescents and young adults: review and update. *J Sci Med Sport*, 7(1 Suppl), 20–29. [https://doi.org/10.1016/s1440-2440\(04\)80274-3](https://doi.org/10.1016/s1440-2440(04)80274-3)
- [6.42] Kimiecik, J., Horn, T., Newman, T. J. & Kimiecik, C. M. (2020). Moving adolescents for a lifetime of physical activity: shifting to interventions aligned with the third health revolution. *Health Psychol Rev*, 14(4), 486–503. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1700820>

Kapitel 7

- [7.1] Ziegler, A. M., Kasprzak, C. M., Mansouri, T. H., Gregory, A. M., Barich, R. A., Hatzinger, L. A., Leone, L. A. & Temple, J. L. (2021). An Ecological Perspective of Food Choice and Eating Autonomy Among Adolescents. *Front. Psychol.*, 12, Artikel 654139. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.654139>
- [7.2] Marczak, L., O'Rourke, K. & Shepard, D. (2016). When and why people die in the United States, 1990–2013. *JAMA*, 315(3), 241. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.17599>
- [7.3] Observatoire suisse de la santé (Obsan) (2017). *Surpoids et obésité (âge: 15+)*. <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/surpoids-et-obesite-age-15>
- [7.4] Mohler-Kuo, M., Schnyder, U., Dermota, P., Wei, W. & Milos, G. (2016). The prevalence, correlates, and help-seeking of eating disorders in Switzerland. *Psychol. Med.*, 46(13), 2749–2758. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001136>

- [7.5] Christoph, M. J., Larson, N. I., Winkler, M. R., Wall, M. M. & Neumark-Sztainer, D. (2019). Longitudinal trajectories and prevalence of meeting dietary guidelines during the transition from adolescence to young adulthood. *Am J Clin Nutr*, 109(3), 656–664. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy333>
- [7.6] Neumark-Sztainer, D., Wall, M. M., Chen, C., Larson, N. I., Christoph, M. J. & Sherwood, N. E. (2018). Eating, Activity, and Weight-related Problems From Adolescence to Adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(2), 133–141. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.032>
- [7.7] Al-Jawaldeh, A., Bekele, H., Silva, A. de, Gomes, F., Untoro, J., Wickramasinghe, K., Williams, J. & Branca, F. (2022). A new global policy framework for adolescent nutrition? *Lancet*, 399(10320), 125–127. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02694-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02694-5)
- [7.8] Das, J. K., Salam, R. A., Thornburg, K. L., Prentice, A. M., Campisi, S., Lassi, Z. S., Koletzko, B. & Bhutta, Z. A. (2017). Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. *Ann N Y Acad Sci*, 1393(1), 21–33. <https://doi.org/10.1111/nyas.13330>
- [7.9] Société Suisse de Nutrition (SSN) (2015). *L'alimentation des adolescents*. www.sge-ssn.ch/media/Feuille_d_info_alimentation_des_adolescents.pdf
- [7.10] Delgrande Jordan, M., Schneider, E., Eichenberger, Y., Kretschmann, A., Schmidhauser, V. & Masseroni, S. (2020). *Habitudes alimentaires, activité physique, statut pondéral et image du corps chez les élèves de 11 à 15 ans en Suisse: Résultats de l'étude «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) 2018 et évolution au fil du temps* (Rapport de recherche 109). Addiction Suisse. www.hbsc.ch/pdf/hbsc_bibliographie_350.pdf
- [7.11] Meier, M., Berchtold, A., Akré, C., Michaud, P.-A. & Surís, J.-C. (2010). Who eats healthily? A population-based study among young Swiss residents. *Public Health Nutr.*, 13(12), 2068–2075. <https://doi.org/10.1017/S1368980010000947>
- [7.12] Moreno, L. A., Gottrand, F., Huybrechts, I., Ruiz, J. R., González-Gross, M. & DeHenauw, S. (2014). Nutrition and lifestyle in European adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Advances in Nutrition*, 5(5), 615S–623S. <https://doi.org/10.3945/an.113.005678>
- [7.13] Story, M. T. & Stang, J. (2005). Nutrition needs of adolescents. In J. Stang & M. T. Story (Hg.), *Guidelines for Adolescent Nutrition Services*.
- [7.14] Laska, M. N., Murray, D. M., Lytle, L. A. & Harnack, L. J. (2012). Longitudinal associations between key dietary behaviors and weight gain over time: transitions through the adolescent years. *Obesity*, 20(1), 118–125. <https://doi.org/10.1038/oby.2011.179>
- [7.15] Woglom, C., Gray, V., Hill, M. & Wang, L. (2020). Significant relationships exist between perceived and objective diet quality in young adults. *J Acad Nutr Diet*, 120(1), 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2019.06.002>
- [7.16] Dietz, W. H. (2017). Obesity and excessive weight gain in young adults. *JAMA*, 318(3), 241. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.6119>
- [7.17] Neufeld, L. M., Andrade, E. B., Ballonoff Suleiman, A., Barker, M. M., Beal, T., Blum, L. S., Demmler, K. M., Dogra, S., Hardy-Johnson, P., Lahiri, A., Larson, N., Roberto, C. A., Rodríguez-Ramírez, S., Sethi, V., Shamah-Levy, T., Strömmer, S., Tumilowicz, A., Weller, S. & Zou, Z. (2022). Food choice in transition: adolescent autonomy, agency, and the food environment. *The Lancet*, 399(10320), 185–197. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01687-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01687-1)
- [7.18] Larson, N., Laska, M. N. & Neumark-Sztainer, D. (2019). Do young adults value sustainable diet practices? Continuity in values from adolescence to adulthood and linkages to dietary behaviour. *Public Health Nutr.*, 22(14), 2598–2608. <https://doi.org/10.1017/S136898001900096X>
- [7.19] Story, M., Neumark-Sztainer, D. & French, S. (2002). Individual and Environmental Influences on Adolescent Eating Behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(3), S40–S51. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(02\)90421-9](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90421-9)
- [7.20] Story, M. T. & Alton, I. (1996). Becoming a woman: nutrition in adolescence. In D. A. Krummel & P. M. Kris-Etherton (Hg.), *Nutrition in Women's Health*. Aspen publication (S. 1–34). Jones & Bartlett.

