

GESUNDHEIT KOMPAKT BERICHTET



Ausgabe 06

Kernaussagen

Jugendliche weisen drei Grundmentalitäten in ihrer Einstellung zu Körper und Gesundheit auf: Genussmensch, Körperkapitalist und Wohlfühltyp.

Mädchen haben häufiger das Gefühl „zu dick“ zu sein als Buben, wobei sich ältere Mädchen öfter zu dick fühlen als jüngere Mädchen.

Spaß, Gesundheit und Aussehen sind die häufigsten Gründe für Jugendliche Sport zu betreiben.

Weibliche Jugendliche haben häufiger das Gefühl zu viel Zeit mit sozialen Medien zu verbringen. Männliche Jugendliche hingegen berichten öfter zu viel Zeit mit Computerspielen zu verbringen.

Unruhiges und überaktives Verhalten betrifft vor allem Buben, während Mädchen vor allem über Kopf- bzw. Bauchschmerzen und Übelkeit klagen.

Etwa jede/r fünfte Jugendliche/r ist von einem psychischen Problem betroffen.

Effektive Präventionsprogramme zur Resilienzförderung im Jugendalter berücksichtigen Individuum, Familie, Schule und Gemeinde.

Erfolgreiche Jugendgesundheitsförderung setzt Beteiligungsprozesse voraus.

Psychosoziale Gesundheit im Jugendalter

Jugendliche als Zielgruppe der Gesundheitsförderung stehen im Mittelpunkt dieser Ausgabe von Gesundheit Kompakt Berichtet. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen im Zusammenhang mit psychosozialer Gesundheit werden ebenso betrachtet wie der physische und psychische Gesundheitszustand. Zentrale Themen, die in diesem Zusammenhang aufgegriffen werden, sind die Resilienzförderung im Jugendalter sowie Voraussetzungen für gelungene Jugendgesundheitsförderung. Internationale Best Practice Beispiele geben einen Einblick in die Praxis.

Ausgangspunkt ist das oberösterreichische Gesundheitsziel 8 „Psychosoziale Gesundheit junger Menschen stärken“:

„Um mit den Herausforderungen des täglichen Lebens umgehen zu können, müssen die dafür nötigen Ressourcen bereits im Jugendlichenalter aufgebaut werden. Deswegen sollen junge Menschen dabei unterstützt werden, um nachhaltig diesen Herausforderungen gewachsen zu sein. Der Schwerpunkt soll auf gesundheitlich benachteiligten Gruppen liegen.“

„Messgröße: Bis 2015 werden Konzepte für bedarfsgerechte Maßnahmen entwickelt, mit deren Hilfe Jugendliche beim Aufbau ihrer persönlichen Ressourcen unterstützt werden können. Dabei sollen vor allem jene Lebenskompetenzen vermittelt werden, die die Entstehung psychosozialer Erkrankungen verhindern. Bis 2020 werden Modellprojekte umgesetzt und evaluiert.“

INHALT

1. Gesundheitsrelevantes Verhalten im Zusammenhang mit psychosozialer Gesundheit	2
1.1. Ernährung	3
1.2. Bewegung	5
1.3. Risiko- und Suchtverhalten.....	6
1.4. Bullying/Mobbing.....	7
2. Physischer und psychischer Gesundheitszustand	8
2.1. Subjektive Gesundheitswahrnehmung.....	8
2.2. Psychische Auffälligkeiten und Verhaltensprobleme	9
3. Resilienzförderung im Jugendalter	11
4. Wichtige Voraussetzungen für Jugendgesundheitsförderung	12
5. Best Practice Beispiele der Gesundheitsförderung mit dem Schwerpunkt psychosoziale Gesundheit Jugendlicher	13

In fünf oberösterreichischen Gemeinden laufen Modellprojekte zum Gesundheitsziel 8.

Tabelle 1: Grundmentalitäten zur Einstellung Jugendlicher zu Körper und Gesundheit

Typus 1:
„Genussmensch“

Typus 2:
„Körperkapitalist“

Typus 3:
„Wohlfühltyp“

Im Rahmen des Gesundheitsziels 8 „Psychosoziale Gesundheit junger Menschen stärken“ umfasst die Zielgruppe Jugendliche grundsätzlich alle jungen Menschen im Alter von 12 bis 23 Jahren. Der Schwerpunkt liegt auf gesundheitlich benachteiligten Jugendlichen.¹

Benachteiligte Jugendliche haben reduzierte Teilhabechancen am Arbeitsmarkt und damit ein erhöhtes Risiko der (dauerhaften) ökonomischen und gesellschaftlichen Ausgrenzung.² Diese Gruppen sind wichtige, aber im Rahmen von Gesundheitsförderungsmaßnahmen auch schwer erreichbare Zielgruppen. Es bedarf gut durchdachter bedarfs- und bedürfnisgerechter Ansprechstrategien. Bei sozialer Benachteiligung sind strukturelle Maßnahmen, die Ungleichheiten beseitigen, unabdingbar.³

Derzeit werden im Rahmen des QZ^{plus}-Projektes der Gesunden Gemeinden (Land OÖ, Abteilung Gesundheit) Modellprojekte in den fünf Gemeinden Ried im Innkreis, Sarleinsbach, Sierning, Vöcklabruck und Zell am Pettenfirst umgesetzt. Die Evaluierung der Umsetzung in den Gemeinden übernimmt das Institut für Gesundheitsplanung.

1. Gesundheitsrelevantes Verhalten im Zusammenhang mit psychosozialer Gesundheit

Psychosoziale Gesundheit beschreibt einen Zustand des Wohlbefindens, bei dem ein Mensch seine eigenen Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen und produktiv arbeiten kann. Zudem umfasst der Begriff, dass ein Mensch in der Lage ist, einen Beitrag für die Gesellschaft zu leisten.⁴

In Bezug auf die hier relevante Zielgruppe der Jugendlichen wird die Einstellung zu Körper und Gesundheit mittels drei Grundmentalitäten beschrieben.⁵

Typus	Beschreibung
Typus 1: „Genussmensch“	„Gesundes Leben muss Spaß machen, sonst machen Genussmenschen nicht mit. „Lust haben“ ist hier der Motor für gesundes Leben, aber auch für wenig gesundheitsförderliches Verhalten. Angebote der Gesundheitsförderung haben nur dann eine Chance, wenn sie von den jungen Genussmenschen nicht Disziplin verlangen, sondern stattdessen das Lustprinzip akzentuieren.“
Typus 2: „Körperkapitalist“	„Der Zugang zu Körper und Gesundheit ist instrumentell und betont nutzenorientiert: Körperkapitalisten wollen mit einem gesunden und gepflegten Körper auf den für sie relevanten Ausbildungs-, Arbeits- und Beziehungsmärkten punkten und sind für die Gesundheitsförderung über diese Schiene erreichbar.“
Typus 3: „Wohlfühltyp“	„Wohlfühlmenschen lassen sich von anderen nicht gerne sagen, was für sie gesund wäre und was nicht. Sie suchen emotionale Balance und einen für sie stimmigen Lebensstil. Psychisch-emotionale Ausgeglichenheit wird als Voraussetzung für körperliches Wohlbefinden gesehen. Für die Gesundheitsförderung sind Wohlfühltypen vor allem über dieses Thema ansprechbar.“

¹ Institut für Gesundheitsplanung, 2015, S. 4

² Weißl & Gabrle, 2010, S. 3

³ Institut für Gesundheitsplanung, 2015, S. 71

⁴ WHO, zitiert nach Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, o.J.

⁵ Grobeger, 2010, S. 259

Das Gesundheitsverhalten Jugendlicher wird im Folgenden anhand des Ernährungs-, Bewegungs- und Suchtverhaltens näher beschrieben. Zudem wird das Thema Bullying/Mobbing aufgrund der Relevanz für die psychosoziale Gesundheit aufgegriffen.

