

Gesundheitsförderung und Prävention für Jugendliche

Kriterien und Empfehlungen für eine inhaltliche Verbesserung des Angebotes im Kanton
Basel-Landschaft

Master-Thesis

zur Erlangung des Masters of Public Health
im Rahmen des Weiterbildungsstudiengangs Public Health
der Universitäten Basel, Bern und Zürich

vorgelegt von
lic. phil. Susanna Piccarreta, Basel,
von Riehen BS

Basel, Februar 2010

Projektbegleitung: Prof. Dr. Petra Kolip, Universität Bielefeld (D)

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| 1. Abstract..... | 4 |
| 2. Einleitung..... | 5 |
| 2.1 Hintergrund..... | 5 |
| 2.2 Ausgangslage..... | 5 |
| 2.3 Ziele und Forschungsfragen..... | 7 |
| 3. Methoden..... | 9 |
| 3.1 Literatursuche..... | 9 |
| 3.1.1 Elektronische Datenbanken..... | 9 |
| 3.1.2 Fachzeitschriften und Fachinstitutionen..... | 10 |
| 3.1.3 Referenzlisten..... | 12 |
| 3.2 Auswahl der relevanten Literatur..... | 13 |
| 3.3 Erfassen der Literatur..... | 14 |
| 3.4 Sortieren, zusammenfassen und berichten der Resultate..... | 14 |
| 4. Ergebnisse..... | 16 |
| 4.1 Ergebnisse zu der Forschungsfrage zu These 1..... | 16 |
| 4.1.1 Gesundheitsrelevante Herausforderungen..... | 16 |
| 4.1.1.1 Herausforderungen auf Mikroebene..... | 16 |
| 4.1.1.2 Herausforderungen auf Mesoebene..... | 18 |
| 4.1.1.3 Herausforderungen auf Makroebene..... | 21 |
| 4.1.2 Bewältigung der Herausforderungen durch Gesundheitsverhalten..... | 22 |
| 4.1.3 Epidemiologische Daten..... | 24 |
| 4.1.4 Zusammenfassung..... | 31 |
| 4.2 Ergebnisse zu den Forschungsfragen zu These 2..... | 33 |
| 4.2.1 Verschiedene Ansätze..... | 33 |
| 4.2.1.1 Alternativen zu Risikoverhaltensweisen..... | 33 |
| 4.2.1.2 Standfestigkeitstrainings und Förderung von Lebenskompetenz..... | 35 |
| 4.2.1.3 Positive jugendliche Entwicklung..... | 36 |
| 4.2.2 Ansätze und Wirksamkeit in verschiedenen Themengebieten..... | 37 |
| 4.2.2.1 Bewegung und Ernährung..... | 38 |
| 4.2.2.2 Sucht..... | 39 |
| 4.2.2.3 Psychische Gesundheit..... | 43 |
| 4.2.2.4 Sexualität..... | 45 |
| 4.2.2.5 Externalisierendes Verhalten..... | 46 |
| 4.2.2.6 Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung..... | 48 |

| | |
|--|----|
| 4.2.2.7 Unfälle..... | 48 |
| 4.2.2.8 Kardiovaskuläre und onkologische Erkrankungen..... | 48 |
| 4.2.2.9 Interkulturelle Kompetenz und soziale Integration..... | 49 |
| 4.2.2.10 Lärmbedingte Hörstörungen..... | 49 |
| 4.2.3 Zusammenfassung..... | 50 |
| 4.3 Ergebnisse zu der Forschungsfrage zu These 3..... | 52 |
| 4.3.1 Wirksamkeit und Qualität..... | 52 |
| 4.3.2 Vermittlungsform..... | 53 |
| 4.3.3 Fokussiertes Gesundheitsthema..... | 53 |
| 4.3.4 Settings..... | 54 |
| 4.3.5 Zeitpunkt des Einsetzens und Dauer..... | 56 |
| 4.3.6 Zielgruppenorientierung..... | 58 |
| 4.3.7 Zusammenfassung..... | 61 |
| 5. Diskussion..... | 63 |
| 6. Danksagung..... | 69 |
| 7. Bibliografie..... | 70 |
| 8. Anhang..... | A1 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Übersicht über Ein- und Ausschluss von Literaturquellen im Verlauf der <i>scoping study</i> | 15 |
|--|----|

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Entwicklungsaufgaben nach Havighurst (1952), Dreher und Dreher (1985) und Fend (2000) (zit. in Göppel, 2005)..... | 17 |
| Tabelle 2: Zusammenhang zwischen Entwicklungsaufgaben und Gesundheitsverhalten nach Pinquart und Silbereisen, 2002..... | 23 |
| Tabelle 3: Kriterien und Empfehlungen für präventive und gesundheitsfördernde Interventionen für Jugendliche (Ableitung aus Ergebnissen der <i>scoping study</i>)..... | 66 |

1. Abstract

Die Gesundheitsförderung Baselland hat als Abteilung der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion den Auftrag, das kantonale Angebot für Jugendliche an Prävention und Gesundheitsförderung zu überprüfen. Die vorliegende Arbeit leistet hier einen Beitrag, indem ihre Ergebnisse als Grundlage zur inhaltlichen Überprüfung des Angebotes verwendet werden. Sie untersucht die Fragen, mit welchen gesundheitsrelevanten Herausforderungen Jugendliche konfrontiert sind, inwiefern sie dabei mit Angeboten an Prävention und Gesundheitsförderung positiv unterstützt werden können, auf welchen Ebenen diese genau ansetzen sollen und welche Ansätze und Formen sich als effektiv erwiesen haben. Aus den entsprechenden Ergebnissen werden Empfehlungen und Kriterien für präventive und gesundheitsfördernde Intervention für Jugendliche im Baselland abgeleitet. Dazu wurde eine *scoping study* durchgeführt. Mittels einer Literatursuche in verschiedenen Datenbanken und mittels Handsuche wurden 384 relevante Quellen gefunden, von denen – nach verschiedenen Ausschlussverfahren – insgesamt total 65 analysiert und 63 definitiv in die vorliegende Arbeit einbezogen wurden. Ein Hauptteil der vorliegenden Arbeit befasst sich mit den Ergebnissen der Analyse: In einem ersten Ergebnisteil werden anhand vorwiegend entwicklungs- bzw. gesundheitspsychologischer, soziologischer Literatur und epidemiologischer Daten die gesundheitsrelevanten Herausforderungen im Jugendalter aufgezeigt. In den nächsten beiden Teilen werden Forschungsergebnisse zu Prävention und Gesundheitsförderung diskutiert: Zuerst wird dargelegt, welche Ansätze an Prävention und Gesundheitsförderung allgemein und innerhalb verschiedener Themengebiete (Bewegung und Ernährung, Suchtmittel, psychische Gesundheit etc.) wirksam sind. Um zu sehen, auf welchen Ebenen diese genauer ansetzen sollen, werden danach entsprechende Kriterien und Empfehlungen themenübergreifend erläutert. Für einen Überblick über die so gewonnenen Erkenntnisse und die Ableitung auf die inhaltliche Verbesserung des Angebotes an Prävention und Gesundheitsförderung für Jugendliche im Kanton Basellandschaft werden diese im Diskussionsteil kurz zusammengefasst in einer Übersichtstabelle aufgeführt.

2. Einleitung

Nach einer kurzen Auslegung des Hintergrundes, der Ausgangslage und entsprechender Ableitung der Thesen und Forschungsfragen in diesem Kapitel, wird im 3. Kapitel erläutert, wie die Methode der *scoping study* zur Generierung der Ergebnisse angewendet wurde. Das darauf folgende 4. Kapitel bildet den Hauptteil der Arbeit und erläutert die Ergebnisse, unterteilt nach den Forschungsfragen zu den drei Thesen. Der Abschluss bildet die Diskussion der Erkenntnisse mit einer tabellarischen Kurzzusammenfassung.

2.1 Hintergrund

Die Gesundheitsförderung Baselland hat als Abteilung der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft einen spezifischen Auftrag mit dem Titel *Gesundheit junger Menschen - Überprüfung des kantonalen Angebots und der Koordinationsstrukturen im Jugendbereich* erhalten. Dieser ist im Regierungsprogramm des Kantons Basel-Landschaft 2008-2011 festgehalten und hat zum Ziel, das kantonale Angebot im Präventionsbereich mit seinen Koordinations- und Kontrollstrukturen für Jugendliche zu überprüfen und entsprechend neu auszurichten. Zur Erfüllung dieser Aufgabe ist in einem ersten Schritt eine Bedarfsanalyse zu den Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten für Jugendliche im Kanton Basel-Landschaft vorgesehen. Die vorliegende Projektarbeit leistet hier einen grundlegenden Beitrag: Ihr Ziel ist, zu analysieren, mit welchen gesundheitsrelevanten Herausforderungen Jugendliche (im Speziellen im Kanton Basel-Landschaft) konfrontiert sind und welche Massnahmen, in Form von gesundheitsfördernden bzw. präventiven Angeboten, sie dabei unterstützen können. Unter anderem auf der Grundlage dieser Ergebnisse wird die Gesundheitsförderung Baselland das bestehende kantonale Angebot an Prävention und Gesundheitsförderung für Jugendliche überprüfen und entsprechende Anpassungen entwickeln. Auf welcher theoretischen Ausgangslage die vorliegende Arbeit erarbeitet wurde, wird im nachfolgenden Abschnitt kurz erläutert.

2.2 Ausgangslage

Der Beginn des Jugendalters wird durch das Eintreten der Geschlechtsreife, d.h. den Anfang der Pubertät, definiert. Der Begriff der Adoleszenz fokussiert dabei auf die Entwicklungs- und Veränderungsprozesse in dieser Lebensphase. Je nach Autor und Fachgebiet werden zur Definition verschiedene Begriffe und Altersspannen benutzt (Göppel, 2005). Gemäss Hurrelmann (1994, zit. in Göppel, 2005) ist eine altersmässige Festlegung der Jugendphase weder möglich noch sinnvoll, sondern es soll auf die Spezifitäten dieses

Lebensabschnittes konzentriert werden. Markant ist die Verdichtung von Entwicklungsaufgaben, die aus unterschiedlichsten Bereichen wie Beruf, Selbst, Gleichaltrige, Zukunftsperspektive, Werte, Körper, Beziehung, Rolle, Ablösung, Partnerschaft/Familie (Dreher & Dreher, 1996, zit. in Oerter & Dreher 2008) und anderen (Göppel, 2005) bewältigt werden müssen. Nach Grob & Jaschinski (2003) gibt es Hinweise darauf, dass Adoleszente heutzutage dabei mit schwierigeren Problemen und grösserem Druck wie elterlicher Scheidungsrate, Arbeitsmarktkonkurrenz etc. konfrontiert sind als einige Jahre zuvor.

Die Bewältigung dieser Herausforderungen ist gesundheitsrelevant: Z.B. kann Gesundheitsverhalten zur Bewältigung eingesetzt werden, welches je nach Risiko- und Schutzfaktoren mehr oder weniger riskant ist (Pinquart & Silbereisen, 2007). Dies zeigt sich auch in epidemiologischen Daten: In den westlichen Industrienationen ist das (Kindes- und) Jugendalter der gesundeste Altersabschnitt, aber mit zunehmendem Alter der Jugendlichen steigt das gesundheitsgefährdende Verhalten wie Substanzkonsum, Delinquenz, ungesunde Ernährung klar an (Göppel, 2005; Klein-Hessling, 2006). Es erreicht einen Höhepunkt zwischen 17 und 22 Jahren und sinkt danach wieder (Groenemeyer, 2001; Pinquart & Silbereisen, 2007). Zu den häufigsten Todesursachen im Jugendalter zählen Verkehrsunfälle und Selbstmord (Hackauf, 2002). Somit beruhen die meisten gesundheitlichen Gefahren im Jugendalter auf konkreten Verhaltensweisen (Pinquart & Silbereisen, 2002). Eine Unterstützung bei diesem Bewältigungsprozess erscheint sinnvoll und Prävention und Gesundheitsförderung kann hier ansetzen. Prävention will Risikofaktoren verringern und das Auftreten von Gesundheitsproblemen vermeiden. Gleichzeitig hat die Gesundheitsförderung die Stärkung von Schutzfaktoren und gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten zum Ziel (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2007). Präventive Differenzierungen sind die Primärprävention (Verhinderung des Neuauftretens einer Krankheit), die Sekundärprävention (Krankheitsfrüherkennung und -eindämmung) und die Tertiärprävention (Milderung von Konsequenzen einer bereits vorhandenen Krankheit) sowie universelle (flächendeckende), selektive (bei Risikopersonen) und indizierte (bei bereits aufgetretenen Krankheitsvorstufen) präventive Ansätze. Auch wird zwischen Verhaltensprävention (individuelle Verhaltensänderung) und Verhältnisprävention (Veränderung der Umweltbedingungen) unterschieden (Leppin, 2007).

Wie genau Prävention und Gesundheitsförderung hier sinnvoll gestaltet werden können, kann aus verschiedenen Theorien abgeleitet werden. Um Anforderungen wie z.B. die Entwicklungsaufgaben gesundheitsfördernd bewältigen zu können, brauchen Jugendliche nach Becker (2006) und Fend (2000, zit. in Rothgang, 2009) entsprechende interne bzw. persönliche und externe bzw. soziale Ressourcen. Nach anderen Ansätzen, die auf Anto-

novskys salutogenetischem Modell (Antonovsky, 1997) basieren, muss das Kohärenzgefühl der Jugendlichen gefördert werden (Höfer, 2000; Keupp, 2008). Weitere Strategien können aus dem Konzept der Gesundheitsdeterminanten gezogen werden. Es ist breit angelegt und weist darauf hin, dass – neben den Faktoren Alter, Geschlecht und Erbanlagen – die individuelle Verhaltens- und Lebensweise, soziale und kommunale Unterstützung, Lebens- und Arbeitsbedingungen und Zugang zu Einrichtungen und Diensten sowie sozioökonomische, kulturelle und physische Umweltbedingungen einen Einfluss auf die Gesundheit haben (Dahlgren & Whitehead, 1991, zit. in Meyer, 2009).

Es scheint, dass aufgrund individueller Unterschiede verschiedenartige gesundheitsfördernde als auch (primär- und sekundär-) präventive Massnahmen notwendig sind (Pinquart & Silbereisen, 2007). Dabei sind auch Differenzierungen nach Geschlecht wichtig. Mädchen zeigen eher internalisierendes und Jungen eher externalisierendes Gesundheitsverhalten, was sich teilweise in grossen Genderunterschieden äussert (Helfferich, 2001).

Insgesamt kann also davon ausgegangen werden, dass sich aus Public-Health-Sicht präventive und gesundheitsfördernde Interventionen grundsätzlich lohnen, um Jugendliche bei der Bewältigung der gesundheitsrelevanten Herausforderungen zu unterstützen. Aufgrund dieser Ausgangslage wurden die nachfolgend erläuterten Ziele und Forschungsfragen formuliert.

2.3 Ziele und Forschungsfragen

Das Ziel der vorliegenden Masterarbeit ist zu analysieren, mit welchen gesundheitsrelevanten Herausforderungen Jugendliche konfrontiert sind und welche Massnahmen – in Form von gesundheitsfördernden und/oder präventiven Angeboten – sie bei der Bewältigung unterstützen können. Aus den Erkenntnissen sollen Kriterien für das Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebot für Jugendliche im Kanton Basel-Landschaft abgeleitet werden. Auf der Grundlage des bisher Erörterten werden dazu folgende Thesen aufgestellt:

1. Wie oben erwähnt, müssen in der Jugend verdichtet vorhandene Entwicklungsaufgaben und Herausforderungen bewältigt werden. Je nach zur Verfügung stehenden Ressourcen und vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren können diese besser oder schlechter bewältigt werden, was Auswirkungen auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten hat.

⇒ **These 1:** Jugendliche stehen vor entwicklungsspezifischen Herausforderungen, deren Bewältigung gesundheitsrelevant ist.

2. Wird angenommen, dass die notwendigen Ressourcen gefördert, die objektiven Gegebenheiten verändert und die Risiko- und Schutzfaktoren beeinflusst werden können, kann davon ausgegangen werden, dass mittels gesundheitsfördernder und präventiver Interventionen Jugendliche bei der Bewältigung von gesundheitsrelevanten Herausforderungen unterstützt werden können. ⇒ **These 2:** Präventive und gesundheitsfördernde Angebote können Jugendliche bei einer gesundheitsförderlichen Bewältigung dieser Herausforderungen unterstützen.

3. Zur Bewältigung von Herausforderungen braucht es Ressourcen auf verschiedenen Ebenen (interne und externe). Weiter können Gesundheitsdeterminanten auf verschiedenen Ebenen (Verhalten, Umweltbedingungen) beeinflusst werden. Ausserdem gibt es individuelle Unterschiede im Gesundheitsverhalten und bezüglich der Gesundheitsdeterminanten (Alter, Geschlecht). Entsprechend ist anzunehmen, dass Gesundheitsförderung und Prävention auf verschiedenen Ebenen stattfinden muss. ⇒ **These 3:** Präventive und gesundheitsfördernde Angebote für Jugendliche müssen auf verschiedenen Ebenen ansetzen, z.B. in Bezug auf verschiedene Zielgruppen (z.B. Alter, Entwicklungsstand, Geschlecht, Bildungs- bzw. Einkommensschicht), Settings (z.B. Familie, Schule, Gleichaltrige), Interventionsarten (z.B. Gesundheitsförderung, primäre und sekundäre Prävention).

Aus diesen Thesen lassen sich folgende **Forschungsfragen** ableiten:

Forschungsfrage zu These 1:

Mit welchen gesundheitsrelevanten Herausforderungen werden Jugendliche konfrontiert?

Forschungsfragen zu These 2:

Inwiefern können Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote die Jugendlichen bei einer gesundheitsförderlichen Bewältigung dieser Herausforderungen unterstützen?

Welche Angebote haben sich als wirksam erwiesen?

Forschungsfrage zu These 3:

Welche Kriterien müssen die Angebote erfüllen und auf welchen Ebenen müssen sie ansetzen?

Im nachfolgenden Abschnitt wird beschrieben, wie anhand der Methode der *scoping study* eine Antwort auf diese Forschungsfragen erarbeitet wurde.

3. Methoden

Für die Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine qualitative Literaturrecherche und -analyse durchgeführt. Durch die zunehmende Nachfrage nach evidenzbasierten Praktiken sind verschiedene Methoden und Anleitungen für die Durchführung von Literaturrecherchen entstanden, vor allem für die sogenannten *systematic reviews* (Arksey & O'Malley, 2005). Hier basiert die Literaturrecherche häufig auf randomisierten Fall-Kontrollstudien (The Cochrane Collaboration, 2009). Eine Recherche zu Gesundheitsförderungsinterventionen ist komplizierter als z.B. zu medizinischen Studien, da die Literatur breiter gestreut ist und durch die Multidisziplinarität der Gesundheitsförderung in verschiedenen Gebieten und Datenquellen gefunden werden kann (Armstrong & Waters, 2007). Auch die eher unspezifischen Fragestellungen der vorliegenden Projektarbeit betreffen ein breites Public-Health-Themenfeld. Die Literaturrecherche wurde deshalb in Anlehnung an die von Arksey und O'Malley (2005) beschriebene Methode der *scoping study* durchgeführt. Es handelt sich dabei um eine Review-Technik, mit der die relevante Literatur in dem fokussierten Themenfeld ausgelotet wird. *Scoping studies* fokussieren im Gegensatz zu den *systematic reviews* auf weniger spezifische Fragestellungen, sondern auf breitere Themengebiete, in denen nicht spezifische Studiendesigns ausgewählt, sondern Ergebnisse aus einer breiteren Spannbreite an Studien mit verschiedenen Designs berücksichtigt werden. Die Methode wird empfohlen, um Forschungsergebnisse zusammenzufassen und an Entscheidungsträger/innen und Praktiker/innen weiterzugeben (Arksey & O'Malley, 2005). Sie ermöglicht einen Überblick über Forschungsergebnisse zu einem Themengebiet in einem relativ kurzen Zeitfenster (Jones, 2004).

Das methodische Vorgehen folgte den Empfehlungen von Arksey und O'Malley (2005) und umfasste eine Literatursuche in elektronischen Datenbanken, Handsuche in Fachzeitschriften und Fachinstitutionen, sowie die Suche in Referenzlisten. Im folgenden Abschnitt werden diese Schritte genauer beschrieben.

3.1 Literatursuche

3.1.1 Elektronische Datenbanken

Die Literatursuche erfolgte in folgenden elektronischen Datenbanken: Kataloge der Bibliotheken der Schweizerischen Universitäten, PsycINFO/PsycINDEX, Social Sciences und PubMed/MEDLINE. Dabei wurden folgende Stichwörter für die Suche verwendet:

Zu gesundheitsrelevanten Herausforderungen des Jugendalters

- Jugend/Jugendliche/Jugendalter, Pubertät, Adoleszenz
- *youth, adolescence, puberty*

- Gesundheit, Gesundheitsverhalten
- *health, health behavior*
- Entwicklung, Entwicklungsaufgabe
- *developmental task*
- Risiko, Risikofaktoren, Stress, Anforderung, Herausforderung
- *risk, risk behavior, stress, challenge, demand*
- Schutzfaktoren, Coping, Stressbewältigung, Kohärenz, Salutogenese
- *protective factor, coping, resources, coherence, salutogenesis*

Zu Gesundheitsförderung und Prävention für Jugendliche

- Prävention, Gesundheitsförderung
- *health promotion, prevention, primary prevention*
- Wirksamkeit, Effektivität
- *effectiveness*

Die Suche erfolgte je nach Suchmaschine in deutscher und englischer Sprache. Die verschiedenen Suchmaschinen erlaubten mehr oder weniger grosse Eingrenzungsmöglichkeiten, was zu einer unterschiedlich spezifischen Suche führte. Je nach Gegebenheit der Suchmaschine wurden die Stichworte kombiniert und die Suche begrenzt auf die jugendliche Zielgruppe, Veröffentlichungen aus industrialisierten Ländern, Reviews oder Meta-Analysen und Publikation ab 1999. Aufgrund der unterschiedlichen Ausstattungen der Suchmaschinen mussten teilweise während des Suchprozesses die Stichwortformulierung etwas angepasst werden, wodurch die englischen und deutschen Begriffe teilweise variieren. Eine ursprünglich geplante Suche nach Literatur im Internet mit Google/Google scholar bzw. print/booksearch wurde nicht zu Ende geführt, da sie eine unbewältigbare Anzahl Treffer ergab. Die Begriffe schliessen (auch in multipler Kombination) sehr breite Themenfelder ein, die sich nicht für die Suche im Internet zu eignen scheinen.

3.1.2 Fachzeitschriften und Fachinstitutionen

Arksey und O'Malley (2005) empfehlen eine „Handsuche“ in Schlüsselzeitschriften um Artikel zu eruieren, die sonst nicht gefunden werden. Dies wurde angewendet und dabei die Suche in deutschsprachigen Zeitschriften bevorzugt, denn obwohl die meisten elektronischen Datenbanken international angelegt sind, haben sie häufig eine US-amerikanische Tendenz (Arksey & O'Malley, 2005). Vor allem für die die Beantwortung der Forschungsfragen zu den Thesen 2 und 3 sollte aber eine kulturell nahe Übertragung der Erkenntnisse auf den Kanton Basel-Landschaft möglich sein.

In folgenden Zeitschriften wurde per Handsuche recherchiert:

- *Abhängigkeiten* (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Lausanne)
- *Suchtmagazin* (Kreuzlingen)
- *Health Promotion International* (Oxford University Press)
- *International Journal of Public Health* (Birkhäuser, Basel)
- *Journal of Adolescent Health* (Elsevier)
- *prävention* (Peter Sabo, Schwabenheim)
- *spectra* (Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit)
- *Sucht* (Neuland, München)
- *Prävention und Gesundheitsförderung* (Springer, Berlin)
- *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*

Weiter wurden per Handsuche Publikationen von zentralen in- und ausländischen Institutionen und Ergebnisse von themenspezifischen Tagungen und ähnlichen Anlässen zu gesundheitsrelevanten Herausforderungen Jugendlicher und entsprechenden effektiven Gesundheits- und Präventionsmassnahmen gesucht. Wiederum wurden Quellen aus dem nationalen und deutschsprachigen Raum bevorzugt. Die Internetseiten der folgenden Institutionen und Fachstellen wurden auf relevante Quellen in Form von Berichten oder Tagungsergebnissen hin überprüft:

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Deutschland (BZgA)
- Bundesverwaltung, Österreich (BMGFJ)
- Bundesverwaltung, Schweiz (BAG, BSV, obsan)
- Deutsches Jugendinstitut dji
- Eidgenössische Kommission für Kinder- und Jugendfragen
- Fachverband Sucht
- Fond gesundes Österreich
- Gesundheitsförderung Schweiz
- Gesundheitsförderungs- und Präventionsstellen der Schweizer Kantone
- Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich
- International Union for Health Promotion and Education IUHPE
- infodrog, Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht
- Jacobs Center for Productive Youth Development
- Public Health Schweiz
- Public Health Services

- RADIX Gesundheitsförderung
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme sfa
- Sommer-Akademie infoklick.ch, Verein für Kinder- und Jugendförderung
- Universitäre Institute: Institute für Sozial- und Präventivmedizin und Psychologische Institute der Universitäten Basel, Bern und Zürich
- World Health Organization WHO

3.1.3 Referenzlisten

Wie von Arksey und O'Malley (2005) empfohlen wurden weiter die Bibliografien von Quellen überprüft, die über die Datenbanksuche gefunden wurden, um sicherzustellen, dass sie eingeschlossen werden. Für die entsprechende Suche nach weiteren Quellen wurden folgende grundlegende Herausgeber- und Reviewarbeiten überprüft:

- Göppel, R. (2005). Das Jugendalter. Entwicklungsaufgaben, Entwicklungskrisen, Bewältigungsformen. *Pädagogik der Lebensalter, herausgegeben von Günther Bittner, Band 4*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Grob, A. & Jaschinski, U. (2003). *Erwachsen werden. Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. Weinheim: Beltz.
- Hackauf, H. & Jungbauer-Gans, M. (Hrsg.) (2008). *Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Evaluation von Präventionsmassnahmen*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lohaus, A., Jerusalem, M. & Klein-Hessling, J. (Hrsg.) (2006). *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Piquart, M. & Silbereisen, R. K. (2007). Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter. In K. Hurrelmann, T. Klotz, J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber.
- Richter, M. (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Röhrle, B. (2007) (Hrsg.). *Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Band 16. Prävention und Gesundheitsförderung Bd. III für Kinder und Jugendliche*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

3.2 Auswahl der relevanten Literatur

Der im Regierungsprogramm Baselland formulierte Auftrag betont in Bezug auf die Frage nach gesundheitlichen Herausforderungen der Jugendlichen im Kanton, dass bei der entsprechenden Bedarfsanalyse „heutige“ Herausforderungen und „neue wissenschaftliche Erkenntnisse“ berücksichtigt werden sollen. Deshalb wurde Literatur berücksichtigt, die ab 1999 veröffentlicht bzw. verfasst wurde. Weiter wurden folgende Kriterien definiert:

a. Einschlusskriterien:

- Veröffentlichung in deutscher oder englischer Sprache, bei Quellen aus der Schweiz auch in französischer Sprache
- Quellen aus industrialisierten Ländern (zur Übertragbarkeit der Ergebnisse)
- Bei Quellen aus elektronischen Datenbanken, Fachzeitschriften und Referenzlisten: umfassende Herausgeberwerke, Meta-Analysen, Reviewarbeiten, epidemiologische Studien (letztere für die Beantwortung von Forschungsfrage 1)
- Bei Quellen aus Fachinstitutionen: umfassende Herausgeberwerke, Meta-Analysen, Reviewarbeiten, epidemiologische Studien (Beantwortung von Forschungsfrage 1), Fachmeinungen, Konzepte, Tagungsauswertungen und Ähnliches
- Bei präventiven bzw. gesundheitsfördernden Interventionen: Anwendung von Ansätzen mit Ausrichtung auf Gesundheitsförderung oder primärer bzw. sekundärer Prävention
- Thematisierung gesundheitsrelevanter (entwicklungspsychologischer) Herausforderungen im Jugendalter
- Zielgruppe Jugendliche (ca. 12 bis 18 Jahre)

b. Ausschlusskriterien:

- Ausschliessliche Thematisierung von Interventionen auf tertiärpräventiver und therapeutischer Ebene
- Zielgruppe ausschliesslich Kinder und Erwachsene
- Zugang nach Abschluss der Literaturrecherche (Ende Juni 2009)
- Beschreibungen und Evaluationen von einzelnen Projekten/Angeboten

Mit der Suche in den elektronischen Datenbanken wurden insgesamt 2705 Quellen gefunden. Bei einer ersten Sichtung konnten einige, die nicht den oben genannten Einschluss- bzw. Ausschlusskriterien entsprachen oder doppelt vorkamen, sofort ausgeschlossen werden. Danach waren noch 229 Quellen aus der Datenbanksuche vorhanden. Dazu kamen 12 Ergebnisse aus der Suche in spezifischen Fachzeitschriften, die eingeschlossen werden konnten. Die Publikationen von Fachinstitutionen ergaben 83 schweizerische und 43 ausländische Resultate. Aus der Überprüfung der Referenzlisten kamen 17 relevante

Quellen hervor. Dies ergab eine Anzahl von 384 Quellen, die erfasst wurden (siehe Abbildung 1), wie im folgenden Abschnitt beschrieben wird.

3.3 Erfassen der Literatur

Die zentralen Angaben und Aussagen zu diesen 384 Quellen wurden möglichst vollständig tabellarisch in einer Excel-Datei erfasst (siehe Anhang 3: Tabellen A1 bis A3). Dazu gehörten:

- Herausgeber bzw. Zeitschrift und Autor bzw. Erstautor
- Publikationsjahr
- Land/Kantone des Untersuchungsbereiches
- Hauptthemen, Fragestellung und Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen
- Zielgruppenfaktoren (Alter, Geschlecht, sozialer/kultureller/Migrationshintergrund etc.)
- Methodik (Herausgeberwerk, Review, Meta-Analyse, Tagungsauswertung, Fachmeinungen etc.)
- Setting
- Art der Intervention: Ansatz Gesundheitsförderung oder Prävention
- Hauptergebnisse bzw. Empfehlungen

3.4 Sortieren, zusammenfassen und berichten der Resultate

Mit der Erfassung der zentralen Angaben und Aussagen in die Excel-Tabelle wurden weitere nicht relevante Quellen identifiziert. Damit die Analyse der Ergebnisse in einem innerhalb einer Masterarbeit bewältigbaren Volumen möglich war, wurden erfassten Quellen ausserdem weiter eingegrenzt. Für die Beantwortung der Forschungsfrage 1 zu den gesundheitsrelevanten Herausforderungen Jugendlicher wurde in erster Linie auf entwicklungs- bzw. gesundheitspsychologische und soziologische Literatur, sowie auf epidemiologische Angaben fokussiert. Für die Forschungsfragen 2 bezüglich der Unterstützung durch präventive und gesundheitsfördernde Angebote und für die Forschungsfrage 3 zu den verschiedenen Ebenen dieser Angebote wurden nur diejenigen Quellen berücksichtigt, die Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen allgemein thematisieren. Es wurden damit Quellen ausgeschlossen, die sich als abgeschlossenes Werk auf gewisse Settings (z.B. Schule, Familie), Themen oder Phänomene (z.B. Sucht, Gewalt, Gangs etc.), Bevölkerungsgruppen (z.B. nur Migrationsbevölkerung) spezifizieren. Das Ziel der Beschränkung war nicht nur, die Anzahl auszuwertender Quellen einzuschränken, sondern auch die Erkenntnis zum Handlungsbedarf in Bezug auf spezifische Themen, Settings oder Bevölkerungsgruppen nicht von vornherein zu beeinflussen. Die Quellen zur

Beantwortung der beiden letzten Forschungsfragen bestanden in erster Linie aus Forschung zu verschiedenen Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen sowie Erkenntnissen zu ihrer Wirksamkeit und zum Handlungsbedarf in Bezug auf verschiedene Themenbereiche. Auch konnten aus ihrer Analyse entsprechende Angebotskriterien abgeleitet werden. Nach diesem weiteren Eingrenzungsprozess standen 65 Quellen in Form von einzelnen Veröffentlichungen und Artikeln bis zu grösseren Herausgeberwerken zur Verfügung, deren Inhalte analysiert und die entsprechenden Erkenntnisse zusammengefasst und entlang der Forschungsfragen strukturiert wurden (siehe 4. Ergebnisse). 63 von ihnen fanden definitiv Eingang in die Endversion der Master-Thesis, 2 Quellen wurden weiter aufgrund mangelnder Relevanz für die Beantwortung der Forschungsfragen ausgeschlossen (siehe Abbildung 1).

Gemäss Arksey und O'Malley (2005) ist bei *scoping studies* eine Synthetisierung der Ergebnisse nicht möglich. Sie sollen hingegen in einer thematischen Gliederung dargestellt werden, wobei ihre Qualität nicht bewertet wird. Entsprechend werden im nächsten Kapitel die Ergebnisse aus den Inhalten der in dieser Recherche gefundenen Literatur zu jeder der drei Forschungsfragen thematisch gegliedert dargelegt.

| Vorgehen | Einschluss von Quellen | Anzahl Quellen | Vorgehen | Ausschluss von Quellen |
|---|------------------------|----------------|----------|---|
| Suche elektronische Datenbanken | | 2705 | | |
| | | ↓ | | Ausschluss gemäss Einschluss- und Ausschlusskriterien und doppelte Ergebnisse: -2476 |
| | | 229 | | |
| Handsuche Fachzeitschriften: +12 Handsuche Publikationen Fachinstitutionen Schweiz: +83 Handsuche Publikationen Fachinstitutionen Ausland: +43 Handsuche Referenzlisten: +17 | | ↓ | | |
| | | 384 | | |
| | | ↓ | | Sortieren der zentralen Angaben und Aussagen der Quellen. Ausschluss von nicht relevanten oder spezifisch auf gewisse Settings, Themen, Bevölkerungsgruppen etc. begrenzten Quellen (-314) und nicht erhältliche Literaturnachweise (-5). |
| | | 65 | | |
| Analyse zur Beantwortung der Forschungsfragen. | | ↓ | | In die Endversion der Master-Thesis nicht eingeschlossene Quellen aufgrund mangelnder Relevanz: -2. |
| | | 63 | | |
| In der Master-Thesis definitiv berücksichtigte Quellen (einzelne Artikel und Herausgeberwerke) | | | | |

Abbildung 1: Übersicht über Ein- und Ausschluss von Literaturquellen im Verlauf der *scoping-study*.

4. Ergebnisse

4.1 Ergebnisse zu der Forschungsfrage zu These 1

Wie bereits erwähnt wurde für die Beantwortung der Forschungsfrage 1 („Mit welchen gesundheitsrelevanten Herausforderungen werden Jugendliche konfrontiert?“) in erster Linie auf Analysen entwicklungs- bzw. gesundheitspsychologischer und soziologischer Literatur, sowie epidemiologische Angaben fokussiert. In den nachfolgenden Abschnitten sind die Ergebnisse der entsprechenden Literaturanalyse wiedergegeben. Sie werden anhand der verschiedenen Ebenen von gesundheitsrelevanten Herausforderungen, der Bewältigung durch das Gesundheitsverhalten und anhand epidemiologischer Daten als Hinweis auf die gesundheitsrelevanten Auswirkungen der Herausforderungen und entsprechendem Unterstützungsbedarf strukturiert.

4.1.1 Gesundheitsrelevante Herausforderungen

In Anlehnung an Bronfenbrenners Theorie ökologischer Systeme (Bronfenbrenner, 1979, zit. in Oerter, 1995), können die aus der Literaturanalyse hervorgehenden gesundheitsrelevanten Herausforderungen Jugendlicher anhand einer Mikro-, Meso- und Makroebene strukturiert werden. Nachfolgend werden sie anhand dieser Aufteilung erläutert.

4.1.1.1 Herausforderungen auf Mikroebene

Entwicklungsbedingte Herausforderungen auf Mikro-, d.h. individueller Ebene sind im Konzept der Entwicklungsaufgaben festgehalten, das 1948 durch Havighurst formuliert wurde (Flammer & Alsaker, 2002). Im Jugendalter verdichten sich Entwicklungsaufgaben, die „in oder zumindest ungefähr zu einem bestimmten Lebensabschnitt des Individuums entstehen, deren erfolgreiche Bewältigung zu dessen Glück und Erfolg bei späteren Aufgaben führt, während ein Misslingen zu Unglücklichsein, zu Missbilligung durch die Gesellschaft und zu Schwierigkeiten bei späteren Aufgaben führt“ (Havighurst, 1956, zit. in Göppel, 2005). Sie entstehen durch körperliche Veränderungen (Reifungsprozesse), genetische und biologisch-hormonelle Prozesse, gesellschaftliche Erwartungen und eigene individuelle Ziele und Wünsche (Mienert, 2008) und verändern sich über die Zeit und je nach Kultur (Göppel, 2005). In den 80er-Jahren fügten Dreher und Dreher (1985, zit. in Ferchoff, 2007) zusätzliche Aufgaben hinzu und hoben die eigene Identität und den Aufbau intimer Partnerschaften hervor. Weitere Aufgaben folgten später durch andere Autoren: richtiger Umgang mit dem Konsummarkt (Hurrelmann, 2007, zit. in Mienert, 2008), Erwerb von politischen Orientierungen und Schulabschluss/Erwerb schulischer Bildung

(Fend, 2001, zit. in Mienert, 2008), Übergang zur Automobilität (Mienert, 2003, zit. in Mienert, 2008). Bei Göppel (2005) ist ein Überblick und Vergleich über das Konzept der Entwicklungsaufgaben nach Havighurst (1952), Dreher und Dreher (1985) und Fend (2000) ersichtlich in der nachfolgenden Tabelle (Tabelle 1).

Tabelle 1: Entwicklungsaufgaben nach Havighurst (1952), Dreher und Dreher (1985) und Fend (2000) (zit. in Göppel, 2005)

| Entwicklungsaufgaben... | | |
|---|--|---|
| ...nach Havighurst, 1952 | ...nach Dreher & Dreher, 1985 | ...nach Fend, 2000 |
| Entwicklung neuer und reiferer Beziehungen mit den Gleichaltrigen beider Geschlechter | Aufbau eines Freundeskreises: Zu Altersgenossen beiderlei Geschlechtes werden neue, tiefere Beziehungen hergestellt | Umbau sozialer Beziehungen |
| Erwerb einer maskulinen oder femininen sozialen Rolle | Sich das Verhalten aneignen, das man in unserer Gesellschaft von einem Mann bzw. einer Frau erwartet | |
| Erreichung emotionaler Unabhängigkeit von Eltern und anderen Erwachsenen | Von den Eltern unabhängig werden bzw. sich vom Elternhaus loslösen | |
| Seinen eigenen Körper akzeptieren und wirksam einsetzen | Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung: Veränderungen des Körpers und des eigenen Aussehens annehmen | Den eigenen Körper bewohnen lernen |
| Erwerb ökonomischer Unabhängigkeit | | |
| Berufswahl und Berufsausbildung | Wissen, was man werden will und was man dafür können (lernen) muss. | Umbau der Leistungsbereitschaft und des Verhältnisses zur Schule. Berufswahl als Entwicklungsaufgabe |
| Vorbereitung auf Heirat und Familie | Aufnahme intimer Beziehungen zu Partner (Freund/Freundin) Vorstellungen entwickeln, wie der Ehepartner und die zukünftige Familie sein sollen | Umgang mit Sexualität lernen |
| | Über sich selbst im Bilde sein: Wissen, wer man ist und was man will. | Identitätsarbeit als Entwicklungsaufgabe |
| Erwerb von Begriffen und intellektuellen Fähigkeiten zur Ausübung der bürgerlichen Pflichten und Rechte | | |
| Anstreben und Entfaltung sozialverantwortlichen Verhaltens | | |
| Aneignung von Werten und einem ethischen System als Leitlinien des eigenen Verhaltens | Entwicklung einer eigenen Weltanschauung: sich darüber klar werden, welche Werte man hoch hält und als Richtschnur für sein eigenes Verhalten akzeptiert | Bildung als Entwicklungsaufgabe |
| | Entwicklung einer Zukunftsperspektive: Sein Leben planen und Ziele ansteuern, von denen man glaubt, dass man sie erreichen kann. | |

Verschiedene Autoren beschreiben den Umgang mit gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen als eigenständige Entwicklungsaufgabe (Grob & Jaschinski, 2003; Piquart & Silbereisen, 2007), wie z.B. der „richtige“ Umgang mit psychoaktiven Substanzen (Fischer & Leppin, 2006), wobei es darum geht, zu lernen, mit welchen Herausforderungen man umgehen kann bzw. nicht umgehen kann (Hurrelmann, 2007).