- [7.21] McKinley, M. C., Lowis, C., Robson, P. J., Wallace, J. M. W., Morrissey, M., Moran, A. & Livingstone, M. B. E. (2005). It's good to talk: children's views on food and nutrition. *Eur J Clin Nutr*, 59(4), 542–551. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602113>
- [7.22] Larson, N., Loth, K. A., Eisenberg, M. E., Hazzard, V. M. & Neumark-Sztainer, D. (2021). Body dissatisfaction and disordered eating are prevalent problems among U.S. young people from diverse socioeconomic backgrounds: Findings from the EAT 2010–2018 study. *Eating Behaviors*, 42, 101535. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101535>
- [7.23] Kelly, C., Callaghan, M. & Gabhainn, S. N. (2021). «It's hard to make good choices and it costs more»: Adolescents' Perception of the External School Food Environment. *Nutrients*, 13(4), 1043. <https://doi.org/10.3390/nu13041043>
- [7.24] Palla, L., Chapman, A., Beh, E., Pot, G. & Almiron-Roig, E. (2020). Where do adolescents eat less-healthy foods? Correspondence analysis and logistic regression results from the UK National Diet and Nutrition Survey. *Nutrients*, 12(8), 2235. <https://doi.org/10.3390/nu12082235>
- [7.25] Ronto, R., Ball, L., Pendergast, D. & Harris, N. (2016). Adolescents' perspectives on food literacy and its impact on their dietary behaviours. *Appetite*, 107, 549–557. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.09.006>
- [7.26] Contento, I. R. (2016). *Nutrition education: linking research, theory, and practice* (3. Aufl.). Jones & Barlett Learning.
- [7.27] Hoelscher, D. M., Evans, A., Parcel, G. S. & Kelder, S. (2002). Designing Effective Nutrition Interventions for Adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(3), S52–S63. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(02\)90422-0](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90422-0)
- [7.28] Vidgen, H. A. & Gallegos, D. (2014). Defining food literacy and its components. *Appetite*, 76, 50–59. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.010>
- [7.29] Egg, S., Wakolbinger, M., Reisser, A., Schätzer, M., Wild, B. & Rust, P. (2020). Relationship between nutrition knowledge, education and other determinants of food intake and lifestyle habits among adolescents from urban and rural secondary schools in Tyrol, Western Austria. *Public Health Nutr*, 23(17), 3136–3147. <https://doi.org/10.1017/S1368980020000488>
- [7.30] Bailey, C. J., Drummond, M. J. & Ward, P. R. (2019). Food literacy programmes in secondary schools: a systematic literature review and narrative synthesis of quantitative and qualitative evidence. *Public Health Nutr*, 22(15), 2891–2913. <https://doi.org/10.1017/S1368980019001666>
- [7.31] Slater, J., Falkenberg, T., Rutherford, J. & Colatruglio, S. (2018). Food literacy competencies: a conceptual framework for youth transitioning to adulthood. *Int J Consum Stud*, 42(5), 547–556. <https://doi.org/10.1111/ijcs.12471>
- [7.32] Hagmann, D., Siegrist, M. & Hartmann, C. (2020). Acquisition of Cooking skills and associations with healthy eating in Swiss adults. *J Nutr Educ Behav*, 52(5), 483–491. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2019.12.016>
- [7.33] Baranowski, T., Baranowski, J., Cullen, K. W., Marsh, T., Islam, N., Zakeri, I., Honess-Morreale, L. & deMoor, C. (2003). Squire's Quest! Dietary outcome evaluation of a multimedia game. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(1), 52–61. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00570-6](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00570-6)
- [7.34] Wickham, C. A. & Carbone, E. T. (2018). What's technology cooking up? A systematic review of the use of technology in adolescent food literacy programs. *Appetite*, 125, 333–344. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.02.001>
- [7.35] Bédard, A., Lamarche, P.-O., Grégoire, L.-M., Trudel-Guy, C., Provencher, V., Desroches, S. & Lemieux, S. (2020). Can eating pleasure be a lever for healthy eating? A systematic scoping review of eating pleasure and its links with dietary behaviors and health. *PLoS ONE*, 15(12), e0244292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244292>
- [7.36] Omiwole, M., Richardson, C., Huniewicz, P., Dettmer, E. & Paslakis, G. (2019). Review of Mindfulness-Related Interventions to Modify Eating Behaviors in Adolescents. *Nutrients*, 11(12), 2917. <https://doi.org/10.3390/nu11122917>