1.1. Ernährung

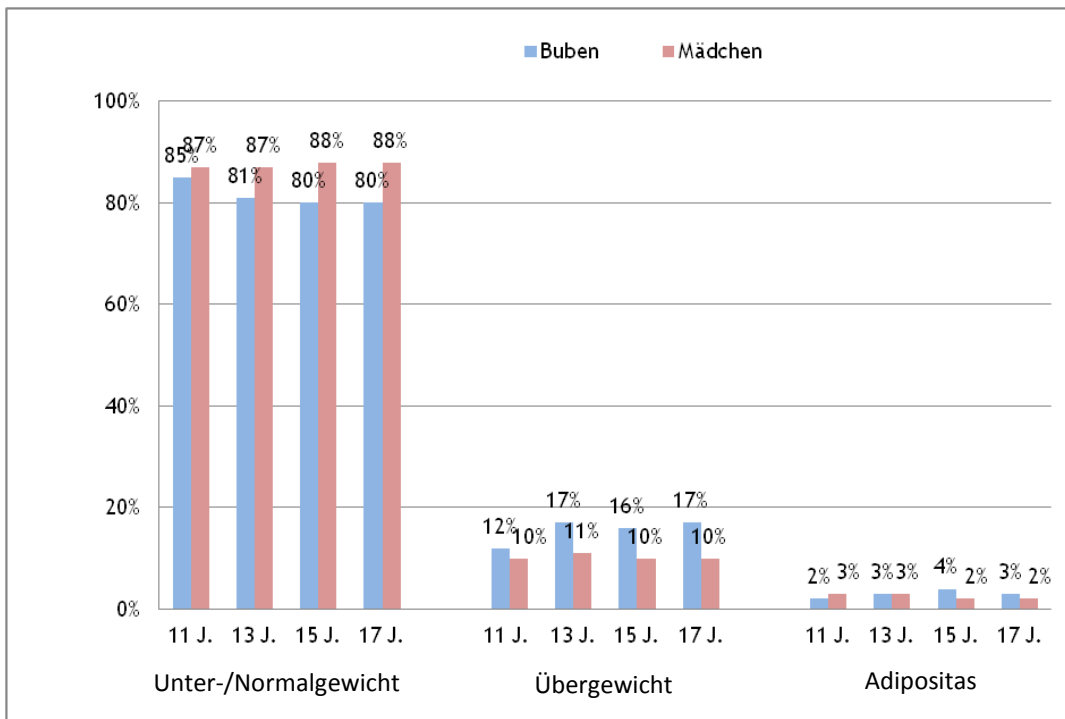
Vorerst wird der soziale Aspekt von Ernährung in den Vordergrund gerückt. Laut HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) 2014 berichtet gut ein Fünftel (21%) der SchülerInnen, täglich mit der Mutter und/oder dem Vater zu frühstücken. Dieser Anteil sinkt von 39 Prozent bei den 11-Jährigen auf 10 Prozent bei den 17-Jährigen. Buben frühstücken insgesamt häufiger mit ihren Eltern als Mädchen (25% vs. 18%). Der Unterschied zwischen den Geschlechtern steigt zwischen 11 und 15 Jahren kontinuierlich an und verringert sich danach wieder. In Österreich wird das Abendessen öfter zusammen mit der Familie eingenommen als das Frühstück. Insgesamt berichten 36 Prozent der Kinder und Jugendlichen, täglich mit den Eltern zu Abend zu essen. Dieser Anteil sinkt mit dem Alter von 57 Prozent bei den 11-Jährigen auf 19 Prozent bei den 17-Jährigen. Zwischen den Geschlechtern sind hier kaum Unterschiede zu erkennen.⁶

Folgende Ergebnisse zum Body-Mass-Index (BMI) beziehen sich auf die selbstberichteten Angaben zu Körpergröße und Körpergewicht. Laut den Angaben der befragten SchülerInnen sind 85 Prozent (Mädchen: 88%, Buben: 82%) unter- oder normalgewichtig, 12 Prozent (Mädchen: 10%, Buben: 15%) übergewichtig und 3 Prozent (Mädchen: 2%, Buben: 3%) adipös. Buben haben in allen Altersgruppen eine höhere Prävalenz von Übergewicht.⁷

Rund ein Fünftel der Jugendlichen frühstückt gemeinsam mit den Eltern.

12 Prozent der Jugendlichen sind übergewichtig, 3 Prozent sind adipös.

Abbildung 1: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei 11-, 13-, 15- und 17-jährigen österreichischen SchülerInnen im Selbstbericht, nach Alter und Geschlecht



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 26 (Darstellung adaptiert durch Institut für Gesundheitsplanung)

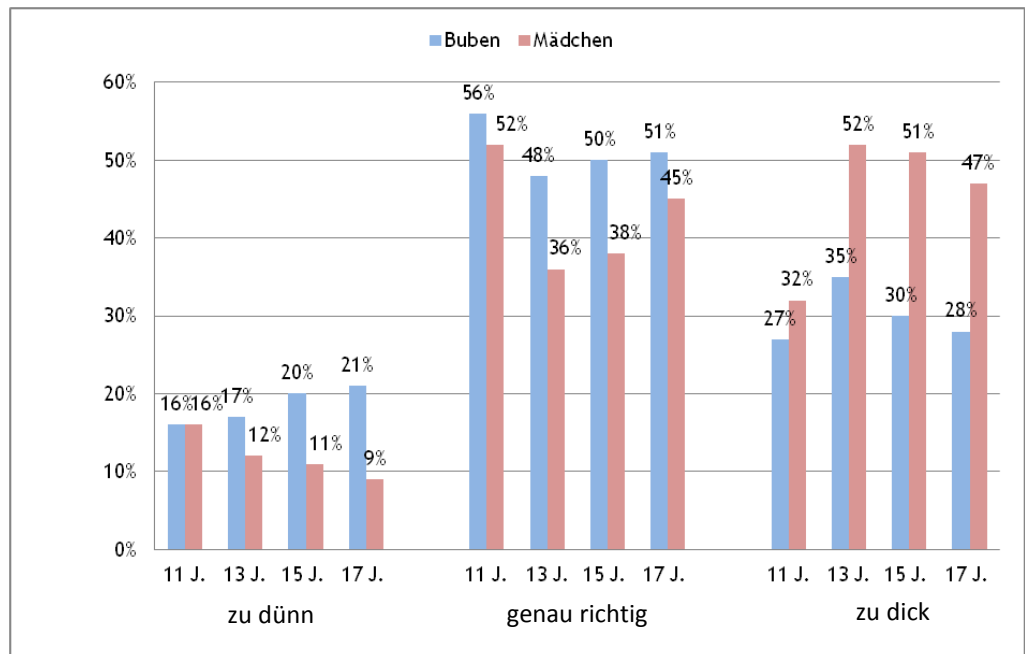
⁶ Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 43-45

⁷ Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 26

Über die Hälfte der 13- und 15-jährigen Schülerinnen fühlt sich zu dick.

Abbildung 2: Körperwahrnehmung der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen österreichischen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht

Es gibt eine starke Diskrepanz zwischen dem BMI aus dem Selbstbericht und der Körperwahrnehmung. Knapp die Hälfte (46%) berichtet, „ungefähr das richtige Gewicht“ zu haben. Rund 15 Prozent fühlen sich „zu dünn“ und rund 4 von 10 Personen (39%) „zu dick“. Hier sind große Unterschiede zwischen den Geschlechtern festzustellen. Dies betrifft vor allem Jugendliche ab 13 Jahren. Der Anteil der SchülerInnen, die das Gefühl haben, „ungefähr das richtige Gewicht“ zu haben, ist bei männlichen Jugendlichen (51%) deutlich höher als bei weiblichen Jugendlichen (42%). Buben (19%) wählen zudem häufiger die Kategorie „zu dünn“ aus als Mädchen (12%). Mädchen (46%) hingegen ordnen sich öfter der Kategorie „zu dick“ zu als Buben (30%). Ältere Mädchen geben häufiger an, „zu dick“ zu sein als jüngere Mädchen, obwohl der Anteil der Schülerinnen mit erhöhtem BMI relativ konstant bleibt. Bei den 11-jährigen Mädchen gibt knapp ein Drittel (32%) an, sich „zu dick“ zu fühlen. Dieser Anteil steigt auf knapp über die Hälfte (52%) bei den 13-jährigen weiblichen Schülerinnen und bleibt dann relativ konstant.⁸



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 27 (Darstellung adaptiert durch Institut für Gesundheitsplanung)

Die Grenzen von „normalem“ Diätverhalten („gezügeltes Essen“) und behandlungsbedürftigen Störungen des Essverhaltens (z. B. Magersucht) sind oft fließend. Magersucht (Anorexia nervosa) tritt meistens in der frühen und mittleren Adoleszenz auf und ist häufig mit anderen Begleitstörungen verbunden (z. B. mit bulimischer Symptomatik). Es wird davon ausgegangen, dass 0,1 bis 1 Prozent der Frauen zwischen 15 und 25 Jahren an einer schweren Magersucht leiden. In bestimmten Risikogruppen liegt der Anteil deutlich höher (z. B. 3,5-7,6% bei Mode- oder Ballettschülerinnen). Hinsichtlich der Ess-Brechsucht (Bulimie) wird in der Altersgruppe der 18- bis 35-jährigen Frauen von einer Prävalenz von 2 bis 4 Prozent ausgegangen. Binge-Eating (Esssucht) ist nicht auf eine bestimmte Lebensphase begrenzt, sondern kommt in allen Altersgruppen vor. Die Prävalenz der Binge-Eating-Disorder wird in der allgemeinen Bevölkerung auf 1,8 Prozent bis 4,6 Prozent geschätzt. Unter Übergewichtigen liegt der Anteil deutlich höher (5-10%).⁹

⁸ Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 26-27

⁹ Langer & Wimmer-Puchinger, 2009, S. 6-7

Das Institut für Gesundheitsplanung führte 2016 im Auftrag der OÖGKK Fokusgruppen mit SchülerInnen (14 bis 15 Jahre) und Lehrlingen (16 bis 20 Jahre) zum Thema „Leistbare Gesunde Lebensmittel“ durch.