Die Entwicklungsaufgaben sind heutzutage oft nicht leicht zu bewältigen: der Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter ist fließender, der Erwachsenenstatus nicht klar definiert. Ausserdem hat sich die Zeitspanne zwischen biologischer Reife und Erreichen des Erwachsenenstatus durch eine vorverlagerte Pubertät mit gleichzeitig späterer wirtschaftlicher Selbständigkeit vergrößert. In gewissen Bereichen (z.B. Medien, Konsum, Sexualität, Freunde) kann früher Selbständigkeit erlangt werden als in anderen (z.B. ökonomisch, familiär) (Ferchoff, 2007; Piquart & Silbereisen, 2002). Ausserdem gibt es ge-

sellschaftliche Normen, bis wann Entwicklungsaufgaben gelöst sein sollten, wobei dies von Mädchen meist früher erwartet wird. Diese zeitlichen „Fristen“ können auf Jugendliche Druck ausüben (Grob & Jaschinski, 2003). Auch lösen gewisse Aufgaben an sich mehr Druck aus als andere (z.B. die Aufnahme intimer Partnerschaften und die Berufswahl) (Mienert, 2008). Die Shell-Jugendstudie (Hurrelmann & Albert, 2006) zeigt in diesem Zusammenhang im Speziellen, dass sich Jugendliche im Vergleich zu den Ergebnissen der Shell-Studie aus früheren Jahren stärkere Sorgen machen, ihren Arbeitsplatz zu verlieren bzw. keine adäquate Beschäftigung zu finden. Eine schwierige oder erfolglose Bewältigung der Entwicklungsaufgaben hat klar Auswirkungen auf die Gesundheit, indem einerseits Stress und andererseits gesundheitsgefährdendes Verhalten entstehen kann (Ferchoff, 2007; Göppel, 2005; Groenemeyer, 2001; Grob & Jaschinski, 2003).

4.1.1.2 Herausforderungen auf Mesebene

Verschiedene Settings

In der Adoleszenz finden verschiedene soziale Veränderungen statt. Einflüsse aus unterschiedlichen Settings wie z.B. Familie, Schule, Gleichaltrigengruppe wirken auf die Jugendlichen und ihre Gesundheit (Richter, 2008). Junge Menschen, die neben den eigenen Ressourcen die Unterstützung von aussen wahrnehmen, weisen z.B. höhere Werte an Lebenszufriedenheit, weniger Gesundheitsbeschwerden und mehr gesundheitsförderndes Verhalten auf (Currie, Roberts, Morgan, Smith, Settertobulte, Samdal & Rasmussen, 2004). Die Familie ist einer der wichtigsten Kontexte für die Entwicklung des Kindes im Allgemeinen und für die Entwicklung von Gesundheitskonzepten im Speziellen. Die internationale HBSC-Auswertung 2001/2001 zeigt z.B., dass die Leichtigkeit, mit der sowohl mit Müttern als auch mit Vätern kommuniziert werden kann, mit guter subjektiver Gesundheit assoziiert ist. Diese ist auch mit der Familienstruktur verbunden: Mehr Jugendliche mit guter subjektiver Gesundheit leben mit beiden Eltern als mit einem Elternteil oder in Stieffamilien (Pedersen, Granada Alcon, Moreno Rodriguez & Smith, 2004). Die Bedeutung der Familienstruktur für die Gesundheit ist aber auch abhängig von anderen gesundheitsrelevanten Merkmalen, wie dem Wohlstand, der z.B. bei Alleinerziehenden und neu zusammengesetzten Kleinfamilien häufig geringer ist (Erhart & Ravens-Sieberer, 2008). Gemäss der Schweizerischen NFP 52-Studie variieren gesundheitliche Indikatoren auch mit dem Erziehungsverhalten: Junge Menschen, die einen reifen Erziehungsstil erlebt haben, weisen die besten Indikatoren auf; bei einem gleichgültigen sowie bei einem paradoxen Erziehungsstil sind die schlechtesten Indikatoren ersichtlich (Schultheis, Perrig-Chiello & Egger, 2008). Von den in der HBSC-Auswertung für den Kanton Basel-Landschaft im Jahr

2006 untersuchten 11- bis 15-Jährigen leben die meisten mit beiden Eltern zusammen (76.3%), fast ein Viertel aber nicht in Zwei-Eltern-Familien (14% mit alleinerziehenden Müttern bzw. Vätern, 7% in Patchwork-Familien und 0.5% in Heimen oder Pflegefamilien) (Weiss & Dratva, 2008). Gemäss der NFP 52-Studie verbringen Jugendliche in der Schweiz mit zunehmendem Alter weniger Freizeit mit ihren Eltern, dennoch nimmt die „Gesprächskultur“ in den Familien zu: Es werden vermehrt Gespräche über die Aussenwelt wie z.B. Politik und Soziales und über die Innenwelt, z.B. eigene Probleme geführt (Schultheis, Perrig-Chiello & Egger, 2008).

In der Pubertät vergrössern Jugendliche ihr soziales Netz und die Anzahl der Kontakte zu Freunden im gleichen Alter. Dabei haben die Gleichaltrigen einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und auf gesundheitsbezogene Einstellungen. Sie beeinflussen und verstärken Normen und Werte, die soziale und kulturelle Identität und den Zugang zu Verhaltensmodellen. Dies kann sich sowohl risikoreich als auch protektiv auswirken: Jugendliche mit vielen Freunden berichten sowohl von mehr gesundheitsförderndem als auch mehr gesundheitsschädlichem Verhalten (Göppel, 2005; Settertobulte & Gaspar de Mateos, 2004).

Das Setting Schule hat eine grosse Bedeutung für die Gesundheit von Jugendlichen. Schulische Leistungen beeinflussen die Anfälligkeit Jugendlicher für Gesundheitsrisiken: Schüler/innen, die ihre Leistungen als nur mässig einschätzen, beginnen z.B. früher mit Alkohol- und Tabakkonsum und werden eher zu Gewohnheitstrinker/innen bzw. Raucher/innen. Weiter hängt Gesundheit mit Lernfähigkeit zusammen: Gesunde Kinder scheinen schneller, umfassender und mit mehr Freude zu lernen. Auch haben junge Menschen, die die Schule mögen, eher ein hohes subjektives Wohlbefinden, während Jugendliche, die die Schule nicht mögen, eher schlechtere Schulleistungen zeigen, die von Stressgefühlen begleitet werden können, was wiederum zu subjektiven Gesundheitsbeschwerden und niedrigerer Lebenszufriedenheit führen kann. Ein gutes Klassenklima unterstützt die psychosoziale Gesundheit der Schüler/innen (Bilz & Melzer, 2008; Tschumper & Diserens, 2004). In der internationalen HBSC-Auswertung von 2001/2002 erhöht sich der wahrgenommene Druck aus der Schule mit zunehmendem Alter und ist am höchsten bei Mädchen im Alter von 15 Jahren (IUHPE, 2000; Naidoo & Wills, 2003; Samdal, Dür & Freeman, 2004).

Die Mehrheit der Jugendlichen aus der SMASH-Studie (2002) bezeichnete das Klima in ihrer Schulklasse als angenehm (Narring, Tschumper, Inderwildi Bonivento, Jeannin, Ador, Bütikofer, Suris, Diserens, Alsaker, Michaud, 2004).

Soziale Ungleichheiten

Soziale Ungleichheiten können in Form von sozioökonomischen Faktoren, Armut, Schicht, Migration oder Geschlecht existieren und zu ungleichen gesundheitlichen Bedingungen führen (Schultheis, Perrig-Chiello & Egger, 2008). Z.B. kann ein niedriger sozioökonomischer Status mit einer schlechteren subjektiv eingeschätzten Gesundheit, einem geringeren Gesundheitsbewusstsein und einer höheren Mortalität zusammenhängen (Seifert, 2002). Die KiGGs-Studie zeigt z.B., dass Jugendliche mit niedrigerem Status weniger frisches Obst essen, weniger sportlich aktiv sind sowie mehr psychische und Verhaltensprobleme aufweisen (Lampert, Mensink, Hölling & Kurth, 2008). Ähnlich ergab die Shell-Jugendstudie 2006 (Hurrelmann & Albert, 2006), dass gesundheitsschädigende Verhaltensweisen bei Jugendlichen – wie ungesunde Ernährung, mangelnde körperliche Bewegung und regelmässiges Zigarettenrauchen – in der Unterschicht viel häufiger vorkommen als in mittleren und oberen Sozialschichten. Hingegen trinken junge Männer aus wohlhabenderen Familien eher regelmässig Alkohol und haben mehr Rauscherfahrungen als diejenigen aus niedrigeren Schichten (Nickel, Ravens-Sieberer, Richter & Settertobulte, 2008). Richter (2005) weist darauf hin, dass Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheitsverhalten in der Adoleszenz bei Verhaltensweisen, die eher dem elterlichen Einfluss unterliegen (z.B. Zahnhygiene, Fernsehkonsum) stärker und mit zunehmendem Alter der Jugendlichen deutlicher werden. Bei Mädchen finden sich ausserdem grössere und konsistentere Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Faktoren und dem Gesundheitszustand als bei Jungen (Richter, 2005). Demografische Daten zeigen, dass diese Aspekte nicht zu vernachlässigen sind. In der EU erhöht sich die Zahl der Personen, die in armen Haushalten leben, seit Ende der 80er-Jahre (Seifert, 2002). In der HBSC-Auswertung für den Kanton Basel-Landschaft 2006 ist der Wohlstandsindex (*Family Affluence-Score*) – gemessen an „Ein Zimmer für sich alleine haben“, Autobesitz, Anzahl Computer, Anzahl Urlaube im letzten Jahr – unter den befragten Jugendlichen folgendermassen verteilt: 46.3% hoch, 42.9% mittel, 9.1% niedrig (Weiss & Dratva, 2008). 2008 waren im Baselland 35.4% der durch Sozialhilfe unterstützten Personen unter 18 Jahre alt (Statistisches Amt Baselland, 2009).

Die Migrationsbevölkerung umfasst eine heterogene, vielschichtige Bevölkerungsgruppe. Durch einen erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem, einem höheren Anteil an sozial deprivierten Personen und häufiger Kumulation von Belastungen sind sie grundsätzlich aber stärker gesundheitlich gefährdet (Hornung, 2007). Jugendliche mit Migrationshintergrund berichten zu einem grösseren Anteil über psychosomatische Gesundheitsbeschwerden und ein beeinträchtigtes psychisches Wohlbefinden. Sie haben ein höheres

Risiko für wiederholte physische Auseinandersetzungen und eine etwas geringere Wahrscheinlichkeit für Tabak- und Alkoholkonsum (Erhart, Schenk, Ravens-Sieberer, 2008). Jungen mit Migrationshintergrund sind häufiger Opfer von Mobbing, was allerdings durch die Familienstruktur oder durch das Familienklima und Persönlichkeitsfaktoren beeinflusst wird (Melzer, Bilz, Dümmler, 2008). Deutliche Nachteile zeigen sich hinsichtlich potenzieller Gesundheitsdeterminanten: Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund leben zu einem wesentlich grösseren Anteil in Familien mit niedrigerem Wohlstand, berichten häufiger von Problemen in der familiären Kommunikation sowie einer mangelnden elterlichen Unterstützung in schulischen Dingen und erleben die schulischen Anforderungen häufiger als belastend. Häufig stehen sie zwischen den Sozialisierungseinflüssen ausserhalb der Elternfamilie und den Wertvorstellungen, Denkmustern, Normen und Verhaltenskodizes ihrer Familie bzw. Herkunftskultur (Erhart, Schenk, Ravens-Sieberer, 2008). Im Kanton Basel-Landschaft sind rund 22% der Kinder und Jugendliche ausländischer Herkunft, 9158 im Alter von 0 bis 14 und 2774 im Alter von 15 bis 19 Jahre (Statistisches Amt Baselland, 2009).

Gesundheitliche Ungleichheiten gibt es aber auch anhand von Geschlechtsunterschieden (Currie, Gabhainn, Godeau, Roberts, Smith, Currie, Pickett, Richter, Morgan & Barnekow, 2008). Bei den Entwicklungsaufgaben im Zusammenhang mit Sexualität und auf den sich verändernden Körper werden Jungen und Mädchen mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Erwartungen konfrontiert (Breinbauer & Maddaleno, 2005; Hähne & Dümmler, 2008). Von Mädchen wird eher erwartet, jungfräulich und unschuldig zu sein sowie sexuelle Erregung zu kontrollieren. Das männliche Ideal wird hingegen eher durch sexuelle Erfahrungen, Alkohol- und Drogenkonsum und delinquente Aktivitäten definiert (Breinbauer & Maddaleno, 2005). Entsprechend sind Jungen eher physisch aktiv und verhalten sich eher riskant; Mädchen ernähren sich eher gesund und sind weniger übergewichtig, machen aber auch mehr Diäten und sind eher unzufrieden mit ihrem Körper (Currie et al., 2008).

4.1.1.3 Herausforderungen auf Makroebene

Unsere heutige „diffuse“ Gesellschaft befindet sich in einem ständigen Wandel, was die Erarbeitung einer immer wieder neuen Identität und eine hohe Anpassungsfähigkeit der Jugendlichen erfordert. Alte Rituale, Verbindlichkeiten und traditionelle Initiationsriten haben sich aufgeweicht oder fehlen ganz. Dadurch entwickeln Jugendliche eigene Techniken um Übergänge zu strukturieren, was zu risikoreiche Verhaltensweisen führen kann. Mildere Formen solcher „Autoinitiation“ können z.B. Tätowierungen und Piercings sein, härtere z.B. Amoklauf, (versuchter) Suizid oder kriminelle Handlungen. Gleichzeitig herr-

schen ein u.a. durch die Massenmedien vermittelter Jugendkult mit jugendlichen Leitbildern, die Bewunderung der Jugend und Relativierung von Erfahrungsvorsprüngen Älterer. Das Erwachsensein ist keine gesellschaftliche Norm mehr und der Erwachsenenstatus ist schwieriger zu erreichen. Dies kann dazu führen, dass Jugendliche mit weniger Möglichkeiten zur Bewältigung gewisser Entwicklungsaufgaben (z.B. in Bezug auf die Berufsfindung), sich verweigern und gar nicht erwachsen werden wollen (Ferchoff, 2007; Mienert, 2008). Auch durch die ständigen und schnellen Veränderungen sozialer und ökonomischer Bedingungen ist es für Jugendliche heute allgemein schwieriger, die Unabhängigkeit zu erreichen, die es für einen Erwachsenenstatus braucht. Viele geben dabei auf, diesen überhaupt erreichen zu wollen (Gibson-Cline, 2000).

Die Individualisierung der modernen westlichen Gesellschaft zeigt sich am Abbau von traditionellen Orientierungen, Verhaltensvorschriften und festen Rollenerwartungen. Dies hat Auswirkungen auf alle Lebensbereiche und führt zu psychischen, sozialen und somatischen Folgen für die Jugendlichen (Hurrelmann, 2007).

Aus der modernen Gesellschaft gehen auch im Hinblick auf neue Phänomene Herausforderungen hervor: Jugendliche müssen den Umgang mit dem Internet, vor allem bezüglich Sexualität und der Unterscheidung zwischen Virtualität und Realität, lernen (Mienert, 2008). Weiter besteht heute im Hinblick auf die Sexualität eine Vorverlagerung der biologischen Geschlechtsreife und gleichzeitig eine erhöhte moralische Toleranz und Enttabuisierung, die in Kombination mit einer übermässigen massenmedialen und kommerziellen Nutzung Jugendlichen einen relativ frühen Zugang zur Sexualität verschafft (Ferchoff, 2007).

4.1.2 Bewältigung der Herausforderungen durch Gesundheitsverhalten

Verschiedene Autoren haben sich mit der Frage auseinandergesetzt, wie Gesundheitsverhalten im Jugendalter mit der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben zusammenhängt. Pinquart und Silbereisen (2002) stellen auf empirischer Grundlage dar, wie das Gesundheitsverhalten bei Jugendlichen Funktionen zur Lösung der Entwicklungsaufgaben übernimmt (siehe Tabelle 2). Demnach kann z.B. ungesunde Ernährung die Aufgabe des Erreichens von Unabhängigkeit und der Substanzkonsum die Aufgaben im Zusammenhang mit dem Aufbau von Beziehungen und der Identitätsentwicklung unterstützen. Durch gewisse Gesundheitsverhaltensweisen wie Konsum von Alkohol und Tabak oder frühe Sexualität erhalten Jugendliche ausserdem Privilegien des Erwachsenenalters, die sie von der Gesellschaft aufgrund ihres Alters noch nicht erhalten würden (Pinquart & Silbereisen, 2008). Gemäss weiterer Hinweise kann Substanzkonsum die Bewältigung von Problemen

beim Aufbau von gegengeschlechtlichen Beziehungen unterstützen (Silbereisen & Reese, 2001), der Konsum illegaler Drogen der Demonstration eines unkonventionellen Wertesystems dienen, der Alkohol soziale Funktionen übernehmen (Raithel, 2001). Weiter unterstützt das Übertreten von Normen und Regeln die Orientierung an der Gleichaltrigengruppe (Göppel, 2005) und gewaltaffines Verhalten die Identitätskonstruktion nach einem machistischen Männlichkeitsideal (Ulbrich-Herrmann & Claves, 2001). Jugendliche zeigen allgemein grosse interindividuelle Unterschiede in ihrem Gesundheitsverhalten. Ob es zu problematischem oder zu gesundheitsförderlichem Verhalten kommt, wird u.a auch durch den Startzeitpunkt der Pubertät, das Eltern- und Erziehungsverhalten, Faktoren aus der Schule und der Gleichaltrigengruppe, Zugänglichkeit von Substanzen oder Verhütungsmitteln, soziale Kontrolle, öffentliche Sensibilisierung für Risikoverhalten, zu riskantem Gesundheitsverhalten inkompatible Aktivität und Persönlichkeitsfaktoren beeinflusst (Pinquart & Silbereisen, 2007; Ruch & Zuckerman, 2001; Groenemeyer, 2001).

Tabelle 2: Zusammenhang zwischen Entwicklungsaufgaben und Gesundheitsverhalten nach Pinquart und Silbereisen, 2002

| Entwicklungsaufgabe | Funktion des Gesundheitsverhaltens |
|--|---|
| Erreichung zunehmender Unabhängigkeit von den Eltern | <ul style="list-style-type: none"> - Unabhängigkeit von den Eltern demonstrieren - Bewusste Verletzung elterlicher Verhaltenserwartungen und elterlicher Kontrolle ⇒ Bsp.: Konsum von Fastfood als Reaktanz auf Essnormen der Erwachsenen |
| Aufbau von Beziehungen zu Gleichaltrigen | <ul style="list-style-type: none"> - Erleichterung des Zugangs zur Peergruppe - Erhalten von Anerkennung durch Gleichaltrige, Erhöhung des sozialen Status in der Gruppe - Demonstration der Zugehörigkeit zu einer Peergruppe ⇒ Bsp.: Anbieten einer Zigarette oder Einladen zu alkoholischen Getränken als Nutzung, um neue Bekanntschaften zu schliessen und um bei den Gleichaltrigen an Ansehen zu gewinnen. |
| Aufbau intimer Beziehungen | <ul style="list-style-type: none"> - Erleichterung der Kontaktaufnahme mit gegengeschlechtlichen Partnern - Aufnahme sexueller Aktivität/Sammeln sexueller Erfahrungen ⇒ Bsp.: Konsum von Alkohol und Drogen als Kontakterleichterung zum anderen Geschlecht; Sporttreiben und Körperpflege, um für das andere Geschlecht attraktiv zu sein. |
| Auseinandersetzung mit der körperlichen Entwicklung | <ul style="list-style-type: none"> - Anzeigen des Erwachsenenstatus/Erwachsen wirken („Pseudoreife“) - Erhöhung der körperlichen Attraktivität ⇒ Bsp.: Diätmassnahmen von weiblichen Jugendlichen, Muskelwachstums-Massnahmen bei männlichen Jugendlichen, um eine Abweichung vom Schlankheitsideal unserer Gesellschaft zu beheben. |
| Wissen, wer man ist und was man will, Identitätsentwicklung | <ul style="list-style-type: none"> - Neue Verhaltensweisen ausprobieren - Suche nach grenzüberschreitenden, bewusstseinserweiternden Erfahrungen und Erlebnissen - Ausdruck des persönlichen Stils/Symbolisierung der Identität, z.B. „cool sein“ - Steigerung des Selbstwerts ⇒ Bsp.: Motiv für Drogenkonsum wird von Jugendlichen häufig als „sich dadurch erwachsen fühlen“ beschrieben. |
| Entwicklung eines Lebensstils | <ul style="list-style-type: none"> - Teilhabe am subkulturellen Lebensstil - Spass haben und geniessen - Spannung und Erregung - Lernen eines bewussten Gesundheitsverhaltens ⇒ sowohl gesundheitsförderndes Verhalten als auch diesbezüglich riskante Verhaltensweisen können zu einem Element des Lebensstils werden (z.B. auch Zugehörigkeit zur Drogenszene). |
| Eigenes Wertesystem entwickeln | <ul style="list-style-type: none"> - Beabsichtigte Normverletzung/Ausdruck von Opposition gegen die Autorität der Erwachsenen und die konventionelle Gesellschaft. - Ausdruck sozialen Protests ⇒ Jugendliche, für die Unabhängigkeit wichtiger ist, als traditionelle Werte (wie Leistung oder Religion) zeigen in stärkerem Masse gesundheitliches Risikoverhalten. |
| Vorbereitung auf den Beruf | <ul style="list-style-type: none"> - Durch Attraktivität bzw. körperliche Stärke Berufschancen verbessern ⇒ Förderliche Einflüsse des Gesundheitsverhaltens auf diese Entwicklungsaufgabe sind kaum untersucht worden. |
| Entwicklungsprobleme bei der Bewältigung der obigen Aufgaben | <ul style="list-style-type: none"> - Stress- und Gefühlsbewältigung (Entspannung und Genuss verschaffen) - Ersatzziel (Gegenpol zu Langeweile und zu Misserfolgen bei der Lösung von Entwicklungsaufgaben) - Ausdruck mangelnder Selbstkontrolle ⇒ Belastungen oder ein Scheitern bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben und ein hohes Mass von Stress sind mit gehäuftem riskantem Gesundheitsverhalten und einem geringen Ausmass an gesundheitsförderndem Verhalten verbunden. |

4.1.3 Epidemiologische Daten

Verschiedene epidemiologische Daten zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Jugendlichen geben Hinweise auf die Gesundheitsrelevanz der Herausforderungen und den entsprechenden Unterstützungsbedarf der Jugendlichen. Um möglichst lokale bzw. auf den Kanton Basel-Landschaft übertragbare Aussagen treffen zu können, sind im folgenden Abschnitt prioritär Baselbieter und schweizerische Datenquellen abgebildet, ergänzt durch Ergebnisse aus dem Ausland, meistens aus Deutschland.

Die kantonspezifischste Datenquelle ist hier aktuell die entsprechende Auswertung der HBSC-Daten aus dem Jahre 2006 mit Schüler/innen zwischen 11 und 15 Jahren, welche die Themen Ernährung und Körpergewicht, Sport und Medienkonsum, Suchtmittelkonsum und subjektiver Gesundheitszustand behandelt (Weiss & Dratva, 2008). Weiter gibt es einige schweizweite epidemiologische Studien. Sie werden in der vorliegenden Arbeit als Ergänzung zu den Baselbieter Daten aufgeführt, da sie zusätzliche Daten zu weiteren Themen und zu älteren Jugendlichen beinhalten. Es sind dies z.B. die verschiedenen schweizweiten HBSC-Studien mit 11- bis 15-Jährigen (Delgrande Jordan & Annaheim, 2009; Kuendig, 2008; Kuntsche & Windlin, 2009; Schmid, Delgrande Jordan, Kuntsche, Kuendig & Annaheim, 2008; Tschumper & Diserens, 2004), die SMASH 2002-Studie mit 16- bis 20-Jährigen (Narring et al., 2004; Tschumper et al., 2004), die schweizerische ESPAD-Studie mit 13- bis 15-Jährigen (Gmel, Kuntsche, Wicki & Labhart, 2009), die Auswertungen für 15-Jährige aus der COCON-Studie (Schultheis et al., 2008) und der Schweizerische Gesundheitsbericht 2008 (Meyer, 2009). Eine weitere Ergänzung bilden Ergebnisse aus dem Ausland, die dort erwähnt werden, wo keine oder andere schweizerische Daten vorliegen.

Gemäss dem nationalen Gesundheitsbericht 2008 ist die Mehrheit der 10- bis 24-Jährigen in der Schweiz gesund. 10-30% leiden aber unter körperlichen bzw. psychischen Beeinträchtigungen, wobei körperliche Krankheiten (häufig mit infektiösem Ursprung) abnehmen und chronische Erkrankungen, Übergewicht, Suchtprobleme und Opfer von Gewalt zunehmen (Meyer, 2009). Auch in der SMASH-Studie 2002 beurteilt die Mehrheit der befragten 16- bis 20-Jährigen in der Schweiz ihre Gesundheit positiv mit wenig Unterstützungsbedarf und einem guten Zugang zur Gesundheitsversorgung. Ein Drittel hat aber Schwierigkeiten mit dem Gefühlszustand (negative Stimmung, Depressivität) oder bezüglich verschiedener gesundheitsschädigender Verhaltensweisen (Narring et al., 2004). Im Baselland lebt der überwiegende Teil der 11- bis 15-Jährigen relativ gesund, wobei das gesundheitsförderliche Verhalten mit dem Alter klar abnimmt. Dabei gibt es Geschlechtsunterschiede: z.B. berichten bei den 11- bis 15-Jährigen im Baselland Mädchen über einen

schlechten Gesundheitszustand häufiger als Jungen (z.B. doppelt so viele körperliche Beschwerden) und mit zunehmendem Alter vergrössert sich dieser Unterschied noch (Weiss & Dratva, 2008). Mädchen achten mehr auf ihr körperliches und psychisches Befinden und äussern sich auch mehr dazu. Die Pubertät beginnt bei den Mädchen früher und ist oft von einem unzufriedenen, subjektiven Körperbewusstsein begleitet (Kolip et al., 2006, zit. in Ravens-Sieberer, 2009).

Aus den nachfolgend ausgeführten epidemiologischen Studien gehen die folgenden wichtigen gesundheitsbezogenen Themen hervor. Sie beschreiben den Ist-Zustand bezüglich Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Jugendlichen und geben Hinweise auf ihre gesundheitsrelevanten Herausforderungen und entsprechenden Unterstützungsbedarf.

- **Müdigkeit:** Bei den Baselbieter 11- bis 15-jährigen Jugendlichen ist dies die am häufigsten genannte Gesundheitsbeschwerde (Weiss & Dratva, 2008), wobei sich aufgrund der gesamtschweizerischen Daten zeigt, dass dies mit dem Alter der Jugendlichen weiter ansteigt und – obwohl der Schlafbedarf in der Adoleszenz zunimmt – in der Praxis viele Jugendliche zu wenig schlafen (Tschumper et al., 2004).

- **Zufriedenheit mit dem eigenen Körper:** Veränderungen bezüglich des Körperkonzeptes, die mit beginnender Adoleszenz entstehen, bewirken neben einem starken Bedürfnis nach Veränderung des Körpers auch eine grössere Unzufriedenheit mit dem Körper und eine grössere Bedeutung des Körpergewichtes. Dies steht in engem Zusammenhang mit Essstörungen wie Bulimie und Anorexie. Mädchen legen dabei mehr Wert auf öffentliche Komponenten wie Aussehen und Figur, für Jungen sind Kraft und Vitalität wichtig (Seiffge-Krenke, 2008). Bei den 11- bis 15-jährigen Mädchen im Baselland wächst mit zunehmendem Alter die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper (von 24% auf 47.8%) und sie empfinden sich häufig als zu dick, auch wenn sie objektiv gesehen normal- oder untergewichtig sind (Weiss & Dratva, 2008). Auch schweizweit sind viele (40%) der 16- bis 20-Jährigen mit ihrem Aussehen und ihrem Körper unzufrieden. Sowohl der Anteil der Mädchen (zu dick fühlen) als auch der Jungen (zu schwächling oder zu dick fühlen), die unzufrieden sind, hat in den letzten 10 Jahren zugenommen (Narring et al., 2004).

- **Körpergewicht:** Ca. 10% der Jugendlichen (mehr Jungen) im Baselland ist übergewichtig. Mädchen sind eher untergewichtig (Weiss & Dratva, 2008).

- **Ernährung:** Bei den 11- bis 15-Jährigen im Baselland nimmt gesunde Ernährung mit zunehmendem Alter ab, und bei den Mädchen nehmen Diäten zu (Weiss & Dratva, 2008). Schweizweit essen Mädchen in dieser Altersgruppe häufiger gesunde Nahrungsmittel (vor allem Früchte und Gemüse) als Jungen (Delgrande Jordan & Annaheim, 2009). Diät- bzw.

problematisches Essverhalten können wie die oben erwähnte Unzufriedenheit mit dem Körper Vorzeichen einer klinischen Essstörung sein (Weiss & Dratva, 2008).

- **Bewegung:** Weniger als die Hälfte der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen im Baselland ist genügend körperlich aktiv (Weiss & Dratva, 2008). Schweizweit zeigt sich, dass die körperliche Aktivität im Alter zwischen 16 bis 20 Jahren kontinuierlich abnimmt (Narring et al., 2004). Ausserdem hat die Schweiz im internationalen Vergleich den niedrigsten Anteil an 11-Jährigen und einen niedrigen Anteil an 13-Jährigen, die sich mindestens eine Stunde täglich körperlich betätigen (Delgrande Jordan & Annaheim, 2009).

- **Suchtmittelkonsum:** Die Erfahrungen der 11- bis 15-jährigen Baselbieter/innen mit dem Konsum der psychoaktiven Substanzen Alkohol, Tabak und Cannabis bestehen vor allem aus Probierverhalten, ein regelmässiger Konsum ist eher selten (Weiss & Dratva, 2008). Allgemein gibt es bei diesen Substanzen in der Schweiz einen Abwärtstrend beim Konsum der 11- bis 15-Jährigen, nach einem deutlichen Zwischenhoch für Alkohol und Cannabis im Jahr 2002. Im Hinblick auf Alkohol ist zu erwähnen, dass im Baselland knapp 30% der 14- und 15-Jährigen (mehr Jungen als Mädchen) mindestens einmal in ihrem Leben richtig betrunken waren. Obwohl sie zu jung sind, um Alkohol in Geschäften zu kaufen, erwirbt ihn ein Viertel in Supermärkten und Kiosken (Weiss & Dratva, 2008). In der Schweiz ist der episodische Risikokonsum von Alkohol (Rauschtrinken) unter den Jugendlichen weit verbreitet und wird von gewissen Autoren als das wichtigste Public-Health-Problem im Jugendalter bezeichnet (z.B. Rehm, 2004, zit. in Gmel et al., 2009). Beim Tabak ist zu berücksichtigen, dass trotz des allgemein rückläufigen Trends immerhin knapp 30% der 14- und 15-jährigen untersuchten Baselbieter/innen (mehr Jungen als Mädchen) schon einmal Tabak konsumiert haben und der Konsum mit dem Alter bei den Jungen kontinuierlich, bei den Mädchen sprunghaft zwischen 14 und 15 Jahren zunimmt (Weiss & Dratva, 2008). Anhand der schweizweiten Daten sieht man eine weitere Zunahme über die Altersgruppen von 16 bis 20 Jahre (Narring et al., 2004).

Mit 75% hat der grösste Teil der 14- und 15-jährigen untersuchten Baselbieter/innen noch nie Cannabis konsumiert, und täglicher Cannabiskonsum ist bei dieser Altersgruppe sehr selten (Weiss & Dratva, 2008). Höhere Zahlen gibt es allerdings bei den älteren Schweizer Jugendlichen: Zwischen 48% (Mädchen) und 53% (Jungen) der 16-Jährigen und 60-73% (je nach Ausbildungstyp) der 20-Jährigen haben mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert (Narring et al., 2004). Ausserdem ist der Konsum von 11-, 13- und 15-jährigen Schweizer Jugendlichen im internationalen Vergleich zusammen mit den Jugendlichen aus Kanada am höchsten (Gmel et al., 2009 Schmid et al., 2008; Schultheis et al., 2008).

Der Heroinkonsum Jugendlicher in der Schweiz ist über die letzten 10 Jahre stabil geblieben, der Konsum von synthetischen Drogen und Kokain hat hingegen zugenommen: Allgemein haben 5% der 16-Jährigen und 15% der 20-Jährigen in der Schweiz schon einmal solche Substanzen konsumiert (Narring et al., 2004). Bei den 15-Jährigen in der Schweiz haben nur sehr wenige Erfahrungen mit Heroin (1%) und Ecstasy (1.4%), etwas mehr mit halluzinogenen Pilzen (2.3%) und Kokain (2.6%) (Schmid et al., 2008).

- **Psychische Gesundheit:** 44% der Mädchen und 30% der Jungen zwischen 11 und 15 Jahren aus dem Baselland haben täglich oder wöchentlich auftretende psychische Beschwerden, mit zunehmender Tendenz bei den Mädchen und abnehmender Tendenz bei den Jungen mit dem Alter (Weiss & Dratva, 2008). Schweizweit haben bei den 16- bis 20-Jährigen 8% der Mädchen und 3% der Jungen schon einmal einen Suizid-Versuch unternommen. Suizid wird als Thema höchster Priorität für die öffentliche Gesundheit definiert (Narring et al., 2004). Gemäss der Europäischen Kommission (2000, zit. in Hackauf, 2002) werden psychische und psychosoziale Probleme in der Jugend häufig nicht erkannt und nicht ausreichend behandelt. Studien aus Deutschland weisen darauf hin, dass internalisierende Probleme wie Angst und Depression zu den häufigsten Störungen bei Kindern und Jugendlichen gehören und etwa ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen der Allgemeinbevölkerung (mehr Mädchen als Jungen) irgendwann in ihrem Leben davon betroffen sind (Essau & Conradt, 2007).

- **Stress:** Allgemein sind belastende Lebensereignisse bei Jugendlichen selten, Alltagsstressoren sind aber häufig vorhanden und haben einen grösseren Einfluss auf die Gesundheit (Kaluza, 2003). Von 16- bis 20-jährigen schweizerischen Jugendlichen wird Stress an erster Stelle genannt von Gesundheitsproblemen, bei denen sie Bewältigungshilfe brauchen (Narring et al., 2004). Bei den 11- bis 16-Jährigen fühlen sich gut 20% durch die Schule gestresst (Tschumper & Diserens, 2004).

- **Sexualität:** Der erste Geschlechtsverkehr hat sich zwischen den 70er- und den 90er-Jahren altersmässig nach vorne verlagert, danach stagnierte diese Entwicklung. Im Jahre 2006 hatte in der Schweiz bei den 14-Jährigen ca. jedes 10. Mädchen und jeder 7. Knabe und bei den 15-Jährigen jeder 4. Knabe und jedes 5. Mädchen entsprechende Erfahrungen (Kuntsche & Windlin, 2009). Bei den 16- bis 20-Jährigen waren es 2002 jede/r Zweite, mit ähnlichen Prozentanteilen zwischen den Geschlechtern (Narring et al., 2004). Die meisten Jugendlichen scheinen zu verhüten, der Anteil der 14- bis 15-Jährigen, die angeben, beim letzten Geschlechtsverkehr nicht verhütet zu haben, liegt unter 5%. Ca. 9 von 10 Jungen und 8 von 10 Mädchen gaben dabei an, mit einem Präservativ, alleine oder in Kombination, verhütet zu haben. Mit der Pille (alleine oder in Kombination) waren es ca.

jeder 4. Knabe und jedes 3. Mädchen (Kuntsche & Windlin, 2009). Schwangerschaftsabbrüche (6.5 Abtreibungen pro 1000 Frauen zwischen 15 und 19 Jahren) bzw. ausgetragene Schwangerschaften sind bei Jugendlichen in der Schweiz im internationalen Vergleich „aussergewöhnlich niedrig“ (Meyer, 2009). Sexuell übertragene Infektionskrankheiten steigen weltweit auch bei Jugendlichen an (Vögele, 2006). Chlamydieninfektionen, die gemäss der Europäischen Kommission am häufigsten übertragen werden (Hackauf, 2002), haben bei Jugendlichen in der Schweiz in den letzten Jahren „nicht nennenswert“ zugenommen (Meyer, 2009). Das bedeutendste Risiko ist die Infektion mit dem Human Immundeficiency Virus (HIV). Prävalenzraten für Deutschland weisen 500 HIV-infizierte oder AIDS-krankte Kinder und Jugendliche von 0 bis 15 Jahren aus (Vögele, 2006).

- **Externalisierendes Verhalten:** Gemäss internationalen Studien ist oppositionelles/aggressives (z.B. schlagen, kämpfen, zerstören, Wutanfälle) und delinquentes/kriminelles Verhalten (z.B. lügen, stehlen, Vandalismus, Gewaltdelikte) im Kindes- und Jugendalter relativ weit verbreitet: Es zeigt sich bei ca. 5-20% aller Kinder und Jugendlichen, worunter Jungen bis zu fünfmal häufiger als Mädchen vertreten sind. Im Kindesalter tritt externalisierendes Verhalten vor allem als oppositionelles Trotzverhalten auf, im Grundschulalter nehmen aggressive Verhaltensformen zu, im Jugendalter gibt es ausserdem Delinquenz, wobei sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen (Beelmann & Lösel, 2007; Petermann & Koglin, 2006). In der Schweiz haben eine/r von fünf Jugendlichen zwischen 16 und 20 Jahren in den letzten 12 Monaten einmal etwas entwendet und 19% der Jungen und 6% der Mädchen bei einer bestimmten Gelegenheit eine Waffe getragen (Narring et al., 2004).

- **Gewaltopfer:** Bei den 16- bis 20-Jährigen in der Schweiz wurden im Jahr vor der Befragung 8% der Mädchen und 25% der Jungen Opfer eines Diebstahls, einer Erpressung und/oder körperlicher Gewalt sowie 14% der Mädchen und 2% der Jungen Opfer eines sexuellen Übergriffs. Gegenüber 1993 blieben diese Zahlen von 2002 stabil (Narring et al., 2004). Gemäss nationalem Gesundheitsbericht 2008 (Meyer, 2009) geschehen zwei Drittel der Todesfälle bei Mädchen und rund drei Viertel der Todesfälle bei Jungen im Alter von 15 bis 19 Jahren durch Gewalteinwirkung.