- [7.37] Micha, R., Karageorgou, D., Bakogianni, I., Trichia, E., Whitsel, L. P., Story, M., Peñalvo, J. L. & Mozaffarian, D. (2018). Effectiveness of school food environment policies on children's dietary behaviors: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, *13*(3), e0194555. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194555>
- [7.38] Raine, K. D., Atkey, K., Olstad, D. L., Ferdinands, A. R., Beaulieu, D., Buhler, S., Campbell, N., Cook, B., L'Abbé, M., Lederer, A., Mowat, D., Maharaj, J., Nykiforuk, C., Shelley, J. & Street, J. (2018). Healthy food procurement and nutrition standards in public facilities: evidence synthesis and consensus policy recommendations. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*, *38*(1), 6–17. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.1.03>
- [7.39] Carrard, I., Bucher Della Torre, S. & Levine, M. (2019). La promotion d'une image corporelle positive chez les jeunes [Promoting a positive body image in young people]. *Sante publique*, *31*(4), 507–515. <https://doi.org/10.3917/spub.194.0507>
- [7.40] Wilksch, S. M. & Wade, T. D. (2015). Media Literacy in the Prevention of Eating Disorders. In L. Smolak & M. P. Levine (Hg.), *The Wiley handbook of eating disorders, vol. 2: assessment, prevention, treatment, policy, and future directions* (S. 610–624). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118574089.ch45>
- [7.41] Lasserre, A. M., Chiolero, A., Cachat, F., Paccaud, F. & Bovet, P. (2007). Overweight in Swiss children and associations with children's and parents' characteristics. *Obesity (Silver Spring)*, *15*(12), 2912–2919. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.347>
- [7.42] Mestral, C. de, Chatelan, A., Marques-Vidal, P., Stringhini, S. & Bochud, M. (2019). The contribution of diet quality to socioeconomic inequalities in obesity: a population-based study of Swiss adults. *Nutrients*, *11*(7). <https://doi.org/10.3390/nu11071573>
- [7.43] Amstutz, D., Gonçalves, D., Hudelson, P., Stringhini, S., Durieux-Paillard, S. & Rolet, S. (2020). Nutritional status and obstacles to healthy eating among refugees in Geneva. *J Immigr Minor Health*, *22*(6), 1126–1134. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01085-4>
- [7.44] Weber, D. (2020). *Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse: Définition, introduction théorique, recommandations pratiques*. Rapport de base. GDK; GFCH.
- [7.45] McCabe, C. F., O'Brien-Combs, A. & Anderson, O. S. (2020). Cultural competency training and evaluation methods across dietetics education: a narrative review. *J Acad Nutr Diet*, *120*(7), 1198–1209. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2020.01.014>
- [7.46] Kamimura, A., Higham, R., Panahi, S., Lee, E., Griffin, R. J., Sundrud, J. & Lucero, M. (2022). How food insecurity and financial difficulty relate to emotional well-being and social functioning. *South Med J*, *115*(1), 1–7. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000001342>
- [7.47] Fernández-Jiménez, R., Briceño, G., Céspedes, J., Vargas, S., Guijarro, J., Baxter, J., Hunn, M., Santos-Beneit, G., Rodríguez, C., Céspedes, M. P., Bagiella, E., Moreno, Z., Carvajal, I. & Fuster, V. (2020). Sustainability of and adherence to preschool health promotion among children 9 to 13 years old. *J Am Coll Cardiol*, *75*(13), 1565–1578. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.01.051>
- [7.48] Neumark-Sztainer, D. (2009). Preventing obesity and eating disorders in adolescents: what can health care providers do? *Journal of Adolescent Health*, *44*(3), 206–213. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.11.005>
- [7.49] Loth, K. A., Lebow, J., Uy, M. J. A., Ngaw, S. M., Neumark-Sztainer, D. & Berge, J. M. (2021). First, do no harm: understanding primary care providers' perception of risks associated with discussing weight with pediatric patients. *Global Pediatric Health*, *8*. <https://doi.org/10.1177/2333794X211040979>

Kapitel 8

- [8.1] World Health Organization (WHO) (2019). *Psychische Gesundheit*. Faktenblatt. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf
- [8.2] Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol*, *73*(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- [8.3] Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N. & Camenzind, P. (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring 2016* (Obsan Bericht 72). Obsan. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2016-psychische-gesundheit-der-schweiz>