Das Fazit aus der Fokusgruppe mit den SchülerInnen ist, dass Lebensmittel und Ernährung durchaus ein Gesprächsthema sind, allerdings bei Mädchen deutlich stärker als bei Burschen. Die SchülerInnen verfügen über ein sehr umfassendes Wissen zur Thematik. Das Einkaufsverhalten wird vom Schulalltag (Freistunden/Mittagspausen), der Schulumgebung (Lebensmittelgeschäft, Fast-Food-Restaurant etc.) und der Klassengemeinschaft (Gewohnheiten, Gruppendruck) geprägt.¹⁰ Im Unterschied dazu zeigte die Fokusgruppe mit den Lehrlingen, dass Lebensmittel und Ernährung eher kein Gesprächsthema sind. Der Kauf von Lebensmitteln sowie das Ernährungsverhalten werden sehr stark von den Lebensumständen (Tagesrhythmus Arbeitsalltag vs. Berufsschule, Wohnen bei den Eltern, finanzielle Situation, Angebot in der Wohn-/Arbeits-/Schulumgebung) geprägt. Die Zielgruppe ist zwar qualitätsbewusst, aber sehr preissensibel (der Preis ist beim Kauf entscheidend).¹¹

1.2. Bewegung

Österreichische SchülerInnen im Alter von 11 bis 17 Jahren sind im Durchschnitt an rund vier Tagen pro Woche für zumindest 60 Minuten körperlich aktiv. Durchschnittlich bewegen sie sich über diese Tage verteilt 4,8 Stunden. Buben sind (durchschnittlich 4,4 Tage bzw. 5,2 Stunden pro Woche) etwas aktiver als Mädchen (durchschnittlich 3,6 Tage bzw. 4,5 Stunden pro Woche). Das Ausmaß an körperlicher Aktivität nimmt für beide Geschlechter mit dem Alter ab. 17 Prozent der österreichischen SchülerInnen erfüllten im Jahr 2014 die Bewegungsempfehlungen von 60 Minuten täglich (Buben 23%, Mädchen 13%). Der Anteil sinkt von rund 31 Prozent bei den 11-Jährigen auf rund 7 Prozent bei den 17-Jährigen.¹²

Die durchschnittlich angegebene Anzahl an Tagen, an denen in der vergangenen Woche körperliche Bewegung im Ausmaß von mindestens einer Stunde täglich betrieben wurde, blieb seit 2002 über die Jahre relativ konstant. Dies trifft auf Buben und Mädchen gleichermaßen zu.¹³

Im Rahmen des oberösterreichischen Gesundheitsziels 6 „Bewegung im Jugendalter erhöhen“ erhoben SchülerInnen des BG/BRG Ramsauerstraße mit Unterstützung des Instituts für Gesundheitsplanung mittels einer Onlineerhebung das Bewegungsverhalten von Jugendlichen¹⁴ (SchülerInnen ab der fünften Schulstufe und Lehrlinge). 38 Prozent der befragten Jugendlichen geben an, sich an einem durchschnittlichen Schul-/Arbeitstag nicht ausreichend bewegen zu können. Beim Vergleich der Lehrlinge mit den SchülerInnen fällt auf, dass vor allem die Schülerinnen sportlicher sind als die weiblichen Lehrlinge. Spaß, Gesundheit und Aussehen sind die am häufigsten genannten Gründe für das Betreiben von Sport. Der Hauptgrund dafür, nicht wöchentlich Sport zu betreiben, ist keine Zeit dafür zu haben. Insgesamt treiben 41 Prozent der Befragten regelmäßig Sport im Verein. Die wichtigsten Motive, einem Sportverein beizutreten, sind für die befragten Kinder und Jugendlichen Gesundheit/Fitness sowie Gemeinschaft/FreundInnen. Ein Viertel der Befragten (25%) geht an einem normalen Schul-/Arbeitstag zu Fuß oder fährt mit dem Rad zur Schule/Arbeit.¹⁵

Lebensmittel und Ernährung sind bei SchülerInnen häufiger Gesprächsthema als bei Lehrlingen.

17 Prozent der SchülerInnen erfüllen die Bewegungsempfehlungen von einer Stunde täglich.

Spaß, Gesundheit und Aussehen sind für Jugendliche die Hauptgründe für das Betreiben von Sport.

¹⁰ Birgmann, 2016a, S. 8

¹¹ Birgmann, 2016b, S. 7

¹² Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 36-37

¹³ Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 94

¹⁴ 877 ausgewertete Fragebögen

¹⁵ Birgmann, Ecker-Glasner & Peböck, 2014, S. 1-19

Ein Viertel der Jugendlichen geht zu Fuß oder fährt mit dem Rad zur Schule/Arbeit.

Gut ein Drittel der oberösterreichischen 15- bis 19-Jährigen raucht täglich.

Haupt-Konsummotive von Alkohol sind für Jugendliche Spaß und Unterhaltsamkeit in Gruppen.

Laut einer aktuellen Umfrage des Sportdachverbandes ASKÖ und der Wiener Städtischen Versicherung spielt in Österreich der Individualsport eine wesentliche Rolle. Knapp jede/r zweite Jugendliche berichtet überwiegend alleine Sport zu betreiben. Über ein Drittel betreibt mit FreundInnen oder in Gruppen Sport und mehr als ein Viertel besucht ein Fitness-Center. Die beliebtesten Sportarten sind Laufen, Wandern und Walken (je 51%), gefolgt von Krafttraining (31%), Schwimmen (26%) und Radfahren bzw. Mountainbiken (24%). Trendsportarten wie Yoga, Pilates oder Freeletics werden immer beliebter.¹⁶

Neben dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten spiegelt sich die psychosoziale Gesundheit auch im Risiko- und Suchtverhalten wider. Nachfolgend werden diesbezüglich das Rauchverhalten, der Alkoholkonsum sowie der Umgang mit Neuen Medien näher ausgeführt.

1.3. Risiko- und Suchtverhalten

Rauchen

Rund 16 Prozent der österreichischen 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen berichten, derzeit Tabak zu rauchen. Das Rauchverhalten ist stark vom Alter abhängig. Nahezu alle 11-Jährigen sind NichtraucherInnen. Bei den 17-Jährigen berichten rund 3 von 10 Befragten (31%), zu rauchen. Während 15 Prozent der Buben rauchen, sind 17 Prozent der Mädchen Raucherinnen.¹⁷

Laut OÖ Drogenmonitoring 2015 beträgt der Anteil der Personen im Alter von 15 bis 19 Jahren, die täglich rauchen, rund 34 Prozent (31,4% Buben bzw. Männer; 35,6% Mädchen bzw. Frauen).¹⁸

Alkoholkonsum

Laut HBSC Studie berichtet etwa ein Drittel der SchülerInnen (33%), bereits mindestens einmal betrunken gewesen zu sein, wobei hier keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu erkennen sind. Buben geben in Summe jedoch mehr Rauscherfahrungen an als Mädchen. Weibliche Jugendliche berichten durchschnittlich ein- bis dreimal in ihrem Leben betrunken gewesen zu sein. Bei männlichen Jugendlichen war dies meist häufiger der Fall. Ebenso wie der Alkoholkonsum ab dem Alter von 15 Jahren ansteigt, werden auch die Rauscherfahrungen deutlich häufiger. Knapp 15 Prozent waren in den letzten 30 Tagen betrunken, wobei dies mehr Buben (16%) betrifft als Mädchen (14%).¹⁹

Die Konsummotive von Alkohol sind bei den befragten Jugendlichen hauptsächlich mit hedonistischen Aspekten (z. B. weil Partys und Feierlichkeiten mehr Spaß machen, weil es soziales Beisammensein unterhaltsamer macht) verbunden. Hinsichtlich der Konsummotive von Alkohol gibt es geringfügige Geschlechterunterschiede. Mädchen berichten etwas häufiger von kompensatorischen Aspekten (z. B. um ihre depressiven oder nervösen Gefühle zu bekämpfen, um sich bei schlechter Stimmung aufzuheitern oder um Probleme vergessen zu können) als Buben.²⁰

¹⁶ ASKÖ - Bundesorganisation & WIENER STÄDTISCHE Versicherung, 20.6.2017, S. 2

¹⁷ Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 47

¹⁸ Institut Suchtprävention, 2016, S. 72-73

¹⁹ Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 48

²⁰ Strizek et al., 2016, S. 27-28

Internetverhalten und Internetsucht

Die Geschlechter in der Altersgruppe zwischen 14 und 24 Jahren unterscheiden sich laut einer im Jahr 2011 im Auftrag des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit publizierten Studie beim Internet-Nutzungsverhalten: Rund 77 Prozent der Mädchen und jungen Frauen nutzen im Internet soziale Netzwerke, aber nur eher selten Onlinespiele (rund 7%). Buben und junge Männer wiederum nutzen in etwas geringerem Ausmaß soziale Netzwerke (rund 65%), aber deutlich häufiger Onlinespiele (rund 34%) als Mädchen und junge Frauen.²¹

Gemäß der ESPAD-Studie (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) 2015 sagen 56 Prozent der jungen Frauen in Oberösterreich im Alter zwischen 14 und 17 Jahren von sich, dass sie zu viel Zeit mit sozialen Medien wie beispielsweise Facebook verbringen. Bei den Buben im gleichen Alter sind dies mit 36 Prozent deutlich weniger. Viele Mädchen (47%) und Buben (30%) berichten davon, dass sie von ihren Eltern auf ihr diesbezügliches Verhalten hingewiesen werden. Ein anderes Bild zeigt sich bei Computerspielen: Hier berichten 31 Prozent der Buben, aber nur 6 Prozent der Mädchen zwischen 14 und 17 Jahren, dass sie zu viel Zeit mit Computerspielen verbringen. In ähnlichem Ausmaß wird ihnen das auch von ihren Eltern mitgeteilt.²²