- **Zahngesundheit:** Karies hat bei den Baselbieter Schulkindern in den letzten Jahren stark abgenommen; 2006 ist ein grosser Teil der 11- bis 13-Jährigen (69%) und der 14- bis 16-Jährigen (49%) kariesfrei (Meyer & Waltimo, 2008).

- **Schmerzen:** Remittierende funktionale Schmerzsyndrome gelten heute vermehrt als wichtige Gesundheitsprobleme auch für Kinder und Jugendliche. Dazu gehören insbesondere Kopfschmerzen, die sich gemäss internationalen Studien in den letzten 30 Jahren etwa

verdoppelt haben (Kröner-Herwig, 2006). Bei den Schweizer 16- bis 20-Jährigen nimmt eines von fünf Mädchen und einer von zehn Jungen mindestens zwei- oder dreimal pro Monat Schmerzmittel ein (Narring et al., 2004).

- Verletzungen und Unfälle: Im Hinblick auf medizinischen Behandlungen von Verletzungen bei Schweizer 11- bis 15-Jährigen gab es in den letzten Jahren keine grossen Veränderungen (Kuendig, 2008). Bei den 16- bis 20-jährigen Mädchen hatten 20% und bei den Jungen 30% in den letzten 20 Monaten Unfälle, die eine medizinische Betreuung bzw. Hospitalisation erforderten (Narring et al., 2004). Die verkehrsbedingte Mortalität bei den 15- bis 19-Jährigen in der Schweiz ist abnehmend (Meyer, 2009). Studien aus Deutschland zeigen, dass sich Unfälle in erster Linie in der Schule, vor allem im Sportunterricht ereignen. Seit den 70er-Jahren steigt das Risiko von Schüler/innen, im Rahmen der Schule einen Unfall zu erleiden, in Deutschland kontinuierlich an. 2002 kamen in Deutschland auf 1000 Schüler/innen 90 Schulunfälle, wobei Jungen häufiger als Mädchen verunfallen (Schlesinger & Jerusalem, 2006). Bei Strassenverkehrsunfällen wird die Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen am meisten verletzt und getötet. Die gefährlichste Verkehrsbeteiligung geschieht mit motorisierten Zweirädern, gefolgt von Fahrrädern. Jugendliche motorisierte und nichtmotorisierte Zweiradfahrer/innen verursachen 60% der Unfälle, in die sie verwickelt sind, vor allem aufgrund von Regelverstössen und mangelnder Aufmerksamkeit (Linneweber, 2003).

- Mediennutzung: Die Nutzung der Medien durch Jugendliche ist weltweit wichtiger geworden: Fernsehen/Video schauen, Telefonieren/SMS/MMS, Internetsurfen, Chatten/E-Mails sind die beliebtesten Freizeitbeschäftigungen, im Gegensatz zu traditionellen Formen wie Basteln, Werken, Musizieren (Meixner & Jerusalem, 2006; Schultheis et al., 2008). Fast alle befragten 11- bis 15-Jährigen aus dem Baselland (97.5%) schauen täglich fern. Die Verwendung von Fernsehen und Computer nimmt mit dem Alter zu. Bei den 11-Jährigen sind es noch fast 50%, bei den 15-Jährigen nur noch 16%, die nie Zeit am Computer verbringen. Ausserdem nimmt mit steigender zeitlicher Nutzung die Wahrscheinlichkeit für Übergewicht zu (Weiss & Dratva, 2008). Bei den 16- bis 20-Jährigen in der Schweiz ist der Anteil der Internet-Benutzenden sehr hoch: Ein Drittel (etwas mehr Jungen) geht täglich ins Netz, 10-15% der Mädchen und 20-25% der Jungen verbringen zwei und mehr Stunden täglich am Computer/im Internet (Mailen, Chatten, Musik herunterladen oder für Schularbeiten) (Narring et al., 2004). Aussagen zur Prävalenz der Internetsucht im Jugendalter sind allerdings schwer zu treffen. Sie scheint häufiger bei Jugendlichen vorzukommen, was darauf hindeutet, dass das Internet Jugendliche bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und der Abgrenzung von der Erwachsenenwelt hilft (Hahn & Jeru-

salem, 2001). Aber es besteht hinsichtlich der Definition und der Klassifikation noch keine Einigkeit (Meixner & Jerusalem, 2006). Erwähnenswert ist hier, dass knapp die Hälfte der Jugendlichen beim Surfen schon einmal unwillentlich mit Pornografie konfrontiert wurde (Narring et al., 2004).

- **Konsumverhalten:** Gemäss Studien aus Deutschland waren 1996 6% der Jugendlichen kaufsüchtig im engeren Sinne und weitere 16% wiesen kompensatorisches Kaufverhalten auf (Palentien, 2001).

- **Hygieneverhalten:** Gewisse Autoren weisen darauf hin, dass der Teil des Gesundheitsverhaltens, der sich als Körper-, Psycho- und Sozialhygiene versteht und eine Voraussetzung für Gesundheit ist, zu den weitgehend noch unerforschten Gebieten des Risikoverhaltens zählt und die Jugendgesundheitsforschung hier verbessert werden sollte (Stössel & Hofmann, 2001).

- **Chronische Krankheiten:** Chronische Krankheiten nehmen in den industrialisierten Ländern deutlich zu. Höhere Sozialschichten sind dabei eher von Allergien, sozial Benachteiligte eher von schwerem Asthma betroffen (Seifert, 2002). Internationale und schweizerische Studien lassen davon ausgehen, dass ca. 10% der Jugendlichen von einer chronischen Krankheit oder Behinderung betroffen sind (Narring et al., 2004).

- **Gehör:** Jugendliche sind in verschiedenen Kontexten lauter Musik und Lärm ausgesetzt und zeigen entsprechend häufig lärmbedingte Hörverluste (Narring et al., 2004). 80% der jungen Männer zwischen 16 und 24 Jahren in Deutschland sind z.B. 6 Stunden pro Woche in Diskotheken mit hörschädigenden Schallpegelwerten (Peikert, Schaepe, Waltert, Weissgrab, Wüste & Zimmermann, 2008). Bei den schweizerischen 16- bis 20-Jährigen geben rund 30% an, in den letzten 12 Monaten ein Lärmtrauma erlebt zu haben, das zu definitiven Hörverlusten oder Ohrgeräuschen führen kann (Narring et al., 2004).

Abschliessend ist zu diesen epidemiologischen Ausführungen anzumerken, dass Datenerhebungen bei Jugendlichen beachten müssen, dass in dieser Zielgruppe die Tendenz zu sozial erwünschten Antworten gross ist. Da dies im Allgemeinen bei Jugendstudien angemessen berücksichtigt wird, ist die Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse aber nicht grundsätzlich anzuzweifeln.

4.1.4 Zusammenfassung

Auf Mikroebene stellen sich in erster Linie vielfältige **Entwicklungsaufgaben** zu Schule/Beruf, Selbst und Identität, Gleichaltrige, Zukunft, Werte, Körper, Beziehung, Rolle, Ablösung, Sexualität, intime Partnerschaft, politische Orientierung, bürgerliche Rechte und Pflichten, Konsum, Umgang mit Risiko. Dies ist nicht immer leicht zu bewältigen und kann zu Drucksituationen für die Jugendlichen führen. Misserfolg hat dabei gesundheitliche Auswirkungen, z.B. in Form von gesundheitsgefährdendem Verhalten. Für die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben kann den Jugendlichen sowohl gesundheitsförderndes als auch gesundheitsschädigendes Verhalten helfen. Ob es zum einen oder anderen kommt, wird aber auch durch biologische, psychologische und soziale Faktoren beeinflusst.

Auf der Mesoebene zeigt sich, dass gesundheitsrelevante Herausforderungen aus verschiedenen **Settings** und aus **sozialen Ungleichheiten** hervorgehen. So hat die familiäre Kommunikation und das Erziehungsverhalten, sowie die Struktur und der Wohlstand der **Familie** einen Einfluss auf die Gesundheit. Es gibt Hinweise, dass hier teilweise auch für Jugendliche im Baselland gewisse schlechte Bedingungen vorhanden sind, z.B. leben einige nicht in Zwei-Eltern-Familien. **Gleichaltrige** können sowohl einen protektiven als auch einen Risikofaktor für die Gesundheit Jugendlicher bedeuten. Die **Schule** hat einen grossen Einfluss auf die Gesundheit Jugendlicher, wobei die gesundheitsrelevanten Herausforderungen vor allem aus dem Erfüllen der schulischen Leistung und dem Schulklima kommen. Zahlen zu Schweizer Jugendlichen zeigen, dass (vor allem Mädchen) zunehmenden Druck aus der Schule verspüren.

Soziale Ungleichheiten in Form einer niedrigen sozialen Schicht und eines Migrationsstatus wirken sich eher negativ auf die Gesundheit aus. Es scheint, dass im Baselland eher wenige Jugendliche mit einem niedrigen Wohlstand leben, aber ca. 22% mit ausländischer Herkunft. Es ist zu vermuten, dass also einige Jugendliche durch ihren Migrationshintergrund benachteiligt sein dürften. Nicht zu vergessen sind gesundheitsrelevante Herausforderungen, die aus dem **Geschlechterunterschied** entstehen können.

Auf der Makroebene entstehen gesundheitsrelevante Herausforderungen aus spezifischen Merkmalen der heutigen Gesellschaft: allgemeiner Wandel, abnehmende Rituale und variable Rollen können zu riskanten Verhaltensweisen führen und es Jugendlichen erschweren, den Erwachsenenstatus zu erreichen.

Anhand **epidemiologischen Daten** zeigt sich, dass die meisten Jugendlichen im Baselland und in der Schweiz gesund sind, aber bis zu einem Drittel mit Gesundheitsproblemen unterschiedlicher Art konfrontiert ist. Handlungsbedarf besteht bei den unterschiedlichsten

Themen, wobei der Anteil negativ betroffener Jugendlicher sehr unterschiedlich ist (von ca. 1 bis 73%) und verschieden grosse Geschlechterunterschiede existieren. Ein gewisser Handlungsbedarf zeigt sich praktisch in allen Themenbereichen: Aus den Baselbieter Daten sind es **Müdigkeit** (wahrscheinlich durch zu wenig Schlaf), **Unzufriedenheit mit dem Körper** und damit verbundene Ansätze für Bulimie und Anorexie (vor allem Mädchen), **Übergewicht** (vor allem Jungen), **ungesunde Ernährung, mangelnde körperliche Bewegung, Rauschtrinken und Zugang zu Alkohol, Tabakkonsum** (u.a. bei Mädchen), **Sexualität** (Verhütung) und **psychische Beschwerden**. Zusätzlich zeigt sich aus den schweizerischen Daten ein Handlungsbedarf beim **Cannabiskonsum**, dem Konsum **synthetischer Drogen** und **Kokain, Suizid(-versuche), (Schul-)Stress, Schmerzen** (Schmerzmittel), **Mediennutzung** (Art und Dauer), **Delinquenz, (sexuelle) Gewalt** (Opferstatus), **chronische Krankheiten**. Ergänzt wird dieser mit ausländischen Erkenntnissen in Bezug auf die **Erkennung von psychischen Problemen im Jugendalter, Alltagsstress, Trotzverhalten/Aggression/Delinquenz, Kopfschmerzen, Schul- und Verkehrsunfälle, Hygieneverhalten, Zunahme chronischer Krankheiten** und **Gehörschutz**.

4.2 Ergebnisse zu den Forschungsfragen zu These 2

Zur Beantwortung der beiden Forschungsfragen bezüglich der 2. These („Inwiefern können Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote die Jugendlichen bei einer gesundheitsförderlichen Bewältigung dieser Herausforderungen unterstützen?“ „Welche Angebote haben sich als wirksam erwiesen?“) wurden in erster Linie Literatur aus der Gesundheitsförderungs- und Präventionsforschung analysiert, die hauptsächlich in Form von Reviewarbeiten vorlag. Die abgeleiteten Ergebnisse werden in diesem Kapitel folgendermassen strukturiert: In einem ersten Teil werden verschiedene theoretische Ansätze von Gesundheitsförderung und Prävention vorgestellt und Hinweise auf ihre Effektivität gegeben. In einem zweiten Teil wird anhand einer thematischen Strukturierung erläutert, welche Programme und Angebote aus verschiedenen Themengebieten empfohlen werden bzw. sich als wirksam erwiesen haben.

4.2.1 Verschiedene Ansätze

In Bezug auf die theoretische Grundlage von präventiven und gesundheitsfördernden Interventionen kristallisieren sich aus den Ergebnissen folgende drei Hauptansätze heraus: Alternativen zu Risikoverhaltensweisen, Standfestigkeits- und Lebenskompetenztrainings, sowie die positive jugendliche Entwicklung, die sowohl externe als auch interne Faktoren berücksichtigen. Sie gehören zu den in der Recherche am meisten erwähnten Ansätzen mit Nachweisen zur Wirksamkeit. Die entsprechenden Ergebnisse werden nachfolgend erläutert.

4.2.1.1 Alternativen zu Risikoverhaltensweisen

Durch die zunehmende Unabhängigkeit im Jugendalter kommen hier viele Risikoverhaltensweisen erstmals überhaupt in Frage (Göppel, 2005; Pinquart & Silbereisen, 2002). Auch sind Jugendliche für riskantes Gesundheitsverhalten gefährdeter, da sie ein geringes Bewusstsein für Gesundheit, Krankheit, Sicherheit und Gefahr haben und aufgrund des „jugendlichen Egozentrismus“ Gefahren nicht realistisch einschätzen (Göppel, 2005) bzw. Risikoverhalten anders als Erwachsene definieren (Raihel, 2001). Weiter scheint die Gehirnentwicklung in dieser Zeit grossen Veränderungen zu unterliegen, die kognitive Prozesse, wie die Verknüpfung von Ursache und Wirkung, vielfältig beeinflussen (Strauch, 2003). Risikoverhalten ist ein in der Pubertät aber auch förderliches bzw. notwendiges Verhalten (Bornewasser & Glitsch, 2006; Göppel, 2005). Es gibt sogar Hinweise, dass Jugendliche mit keinem oder nur sehr wenig riskantem Gesundheitsverhalten später bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben des Erwachsenenalters auffällig werden können

(Hurrelmann, 2007). Dies und die Tatsache, dass jugendliches Risikoverhalten mit der Übernahme von erwachsenen Rollen abnimmt, bedeutet aber nicht, dass hier kein Eingreifen notwendig ist, da auch auf die Jugendphase begrenztes Problemverhalten unterschiedliche kurz- und langfristige negative Folgen für die Jugendlichen und ihr Umfeld haben kann (Raithel, 2001).

Ein präventiver Ansatz ist hier, Jugendlichen Möglichkeiten zu bieten, sich innerhalb entschärfter Betätigungsfelder riskant verhalten zu können, wie z.B. im Rahmen der Erlebnispädagogik (Göppel, 2005). Gewisse Autoren (z.B. Niebaum 2003, zit. in Göppel, 2005) fordern weiter die Förderung von „Risikokompetenz“, d.h. der Fähigkeit, Auswirkungen riskanten Verhaltens angemessen einzuschätzen und Handlungskonsequenzen daraus zu ziehen, als eigenständige Entwicklungsaufgabe. Zwei Beispiele von entsprechenden Präventionsprogrammen sind „Choice“ aus der Schweiz und „Risflecting“ aus Österreich (Bornewasser & Glitsch, 2006).

Wird wie im Kapitel 4.1 beschrieben, Risikoverhalten im Jugendalter als Versuch verstanden, jugendspezifische Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, können Präventionsprogramme auch die Funktion des Risikoverhaltens für die Entwicklungsziele der Jugendlichen berücksichtigen und funktionale Äquivalente anbieten (Bornewasser & Glitsch, 2006; Hinz, 2007). Da die Übernahme der Geschlechterrolle eine der wichtigsten Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz ist, müssen Alternativen geboten werden, die entsprechende geschlechtsspezifische Bedürfnisse (z.B. Männlichkeits- und Weiblichkeitsdarstellungen) auf gesundheitsfördernde Weise befriedigen (Hinz, 2007).

Die Jugendlichen bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben so zu unterstützen, dass ein risikoreiches Gesundheitsverhalten überflüssig wird, ist möglich über die Förderung des Selbstbewusstseins und von Fähigkeiten für den Aufbau und Gestaltung von sozialen Kontakten, zur Stressbewältigung und zum Problemlösen. Präventionsmassnahmen sollten dabei allgemein entwicklungsfördernde und gesundheitspezifische Komponenten kombinieren, wie dies z.B. in Lebenskompetenzprogrammen (siehe folgenden Abschnitt 4.2.1.2) getan wird. Solche Programme sollten vor dem Alter beginnen, in dem Risikoverhalten typischerweise einsetzt und mit sekundärpräventiven Massnahmen für bereits auffällige Jugendliche kombiniert werden (Pinquart & Silbereisen, 2002). Es dominieren hier (vor allem im schulischen Bereich) häufig primärpräventive Ansätze, wobei zu beachten ist, dass maximal 10% der Schülerinnen und Schüler gefährdet sind und sekundärpräventive Ansätze für Jugendliche mit einer allgemein erhöhten Risikobereitschaft sinnvoller wären (Bornewasser & Glitsch, 2006).

Nicht zuletzt kann die Funktion von Sport genutzt werden. Er ermöglicht das Erleben von Erfolg und Selbstwirksamkeit und stärkt damit die Immunität gegenüber gesundheitsrisikanten Verhaltensweisen (Rittner, 2001).

4.2.1.2 Standfestigkeitstraining und Förderung von Lebenskompetenz

Aufgrund von wissenschaftlichen Hinweisen, wonach Präventionsansätze über reine Wissensvermittlung, Aufklärung und Abschreckung eher erfolglos sind, haben sich neuere Programme mit breiteren psychosozialen und ressourcenorientierten Ansätzen entwickelt. Sie stärken bei Jugendlichen Kompetenzen, die sie für einen konstruktiven und erfolgreichen Umgang mit alltäglichen Anforderungen und Problemen brauchen und sie so bei einer gesundheitsförderlichen Entwicklung unterstützen (Jerusalem, Klein-Hessling & Mittag, 2003). Eine Erhöhung der Ressourcen zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben ist sinnvoll, da wie im Kapitel 4.1 beschrieben gesundheitsbezogenes Verhalten eng mit der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben verbunden ist (Pinquart & Silbereisen, 2007). Besonders bedeutsam sind hier zwei Ansätze: Programme zum Umgang mit sozialem Einfluss (Standfestigkeitstrainings) und Massnahmen zur Förderung allgemeiner Lebens- und Bewältigungskompetenzen (*life skills*) (Jerusalem, Klein-Hessling & Mittag, 2003).

Standfestigkeitstrainings sind im Kontext der Tabakprävention entwickelt worden. Sie nutzen Wissen über Prozesse des sozialen Einflusses und basieren in erster Linie auf Ansätzen von Bandura (1986, zit. in Jerusalem et al., 2003) zum sozialen Lernen. In solchen substanzspezifischen Programmen erlernen Jugendliche die Fähigkeit, dem Gruppendruck durch Gleichaltrige zu widerstehen und Überredungsversuchen mit Gegenargumenten besser begegnen zu können. Sie werden mit Wissensvermittlung kombiniert. Evaluationen zeigen, dass sie den Beginn des Rauchens um mehrere Jahre hinauszögern können (Jerusalem et al., 2003).

Lebenskompetenzen (*life skills*), sind Fertigkeiten, die die Auseinandersetzung und Bewältigung von alltäglichen Herausforderungen ermöglichen. Dazu gehört sich selbst zu kennen und zu mögen, Empathie, kritisches und kreatives Denken, Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit, durchdachte Entscheidungen treffen, erfolgreiche Problemlösung und Bewältigung von Emotionen und Stress (Haegerich & Tolan, 2008). Allgemeine Lebenskompetenzprogramme geben Raum zum Erlernen und Einüben von Fertigkeiten, die Individuen befähigen, Einfluss auf eine gesundheitsfördernde Lebensgestaltung zu nehmen. Sie verbinden meist das Training von Lebensfertigkeiten und Informationsvermittlung bzw. gesundheitsbezogene Bildung. Beispiele solcher Programmen sind „MindMatters“, „ALF Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten“, „Gesundheit und Optimismus GO“

(Bühler & Heppekausen, 2005). Im schulischen Setting haben sich (substanzspezifische und substanzunspezifische) Lebenskompetenztrainings als eine der erfolgreichsten Strategien erwiesen (Bühringer & Bühler, 2007; Kolip, 1999; Schmidt-Rodermund, 1999). Es gibt aber Hinweise darauf, dass sie nur effektiv sein können, wenn sie ein Teil von Gesundheitsprojekten sind, die mehrere Ebenen und Lebenswelten umfassen und z.B. auch Alternativen in der Umwelt bereitstellen (Bühler & Heppekausen, 2005).

4.2.1.3 Positive jugendliche Entwicklung

Allgemein haben sich Präventionsansätze, d.h. überhaupt zu agieren, bevor etwas passiert, seit den 70er-Jahren entwickelt. In den 80er-Jahren kritisierte man den Fokus in der Prävention auf einzelne Problemverhaltensweisen und die Förderung der sozialen und emotionalen Entwicklung wurde wichtig. Es entstand unter anderem das Resilienzkonzept, das sich mit der positiven Entwicklung trotz widriger Umstände befasst: Resilienz entsteht in erster Linie auf der Basis unterstützender Beziehungen, die Wärme und angemessene Kontrolle bzw. Disziplin enthalten (Luthar, 2006). In den 90er-Jahren entwickelte sich dieser breitere Fokus weiter und es wurde erkannt, dass es nicht ausreicht, sich auf stärkende Ressourcen, Resilienz bzw. protektive Faktoren zu fokussieren, da wichtige soziale und kontextuelle Risikofaktoren ignoriert werden. So entstand die positive jugendliche Entwicklung (*positive youth development*) (Catalano, Hawkind, Berglund, Pollard & Arthur, 2002). Konzeptionell erweitert sie die vorangegangenen Ansätze, indem sie nicht nur Ressourcen und positive Fähigkeiten fördert, sondern auch riskantem Verhalten vorbeugt. Dieser Ansatz kombiniert also Wissen über Schutzfaktoren, Ansätze aus dem Resilienzkonzept und der Risikoprävention (Pinquart & Silbereisen, 2007; Weichold & Silbereisen, 2007). Er betrachtet Jugendliche in erster Linie über ihre Potenziale und Ressourcen und setzt voraus, dass sie grundsätzlich kompetent sind, Entwicklungsaufgaben zu bewältigen (Damon, 2004). Die zu fördernden positiven Fähigkeiten beinhalten ein breites Spektrum an persönlichen und kontextuellen Merkmalen, die für alle Jugendlichen, auch für besonders bedürftige, gelten (Catalano et al., 2002).

Zu diesem Ansatz existiert das Modell der Entwicklungsstärken (*developmental assets model*) des Search Institute (Benson, 1997, zit. in Lerner & Thompson, 2002). Es beinhaltet 20 interne (z.B. positive Lerneinstellung und Werte, soziale Kompetenz, positive Identität etc.) und 20 externe Stärken (z.B. Unterstützung, positive erwachsene Rollenmodelle, klare Regeln in Familie und Schule, bedeutungsvolle soziale Rollen etc.). Diese sollten idealerweise in verschiedenen Settings (Schule, Familie, Gemeinde) gefördert werden. Solche Programme zeigen in der bisherigen Evaluationsforschung (aus den USA) gute

Resultate, z.B. bezüglich ihrer Wirksamkeit auf positives jugendliches Verhalten und Prävention von Problemverhalten (Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak, Hawkins, 2004; Piquart & Silbereisen, 2007). Jugendliche, die über mehr dieser Stärken verfügen, zeigen z.B. weniger Risikoverhalten hinsichtlich Substanzkonsum, Sexualität, depressiven Störungen, externalisiertem Problemverhalten, Schulproblemen, Rauchen sowie mehr positive Fähigkeiten wie sozial erwünschtes Engagement und verbesserte soziale Beziehungen (Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak, Hawkins, 2002; Piquart & Silbereisen, 2007). Um effektiv zu sein, sollten solche Programme aber a. Jugendliche partizipieren lassen, b. die Verschiedenartigkeit des Umfeldes (Familie, Kultur, Gemeinde, Gleichaltrige, Schule) und seine Ressourcen nutzen, c. für Jugendliche zugänglich sein, d. als breite und vernetzte Dienstleistung der Gemeinde angelegt sein und d. Trainings für Erwachsene zur Beziehungsförderung mit Jugendlichen beinhalten (Lerner & Thompson, 2002).

Etwas fokussierter beschreibt ein weiteres Modell aus diesem Ansatz wichtige Kernkompetenzen für die positive jugendliche Entwicklung. Das Modell der 5 C's beinhaltet als wichtige Kernkompetenzen kognitive und Verhaltenskompetenz, Vertrauen, prosoziale Verbundenheit, Charakter und Interesse (Lerner & Benson, 2003, zit. in Guerra & Bradshaw, 2008). Im Modell der fünf Kernkompetenzen werden diese beschrieben als: ein positives Selbstgefühl (Selbstbewusstsein, Handlungsfähigkeit, Selbstwert), Selbstkontrolle, Entscheidungsfähigkeiten, ein moralisches Glaubenssystem und prosoziale Verbundenheit. Sind diese Kompetenzen zu einem hohen Grad vorhanden, führen sie zu einer positiven Entwicklung, bei einem niedrigen Grad entsteht adoleszentes Risikoverhalten (Guerra & Bradshaw, 2008).

Das Konzept zur Förderung der Lebenskompetenzen zeigt starke Überschneidungen mit dem Ansatz der „positiven jugendlichen Entwicklung“. Allerdings beinhaltet Letzterer auch weiterreichende Massnahmen in Freizeit, Gemeinde und Schule. Lebenskompetenzprogramme sind grösstenteils auf schulbasierte Massnahmen fokussiert, sie müssten auf Massnahmen zur Förderung positiver Entwicklung in Freizeit und Gemeinde ausgedehnt werden (Weichold & Silbereisen, 2007).

4.2.2 Ansätze und ihre Wirksamkeit in verschiedenen Themengebieten

Die *scoping study* ergab Resultate zu Ansätzen und ihrer Wirksamkeit, die in die Themengebiete Bewegung und Ernährung, Sucht, psychische Gesundheit, Sexualität, externalisierendes Verhalten, Missbrauch/Misshandlung/Vernachlässigung, Unfälle, kardiovaskuläre und onkologische Erkrankungen, interkulturelle Kompetenz und soziale Integration, lärm-

bedingte Hörstörungen eingeteilt werden können. Anhand dieser Struktur werden die Ergebnisse in den folgenden Abschnitten beschrieben.

4.2.2.1 Bewegung und Ernährung

Für Schülerinnen und Schüler in der Schweiz (und international) wird allgemein eine Erhöhung der körperlichen Aktivität (körperliche Betätigung, die den Pulsschlag erhöht und einen ausser Atem kommen lässt) empfohlen. Prävention soll schon möglichst früh in der Kindheit die körperliche Aktivität fördern (Annaheim, Schmid & Kuntsche, 2006; Schubert, Horch, Kahl, Köster, Meyer & Reiter, 2004). Sie soll in soziale Kontexte, vor allem auch in die familiäre, eingebettet werden. Körperliche Aktivität soll als lustvoll und als Gegenpol zu gesellschaftlichem Leistungs- und Konsumdruck erlebbar sein und ein gesundes Mass an körperlicher Aktivität soll in einen umfassenden Lebensstil integriert werden. Gleichzeitig ist es wichtig, dass alle Bevölkerungsschichten Zugang zu körperlicher Aktivität bekommen (Annaheim et al., 2006). Verschiedene Studien belegen die Effektivität einer kontinuierlichen Bewegungsförderung, z.B. in Bezug auf Koordinationsfähigkeit und Erhöhung der Konzentrationsfähigkeit und Lernleistungen (Schubert et al., 2004). Auch im Hinblick auf Kopfschmerzen und andere remittierende funktionale Schmerzsyndrome zeigen sich Verbindungen zur Bewegung, die durch zunehmend verdichtete Wohnsituationen, Verkehrsbelastung und im Sitzen ausgeführte Freizeitbeschäftigungen eingeschränkt ist (Kröner-Herwig, 2006).

Weil therapeutische Interventionen bei Essstörungen – insbesondere Anorexie – nur begrenzt Erfolge aufweisen und viele Patientinnen erst spät oder nie eine Behandlung aufsuchen, ist die Prävention hier sehr wichtig. Präventionsprogramme setzen bei den Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen an: einer positiven Einstellung gegenüber der eigenen Figur und einem gesunden Ernährungs- und Bewegungsverhalten (Dannigkeit, Köster, Tuschen-Caffier, 2007). Zur Vorbeugung eines riskanten Ernährungsverhaltens im Hinblick auf Anorexie und Bulimie sollte mit jugendgerechten primären und sekundären Präventionsmassnahmen ein möglichst hoher Anteil an Jugendlichen erreicht werden (Trapp & Neuhäuser-Berthold, 2001; Pudiel, 2007). Neben der Vermittlung von Ernährungswissen ist eine kritische Auseinandersetzung mit Werbung im Hinblick auf Ernährung, Lebensmittel und Schlankeitsideal hilfreich, wie auch eine möglichst frühzeitige Aufklärung über die Entstehung von Essstörungen und deren gesundheitliche Langzeitfolgen (Grob & Jaschinski; Trapp & Neuhäuser-Berthold, 2001). In Schulen sind aber erst wenige primärpräventive Programme im Hinblick auf Essstörungen systematisch auf ihre langfristige Effektivität hin überprüft worden. Es gibt auch Hinweise auf

Kontraproduktivität, z.B. in Form von gezügeltem Essverhalten bei den Programmteilnehmenden. Aufgrund der komplexen Ätiologie von Essstörungen ist es nur begrenzt möglich, Aussagen über Risikogruppen zu machen, weshalb Präventionsprogramme für Risikopopulationen schwierig sind (Dannigkeit, Köster, Tuschen-Caffier, 2007).

In Bezug auf alle Ernährungsstörungen (Übergewicht und Adipositas, Bulimia nervosa, Anorexia nervosa, Binge Eating Störung) können Präventionsmassnahmen die Entwicklung von Essbedürfnissen in Richtung eines möglichst bedarfsgerechten Essverhaltens unterstützen. Im Hinblick auf Adipositas kann das Training des Essverhaltens (im Gegensatz zum reinen Ernährungsunterricht) hilfreich sein, um im permanenten Überfluss flexible Verhaltenskontrollen aufzubauen. Auf der Ebene der Verhältnisprävention sollten gesellschaftliche Institutionen bis hin zum Gesetzgeber zusammen Rahmenbedingungen schaffen, die gutes Essen verbunden mit ernährungsphysiologischer Qualität zur Verfügung stellen. Bezüglich Bulimie, Anorexie und *Binge Eating Disorder* können langfristige Medienkampagnen, die das „richtige“ Gewicht im Bereich des BMI zwischen 18.5 und 25 als sozial akzeptabel erleben lassen, eine präventive Wirkung haben (Pudel, 2007).

4.2.2.2 Sucht

Der Konsum von psychoaktiven Substanzen entwickelt sich zu einem grossen Teil im Jugendalter, weshalb Suchtprävention spätestens beim Übergang dazu stattfinden sollte (Bühringer & Bühler, 2007; Silbereisen & Reese, 2001). Dabei muss das Durchschnittsalter des Erstkontaktes mit der Substanz berücksichtigt werden (Schubert et al., 2004). Ein früher Einstieg in den Konsum von z.B. Zigaretten, Alkohol und in die Trunkenheit ist ein entscheidender Risikofaktor für einen verstärkten Konsum und substanzbezogene Erkrankungen, weshalb es wichtig ist, den Einstieg in den Konsum hinauszuzögern (Fischer & Leppin, 2006; Schmid et al., 2008). Grundsätzlich braucht es sowohl verhältnisorientierte als auch verhaltensorientierte Massnahmen (Bühringer & Bühler, 2007; Fischer & Leppin, 2006; IUHPE, 2000; Schmid et al., 2008; Weichold & Silbereisen, 2006). Bei allen Massnahmen ist eine geschlechtsspezifische Betrachtungsweise im Sinne des *Gender Mainstreaming* wichtig (Schubert et al., 2004), welche aber bisher oft ignoriert wird (Kolip, 1999). Hilfreiche Massnahmen in der Umwelt von Individuen sind z.B. Interventionen in der Familie (Grob & Jaschinski, 2003). Es wird von gewissen Autoren sogar empfohlen, angesichts der in der Familie vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren für Suchtmittelkonsum, sie mittels Stärkung der Eltern und des Erziehungsverhaltens ins Zentrum der Prävention zu stellen (Flammer & Alsaker, 2002). Aber auch schulbasierte Interventionen, am besten in das Konzept der gesundheitsfördernden Schule integriert, sind sinnvoll (Grob &

Jaschinski, 2003). Kriterien für ihren Erfolg sind ausserdem die Beinhaltung von über Wissensvermittlung hinaus gehenden affektiven und lebensweltorientierten Komponenten, ein frühzeitiger Beginn und längerfristiges kontinuierliches Andauern, zielgruppenspezifische Ausrichtung (Geschlecht, Konsumerfahrungen), ein theoretisches Fundament und wissenschaftliche Evaluation, eine gute Vorbereitung des durchführenden Personals (Lehrpersonen) und die Verfügung über materielle und personelle Ressourcen (Kolip, 1999). Am besten sollten Massnahmen zur Suchtprävention aber über verschiedene Settings hinaus angeboten werden, da sonst wichtige Einflussbereiche vernachlässigt werden (Grob & Jaschinski, 2003). Ein erfolgreiches Projekt, das verschiedene Settings miteinbezieht, ist das Projekt „Eltern und Schule stärken Kinder ESSKI“ (Schmid et al., 2008). Erfolgversprechend sind gemeindebasierte Ansätze, die das Lebensumfeld umfassend miteinbeziehen (IUHPE, 2000).

Gleichzeitig sind im Sinne der Verhaltensprävention aber auch psychologische Präventionsmassnahmen nötig, die Kompetenzen Jugendlicher fördern (Grob & Jaschinski, 2003) und Jugendliche bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und -problemen so unterstützen, dass Substanzmissbrauch als vermeintliche Lösung überflüssig wird (Silbereisen & Reese, 2001). Ein solcher Ansatz ist derjenige der Förderung von Kernkompetenzen (siehe Abschnitt 4.2.1). Demnach sind Jugendliche mit einer positiven Zukunftsorientierung, dem Glauben an den eigenen Widerstand gegenüber Substanzen, einer emotionalen und Verhaltenskontrolle, mit Entscheidungsfähigkeit, einer negativen Haltung gegenüber Substanzkonsum und einer starken Bindung zu prosozialen Gleichaltrigen und der Familie für den Substanzkonsum weniger gefährdet. Entsprechende evaluierte Programme aus den USA sind z.B. „Schools and Families Educating Children SAFEChildren“ und „Coping Power“ (Guerra & Bradshaw, 2008). In Programmen zur Förderung von Lebenskompetenzen auf suchtspezifischer Ebene in Schulen werden ausserdem zusätzlich zur Förderung von Kompetenzen Informationen über Substanzen vermittelt, Werte und Einstellungen gegenüber Substanzkonsum thematisiert und ein verantwortungsvoller Umgang mit psychoaktiven Substanzen angestrebt (Silbereisen & Reese, 2001; Weichold & Reese, 2006). Sie gelten als die bisher erfolgreichste Strategie der Suchtprävention mit langfristigen starken Effekten auf legalen und illegalen Substanzkonsum (Fischer & Lippin, 2006; Silbereisen & Reese, 2001; Weichold & Silbereisen, 2007). Speziell auch für Hochrisikojugendliche sind sie effektiver als frühere Präventionsprogramme, die sich auf Informationsvermittlung bezüglich negativer Gesundheitseffekte fokussierten (Haegerich & Tolan, 2008; Grob & Jaschinski, 2003). Programme zur Förderung von Widerstandsfähigkeit gegen sozialen Druck (vor allem in der Gleichaltrigengruppe) sind in Kombination mit

der Stärkung allgemeiner Lebenskompetenzen ebenfalls wirksam (Weichold & Silbereisen, 2007). Weiter kann Wissensvermittlung in Bezug auf Gruppendruck und subjektive Fehleinschätzungen von Verhaltensnormen unter Gleichaltrigen (Settertobulte, 2008; Weichold & Silbereisen, 2007) ebenfalls effektiv sein. Mediale Kampagnen können verhaltenspräventive Interventionen unterstützen oder innerhalb eines umfassenden Massnahmenkataloges einen Beitrag zur Wissensvermehrung leisten (Hanewinkel & Wiborg, 2007; Weichold & Silbereisen, 2007). Weniger wirksam sind hingegen einzelne Strategien wie reine Wissensvermittlung (Bühringer & Bühler, 2007) und Abschreckung durch übertriebene Darstellung der Gefahren illegaler Drogen (Weichold & Silbereisen, 2006).

Andererseits gibt es verschiedene Hinweise darauf, dass primärpräventive Programme bei bereits konsumierenden Jugendlichen nur kurzfristig oder gar nicht erfolgreich sind und für diese sekundärpräventive Angebote (Jerusalem et al., 2003) bzw. unterschiedliche Strategien für verschiedene Entwicklungspfade nötig sind. In Bezug auf den Substanzmissbrauch zeigt eine Mehrheit der Jugendlichen eine „temporäre Auffälligkeit im Jugendalter“ und eine Minderheit eine „lebenslange Auffälligkeit“. Letztere benötigen indizierte oder Sekundärprävention, z.B. durch Pillen-Tests an Partys, HIV-Prävention durch Spritzenabgabe oder entsprechende erzieherische, sozialpädagogische oder therapeutische Interventionen (IUHPE, 2000; Schmid et al., 2008; Silbereisen & Reese, 2001; Weichold & Silbereisen, 2006). Lebenskompetenzförderung beim Übergang ins Jugendalter ist auch für diese Jugendlichen nützlich, geht die eigentlichen Risikofaktoren dieser Gruppe aber nicht an (Silbereisen & Reese, 2001).

Bezüglich der verschiedenen Substanzen gibt es unterschiedliche Empfehlungen:

- Tabak: Tabakprävention sollte bereits im Kindesalter (10- bis 11-Jährige) einsetzen, die Verhinderung des Einstiegs bezwecken und gleichzeitig Jugendlichen den Zugang zum Rauchstopp erleichtern (IUHPE, 2000; Narring et al., 2004; Gmel et al., 2009). Der Erwerb von Lebenskompetenzen und Kompetenzen im Zusammenhang mit Standfestigkeit ist hier auch wirksam (Narring et al., 2004).

Verhältnispräventive Massnahmen: Steuererhöhungen, ein Verbot von Werbung (vor allem im Rahmen tabakpräventiver Gesamtkonzepte) und Sponsoring sowie zeitliche, örtliche und mengenmässige Restriktionen im Verkauf haben sich als wirksame und kosteneffektivste Massnahmen für Jugendliche und junge Erwachsene erwiesen (Gmel et al., 2009; Grob & Jaschinski, 2003; Hanewinkel & Wiborg, 2007; IUHPE; 2000; Narring et al., 2004). Auch die Schaffung rauchfreier öffentlicher Gebäude zeigt Wirkung (Hanewinkel & Wiborg, 2007). Die Verhältnisprävention muss aber weiter ausgebaut (Schmid et al., 2008) und gestärkt (Schulze, 2008) werden, u.a. um die Diskrepanz zwischen gesellschaftlichen

und verhaltenspräventiven Erfahrungen Jugendlicher zu minimieren und so die Wirksamkeit von Verhaltenspräventionsmassnahmen zu erhöhen (Schulze, 2008).