- [8.4] Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence: new perspectives from brain and behavioral science. *Curr Dir Psychol Sci*, 16(2), 55–59. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00475.x>
- [8.5] Crone, E. A. & Dahl, R. E. (2012). Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nat Rev Neurosci*, 13(9), 636–650. <https://doi.org/10.1038/nrn3313>
- [8.6] Foulkes, L. & Blakemore, S.-J. (2018). Studying individual differences in human adolescent brain development. *Nat Neurosci*, 21(3), 315–323. <https://doi.org/10.1038/s41593-018-0078-4>
- [8.7] Fuhrmann, D., Knoll, L. J. & Blakemore, S.-J. (2015). Adolescence as a Sensitive Period of Brain Development. *Trends Cogn Sci*, 19(10), 558–566. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.07.008>
- [8.8] Pellegrini, D. S. (1990). Psychosocial risk and protective factors in childhood. *J Dev Behav Pediatr*, 11(4), 201–209.
- [8.9] Abderhalden, I., Jüngling, K., Beeler, N. & Waser, C. (2019). *Selbstwirksamkeit: Eine Orientierungshilfe für Projekt- und Programmleitende der kantonalen Aktionsprogramme zur Förderung von Selbstwirksamkeit und Lebenskompetenzen*. GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [8.10] Amstad, F., Ducarroz, L. & Mullis, S. (2020). Gesundheitsförderung und Prävention. In C. Peter, M. Diebold, M. D. Jordan, J. Dratva, I. Kickbusch & S. Stronski (Hg.), *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020* (S. 244–279). Hogrefe. <https://www.gesundheitsbericht.ch/de/09-gesundheitsfoerderung-und-praevention/93-psychische-gesundheit>
- [8.11] Wille, N., Bettge, S. & Ravens-Sieberer, U. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17(Suppl 1), 133–147. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1015-y>
- [8.12] Lyssenko, L., Rottmann, N. & Bengel, J. (2010). Resilienzforschung: Relevanz für Prävention und Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsbl*, 53(10), 1067–1072.
- [8.13] World Health Organization (WHO) (2017). *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512343>
- [8.14] Blaser, M. & Amstad, F. T. (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht. Bericht 6*. GFCH. https://www.prevention.ch/files/publicimages/Bericht_006_GFCH_2016-04_-_Psychische_Gesundheit_ueber_die_Lebensspanne.pdf
- [8.15] Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A., McDaid, D., Marín, O., Serrano-Drozdowskyj, E., Freedman, R. & Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry*, 5(7), 591–604. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)
- [8.16] Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Ustün, T. B. & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 18(1), 23–33. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00001421>
- [8.17] Patel, V., Flisher, A. J., Nikapota, A. & Malhotra, S. (2008). Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(3), 313–334. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01824.x>
- [8.18] American Psychological Association (APA) (2021). *Teen suicide is preventable*. <https://www.apa.org/research/action/suicide>
- [8.19] Feldman, I., Gebreslassie, M., Sampaio, F., Nystrand, C. & Ssegonja, R. (2021). Economic evaluations of public health interventions to improve mental health and prevent suicidal thoughts and behaviours: a systematic literature review. *Adm Policy Ment Health*, 48(2), 299–315. <https://doi.org/10.1007/s10488-020-01072-9>
- [8.20] McDaid, D., Park, A.-L. & Knapp, M. (2017). *Commissioning cost-effective services for promotion of mental health and wellbeing and prevention of mental ill-health*. PSSRU; LSE. <https://www.lse.ac.uk/business/consulting/reports/commissioning-cost-effective-services-for-promotion-of-mental-health-and-wellbeing-and-prevention-of-mental-ill-health>
- [8.21] World Health Organization (WHO) (2021). *WHO menu of cost-effective interventions for mental health*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031081>