Auf dem Weg zur Internetsucht wird die virtuelle Lebenswelt immer mehr ins Zentrum der Aufmerksamkeit eines Individuums gerückt und gleichzeitig werden alle anderen Lebensbereiche wie Familie, Arbeit/Ausbildung, FreundInnen, Hobbys verdrängt. Sobald positive Erlebnisse und Gefühle nur noch online erlebt werden können, der Ausstieg aus der virtuellen Welt immer unattraktiver wird und nur noch das Internet reizvoll erscheint, spricht man von Internetsucht.²³

Die Studienlage zur Internetsucht ist sehr dünn. Eine im Jahr 2011 im Auftrag des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit publizierte Studie kommt zu dem Ergebnis, dass unter jüngeren Personen zwischen 14 und 24 Jahren die Prävalenz bei etwa 2,4 Prozent liegt. In diesem Alterssegment gibt es bezüglich der Betroffenheit von Internetsucht keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern.²⁴

1.4. Bullying/Mobbing

Bullying bzw. Mobbing ereignet sich über einen längeren Zeitraum als systematische und wiederholte Aggression gegenüber Schwächeren. Es gibt unterschiedliche Formen von Bullying: Körperliches (z. B. schlagen, stoßen, treten), verbales (z. B. "dumme Sprüche" nachrufen, drohen, hänseln) und indirektes Bullying (Gerüchte verbreiten oder jemanden ausschließen).²⁵ Die Bullying-Opfer sind einem erhöhten Risiko für Depression und Angstzustände ausgesetzt.²⁶ Hingegen haben Bullying-TäterInnen häufig Probleme damit stabile Sozialkontakte zu entwickeln. Zudem weisen sie ein höheres Risikoverhalten auf und sind anfälliger für den Konsum von Alkohol, Tabak und Drogen.²⁷

Weibliche Jugendliche nutzen im Internet eher soziale Netzwerke, wohingegen männliche Jugendliche Onlinespiele bevorzugen.

Bullying-Opfer sind einem erhöhten Risiko für Depression und Angstzustände ausgesetzt.

²¹ Gschwandtner et al., 2017, S. 7

²² Strizek et al., 2016, S. 57, Daten für Oberösterreich

²³ Anton Proksch Institut

²⁴ Gschwandtner et al., 2017, S. 7

²⁵ Stangl, o.J.

²⁶ Schäfer, zitiert nach Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 50

²⁷ Molcho, zitiert nach Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 50

Über ein Drittel der SchülerInnen war in den letzten Monaten an Bullying beteiligt.

Buben fühlen sich gesünder als Mädchen.

Laut HBSC-Erhebung 2014 berichtete über ein Drittel (35%) der untersuchten Altersgruppen, in den letzten paar Monaten an Bullying von MitschülerInnen beteiligt gewesen zu sein. Fast ein Drittel (32%) gab an, in den letzten Monaten Opfer von Bullying geworden zu sein. 14 Prozent der SchülerInnen waren von wiederholtem Bullying (mehrmals monatlich oder öfter) als Opfer betroffen. Wiederum bekannten sich 13 Prozent der Befragten dazu, Bullying-Wiederholungs-TäterInnen zu sein.²⁸

2. Physischer und psychischer Gesundheitszustand

Die subjektive Gesundheitswahrnehmung wird an dieser Stelle angeführt, da diese auch von psychosozialen Belastungen beeinflusst werden kann. Zudem können Krankheiten auch psychosomatisch bedingt sein. Weiters beinhaltet dieser Abschnitt psychosomatische Beschwerden sowie psychische Auffälligkeiten und Verhaltensprobleme von Jugendlichen.

2.1. Subjektive Gesundheitswahrnehmung

Laut HBSC-Studie 2014 schätzen Mädchen ihre Gesundheit in Summe schlechter ein als Buben. Während 43 Prozent der Buben ihre Gesundheit als ausgezeichnet bezeichnen, trifft dies auf knapp ein Drittel der Mädchen (32%) zu. Bei den Buben sinkt der Anteil jener, die über eine ausgezeichnete Gesundheit verfügen, von fast der Hälfte (49%) bei den 11-Jährigen auf über ein Drittel (37%) bei den 17-Jährigen. Hingegen kommt es bei den Mädchen zu einem Rückgang von fast der Hälfte (49%) auf gut ein Fünftel (21%). Bei den 11-Jährigen ist in der Kategorie „ausgezeichneter Gesundheitszustand“ noch kein Unterschied zwischen den Geschlechtern festzustellen, allerdings in den anderen Altersgruppen. Ab 15 Jahren ist der Unterschied zwischen Mädchen und Buben größer.²⁹

In der HBSC-Befragung wurde die subjektive Beschwerdelast in Form einzelner Beschwerden erhoben. Abgefragt wurden „Kopfschmerzen, Magen-/Bauchschmerzen, Rücken-/Kreuzschmerzen“, „Fühle mich allgemein schlecht“, „Bin gereizt oder schlecht gelaunt“, „Fühle mich nervös“, „Kann schlecht einschlafen“³⁰, „Fühle mich benommen, schwindlig“. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass es sich um selbstberichtete Befindlichkeiten handelt.³¹

Auf einer Skala von 0 „keine Beschwerdelast“ bis 100 „sehr hohe Beschwerdelast“ liegt die mittlere Beschwerdelast über alle Altersgruppen hinweg bei 36. Die Beschwerdelast steigt mit dem Alter an, wobei zwischen 11 und 15 Jahren ein mittelstarker Zuwachs zu erkennen ist. Mädchen sind häufiger von Beschwerden betroffen als Buben. Die Differenz zwischen den Geschlechtern steigt zwischen 11 und 15 Jahren stark an.³²



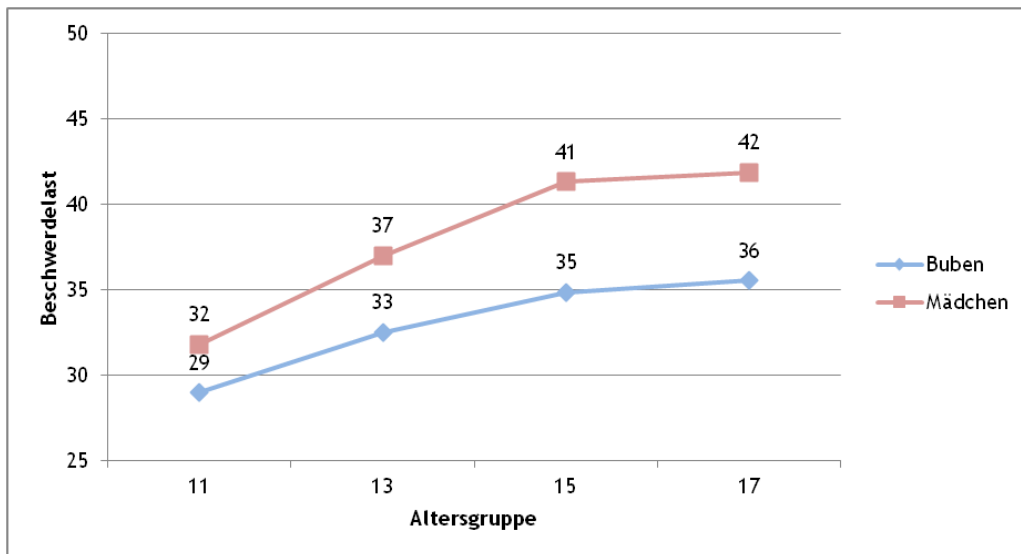
²⁸ Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 52-54

²⁹ Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 18-19

³⁰ Einschlafschwierigkeiten wurden im Index Beschwerdelast nicht berücksichtigt

³¹ Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 21

³² Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 22



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 22 (Darstellung adaptiert durch Institut für Gesundheitsplanung)
 Spannbreite: 0 (keine Beschwerden) - 100 (hohe Beschwerdelast)

2.2. Psychische Auffälligkeiten und Verhaltensprobleme

Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen stellen nicht nur eine Belastung für die Betroffenen dar, sondern auch für die Familie sowie das soziale Umfeld und haben eine hohe Public-Health-Relevanz.³³

Die psychische und psychosoziale Gesundheit sowie die Lebens- und sozialen Teilhabechancen können durch psychische Auffälligkeiten und Verhaltensprobleme beeinflusst werden. Psychische Auffälligkeiten und Verhaltensprobleme hängen mit den komplexen Anforderungen zusammen, die an Kinder und Jugendliche im Laufe ihrer Entwicklung gestellt werden. Verunsicherung, Ängste und Stressreaktionen entstehen, wenn diese Anforderungen als belastend erlebt werden und die Selbstkompetenz und Handlungsressourcen von Kindern und Jugendlichen übersteigen.³⁴

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 wurden die Eltern zu Gesundheitsproblemen aller im Haushalt lebenden Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren befragt. Unruhiges und überaktives Verhalten tritt laut den befragten Eltern bei mehr als einem Viertel der 0- bis 17-jährigen Buben (27%) und einem Fünftel der gleichaltrigen Mädchen (20%) auf. Besonders häufig sind davon 7- bis 10-jährige Buben betroffen (37%). Mit steigendem Alter (14- bis 17-Jährige) trat dieses Verhalten jedoch sowohl bei den Buben als auch bei den Mädchen deutlich seltener (jeweils 11%) auf als bei den jüngeren Altersgruppen. Während bei Buben von Unruhe und Überaktivität als häufigste gesundheitliche Beschwerden berichtet wurde, waren diese bei den Mädchen annähernd gleich häufig wie Kopf- bzw. Bauchschmerzen und Übelkeit (19%). Jedes dritte Mädchen (34%) im Alter von 14 bis 17 Jahren war laut den Aussagen der Eltern häufig von Schmerzen und Übelkeit betroffen. Buben klagten in fast allen Altersgruppen seltener über diese Beschwerden. Schlafschwierigkeiten der Kinder (ausgenommen Kleinkinder) wurden von den Eltern selten berichtet (Buben: 5%, Mädchen: 4%).³⁵

Abbildung 3: Mittlere Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen österreichischen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht

Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind auch für das soziale Umfeld belastend.