Verhaltenspräventive Massnahmen: Informationsmassnahmen im schulischen Rahmen allein bewirken keine Verhaltensänderungen, sie müssen in eine allgemeine und konsequente Schulpolitik eingebettet sein. Rauchstoppprogramme können als sekundärpräventive Massnahmen u.a. jugendliche Probierkonsumenten vom regelmässigen Konsum abhalten (Gmel et al., 2009). Kurzinterventionen im Zusammenhang mit einem Rauchstopp durch primäre Gesundheitsversorger wie Ärzte und Pflegepersonal haben sich ebenfalls als effektiv erwiesen (IUHPE, 2000). Über Rauchstoppprogramme, die speziell auf die Bedürfnisse junger Menschen abgestimmt sind, gibt es eher wenige Daten. Wichtig ist, dass sie auf eine ihrem Alter angemessene Art angeboten werden (Unland & Lindiger, 2003).

- Alkohol: Grundsätzlich kann ein übermässiger Konsum bei Jugendlichen nur verändert werden kann, wenn der Alkoholkonsum in unserer Gesellschaft verändert wird (Narring et al., 2004).

Verhältnispräventive Massnahmen: In Form von Steuererhöhungen, Werbe- und Verkaufsverboten, Anhebung des erlaubten Trinkalters, Einschränkungen des Zugangs zu Konsumorten für Minderjährige und Regulationen bezüglich des Alkoholanteils können diese – effektiver als Medienkampagnen oder edukativ ausgerichtete Programme – die Gelegenheiten zum Rauschkonsum und alkoholbezogene Strassenverkehrsunfälle reduzieren (Gmel et al., 2009; Grob & Jaschinski, 2003; Hanewinkel & Wiborg, 2007; IUHPE, 2000; Schmid et al., 2008; Schubert et al., 2004). Die Zugänglichkeit zum Alkohol (u.a. über die Eltern) ist für Jugendliche in der Schweiz immer noch zu gross (Gmel et al., 2009, Schmid et al., 2004).

Verhaltenspräventive Massnahmen: Diese müssen sich an den Trinkmotiven und (geschlechtsspezifischen) Entwicklungsaufgaben orientieren (Schubert et al., 2004). Schulische Erziehungs- und Aufklärungsprogramme haben sich insbesondere im Hinblick auf den Alkohol als nicht sehr effizient erwiesen, allerdings fehlt jegliche Evaluation zu Programmen in der Schweiz. Wenn sie über eine längere Zeit, gross angelegt und in umfassende alkoholpolitische Massnahmenpakete auf staatlicher, kommunaler bzw. städtischer Ebene eingebettet sind und familiäre Interventionen einschliessen, können sie jedoch wirksam sein (Schmid et al., 2004).

- Illegale Drogen: Ein wichtiges Ziel von Prävention im Bereich illegale Drogen ist es, gefährdete Jugendliche zu erkennen und zu erreichen. Dies kann u.a. über Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe, das Internet und Peer-to-Peer-Ansätze gelingen. Zusätzlich sind strukturelle drogenpolitische Massnahmen wie z.B. das Methadonprogramm notwendig

(Schubert et al., 2004). Prävention im Bereich Cannabis sollte zwischen gelegentlichem und regelmässigem Konsum unterscheiden. Vor allem bei letzterem sollten sich Interventionen auf die allgemeine psychische Gesundheit, dem Konsum zugrunde liegende Probleme und Zukunftsperspektiven ausrichten. Wichtig ist hier auch der Konsum bei Tätigkeiten, die durch diesen direkt beeinträchtigt werden (Strassenverkehr, Schule/Lehre). Dabei werden Regeln und Sanktionen, mit stufenweisen angepassten (nicht strafrechtlichen) Disziplinierungsmassnahmen favorisiert. Die Kriminalisierung der Konsumenten hat sich in der Drogenprävention als nicht effektiv erwiesen. Ein früher und regelmässiger Konsum mit entsprechender Beeinflussung der körperlichen und psychischen Gesundheit und Risiken für kognitive Defizite, geringen Bildungserfolg und verschlechterte psychosoziale Anpassung, sollte vermieden werden (Gmel et al., 2009; Narring et al., 2004; Weiss & Dratva, 2008).

- Andere Suchtformen: Die oben beschriebenen Erfahrungen und Empfehlungen lassen sich auf andere Suchtformen übertragen. So bewährt sich beim allgemein problematischen Konsumverhalten z.B. die Förderung von Lebensbewältigungskompetenzen durch die Stärkung von personellen Fähigkeiten und Fertigkeiten, wozu auch die Konsumkompetenz gezählt werden sollte (Palentien, 2001). Ebenfalls bezüglich der Medikamentensucht, für die es wenig gezielte Präventionsmassnahmen gibt, wird die Übernahme der beim Alkohol- und Drogenkonsum populären Lebenskompetenz-Ansätze empfohlen, allerdings ergänzt durch Informationsvermittlung bezüglich Abhängigkeitspotenzial von Medikamenten und Thematisierung der individuellen Funktionalität des Medikamentenkonsums (Appel, 2003). Zur Prävention des exzessiven Fernsehkonsums sind nur wenige systematische und zielspezifische Ansätze vorhanden. Aufgrund der relativ neuen Technologie des Internets gibt es dazu wenig untersuchte Präventionsmassnahmen. Auch hier wird empfohlen, die Förderung allgemeiner Lebenskompetenzen als Ansatz aus der Suchtprävention zu übernehmen, da das exzessive Verhalten als inadäquate Bewältigungsstrategie betrachtet werden kann. Allerdings sollen hier auch die Eltern einbezogen werden, da ihr Erziehungsverhalten einen grossen Einfluss hat (Meixner & Jerusalem, 2006).

4.2.2.3 Psychische Gesundheit

Die Effektivität von existierenden präventiven und gesundheitsförderlichen Programmen für Kinder und Jugendliche ist aufgrund mangelhafter Studien (vor allem im deutschsprachigen Raum) schwierig zu bewerten. Dennoch zeigen sich einige Merkmale für effektive Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme in diesem Bereich. Es soll nicht nur auf das Individuum (psychologische Faktoren), sondern auch auf seine Umwelt und ent-

sprechende Beziehungen (soziale Faktoren) fokussiert werden. Die Förderung optimaler entwicklungspsychologischer Bedingungen muss auf individueller, sozialer und Umwelt-Ebene geschehen. Wichtig sind auch hier settingübergreifende Ansätze. Dabei müssen sowohl belastungs- und störungsunspezifische als auch belastungs- und störungsspezifischen Ressourcen gefördert werden. Die Programme sollten bereits im Kindesalter beginnen und langfristig angesetzt sein (IUHPE, 2000; Röhrle, 2007a). Kinder psychisch kranker Eltern sind einem hohen Risiko für eine ungünstige psychosoziale Entwicklung und psychische Erkrankungen ausgesetzt und müssen als Zielgruppe speziell beachtet werden. Da es noch wenig evaluierte Präventionsansätze gibt, wird (für den deutschsprachigen Raum) empfohlen, die verschiedenen Initiativen im Sinne von Forschungsverbänden zu verbinden und Massnahmen auch ausserhalb psychiatrischer Settings (z.B. mit Beratungsstellen, Schulen, Jugendhäusern) zu vernetzen (Lenz, 2007). Differenzierte Forschungsergebnisse gibt es weiter zu folgenden Themen:

- Internalisierte Probleme (Angst, Depression): Die meisten Präventions- und Interventionsprogramme für Angst und Depression stammen aus dem Bereich der kognitiv-behavioralen Therapie und beinhalten Techniken wie kognitive Umstrukturierung, Selbstkontrolle, das Training sozialer Kompetenzen sowie Entspannung und Problemlösungstrainings. Beispiele aus Deutschland sind „GO!“, und „Lars & Lisa“ (Essau & Conradt, 2007). Jugendliche mit einem depressiven Elternteil sollten frühzeitig an Trainingsprogrammen zur Förderung von sozialen Kompetenzen und Problemlösefähigkeiten teilnehmen (Grob & Jaschinski, 2003). Für Schulen wird empfohlen, aufgrund der starken Auslastung durch reguläre Lehrpläne, nicht störungsspezifische, sondern allgemeine Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit einzusetzen, die verschiedene Problembereiche auf zusammenhängende Weise bearbeiten. Diese sind sinnvoll, da zahlreichen Fehlentwicklungen bei Kindern und Jugendlichen gemeinsame Risikofaktoren zugrunde liegen (z.B. Störungen durch Substanzkonsum, Depression) (Essau & Conradt, 2007).

- Stress: Alle Individuen sind irgendwann mit Stresserlebnissen konfrontiert und früh erworbenes inadäquates Stressbewältigungsverhalten ist später nur schwer veränderbar, weshalb Prävention hier sehr wichtig ist. Ansatzpunkte zu Prävention und Gesundheitsförderung gegenüber Stress liegen nach dem transaktionalen Stressmodell in Veränderungen sowohl von Anforderungssituationen als auch des Bewältigungspotenzials bzw. sowohl in verhaltens- (individuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten) als auch in verhältniszentrierten (Umfeld, z.B. Schule) Massnahmen. Die Präventionsziele bei Jugendlichen liegen hier in der Fähigkeit, Belastungssituationen rechtzeitig zu erkennen und mit angemessene-

nen Strategien darauf zu reagieren, z.B. sich soziale Unterstützung zu suchen und systematische Entspannungstechniken anzuwenden. Ein hoher Selbstwert und eine selbstwertfördernde Ursachenzuschreibung, optimistische Überzeugungen und Kompetenzerwartungen sind weitere wichtige Schutzfaktoren gegenüber Stress. Als Beispiele evaluierter wirksamer Präventionsansätze zählen die Programme „Stressimpfungstraining“, „Stressmanagementprogramm“, „S.N.A.K.E“, „Präventionsprogramm zu Ängsten und Depressionen“ (Lohaus & Klein-Hessling, 2006).

- Suizid: Verschiedene Autoren unterstreichen die Notwendigkeit, vermehrt in Bezug auf Suizid präventiv tätig zu werden. Im Jugendalter soll Suizidprävention über die Entstehung psychischer Störungen aufklären und soziale Kompetenzen Jugendlicher stärken. Die Stärkung der allgemeinen Lebenskompetenz, d.h. Konflikt-, Kommunikations- und Problemlösefähigkeit sowie Lösungsstrategien, Eigenverantwortung und Resilienz stehen dabei im Mittelpunkt. Äusserst wichtig ist auch eine bessere Früherfassung von Jugendlichen mit Suizidgedanken bzw. bereits vollzogenen Suizidversuchen und erste Anzeichen einer Gefährdung oder Störung der psychischen Gesundheit zu erkennen. Dabei wird die Gründung der Vereinigung „Ipsilon“, eine Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz, positiv bewertet (Narring et al., 2004; Bründel, 2001). Suizidpräventionsprogramme an Schulen, die u.a. die Wahrnehmung von Warnzeichen für Suizidgefährdung bei Dritten fördern, zeigen beschränkte Erfolge. Es besteht hier ausserdem das Problem, dass die wenigsten Schüler/innen gefährdet sind und solche Programme evtl. auch Nachahmungen hervorrufen können (Dick, 2002).

4.2.2.4 Sexualität

Es gibt inzwischen einige wissenschaftliche Übersichtsarbeiten zu Faktoren wirksamer Präventionsprogramme zur Reduktion von sexuellen Risikoverhaltensweisen und ungewollter Schwangerschaft bei Jugendlichen. Diese sollen den kulturellen und sozialen Rahmen der Zielgruppe berücksichtigen, geschlechtsspezifisch erfolgen, klare und eindeutige Informationen vermitteln und sowohl auf die Bedeutung sexueller Abstinenz als auch auf Schutzmöglichkeiten vor ansteckenden Krankheiten und Verhütung ungewollter Schwangerschaft fokussieren (Vögele, 2006; Charles & Blum, 2008). Eine spezielle Zielgruppe sind hier Jugendliche mit niedrigem Schulabschluss, mit riskantem Gesundheitsverhalten und mit einem ausländischen Hintergrund (Schubert et al., 2004).

Umfassende sexuelle Erziehung, die eine kompetente Entscheidungsfindung fördert, kann zu späteren ersten sexuellen Erfahrungen, einer reduzierten Anzahl Sexualpartnern und erhöhtem Verhütungsmittelgebrauch führen (Charles & Blum, 2008). Sexualberatung soll

nicht nur an Schulen, sondern auch an anderen Jugendarbeit-Institutionen stattfinden (Schubert et al., 2004). Weitere Empfehlungen für Präventionsarbeit und Sexualpädagogik sind: Angebote gleichermaßen für Jungen und Mädchen, Thematisierung von sexueller Gewalt bei 8- bis 18-Jährigen, Einbezug präventiver Elternarbeit (z.B. bezüglich Täter-/Mittäterschaft bei sexuellem Missbrauch), öffentliche Diskussion über Sexualität und Thematisierung von Gefahren ohne alleinige Überbetonung der Schattenseiten von Sexualität, das Training spezifischer Fertigkeiten und praktische Übungen (Kondomgebrauch, Kommunikationsfertigkeiten etc.), Information über Zugang zu Gesundheitsdiensten und Verhütungsmitteln, längere Präventionsprogramme (z.B. 8 wöchentliche Sitzungen), gute Ausbildung der Programmeitenden (Neubauer, 2001; Vögele, 2006).

Effektive Präventionsstrategien zum sexuellen Schutzverhalten aus den USA funktionieren über die Förderung von Kernkompetenzen wie eine positive Selbstidentität bzw. positives Selbstgefühl, Selbstwirksamkeit und Empathiefähigkeit (Charles & Blum, 2008).

Im schulischen Setting ist zu beachten, dass obwohl die meisten Schulen irgendeine Form der Sexualaufklärung anbieten, diese von Jugendlichen häufig als ungenügend und zeitlich zu spät bewertet wird und einen zu starken Schwerpunkt auf physiologische und biologische Aspekte setzt (Radat & Speed, 1994, zit. in Naidoo & Wills, 2003).

4.2.2.5 Externalisierendes Verhalten

Als wichtigste wirksame Präventionsansätze im Bereich externalisierendes Problemverhalten gelten international soziale Trainingsprogramme für Kinder und Jugendliche, die auf der sozialen Lerntheorie (Bandura, 1977, zit. in Beelmann & Lösel, 2007) basieren und auf das Lernen sozialer Verhaltensfertigkeiten und sozial-kognitiver Kompetenzen fokussieren. Weiter haben sich daneben Trainings der elterlichen Erziehungskompetenzen etabliert, von kurzen, beratungsähnlichen Programmen bis zu umfangreichen, familienbezogenen Konzepten. Diese zeigen vor allem bei stärker auffälligen und älteren Kindern um 10 Jahre Erfolge. In den letzten Jahren kamen umfassendere Präventionsansätze auf, die unterschiedliche Hilfen kombinieren und früh, langfristig und auf unterschiedlichen Ebenen (Kind, Eltern, Lehrpersonen, Gemeinden) und in unterschiedlichen Entwicklungskontexten (Kindergarten, Familie, Schule, Gleichaltrigen-Gruppen) ansetzen. Sie sind bei chronischen Risikokonstellationen bzw. bei bereits vorhandenem Problemverhalten wirksamer als Einzelprogramme (Beelmann & Lösel, 2007).

Bezüglich aggressivem und gewalttätigem Verhalten im Kindesalter und zusätzlich delinquentem Verhalten im Jugendalter empfehlen sich universelle Programme für alle Kinder zum Aufbau von Schutzfaktoren (z.B. sozial-emotionale Kompetenz) und multimodale

Programme für Kinder mit multiplen Risiken, die gleichzeitig verschiedene Entwicklungs- bzw. Lebensbereiche ansprechen. Zur Prävention von massiven Formen aggressiv-dissozialen Verhaltens sollte bereits früh (Kleinkind- bzw. Kindergartenalter) angesetzt werden sowie bei spezifischen Entwicklungsübergängen (z.B. Schuleintritt oder -abschluss) (Petermann & Koglin, 2006). Prävention von normbrechendem und gewaltaffinem Verhalten sollte dort ansetzen, wo die entsprechenden Risiko- und Schutzfaktoren liegen: auf individueller (Selbstbild, Identitätskonzept), familiärer und gesellschaftlicher Ebene (Sozialisationsprozess) (Grob & Jaschinski, 2003; Ulbrich-Herrmann & Claves, 2001). In Bezug auf schulische Gewalt empfehlen sich multimodale Präventionsansätze, da sie selbst multimodal mit Einflussfaktoren aus den Bereichen Familie, Schule, Gleichaltrige, Medien, Persönlichkeit, Orientierungen und Verhaltensweisen entsteht (Melzer, Bilz & Dümmler, 2008). Auch über das Erlernen von Lebenskompetenzen kann Gewaltprävention stattfinden, dazu gehören z.B. der Ausdruck von Gefühlen, der Umgang mit Konflikten oder die Erhöhung der Widerstandskraft gegenüber Gruppendruck und Werbebotschaften (Narring et al., 2004). Weiter haben sich auf verschiedenen Ebenen Präventionsstrategien bewährt, die die fünf Kernkompetenzen ansprechen (siehe Abschnitt 4.2.1). Universelle Programme fokussieren auf die Veränderung von aggressivem Verhalten durch die Förderung der Kernkompetenzen Entscheidungsfindung, konsequente Denkstrategien, moralische Überzeugungen, Selbstwirksamkeit bezüglich gewaltfreien Verhaltens, Konfliktmanagement, Kommunikationsfähigkeiten und Empathie. Selektive und indizierte Interventionen fokussieren auf Jugendliche, die schon ein hohes Aggressionsniveau aufzeigen und arbeiten häufig mit kognitiven Prozessen in Kombination mit Komponenten auf sozialer, beratender, Peer-Mediations- und Verhaltensebene. Wirksam sind hier auch kognitiv orientierte Interventionen und Trainings sozialer Fähigkeiten, in denen Entscheidungsfindung, Empathie und Selbstkonzept verbessert werden (Sullivan, Farrell, Bettencourt & Helms, 2008).

Aufgrund gewisser stark jungenspezifischer Verhaltensweisen (z.B. riskante Mutproben) sind Präventionsansätze notwendig, die auf die geschlechtsspezifische Funktionalität von jugendlichen Risikoverhaltensweisen eingehen (Raithel, 2001). Im Zusammenhang mit einer Absenkung des höheren Gewaltniveaus ausländischer Jugendlicher werden Frühförderung und Vertrauenslehrpersonen zur Eindämmung innerfamiliärer Gewalt, soziale Vernetzung, Mentoring-Programme und Auflösung der Hauptschule für bessere Bildungschancen von Migrantenkindern und eine Auseinandersetzung mit gewaltlegitimierenden Männlichkeitsnormen empfohlen (Baier & Pfeiffer, 2008).

4.2.2.6 Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung

Bei der primären Prävention sollte die Arbeit in und mit Familien im Mittelpunkt stehen. Dabei müssen durch Interventionen im psychosozialen Umfeld und über familienpolitische Massnahmen vor allem belastete Familien erreicht und unterstützt werden, da diese oft nicht die notwendigen Ressourcen haben und sich Hilfestellungen eher verschliessen. Da frühkindliche Opfer später selbst Täter/innen werden können, ist ein Opferschutz auch im Sinne der Prävention wichtig. Ein umfassendes Präventionskonzept mit personen- und familienzentrierter Perspektive, bedarfsweise ergänzt durch ökologische Interventionen, ist sinnvoll. Auch braucht es Aktivitäten (z.B. Elternschulen) während spezifischen Phasen der Entwicklung von Individuum und Familie, in denen eine Förderung besonders effektiv ist, wie beim Übergang von Partnerschaft zur Elternschaft. Für den deutschsprachigen Raum fehlt bisher ein umfassendes Konzept zur Prävention gegen Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung und ihren Langzeitfolgen. Empirisch konnte bestätigt werden, dass die Effektivität bei kombinierten Massnahmen höher ist als bei alleinigen Eltern- oder Kindertrainings. Dauer und Tiefe der Interventionen sollte den Problemen angemessen sein, z.B. reichen bei vielen Familien Informationen über Erziehungsmöglichkeiten aus, ohne dass sie an Trainings teilnehmen (Egle & Cierpka, 2006).

4.2.2.7 Unfälle

Im Hinblick auf Unfallrisiken von Jugendlichen im Strassenverkehr ist eine Kombination verschiedener präventiver Massnahmen effektiv:

- Strukturelle planerische und technische Massnahmen, wie z.B. verkehrsberuhigende bauliche Massnahmen und Geschwindigkeitsbeschränkungen
- Legislative Massnahmen, Kontrolle und Überwachung, z.B. über gesetzliche Massnahmen wie Helmpflicht oder Alkohol-, Drogen- und Geschwindigkeitskontrollen
- Anreizsysteme, wie z.B. das Bonus-/Malus-System bei Autoversicherungen
- Kommunikative und erzieherische Massnahmen, z.B. durch Schulungen in verschiedenen Bildungs- und Erziehungsinstitutionen von Kindern und Jugendlichen (Limbourg, Raithel & Reiter, 2001; Linneweber, 2003). Prävention von Autounfällen sollte vor allem bei männlichen Jugendlichen mit dem Ziel eines erhöhten Gefahrensinns und allgemein bei der Reduktion des Alkoholkonsums ansetzen (Dick, 2002).

4.2.2.8 Kardiovaskuläre und onkologische Erkrankungen

Artherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankungen entwickeln sich sehr früh im Leben und es ist sinnvoll, schon früh mit Prävention anzusetzen. Z.B. können in der frühen Kindheit

junge Familien hinsichtlich gesunder Ernährung geschult werden, um den Anstieg an Blut-Cholesterin und Bluthochdruck bei ihren Kindern zu verhindern. In der Adoleszenz ist diesbezüglich Tabakprävention sinnvoll. Interventionen in diesem Themenbereich sollten idealerweise auf breiteren Gemeindeprogrammen und nationalen Policys abgestützt sein (IUHPE, 2000). Die präventive Wirkung sportlicher Betätigung auf Erkrankungsrisiken (Herz-Kreislauf) unterliegt grossen individuellen Unterschieden, aber es gibt Hinweise, dass jüngere Personen mehr als ältere davon profitieren als ältere (Schlicht, 2003).

Bezüglich Empfehlungen für Gesundheitsförderung und Prävention in Bezug auf onkologische Erkrankungen gibt es eine kaum überschaubare Menge an Einzelbefunden, wobei die Zusammenhänge nur ansatzweise geklärt sind und unspezifische allgemeine Empfehlungen überwiegen. Klar ist allerdings, dass entsprechende Aktivitäten bereits bei Kindern und Jugendlichen ansetzen sollten, im Speziellen in Bezug auf Ernährung, körperliche Aktivität und Expositionsprophylaxe. Wichtig zur Vorbeugung sind die HPV-Impfung beim Gebärmutterhalskrebs und die Kondomverwendung bei HIV-Infektionen. Bei Männern wirkt die Beschneidung bei einer Vorhautverengung präventiv sowohl für das Zervix- (bei Sexualpartnerinnen) als auch für das Peniskarzinom (Klotz, 2007).

4.2.2.9 Interkulturelle Kompetenz und soziale Integration

Im deutschsprachigen Raum dominieren aktuell zwei Präventionsansätze, bei denen einerseits Toleranzkompetenzen (Kommunikationsfertigkeiten, Einfühlungsvermögen, Perspektivenwechsel, Konfliktregelungsstrategien) und andererseits interkulturelle Kompetenz (Fähigkeit zum unabhängigen, kultursensiblen und wirkungsvollen Handeln) gefördert werden. Es gibt national und international (vor allem in den USA) viele Programme in Kindergärten, Schule und Freizeit zur sozialen Integration minderjähriger Migrantinnen und Migranten, die mehrheitlich aber nicht genügend evaluiert sind. Dennoch können drei präventive Programme zur sozialen Integration als wirksam empfohlen werden: „Eine Welt der Vielfalt“, „Toll, toller, tolerant“, „Achtung (+) Toleranz“. Wege demokratischer Konfliktregelung“ (Petermann & Natzke, 2006).

4.2.2.10 Lärmbedingte Hörstörungen

Zum Schutz des Gehörs werden präventive Massnahmen vor allem im Freizeitbereich empfohlen (Peikert et al., 2008). Dies sind z.B. verhältnispräventive Massnahmen in Form von konsequenterer Begrenzung der einwirkenden Lautstärke und verhaltenspräventive

Massnahmen in Form von Motivation der Jugendlichen zum konsequenten Tragen von Gehörschutzmitteln an Musikveranstaltungen (Narring et al., 2004).

4.2.3 Zusammenfassung

Damit Jugendliche nicht mit gesundheitsschädigendem Verhalten auf die Bewältigung von gesundheitsrelevanten Herausforderungen reagieren müssen, können sie hier unterstützt werden, indem ihnen Möglichkeiten zum riskanten Verhalten in „entschärften“ Betätigungsfeldern als **Alternativen** gegeben werden. Eine andere, ähnliche Möglichkeit ist, **Äquivalente für das Risikoverhalten** zu unterbreiten, die dessen Funktion bei der Bewältigung übernehmen. Des Weiteren kann die Förderung gewisser Einstellungen, Fähigkeiten und Kompetenzen risikoreiches Gesundheitsverhalten für die Bewältigung überflüssig machen. Diese werden z.B. durch **Lebenskompetenzprogramme** gefördert. Diese gelten zusammen mit den **Standfestigkeitstrainings** als wirksame Methode, vor allem im Bereich der Suchtprävention. Thematisch und im angewendeten Setting umfassender sind Programme zur **Förderung der positiven jugendlichen Entwicklung**, zu denen auch gewisse Hinweise bezüglich Wirksamkeit vorhanden sind.

Des Weiteren gibt es in mehreren Themenbereichen verschiedene Strategien und unterschiedliche Wirksamkeiten. Im Hinblick auf **Bewegung und Ernährung** wird die Erhöhung einer lustvollen körperlichen Aktivität möglichst früh in der Kindheit für alle Bevölkerungsschichten empfohlen, sowie die Förderung eines gesunden, bedarfsgerechten Ernährungsverhaltens und einer positiven Einstellung gegenüber der eigenen Figur. Bezüglich Anorexie und Bulimie soll die Vermittlung von Ernährungswissen, die kritische Auseinandersetzung mit Werbung und Schlankheitsidealen und Aufklärung über Essstörungen und ihre Folgen kombiniert werden. Zur Vorbeugung von Adipositas dient das Training des Essverhaltens und verhältnispräventive Beeinflussung des Angebotes. Im Hinblick auf die **Suchtprävention** wird empfohlen, spätestens beim Übergang ins Jugendalter zu beginnen. Ein wichtiges Ziel ist hier das altersmässig möglichst weite Hinauszögern des Konsumeinstiegs. Kombinationen aus verhältnis- und verhaltensorientierten Massnahmen sowie universellen und indizierten Strategien bewähren sich, wie auch system- und settingübergreifende Ansätze mit Einbettung in die Gemeinde. Gute Ergebnisse zeigen Ansätze zur Förderung sozialer Standfestigkeit und Lebenskompetenz. Letztere kann auch zur Vorbeugung von problematischem Konsumverhalten, Medikamenten- und Internetkonsum angewendet werden. Klar ist, dass Wissensvermittlung nur in Kombination mit anderen Methoden (z.B. interaktive, Peergruppenansätze) angewendet werden soll. Im Hinblick auf illegale Suchtmitteln soll auf gefährdete Jugendliche fokussiert werden.

Psychische Gesundheit sollte durch optimale entwicklungspsychologische Bedingungen auf individueller, sozialer und Umweltebene gefördert werden. Es braucht Programme für Risikojugendliche (erkrankter Elternteil). Zur Stressprävention bewähren sich verhaltens- (Bewältigungspotenzial) als auch verhältniszentrierte (Anforderungssituation) Massnahmen. Allgemein ist mehr Suizidprävention nötig, z.B. Stärkung der allgemeinen Lebenskompetenz und eine bessere Früherfassung.

Im Bereich **Sexualität** braucht es Programme für Risikojugendliche und solche, die auf Schutzverhalten, sexueller Abstinenz, Zugang zu Verhütungsmitteln und Gesundheitsdiensten fokussieren. Wichtig sind in der Umsetzung die Integration praktischer Übungen und die Vermittlung von klaren und eindeutigen Informationen. Die Sexualerziehung an Schulen kann verbessert und muss überprüft werden.

Beim Thema **Externalisierendes Verhalten** werden umfassende Präventionsansätze in unterschiedlichen Settings empfohlen. Bewährt haben sich auf sozialer Lerntheorie basierende Trainings sozialer Verhaltensfertigkeiten und sozial-kognitiver Kompetenzen und Trainings elterlicher Kompetenzen. Zur Prävention von Gewalt, Aggression, Delinquenz zeigt sich Wirksamkeit bei universellen Ansätzen, die Schutzfaktoren und Kernkompetenzen fördern. Bei bereits vorhandenem Problemverhalten eignen sich indizierte Ansätze in Form von kognitiven Prozessen, Trainings sozialer Fähigkeiten und Förderung der elterlichen Erziehungskompetenzen in verschiedenen Settings (Familie, Schule, Gleichaltrige). Zur primären Prävention von **Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung** sollte die Arbeit in und mit (vor allem belasteten) Familien im Mittelpunkt stehen und mit ökologischen Interventionen kombiniert werden. Wichtig ist auch die Arbeit mit frühkindlichen Opfern zur Prävention späterer Täter/innen.

Unfallprävention (Strassenverkehr) braucht eine Kombination von strukturellen, gesetzlichen und erzieherischen Massnahmen und bezüglich Autounfälle eine Reduktion des Alkoholkonsums.

Frühe Prävention mittels gesunder Ernährung in Familien und Tabakprävention in der Adoleszenz dient der Prävention **kardiovaskulärer Erkrankungen**. Prävention von **Krebserkrankungen** sollte bereits im Kinder- und Jugendalter stattfinden über Ernährung, körperliche Aktivität, Expositionsprophylaxe (Hautkrebs).

Prävention im Bereich **interkulturelle Kompetenz und soziale Integration** funktioniert über die Förderung von Toleranzkompetenzen und interkultureller Kompetenz.

Lärmbedingten Hörstörungen kann einerseits über Begrenzungen der einwirkenden Lautstärke und dem Tragen von Gehörschutzmitteln vorgebeugt werden.

4.3 Ergebnisse zu der Forschungsfrage zu These 3

Zur Beantwortung der 3. Forschungsfrage „Welche Kriterien müssen die Angebote erfüllen und auf welchen Ebenen müssen sie ansetzen?“ wurde wie bei den vorangehenden Forschungsfragen zur 2. These, Literatur aus der Präventions- und Gesundheitsförderungsforschung analysiert. Es zeigte sich, dass sich die Antworten zu den Forschungsfragen der Thesen 2 und 3 teilweise überschneiden und Aussagen zur Wirksamkeit (These 2) nicht immer klar von Aussagen zu Kriterien (These 3) abgegrenzt werden können. Um Wiederholungen zu vermeiden, konzentrieren sich die nachfolgenden Abschnitte auf konkretere, allgemein geltende, d.h. nicht themenspezifische, Kriterien und Ansatzebenen für Angebote und Programme im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention für Jugendliche. Die Ergebnisse werden nachfolgend strukturiert nach Wirksamkeit und Qualität, Vermittlungsform, fokussiertes Gesundheitsthema, Setting, Zeitpunkt des Einsetzens und Dauer und Zielgruppenorientierung wiedergegeben.

4.3.1 Wirksamkeit und Qualität

Die Wirksamkeit einer Methode ist eine wichtige Voraussetzung für effektive Programme (Hackauf, 2008). Entsprechend werden heutzutage verstärkt Nachweise für die Evidenzen von Effektivität präventiver und gesundheitsfördernder Interventionen verlangt. Ansätze, die *evidence-based* sind, wurden dabei von verschiedenen Experten auf bestimmte Standards der empirischen Forschung wie z.B. Theorieleitung, fundierte Forschungsmethodologie, mit der Intervention selbst verbundene Resultate, geprüft (Breinbauer & Maddaleno, 2005). Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme sollten auf allen Stufen der Entwicklung, Implementierung und Institutionalisierung eine laufende Evaluation (ob und wie die angestrebten Ziele verwirklicht werden konnten) beinhalten (Flay, 2002; Hurrelmann & Settertobulte, 2000). Projektkriterien zur Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung beinhalten Anforderungen an die Assessmentqualität (Bestehen theoretischer Grundlagen, einer Bedarfs-/Bedürfnisabklärung und Einbezug von Erfahrungswerten aus anderen Projekten), die Strukturqualität (Klarheit über Rahmenbedingungen, Rollen und Verträge, Vorhandensein eines Kommunikationskonzeptes, Qualifikation des Personals, vorhandene finanzielle und personelle Ressourcen), die Prozessqualität (Definition „smarter“ Ziele, Einrichten von Feedbackschleifen, laufende Dokumentation und Beobachtung während der Umsetzung) und die Ergebnisqualität (festgelegte Ziele und erwartete Wirkungen, entsprechende Strategien und Massnahmen) (Dierks, Walter & Schwartz, 2001).

Nicht zuletzt ist der Einsatz qualifizierter Mitarbeiter/innen (Hackauf, 2008) und ein entsprechendes Training des Personals zur Vorbereitung auf die Aufgabe wichtig (Flay, 2002).

4.3.2 Vermittlungsform

Präventionsprogramme mit interaktiven Vermittlungsformen und aktiver Auseinandersetzung mit den Inhalten zeigen klar eine höhere Wirksamkeit auf, als reine Wissensvermittlung. Informationen, z.B. über riskantes Gesundheitsverhalten, sind zwar für eine Verhaltensänderung nötig, aber nicht immer ausreichend. Ein Grund ist, dass für Jugendliche die längerfristigen, nicht sofort erlebbaren gesundheitlichen Konsequenzen ihres Verhaltens zweitrangig sind im Vergleich zur sofort spürbaren, angenehmen Konsequenz aus der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben, die z.B. mittels Risikoverhalten geschieht (Breinbauer & Maddaleno, 2005; Bühringer & Bühler, 2007; Hurrelmann & Settertobulte, 2000; Pinquart & Silbereisen, 2007). Gleichzeitig unterschätzen Jugendliche das Eintreten unerwünschter Folgen auf die eigene Person, sodass sich Präventionsprogramme basierend auf kognitiv-rationalen Ansätzen, Furchtappellen, Aufklärung und Abschreckung als wenig wirksam erwiesen haben (Jerusalem, 2006; Roth, Rudert & Petermann, 2003). In Gesundheitsförderungsprogrammen werden hingegen variierende Vermittlungsmethoden, die z.B. auch Diskussionen und Rollenspiele enthalten, empfohlen (Jerusalem, 2006). Gleichzeitig sind Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme erfolgreich, die bei der Vermittlung von Fähigkeiten und Veränderung von Normen bei Gleichaltrigen ansetzen (Flay, 2002) und z.B. auch von Gleichaltrigen selbst durchgeführt werden (Narring et al., 2004).

Gegenüber traditionellen Angeboten können Programme über neuere, elektronische Medien (Film, CD-ROM, Internet) aufgrund der Anonymität und Ortsunabhängigkeit niederschwelliger sein. Sie erreichen aber immer nur ein bestimmtes Segment von Eltern, Kindern und Jugendlichen, welches über die notwendige sprachliche Kompetenz, die nötigen technischen Voraussetzungen (PC-/Internetzugang) und über ein bestimmtes Mass an Vertrauen in die neuen Medien verfügt (Hänggi & Perrez, 2007).

4.3.3 Fokussiertes Gesundheitsthema

Verschiedene gesundheitsschädigende Verhaltensweisen haben häufig eine ähnliche Funktion für die Bearbeitung von Entwicklungsaufgaben (Richter, 2005), treten häufig gemeinsam auf und haben geteilte Risiko- und Schutzfaktoren, weshalb Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme auf verschiedene Verhaltensweisen bzw. Risikofakto-

ren fokussieren sollten (Flay, 2002; Muscari, 1999; Williams, Hombeck & Greenley, 2002; Pinquart & Silbereisen, 2007). Prävention braucht somit umfassende, kohärente und integrierte Ansätze, die multiple gesundheitsschädigende und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen angehen (Flay, 2002). Es zeigt sich, dass Programmpakete mit verschiedenen Interventionen, die unterschiedliche Verhaltens- und Einstellungsbereiche ansprechen, effektiver sind als Programme, die nur einen Faktor berücksichtigen (Hurrelmann & Settertobulte, 2000; Richter, 2005). Programme zur Förderung der allgemeinen Lebenskompetenzen sind ein Beispiel für umfassende Gesundheitsförderungsprogramme, die emotionale und soziale Kompetenzen stärken und auf die Vermeidung unterschiedlicher Risikoverhaltensweisen abzielen (Richter, 2005).

Muscari et al. (1999) heben hervor, dass sich Prävention auf sechs verschiedene Verhaltensweisen fokussieren soll, auf denen die häufigsten ernsthaften Gesundheitsprobleme von Jugendlichen basieren: zu Unfällen führende Verhaltensweisen, Drogen- und Alkoholkonsum, sexuelles Verhalten, Ernährung, Tabakkonsum und physische Inaktivität. Speziell im Jugendalter sollten Interventionen zur Gesundheitsförderung nicht nur auf die Gesundheit, sondern auch auf die biologische, kognitive, sozio-emotionale, lebensstilspezifische, genderspezifische Entwicklung fokussieren (Breinbauer & Maddaleno, 2005).

4.3.4 Settings

Um Zugangsbarrieren von Jugendlichen zu präventiven Leistungen zu minimieren, die z.B. aufgrund von Sozialstatus, Sprache, Geschlecht oder Alter entstehen, wird empfohlen Gesundheitsförderung auf Settings auszurichten (Meuer & Siegrist, 2005) bzw. interdisziplinäre Interventionen in verschiedenen Settings wie Familie, Gleichaltrige, Schule, Betriebe, Gemeinde, Städte und Gesundheitsdienste durchzuführen (Flay, 2002; Nation, Crusto, Wandersman, Kumpfer, Seybort, Morrissey-Kane & Davino, 2003; Pinquart & Silbereisen, 2007). Dadurch wird der gesamte Lebenskontext der Jugendlichen ganzheitlich miteinbezogen (Jerusalem, 2006). Es zeigt sich, dass Präventionsprogramme mit einem möglichst breiten, umfassenden Ansatz, der mindestens die Familie und den sozialen Nahbereich der Gemeinde sowie das Bewusstsein der Bevölkerung miteinbezieht, wirksam sind (Bühlinger & Bühler, 2007). Das gesamte Umfeld muss zumindest über das Programm informiert sein, um unterstützend wirken zu können (Hurrelmann & Settertobulte, 2000). Für eine ganzheitliche Gesundheitsförderung braucht es einen vernetzten Einbezug unterschiedlichster Settings, in denen sich Jugendliche aufhalten (Richter, 2005).