- [8.22] Ambord, S., Eichenberger, Y. & Jordan, M. D. (2020). *Gesundheit und Wohlbefinden der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen in der Schweiz im Jahr 2018 und zeitliche Entwicklung: Resultate der Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC)*. Forschungsbericht Nr. 113. https://www.hbsc.ch/pdf/hbsc_bibliographie_351.pdf
- [8.23] Steinhausen, H. C., Metzke, C. W., Meier, M. & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatr Scand*, 98(4), 262–271. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10082.x>
- [8.24] Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- [8.25] Mohler-Kuo, M., Dzemaili, S., Foster, S., Werlen, L. & Walitza, S. (2021). Stress and mental health among children/adolescents, their parents, and young adults during the first Covid-19 lockdown in Switzerland. *Int J Environ Res Public Health*, 18(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094668>
- [8.26] Werlen, L., Puhan, M. A., Landolt, M. A. & Mohler-Kuo, M. (2020). Mind the treatment gap: the prevalence of common mental disorder symptoms, risky substance use and service utilization among young Swiss adults. *BMC Public Health*, 20(1), 1470. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09577-6>
- [8.27] Quervain, D. de, Aerni, A., Amini, E., Bentz, D., Coyne, D., Freytag, V., Gerhards, C., Papassotiropoulos, A., Schicktan, N., Schlitt, T., Zimmer, A. & Zuber, P. (2020). *The Swiss Corona Stress Study: second pandemic wave, November 2020*. OSF Preprints. <https://osf.io/6cseh/>
- [8.28] Quervain, D. de, Aerni, A., Amini, E., Bentz, D., Coyne, D., Gerhards, C., Fehlmann, B., Freytag, V., Papassotiropoulos, A., Schicktan, N., Schlitt, T., Zimmer, A. & Zuber, P. (2020). *The Swiss Corona Stress Study*. OSF Preprints. <https://osf.io/jqw6a/>
- [8.29] Werling, A. M., Walitza, S. & Drechsler, R. (2021). Einfluss des Lockdowns auf Psyche und Mediengebrauch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Paediatrica*, 32(2). <https://doi.org/10.35190/d2021.2.5>
- [8.30] Dratva, J. & Wieber, F. (2022). *Secondary health impact of COVID-19 containment measures in children, adolescents, and young adults*. SSPH; BAG. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/23489>
- [8.31] Dratva, J. & Wieber, F. (2021). *Secondary health impact of COVID-19 containment measures in children, adolescents, and young adults*. SSPH; BAG.
- [8.32] Keller, F. (2014). Transitionsverläufe in der Schweiz. In F. Keller (Hg.), *Strukturelle Faktoren des Bildungserfolgs* (S. 185–210). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-05442-7_9
- [8.33] Sabatella, F. & Wyl, A. von (2014). *Pilotprojekt Integration arbeitsloser Jugendlicher und junger Erwachsener*. ZHAW. https://www.zhaw.ch/storage/psychologie/upload/forschung/psychotherapie/2_Schlussbericht_Integration_arbeitsloseJuEr.pdf
- [8.34] Baer, N., Altwicker-Hämori, S., Juvalta, S., Frick, U. & Rüesch, P. *Profile von jungen IV-Neurenten-beziehenden mit psychischen Krankheiten: FoP2-IV Forschungsprojekt* (Beiträge zur sozialen Sicherheit). BSV. www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen/forschung/forschungspublikationen.html
- [8.35] World Health Organization (WHO) (2020). *Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: Helping adolescents thrive*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565375/>
- [8.36] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2020). *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Nationaler Gesundheitsbericht 2020. www.gesundheitsbericht.ch/de/09-gesundheitsfoerderung-und-praevention/93-psychische-gesundheit
- [8.37] Wyl, A. von, Perrotta Hare, O., Lehmann Niederhäuser, K. & Steinebach, C. (2012). *Innovation in der Gesundheitsförderung: Bericht zuhanden der Gesundheitsförderung Schweiz*. ZHAW; GFCH.
- [8.38] Flückiger, L., Dallacker, M., Lieb, R. & Mata, J. (2018). Bewegung, Ernährung, Schlaf – was hat das mit Erfolg an der Uni zu tun? *Mind*, 9(1). <https://de.in-mind.org/article/bewegung-ernaehrung-schlaf-was-hat-das-mit-erfolg-an-der-uni-zu-tun>
- [8.39] World Health Organization (WHO), Division of Mental Health (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools: pt. 1, Introduction to life skills for psychosocial competence; pt. 2, Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>

- [8.40] Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2017). *Einführung Gesundheitspsychologie* (4. Aufl.). Ernst Reinhardt Verlag. <https://doi.org/10.36198/9783838547459>
- [8.41] Werner, E. E. (2011). Protective factors and individual resilience. In J. P. Shonkoff, S. J. Meisels & E. F. Zigler (Hg.), *Handbook of early childhood intervention* (S. 115–132). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511529320.008>
- [8.42] Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Worth.
- [8.43] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2022). *Fokusthema «Selbstwirksamkeit»: Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/psychische-gesundheit/kinder-und-jugendliche/fokusthemen/selbstwirksamkeit.html>
- [8.44] Lohaus, A. & Domsch, H. (2021). *Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61160-9>
- [8.45] World Health Organization (WHO), Division of Mental Health (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools: pt. 1, Introduction to life skills for psychosocial competence; pt. 2, Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>
- [8.46] Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer. <http://swb.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=423337>
- [8.47] Högger D. (2012). *Eine Arbeitshilfe für Schulen: Kanton Aargau «gesund und zwäg i de Schuel»*. www.gesundeschule-ag.ch/myUploadData/files/Arbeitsinstrument_Lebenskompetenz.pdf
- [8.48] Franze, M., Meierjürgen, R., Abeling, I., Rottländer, M., Gerdon, R. & Paulus, P. (2007). «Mind-Matters»: Ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen der Sekundarstufe 1. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2(4), 221–227 (deutschsprachige Adaptation und Ergebnisse des Modellversuchs). <https://doi.org/10.1007/s11553-007-0071-3>[8.49] Abeln T., Sommerhalder, K. (2015) Gesundheitskompetenz/Health Literacy. *Bundesgesundheitsbl.* 58(9), 923–929.
- [8.50] DeGani, S., Jaks, R., Bieri, U. & Hoher, J. P. (2021). *Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021: Schlussbericht*. BAG; Careum Stiftung.
- [8.51] Franzkowiak, P. *Soziale Unterstützung*. Prävent Gloss zu Konzepten, Strategien und Methoden (Leitbegriffe Gesundheitsförderung).
- [8.52] Wieber, F., Passalacqua, S., Zysset, A., Cramer, A., Künzler, A. & Wyl, A. von (2021). Prävention psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. *Schweiz Ärtztztg*, 102(38), 1228–1230. <https://doi.org/10.4414/saez.2021.20015>
- [8.53] Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. GDK; BAG; GFCH. <https://www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [8.54] Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. GDK; BAG; GFCH. <https://www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [8.55] Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2020). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring 2020* (Obsan Bericht 15/2020). Obsan. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/psychische-gesundheit-der-schweiz-3>
- [8.56] Tuch A, S. D. (2020). Psychische Gesundheit. In C. Peter, M. Diebold, M. D. Jordan, J. Dratva, I. Kickbusch & S. Stronski (Hg.), *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020*. Hogrefe.
- [8.57] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2017). *Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Gesundheitsförderung und Prävention: Zielgruppe Kinder und Jugendliche* (Faktenblatt 19). https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/faktenblaetter/Faktenblatt_019_GFCH_2017-02_-_Geschlechtliche_und_sexuelle_Minderheiten.pdf
- [8.58] Eisner, L. & Hässler, T. (2019). *Swiss LGBTIQ+ Survey 2019: Summary Report*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/hwvxc>