Unruhiges und überaktives Verhalten betrifft vor allem Buben, während Mädchen vor allem über Kopf- bzw. Bauchschmerzen und Übelkeit klagen.

³³ Hölling et al., 2014, S. 809

³⁴ Heinrichs et al. 2002, Lohaus und Klein-Heißling 2006, zitiert nach Lampert, 2010, S. 50

³⁵ Statistik Austria, 2015, S. 59-60

Etwa jede/r fünfte Jugendliche ist von einem psychischen Problem betroffen.

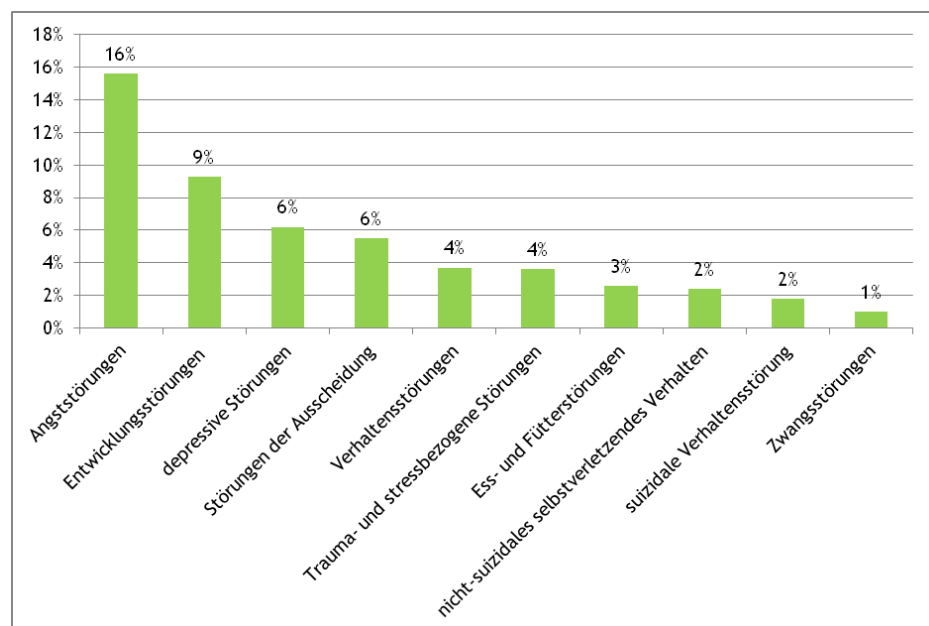
Die MHAT-Studie (Mental Health in Austrian Teenagers) ist die erste epidemiologische Studie zur psychischen Gesundheit von Jugendlichen in Österreich. Ziel der Studie ist es, die Prävalenzraten psychischer Störungen bei einer repräsentativen Stichprobe von Jugendlichen zwischen 10 und 18 Jahren zu erheben. Im Rahmen eines Screenings mithilfe standardisierter Selbstbeurteilungsbögen wie dem Youth Self-Report, der emotionale und Verhaltensprobleme erhebt, und dem SCOFF-Fragebogen³⁶, der Hinweise für Essstörungen gibt, wurden Daten zur psychischen Gesundheit erhoben. Zudem wurden Lebensqualität sowie Risiko- und Schutzfaktoren festgestellt.³⁷

Ergebnis der Studie war, dass die Prävalenzrate für psychische Probleme bei 19 Prozent lag. Die Non-Responder Analyse lässt eine Unterschätzung der Prävalenzraten vermuten.³⁸

Rund ein Viertel der Befragten (22%) wies im Screening emotionale und Verhaltensprobleme auf. Ein erhöhtes Risiko für Essstörungen war bei rund einem Drittel der Mädchen und 15 Prozent der Buben zu erkennen. Basierend auf den Interviewergebnissen tritt die höchste Lebenszeitprävalenz³⁹ bei Angststörungen (16%), gefolgt von neurologischen Entwicklungsstörungen inkl. ADHS und Ticstörungen (9%), depressiven Störungen (6%), Störungen der Ausscheidung (6%), Verhaltensstörungen (4%), Trauma- und stressbezogenen Störungen (4%), Ess- und Fütterstörungen (3%) und Zwangsstörungen (1%) auf. Die Lebenszeitprävalenz für nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten und eine suizidale Verhaltensstörung waren bei jeweils 2 Prozent der Jugendlichen zu erkennen.⁴⁰

Hinsichtlich der Unterschiede zwischen den Geschlechtern konnte festgestellt werden, dass Mädchen im Vergleich zu Buben größere Probleme hinsichtlich des Gesamt-Scores, der internalisierenden Störungen, zurückgezogenem Verhalten, der somatischen Beschwerden und der ängstlichen/depressiven Stimmung aufweisen.⁴¹

Abbildung 4: Lebenszeitprävalenz von psychischen Erkrankungen von Jugendlichen in Österreich zwischen 10 und 18 Jahren laut MHAT-Studie (Mental Health in Austrian Teenagers)



Quelle: Karwautz et al., 2016, S. 6 (Darstellung durch Institut für Gesundheitsplanung)

³⁶ SCOFF = Sick - Control - One stone - Fat - Food

³⁷ Philipp et al., 2014

³⁸ Philipp et al., 2014

³⁹ alle Diagnosekriterien von mindestens einer psychischen Erkrankung irgendwann im bisherigen Leben erfüllt

⁴⁰ Karwautz et al., 2016, S. 6

⁴¹ Philipp et al., 2014

3. Resilienzförderung im Jugendalter

Resilienz kann folgendermaßen erklärt werden:⁴²

ICH HABE	„Ich habe Menschen, die mich gern haben, und Menschen, die mir helfen.“	(Sichere Basis)
ICH BIN	„Ich bin eine liebenswerte Person und respektvoll mir und anderen gegenüber.“	(Selbst-Wertschätzung)
ICH KANN	„Ich kann Wege finden, Probleme zu lösen und mich selbst zu steuern.“	(Selbst-Wirksamkeit)

„Mit Resilienz werden Prozesse oder Phänomene beschrieben, die eine positive Anpassung des Individuums trotz vorhandener Risikofaktoren widerspiegeln.“⁴³

Positive Anpassung bedeutet zum einen die Aufrechterhaltung der normalen Entwicklung trotz negativer Einflüsse (z. B. Aufrechterhaltung einer dem Alter entsprechenden Entwicklung trotz Misshandlungen in der Familie) und zum anderen die Wiederherstellung des psychischen Funktionsniveaus nach Absinken desselben durch negative Einflüsse (z. B. Wiederherstellung der schulischen Leistungsfähigkeit eines Kindes nach dem Verlust eines Elternteils).⁴⁴ Risikofaktoren sind Faktoren, die zu negativen psychischen und/oder physischen Konsequenzen führen.⁴⁵

Es werden drei Ebenen von Resilienzfaktoren unterschieden:⁴⁶

- 1. Faktoren auf individueller Ebene:** Persönlichkeitsmerkmale, Kompetenzen, physiologische Faktoren
- 2. Faktoren auf sozialer Ebene:** soziale Bindung zu Familie und Peers
- 3. Faktoren auf gesellschaftlicher Ebene:** Einflüsse, die durch gesellschaftliche Normen und Institutionen entstehen; Verfügbarkeit bestimmter gesellschaftlicher Ressourcen

Das wichtigste und häufigste Merkmal bei resilienten Jugendlichen ist eine emotional stabile Bindung an eine Bezugsperson. Ausschlaggebend sind auch gemeinsame Unternehmungen, ein herzliches Familienklima und feste Regeln für das Verhalten. Soziale Unterstützung von Familienmitgliedern, Verwandten, LehrerInnen etc. ist ebenso förderlich. Unterstützende Personen helfen, Probleme zu reduzieren und werden auch als Vorbilder gesehen. Das Temperament von resilienten Jugendlichen zeichnet sich durch eine vorwiegend positive Stimmungslage, geringe Irritierbarkeit und gutes Anpassungsvermögen aus. Emotionale Ausdrucksfähigkeit und soziale Kompetenzen tragen ebenso zu Resilienz bei. Resiliente Jugendliche haben ein positiveres Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen und die Überzeugung, dass sie nicht hilflos sind. Das Leben wird als sinnvoll und strukturiert erlebt.⁴⁷

Resilienz bezeichnet Prozesse oder Phänomene, die eine positive Anpassung des Individuums trotz Risikofaktoren widerspiegelt.

Für die Resilienz Jugendlicher ist eine emotional stabile Bindung an eine Bezugsperson wesentlich.