Erfahrungen aus den USA haben gezeigt, dass Interventionen, welche die Eltern, z.B. durch Elterntrainings, einbeziehen, wirksamer sind als solche mit einer Zielgruppe, die nur

aus Jugendlichen besteht (Narring et al., 2004; Weiss, Röhrle & Ronshausen, 2007). Wichtig sind dabei Angebote, die Eltern vom Säuglings- bis ins Jugendalter ihrer Kinder in ihrer Rolle stärken (Tschumper & Diserens, 2004). Das Setting Schule bietet einen guten Zugang zu Jugendlichen (Naidoo & Wills, 2003) und spielt eine wichtige Rolle bei der Formung des Verhaltens (IUHPE, 2000) und der Bewältigung von gewissen Entwicklungsaufgaben (Bilz & Melzer, 2008; Tschumper & Diserens, 2004). Eine umfassende Gesundheitsförderung an Schulen ist zu unterstützen, wobei Jugendliche bei der Gestaltung des Unterrichts und des Umfelds mitwirken sollten (Tschumper & Diserens, 2004). Analysen aus verschiedenen HBSC-Studien zeigen, dass die Schule noch zu oft einen eher krankmachenden als gesundheitsförderlichen Effekt auf die Jugendlichen hat und sie sich vermehrt ihres gesundheitsrelevanten Einflusses bewusst werden sollte (Richter, 2005). Ein gutes Beispiel ist das 1992 von der WHO initiierte Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen, dessen angeschlossene Schulen sich an entsprechenden WHO-Kriterien orientieren (WHO, 1993, zit. in Naidoo & Wills, 2003). Ihm liegt ein ganzheitlicher Gesundheitsansatz mit physischen, psychischen, sozialen, ökologischen und spirituellen Aspekten zugrunde und es berücksichtigt Faktoren wie das Schulklima, den Lehrplan und das physische und soziale Umfeld (in Naidoo & Wills, 2003). Die Gesundheit aller an der Schule Beteiligten soll gefördert (Samdal, Dür & Freeman, 2004) und die Bildungsqualität der Schule gesteigert werden (Paulus, 2007). Es werden alle Partner/innen der Schulgemeinschaft involviert, d.h. Schüler/innen, Personal, Eltern und Schulgesundheitsdienste (Samdal, Dür & Freeman, 2004). Es ist schwierig, spezifische Auswirkungen von gesundheitsfördernden Massnahmen in der Schule nachzuweisen, da es innerhalb und ausserhalb dieses Settings sehr vielfältige Einflüsse auf die Jugendlichen gibt (Naidoo & Wills, 2003). Schulbasierte Interventionen scheinen aber eher wirksam zu sein, wenn sie interaktiv angelegt sind, wenn sie zusätzlich die Familie oder Gemeinde einbeziehen und wenn sie in Form von Lebenskompetenzprogrammen angesiedelt werden (Pinquart & Silbereisen, 2007).

Weiter zeigt die gesundheitsfördernde Schule Wirksamkeit in Bezug auf Gesundheitsverhalten (IUHPE, 2000) und im Vergleich zu einzelnen Interventionen auf Unterrichtsbasis (Paulus, 2007). Interventionen in diesem Rahmen sind eher effektiv, wenn sie umfassend und vernetzt in den Kontext der Gemeinde gesetzt sind, über verschiedene Schuljahre laufen, jährlich mindestens 40 bis 50 Unterrichtsstunden für Gesundheitsthemen beinhalten, die physische, wie z.B. Licht und Bau und die psychosoziale Umwelt der Schule berücksichtigen, Ressourcen und Trainings für Lehrpersonen beinhalten, sowohl auf kognitive als auch auf soziale Faktoren der Verhaltensänderung fokussieren, Informationsvermitt-

lung mit der Förderung von Lebenskompetenzen kombinieren und gesamthafte Schul-Gesundheits-Policys aufbauen (z.B. rauchfreie Schule) (IUHPE, 2000).

In der Gesundheitsförderung ist aber nicht nur der Einbezug des Setting Familie oder Schule wichtig, denn auch andere Instanzen können wichtige Einflüsse haben (Schnabel, 2007). Freizeiteinrichtungen, Jugend- und Sportverbände und Ähnliches bieten Jugendlichen z.B. die Möglichkeit der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie vielfältige Erfahrungen und Kontakte zu Gleichaltrigen und Erwachsenen (Tschumper & Diserens, 2004). Das Internet kann als Setting eine wichtige Rolle spielen, da es ein hohes Ausmass an Anonymität gewährleistet (Meuer & Siegrist, 2005). Zentral ist weiter die Gemeinde, wo Gemeindevertretende, Schulen, Clubs, (Sport-)Vereine, Jugend- und Sozialarbeit zusammenarbeiten können (Hackauf, 2008). Da im Jugendalter die Erziehung durch Eltern und andere Erwachsene an Bedeutung verliert und Eltern nur beschränkt gesundheitsbezogenes Wissen über die Jugendlichen haben, ist ein verstärkter Einbezug der Gleichaltrigen in präventive Konzepte wichtig (Roth, Rudert & Peterman, 2003). Nicht zu vergessen ist ausserdem das Setting der Gesundheitsdienste. Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen müssen vermehrt dafür sensibilisiert werden, dass jeder Kontakt mit Jugendlichen in Schwierigkeiten eine Gelegenheit für Präventionsarbeit ist (Tschumpert & Diserens, 2004). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann z.B. durch aktive Unterstützung in der Beziehungs- und Erziehungsarbeit und durch Verbesserung der familiären Rahmenbedingungen Prävention im Hinblick auf Verhaltensauffälligkeiten, Suchtentwicklung, Misshandlung, Vernachlässigung, sexuellen und psychischen Missbrauch stattfinden (Schulze & Fegert, 2007).

4.3.5 Zeitpunkt des Einsetzens und Dauer

Ein altersmässig früher Beginn von Präventionsprogrammen wird von verschiedenen Seiten gefordert: bereits in der Schwangerschaft (Bühringer & Bühler, 2007), bei Kindern im Vorschulalter zur Verhinderung ungünstiger Verhaltensstabilisierungen (Kaluza & Lohaus, 2006) und in Kindergarten und Grundschule um bereits dann vorhandene gesundheitliche Beeinträchtigungen zu begegnen (Richter, 2005). Die beiden Altersgruppen der Präadoleszenz (Mädchen: 9 bis 12 Jahre, Jungen: 10 bis 13 Jahre) und der frühen Adoleszenz (Mädchen: 12 bis 14 Jahre, Jungen: 13 bis 15 Jahre) sind strategisch kritische Zeitpunkte für den Erwerb und das Beibehalten von gesundheitsförderlichen Lebensstilen und damit für präventive und gesundheitsfördernde Interventionen, insbesondere bezüglich geschützten Geschlechtsverkehrs (Breinbauer & Maddaleno, 2005). Auch das Jugendalter wird als wichtiges Zeitfenster für Präventionsmassnahmen definiert, da dann viele (für den

Gesundheitszustand im Erwachsenenalter kritische) gesundheitsbezogene Verhaltensweisen entstehen und sich verfestigen (Pinquart & Silbereisen, 2007; Williams et al., 2002).

Verschiedene Arten an Prävention setzen zu unterschiedlichen Zeitpunkten an. Universelle und Primärprävention ist aufgrund unterschiedlicher Entwicklungspfade nicht bei allen Jugendlichen gleich wirksam. Das Ziel des Hinauszögerns oder Verhinderns von gesundheitsschädigendem Verhalten ist bei Jugendlichen, die vergleichsweise wenig Risikoverhalten aufweisen, sinnvoll. Jugendliche, die bereits in der Kindheit auffällig waren und Defizite in der Verhaltensregulation aufweisen, brauchen hingegen selektivpräventive bzw. therapeutische Massnahmen (Jerusalem, 2007; Pinquart & Silbereisen, 2007). Ein grundsätzliches Problem universeller Massnahmen ist ausserdem, dass sich mit sinkender Prävalenz des Problems immer grössere Teile der Klientel auch ohne Hilfe gesund entwickeln (Beelmann, 2006). In der Primärprävention muss auf alterstypische Faktoren, die das Entstehen von riskantem Risikoverhalten beeinflussen, wie z.B. das Streben nach erwachsenen sozialen Rollen, eingegangen werden. Erfolgreiche Sekundärprävention muss in dieser Altersspanne klar zwischen beginnender Störung und normaler Entwicklung unterscheiden (Williams et al., 2002) bzw. beim Substanzkonsum zwischen abstinenter und bereits regelmässig konsumierenden Jugendlichen (Richter, 2005). Bei der Sekundärprävention darf nicht vergessen werden, dass riskante Verhaltensweisen ein Hinweis auf zugrunde liegende psychopathologische Störungen sein können. Ansätze der allgemeinen Gesundheitsförderung haben sich bei Nicht-Risikogruppen als relativ erfolgreich, bei Risikogruppen als jedoch relativ erfolglos erwiesen (Jerusalem, 2006).

Gewisse Autoren empfehlen Präventionsprogramme für Zielgruppen in kritischen Momenten (Transitionen) und Gesundheitsförderungsprogramme in stabilen Perioden der Entwicklung (Breton, 1999). Kinder und Jugendliche, die mit kritischen Lebensereignissen konfrontiert sind, brauchen eine spezifische Gesundheitsförderung und Prävention, da sie bei unzureichender Bewältigung einem erhöhten Risikopotenzial ausgesetzt sein und in ihrer Entwicklung beeinträchtigt werden können. Beispiele dafür sind u.a. spezielle Ansätze und Programme zur Bewältigung von Verlust durch Tod, Scheidungsprogramme oder Unterstützungen bei der Bewältigung von Jugendarbeitslosigkeit (Röhrle, 2007b).

In Bezug auf die Dauer von Präventions- und Gesundheitsförderungsinterventionen wird zur Erhöhung der Wirksamkeit allgemein ein möglichst langfristiger bzw. mehrjähriger,

über mehrere Schulstufen dauernder Ansatz mit follow-ups und genügend hoher „Dosierung“ empfohlen (Bühringer & Bühler, 2007; Flay, 2002, Nation et al., 2003).

4.3.6 Zielgruppenorientierung

Damit sowohl präventive als auch gesundheitsfördernde Interventionen wirksam sind, ist allgemein eine klare Definition der Zielgruppe zentral (Hackauf, 2008). Es ist weiter wichtig, dass sie auf das Alter bzw. den Entwicklungsstand der Zielgruppe (Seiffge-Krenke, 2008), bzw. auf die biologischen, kognitiven und sozialen Themen (Flay, 2002), Fähigkeiten, Interessen (Breinbauer & Maddaleno, 2005), Bedürfnisse (Breinbauer & Maddaleno, 2005; Narring et al., 2004) und beteiligten Emotionen (Lohaus & Lissmann, 2006) dieser Entwicklungsstufe eingehen. Erfolgreiche präventive Interventionen für das Jugendalter verfügen über ein gutes Verständnis der adoleszenten Entwicklung, der Lebensbedingungen und bio-psycho-sozialen Veränderungen, die diese Phase charakterisieren, und sie basieren nicht auf Analysen einer erwachsenen Zielgruppe (Jerusalem, 2006; Williams et al., 2002). Präventionsprogramme, die auf einer entwicklungspsychologischen Grundlage entworfen wurden und den wissenschaftlichen Standards von Evaluation genügen, scheinen aber noch selten zu sein (Röhrle, 2007a). Da im Jugendalter unmittelbare Konsequenzen von gesundheitsförderlichem Verhalten immer wichtiger werden, sollten möglichst auch kurzfristige Konsequenzen thematisiert werden. Gleichaltrige und Medien sind aufgrund ihrer hohen gesundheitsrelevanten Funktion in diesem Alter speziell wichtig (Lohaus & Lissmann, 2006).

Partizipation hat gesundheitsfördernde Effekte, sodass empfohlen wird, das Involviertsein von Schüler/innen mit kommunalen Institutionen wie Familie, Schule und Peers zu fördern (Flay, 2002). Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme sind erfolgreich, die partizipativ mit der Zielgruppe erarbeitet worden sind und ihr die Möglichkeit zur Mitbestimmung über ihr Leben und die Gesellschaft geben, sind erfolgreich (Breinbauer & Maddaleno, 2005; Currie et al., 2008; Flay, 2002; Tschumper & Diserens, 2004). Solche Projekte, wie z.B. die schweizerischen Projekte aus dem Freizeitbereich „Jugendsession“, Projekte von Jugendverbände oder „funtasy-projects“, stärken bei Jugendlichen die Überzeugung, Einfluss auf das eigene Leben zu haben (Tschumper & Diserens, 2004).

Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung müssen auch Geschlechtsunterschiede angemessen berücksichtigen (Seiffge-Krenke, 2008). Im Allgemeinen sind Männer für Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien weniger erreichbar und zeigen mehr gesundheitliches Risikoverhalten als Frauen. Präventionsprogramme müssen deshalb sowohl biologische (*sex*) als auch soziale (*gender*) Geschlechtstfaktoren berücksichti-

gen und alle Strategien unter dem entwicklungsbezogenen Geschlechteraspekt prüfen (Merbach & Brähler, 2007; Ravens-Sieberer, 2009). Entsprechende Umsetzungen sind die geschlechtsspezifische Arbeit mit nach Geschlechtern getrennten Gruppen und die geschlechtssensible Arbeit in gemischten Gruppen, bei der Geschlechterspannungen und Geschlechterinteraktionen wahrgenommen und bearbeitet werden (Helfferich, 2001). Jungen und Mädchen brauchen unterschiedliche Hilfe bei der Bewältigung von genderspezifischen Entwicklungszielen (Breinbauer & Maddaleno, 2005). Die Übernahme der männlichen bzw. weiblichen Geschlechtsrolle ist eine der wichtigsten Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz, wobei Mädchen (eher internalisierend) und Jungen (eher externalisierend) unterschiedliche Strategien besitzen, was in der Prävention, z.B. durch geschlechtsspezifische Programme, noch zu wenig berücksichtigt wird (Kolip, 1999). In diesem Zusammenhang wird angenommen, dass Mädchen stärker durch Lebenskompetenztrainings angesprochen werden und Programme für Jungen mit konkurrenzbetonten Inhalten fehlen (Leppin et al., 1999, zit. in Hinz, 2007). Auch Programme zur Stärkung der allgemeinen Lebenskompetenz sollten geschlechtsspezifisch ausgerichtet werden (Richter, 2005). Geschlechtsunterschiede bezüglich Risikoverhaltensweisen führen zu unterschiedlicher Wirkung präventiver Massnahmen (Jerusalem et al., 2003). Die Effektivität von Präventionsprogrammen könnte aber erhöht werden, wenn geschlechtstypische Funktionen von Risikoverhaltensweisen stärker berücksichtigt würden (Hinz, 2007). Allgemein sollte stets überlegt werden, bei welchen präventiven Massnahmen eine getrennte Ansprache erforderlich ist (Richter, 2005).

Damit Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention wirksam sind und akzeptiert werden, müssen sie weiter auf den kulturellen (Flay, 2002) bzw. soziokulturellen Hintergrund und die speziellen Umstände des Settings abgestimmt sein (Hurrelmann & Settertobulte, 2000). Es braucht einerseits Massnahmen für die Allgemeinbevölkerung, die auch bei sozial benachteiligten Jugendlichen einen positiven, gesundheitsförderlichen Effekt haben, und andererseits spezielle Massnahmen für sozial benachteiligte Jugendliche (Richter, 2005; Seifert, 2008). Dabei sind wiederum geschlechtsspezifische Aspekte zu berücksichtigen, da bei Mädchen der Einfluss sozialer Ungleichheit bedeutsamer ist (Richter, 2005). Es ist wichtig zu beachten, dass Verhaltensänderungen in tiefer gestellten Sozialschichten je nachdem schwieriger sind, da höher gestellte Schichten durch bessere Bildung, höheres Einkommen und einen höheren beruflichen Status grössere Handlungsspielräume haben (Seifert, 2008). Auf Verhältnisebene sollte die Gesundheitsförderung hier vor allem in den Bereichen Arbeitsmarkt- und Jugendpolitik gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen (Kolip, 2000, zit. in Seifert, 2008). Weiter ist die Veränderung der

sozialen Ungleichheiten selbst gesundheitsfördernd (Richter, 2005). *Health 21*, das *health for all policy framework* für die europäische Region der WHO (WHO, 1998, zit. in Currie et al., 2004), verlangt, dass der *health gap* zwischen sozioökonomischen Gruppen innerhalb aller Mitgliedstaaten um mindestens ein Viertel gesenkt wird. Da die Veränderung der sozialen Ungleichheiten aber häufig schwierig ist, ist hier Prävention umso wichtiger (Erhart & Ravens-Sieberer, 2008).

Für effektive Gesundheitsförderung bei Individuen mit einem Migrationshintergrund muss auf spezifische (z.B. Traumata) und erhöhte gesundheitliche Belastungen eingegangen, Angebote müssen niederschwellig ausgerichtet werden. Weiter sollen Fachpersonen über interkulturelle Kompetenz verfügen und Dienstleitungen müssen transkulturell geöffnet werden (Hornung, 2007). Auch schulische Gesundheitsförderung muss verstärkt auf den Migrationshintergrund der Schüler/innen eingehen. Ihre Themen, Inhalte, Aufbereitungsart und Sprache sind häufig noch zu stark auf einheimische, der Mittel- und Oberschicht angehörige, Jugendliche ausgerichtet und erreichen Jugendliche mit Migrationshintergrund und aus sozial benachteiligten Familien kaum (Hurrelmann, 2007).

Um den Zugang von Jugendlichen zu präventiven und gesundheitsfördernden Leistungen zu verbessern, sollten Fachpersonen aus dem ganzen Jugendbereich (Freizeiteinrichtungen, Sozialdienste, Schulen, Arztpraxen, Spitäler etc.) sensibilisiert und Netzwerke gebildet werden, welche eine bessere Zusammenarbeit sicherstellen (Narring et al., 2004). Es gibt verschiedene Gruppen Jugendlicher, die schlecht erreichbar sind, häufig aber hohe Gesundheitsrisiken aufweisen. Hier können gemeindebasierte Methoden wirksam sein (Williams et al., 2002). Gemäss der US-amerikanischen Forschung sind Jugendliche, die die Schule abbrechen, eine mit Gesundheitsbotschaften schwer erreichbare Gruppen mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko. Bei diesen sind Methoden, die an ihrer Zielgruppe orientiert sind, umso wichtiger. Auch sollten Intervention dort zugänglich gemacht werden, wo sich diese Jugendlichen aufhalten (IUHPE, 2000). Aus der deutschen Forschung kommen spezifische Ansätze zur Gesundheitsförderung bei obdachlosen Jugendlichen. Hier müssen präventive Interventionen einen Bezug zur Lebenswelt auf der Strasse aufnehmen oder z.B. über einschlägige soziale Einrichtungen geführt werden (Flick & Röhnsch, 2008).

4.3.7 Zusammenfassung

Die Angebote an Prävention und Gesundheitsförderung sollten idealerweise folgende Kriterien erfüllen bzw. auf folgenden Ebenen ansetzen:

- **Wirksamkeit und Qualität:** Die Wirksamkeit ist eine wichtige Voraussetzung für effektive Programme und sollte wie die Verwendung von evidenzbasierten Methoden und eine kontinuierliche Evaluation zu Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen dazugehören. Zu Qualitätskriterien von Projekten gehören ausserdem vorhandene theoretische Grundlagen und Bedarfs-/Bedürfnisabklärungen, Klarheit über Rahmenbedingungen und Rollen, Qualifikation des Personals, das Vorhandensein von personellen und finanziellen Ressourcen, die Definition von Zielen und erwartete Wirkungen.
- **Vermittlungsform:** Prävention über kognitiv-rationale Ansätze, reine Wissensvermittlung und Aufklärung sowie Abschreckung scheint allgemein eher beschränkt bzw. nur in Kombination mit anderen Methoden effektiv zu sein. Es werden hingegen aktive Auseinandersetzungen, Gleichaltrigenansätze und variierende Methoden in der Gesundheitsförderung und Prävention empfohlen. Elektronische Medien können t.w. den Zugang zum Angebot niederschwelliger gestalten.
- **Fokussiertes Gesundheitsthema:** Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme sollten, umfassend angesetzt, auf verschiedene gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und Einstellungen fokussieren, wie z.B. auf Programme zur Förderung der allgemeinen Lebenskompetenz. Wichtig im Jugendalter ist zudem die Berücksichtigung nicht nur von Gesundheits-, sondern auch von Entwicklungsthemen.
- **Setting:** Idealerweise sollte Gesundheitsförderung auf Settings ausgerichtet werden bzw. in verschiedenen Settings wie Familie, Gleichaltrige, Schule, Betriebe, Gemeinde, Städte, Freizeiteinrichtungen (Jugend- und Sportverbände), Gesundheitsdienste etc. stattfinden. Auch Präventionsprogramme sollten bezüglich der Settings möglichst breit und umfassend stattfinden. Speziell wichtig sind dabei das Setting Familie und das Setting Schule. Ansätze in der Familie empfehlen sich z.B. in Form von Elterntrainings. Im Setting Schule zeigen der Ansatz der gesundheitsfördernden Schulen (etwas weniger) und Ansätze zur Lebenskompetenzförderung eine Wirksamkeit. Interventionen sollten hier interaktiv, längerfristig und auf die Schule gesamthaft angelegt sowie in weiteren Settings (Familie und Gemeinde) verankert sein. Als spezielles, neueres Setting bietet das Internet den Vorteil eines hohen Grades an Anonymität.
- **Zeitpunkt des Einsetzens und Dauer:** Bei den beschriebenen Befunden scheint tendenziell das Motto zu gelten „je früher Präventionsprogramme starten, umso besser“. Präventive und gesundheitsfördernde Interventionen sollen wirken können, bevor sich ge-

sundheitsschädigende Verhaltensweisen etablieren. Das heisst, dass schon beim Übergang von der Kindheit zum Jugendalter, spätestens aber in der frühen Adoleszenz begonnen werden sollte. Andererseits ist universelle Prävention nicht bei allen Jugendlichen wirksam, sodass verschiedene Entwicklungsverläufe berücksichtigt werden müssen und sekundärpräventive Ansätze bei Risikojugendlichen auch zu späteren Zeitpunkten sinnvoll sind. Entsprechend empfiehlt sich eine Kombination aus primär- und sekundärpräventiven Ansätzen, je nach vorhandenen Risiken. Risikojugendliche mit einem spezifischen Präventionsbedürfnis sind auch solche, die sich in entwicklungsbedingt kritischen Lebensphasen befinden oder mit kritischen Lebensereignissen konfrontiert werden.

- Zielgruppenorientierung: Allgemein ist es wichtig, die Zielgruppe der präventiven und gesundheitsfördernden Intervention zu definieren und die Massnahmen danach auszurichten. Dazu gehört die Berücksichtigung des Alters bzw. des Entwicklungsstandes der Zielgruppe, was ein gutes Verständnis der adoleszenten Entwicklung, die Thematisierung von kurzfristigen (gesundheitsbezogenen) Konsequenzen und jugendspezifische Zugangsformen voraussetzt. Partizipative Ansätze haben sich bei Jugendlichen insgesamt als förderlich erwiesen. Die Effektivität von Programmen könnte durch die Orientierung am Geschlecht der Zielgruppe erhöht werden. Dazu müssen Gender- und biologische Faktoren bei der Interventionsstrategie angemessen berücksichtigt werden, z.B. in Form von geschlechtsspezifischen oder geschlechtssensiblen Ansätzen. Weiter sind Ansätze nötig, die auch sozial benachteiligte Jugendliche (z.B. aus tieferen Schichten) ansprechen, speziell für diese konzipiert sind, oder über strukturelle Massnahmen ihre soziale Situation verbessern. Ähnlich brauchen Jugendliche mit einem Migrationshintergrund Angebote, die auf spezifische Themen eingehen, niederschwellig und inter- bzw. transkulturell angelegt sind. Der Zugang zur jugendlichen Zielgruppe, auch zu schlecht erreichbaren Gruppen mit einem häufig erhöhten Risiko, sollte allgemein erhöht werden, wobei gemeindeorientierte Methoden wirksam sein können.

5. Diskussion

Mit der vorliegenden Masterarbeit wurde eine Analyse gesundheitsrelevanter Herausforderungen Jugendlicher und möglicher Unterstützungsmöglichkeiten bei der Bewältigung in Form von gesundheitsfördernden und/oder präventiven Angeboten durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass Jugendliche während ihrer Entwicklung mit verschiedensten gesundheitsrelevanten Herausforderungen konfrontiert werden, die in Herausforderungen aus den Entwicklungsaufgaben, aus verschiedenen Faktoren in unterschiedlichen Settings (Familie, Gleichaltrige, Schule) bzw. aus sozialen Ungleichheiten strukturiert werden können. Aus den epidemiologischen Daten geht ausserdem ein Handlungsbedarf für verschiedene Bereiche der körperlichen und psychischen Gesundheit hervor. Es gibt Hinweise darauf, dass Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote die Jugendlichen bei der Bewältigung dieser Herausforderungen unterstützen können, wobei sich die Angaben zur Wirksamkeit solcher Interventionen – je nach Ansatz und Themenbereich – unterscheiden. Themenübergreifende Faktoren zeigen auf, wie Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme allgemein gestaltet werden und auf welchen Ebenen sie ansetzen sollten, um effektiv zu sein. Dies bestätigt die ursprünglichen Annahmen, die in den drei Thesen aufgestellt wurden. Es ist somit möglich, wie geplant aus den Ergebnissen Kriterien und Empfehlungen für das Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebot für Jugendliche im Baselland abzuleiten (siehe Tabelle 3). Augenfällig ist, dass einige Kriterien und Empfehlungen themenübergreifend im Verlauf der Ergebnisbeschreibung immer wieder aufgeführt werden. Diese unterscheiden nicht grundsätzlich zwischen gesundheitsfördernden und präventiven Interventionen. Eine besondere Relevanz scheinen konkret folgende Punkte zu haben: **Anwendung von Lebenskompetenz- und settingübergreifende Ansätzen, möglichst frühzeitiges Ansetzen und kontinuierliches und längerfristiges Andauern, zielgruppen- und vor allem geschlechtsspezifische Ausrichtung, Kombinationen von Verhaltens- und Verhältnisprävention sowie universellen und selektiven Massnahmen, keine Anwendung ausschliesslicher Informationsvermittlung.** Bezüglich der Übertragbarkeit der vorliegenden Ergebnisse auf die Baselbieter Jugendlichen ist Folgendes anzumerken: Einige epidemiologische Hinweise und wenige Empfehlungen zu Massnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung gehen direkt aus den Baselbieter Daten hervor. Andere Ergebnisse können aus der schweizerischen Forschung auf das Baselland übertragen werden, da sich die Baselbieter Jugendlichen nicht grundsätzlich von den schweizerischen unterscheiden. Etwas unklarer ist es hingegen bei gewissen ausländischen Daten und Studien, da hier womöglich – zumindest stellenweise – grössere Differenzen zur Zielgruppe bestehen. Ersichtlich ist dies z.B. bei aus-

ländischen epidemiologischen Daten zu Themen wie frühe Schwangerschaften, Chlamydieninfektionen oder Obdachlosigkeit im Jugendalter, aus denen ein Handlungsbedarf hervorgeht, dessen direkte Übertragung auf die Schweiz fragwürdig erscheint. Bei der Anwendung der vorliegenden Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass Jugendliche, wie auch Erwachsene, eine heterogene Gruppe bilden. Wie auch immer in der Praxis präventive und gesundheitsfördernde Angebote ausgestaltet werden, werden sie immer nur einen Teil der Jugendlichen erreichen können, auch wenn sie z.B. sich stark an der Zielgruppe orientieren. Ein flächendeckender Zugang zu allen Jugendlichen, bzw. zu allen Jugendlichen der gewählten Zielgruppe, ist unrealistisch.

Eine gewisse Limitierung der vorliegenden Ergebnisse ist dadurch gegeben, dass bei *scoping studies* die Qualität der verwendeten Quellen nicht beurteilt wird und somit alles, was die Recherche ergibt, in die Aussagen einbezogen werden kann. Natürlich basiert die vorliegende Arbeit aber auf Quellen, die in einem wissenschaftlichen oder fachspezifischen Rahmen publiziert wurden. Es ist daher davon auszugehen, dass sie grundsätzlich aussagekräftig und glaubwürdig sind. Des Weiteren wurden – damit die Summe der auszuwertenden Quellen im Rahmen einer Masterarbeit bewältigbar blieb – nur diejenigen Quellen berücksichtigt, die in Form von Reviews, Meta-Analysen und als Gesamt-Herausgeberwerk Prävention und Gesundheitsförderung allgemein bei Jugendlichen thematisieren. Spezifizierte Quellen, die sich auf gewisse Settings (z.B. Schule, Familie), Themen oder Phänomene (z.B. Sucht, Gewalt, Gangs etc.), Bevölkerungsgruppen (z.B. nur Migrationsbevölkerung) eingeschränkten, wurden für die Analyse ausgeschlossen. Dabei handelt es sich um ca. 300 Quellen, die noch nicht weiter ausgewertet wurden. Eine weiterführende, z.B. themenspezifische, Analyse wäre somit zu einem späteren Zeitpunkt möglich. Aus diesem Grund ist im Anhang 3 (Tabellen A1 bis A3) die vollständige Übersicht über die Ergebnisse aus der Literaturrecherche, die den Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen, enthalten. Eine weitere Auswertung wäre unter anderem deshalb interessant, weil die meisten Publikationen von schweizerischen Fachstellen und Institutionen spezifisch auf gewisse Themen, Settings oder anderes eingegrenzt sind und deshalb nur wenige Berichte von diesen Stellen in die vorliegenden Ergebnisse einfließen. Des Weiteren sind sowohl epidemiologische Daten als auch Forschungsergebnisse zu Prävention und Gesundheitsförderung nur begrenzt aus dem nationalen Raum vorhanden. Insgesamt konnte das Ziel, möglichst regionale bzw. schweizerische Quellen zu verwenden, nur bedingt erfüllt werden, sowohl die epidemiologischen Daten als auch die Ergebnisse aus der Präventions- und Gesundheitsförderungsforschung enthalten zu einem grossen Teil ausländische Aussagen. Es zeigte sich ausserdem, dass sich auch einige Artikel innerhalb

der Herausgeberwerke auf gewisse Gesundheitsthemen, Settings, Bevölkerungsgruppen etc. spezifizierten, wobei die Themen Suchtprävention, Lebenskompetenzansätze, soziale Ungleichheiten und schulische Gesundheitsförderung zu den am meisten erwähnten gehörten. Unklar bleibt damit, ob hier tatsächlich ein grösserer Handlungsbedarf besteht, oder ob diese Themen öfter dem Forschungsinteresse unterstehen, z.B. weil es auch bereits mehr solche Präventions- und Gesundheitsförderungsansätze gibt, die evaluiert werden. Bei der Frage nach heutigen gesundheitsrelevanten Herausforderungen ist weiter anzumerken, dass die Beantwortung dieser Forschungsfrage mittels wissenschaftlicher Erkenntnisse in gewisser Weise limitiert ist, da diese die schnelllebigen Trends der heutigen Gesellschaft und speziell bei Jugendlichen immer nur zeitverzögert wiedergeben können. Dies führt t.w. dazu, dass Angebote an Prävention und Gesundheitsförderung auf gewisse neuartige Phänomene und Risiken erst reagieren nachdem diese bereits einige Zeit vorhanden sind anstatt ihnen bereits frühzeitig vorzubeugen. Hier wäre allenfalls eine (ergänzende) Trendanalyse mit anderen Mitteln, die solche Fakten schneller wiedergeben, wie z.B. einer Analyse von Meldungen in Printmedien, hilfreich.

Als Fazit kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit für das geplante weiterführende Vorgehen der Gesundheitsförderung Baselland zum Auftrag „Gesundheit junger Menschen“ gut verwendet werden können und somit das hauptsächliche Ziel dieser Projektarbeit erreicht werden konnte. In diesem Sinne gibt die nachfolgende Tabelle (Tabelle 3) knapp zusammengefasst die Ergebnisse der durchgeführten *scoping study* wieder und kann als Grundlage für die Angebotsüberprüfung im Baselland dienen. Sie zeigt auf, bei welchen Themen – aus Sicht von epidemiologischen Daten und von Ergebnissen aus der Gesundheitsförderungs- und Präventionsforschung – ein Handlungsbedarf vorhanden ist, welche präventiven und gesundheitsfördernden Ansätze und Vermittlungsformen empfohlen werden, welche Kriterien bezüglich Wirksamkeit und Qualität bestehen und auf welchen Ebenen (Setting, Anfangszeitpunkt und Dauer, Zielgruppe) die Angebote idealerweise ansetzen sollen. In Bezug auf den thematischen Handlungsbedarf, der aus den epidemiologischen Daten hervorgeht, ist zu beachten, dass diese Ableitung einer subjektiven Einschätzung unterliegt. Eine hundertprozentig gesunde Population wird nie existieren und es gibt keine Empfehlung, ab welchen Prozentzahlen eine präventive bzw. gesundheitsfördernde Intervention notwendig ist. Die Ergebnisse sind hier als Baselbieter bzw. nationale (A.) oder ausländische Quelle (B.) gekennzeichnet, um die Übertragung auf den Kanton Basel-Landschaft besser einschätzen zu können.

Mit dieser Grundlage ist ein erster wichtiger Schritt erreicht, um das Angebot zur Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Basel-Landschaft verbessern zu können.

Tabelle 3: Kriterien und Empfehlungen für präventive und gesundheitsfördernde Interventionen für Jugendliche (Ableitung aus Ergebnissen der *scoping study*)

| Thematischer Handlungsbedarf | | Ansatz | Voraussetzungen bezüglich Wirksamkeit und Qualität | Vermittlungsform | Setting | Zeitpunkt des Einsatzes und Dauer | Zielgruppenorientierung | |
|--|---|---|--|--|--|---|---|---------------------------------------|
| Gemäss epidemiologischen Daten (A=BL+CH, B=Ausland) | Gemäss Forschung Prävention und Gesundheitsförderung | | | | | | | |
| A. Müdigkeit/Schlaf | | | | | | | | |
| A. Unzufriedenheit mit Körper. Bulimie und Anorexie | Positive Einstellung gegenüber eigener Figur. Prävention Anorexie und Bulimie (und binge eating) | Wissen über Ernährung und Folgen Essstörungen | | Wissensvermittlung | | Primäre und sekundäre Prävention (aber auch: Kontraproduktivität von primärer Prävention und schwierige Definition Risikogruppe). | Jugendgerechte Vermittlung | |
| | | Kritische Auseinandersetzung mit Werbung/Schlankheitsideal | | Interaktiv | | | | |
| | | Bedarfgerechtes Essverhalten | | | | | | |
| A. Übergewicht (vor allem Jungen), ungesunde Ernährung, mangelnde körperliche Bewegung | Adipositas | Training Essverhalten | | Verhaltenstraining | | | | |
| | | Förderung gesundes, bedarfsgerechtes Ernährungsverhalten | | | | | | |
| | | Erhöhung lustvolle körperliche Aktivität | | | | Soziale Kontexte, vor allem Familie | Möglichst früh in Kindheit | Zugang für alle Bevölkerungsschichten |
| | | Verhältnisprävention: Angebot | | | | | | |
| A. Alkoholkonsum/-rausch, Tabakkonsum, Zugang zu Substanzen | Suchtprävention | Konsumeinstieg altersmässig möglichst weit hinauszögern. Kombination Verhaltens- und Verhältnisprävention. Soziale Standfestigkeit. Förderung Kernkompetenzen, Lebenskompetenz. Verringerung Zugang | Theoretisches Fundament und wissenschaftliche Evaluation, gut vorbereitetes Personal | Wissensvermittlung nur in Kombination mit anderen (interaktiven, affektiven) Methoden. Lebenskompetenz | System-, Settingübergreifende Ansätze, (breite) Einbettung in Gemeinde. Familie (Erziehung), Schule (gesundheitsfördernde, Lebenskompetenz), Peers (Normen, Druck) | Frühzeitig, spätestens Übergang in Jugendalter. Längerfristig, kontinuierlich. Kombination Primär- und Sekundärprävention | Kombination universeller und indizierte Strategien. Geschlechtsspezifische Massnahmen. Berücksichtigung Konsumerfahrung und Entwicklungspfade. Orientierung an Lebenswelt | |
| | | Bei illegalen Drogen speziell auf gefährdete Jugendliche fokussieren | | | Jugendhilfe, Internet, peer-to-peer (gefährdete Jugendliche) | | Bei illegalen Drogen speziell auf gefährdete Jugendliche fokussieren | |
| | | | | | | | | |
| A. Cannabiskonsum | | | | | | | | |
| A. Synthetische Drogen | | | | | | | | |
| A. Kokain | | | | | | | | |
| A. Sexualität (Verhütung) | Sexualität (Aufklärung) | Klare, eindeutige Informationen (auch Thema Gefahren, aber nicht nur) | | Informationsvermittlung | Nicht nur Schule, auch z.B. Jugendarbeit | Früh genug | Programme für Risikojugendliche: Ausländer/innen, riskantes Gesundheitsverhalten, niedriger Schulabschluss. Berücksichtigung Kultur, Geschlecht, sozialer Hintergrund | |
| | | Integration praktischer Übungen | | Praxisübung | | | | |
| | | Schutzverhalten, sexuelle Abstinenz, Zugang zu Verhütungsmitteln und Gesundheitsdiensten Sexualerziehung überprüfen | | | | Schule | | |
| A. Psychische Beschwerden B. Internalisierende Probleme (Angst und Depression) Erkennung psychischen / psychosoziale Probleme | Psychische Gesundheit | Gute entwicklungspsychologische Bedingungen auf individueller, sozialer und Umweltebene. Förderung (un-)spezifische Ressourcen. Förderung Kernkompetenzen, soziales Kompetenztraining | | | Settingübergreifend | Frühzeitig (bereits Kindes- und Jugendalter), langfristig | Programme für Risikojugendliche (erkrankter Elternteil) | |
| | | Angst, Depression | kognitiv-behaviorale Ansätze | | | | | |

| Thematischer Handlungsbedarf | | Ansatz | Voraussetzungen bezüglich Wirksamkeit und Qualität | Vermittlungsform | Setting | Zeitpunkt des Einsatzes und Dauer | Zielgruppenorientierung |
|--|--|---|--|--|---|--|--|
| Gemäss epidemiologischen Daten (A=BL+CH, B=Ausland) | Gemäss Forschung Prävention und Gesundheitsförderung | | | | | | |
| A. Suizid (-versuche) | Suizidprävention | Mehr Prävention | | Informationsvermittlung (psychische Störungen) | Beschränkte Erfolge in Schulen | | |
| | | Stärkung der allgemeinen Lebenskompetenz, soziale Kompetenzen | | Training | | | |
| | | Bessere Früherfassung | | | | | Jugendliche mit Suizidgedanken |
| A. (Schul-)Stress B. Alltagsstress | Stressprävention | Verhaltens- (Bewältigung) und Verhältnisprävention (Anforderung), transaktionales Stressmodell | | | | | |
| A. Mediennutzung (Art und Dauer) | Exzessiver Konsum von TV und Internet | Lebenskompetenzansätze | | | Familie (Erziehung) | | |
| A. Delinquenz, Gewalt (Opfer) B. Trotzverhalten, Aggression, Delinquenz | Externalisierendes Verhalten | Trainings sozialer Verhaltensfertigkeiten und sozial-kognitiver Kompetenzen. Training elterliche Kompetenzen | | | Umfassende Prävention in unterschiedlichen Settings. Familie | | |
| | Prävention von Gewalt, Aggression, Delinquenz | Universelle Ansätze zum Aufbau von Schutzfaktoren und Förderung von Kern-/Lebenskompetenzen. Förderung elterliche Erziehungskompetenzen. Kognitive Prozesse, Trainings sozialer Fähigkeiten | | | Verschiedene Settings (Familie, Schule, Gleichaltrige). Verschiedene Ebenen berücksichtigen: Individuum, Familie, Gesellschaft | Möglichst früh (Kindergarten, Kindergarten) und bei spezifischen Entwicklungsübergängen (z.B. Schuleintritt). Bei chronischen Risikokonstellationen: Früh und langfristig | Selektive und indizierte Ansätze bei vorhandenem Problemverhalten; für Kinder mit multiplen Risiken; bei Jugendlichen mit hohem Aggressionsniveau. Geschlecht berücksichtigen |
| A. Schmerzmittel B. Kopfschmerzen | Medikamenteneinnahme | Themenspezifische Lebenskompetenzansätze | | | | | |
| | Prävention (Kopfschmerzen) | Förderung körperliche Aktivität | | | | | |
| A. (sexuelle) Gewalt Opfer | Missbrauch, Miss-handlung, Vernachlässigung | Primäre Prävention Prävention späterer Täter/innen | | | Arbeit mit (belasteten) Familien, Kombination ökologische Massnahmen. Psychosoziales Umfeld | | Arbeit mit frühkindlichen Opfern |
| A. Chronische Krankheiten B. Zunahme chronische Krankheiten | Kardiovaskuläre Erkrankungen | Gesunde Ernährung in Familien. Tabakprävention in der Adoleszenz. Sportliche Betätigung | | | Gemeinde- und nationale Verankerung/Programme | Prävention bereits im Kindes- und Jugendalter | |
| | Krebs | Ernährung. Körperliche Aktivität. HPV-Impfung. Kondomverwendung. Expositionsprophylaxe | | | | Prävention bereits im Kindes- und Jugendalter | |

| Thematischer Handlungsbedarf | | Ansatz | Voraussetzungen bezüglich Wirksamkeit und Qualität | Vermittlungsform | Setting | Zeitpunkt des Einsatzes und Dauer | Zielgruppenorientierung |
|---|--|--|--|--|--|---|--|
| Gemäss epidemiologischen Daten (A=BL+CH, B=Ausland) | Gemäss Forschung Prävention und Gesundheitsförderung | | | | | | |
| B. Schul- und Verkehrsunfälle | Prävention Unfallrisiken Strassenverkehr | Kombination strukturelle, gesetzliche, erzieherische Massnahmen Reduktion Alkoholkonsum (Autounfälle) | | | (U.a.) Schule | | |
| B. Kaufsucht | Konsumkompetenz | Förderung Lebenskompetenzansätze | | | | | |
| A. Lärmtraumata B. Hörverluste | Lärmbedingte Hörstörungen | Verhältnispräventive Massnahmen (Begrenzung Lautstärke) Verhaltenspräventive Massnahmen (Tragen von Gehörschutzmitteln) | | | | | |
| | Hygieneverhalten | Datenerhebung | | | | | |
| | Interkulturelle Kompetenz und soziale Integration | Förderung der Toleranzkompetenzen und interkultureller Kompetenz | | | | | |
| Themenübergreifend, verschiedene Gesundheitsthemen und Entwicklungsthemen: Fokus auf verschiedene Verhaltensweisen und Risikofaktoren bzw. multiple gesundheitsschädigende und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen | | Risikoalternativen bzw. – äquivalente. Risikokompetenz. Standfestigkeitstrainings. Lebenskompetenzprogramme. -Förderung der positiven jugendlichen Entwicklung | Nachgewiesene Wirksamkeit. Evidenzbasierte Methoden. Kontinuierliche Evaluation. Erfüllung von Qualitätskriterien | Prävention: interaktiv, reine Wissensvermittlung nur in Kombination mit anderen Methoden. Gesundheitsförderung: aktive Auseinandersetzungen, variierende Methoden. Gleichaltrigenansätze. Evtl. neue Medien | Gesundheitsförderung: in verschiedenen Settings (Familie, Gleichaltrige, Schule, Betriebe, Gemeinde, Städte, Freizeiteinrichtungen, Gesundheitsdienste). Präventionsprogramme: möglichst breit und settingumfassend. Speziell wichtig: Familie (Elterntrainings) und Schule (gesundheitsfördernde Schulen; Lebenskompetenzförderung) | Prävention und Gesundheitsförderung vor Etablierung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen, möglichst früh. Kombination primär- und sekundärpräventive Ansätze je nach vorhandenen Risiken. In kritischen Momenten, Lebenssituationen | Klare Definition und Ausrichtung nach Zielgruppe. Berücksichtigung Alter, Entwicklungsstand, Geschlecht, Kultur, Migration. Partizipativ. Geschlechtsspezifisch. Transkulturell. Ansätze für sozial benachteiligte und für schlecht erreichbare Jugendliche (gemeindeorientierte Methoden). Ansätze für Individuen mit Migrationshintergrund |

6. Danksagung

Frau Prof. Dr. Petra Kolip, Universität Bielefeld, für ihre äusserst kompetente, effektive und wertschätzende Projektbegleitung.