- [8.59] Ottova, V. & Ravens-Sieberer, U. (2010). Schulische Gesundheitsförderung bei Kindern mit Migrationshintergrund. *Public Health Forum*, 18(4), e1–e34.
- [8.60] Stocker, D., Jäggi, J., Berset, M., Schläpfer, D., Németh, P., Kaeslin, S. & Goebel, S. (2021). *Junge Erwerbstätige: Arbeitsbedingungen und Gesundheit* (Arbeitspapier 55). https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2021/2021_AP_55_Junge_Erwerbstaetige_Gesundheit_de_web.pdf

Kapitel 9

- [9.1] Mann-Luoma, R., Goldapp, C., Khaschei, M., Lamersm, L. & Milinski, B. Integrierte Ansätze zu Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung: Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsbl*, 45(12), 952–959. <https://doi.org/10.1007/s00103-002-0514-0>
- [9.2] D'Amore, S. (2007). Les contextes alimentaires vus, commentés et dessinés par les adolescents: Recherche sur les représentations et les pratiques socio-alimentaires, selon une démarche multi-méthodologique. *Bulletin de Psychologie*(492), 527–544.
- [9.3] Walther, T. (2016). *Une étude exploratoire des facteurs psychologiques en lien avec la pratique de l'activité physique et le bien-être: Motivation, auto-efficacité, estime de soi et barrières perçues*. Université de Fribourg.
- [9.4] Ladner, J., Porrovecchio, A., Masson, P., Zunquin, G., Hurdiel, R., Pezé, T., Theunynck, D. & Tavolacci, M.-P. (2016). Aktivité physique chez les étudiants: prévalence et profils de comportements à risque associés. *Santé Publique*(S1), 65–73. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0065>
- [9.5] Corre, H. (2002). À l'adolescence, ça bouge: Éducation physique et sportive. *Enfances & Psy*, 20(4), 70–78.
- [9.6] Michaud, P.-A. & Surís, J.-C. (2005). Aktivité physique et sportive à l'adolescence: un défi pour les médecins, un défi pour la société. *Rev Med Suisse*, 28(9), 1835–1836. https://www.revmed.ch/view/611022/4778043/RMS_28_1835.pdf
- [9.7] Middleton, O. (2002). Pratiques sportives et prévention des conduites à risque. *Psychotropes*, 8(3), 59–68. <https://doi.org/10.3917/psyt.083.0059>
- [9.8] Tercier, S., Gojanovic, B., Depallens, S., Vust, S. & Ambresin, E. (2016). Adolescent et sportif: quand les excès s'additionnent. *Rev Med Suisse*, 12, 1144–1147. https://www.revmed.ch/view/452032/3835853/RMS_522_1144.pdf
- [9.9] Diasio, N. (2014). Alimentation, corps et transmission familiale à l'adolescence. *Recherches familiales*, 11, 31–41.
- [9.10] Vandenbroeck, P., Goossens, J. & Clemens, M. (2007). *Tackling Obesities: Future choices – Obesity System Atlas*. UK Government Office for Science. <https://www foresightfordevelopment.org/sobipro/54/1231-tackling-obesities-future-choices-obesity-system-atlas>
- [9.11] Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- [9.12] Leiß, O. (2020). Engels biopsychosoziales Modell 40 Jahre später: eine Bestandsaufnahme. In O. Leiß (Hg.), *Konzepte und Modelle Integrierter Medizin: zur Aktualität Thure von Uexkülls (1908–2004)* (S. 233–256). Transcript.
- [9.13] Klotter, J. C. (2014). *Einführung Ernährungspsychologie* (2. Aufl.) (PsychoMed compact: Bd. 2). Reinhardt.
- [9.14] Pudiel, V. & Westenhöfer, J. (2003). *Ernährungspsychologie: eine Einführung* (3. Aufl.). Hogrefe. <https://elibrary.hogrefe.de/book/99.110005/9783840909122>
- [9.15] Grunert, S. C. (1993). *Essen und Emotionen: Die Selbstregulierung von Emotionen durch das Essverhalten*. Beltz, Psychologie-Verlagsunion.
- [9.16] Macht, M. (2005). Essen und Emotion. *Ernährungs-Umschau*, 52(8), 304–308. https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2005/08_2005/EU08_304_308.pdf
- [9.17] Torres, S. J. & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23(11–12), 887–894. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2007.08.008>
- [9.18] Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>