⁴² Weiß, 2007, S. 161

⁴³ Reimann & Hammelstein, 2006, S. 18

⁴⁴ Staudinger et al. 1995, zitiert nach Reimann & Hammelstein, 2006, S. 18

⁴⁵ Reimann & Hammelstein, 2006, S. 18

⁴⁶ Olsson et al. 2003, zitiert nach Reimann & Hammelstein, 2006, S. 18

⁴⁷ Lösel, o.J.

Programme zur Resilienzförderung sollten Individuum, Familie, Schule und Gemeinde berücksichtigen.

Die Beteiligung von Jugendlichen ist ein zentraler Erfolgsfaktor in der Gesundheitsförderung.

Effektive Präventionsprogramme zur Resilienzförderung im Jugendalter sind längerfristig angelegt (über Jahre laufende Angebote) und berücksichtigen Individuum, Familie, Schule und Gemeinde.⁴⁸

4. Wichtige Voraussetzungen für Jugendgesundheitsförderung

In diesem Abschnitt wird näher auf Gesundheitsförderung von und mit Jugendlichen in der Lebenswelt Gemeinde eingegangen, da in diesem Setting Modellprojekte in Oberösterreich zum Gesundheitsziel 8 umgesetzt werden. Folgende Empfehlungen wurden im Rahmen einer Transfertagung zum Modellprojekt „Jugendgesundheitsförderung auf dem Lande“ des Fonds Gesundes Österreich abgeleitet:

Eine Grundvoraussetzung für Jugendgesundheitsförderungsprozesse auf Gemeindeebene ist, dass die Gemeindepolitik sich mit dem Thema identifizieren und die Thematik mittragen muss. Dazu ist in einem ersten Schritt ein einstimmiger oder mehrheitlicher Gemeinderatsbeschluss nötig. Neben den GemeinderätInnen, ist es auch wichtig, dass erwachsene GemeindebürgerInnen von Beginn an als Dialoggruppe mitbetreut werden. Empfehlenswert sind MentorInnen, die Jugendliche begleiten und sie unterstützen.⁴⁹

Beteiligung von Jugendlichen

Ein guter Zugang zu unterschiedlichen Gruppen von Jugendlichen wird durch Beteiligungsprozesse möglich. Dadurch kann ein Dialog mit Jugendlichen entstehen und die Beteiligung von Jugendlichen innerhalb der Gemeinde steigen. Wenn sich Jugendliche aktiv in das Gemeindeleben einbringen können, können sie ihre Handlungsspielräume erweitern, mit Spaß neue Fähigkeiten erwerben und ihren Platz in der Gemeinde finden.⁵⁰

Methoden und Tools in der Jugendgesundheitsförderung

- *„Schriftliche Verträge mit Auftraggebern und Kooperationspartnern*
- *Bewusstseinsbildung bei PolitikerInnen und anderen EntscheidungsträgerInnen vorantreiben, Imagekampagnen durchführen*
- *Systemisch denken, vorhandene Strukturen miteinbeziehen, Synergien, Kooperationen und Vernetzungen suchen*
- *Einplanung von Budgets bei den Partnern zur Bedingung machen, um Handlungsspielräume zu gewinnen und für die Zeit nach dem Projekt eine Basisfinanzierung zu haben*
- *Aktivierende Befragungen einsetzen*
- *Round Tables initiieren*
- *Geschlechtsspezifische, -sensible und interdisziplinäre Angebote initiieren*
- *Prinzip der Beteiligung ernst nehmen*
- *Vorhandene Peer Groups miteinbeziehen*
- *Projektmanagement: Meilensteine und Zwischenerfolge feiern“⁵¹*

⁴⁸ Steinebach & Steinebach, 2010, S. 317

⁴⁹ Fonds Gesundes Österreich, 2005

⁵⁰ Fonds Gesundes Österreich, 2005

⁵¹ Fonds Gesundes Österreich, 2005

5. Best Practice Beispiele der Gesundheitsförderung mit dem Schwerpunkt psychosoziale Gesundheit Jugendlicher

Folgend werden exemplarisch Praxisbeispiele aus unterschiedlichen Ländern beschrieben, die den Schwerpunkt auf die psychosoziale Gesundheit Jugendlicher legen.

Präventionsprogramm „Jugendliche in Island“

Island führte Ende der 1990er Jahre landesweit das Präventionsprogramm „Jugendliche in Island“ ein, um den hohen Alkohol- und Drogenkonsum zu bekämpfen. Ein Teil des Programms war, dass alle Schulen Elternorganisationen gründen mussten und Eltern seitdem auch im Schulrat vertreten waren. Jugendliche und deren Eltern wurden dazu animiert, den Großteil ihrer Freizeit mit sinnstiftenden Aktivitäten als Familie zu verbringen. Schriftliche Vereinbarungen, welche die Eltern unterschreiben können, wurden vom nationalen Dachverband der Elternorganisationen „Zuhause und Schule“ herausgegeben. Darin verpflichten sich die Erziehungsberechtigten zum Beispiel, ihren Kindern keine Partys ohne Aufsicht zu erlauben, keinen Alkohol für die Minderjährigen zu kaufen oder bei Festen auch andere Teenager im Auge zu behalten. Weiters wurden vom Staat die Fördergelder für Sport-, Musik-, Kunst-, Tanz- und andere Vereine erhöht. Die sinnvolle Beschäftigung Jugendlicher steht im Mittelpunkt. Zudem verschärfte die Regierung unterschiedliche Jugendschutzgesetze.⁵² Ein interdisziplinäres Team führte das landesweite Programm schrittweise ein.⁵³

Wirksamkeit des Programms

Es finden jährlich Befragungen von ca. 20.000 Jugendlichen statt. Der Anteil der 15- und 16-Jährigen, die häufig oder an fast allen Wochentagen Zeit mit ihren Eltern verbringen, hat sich von 23 Prozent im Jahr 1997 auf 46 Prozent im Jahr 2012 verdoppelt. Die Zahl jener Jugendlichen, die mindestens viermal pro Woche Sport treiben, stieg von 24 auf 42 Prozent. Eine Befragung aus dem Jahr 2016 zeigt auf, dass sich nur noch 5 Prozent der 15- und 16-Jährigen einmal im Monat betrinken (1998 waren es noch 42%) und lediglich 3 Prozent täglich rauchen (von ehemals 25%). Der Anteil derjenigen, die jemals Cannabis probiert haben, sank von 1998 bis 2006 von 17 Prozent auf 7 Prozent. Bei der Analyse der Daten zeigte sich, dass sich häufige (drei- bis viermal wöchentlich) Gruppenaktivitäten (insbesondere Sport), kontinuierlich viel gemeinsame Zeit mit den Eltern, das Gefühl in der Schule ernst genommen zu werden und sich spät abends nicht mehr auf der Straße herumzutreiben, positiv auf die Reduktion des Konsums von Alkohol, Tabak und Drogen auswirken.

2006 startete das Projekt „Youth in Europe“, nachdem man die bemerkenswerten Daten aus Island bei einem Treffen der Organisation „Europäische Städte gegen Drogen“ präsentiert hatte.⁵⁴



Best Practice Beispiele

Präventionsprogramm „Jugendliche in Island“

Inhalt: Jugendliche und ihre Eltern wurden dazu animiert, die gemeinsame Freizeit mit sinnstiftenden Aktivitäten zu verbringen.

⁵² Tabak darf nur noch an Personen über 18 Jahre, Alkohol nur noch an über 20-Jährige ausgegeben werden. Die Werbung für Tabak und Alkohol wurde verboten. Jugendliche zwischen 13 und 16 Jahren dürfen sich in Island im Winter nach 22 Uhr und im Sommer nach Mitternacht nicht draußen aufhalten.

⁵³ Young, 2017

⁵⁴ Young, 2017

Projekt „SUPERKLASSE“ (Deutschland)



Inhalt: Musik ermöglicht Kindern und Jugendlichen einen Zugang zu Gefühlen und Emotionen.

Programm „Du weißt, wo's lang geht!“ (Schweden, Dänemark, Schweiz, Deutschland)

Projekt „SUPERKLASSE“ (Deutschland)

Das Projekt SUPERKLASSE startete 2009 in Hamburg mit dem Ziel Gesundheitskompetenz und Selbstwertgefühl von SchülerInnen zu fördern. Zielgruppe sind SchülerInnen in inklusiven Klassenverbänden, wobei speziell sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche erreicht werden sollen. Das Projekt wird gezielt in Schulen umgesetzt, die in benachteiligten Stadtteilen liegen.

Musik und Medien werden eingesetzt, da diese die Welt der Kinder und Jugendlichen prägen. Musik ermöglicht ihnen einen Zugang zu den eigenen Gefühlen und Emotionen sowie zu den Gefühlen der Zuhörenden. Die Arbeit mit Musik hat eine gesundheitsfördernde Auswirkung auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Mittels Auseinandersetzung mit Themen wie Ernährung, Bewegung und seelische Gesundheit lernen Kinder und Jugendliche, kritisch mitzudenken sowie sich selbst und die mediale Welt zu reflektieren.