Team der Gesundheitsförderung Baselland, Liestal, insbesondere **Frau Dr. Irène Renz**, für die berufliche Begleitung und die Möglichkeit, die Projektarbeit im beruflichen Rahmen durchzuführen.

Herr Prof. Dr. Dr. Thomas Abel, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, für seine hilfreichen Rückmeldungen zur Projektskizze und zu methodischen Fragen.

Frau lic. phil. Carine Weiss, Swiss Tropical and Public Health Institute, Basel, für ihre Ausführungen zu *cochrane reviews*.

Frau Dr. Diane Dvorsky, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, für ihre genauen, kritischen und hilfreichen Rückmeldungen zum Inhalt.

Herr lic. phil. Patrick Schär, Salis Verlag, Zürich, für sein professionelles und exaktes Korrekturlesen.

Herr Dr. Fernando Manrique, SUVA Wetzikon, für den fachlichen Austausch unter MPH-Kollegen.

7. Bibliografie

- Annaheim, B. Schmid, H., Kuntsche, E. (2006). *Sport und Bewegung von 11- bis 16jährigen Schülerinnen und Schülern in der Schweiz. Forschungsbericht Nr. 41*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Appel, E. (2003). Medikamentenkonsum. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention* (363-380). Göttingen: Hogrefe.
- Arksey, H., O'Malley, L. (2005). Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *International Journal Social Research Methodology. Vol. 8, 1*, 19-32.
- Armstrong, R., Waters, E. (2007). *Systematic Reviews of Health Promotion and Public Health Interventions. Guidelines*. The Cochrane Collaboration. Cochrane Health Promotion and Public Health Field. [Online], 48 Seiten. Verfügbar unter: <http://www.wichealth.vic.gov.au/cochrane> [20.05.2009].
- Baier, D. & Pfeiffer, C. (2008). Erhöhte Gewaltbereitschaft bei nichtdeutschen Jugendlichen – Ursachen und Präventionsvorschläge. In A. Ittel, L. Stecher, H. Merkens, J. Zinnecker (Hrsg.), *Jahrbuch Jugendforschung. 7. Ausgabe 2007* (229-253). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Becker, P. (2006). *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen: Hogrefe.
- Beelmann, A. (2006). Wirksamkeit von Präventionsmassnahmen bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse und Implikationen der integrativen Erfolgsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (2), 151-162.
- Beelmann, A. & Lösel, F. (2007). Prävention von externalisierendem Problemverhalten. In B. Röhrle (Hrsg.), *Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Band 16. Prävention und Gesundheitsförderung Bd. III für Kinder und Jugendliche* (557-595). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Bilz, L. & Melzer, W. (2008). Schule, psychische Gesundheit und soziale Ungleichheit. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer, U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* (160-189). Weinheim und München: Juventa.
- Bornewasser, M. & Glitsch, E. (2006). Erhöhte Risikobereitschaft und Risikosuche. In A. Lohaus, M. Jerusalem, J. Klein-Hessling, (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (273-300). Göttingen: Hogrefe.

- Breinbauer, C. & Maddaleno, M. (2005). *Youth: Choices and Change. Promoting Healthy Behaviors in Adolescents*. New York: Pan American Health Organization.
- Breton, J.J. (1999). Complementary Development of Prevention and Mental Health Programs for Canadian Children Based on Contemporary Scientific Programms. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44 (3), 227-34.
- Bründel, H. (2001). Suizid im Jugendalter. In J. Raithel (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention* (249-263). Opladen: Leske+Budrich.
- Bühler, A. & Heppekausen, K. (2005). *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bühringer, G. & Bühler, A. (2007). Prävention von substanzbezogenen Störungen. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (177-187). Bern: Hans Huber.
- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A. M., Lonczak, H. S. & Hawkins, J. D. (2002). Positive Youth Development in the United States: Research Findings on Evaluations of Positive Youth Development Programs. *Prevention & Treatment*, 5, 1-111.
- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A. M., Lonczak, H. S. & Hawkins, J. D. (2004). Positive Youth Development in the United States: Research Findings on Evaluations of Positive Youth Development Programs. In C. Pearson & L. W. Sherman, Positive Development. Realizing the Potential of Youth. *The Annals of The American Academy of Political and Social Science Vol. 591*, 98-124.
- Catalano, R. F., Hawkins, J. D., Berglund, M. L., Pollard, J. A. & Arthur, M. W. (2002). Prevention Science and Positive Youth Development: Competitive or Cooperative Frameworks? *Journal of Adolescent Health*, 31 (6), 240-50.
- Charles, V. E. & Blum, R. Wm. (2008). Core Competencies and the Prevention of High-Risk Sexual Behavior. In H. G. Guerra & C. Bradshaw (Hrsg.), *Core Competencies to Prevent Problem Behaviors and Promote Positive Youth Development* (61-74). New Directions for Child and Adolescent Development (122).
- Currie C., Gabhainn, S. N., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Pickett, W., Richter, M., Morgan, A., Barnekow, V. (2008). *Inequalities in Young People's Health. Health Behaviour in School-aged Children. International Report from the 2005/2006 Survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 5*. World Health Organization.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., Rasmussen, V. B. (2004). *Young People's Health in Context. Health Behaviour in School-aged*

- Children (HBSC) Study: International Report from the 2001/2002 Survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4.* World Health Organization.
- Damon, W. (2004). What Is Positive Youth Development? In C. Pearson & L. W. Sherman, Positive Development. Realizing the Potential of Youth. *The Annals of The American Academy of Political and Social Science Vol. 591*, 13-24.
- Dannigkeit, N., Köster, G. & Tuschen-Caffier, B. (2007). Wirksam, schädlich oder überflüssig? Programme zur primären Prävention von Essstörungen. In B. Röhrle (Hrsg.), *Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Band 16. Prävention und Gesundheitsförderung Bd. III für Kinder und Jugendliche (679-711)*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Delgrande Jordan, M., Annaheim, B. (2009). *Habitudes alimentaires, activité physique et statut pondéral chez les élèves de 11 à 15 ans en Suisse. Situation en 2006 et évolution récente*. Résultats de l'Enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Rapport de recherche No 45.
- Dick, A. (2002). Suizid und Unfälle. In A. Flammer & F. Alsaker (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschliessung innerer und äusserer Welten im Jugendalter (325-342)*. Bern: Hans Huber.
- Dierks, M.-L., Walter, U. & Schwartz, F. W. (2001). *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Egle, U. T. & Cierpka, M. (2006). Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. In A. Lohaus, M. Jerusalem, J. Klein-Hessling, (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter (370-400)*. Göttingen: Hogrefe.
- Erhart, M. & Ravens-Sieberer, U. (2008). Die Rolle struktureller Aspekte von Familie, innerfamiliärer Kommunikation und Unterstützung für die Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer, U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO (190-213)*. Weinheim und München: Juventa.
- Erhart, M., Schenk, L., Ravens-Sieberer, U. (2008). Migration und gesundheitliche Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer, U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO (141-159)*. Weinheim und München: Juventa.

- Essau, C. A. & Conradt, J. (2007). Prävention von internalisierenden Problemen (Angst und Depression). In B. Röhrle (Hrsg.), *Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Band 16. Prävention und Gesundheitsförderung Bd. III für Kinder und Jugendliche* (597-595). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Ferchoff, W. (2007). *Jugend und Jugendkulturen im 21. Jahrhundert. Lebensformen und Lebensstile*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fischer, V. & Leppin, A. (2006). Rauchen und Alkoholkonsum. In A. Lohaus, M. Jerusalem, J. Klein-Hessling, (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (133-153). Göttingen: Hogrefe.
- Flammer, A. & Alsaker, F. (2002). *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschliessung innerer und äusserer Welten im Jugendalter*. Bern: Hans Huber.
- Flay, B. R. (2002). Positive Youth Requires Comprehensive Health Promotion Programs. *American Journal of Health Behavior*, 26 (6), 407-424.
- Flick, U. & Röhsch, G. (2008). „Ziemlich oft frag' ich mich dann, wie's ist, wenn man mal so richtig gesund ist.“ – Gesundheitsvorstellungen obdachloser Jugendlicher. In H. Hackauf, M. Jungbauer-Gans, *Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Evaluation von Präventionsmassnahmen* (41-71). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gibson-Cline, J. (2000). *Youth and Coping in Twelve Nations. Surveys of 18-20-year-old Young People*. London and New York: Routledge.
- Gmel, G., Kuntsche, E., Wicki, M., Labhart, F. (2009). *Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz: Wichtigste Ergebnisse im Vergleich 2003 und 2007. Forschungsbericht. ESPAD 2007*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme.
- Göppel, R. (2005). *Das Jugendalter. Entwicklungsaufgaben, Entwicklungskrisen, Bewältigungsformen*. Pädagogik der Lebensalter, herausgegeben von Günther Bittner, Band 4. Stuttgart: Kohlhammer.
- Grob, A. & Jaschinski, U. (2003). *Erwachsen werden. Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. Weinheim: Beltz.
- Groenemeyer, A. (2001). Risikosoziologie und gesundheitsbezogenes Risikoverhalten– Zwischen „Empowerment“ und „Lifestyle Correctedness“. In J. Raithel (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention* (S.31-57). Opladen: Leske+Budrich.

- Guerra, N. G. & Bradshaw, C. (2008). Core Competencies to Prevent Problem Behaviors and Promote Positive Youth Development. *New Directions for Child and Adolescent Development* (122).
- Hackauf, H. (2002). Gesundheit und soziale Lage von Kindern und Jugendlichen. In H. Hackauf, B. Seifert, I. Beck, W. Jantzen, P. Mrozynski (Hrsg.), *Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen. Sachverständigenkommission Elfter Kinder- und Jugendbericht, Materialien zum Elften Kinder- und Jugendbericht Band 4* (9-86). München: Verlag deutsches Jugendinstitut.
- Hackauf, H. (2008). Gesundheitsbezogene Prävention für Jugendliche in der EU. In H. Hackauf, M. Jungbauer-Gans, *Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Evaluation von Präventionsmassnahmen* (169-193). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Haegerich, T. M. & Tolan, P. H. (2008). Core Competencies and the Prevention of High-Risk Sexual Behavior. In N. G. Guerra & C. Bradshaw (Hrsg.), *Core competencies to prevent problem behaviors and promote positive youth development* (47-60). *New Directions for Child and Adolescent Development* (122).
- Hahn, A. & Jerusalem, M. (2001). Internetsucht: Jugendliche gefangen im Netz. In J. Raithel (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention* (279-293). Opladen: Leske+Budrich.
- Hähne, C. & Dümmler, K. (2008). Einflüsse von Geschlecht und sozialer Ungleichheit auf die Wahrnehmung und den Umgang mit dem Körper im Jugendalter. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer, U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* (93-115). Weinheim und München: Juventa.
- Hanewinkel, R. & Wiborg, G. Suchtprävention (2007). In B. Röhrle (Hrsg.), *Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Band 16. Prävention und Gesundheitsförderung Bd. III für Kinder und Jugendliche* (623-647). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Hänggi, Y. & Perrez, M. (2007). Möglichkeiten und Grenzen neuer Medien zur primären Prävention bei Kindern und Jugendlichen. In B. Röhrle (Hrsg.), *Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Band 16. Prävention und Gesundheitsförderung Bd. III für Kinder und Jugendliche* (229-244). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

- Helfferrich, C. (2001). Jugendliches Risikoverhalten aus geschlechtsspezifischer Sicht. In J. Raithel (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention* (331-347). Opladen: Leske+Budrich.
- Hinz, A. (2007). Prävention durch Unterstützung bei der Bewältigung geschlechtsspezifischer Entwicklungsaufgaben. Entwicklung, Implementation und Evaluation eines schulischen Programms zur geschlechtergerechten Gesundheitsförderung. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 21 (2), 145-155.
- Höfer, R. (2000). *Jugend, Gesundheit und Identität: Studien zum Kohärenzgefühl*. Opladen: Leske+Budrich.
- Hornung, R. (2007). Prävention und Gesundheitsförderung bei Migranten. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (331-341). Bern: Hogrefe.
- Hurrelmann, K. (2007). *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*. Weinheim und München: Juventa.
- Hurrelmann, K. & Albert, M. (2006). *Jugend 2006. 15. Shell Jugendstudie: Eine pragmatische Generation unter Druck*. Frankfurt: Fischer.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2007). Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (11-20). Bern: Hogrefe.
- Hurrelmann, K. & Settertobulte, W. (2000). Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. In F. Petermann, *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (131-148). Göttingen: Hogrefe.
- IUHPE (2000). *The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. A Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education*. [Online], 40 Seiten. Verfügbar unter www.iuhpe.org [30. Juni 2009].
- Jerusalem, M. (2006). Theoretische Konzeptionen der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. In A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Hessling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (31-57). Göttingen: Hogrefe.
- Jerusalem, M., Klein-Hessling, J. & Mittag, W. (2003). Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 3 (11), 247-262.
- Jones, K. (2004). Mission Drift in Qualitative Research, or Moving Toward a Systematic Review of Qualitative Studies, Moving Back to a More Systematic Narrative Review. *The Qualitative Report*, 9 (1), 95-112.

- Kaluza, G. (2003). Stress. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention* (339-361). Göttingen: Hogrefe.
- Kaluza, G. & Lohaus, A. (2006). Psychologische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, Vol. 14 (3)*, 119-134.
- Keupp, H. (2008). *Gesundheitsförderung als Identitätsarbeit: Grundlagen der Salutogenese*. Präsentation bei der Klausurtagung der Telefonseelsorge Westfalen am 19.02.2008 in Münster. [Online], 29 Seiten. Verfügbar unter www.ipp-muenchen.de/downloads.html [05.02.2009].
- Klein-Hessling, J. (2006). Gesundheit im Kindes- und Jugendalter: Symptomatik, gesundheitsförderliches und gesundheitsriskantes Verhalten. In A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Hessling (Hrsg.). *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (13-30). Göttingen: Hogrefe.
- Klotz, T. (2007). Prävention von Krebskrankheiten. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (141-153). Bern: Hogrefe.
- Kolip, P. (1999). Gesundheitliches Risikoverhalten im Jugendalter: Epidemiologische Befunde und Ansätze zur Prävention. In P. Kolip (Hrsg.), *Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter* (S. 7-24). Weinheim und München: Juventa.
- Kröner-Herwig, B. (2006). Kopfschmerz bei Kindern und Jugendlichen. In A. Lohaus, M. Jerusalem, J. Klein-Hessling (Hrsg.). *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuendig, H. (2008). *Fact Sheet. HBSC 2006. Verletzungen*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Kuntsche, S., Windlin, B. (2009). *Fact Sheet. HBSC 2006. Sexualität bei Jugendlichen*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Lampert, T., Mensink, G. B. M., Hölling, H., Kurth, B.-M. (2008). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert-Koch-Instituts als Grundlage für Prävention und Gesundheitsförderung. In H. Hackauf & M. Jungbauer-Gans (Hrsg.), *Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Evaluation von Präventionsmassnahmen* (15-39). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lenz, A. (2007). Kinder psychisch kranker Eltern – Ein Überblick über Forschungsstand und Präventionsprogramme. In B. Röhrle (Hrsg.), *Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Band 16. Prävention und Gesundheitsförderung Bd. III*

- für Kinder und Jugendliche* (519-553). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Leppin, A. (2007). Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (31-40). Bern: Hogrefe.
- Lerner, R. M. & Thompson, L. S. (2002). Promoting Healthy Adolescent Behaviour and Development: Issues in The Design and Evaluation of Effective Youth Programs. *Journal of Pediatric Nursing*, 17 (5), 338-344.
- Limbourg, M., Raithel, J. & Reiter, K. (2001). Jugendliche im Strassenverkehr. In J. Raithel (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention* (201-216). Opladen: Leske+Budrich.
- Linneweber, V. (2003). Verhalten im Strassenverkehr. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.). *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention* (291-320). Göttingen: Hogrefe.
- Lohaus, A. & Lissmann, I. (2006). Entwicklungsveränderungen und ihre Bedeutung für die Gesundheitsförderung. In A. Lohaus, M. Jerusalem, J. Klein-Hessling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (58-86). Göttingen: Hogrefe.
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in Development: A Synthesis of Research accros Five Decades. In D. Cicchetti & D. Cohen (Hrsg.), *Developmental Psychopathology. Volume Three: Risk, disorder, and adaptation (2nd ed.)*, (739-795). Hoboken, New Jersey: John Wiley&Sons.
- Mehrbach, M. & Brähler, E. (2008). Prävention und Gesundheitsförderung bei Männern und Frauen. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (319-330). Bern: Hogrefe.
- Meixner, S. & Jerusalem, M. (2006). Exzessive Mediennutzung: Internetsurfen und Fernsehen. In A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Hessling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (301-324). Göttingen: Hogrefe.
- Melzer, W., Bilz, L. & Dümmler, K. (2008). Mobbing und Gewalt in der Schule im Kontext sozialer Ungleichheit. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* (116-140). Weinheim und München: Juventa.
- Meuer, A. & Siegrist, J. (2005). *Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche*.

- Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen.* Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 25. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Meyer, K. (2009). *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Meyer, J. & Waltimo, T. (2008). Die Zähne der Baselbieter Kinder und Jugendlichen. In Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft (Hrsg.), *Die Gesundheit der Baselbieter Kinder und Jugendliche* (60-65). Liestal: Gesundheitsförderung Baselland.
- Mienert, M. (2008). *Total diffus. Erwachsen werden in der jugendlichen Gesellschaft*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Muscari, M. (1999). Are We Really Reaching Today's Teens? *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 24 (2), 87-91.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi Bonivento, L., Jeannin, A., Addor, V., Bütikofer, A., Suris, J.-C., Diserens, C., Alsaker, F., Michaud, P.-A. (2004). *Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz (2002). SMASH 2002: Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health 2002*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004 (Raisons de santé, 95b).
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E. & Davino, K. (2003). What Works in Prevention. Principles of Effective Prevention Programs. *American Psychologist*, 58, 6/7, 449-456.
- Neubauer, G. (2001). Sexuelle Risikolagen und riskantes Sexualverhalten von Jugendlichen. In J. Raithel (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention* (183-200). Opladen: Leske+Budrich.
- Nickel, J., Ravens-Sieberer, U., Richter, M. & Settertobulte, W. (2008). Gesundheitsrelevantes Verhalten und soziale Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* (63-92). Weinheim und München: Juventa.
- Oerter, R. (1995). Kultur, Ökologie und Entwicklung. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie: ein Lehrbuch* (84-127). Weinheim: PsychologieVerlagsUnion.
- Oerter, R. & Dreher, E. (2008). Jugendalter. In R. Oerter und L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (271-332). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

- Palentien, C. (2001). Konsumverhalten als jugendliches Risikoverhalten. In J. Raithel (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention* (317-328). Opladen: Leske+Budrich.
- Paulus, P. (2007). Schulische Gesundheitsförderung – auf dem Weg zur guten gesunden Schule. In B. Röhrle (Hrsg.), *Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Band 16. Prävention und Gesundheitsförderung Bd. III für Kinder und Jugendliche* (323-346). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Pedersen, M., Granado Alcon, M. C., Moreno Rodriguez, C., Smith, R. (2004). Family. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. B. Rasmussen (Hrsg.), *Young People's Health in Context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2001/2002 Survey*. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4, World Health Organization.
- Peikert, B., Schaepe, C., Waltert, B., Weissgrab, C., Wüste, K. & Zimmermann, M. (2008). Hörschäden durch Freizeitlärm (Soziakusis). Erfassung von Musikhörgewohnheiten Jugendlicher und junger Erwachsener. In H. Hackauf & M. Jungbauer-Gans (Hrsg.), *Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Evaluation von Präventionsmassnahmen* (73-90). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petermann, F. & Koglin, U. (2006). Aggressivität und Gewalt. In A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Hessling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (113-132). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Natzke (2006). Soziale Integration. In A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Hessling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (348-369). Göttingen: Hogrefe.
- Pinquart, M. & Silbereisen, R. K. (2002). Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter. Entwicklungspsychologische Erklärungsansätze. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 45 (11), 873-878.
- Pinquart, M. & Silbereisen, R. K. (2007). Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (61-70). Bern: Hogrefe.
- Pudel, V. (2007). Prävention von Ernährungsstörungen. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (109-117). Bern: Hogrefe.

- Raithel, J. (2001). Risikoverhaltensweisen Jugendlicher – Ein Überblick. In J. Raithel (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention* (11-29). Opladen: Leske+Budrich.
- Ravens-Sieberer, U. (2009). Wohlbefinden bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17 (2), 47-49.
- Richter, M. (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter, M. (2008). Soziale Determinanten der Gesundheit im Spannungsfeld zwischen Ungleichheit und jugendlichen Lebenswelten: Der WHO-Jugendgesundheitssurvey. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* (9-37). Weinheim und München: Juventa.
- Rittner, V. (2001). Risikoverhalten im Sport. In J. Raithel (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention*. Opladen: Leske+Budrich.
- Röhrle, B. (2007a). Prävention psychischer Störungen und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen: Einführung und Überblick. In B. Röhrle (Hrsg.), *Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Band 16. Prävention und Gesundheitsförderung Bd. III für Kinder und Jugendliche* (13-102). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Röhrle, B. (2007b). *Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Band 16. Prävention und Gesundheitsförderung Bd. III für Kinder und Jugendliche*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Roth, M., Rudert, E. & Petermann, H. (2003). Prävention bei Jugendlichen. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention* (399-418). Göttingen: Hogrefe.
- Rothgang, G.-W. (2009). *Entwicklungspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ruch, W. & Zuckerman, M. (2001). Sensation Seeking and Adolescence. In J. Raithel (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention* (97-110). Opladen: Leske+Budrich.
- Samdal, O., Dür, W. & Freeman, J. (2004). School. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. B. Rasmussen (Hrsg.), *Young people's health in context. Health Behaviour in school-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4, World Health Organization.

- Schlesinger, I. & Jerusalem, M. (2006). Schulunfälle. In A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Hessling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (433-455). Göttingen: Hogrefe.
- Schlicht, W. (2003). Sport und Bewegung. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention* (213-232). Göttingen: Hogrefe.
- Schmid, H., Delgrande Jordan, M., Kuntsche, E. N., Kuendig, H. & Annaheim, B. (2008). *Der Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz. Ausgewählte Ergebnisse einer Studie, durchgeführt unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Forschungsbericht 42, Revidierte und aktualisierte Fassung*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Schmidt-Rodermund, E. (1999). Entwicklungsorientierte Prävention am Beispiel des Drogengebrauchs im Jugendalter. In R. Oerter, C. von Haben, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 421-436). Weinheim: Beltz.
- Schnabel, P.-E. (2007). Gesundheitsförderung in Familien und Schulen. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch, *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (283-294). Bern: Hogrefe.
- Schubert, I., Horch, K., Kahl, H., Köster, I., Meyer, C. & Reiter, S. (2004). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Robert Koch Institut.
- Schultheis, F., Perrig-Chiello, P. & Egger, S. (2008). *Kindheit und Jugend in der Schweiz. Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms „Kindheit, Jugend und Generationenbeziehungen im gesellschaftlichen Wandel“*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Schulze, A. (2008). Primäre Tabakprävention bei Jugendlichen. Zum Verhältnis und zur Wirksamkeit struktureller und schulischer Präventionsmassnahmen. In H. Hackauf & M. Jungbauer-Gans (Hrsg.), *Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Evaluation von Präventionsmassnahmen* (91-107). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schulze, U. M. E. & Fegert, J. M. (2007). Prävention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (223-232). Bern: Hans Huber.
- Seifert, B. (2002). Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen und Auswirkungen sozialer Benachteiligung. In H. Hackauf, B. Seifert, I. Beck, W. Jantzen & P. Mrozynski (2002), *Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendli-*

- chen. Sachverständigenkommission Elfter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.), *Materialien zum Elften Kinder- und Jugendbericht Band 4* (87-173). München: Verlag deutsches Jugendinstitut.
- Seiffge-Krenke, I. (2008). Gesundheit als aktiver Gestaltungsprozess im menschlichen Lebenslauf. In R. Oerter und L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (822-836). Weinheim, Basel: Beltz.
- Settortobulte, W. & Gaspar de Mateos, M. (2004). Peers. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settortobulte, O. Samdal & V. B. Rasmussen (Hrsg.), *Young People's Health in Context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2001/2002 Survey*. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4, World Health Organization.
- Settortobulte, W. (2008). Der Einfluss der Gleichaltrigen auf das Risikoverhalten im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer, U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* (214-230). Weinheim und München: Juventa.
- Silbereisen, R. K. & Reese, A. (2001). Substanzgebrauch Jugendlicher: Illegale Drogen und Alkohol. In J. Raithel (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention*. Opladen: Leske+Budrich.
- Statistisches Amt Baselland (2009). *Statistik Baselland 2009*. Liestal.
- Stösel, U. & Hofmann, F. (2001). Das Hygieneverhalten Jugendlicher – Ein gesundheitliches Risikoverhalten? In J. Raithel (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention* (171-182). Opladen: Leske+Budrich.
- Strauch, B. (2003). *Warum sie so seltsam sind. Gehirnentwicklung bei Teenagern*. Berlin: Berlin Verlag.
- Sullivan, T. N., Farrell, A. D., Bettencourt, A. F. & Helms, S. W. (2008). Core Competencies and the Prevention of Youth Violence. In H. G. Guerra & C. Bradshaw (Hrsg.), *Core Competencies to Prevent Problem Behaviors and Promote Positive Youth Development* (33-46). New Directions for Child and Adolescent Development (122).
- The Cochrane Collaboration (2009). *What is a Cochrane Review?* [Online], 3 Seiten. Verfügbar unter [www.cochrane.org/Cochrane reviews](http://www.cochrane.org/Cochrane%20reviews) [10.05.2009].
- Trapp, U. & Neuhäuser-Berthold, M. (2001). Riskantes Ernährungsverhalten im Jugendalter. In J. Raithel (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention* (155-170). Opladen: Leske+Budrich.

- Tschumper, A., Diserens, C. (2004). *Die Gesundheit der Jugendlichen als Spiegel der Gesellschaft*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogenfragen.
- Ulbrich-Herrmann, M. & Claves, M. (2001). Gewaltaffines Risikoverhalten Jugendlicher. In J. Raithel (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention* (295-316). Opladen: Leske+Budrich.
- Unland, H. & Lindiger, P. (2003). Rauchen. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention* (247-267). Göttingen: Hogrefe.
- Vögele, C. (2002). Sexualverhalten. In A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Hessling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (221-246). Göttingen: Hogrefe.
- Weichold, K. & Silbereisen, R. (2006). Illegale Drogen. In A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Hessling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (155-175). Göttingen: Hogrefe.
- Weichold, K. & Silbereisen, R. (2007). Positive Jugendentwicklung und Prävention. In B. Röhrle (Hrsg.), *Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Band 16. Prävention und Gesundheitsförderung Bd. III für Kinder und Jugendliche* (S. 103-125). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Weiss, C. & Dratva, J. (2008). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Jugendlichen im Kanton Baselland. Ergebnisse der Health Behaviour of School-aged Children-Studie 2006*. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel. Liestal: Gesundheitsförderung Baselland.
- Weiss, S., Röhrle, B. & Ronshausen, D. (2007). Elterntrainings als präventive Massnahme – Eine Übersicht. In B. Röhrle (Hrsg.), *Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Band 16. Prävention und Gesundheitsförderung Bd. III für Kinder und Jugendliche* (173-227). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Williams, P.G., Hombeck, G.N. & Greenley R. N. (2002). Adolescent Health Psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 828-842.

Anhang

| | |
|--|------|
| Anhang 1: Kritische Würdigung..... | A.2 |
| Anhang 2: Public Health-Relevanz..... | A.5 |
| Anhang 3: Ergänzende Tabellen..... | A.8 |
| Tabelle A1: Ergebnisse aus der Literaturrecherche in elektronischen Datenbanken, Zeitschriften, Referenzlisten (Arbeitspapier)..... | A.8 |
| Tabelle A2: Ergebnisse aus der Literaturrecherche in nationalen Fachinstitutionen (Arbeitspapier)..... | A.29 |
| Tabelle A3: Ergebnisse aus der Literaturrecherche in ausländischen Fachinstitutionen (Arbeitspapier)..... | A.38 |
| Anhang 4: Unterschriebene Erklärung..... | A.43 |
| Anhang 5: Curriculum Vitae der Autorin..... | A.44 |
| Anhang 6: Aufstellung über die für die Projektarbeit aufgewendete Zeit..... | A.46 |

1. Kritische Würdigung

Die in der vorliegenden Master-Thesis aufgestellten Thesen und die daraus abgeleiteten Forschungsfragen betreffen die gesundheitsrelevanten Herausforderungen im Jugendalter sowie die Wirksamkeit und Ausgestaltung von Interventionen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Da es sich hier um ein sehr breites Themenfeld und um nicht sehr stark spezifizierte Fragestellungen handelt, wurde aufgrund der vorhandenen Empfehlungen aus der Literatur der Ansatz der *scoping study* als Methode gewählt. Ein Nachteil dieser Methode ist, dass die Qualität der gefundenen Quellen nicht beurteilt wird und dies zu einer gewissen Limitierung der Ergebnisse führt. Ein ähnlicher, alternativer Ansatz, der diesem Qualitätsanspruch besser gerecht würde, ist die Methode der *systematic reviews*. Für diese Methode sind einige fundierte Vorgehensweisen und Richtlinien vorhanden, wie sie z.B. von der Cochrane Collaboration herausgegeben werden. *Systematic Reviews* werten aber meist randomisierte Fall-Kontrollstudien aus, die enger eingegrenzte Fragestellungen beinhalten. Diese Methode wurde deshalb als für die vorliegende Projektarbeit nicht angebracht beurteilt. Der Ansatz der *scoping study* schien hingegen geeignet zu sein, um das in den Fragestellungen definierte Themenfeld anhand der vorhandenen Literatur auf wissenschaftlicher Basis auszuloten.

Die Methode der *scoping study* gehört allerdings zu den eher weniger bekannten Methoden und wird in der Literatur zu Forschungsmethoden eher selten erwähnt. Dies macht ihre Anwendung im Rahmen einer Projektarbeit für das Studium zum Master of Public Health eher schwierig, vor allem für Personen, die vom beruflichen Hintergrund her wenig konkrete Forschungspraxis und -erfahrung mitbringen. Informationen und Referenzbeispiele sind nur an wenigen Orten vorhanden. Aus diesem Grund basiert die Umsetzung dieser Methode in der vorliegenden Master-Thesis hauptsächlich auf einem Artikel von Arksey und O'Malley aus dem Jahre 2003, der Vorschläge für die konkrete Anwendung in einzelnen Schritten enthält. Die Autoren berufen sich auf weitere Quellen, geben aber hauptsächlich eine Sichtweise wieder. Es mag deshalb sein, dass die Anwendung der *scoping study*-Methode in der vorliegenden Master-Thesis nur beschränkt als Musterbeispiel gelten bzw. auf andere Anwendungen übertragbar sein kann.

Eine Möglichkeit, die *scoping studies* weiter bieten, ist der – zusätzlich zu der Datenerhebung aus der Literatur – Miteinbezug von Daten, die aus Stakeholder-Befragungen erhoben wurden, wie dies von Jones (2004) vorgeschlagen wird. Dies war ursprünglich – während der ersten Vorarbeiten – auch für die vorliegende Arbeit geplant: Die Erkenntnisse aus der Literaturanalyse sollten mit einer Bestandaufnahme zum vorhandenen kantonalen Angebot an Prävention und Gesundheitsförderung sowie den Aussagen der Anbie-

ter/innen und anderen Expertinnen und Experten im Kanton abgeglichen werden. Allerdings zeichnete sich ab, dass dies den Rahmen einer solchen Master-Thesis sprengen würde, und so wurde beschlossen, die Arbeit auf die Literaturanalyse zu fokussieren. Des Weiteren ergab die Literatursuche vor allem in den Institutionen einige Quellen in Form von Fachmeinungen und ähnlichem, die aber nicht einbezogen werden konnten. Seitens der Gesundheitsförderung Baselland ist in Bezug auf ihren zur Gesundheit junger Menschen allerdings geplant, auf der Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse ein Hearing mit den Experten und Expertinnen durchzuführen. Eine weitere Grundlage wird eine Arbeit bilden, die ähnliche Fragestellungen erhebt. Allerdings sind diese nicht inhaltlicher Art, sondern beziehen sich auf die notwendige Struktur (Rahmenbedingungen, Gesetze), wie sie idealerweise im Kanton gegeben sein sollte, um die Angebote für Jugendliche effektiv zu koordinieren. Ziel der Hearings wird sein, die Erkenntnisse aus Sicht der Fachpersonen zu bewerten und mit den tatsächlichen Gegebenheiten zu vergleichen.

In der vorliegenden Arbeit bleiben verschiedene Fragen offen. Es wurden nur diejenigen Quellen ausgewertet, die in Form von Literaturanalysen bzw. Reviews, Meta-Analysen und als Gesamt-Herausgeberwerk Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen allgemein thematisieren. Einige Quellen, die in der Literaturrecherche gefunden wurden, beziehen sich ausschliesslich auf verschiedene Settings, Themen oder Zielgruppen und wurden nicht in die vorliegende Auswertung miteinbezogen. Es bleibt hier unklar, welche weiteren Erkenntnisse sie beinhalten würden. Evtl. werden diese Literaturangaben im Rahmen der Arbeiten der Gesundheitsförderung Baselland weiter ausgewertet, was dann z.B. sinnvoll ist, wenn die Neuorientierung im Präventions- und Gesundheitsförderungsangebot zu einem spezifischen Thema konkret konzipiert werden soll.

Ausserdem ist offen, inwiefern für die Beantwortung der Forschungsfrage 1 zu den gesundheitsrelevanten Herausforderungen mit der angewendeten Methode aktuelle Trends im Jugendalter angemessen aufgegriffen werden konnten. In einer schnelllebigen Zeit ändern sich die Rahmenbedingungen und Lebensgewohnheiten Jugendlicher sehr rasch, was auch zu schnellen Veränderungen in Bezug auf die gesundheitsrelevanten Herausforderungen führen kann. Ein Beispiel zeigt sich am Heroinkonsum: Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit weisen auf, dass der Heroinkonsum in der Schweiz über die letzten Jahre stabil geblieben ist. Ein aktueller Artikel der Basler Zeitung (09.02.2010) berichtet aber über Anzeichen, dass der Heroinkonsum und insbesondere das Fixen bald wieder zunehmen könnte. Es stellt sich die Frage, inwiefern hier eine Trendanalyse, wie sie z.B. zu Marketingzwecken durchgeführt wird, andere Ergebnisse hervorbringen kann, die zu aktuelleren Empfehlungen für präventive und gesundheitsfördernde Interventionen führen.

Auch kann die vorliegende Arbeit nicht vollständig eruieren, wie genau Angebote an Prävention und Gesundheitsförderung Jugendliche zur Bewältigung der gesundheitsrelevanten Herausforderungen unterstützen können. Ihre Ergebnisse zeigen zwar deutlich, dass Jugendliche mit gesundheitsrelevanten Herausforderungen konfrontiert werden und dass Interventionen präventiver und gesundheitsfördernder Art hier unterstützend wirken können. Wie dieser komplexe Zusammenhang zwischen Herausforderung und Unterstützung durch Angebote von aussen allerdings im Detail funktioniert, kann nur ansatzweise beantwortet werden, da dies den Rahmen einer Master-Thesis sprengen würde. Zu dieser Frage könnte eine eigenständige Arbeit durchgeführt werden.