- [9.19] Araiza, A. M. & Lobel, M. (2018). Stress and eating: Definitions, findings, explanations, and implications. *Soc Personal Psychol Compass*, 12(4), e12378. <https://doi.org/10.1111/spc3.12378>
- [9.20] Berset, M., Semmer, N. K., Elfering, A., Jacobshagen, N. & Meier, L. L. (2011). Does stress at work make you gain weight? A two-year longitudinal study. *Scand J Work Environ Health*, 37(1), 45–53. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3089>
- [9.21] Kivimäki, M., Head, J., Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Brunner, E., Vahtera, J. & Marmot, M. G. (2006). Work stress, weight gain and weight loss: evidence for bidirectional effects of job strain on body mass index in the Whitehall II study. *Int J Obes (Lond)*, 30(6), 982–987. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803229>
- [9.22] Kouvonen, A., Kivimäki, M., Cox, S. J., Cox, T. & Vahtera, J. (2005). Relationship between work stress and body mass index among 45,810 female and male employees. *Psychosomatic Medicine*, 67(4), 577–583. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000170330.08704.62>
- [9.23] Overgaard, D., Gyntelberg, F. & Heitmann, B. L. (2004). Psychological workload and body weight: is there an association? A review of the literature. *Occup Med (Lond)*, 54(1), 35–41. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqg135>
- [9.24] Schiftan, R. (2016). *Str(essen): Wie sich arbeitsbedingter Stress auf unser Ernährungsverhalten auswirkt*. Unveröffentlichte Bachelorthesis, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW Olten.
- [9.25] Schiftan, R. (2018). *Die Kultur des (Str)Essens: Wie die Arbeitsbedingungen das Essverhalten beeinflussen*. Unveröffentlichte Masterthesis, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW Olten.
- [9.26] Santana-Cárdenas, S. (2016). Relationship of work stress with eating behavior and obesity: theoretical and empirical considerations. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(2), 135–143. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.07.002>
- [9.27] Bundesverband Digitale Wirtschaft e. V. (BVDW) & INFLURY GmbH (2017). *Bedeutung von Influencer Marketing in Deutschland 2017: eine Studie im Auftrag von BVDW und INFLURY*. https://www.bvdw.org/fileadmin/bvdw/upload/studien/171128_IM-Studie_final-draft-bvdw_low.pdf
- [9.28] Klotter, C., Depa, J. & Humme, S. (2015). *Gesund, gesünder, Orthorexia nervosa: Modekrankheit oder Störungsbild? Eine wissenschaftliche Diskussion*. Springer.
- [9.29] Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A.-J., Martinez-Jimenez, M. P., Redel-Macías, M. D., Pagliari, C. & Vaquero-Abellan, M. (2019). Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: an exploratory analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 16(21), 4177. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214177>
- [9.30] Holmberg, C., Chaplin, J. E., Hillman, T. & Berg, C. (2016). Adolescents' presentation of food in social media: An explorative study. *Appetite*, 99, 121–129. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.009>
- [9.31] Rossi, C. D. & Adam, S. (2021). #food in Social Media: Trends und ihre möglichen Wirkungen auf das Essverhalten. *Ernährung im Fokus*(1), 16–21.
- [9.32] Rounsefell, K., Gibson, S., McLean, S. A., Blair, M., Molenaar, A., Brennan, L., Truby, H. & McCaffrey, T. A. (2020). Social media, body image and food choices in healthy young adults: a mixed methods systematic review. *Nutr Diet*, 77(1), 19–40. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12581>
- [9.33] Alruwaily, A., Mangold, C., Greene, T., Arshonsky, J., Cassidy, O., Pomeranz, J. L. & Bragg, M. (2020). Child social media influencers and unhealthy food product placement. *Pediatrics*, 146(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-4057>
- [9.34] Coates, A. E., Hardman, C. A., Halford, J. C. G., Christiansen, P. & Boyland, E. J. (2019). Social media influencer marketing and children's food intake: a randomized trial. *Pediatrics*, 143(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2554>
- [9.35] McGloin, A. F. & Eslami, S. (2015). Digital and social media opportunities for dietary behaviour change. *Proc Nutr Soc*, 74(2), 139–148. <https://doi.org/10.1017/S0029665114001505>
- [9.36] Nguyen, Q. C., Meng, H., Li, D., Kath, S., McCullough, M., Paul, D., Kanokvimankul, P., Nguyen, T. X. & Li, F. (2017). Social media indicators of the food environment and state health outcomes. *Public Health*, 148, 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.03.013>
- [9.37] Wilksch, S. M., O'Shea, A., Ho, P., Byrne, S. & Wade, T. D. (2020). The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. *Int J Eat Disord*, 53(1), 96–106. <https://doi.org/10.1002/eat.23198>