Die Kinder und Jugendlichen entwickeln einen eigenen Song und bestimmen das Thema zum jeweiligen Song selbst. Die Erwachsenen begleiten sie beim Entstehungsprozess. Die Songtexte werden gemeinsam mit professionellen MusikerInnen in einem Tonstudio geprobt, vertont und aufgezeichnet. Die SchülerInnen werden aufgrund ihrer Neigungen und Stärken in den Prozess eingebunden. Sie können ihr Lied tänzerisch ausdrücken (z. B. im Sportunterricht). Es gibt auch die Möglichkeit zusammen mit einem/einer GrafikerIn eine ansprechende Musik-CD mit Booklet zu gestalten (z. B. im Kunstunterricht). Inklusion ist einerseits Thema für Songs und wird andererseits im gemeinsamen Handeln und bei gemeinsamen Auftritten (z. B. bei Kinder- und Familienfesten der Stadt Hamburg) gelebt. Die Verbreitung erfolgt über eine Website sowie über YouTube.

Bezüglich der Gender-Thematik wurde im Projektteam die Erfahrung gemacht, dass Buben im täglichen Leben weniger über ihre Gefühle sprechen können. Die Musik erleichtert ihnen, sich zu öffnen. Im Projekt erfolgt ein Austausch über die unterschiedlichen Bedürfnisse von Buben und Mädchen.⁵⁵

Programm „Du weißt, wo's lang geht!“ (Schweden, Dänemark, Schweiz, Deutschland)

Das stärken- und ressourcenorientierte Angebot „Du weißt, wo's lang geht!“ basiert auf den Ursprungsprogrammen „Du bestämmer!“ („It's your decision“, Schweden, 1986), „Du bestemmer“ (Dänemark, Ende der 1980er Jahre) und „Du seisch wo düre“ (Schweiz, 1988). Das Flensburger Programm (Deutschland) wurde 2006 entwickelt und wird an Gemeinschaftsschulen in den Jahrgangsstufen 8 und 9 angeboten. Es handelt sich dabei um SchülerInnen kurz vor dem Übertritt ins Berufsleben, der mit großem Leistungs- und Erwartungsdruck verbunden ist.



Ziel ist eine Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der individuellen Gesundheitskompetenzen. Die Jugendlichen sollen befähigt werden, gesunde Lebensweisen, positive Einstellungen zu ihrem Körper und ein gesteigertes psychisches Wohlbefinden zu entwickeln.

Jeweils drei Gruppen- und Einzeltreffen finden innerhalb von zwei bis drei Monaten statt. Die Zusammensetzung der Gruppe erfolgt nach eigenen Wünschen geschlechtshomogen in Kleingruppen von vier bis sechs SchülerInnen. Jede Gruppe hat eine eigene weibliche Begleiterin bzw. einen eigenen männlichen Begleiter (schulexterne ExpertInnen der Gesundheitsförderung). Die Treffen ermöglichen den jungen Menschen, ihre Gesundheitskompetenzen zu stärken und erfolgreiche, lösungsorientierte Strategien zur Erreichung von persönlichen Zielen zu entwickeln.

Der thematische Schwerpunkt „Identitätsklärung und Persönlichkeitsbegründung“ ist vorgegeben. Innerhalb dieses Schwerpunkts bestimmen die Jugendlichen selbst die Themen, mit denen sie sich in der Gruppe auseinandersetzen möchten sowie aktuelle persönliche Ziele, die sie mit Unterstützung des Begleiters/der Begleiterin erreichen wollen. Themen, die beispielsweise bearbeitet werden, sind Freundschaft, Liebe, Zukunft, Selbstbewusstsein, Identität oder Schulstress. Die Teilnahme an dem Angebot ist freiwillig.

Die BegleiterInnen greifen auf ein gesammeltes Repertoire an Methoden und Materialien zurück, die regelmäßig umgesetzt werden (zu Themen wie ganzheitlicher Gesundheitsbegriff, Lebensstil, Ressourcen). Der/die BegleiterIn muss allerdings mit individuellen psychosozialen Problemen einzelner Jugendlicher umgehen können und alle Themen, die Jugendliche beschäftigen, auffangen und moderieren.⁵⁶

2013 wurde das Programm an der Universität Flensburg evaluiert. Deutliche Verbesserungen zeigten sich vor allem hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.⁵⁷

Jugendprojekt LIFT (Leistungsfähig durch individuelle Förderung und praktische Tätigkeit) (Schweiz)

Das Integrations- und Präventionsprogramm LIFT setzt an der Schnittstelle zwischen Sekundarstufe I und Sekundarstufe II an. Das Projekt zielt darauf ab, Jugendliche frühzeitig beim Berufseinstieg zu unterstützen, die Zusammenarbeit Schule/Arbeitswelt zu intensivieren und nachhaltige Strukturen in diesem Bereich zu fördern.

Zielgruppe sind Jugendliche ab der siebten Klasse, die sich bezüglich Berufseinstieg und/oder Lehrstellensuche in einer erschwerten Ausgangslage befinden (z. B. ungenügende Schulleistungen, Motivationsschwierigkeiten, fehlende Unterstützung, niedriges Selbstwertgefühl). Zur Zielgruppe gehören auch Jugendliche mit Migrationshintergrund sowie Jugendliche, die aufgrund ihres sozialen oder familiären Umfeldes Gefahr laufen, den Berufseinstieg nicht zu schaffen.

Inhalt: Jugendliche bestimmen selbst die Themen, mit denen sie sich auseinander setzen möchten.

Jugendprojekt LIFT (Leistungsfähig durch individuelle Förderung und praktische Tätigkeit) (Schweiz)

Inhalt: Kernelement sind Wochenarbeitsplätze in der schul-freien Zeit.

⁵⁶ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2016

⁵⁷ Kreutler, 2013

Kernelement sind regelmäßige Kurzeinsätze (Wochenarbeitsplätze), die auf freiwilliger Basis in der schulfreien Zeit in lokalen Industrie- und Gewerbebetrieben geleistet werden. Die jungen Menschen erhalten vom Betrieb eine Entschädigung. Sie werden in LIFT-Gruppen an der Schule auf die Einsätze in den Modulkursen vorbereitet und begleitet.^{58,59}

Eine Evaluierung aus dem Jahr 2016 zeigt auf, dass 57 Prozent der Jugendlichen, die das Projekt LIFT vollständig durchlaufen haben und 2016 die Schule abgeschlossen haben sowie von denen die Anschlusslösung bekannt ist, eine Lehrstelle gefunden haben. Ein Fünftel (22%) befindet sich in schulischen oder betrieblichen Brückenangeboten. 11 Prozent absolvieren ein Praktikum und 6 Prozent haben eine sonstige Lösung wie Auslandsaufenthalt. 4 Prozent haben noch keine Anschlusslösung gefunden.⁶⁰



**Programm
„MindMatters“
(Schweiz, Deutschland,
Australien)**

Inhalt: Ein ganzheitlicher, settingbezogener Schulansatz wird verfolgt.

Programm „MindMatters“ (Schweiz, Deutschland, Australien)

Das Programm „MindMatters“ wurde Ende der 90er Jahre in Australien für die Sekundarstufe I entwickelt, evaluiert und erfolgreich umgesetzt. 2002 wurden die Materialien von der Universität Lüneburg (Deutschland) in Zusammenarbeit mit RADIX (Schweiz) für Schulen im deutschsprachigen Raum adaptiert.

Ziel ist die Förderung von Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen. Ein ganzheitlicher, settingbezogener Schulansatz wird verfolgt. Das Programm wird in der Primar- und Sekundarstufe I sowie beim Übergang in Ausbildung und Beruf eingesetzt. Die Entwicklung einer Schulkultur, in der sich alle Beteiligten sicher, wertgeschätzt, eingebunden und nützlich fühlen, wird unterstützt. Im Programm inkludiert sind Instrumente und Leitfäden für die Planung und das Management zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Schule. Unterrichtseinheiten zu Themen wie Umgang mit Gefühlen und psychischen Störungen, Resilienzförderung, Stresserleben, Mobbing etc. haben zum Ziel, Widerstandskraft und Wohlbefinden zu stärken sowie Wissen und Kompetenzen zu erweitern.

Die zum Programm MindMatters befragten SchülerInnen aus Deutschland und der Schweiz nehmen ihre Schule in stärkerem Maß als Ort wahr, an dem sie lernen, mit Konflikten umzugehen und der über eindeutige Verhaltensregeln verfügt.^{61,62,63}