Bei einer kritischen Beurteilung der vorliegenden Master-Thesis stellt sich auch die Frage nach der Vereinbarkeit von Theorie, Wissenschaft und Praxis. Die Thesis innerhalb des Masters of Public Health stellt hohe qualitative Ansprüche an das methodische Vorgehen, während für die Arbeit in der Gesundheitsförderung Baselland vor allem die detaillierten Ergebnisse und ihre Anwendbarkeit von hohem Interesse sind. Ein Fokus der Master-Thesis wurde deshalb auf die ausführliche Beschreibung der Ergebnisse gelegt. Im Praxisalltag werden wissenschaftlich hinterlegte Ergebnisse geschätzt, müssen allerdings weiter aufbereitet (zusammengefasst, sprachlich umformuliert) werden, um konkret angewendet werden zu können. Dies ist vor allem wichtig, um die Ergebnisse fachunspezifischen Stakeholdern nahezubringen. Diese Punkte sind nicht zu unterschätzen, da sie massgeblich dazu beitragen, dass der eruierte Soll-Zustand aus Theorie und Wissenschaft zu einem entsprechenden Ist-Zustand in der Praxis werden kann, was nicht zuletzt von äusseren Umständen, Rahmenbedingungen und politischen Prozessen abhängt. Die vorliegende Master-Thesis leistet einen grundsätzlichen Beitrag an eine wissenschaftliche Grundlage für die Neuorientierung des Angebotes an Prävention und Gesundheitsförderung für Jugendliche im Kanton.

2. Public Health-Relevanz

Aus Public Health-Sicht sind präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen im Jugendalter von zentraler Bedeutung. Prävention und Gesundheitsförderung bilden einen wichtigen Themenbereich von Public Health. Auch wenn es manchmal nur begrenzt Hinweise zur Wirksamkeit entsprechender Massnahmen gibt, wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass solche Interventionen spätere Probleme und Erkrankungen vermeiden können. Gewisse Hinweise auf effektive Angebote und Massnahmen sind auch mit der vorliegenden Arbeit eruiert worden. Es ist anzunehmen, dass durch Interventionen präventiver und gesundheitsfördernder Art späteres Leiden und damit verbundene Ausgaben im Gesundheitsbereich vermieden werden können. Es können somit zentrale Public Health-Themen und gesundheitspolitische Ziele wie die Sicherung eines guten Gesundheitsstatus und die verbesserte Effizienz bzgl. Verbrauch gesundheitlicher Ressourcen einschliesslich der Reduzierung eskalierender Kosten unterstützt werden.

Die Anzahl Individuen, die von ihrem Alter her als jugendlich bezeichnet werden können, wird in Europa immer geringer. Damit sie in Bezug auf gesundheitspolitische Massnahmen als Minderheit der Bevölkerung zukünftig nicht benachteiligt werden und weil sie eine wichtige gesellschaftspolitische Rolle bei der Unterstützung der älteren Generationen spielen, ist es wichtig, Gesundheitsförderung und Prävention für diese Zielgruppe durchzuführen. Auch erscheint es vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der die durchschnittliche Lebenserwartung (in der Schweiz) ansteigen lässt, mit gleichzeitiger Kostenexplosion im Gesundheitswesen, sinnvoll, frühzeitig eine gesunde Entwicklung zu unterstützen und dabei auf die gesamte Spannweite der unterschiedlichen Determinanten von Gesundheit einzugehen. Dementsprechend berücksichtigt die vorliegende Master-These individuelle, gesellschaftliche, soziale Einflussfaktoren auf Gesundheit und entsprechende Umweltbedingungen in verschiedenen Settings.

Nicht nur ist Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter von grosser Wichtigkeit, sondern es findet sich in dieser Zeitspanne auch ein ideales Zeitfenster für Interventionen, die positiv auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten wirken sollen. Sowohl der Gesundheitszustand als auch das Gesundheitsverhalten sind in diesem Alter meist noch nicht fest verankert. Es werden in dieser Altersphase entwicklungspezifische Herausforderungen bewältigt, wie z.B. die Bildung der eigenen Identität und des eigenen Rollenverhaltens. Wie in der vorliegenden Arbeit beschrieben wurde, entstehen und verfestigen sich im Jugendalter wichtige gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, und Gesundheitseinstellungen werden entwickelt. Es zeigt sich, dass Jugendliche von aussen mittels

gesundheitsfördernder und präventiver Interventionen bei der Bewältigung der Herausforderungen so unterstützt werden können, dass gesundheitliche Risiken minimiert werden. Die in der vorliegenden Arbeit aufgeführten epidemiologischen Daten zeigen, dass bereits im Jugendalter der körperliche und psychische Gesundheitszustand eingeschränkt sein kann und in dieser Altersspanne am meisten gesundheitliches Risikoverhalten stattfindet. Dies kann über präventive und gesundheitsfördernde Interventionen verringert oder vermieden werden. Darüber hinaus können durch diese Interventionen Grundlagen für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter gelegt und Leiden und damit verbundene Gesundheitskosten in späteren Lebensphasen verkleinert werden. Die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit wurden erstmalig mit einer scoping study bearbeitet und spezifisch auf den Kanton Basel-Landschaft ausgerichtet. Die Ergebnisse leisten der Gesundheitsförderung Baselland als kantonale Fachstelle im Public Health-Bereich einen wichtigen Dienst bei ihrer Aufgabe, das kantonale Angebot im Präventions- und Gesundheitsförderungsbereich für Jugendliche zu überprüfen und entsprechend eine allfällige Neuorientierung einzugehen. Die vorliegende Master-Thesis und weitere wissenschaftliche Ergebnisse werden als Grundlage für die Diskussion mit Experten und Expertinnen im Kanton dienen. Es ist vorgesehen, sie als Soll-Zustand zu betrachten und mit dem Ist-Zustand der vorhandenen Angebote an Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton abzugleichen. Basierend darauf werden in weiteren Schritten Anpassungen des kantonalen Angebots sowie der Koordinations- und der Kontrollstrukturen entwickelt und mit allen involvierten Stellen (Kanton, Gemeinden, Private) geprüft und abgesprochen. Die Projektarbeit leistet somit einen Beitrag zur Förderung der öffentlichen Gesundheit und Massnahmenplanung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention für den Kanton Basel-Landschaft. Dabei ist im Hinblick auf die Public Health-Relevanz der vorliegenden Master-Thesis nicht zu vergessen, dass sie die Gesundheitsförderung Baselland auf gesundheitspolitischer Ebene unterstützt. Sie dient ihr bei der politischen Argumentation, wenn die Notwendigkeit und der Sinn von gesundheitsfördernden und präventiven Interventionen im Jugendbereich dargelegt werden müssen. Weiter sind einige der existierenden kantonalen Angebote an Gesundheitsförderung und Prävention in einer Zeit entstanden, in der noch kein Schwergewicht auf die Effektivität der angewendeten Massnahmen gelegt wurde. In der heutigen politischen und öffentlichen Landschaft werden aber Argumentationen bezüglich Wirksamkeit von Massnahmen und Kosten-Analysen für die Legitimation von Angeboten immer wichtiger. Es wird je länger je wichtiger sein, eine fundierte theoretische und wissenschaftliche Grundlage für solche Aktivitäten vorweisen zu können, damit die notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen von Entscheidungsträ-

ger/innen bewilligt werden. Hier leistet die vorliegende Master-These einen wichtigen Beitrag.

3. Ergänzende Tabellen

Tabelle A1: Ergebnisse aus der Literaturrecherche in elektronischen Datenbanken, Zeitschriften, Referenzlisten (Arbeitspapier)

Anmerkung: In der Master-Thesis erwähnte Quellen sind grau markiert

| Zeitschrift / Herausgeber (-werk) / Autor | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|---|------|---------------------|---|-----------------------------------|---------|---|-------------------------|----------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|---|
| abhängigkeiten, Nr. 2, 6. Jahrgang | 2000 | Haller, Ursula | Die Zukunft der Suchtprävention in der Schweiz | Schweiz | D | Zukunft Suchtprävention, Aussprache NAS mit Felix Gutzwiller und Ursula Haller | | | Aussprache von NAS organisiert mit 2 Fachleuten | Sucht | | P | Zukunft der Suchtprävention |
| abhängigkeiten, Nr. 3, 11. Jahrgang | 2005 | Fahrenkrug, Hermann | Strukturelle Massnahmen zum alkoholspezifischen Jugendschutz in den USA: Gesetzliche Trinkalterslimite und Zugangsbeschränkungen zu alkoholischen Getränken | USA/Schweiz | D | Alkoholspezifischer Jugendschutz in den USA, Beispiele aus den USA, Mögliche Übernahme auf CH | Jugendliche | | Literaturanalyse, Teilnahme des Autors an Kongress | Alkohol, Jugendschutz | | P | Übertragung von USA-Modellen bzgl. Alkohol und Jugendschutz auf die Schweiz t.w. problematisch. |
| abhängigkeiten, Nr. 3, 11. Jahrgang | 2005 | Dieth, Dominique | Testkäufe von Alkohol - präventive Repression oder repressive Prävention? | Schweiz | D | Wirksamkeit Testkäufe Alkohol, Repression, Prävention | Jugendliche | | | Alkohol, Risikoverhalten | Gewerbe (Alkoholverkauf) | P | Testkäufe als Baustein einer langfristig angelegten, verantworten, breit abgestützten Präventionsstrategie hilfreich. |
| abhängigkeiten, Nr. 3, 11. Jahrgang | 2005 | Heer, Renate | Jugendschutz und Alkohol in der Schweiz. Steuern, Kontrollen, Werbe- und Handelsvorschriften als effektive Massnahmen | Schweiz | D | Wirksamkeit gesetzliche Kontrollmassnahmen Jugendschutz bzgl. Alkohol. | Jugendliche | | Literaturanalyse | Alkohol, Jugendschutz | Gesetze | Strukturelle P (Gesetze) | Umsetzung gesetzlicher Jugendschutzmassnahmen in Praxis t.w. schwierig. Gesetzeslücken. Empfehlung: Vernetzung und stärkere politische Aktivität. |
| abhängigkeiten, Nr. 2, 13. Jahrgang | 2007 | Graf, Michel | Die Suchtprävention im Spannungsfeld von Wissenschaft, Politik und ökonomischen Interessen | Schweiz und andere | D | Evidenzbasierte Suchtprävention | | | | Sucht | | P | Wunsch nach Evidenz-Basierung soll relativiert werden, es soll stärker auf Anliegen aus der Bevölkerung fokussiert werden. |
| abhängigkeiten, Nr. 1, 14. Jahrgang | 2008 | Schmid, Martin | Partizipative Ansätze mit J in der Alkoholprävention | Schweiz: ZG | D | Aktive Einbindung J in der Alkoholprävention, Wirksamkeit partizipative Präventionsmassnahmen | 14-20 | | Interviews mit J. und Experten | Alkohol, Partizipation | | P | Konkrete Projekte mit hohem Partizipationsgrad für Alkoholprävention vielversprechender Ansatz. Tipps für Einbindung Jugendliche. |
| Achermann, E. (Hrsg.) | 2004 | | Gesunde Schule konkret. Eine Struktur für gesundheitsfördernde Schulen. Erfahrungsbericht | Schweiz | D | Gesunde Schulen | Schüler/innen | | Erfahrungsbericht | Gesunde Schulen | Schulen | Gefö | Erfahrungen bzgl. gesundheitsfördernder Schulen |
| Addiction, 98, 4, 397-411 | 2003 | Foxcroft, D.R. | Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. | | E | Langzeitliche Primärprävention für Alkoholprävention | Jugendliche | | Systematic Review | Alkohol | | Pri-mär-P | Langzeitprimärprävention für Alkoholprävention |
| Addictive Behaviors, 25, 6, 861-885 | 2000 | Flay, Brian R. | Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus environment change. | | E | Suchtprävention in Schulen | Schüler | | | Sucht | Schule, Umwelt (?) | P | Ansätze zur Suchtprävention mit Veränderungen der Umweltbedingungen |
| Addictive Behaviors, 25, 6, 887-897 | 2000 | Botvin, Gilbert J. | Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors | | E | Suchtprävention in Schulen, Kompetenzförderung, individuelle ätiologische Faktoren | Schüler | | | Drogen | Schulen | P | Ansätze zur Suchtprävention in Schulen zur Förderung der Kompetenz bzgl. individ. ätiol. Faktoren |

| Zeitschrift / Herausgeber (-werk) / Autor | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|---|------|-------------------|--|-----------------------------------|---------|--|-------------------------|----------------------------|-------------------|---|---------|---------------------------------------|--|
| Addictive Behaviors, 27, 6, 1009-1023 2, 264-277, | 2002 | Cuijpers, Pim | Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review | | E | Effektive Inhalte von schulbasierten Suchtpräventionsprogrammen | Schüler | | Systematic Review | Drogen | Schulen | P | Effektive Inhalten von Suchtpräventionsprogrammen an Schulen |
| Addictive Behaviors, 31, 2, 264-277, | 2006 | Walters, Scott | A review of computer and internet-based interventions for smoking behavior | | E | Computerbasierte Interventionen zu Rauchverhalten | | | Review | Tabak | | | Übersicht Computerbasierte Interventionen zu Rauchverhalten |
| Adolescence, 35, 139, 605 | 2000 | Anonymous | Adolescence, Affect and Health | | E | Affekt und Gesundheit bei Adoleszenten | Adoleszen- te | | Review? | Affekt und Gesundheit | | | |
| Adolescence, 36, 143, 620, | 2001 | Anonymous | Preventing youth violence: a guide for parents, teachers and counselors | | E | Jugendkriminalität, Prävention | Jugendliche | | | Jugendkriminali- tät | | P | Präventions-Führer zur Jugendkriminalität für Eltern, Lehrer, Berater |
| Adolescence, 38, 149, 197 | 2003 | Anonymous | Children of Immigrants: Health, Ad-justment, and Public Assistance | | E | Gesundheit von Kindern von Immigranten | Kinder | Immig- ranten | | Gesundheit von Kindern von Immigranten | | | |
| Adolescence, 39, 153, 179 | 2004 | Anonymous | Drug Information for Teens: Health Tips About the Physical and Mental Effects of Substance Abuse | | E | Information über Substanzen für Teens: physische und mentale Effekte von Miss-brauch | Teenager | | | Substanzmiss- brauch | | P | |
| Adolescence, 39, 153, 180-181 | 2004 | Anonymous | Bullying in American Schools: A Social-Ecological Perspective on Prevention and Intervention | USA | E | Bullying in US-amerik. Schu- len, Prävention | Schüler | | | Bullying | Schulen | P | Sozio-ökologische Präventi- onsperspektive |
| Adolescence, 39, 156, 833-834 | 2004 | Anonymous | Child and Adolescent mental health | | E | Mentale Gesundheit von Kindern und Jugendliche | Kinder, Jugendliche | | | mentale Ge- sundheit | | | |
| Adolescence, 40, 157, 1-22 | 2005 | Elliott, Lawrence | Secondary Prevention Interventions for Young Drug Users: A Systematic Review of Evidence | | E | Sekundäre Prävention bei Substanzkonsum Jugendlicher | Jugendliche | | Systematic Review | Substanzkon- sum | | Se- kundär | Evidenz für sekundäre Prävention bei Substanzkon- sum |
| Adolescence, 41, 162, 396-397 | 2006 | Anonymous | The Crisis in Youth Mental Health: Critical Issues and Effective Programs (Four Volumes) | USA | E | Steigende Raten mentale und emotionalen Problemen bei USA-Teenagern | Jugendliche | | | mentale Ge- sundheit | | -P Gefö | |
| Adolescence, 42, 168, 866 | 2007 | Anonymous | Handbook of Childhood Behavioral Issues: Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment | | E | Mentale Gesundheit von Kindern, Evidenzbasierte Ansätze für Prävention. | Kinder? | | | Mentale Ge- sundheit, Verhalten | | P | Evidenzbasierte Präventi- onsansätze bzgl. Verhalten von Kindern |
| Adolescence, 44, 173, 245-252 | 2009 | Smolak, Linda | Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth: Assessment, Pre-vention, and Treatment (2nd ed.) | | E | Körperbild und Essstö | Jugendliche | | Review | Esstö, Körper- bild, Obesity | | P | |
| Adolesc Med, 14(3), 595-611 | 2003 | Garofalo, R. | Not all adolescents are the same: addressing the unique needs of gay and bisexual male youth | | E | Gesundheitsbedürfnisse von homosexuellen Jugendlichen | Adoleszen- te | Homose- xualität | Review | Homo- /Bisexualität | | | |
| Adolesc Med, 11(1), 157-65 | 2000 | Resnick, MD | Protective factors, resiliency and healthy youth development | | E | Gesunde Entwicklung, Resi- lienz, protektive Faktoren | Jugendliche | | Review | Gesunde Ent- wicklung, protek- tive Faktoren, Resilienz | | | |
| Advances in psycholo- gy research, 29, 123-155, 266 | 2004 | Herbert, Martine | Child sexual abuse prevention: a review of evaluative studies and recommendations for program deve-lopment | | E | Prävention sexueller Miss-brauch | Kinder? | | Review | Sexueller Missbrauch | | P | Review evaluierte Studien zu Missbrauch-Prävention, Empfehlungen für Pro- grammentwicklungen |

| Zeitschrift / Herausgeber (-werk) / Autor | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|---|------|----------------------|--|-----------------------------------|---------|---|-------------------------|----------------------------|-------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Aggression and Violent Behavior, 11(2), 151-166 | 2006 | Whitaker, Daniel | A critical review of interventions for the primary prevention of perpetration of partner violence | | E | Prävention von Partnergewalt | | | Review | Partnergewalt | | Pri-mär-P | Kritische Übersicht primärprävent. Interventionen Partnergewalt. |
| Aids and Behavior, 6,2, 123-129 | 2002 | Schovel-ler, Jean A. | Preventing HIV/AIDS risk behavior among youth | | E | HIV-AIDS-Risikoverhalten | Jugendliche | | | HIV/Aids, Risikoverhalten | | P | Prävention von HIV/Aids-Risikoverhalten |
| Allmer, Henning | 1999 | | Gesundheitsförderung für Jugendliche - eine Chance für den Sportverein! | | D | Gesundheitsförderung im Sportverein | Jugendliche | | Herausgeberwerk | Gesundheitsför-derung, Sport | Sportver-ein | Gefö | Gesundheitsförderung als Chance für den Sportverein |
| Am Psychol, 58,6-7,466-474 | 2003 | Green-berg, Mark | Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning | | E | Förderung von schulbasierter Prävention, Koordination von sozialem, emotionalem und akademischen Lernen | | | | Prävention, Jugendliche Entwicklung | | P | Schulische Prävention und jugendliche Entwicklung durch soziales, emotionales und akademisches Lernen |
| Am Psychol, 60(6), 628-48 | 2005 | Weisz, JR | Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment | | E | Jugendliche mentale Gesund-heit, Behandlung | Jugendliche | | Review | Mentale Ge-sundheit | | P | Evidenzbasierte Präventi-onsansätze |
| American Journal of Health Behavior, 26,6, 407-424 | 2002 | Flay, Brian R. | Positive youth development requires comprehensive health promotion programs | | E | Positive jugendl. Entwicklung, Notwendigkeit umfassende Gesundheitsförderungsprogrammen, Zusammenhänge zw. Prädiktoren für Verhal-tenweisen und Prävention. | Jugendliche | Kulturel-ler Hinter-grund | Review | Gesunde Entwicklung | Schule, Peers, Familie, Gemein-de | P und Gefö | Gesunde Entw. braucht umfassende und zusammen-häng. Progr. Beachtung Zusammenhang mit aka-dem. Schulleistung. Settings müssen zusammenarbeiten |
| American Journal of Health Behavior, 26,6, 486-493 | 2002 | Bara-nowski, Tom | Promising (and not-so-promising) gang prevention and intervention strategies. | | E | Gangs, (nicht) erfolgreiche Prävention | Jugendli-che? | | | Gangs | | P | Erfolgreiche und nichterfolg-reiche Gang-Prävention |
| American Journal of Preventive Medicine, 20, 2, 141-148 | 2001 | | Life Skills Training: Theory, methods, and effectiveness of a drug abuse prevention approach. | | E | Life Skills Training als Sucht-präventionsansatz, Effektivität | Jugendli-che? | | | Sucht, Life Skills Training | | P | Effektivität von Life Skills Training als Suchtpräventi-onsansatz |
| American Journal of Preventive Medicine, 33, 1, 65-74 | 2007 | Limbos, Mary Ann | Effectiveness of interventions to prevent youth violence: A systematic Review. | | E | Effektivität Gewaltprävention bei J | Jugendliche | | Systematic Review | Gewalt | | P | Effektivität Gewaltpräventi-onsinterventionen |
| American Journal of Preventive Medicine, 33, 2suppl,114-129 | 2007 | Hahn, Robert | Effectiveness of universal school-based programs to prevent violent and aggressive behavior: A systematic review | | E | Effektivität universeller Schul-programme zur Prävention von Gewalt und Aggression | Schüler | | Systematic Review | Gewalt, Aggres-sion | Schulen | P | Effektivität universelle Gewaltprävention an Schu-len |
| American Psychologist, 58, (6/7), 425-432 | 2003 | Weiss-berg, R. P. | Prevention that works for children and adolescence | | E | Standards für empirisch unterstützte Präventionspro-gramme | Kinder und Jugendliche | | Systematic Review | Verschiedenste | Familie, Schule, Gemein-de, Ges.wesen | P | Präventive Interventionen müssen koordiniert, syste-matisch ihre sozio-emotionale Kompetenz fördern |
| American Psychologist, 58, (6/7), 449-456 | 2003 | Nation, M. | What Works in Prevention. Principles of Effective Prevention Programs | | E | Prinzipien effektiver Präventi-onsprogramme | Jugend | | Systematic Review | Sucht, Sexual-verhalten, Schul-versagen, Delin-quenz, Gewalt | Ver-schiede-ne | P | 9 Charakteristiken effektiver Präventionsprogramme. |
| Ann NY Acad Sci, 1087, 90-102 | 2006 | Gutt-mann, M. | Early violence prevention programs: implications for violence prevention against girls and women | | E | Gewaltprävention bei (jungen) Frauen | Mädchen und Frauen | | Review | Gewalt | | P | |

| Zeitschrift / Herausgeber (-werk) / Autor | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|--|------|--------------------|--|-----------------------------------|---------|---|-------------------------|----------------------------|------------------|---|---------|---------------------------------------|---|
| Annen, Barbara | 2004 | | Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen | | D | Angst und Depression Jugendliche, Prävention | Jugendliche | | Herausgeberwerk? | Angst, Depression | | P | Prävention von Angst und Depression bei J |
| Annu Revu Public Health, 23, 45-71 | 2001 | Siegel, M | The effectiveness of state-level tobacco control interventions: a review of program implementation and behavioral outcomes | | E | Effektivität Staatliche Tabakkontrollprogramme, Programme, die implementiert wurden | | | Review | Tabak | Staat | Strukturelle P | Review von Programmen, die implementiert wurden |
| Annu Rev Public Health, 27i, 491-515 | 2006 | Chung, Paul | Preventive Care for children in the united states: Quality and barriers | USA | E | Prävention für Kinder in den USA, Qualität und Barrieren | Kinder | | | Preventive Care | | P | Qualitäten und Barrieren von preventive care für Kinder |
| Annu Rev Public Health, 26, 399-419 | 2005 | Fergus, Stevenson | Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk | | E | Gesunde Entwicklung trotz Risiken, adoleszente Resilienz, drei verschiedene Resilienzmodelle | Ados | | Review | Resilienz, gesunde Entwicklung, Suchtmittel, Gewalt, sex. Risikoverhalten | | | Resilienz-basierte Interventionen. Rahmen für die gesunde Entwicklung von Jugendlichen mit Risiko |
| Applied&Preventive Psychology, 8, 3, 197-215 | 1999 | Howard, Kim Ammann | Violence-prevention programs in schools: State of the science and implications for future research | | E | Gewaltprävention, Schulen | Schüler | | Review? | Gewalt | Schule | P | Stand der Wissenschaft bzgl. Gewaltpräventionsprogrammen in Schulen |
| Arch Sex Behav, 33(3), 259-69 | 2004 | Schaalma, HP | Sex education as health promotion: what does it take? | | E | Sexualerziehung als Gefö | Jugendliche? | | Review | Sexualität, Sexualerziehung | | Gefö | Wie muss Sex.erziehung sein, damit es Gefö ist? |
| Australian Social Work, 54, 3, 115-116 | 2001 | Tracey, Robyn | Deeper Dimensions: Culture, Youth and Mental Health | | E | Mentale Gesundheit Jugendliche, Kultur | Jugendliche | Kultur | Review | Gesundheit Jugendliche | | | Ableitung für Prävention und Gesundheitsförderung |
| Autrata, Otger | 2003 | | Prävention von Jugendgewalt | | D | Jugendgewalt | Jugendliche | | Herausgeberwerk? | Gewalt | | P | Ableitung für Prävention von Jugendgewalt |
| Behaviour modification, 27 (2), 135-190 | 2003 | Pedlow, C. | HIV sexual risk-reduction interventions for youth: A review and methodological critique of randomized controlled trials | | E | HIV-Risiko | Jugendliche | | Review | HIV | | | Risikointervention für J, Methodologische Kritik und Review bzgl. randomized controlled trials. |
| Berger, Uwe | 2008 | | Essstörungen wirkungsvoll vorbeugen | | D | Essstörungen, Prävention | Jugendliche? | | Herausgeberwerk? | Essstörungen | | P | Wirkungsvolle Prävention bei Essstörungen |
| Beyer, Anke | 2006 | | Stressbewältigung im Jugendalter | | D | Stressbewältigung im Jugendalter | Jugendalter | | Herausgeberwerk? | Stress, Stressbewältigung | | | Ableitung auf gesundheitsrelevante Herausforderungen? |
| Brown, Brett V. | 2008 | | Key indicators of child and youth well-being | | E | Wohlbefinden Kinder und Jugendliche | Kinder, Jugendliche | | Herausgeberwerk? | Wohlbefinden | | | Ableitung auf gesundheitsrelevante Herausforderungen |
| Bruder, Martina | 2008 | | Berausende Jugend | | D | Rausch und Jugend | Jugend | | Herausgeberwerk? | Rausch | | | Ableitung für Suchtprävention |
| Bruhin, E. (ISPM Bern) | 2002 | | Psychische Gesundheit: Strategien und Massnahmen in der Schweiz | Schweiz | D | Psychische Gesundheit, Strategien und Massnahmen | | | | Psychische Gesundheit | | | Ableitung bzgl. Prävention von psychischer Gesundheit |
| Bründel, Heidrun | 2004 | | Jugendsuizidalität und Salutogenese | | D | Jugendsuizidalität, Salutogenese | Jugendliche | | Herausgeberwerk? | Suizidalität | | Salutogen. | Ableitung zu Gefö-Ansätzen? |
| Bueno, Jael | 2008 | | Mit mir nicht. Mit dir nicht. | | D | Sexuelle Gewalt, Prävention, Schutz der Jugendliche | Jugendliche | | Herausgeberwerk | Sexuelle Gewalt | | P | Möglichkeiten der Prävention vor sexueller Gewalt. |
| Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 45(11), 873-878 | 2002 | Pinquart, Martin | Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter. Entwicklungspsychologische Erklärungsansätze | Internat. Literatur | D | Zusammenhang Gesundheitsverhalten und Bewältigung Entwicklungsaufgaben, Risikofaktoren für Gesundheitsverhalten | (Kinder), Jugendliche | | Review | Entw.psychol. Ansätze für Ges.heitsverh., Bewältigung Entw.aufgaben | | P und Gefö | Empfehlungen für Prävention: Unterstützung der Jugendlichen bei Bewältigung der Entw.aufgaben. |

| Zeitschrift / Herausgeber (-werk) / Autor | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|--|------|-----------------------|--|-----------------------------------|---------|---|-------------------------|----------------------------|-------------------|--|---------|---------------------------------------|---|
| Can J Psychiatry, 44(3), 227-34 | 1999 | Breton, JJ | Complementary development of prevention and mental health programs for Canadian children based on contemporary scientific programs | Kanada und internat. | E | Paradigmenwechsel in Prävention: Chaos Theorie, richtiger Zeitpunkt für Prävention. | Kinder und Jugendliche | | Review | Gefö und P | | P und Gefö, Kombination | Präv. und Ges.förderung für versch. Phasen, Altersgruppen, Zeitpunkte. P für kritische Zeitpunkte, Gefö für stabile Phasen. |
| Cent Eur J Public Health 12(4), 184-6 | 2004 | Baska, T. | Effectiveness of school programs in tobacco control | | E | Schulprogramme zur Tabakkontrolle | Schüler | | Review | Tabak | Schule | Strukturelle P | Effektivität der Schulprogramme |
| Child Care Health, 30(6), 623-35 | 2004 | Licence, K. | Promoting and protecting the health of children and young people | | E | Gefö und Gesundheitsschutz | Kinder, Jugendliche | | Review | Gefö, Gesundheitsschutz | | Gefö | |
| Child Care in Practice, 12, 2, 190-191 | 2006 | MacBlain, Sean F. | Developmental Problems of Childhood and Adolescence, Prvention, Treatment an Training | | E | Verhaltensprobleme von Kindern und Adoleszenten, Prävention | Kinder, Adoleszente | | Review | Verhaltensprobleme | | P | Ableitung für Prävention von Verhaltensproblemen |
| Child Development Perspectives, 3(1), 21-29 | 2009 | Kirby, Douglas | Effective curriculum-based sex and STD/HIV education programs for adolescents | | E | Sexualerziehungsprogramme, HIV, STD | Adoleszente | | | Aids, STD | Schule | P? | Effektive Sexualaufklärung an Schulen |
| Cierpka, Manfred | 2005 | | Möglichkeiten der Gewaltprävention | | D | Gewaltprävention | Jugendliche? | | | Gewalt | | P | Möglichkeiten der Gewaltprävention |
| Clinical Child and Family Psychology Review, 6, 1, 51-66 | 2003 | Littleton, Heather | Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: What places youth at risk and how can these problems be prevented? | | E | Negatives Selbstbild, Essstörungen, Risikofaktoren, Präventionsmöglichkeiten | Kinder, Adoleszente | | | Essstörungen, Negatives Selbstbild, Risikofaktoren | | P | Risikofaktoren und Präventionsmöglichkeiten bei Essstörungen |
| Clin Pharmacol Ther., 84(6), 746-8 | 2008 | Duffy, K. | Government support for abstinence-only-until-marriage education | | E | Unterstützung von Abstinenz bis zur Ehe | | | Review | Sexualität, Abstinenz | | P? | |
| Clinical Psychology: Science and Practice, 12,1,72-86 | 2005 | Wiehe, Sarah E. | A systematic Review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up | | E | Schulbasierte Tabakpräventionsprogramme | Schüler | | Systematic Review | Tabak | Schule | P | Review schulbasierte Tabakpräventionsprogramme mit Langzeit-Follow up |
| Clinical Psychology: Science and Practice, 8(4), 418-430 | 2000 | Winickoff, Jonathan P | Youth tobacco control research and activities in the United States: The current national landscape. | USA | E | Tabakprogramme und -forschung für Adoleszente, Landschaft USA | Adoleszente | | | Tabak | | Verhältnis-P. | Überblick Aktivitäten bzgl. Forschung und Kontrolle von Tabak in USA |
| CMAJ, 171(9), 1069-71 | 2004 | McLennan, JD | Canada's programs to prevent mental health problems in children: the research-practice gap | | E | Kanadische Programme Prävention mentale Gesundheit, Lücke Forschung und Praxis | Kinder | | Review | Mentale Gesundheit | | P | |
| Contemporary Sociology: A Journal of Reviews, 35, 6, 622-623 | 2006 | Yoo, Grace | Health and Behavior among Immigrant Youth | | E | Gesundheit und Verhalten bei Jugendlichen Immigranten | Jugendliche | Migration | | Gesundheit und Verhalten | | | |
| Counseling and Values, 46, 3, 237-240 | 2002 | Toups, Melanie | Effectiveness of abstinence-based sex education curricula: A review | | E | Effektivität Abstinenzbasierte Sexualaufklärung | Jugendliche, Schüler? | | Review | Sexualität, Abstinenz | Schule? | P | Effektivität von Abstinenzbasierter Sexualaufklärung |
| Current Opinion in Psychiatry, 14, 4, 333-337 | 2001 | Bennett, Kathryn | Conduct disorder: Can it be prevented? | | E | Verhaltensstörungen/-probleme, Prävention | Jugendliche? | | | Verhaltensprobleme | | P | Können Verhaltensprobleme vorgebeugt werden? |

| Zeitschrift / Herausgeber (-werk) / Autor | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|---|------|------------------------|--|-----------------------------------|---------|--|-------------------------|---|--------------------|--|----------------------------------|---------------------------------------|---|
| Current Opinion in Psychiatry, 20 (4), 325-329 | 2007 | Merry, Sally Nicola | Prevention and early intervention for depression in young people - practical possibility? | | E | Depression Jugendliche, Prävention, Frühintervention, praktische Möglichkeiten | Jugendliche | | | Depression | | P, Frühinterv. | Praktische Möglichkeiten für P/FI bei Depression von Jugendlichen |
| Current Opinion in Psychiatry, 20 (3), 213-221 | 2007 | Karam, Elie | Alcohol use among college students: An international perspective | Internationale Perspektive | E | Akoholkonsum bei College-Studenten, Prävention | College-Jugendliche | | Review? | Alkoholkonsum | College | P | Ableitung für Prävention? |
| Currie, C. | 2000 | | Health and Health Behavior among Young People | | E | Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei J | Jugendliche | | Herausgeberwerk? | Gesundheit (-sverhalten) | | | Ableitung auf gesundheitsrelevante Herausforderungen |
| Deutsch, Werner | 2001 | | Zentrale Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen | | D | Entwicklungsstörungen | Kinder, Jugendliche | | Herausgeberwerk? | Entwicklungsstörungen | | | Ableitung auf gesundheitsrelevante Herausforderungen? |
| Developmental Psychopathology, Vol. 3, Risk, disorder, and adaptation (2nd ed.), 739-795 | 2006 | Cicchetti, Dante (Ed.) | Resilience in development: A synthesis of research accros five decades | Internat. Forschung | E | Resilienz und Entwicklung, Geschichte der Resilienzforschung Synthese der Forschung über 5 Dekaden bzgl. Resilienz und Entwicklung | Kinder und Jugendliche | Migrati-onshintergrund; Gewalt-umgebung | Review | Resi-lienz/gesunde Entwicklung trotz widriger Umstände | Familie, Gemeinde, Nachbarschaft | | Resilienzforschung konnte einiges aufzeigen. Ansätze vor allem in der Familie/ Erziehung, um Resilienz zu fördern. Umgebung ist wichtig als Ersatz für Familie. |
| Developmental Theories through the life cycle (123-180) | 2002 | Austrian, Sonia G. | Adolescence | Internat. Forschung | E | Verschiedene klassische Entwicklungstheorien Adoleszenz. | Adoleszen-te | | Literaturanalyse | Entwicklungs-theorien Ado | | | Adoleszenz ist keine Zeit der Aufruhr und bewältigbar |
| Dierbach, Stefan | 2001 | | Rechte Gewalt bei Jugendliche | | D | Rechte Gewalt | Jugendliche | | Herausgeberwerk? | Rechte Gewalt | | | Ableitung auf Prävention rechte Gewalt? |
| Dissertation Abstracts international: Section B: The Sciences and Engineering, Vol.66(6-B), S. 3431 | 2005 | Wolf, Jessica, L. | A meta-analysis of primary preventive interventions targeting the mental health of children and adolescents: A review spanning 1992-2003 | | E | Primäre Prävention zu mentaler Gesundheit, Meta-Analyse der Interventionen | Kinder, Adoleszen-te | | Meta-Analyse | Mentale Ge-sundheit | | Pri-mär-P | Meta-Analyse der primären Präventionsprogramme zu mentaler Gesundheit 1992-2003 |
| Drug and Alcohol Review, 24(2), 93-109 | 2005 | Velle-man, Richard D.B | The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: A comprehensive review of family interventions, with a focus on young people | | E | Rolle der Familie bei Präventi-on von Substanzmissbrauch | Jugend | | | Substanzmiss-brauch | Familie | P | Rolle der Familie bei Präven-tion Substanzmissbrauch |
| Drugs: Education, Prevention & Policy, 10, 1, 7-20 | 2003 | Cuijpers, Pim | Three decades of drug prevention research | | E | 3 Dekaden Forschung Suchtprävention | | | Review? | Sucht | | P | Drei Dekaden Suchtpräven-tionsforschung |
| Egli, Esther | 1999 | | Suchtprävention in Jugendverbänden | | D | Suchtprävention, Jugendverbände | Jugendliche | | | Suchtprävention | Jugend-verbände | P | Suchtprävention in Jugend-verbänden |
| Eisner, Manuel (innerhalb NFP52) | 2008 | | Frühprävention von Gewalt und Aggression. Ergebnisse des Zürcher Präventions- und Interventionsprojektes an Schulen | Schweiz, (ZH) | D | Frühprävention Gewalt und Aggression. | Jugend? | | | Gewalt, Aggres-sion | Schule | Früh-P | |
| Eisner, Manuel | 2006 | | Prävention von Jugendgewalt. Wege zu einer evidenzbasierten Präventi-onspolitik | Schweiz | D | Jugendgewalt, Präventionspoli-tik | Jugendliche | | | Gewalt | | P | |
| Elliott, Jennifer C. | 2008 | | Computer-based interventions for college drinking: A qualitative review. | | E | Interventionsprogramme für Alkohol auf Computerbasis | College-Jugendliche | | Qualitative Review | Alkoholkonsum | College | Inter-venti-on? | Interventionsprogramme auf Computerbasis |