- [9.38] Carrotte, E. R., Prichard, I. & Lim, M. S. C. (2017). «Fitspiration» on social media: a content analysis of gendered images. *J Med Internet Res*, 19(3), e95. <https://doi.org/10.2196/jmir.6368>
- [9.39] Gentile, A., Servidio, R., Caci, B. & Boca, S. (2021). Social stigma and self-esteem as mediators of the relationship between Body Mass Index and Internet addiction disorder: An exploratory study. *Curr Psychol*, 40(3), 1262–1270. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0054-x>
- [9.40] Jarman, H. K., Marques, M. D., McLean, S. A., Slater, A. & Paxton, S. J. (2021). Social media, body satisfaction and well-being among adolescents: A mediation model of appearance-ideal internalization and comparison. *Body Image*, 36, 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.11.005>
- [9.41] Marengo, D., Longobardi, C., Fabris, M. A. & Settanni, M. (2018). Highly-visual social media and internalizing symptoms in adolescence: the mediating role of body image concerns. *Computers in Human Behavior*, 82, 63–69. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.01.003>
- [9.42] Turner, J. S. (2014). Negotiating a media effects model: addendums and adjustments to perloff's framework for social media's impact on body image concerns. *Sex Roles*, 71(11–12), 393–406. <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0431-3>
- [9.43] Herpertz, S., Zwaan, M. de & Zipfel, S. (Hg.) (2015). *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Aufl.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-54573-3>
- [9.44] Lang, U. E. & Walter, M. (2017). Depression in the context of medical disorders: new pharmacological pathways revisited. *Neurosignals*, 25(1), 54–73. <https://doi.org/10.1159/000482001>
- [9.45] Firth, J., Marx, W., Dash, S., Carney, R., Teasdale, S. B., Solmi, M., Stubbs, B., Schuch, F. B., Carvalho, A. F., Jacka, F. & Sarris, J. (2019). The effects of dietary improvement on symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychosom Med*, 81(3), 265–280. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000673>
- [9.46] Burokas, A., Moloney, R. D., Dinan, T. G. & Cryan, J. F. (2015). Microbiota regulation of the Mammalian gut-brain axis. *Adv Appl Microbiol*, 91, 1–62. <https://doi.org/10.1016/bs.aambs.2015.02.001>
- [9.47] David, L. A., Maurice, C. F., Carmody, R. N., Gootenberg, D. B., Button, J. E., Wolfe, B. E., Ling, A. V., Devlin, A. S., Varma, Y., Fischbach, M. A., Biddinger, S. B., Dutton, R. J. & Turnbaugh, P. J. (2014). Diet rapidly and reproducibly alters the human gut microbiome. *Nature*, 505(7484), 559–563. <https://doi.org/10.1038/nature12820>
- [9.48] Berk, L. E. (2019). *Entwicklungspsychologie* (7. Aufl.). Pearson.
- [9.49] Blaser, M. & Amstad, F. T. (2016). Psychische Gesundheit im Jugendalter. In *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht*. Bericht 6. (S. 70–79). GFCH. https://www.prevention.ch/files/publicimages/Bericht_006_GFCH_2016-04_-_Psychische_Gesundheit_ueber_die_Lebensspanne.pdf
- [9.50] Holland, G. & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*, 17, 100–110. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>
- [9.51] Mingoia, J., Hutchinson, A. D., Wilson, C. & Gleaves, D. H. (2017). The relationship between social networking site use and the internalization of a thin ideal in females: a meta-analytic review. *Front Psychol*, 8, 1351. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01351>
- [9.52] Rodgers, R. & Chabrol, H. (2009). Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: a review. *Eur Eat Disord Rev*, 17(2), 137–151. <https://doi.org/10.1002/erv.907>
- [9.53] Ryding, F. C. & Kuss, D. J. (2020). The use of social networking sites, body image dissatisfaction, and body dysmorphic disorder: a systematic review of psychological research. *Psychol Pop Media*, 9(4), 412–435. <https://doi.org/10.1037/ppm0000264>
- [9.54] Saul, J. S. & Rodgers, R. F. (2018). Adolescent eating disorder risk and the online world. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 27(2), 221–228. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.11.011>
- [9.55] Gesundheitsförderung Schweiz (2018). *Schweizerische Expert*innengruppe zum Thema Healthy Body Image: Definition Körperbild*. [zitiert aus internem Dokument «Argumentarium HBI» 16.8.22]

- [9.56] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2016). *Positives Körperbild: Grundbegriffe, Einflussfaktoren und Auswirkungen*. Themenblatt. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/Themenblatt_Positives_Koerperbild.pdf
- [9.57] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2016). *Das Körperbild von Jugendlichen in der Deutschschweiz: Ergebnisse einer Befragung 2015* (Faktenblatt 16). <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/themen-und-publikationen/themen/healthy-body-image>
- [9.58] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2017). *Positives Körperbild bei Jugendlichen in der Schweiz: Ein Vergleich zwischen der Deutschschweiz (2015) und der Romandie (2016)* (Faktenblatt 25). <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/themen-und-publikationen/themen/healthy-body-image>
- [9.59] Delgrande, J. M., Schneider, E., Eichenberger, Y., Kretschmann, A., Schmidhauser, V. & Masseroni, S. (2020). *Habitudes alimentaires, activité physique, statut pondéral et image du corps chez les élèves de 11 à 15 ans en Suisse: Résultats de l'enquête «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) 2018 et évolution au fil du temps* (Rapport de recherche 109). Lausanne Addiction Suisse.
- [9.60] Tylka, T. L., Piran, N. & Resch, E. (Hg.) (2019). *Handbook of Positive Body Image and Embodiment*. Oxford University Press.
- [9.61] Resch, E. & Tylka, T. L. (2019). Intuitive Eating. In T. L. Tylka, N. Piran & E. Resch (Hg.), *Handbook of positive body image and embodiment* (S. 68–79). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190841874.003.0008>
- [9.62] HAES-Community (2021). *Pledge – Health At Every Size: Community Resources*. <https://haescommunity.com/>