⁵⁸ Gesundheitsförderung Schweiz, 2017, S. 15

⁵⁹ Jugendprojekt LIFT, 2016

⁶⁰ Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung, 2017, S. 7-8

⁶¹ Gesundheitsförderung Schweiz, 2017, S. 14

⁶² MindMatters Programzentrum 2017

⁶³ RADIX, 2017

Literatur

- Anton Proksch Institut (Hg.): Diagnose und Therapie der Internetsucht. Online verfügbar unter <http://api.or.at/Klinikum/Abhangigkeit/Internet-und-Computersucht.aspx#.WHjRiNLhC70>
- ASKÖ- Bundesorganisation & WIENER STÄDTISCHE Versicherung (20.06.2017): Ein Viertel der Jugendlichen fühlt sich nicht gesund. Online verfügbar unter https://www.askoe.at/files/doc/Dateien-fuer-News/PA_Ein-Viertel-der-Jugendlichen-fuehlt-sich-nicht-gesund.pdf
- Birgmann, R. (2016a): Fokusgruppe SchülerInnen zu „Leistbare Gesunde Lebensmittel“. Fokusgruppe am 03.10.2016 mit SchülerInnen des Ramsauergymnasiums Linz, durchgeführt vom Institut für Gesundheitsplanung im Auftrag der OÖGKK.
- Birgmann, R. (2016b): Fokusgruppe Lehrlinge zu „Leistbare Gesunde Lebensmittel“. Fokusgruppe am 05.07.2016 mit Bürokauffrau/-mann Lehrlingen der OÖGKK, durchgeführt vom Institut für Gesundheitsplanung im Auftrag der OÖGKK.
- Birgmann, R., Ecker-Glasner, M., Peböck, M. (2014): Konzeptionsprojekt Bewegung. Projektbericht. Institut für Gesundheitsplanung, nicht veröffentlicht.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (o.J.): Psychosoziale Gesundheit. Online verfügbar unter <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/glossar/psychosoziale-gesundheit/>
- Bundesministerium für Gesundheit (2015): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Unter Mitarbeit von Ramelow, D., Teutsch, F., Hofmann, F., Felder-Puig, R. Wien. Online verfügbar unter http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/7/0/CH1444/CMS1427118828092/gesundheit_und_gesundheitsverhalten_oester_schuelerinnen_who-hbsc-survey_2014.pdf
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017): Projekt Superklasse. Online verfügbar unter <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/projekt-superklasse/>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2016): 'Du weißt, wo's lang geht!'. Online verfügbar unter <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/du-weisst-wo-es-lang-geht/>
- Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung (2017): Evaluation des Programms „JUGENDPROJEKT LIFT“. Bericht Evaluationsbereich A 2016. Online verfügbar unter http://jugendprojekt-lift.ch/download/downloads_d/berichte/2017-0123_balzer_evaluation-lift_bereichA.2016_FINAL.pdf
- Fonds Gesundes Österreich (2005): Modellprojekt „Jugendgesundheitsförderung auf dem Lande“. Zusammenfassung der Transfertagung 28. - 29. November 2005. Online verfügbar unter http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Modellprojekte/Jugend%20Land/Ergebnisse_Transfertagung.pdf
- Gesundheitsförderung Schweiz (2017): Aktuelle Interventionen für die Module B, C und D des kantonalen Aktionsprogramms (KAP). Eine erste Orientierungsliste. Bern. Online verfügbar unter https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/1-kap/projekte/Interventionen_KAP-Module_B_C_D.pdf
- Großegger, B. (2010): "Zu viel Gesundheit ist auch nicht gesund, weil da geht mir etwas ab". Jugendliche als Zielgruppe der Gesundheitsförderung. In: Hackauf, H. & Ohlbrecht, H. (Hg.): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 252-270.
- Gschwandtner, F., Lehner, R., Paulik, R. & Seyer, S. (17.06.): Factsheet Sucht. Abhängigkeit und Substanzkonsum. Version 2.7. Linz, 26.07.2017. Online verfügbar unter https://www.praevention.at/fileadmin/user_upload/08_Sucht/Factsheet_Sucht_V27.pdf
- Hackauf, H. & Ohlbrecht, H. (Hg.) (2010): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Universität Bielefeld. Weinheim und München: Juventa Verlag.

- Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U. & Mauz, E. (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland - Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (57), S. 807-819. DOI: 10.1007/s00103-014-1979-3.
- Institut für Gesundheitsplanung (2015): Gesundheitsziel 8. Projektkonzept, nicht veröffentlicht.
- Institut Suchtprävention (2016): Drogenmonitoring Oberösterreich 2015. Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Methamphetamine "Crystal Meth". Online verfügbar unter https://www.praevention.at/fileadmin/user_upload/08_Sucht/Drogenmonitoring_OOE_2015_fin.pdf
- Jugendprojekt LIFT (2016): LIFT. Online verfügbar unter <http://jugendprojekt-lift.ch/>
- Karwautz, A., Dür, W., Zeiler, M., Nitsch, M., Philipp, J., Truttmann, S., Waldherr, K. & Wagner, G. (Hg.) (2016): Psychische Störungen gemäß DSM-5 bei Kindern und Jugendlichen in Österreich - Ergebnisse der MHAT-Studie. Abstractband. XVII. Kinder- und Jugendpsychiatrisches Symposium und 33. Jahreskongress der ÖGKJP. Psyche und Körper - Integrative Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie, 28.-30. April 2016. Schloss Pöllau bei Hartberg. Online verfügbar unter http://www.lkh-graz-sw.at/cms/dokumente/10310182_2172161/96e8d465/Abstractband2016.pdf
- Kreutler, A. (2013): Schulische Gesundheitsförderung - Evaluation des Programms „Du weißt, wo´s lang geht!“. Universität Flensburg. Online verfügbar unter <https://www.uni-flensburg.de/fileadmin/content/abteilungen/gesundheit/abschlussarbeiten/kohorte-4/abstract-2013-kreutler-anna.pdf>
- Lampert, T. (2010): Gesundheitliche Ungleichheit: Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status für die Gesundheit von Jugendlichen zu? In: Hackauf, H. & Ohlbrecht, H. (Hg.): *Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick*. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 44-65.
- Langer, M. & Wimmer-Puchinger, B. (2009): Essstörungen - ein aktuelles Problem für Gynäkologie und Geburtshilfe. In: *Journal für Gynäkologische Endokrinologie* (3), S. 6-13. Online verfügbar unter <http://www.kup.at/kup/pdf/8065.pdf>
- Lösel, F. (o.J.): Die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen unter belastenden Lebensumständen. Schutzfaktoren und Prozesse der Resilienz. Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Psychologie. Online verfügbar unter [http://www.oif.ac.at/service/zeitschrift_beziehungsweise/detail/?tx_ttnews\[tt_news\]=888&cHash=09ed303972045f3fc851209815cf683e](http://www.oif.ac.at/service/zeitschrift_beziehungsweise/detail/?tx_ttnews[tt_news]=888&cHash=09ed303972045f3fc851209815cf683e)
- MindMatters Programmzentrum (2017): MindMatters. Mit psychischer Gesundheit gute Schule entwickeln. Leuphana Universität Lüneburg, Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG). Online verfügbar unter <http://www.mindmatters-schule.de/>
- Opp, G. & Fingerle, M. (Hg.) (2007): *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. 2. Aufl. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG.
- Philipp, J., Zeiler, M., Waldherr, K., Nitsch, M., Dür, W. & Karwautz, A. (2014): The Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT) - Study: preliminary results from a pilot study. In: *Neuropsychiatr* (28), S. 198-207. DOI: 10.1007/s40211-014-0131-9.
- RADIX (2017): MindMatters - Programm. Online verfügbar unter <https://www.radix.ch/Gesunde-Schulen/Psychische-Gesundheit/MindMatters/PUEFS/>
- Reimann, S. & Hammelstein, P. (2006): Ressourcenorientierte Ansätze. In: *Gesundheitspsychologie*, S. 13-28. Online verfügbar unter <http://www.springer.com/psychology/klinische+psychologie/book/978-3-540-25462-1>
- Stangl, W. (o.J.): Bullying - Aggression unter Schülern. Online verfügbar unter <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/Bullying.shtml>

- Statistik Austria (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Online verfügbar unter http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/CH1066/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf
- Steinebach, C. & Steinebach, U. (2010): Resilienzförderung im Jugendalter. Die Stärken der Peerbeziehungen nutzen. In: Hackauf, H. & Ohlbrecht, H. (Hg.): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 304-320.
- Strizek, J., Anzenberger, J., Kadlik, A., Schmutterer, I. & Uhl, A. (2016): ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien. Online verfügbar unter https://www.praevention.at/fileadmin/user_upload/08_Sucht/ESPAD_OEsterreich_2015.pdf
- Weiß, H. (2007): Frühförderung als protektive Maßnahme - Resilienz im Kleinkindalter. In: Opp, G. & Fingerle, M. (Hg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 2. Aufl. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, S. 158-174.
- Weißl, B. & Gabrle, S. (2010): Jugendliche mit sozial-emotionaler Benachteiligung - Versuch einer Begriffsklärung. Online verfügbar unter <http://www.esf.at/esf/wp-content/uploads/Jugendliche-mit-sozial-emotionaler-Benachteiligung.pdf>
- Young, E. (2017): Wie man Jugendliche von Alkohol und Drogen fernhält. In: *Spektrum*, 08.11.2017. Online verfügbar unter <http://www.spektrum.de/news/suchtpraevention-in-island/1515343>

Foto- und Bildnachweise

<https://pixabay.com/de/mobbing-ausgrenzen-jugendliche-2888363/>

<https://pixabay.com/de/netzwerk-sozial-soziales-netzwerk-3075716/>

http://www.huffingtonpost.de/renato-paone-/island-alkohol-drogen-abhaengigkeit-sucht-hilfe_b_14437588.html

<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/projekt-superklasse/>

<http://www.kjhv-luebeck.de/leistungen/schulische-hilfe/projekte/projekt-details/items/du-weisst-wos-lang-geht.html>

<http://jugendprojekt-lift.ch/>

<http://www.mindmatters-schule.de/>

Impressum

Gesundheit Kompakt Berichtet

Herausgeber

Institut für Gesundheitsplanung

Weißewolfstraße 5/EG/1

4020 Linz

Tel.: 0732/784036

Mail: institut@gesundheitsplanung.at

Web: www.gesundheitsplanung.at

Autorin

Margaretha Bäck, MA

Ausgabe

6

Erscheinung

März 2018

ISSN: 2414-4096