| Zeitschrift / Herausgeber (-werk) / Autor | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|--|------|----------------|--|--|---------|--|---|--|------------------|--|------------------------|---------------------------------------|--|
| Entwicklungspsychologie | 2008 | Seiffge-Krenke | Gesundheit als aktiver Gestaltungsprozess im menschlichen Lebenslauf. | Internat. Forschung | D | Entwicklungsspez. Aspekte von Ges.heit und Umgang mit Belastungen im Jugendalter, Krankheitskonzepte, Prävent. | Jugendalter | | Literaturanalyse | Gesundheit und Entwicklung allgemein | | P | Ableitung für gesundheitsrelevante Herausforderungen und Empfehlungen für Prävention |
| Fend, Helmut | 2001 | | Entwicklungspsychologie des Jugendalters | | D | Entwicklung (-saufgaben) Jugendalter | Jugendalter | | Herausgeberwerk | Entwicklungsaufgaben | | | Ableitung auf gesundheitsrelevante Herausforderungen? |
| Ferchoff, Wilfried | 2007 | | Jugend und Jugendkulturen im 21. Jahrhundert | Vor allem D | D | J.kulturen heute, heutige Entwickl.aufgaben. Analyse Prozess und gesellschaftl. Bedingungen heutiges Aufwachsens | Jugendliche | t.w. Migrati-onshintergrund | Herausgeberwerk | Entwicklung(-saufgaben)in der heutigen Gesellschaft | | | Heutige Jugend unterscheidet sich von der von früher. |
| Fiedler, Hans S. | 2003 | | Jugend und Gewalt | | D | Jugendgewalt | Jugendliche | | Herausgeberwerk? | Gewalt | | | Ableitung für Prävention von Jugendgewalt? |
| Flammer, A.; Alsaker, F. | 2002 | | Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschliessung innerer und äusserer Welten im Jugendalter | Internat. Forschung | D | Entwicklungspsychologie Adoleszenz, t.w. Prävention | Adoleszenz-te | Geschlecht, Migration | Herausgeberwerk | Internalis. und externalis. Problemverh., Suizid, Unfälle. | Verschiedene | P und Gefö | Verschiedene Empfehlungen für Prävention |
| Flammer, Patricia | 2006 | | Sexueller Missbrauch an Kindern und Jugendlichen - Prävention in Schule und sozialer Arbeit | | D | Sexueller Missbrauch,Prävention in Schule und sozialer Arbeit | Kinder, Jugendliche | | Herausgeberwerk? | Sexueller Missbrauch | Soziale Arbeit, Schule | P | Prävention sexueller Missbrauch in Schule und sozialer Arbeit |
| Focus on smoking and health research, 77-100 | 2005 | DiFranza | Restricted Access to Tobacco Reduces smoking rates among youth | | D | Zugangseinschränkungen für Jugendliche zu Tabak | Jugendliche | | | Tabak, Zugangsbeschränkungen | | P (strukturelle) | Zugangsbeschränkungen für Jugendliche zu Tabak reduziert Raucherzahlen |
| Freitag, Marcus | 1999 | | Illegale Alltagsdrogen | | D | Alltagsdrogen, illegale | Jugendliche? | | Herausgeberwerk? | Illegale Drogen, Alltagsdrogen | | | Ableitung für Suchtprävention? |
| Freund, Thomas | 2001 | | Prävention | | D | Prävention | Jugendliche? | | Herausgeberwerk? | Prävention | | P | Prävention |
| Garcia, Silvia | 2001 | | Aidsprävention bei Jugendlichen | | D | Aidsprävention | Jugendliche | | Herausgeberwerk? | Aids | | P | Aidsprävention |
| Gibson-Cline, Janice | 2000 | | Youth and coping in twelve nations | 9 versch. Länder: Canada, USA, England, Brasilien etc. | E | Grossangelegte internat. Längsschnittstudie zu Probleme/Sorgen und Bewältigung, Vergleich zwischen Nationen. | 18- bis 20jährige | Geschlecht, soz. Status, Kultur, Migration | Herausgeberwerk | Probleme von Jugendlichen mit Schule/Beruf, Familie, Identitätsentwicklung, Coping | Schule/Beruf, Familie | | Je nach SES/Geschlecht am meisten Sorgen bzgl. Schule/Beruf, Identität/ Selbst-Konzept, Familie, suchen sich selten Hilfe und häufig inadäquates Coping. |
| Gollwitzer, Mario | 2007 | | Gewaltprävention bei Kindern und Jugendlichen | | D | Gewaltprävention | Kinder, Jugendliche | | Herausgeberwerk? | Gewalt | | P | Gewaltprävention |
| Göppel, Rolf | 2005 | | Das Jugendalter | Internat. Forschung | D | Entwicklungsaufgaben im Jugendalter, Verschiedene Theoretische Strömungen | Jugendalter | Geschlecht, soz. Status | Herausgeberwerk | Bewältigung Entwickl.aufg./Krisen, Risikoverh. | | | Konzept der Entwicklungsaufgaben ist sinnvoll und anwendbar für Jugendalter |
| Grob, Alexander | 2000 | | Perceive control and subjective well-being across nations and across the life span | Übernationale Perspektive | E | Wahrgenommene Kontrolle und subjektives Wohlbefinden, Autobiographisches Gedächtnis | Über Lebensspanne, Fokus auf Adoleszenz | | Review | Kohärenz | | | Kognitive Werkzeuge, die für Konstruktion von kohärenter Lebensgeschichte wichtig sind, entwickeln sich in Ado. |

| Zeitschrift / Herausgeber (-werk) / Autor | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|---|------|----------------------|---|--|---------|--|-------------------------|----------------------------------|--|---|---|--|---|
| Grob, Alexander | 2003 | | Erwachsen werden. Entwicklungspsychologie des Jugendalters. | Internat. Forschung | D | Entwicklungspsychologie des Jugendalters | Jugendliche | t.w. Geschl.-unterschiede | Herausgeberwerk | Körper, Psychosexualität, Gesundheit / Krankheit, Entwicklungsaufgaben / -umwelten | Entwicklungsumwelten: Schule, Freizeit, Familie | P | Übersicht Entwicklung im Jugendalter, t.w. Empfehlungen für Prävention. |
| Guerra, Nancy G. | 2008 | | Core competencies to prevent problem behaviors and promote positive youth development | Internationale Studien, aber tendenziell USA | E | 5 Kernkompetenzen als Grundlage von Gesundheitsförderung und Prävention von Problemverhalten | Kinder und Jugendliche | | Herausgeberwerk | Sexualität, Gewalt, Sucht, Schulversagen, Problemverhalten, gesunde Entw. 5 Kernkompetenzen | Schule, Gemeinde, Familie | Indiz., selekt., multi-level, multimodale P Gefö | 5 Kernkompetenzen einsetzen zur Förder. Pos. Entw. und Präv. Problemverhalten bzgl. Sucht, Sex., Gewalt, Schulversagen. Präv. programme sollten entsprechend ausgerichtet werden. |
| Hackauf, Horst | 2002 | | Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen | Internat. Literatur, aber viel aus D und EU | D | Gesundheit und Behinderung Kinder und Jugendliche | Kinder, Jugendliche | Soz. Ungleichheit, Migration | Herausgeberwerk mit verschiedenen Artikeln | Gesundheit (-sverhalten), Behinderung, soziale Faktoren | | P und Gefö | Spezifische Ableitung auf P- und Gefö-Massnahmen von Ergebnissen. |
| Hackauf, Horst (Hrsg.) | 2008 | | Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen | Internat. Literatur, aber viel aus D und EU | D | Präv., KiGGs, Obdachlosigkeit, Gehör, Tabak, EU-Aktivitäten. Neueste Forschungen im Raum D/EU zu Prävention und Gesundheitsförderung | Kinder, Jugendliche | Soz. Ungleichheit, obdachlose J. | Herausgeberwerk mit verschiedenen Artikeln | Tabak, Gehör, Gesundheit allgemein, Obdachlosigkeit | Verschiedene (Schule, Gemeinde) | (Strukturelle) P, Gefö | Strukturelle P muss gestärkt werden |
| Handbook of counseling psychology (3rd edition), 411-434 | 2000 | Vera, Elizabeth | Preventive interventions with school-age youth | | E | Prävention bei Jugendlichen in Schulen | Jugendliche Schüler | | | Prävention | Schule | P | Präventionsinterventionen mit Jugendlichen im Schulalter |
| Handbook of mental health services for children, adolescents, and families, 215-230, 421pp. | 2005 | Graczyk, Patricia A. | Implementing Effective Youth Violence Programs in Community Settings. | | E | Gewaltprävention Jugendliche, Gemeinde, Implementierung von effektiven Programmen | Jugendliche | | | Gewalt | Gemeinde | P | Implementierung von effektiven Programmen |
| Hawton, Keith | 2008 | | Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei J | | D | Selbstverletzung, Suizidalität, Prävention | Jugendliche | | Herausgeberwerk? | Selbstverletzung, Suizidalität | | P | Ableitung auf Prävention für Selbstverletzung/Suizidalität |
| Health Education, 108 (1), 29-39 | 2008 | Fletcher, Adam | Interventions addressing the social determinants of teenage pregnancy. | | E | Teenager-Schwangerschaften, soziale Determinanten | Jugendliche | Sozialer Status | | Soz. Determ. Schwangersch. | | | Ableitung auf Prävention |
| Health Education Research, 22(2), 177-191 | 2007 | Petrie, Jane | Parenting program for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children<18: A systematic review | | E | Tabak-,Alkohol- und Drogenmissbrauch, Erziehungsprogramme | Kinder unter 18 | | Systematic Review | Tabak, Alkohol, Drogen | | P | Erziehungsprogramme zur Tabak-, Drogen-, Alkoholprävention |
| Health Promotion International, 19, 4, 405-408 | 2004 | St Leger, Lawrence | What's the place of schools in promoting health? Are we too optimistic? | | E | Können Schulen Einfluss nehmen auf Gesundheitsstatus der Kinder? | Schüler | | | Gesundheit von Schüler/innen | Schulen | Gefö | Möglichkeiten für die Schulen bzgl. Gefö |

| Zeitschrift / Herausgeber (-werk) / Autor | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|--|------|--------------------|---|-----------------------------------|---------|--|-------------------------|-----------------------------------|--|---|---|---------------------------------------|--|
| Health Promotion International, 19,2, 227-234 | 2004 | Evans-Whipp, Tracy | A review of school drug policies and their impact on youth substance use | International | E | Drogenpolycys von Schulen, Auswirkungen auf Substanzkonsum. | Schüler | | Review | Drogen, Drogenpolicy Schulen | Schule | Gefö, Verhältnis-P | Polycys sind zw. Schulen sehr unterschiedl. Auswirkungen von Drogenpolycys auf Substanzkonsum. |
| Health Promot Int, 20(1), 69-79 | 2005 | Messerlian, C. | Youth gambling problems: A public health perspective | | E | Gambling | Jugendliche | | Review | Glücksspiel | | | |
| Health Promotion International, 23(2), 173-189 | 2008 | Yager, Zali | Prevention programs for body image and eating disorders on university campuses: A review of large, controlled interventions | | E | Körperbild, Essstörungen, Präventionsprogramme | Jugendliche | vor allem junge Frauen? | | Essstörungen, Körperbild | Uni-Campus | | Präventionsprogramme für Körperbild und Essstö auf Uni-Campus |
| Health Promot J Austr (3), 184-90 | 2007 | Toumbourou JW | Mental Health Promotion and socio-economic disadvantage: Lessons from substance abuse, violence and crime prevention and child health | | E | Förderung mentale Ges., sozio-ökonom. Nachteile, Substanzkonsum, Gewalt, Kriminalitätsprävention | Kinder? | sozio-ökonomische Unterschiede | Review | Mentale Ges., Substanzkonsum, Gewalt, Kriminalität | | Gefö | |
| Health Psychology, 19(1), 17-31 | 2000 | Rasch, Andrej | Cost-effectiveness of smoking prevention measures in adolescents. | | D | Kosteneffektivität von Rauchprävention bei Ados | Adoleszen- te | | | Tabak | | P | Kosten-Effektivität bei Rauchprävention bei Ados |
| Hurrelmann, Klaus | 2003 | | Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. | Internationaler Vergleich | D | Jugendgesundheit | Jugendliche | | Epidemiologische HBSC-Auswertung? | Jugendgesundheit | | | Ableitung für P und Gefö? |
| Hurrelmann, K. | 2007 | | Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften | | D | Prävention und Gesundheitsförderung | u.a. Jugendliche | Gender, Migration und Deprivation | Herausgeberwerk | Gesundheit, Essstörungen, Sucht, Kinder-Jugendpsych. | Schule, Familie, weitere | Gefö | Verschiede Empfehlungen für verschiedene Aspekte von P und Gefö |
| Hurrelmann, K. | 2007 | | Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung | International | D | Lebensphase Jugend, Entwicklungs- und Gesundheitsprobleme im Jugendalter | Jugendliche | | Herausgeberwerk | Gesundheits- und Entwicklungsprobleme im Jugendalter | Soz.instanzen: Bildung, Familie, Partnerschaft, Peers, Freizeit | | Ableitung für gesundheitsrelevante Herausforderungen |
| Int J Adolesc Med Health, (2), 185-99 | 2008 | Srabstein, J. | Prevention of public risks linked to bullying: a need for a whole community approach | | D | Bullying, Gemeindeansatz | | | Review | Bullying | Gemeindeansatz (?) | P | |
| Ittel, A. | 2008 | | Jahrbuch Jugendforschung.7. Ausgabe 2007 | D und international | D | Versch. Inhalte aktueller J.forschung. Neue Erkenntnisse, Ergebnisse, Forschungsperspektiven. | Jugend | Soz. Status, Migration | Herausgeberwerk mit verschiedenen Artikeln | Körper, Sexualität, Migration, Gewalt, soziale Probleme | Verschiedene | P | Verschiedene Empfehlungen für Prävention |
| J Adolesc Health, 26(1), 5-17 | 2000 | Thomas, MH | Abstinence-based programms for prevention of adolescent pregnancies | | E | Adolezenz-Schwangerschaften, Abstinenz | Adoleszen- te | | Review | Schwangerschaften | | P? | Review über abstinenzbasierte Programme |

| Zeitschrift / Herausgeber (-werk) / Autor | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|---|------|-----------------|--|-------------------------------------|---------|---|-------------------------|---|---|---|----------------------------|---------------------------------------|---|
| J Adolesc Health, 31(6), 240-50 | 2002 | Catalano, RF | Prevention science and positive youth development: competitive or cooperative frameworks? | Internat. Literatur (?) | E | Prävention vs. Fokus auf gesunde Entwicklung: kompetitiv oder kooperativ? | Jugendliche | | Review | Prävention und Gefö, Postive Entwicklung | | P und Gefö | P und Gefö haben t.w. gemeinsame Ansätze und gemeinsame Kritiken. Es braucht beides. |
| J Adolesc Health, 33(4), 219-25 | 2003 | Michaud, PA | Prevention and health promotion in school and community settings: a commentary on the international perspective. | Internationale Perspektive | E | P und Gefö in Gemeinden und an Schulen | Schüler? | | Review | Gefö und P | Schule, Gemeinde | P und Gefö | |
| J Adolesc Health, 34, 1, 3-26 | 2004 | Robin, Leah | Behavioral Interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: A decade in review. | | E | Verhaltensprävention HIV, STD, Schwangerschaft, Rückblick auf eine Dekade | Adoleszen- te | | Review | HIV, STD, Schwanger- schaften | | P | Rückblick auf eine Dekade an Verhaltensprävention zu HIV, STD, Schwangerschaf- ten bei Ados |
| J Adolesc Health, 36, 1, 72-81 | 2005 | Bennett, Sylvia | School-based teenage pregnancy prevention programs: A systematic review of randomized controlled trials | | E | Schulbasierte Teenage- Schwangerschafts- Programme | Teenager | | Review von randomized controlled trials | Schwanger- schaft | Schule | P | Schulbas. Präv.programme für Teenage-Schwanger- schaften. |
| J Adolesc Health, 42, 3, 209-220 | 2008 | Fletcher, Adam | School effects on young people's drug use: A systematic review of intervention and observational studies | | E | Effekte der Schule auf Dro- genkonsum Jugendlicher | Schüler | | Systematic Review | Drogenkonsum | Schule | Inter- venti- on? | Ableitung für Prävention? |
| J Child Health Care, 5(2), 77-81 | 2001 | Ochieng, BM | Health promotion strategy for adoles- cents sexual behaviour | | E | Jugendliches Sexualverhalten | Jugendliche | | Review | Sexualverhalten | | Gefö | Strategien für Gefö bzgl. Sexualverhalten |
| J Community Health Nurs, 22(4), 195-204 | 2005 | Krainu- wat, K. | Smoking initiation prevention among youths: implications for community health nursing practice. | | E | Prävention Beginn Tabakkon- sum | Jugendliche | | Review | Tabak, Beginn Tabakkonsum | Communi- ty health nursing | P | Implikationen zur Prävention Beginn Tabakkonsum in der health nursing practice |
| J Child Sex Abus, 18 (1), 1-18 | 2009 | Wurtele, SK | Preventing sexual abuse of children in the twenty-first century: preparing for challenges and oppurtunities | | E | Sex. Missbrauch | Kinder? | | Review | Sex. Missbrauch | | P | Vorbereitungen für Heraus- forderungen des 21. Jh. bzgl. Prävention von sexuellem Missbrauch |
| J Consult Clin Psy- chol, 70(3), 828-42 | 2002 | Williams, PG | Adolescent Health Psychology | internat. For- schung, Bspe aus USA | E | Ges.psychologie J., verschie- dene Stufen Prävention, bio- psycho-soziales Entw.modell der Adoleszenz. Was kann aus der Forschung gesagt werden, wie Prävention in der Ado aussehen muss? | Adoleszenz | Gender, sozio- ökonomi- scher Status Ethnie | Review | Gesundheit und Prävention in der Ado, bio-psycho- soziales Ent- wicklungsmodell | Ganzta- ges- Schule | primä- re, sekun- däre, tertiäre P | Empfehlungen wie primäre, sekundäre und tertiäre P gestaltet werden soll. P soll transdisziplinär gestaltet sein. Für sinnvolle P muss jugendliche Entwicklung verstanden sein. |
| J Interpers Violence | 2005 | Ryan, G. | Preventing violence and trauma in the next generation | | E | Interpersonelle Gewalt | | | Review | Interpersonelle Gewalt | | P | |
| J Pediatr Nurs, 17(5), 338-44 | 2002 | Lerner, RM | Promoting Healthy adolescent beha- viour and development: issues in the design and evaluation of effective youth programs | Internat. Litera- tur (?) | E | Wie sehen Design und Evaluation von effektiven Gefö-Programmen für Jugend- liche aus? | Jugendliche | | Review | Gesundet Entwicklung, Gesundes Verhalten | | Gefö (und P) | Versch. Kriterien, die Pro- gramme beinhalten müssen. Weniger P, eher Gefö. Ko- ord. Progr., keine Einzelakt. |
| J Pediatr Psychol, 33 (2), 119-32 | 2008 | Tercyak, KP | Prevention of tobacco use among medically at-risk children and adoles- cents: clinical and research opportuni- ties in the interest of public health | | E | Tabakprävention bei medizi- nischen Risikokindern? | Kinder, Jugendliche | | Review | Tabak, medizini- sche Riskikokin- der | | P | |

| Zeitschrift / Herausgeber (-werk) / Autor | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|---|------|----------------------|--|-----------------------------------|---------|--|-------------------------|----------------------------|--|--|---------|---------------------------------------|--|
| J R Soc Promot Health, 125(2)64-70 | 2005 | Barlow, J | Promoting the social and emotional health of children: where to now? | | E | Soziale und emotionale G | Kinder | | Review | Soz. und emot. Gesundheit | | Gefö | Zukunft Förderung emotionale und soziale G |
| Jackson, Sandy | 2006 | | Handbook of adolescent development | | E | Jugendl. Entw., Gesundheitsverhalten, Prävention | Adoleszen- te | | Herausgeberwerk | Ges.verh., Präv., Adoleszenzentw. | | P (t.w.) | Ableitung auf P / Gefö, ges.-relev. Herausforderungen |
| Jané-Lopis, E. | 2005 | | Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe. | Europa | E | Gefö für mentale Gesundheit, Policy für Europa | u.a. Ju- gendliche | | | Mentale Ge- sundheit | | Gefö | Policy für Europa bzgl. mentale Gesundheit |
| Jerusalem, M & Weber, H. (Hrsg.) | 2003 | | Psychologische Gesundheitsförde- rung. Diagnostik und Prävention | | D | Psychologische Gesundheits- förderung und Prävention bei Jugendliche | u.a. Ju- gendliche | | Herausgeberwerk mit verschiedenen Artikeln | Alk., Sport, Be- wegung, Ernäh- rung, Rauchen, Sex.verh., Ver- kehr, Sonnenex- position, Stress, Medi- kamente | | P und Gefö | Verschiede Empfehlungen für verschiedene Aspekte von P und Gefö |
| Johnson, Patrick B. | 2008 | | Adolescent and risk | | E | Risikoverhalten Ados | Adoleszen- te | | Herausgeberwerk | Risikoverhalten | | | Ableitung für gesundheits- relev. Herausforderungen |
| Journal of Addiction Nursing, 14(2), 75-83 | 2003 | Montoya, Isaac | Best Characteristics of Adolescent Gateway Drug Prevention Programs | | E | Erfolgsfaktoren für Zugang Ados zu Suchtprä.v.programme | Adoleszen- te | | Review? | Drogen | | P | Drogenpräventionspro- gramme auf Basis der Zugänglichkeit für Ados |
| Journal of Aggressi- on, Maltreatment & Trauma, 13(3-4)121- 178 | 2006 | O'Leary, K. | Can we prevent the hitting? Recom- mendations for Preventing intimate Partner violence between young adults | | E | Häusliche Gewalt bei jungen Erwachsenen, Prävention | Junge Erwachsene | | | Häusliche Gewalt | | P | Möglichkeiten von Präventi- on häuslicher Gewalt bei jungen Erwachsenen |
| Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol 48(6), 526-542 | 2007 | Spence, Susan H. | Can we justify the widespread disse- mination of universal, school-based interventions for the prevention of depression among children and adolescents? | | E | Rechtfertigung Verbreitung universeller, schulbasierter Interventionen bzgl. Präventi- on von Depression bei K und J | Kinder, Jugendliche | | | Depression | Schule | P | Rechtfertigung Verbreitung universeller, schulbasierter Interventionen bzgl. Präven- tion von Depression bei K und J |
| Journal of Health Communication, 8, 3, 229-247 | 2003 | Wake- field, Melanie | Effects of anti-smoking advertising on youth smoking: A review | | E | Effekte von Antirauchwerbung auf Jugendliches Rauchen | Jugend | | Review | Rauchen | | P | Effekte von Antirauch- werbung auf jugendliches Rauchen |
| Journal of Offender Rehabilitation, 36,1-4, 229-255 | 2003 | Jones, Christo- pher | Section III: Preventing Crime and violence. Attacking crime at its source: Consciousness-Based education in the prevention of violence and antisocial behavior | | E | Bewusstseinsbezogene Prävention von Gewalt und antisozialem Verhalten | | | | Gewalt, Antiso- ziales Verhalten | | P | Bewusstseinsbezogene Erziehung bzgl. Prävention von Gewalt und antisozialem Verhalten |
| Journal of primary prevention, 20, 1, 3- 50 | 1999 | Paglia, Angela | Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations | | E | Suchtprävention, Empfehlun- gen | Jugend | | Literaturreview | Substanz- gebrauch | | P | Empfehlungen und Review zu Suchtmisbrauch bei Jugendlichen |
| Journal of primary prevention, 23, 1, 49- 114 | 2002 | Loch- mann, John E. | Family-based approaches to subs- tance abuse prevention | | E | Suchtprävention, familienbe- zogene Ansätze | | | | Suchtprävention | Familie | P | Familienbezogene Suchtprä- ventionsansätze |
| Journal of primary prevention, 23, 4, 483-514 | 2003 | Meschke, Laurie L. | Resilience as a Theoretical Basis for Substance Abuse Prevention | | E | Resilienz und Suchtprävention | | | | Substanzpräven- tion, Resilienz | | P | Resilienz als theoretische Grundlage der Suchtpräven- tion |

| Zeitschrift / Herausgeber (-werk) / Autor | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungs-bereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits-bzw. Entwicklungs-themen | Setting | Prävent. (P), Gesundheits-förd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlun-gen |
|---|------|-------------------------|---|------------------------------------|---------|---|-------------------------|-------------------------------|------------------|---|---------|--|---|
| Journal of Sex Research, 39, 1, 27-33 | 2002 | Kirby, Douglas | The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior | | E | Wirkung Schulprogramme auf Sexualverhalten | Adoleszen-te | | | Sexualverhalten | Schule | P | Wirkung der Schule und Schulprogramme auf Sexualverhalten |
| Journal of Sex Research, 39, 1, 51-57 | 2002 | Kirby, Douglas | Effective Approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy, childbearing | | E | Reduktion ungeschützter Sex, Schwangersch., effektive Ansätze | Adoleszen-te | | | Ungeschützter Verkehr, Schwangersch. | | P | Effektive Prävention von ungeschütztem Verkehr und Schwangerschaft |
| Journal of Sociology, 36, 3, 379-381 | 2000 | Poole, Marilyn | Youth Homelessness: Early Intervention and Prevention | | E | Prävention von jugendlicher Obdachlosigkeit | Jugendliche | | | Obdachlosigkeit | | F.interv., P | |
| Journal of Studies on Alcohol, Vol Suppl14 Mar,54-70 | 2002 | Schulenberg, John | A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. | | E | Alkoholmissbrauch beim Übergang zum College, Entwicklungsperspektive. | College-Jugendliche | Faktor soziales Umfeld | Literaturreview | Entw.perspektive bzgl. Alk.konsum, Übergang in College und Konsum | College | | Übergang ins College: grosse indiv. und Umgebungsveränderungen, mehr Probleme mit Alk.konsum. Ableitung für Prävention. |
| Journal of the american academy of child&adolescent psychiatry, 42, 4, 386-405 | 2003 | Gould, Madelyn S. | Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. | | E | Suizid bei Jugendlichen, Risiko und Prävention | Jugendliche | | Review | Suizid | | P | Review der letzten 10 Jahre Forschung zu Suizid-Risiko und -Prävention |
| Juvenile delinquency: Prevention, assessment, and intervention, 19-44 | 2005 | DeMatteo, David | Risk Factors, Protective Factors, and the Prevention of Antisocial Behavior Among Juveniles | | E | Risiko- und protektive Faktoren und Prävention von antisozialem Verhalten bei Jugendliche | Jugendliche | | | Antisoziales Verhalten, Risiko- und Schutzfaktoren | | P | |
| Kim, Ju-Il | 2003 | | Drogenkonsum von Jugendlichen und suchtpreventive Arbeit | | D | Drogenkonsum Jugendliche, Prävention | Jugendliche | | Herausgeberwerk? | Drogenkonsum | | P | Ableitung auf Suchtprevention |
| Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 52, 4, 810-811 | 2000 | Mrazek, Joachim | Sports and Socializing during Youth: Development, Social Support and Health | | D/E | Sport, Sozialisation und Gesundheit bei Jugendlichen | Jugendliche | Sozialisation, soziale Umwelt | Review? | Gesundheit Jugendliche | | | |
| Kunz, Helmut | 2003 | | Ecstasy - auf der Suche nach dem verlorenen Glück | | D | Ecstasy | Jugendliche? | | | Ecstasy | | | |
| Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Adoleszenz, 77-87 | 2008 | Streck-Fischer, Annette | Psychische Gesundheit in der Ado | | D | Psychische Gesundheit Ado. | Adoleszen-te | | Review? | Psychische Gesundheit Ado | | | |
| Lancet, 369(9568), 1220-31 | 2007 | Bearinger, LH | Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential | Globale Perspektive | E | sexuelle und reproduktive Gesundheit | Adoleszen-te | | Review | Sexuelle und reproduktive Gesundheit | | P | |
| Lancet, 369(974), 1758-61 | 2007 | Frieden, TR | How to prevent 100 million deaths from tobacco | | E | Tabakprävention(Todesfälle) | | | Review | Tabak | | P? | |
| Langness, Anja | 2005 | | Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Ergebnisse der internationalen "Health Behaviour in School-Aged Children"-Studie | Internationale Ergebnisse? | D | Gesundheitsverhalten Jugendliche, HBSC | 11-15 | | Buch? | Gesundheitsverhalten | | | |

| Zeitschrift / Herausgeber (-werk) / Autor | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|--|------|-------------------|---|--------------------------------------|---------|--|-------------------------|--|------------------|---|--|---------------------------------------|--|
| Larimer, Mary E. (auch in: J of Studies on Alcohol, vol suppl14Mar, 2002,148-163 | 2008 | | Identification, prevention, and treatment: A review of individual-focused strategies to reduce problematic alcohol consumption by college students. | | E | Reduktion problematischer Alkoholkonsum bei College-Studenten, individuell-fokussierter Ansatz, Behandlung | College-Jugendliche | | Review | Problematischer Alkoholkonsum | College | P | Individuum-fokussierte Präventionsansätze für problematischen Alkoholkonsum? |
| Lehmann, Anton | 2001 | | Jugendsport und Suchtprävention | | D | Sport und Suchtprävention | Jugend | | | Sucht, Sport | Sport | P | Prävention durch Sport. |
| Lehmkuhl, Ulrike | 2003 | | Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen | | D | Aggressives Verhalten | Kinder, Jugendliche | | Herausgeberwerk? | Aggression | | | |
| Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie | 2000 | Hurrelmann, Klaus | Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter | Internat. Forschung | D | Übersicht über Prävention und Gesundheitsförderung allg. und Kriterien für Präventions- / Gesundheitsförderungsmaßnahmen | Kinder, Jugendliche | | Literaturanalyse | Prävention, Gesundheitsförderung, Programme | | P und Gefö | Kriterien Planung/Durchführung Prävention/Gefö: Programmbausteine, Merkmale Zielgruppe, Entwicklung, Implementation, Evaluation... |
| Leppin, Anja | 2000 | | Jugendliche und Alltagsdrogen | | D | Alltagsdrogen bei Jugendlichen | Jugendliche | | Herausgeberwerk? | (Alltags-)Drogen | | | |
| Lohaus, Arnold | 2006 | | Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter | Internat. Literatur, viel aber aus D | D | Gesundheitsförderung und Prävention bei J in verschiedenen Bereichen | Kinder, Jugendliche | t.w. Gender als Thema; soziale Integration | Herausgeberwerk | Aggr./Gewalt, Rauchen/ Alk., illegale Drogen, Ernährung, Bewegung, Sex-verh., Medien, Stress, soz. Integration, Missbrauch, Schulunfälle, Kopfschmerz, chron. Krankheiten, Entwicklungsveränderungen und Gefö, Risiko | Verschiedene, vieles in Schule und Familie | P und Gefö | Jugendlich brauchen bei unterschiedlichen Themen etwas. Befunde zu Präventionsprogrammen sind je nach Thema unterschiedlich. T.w. gibt es wenig evaluierte Programme |
| Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen) | 2002 | | Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen | | D | Gesundheit (-sverhalten). Was brauchen J. an Gefö und P und welche Programme wirken? | Jugendliche | | | | | | |
| Mann, Karl | 2009 | | Jugendliche und Suchtmittelkonsum | | D | Suchtmittelkonsum | Jugendliche | | Buch? | Suchtmittel | | | Suchtmittelkonsum |
| Manns, Marianne | 2004 | | Soziale Kompetenz und Prävention | | D | Soziale Kompetenz, Prävention | Jugendliche? | | Buch? | Präv., soz. Kompetenz | | P | Soziale Kompetenz und Prävention |
| Miener, Malte | 2008 | | Total diffus. Erwachsene werden in der jugendlichen Gesellschaft | Internat. Literatur | D | Entw. in der heutigen Zeit von Jugendlichen, diffuse Identität in einer diffusen Gesellschaft | Jugendliche | | Literaturanalyse | Entwicklung in der heutigen Zeit/Gesellschaft | | | Gesellschaft ist juvenil, diffus, führt zu Entw. diffuse Identität. Diese kann Risikoverhaltensweisen fördern. |

| Zeitschrift / Herausgeber (-werk) / Autor | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|---|------|-------------------|---|-----------------------------------|---------|--|------------------------------|----------------------------|---|--|---------------------|---------------------------------------|--|
| MCN Am J Matern Child Nurs, 24(2), 87-91 | 1999 | Muscari ME | Prevention: are we really reaching today's teens? | | E | Erreichbarkeit der Teenies: Guidelines für Präventionsstrategien. Präventionsstrategien für Pflegepersonal (Nurses) | Teenager | | Review | Substanzkonsum, sex. Verh., Ernährung, physische Unaktivität, Unfälle, Risikoverhalten | | P | Da die wichtigsten Gesundheitsprobleme auf nur insgesamt 6 problematischen Verh.weisen beruhen, sollte sich Prävention auf diese konzentrieren |
| Nationales Forschungsprogramm 52, Kindheit, Jugend und Generationenbeziehungen im gesellschaftlichen Wandel | 2006 | | Antisoziales Verhalten bei Kindern, psychosoziale Risiken von Jugendlichen: Was bringt Prävention und Beratung? Präsentation wissenschaftlicher Ergebnisse aus dem Nationalen Forschungsprogramm 52 | Schweiz | D | Psychosoziale Risiken Jugendliche, was bringt Prävention | Jugendliche | | NFP-Heft | Psychosoziale Risiken Jugendliche | | P | Was bringt Prävention bzgl. psychosozialen Risiken von J.? |
| Nervenarzt, 9, 677-684 | 2001 | | Evaluation suizidpräventiver Massnahmen. Aktueller Forschungsstand und resultierende Implikationen | | D | Suizidprävention, Evaluation von Massnahmen | | | | Suizidprävention | | P | Wirksamkeit suizidpräventiver Massnahmen. |
| Nurs Stand, 20(48), 35-40 | 2006 | Ritchie, GA | Strategies to promote sexual health | | E | Sexuelle Gesundheit, Gesundheitsförd.strategien | | | Review | Sexuelle Gesundheit | | Gefö | Strategien zur Förderung der sexuellen Gesundheit |
| Nurs Sci Q, 19 (4), 366-73 | 2006 | Srof, BJ | Health promotion in adolescents: a review of Pender's health promotion model | Internat. Literatur (?) | E | Gesundh.förd. Adoleszenz. Kann Pender's Health Promotion Model auf Jugendliche angewendet werden? | preteens, teens, adolescents | Geschlecht | Review | Gesundheitsförderung, Pender's Health Promotion Model | | Gefö | Pender's health promotion model für Teens nur bzgl. Physical activity und bei chronisch Kranken Kindern bestätigt. |
| Oerter, Rolf | 1999 | Schmitt-Rodermund | Entwicklungsorientierte Prävention am Beispiel des Drogengebrauchs im Jugendalter | Internat. Literatur | D | Entw. orientierte Präev.; Drogen, Alk., Lebenskompetenzansätze. Wie kann Präev. entw.orientiert durchgeführt werden? | Jugendliche | Geschlecht. Migration | Literaturanalyse | Drogen | | Gefö (Lebenskompetenz) | Lebenskompetenz als ein effektiver Ansatz, entwicklungs- und kontextbezogene Sichtweise ist nötig für P. |
| Padlina, Oliver | 2002 | | Evaluation eines internetbasierten Computerprogramms für Jugendliche zur Stress- und Rauchprävention | Schweiz | D | Stress- und Rauchprävention, Präventionsprogramm via PC, feelok | Jugendliche | | Evaluation | Stress, Rauchen | PC/Computerprogramm | P | Evaluation von feelok |
| Pediatrics, 121 (Suppl4), 290-310 | 2008 | Brown, Sandra | A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. | | E | Entwicklungsperspektive bzgl. Alkoholkonsum bei Jugendlichen | 16-20 | | | (Entwicklungsperspektive) Alkoholkonsum | | | Ableitung für Prävention? |
| Petermann, Harald | 2006 | | Suchtprävention im Jugendalter | | D | Suchtprävention | Jugendalter | | Literaturanalyse? | Sucht | | P | Suchtprävention |
| Peyko, Maik | 2003 | | Prävention und Partizipation im Sportverein | | D | Prävention und Partizipation, Sportverein | Jugendliche? | | Literaturanalyse? | Partizipation, Sport | Sportverein | P | Prävention im Sportverein (durch Partizipation?) |
| Practitioner, 245(1624), 614-18 | 2001 | Hall, D. | Promoting the health of children | | E | Gesundheitsförderung bei Kindern | Kinder | | Review | Gefö | | Gefö | |
| Prevention & Treatment, Vol. 5, Article 15, 1-111 | 2002 | Catalano, RF | Positive Youth Development in the United States: Research Findings on Evaluations of Positive Youth Development Programs | USA | E | Ansatz des "positive youth development" und Evaluationsergebnisse von Programmen aus den USA | Jugend | | Review über verschiedene Programmevaluationen | Ansatz positive jugendliche Entwicklung | | Pos. Jugend-entw. | Viele eval. positive youth-development-Programme zeigen Wirkung auf (Problem-)verhalten. |

| Zeitschrift / Herausgeber (-werk) / Autor | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|--|------|------------------------|--|-----------------------------------|---------|---|-------------------------|--|--------------------------------------|---|----------------------------------|---------------------------------------|---|
| Preventive Medicine: An international Journal devoted to practice and theory, 37, 5, 451-474 | 2003 | Skara, Silvana | A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations | | E | Tabak- und Drogenpräventionsprogramme für Ados | Adoleszen- te | | Review von 25 Programmevalua- tionen | Prävention | | P | Evaluation von 25 langzeiti- chen Tabakpräven- tionsprogrammen und andere Drogen |
| Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Sucht- prävention im Ju- gendalter. 7-24 | 1999 | Kolip, P. | Gesundheitliches Risikoverhalten im Jugendalter: Epidemiologische Befunde und Ansätze zur Prävention | Internat. For- schung | D | Gesundheitl. Risikoverhalten im; wirksame Prävention, Lebenskompetenzansätze | Jugendalter | Ge- schlechterunter- schiede | Herausgeberwerk | Risikoverh.: Alk., Tabak, Medika- mente, illeg. Drogen, Essen | Vor allem Schule | Gefö, P, Le- bensko mpe- tenz | Lebenskompetenzansätze entsprechen den Kriterien am ehesten. |
| Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Sucht- prävention im Ju- gendalter. 27-40 | 1999 | Helffe- rich, Cornelia | Geschlechtsspezifische Aspekte von Problemverhalten: Überlegungen zu einer angemessenen theoretischen Konzeption. | | D | Geschlechtsspezifische Aspekte Problemverhalten. | Jugendli- che? | Ge- schl.spe- zifische Ansätze | | Geschlechts- spezifisches Problemver- halten | | | Ableitung aus geschlechts- spezifischen Ansätzen für P und Gefö |
| Raithel, Jürgen | 2001 | | Risikoverhaltensweisen bei Jugendli- chen | | D | Überblick Risikoverhaltens- weisen Jugendliche, Ableitung für Prävention | Jugendliche | Gender, t.w. soz. Satus, t.w. Kultur | Herausgeberwerk | (Substanz-)konsum, Ernäh- rung, Hygiene, Sex., Verkehr, Sport, Mutpro- ben, Suizid, Mu- sikhören, Inter- net, Gewalt | Verschiede- ne | P | Risikoverhaltensweisen eng mit Entw. (aufgaben) ver- bunden. Auf allen der erwähnten Risikoverhaltens- ebenen braucht es Präventi- on |
| Res Theory Nurs Pract., 16 (2), 119-34 | 2002 | Montgo- mery, KS | Health promotion with adolescents: examining theoretical perspectives to guide research | | E | Theoretische Perspektiven für die Forschung bzgl. adoles- zenter Gefö. | Jugendliche | | Review | Gefö | | Gefö | Soz. Kogn.theorie, health belief model, health promo- tion model wichtige Theorien für Forschung bzgl. Gefö |
| Richter, Matthias | 2005 | | Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter | | D | Gesundheit, Gesundheitsver- halten Jugendalter, Auswer- tung HBSC-Deutschland. Auswertung HBSC nach Thema soziale Ungleichheit | Jugendli- che, 11-15 | Ge- schlechterunter- schiede; soziale Un- gleichheit | Herausgeberwerk | chron. Krankh., Unfälle, Verlet- zungen, Zahn- ges., psychoso- matisches, psy- chische Ges., Ges.verhalten (Tabak, Alk., Bew., Ernähr.) | Schule, Peers, Familie | P und Gefö | Die meisten gesund, Teil zeigt Verh., d. problematisch werden kann. Gefö und P im Jugendalter sehr wichtig: Gender- und altersspezi- fisch, soz. Benachteiligte för- dern, umfassende Program- me, gesundheitsfördernde Schulen |
| Richter, M. | 2008 | | Gesundheit, Ungleichheit und jugend- liche Lebenswelten. Ergebnissen der 2. Intern. Vergleichsstudie im Auftrag der WHO. | Internationale Vergleiche | D | Ges.heitl. Ungleichheit im Jugendalter, Herausforderun- gen für P- und Gefö, HBSC, Konsequenzen für Praxis. Auswertung HBSC nach Thema soziale Ungleichheit | 11-15 | Gender, ges.heitl. Un- gleich- heit, Migration | Herausgeberwerk | Ges.heitl. Un- gleichheit, Sub- stanzkonsum, Mobbing/Gewalt, psych. G, Risiko- verh. und Peers | Verschiede- ne (Schule, Familie) | P und Gefö | Versch. Herausforderungen an P und Gefö durch soziale Ungleichheiten. Soziale Ungleichheit muss berück- sichtigt werden bei P und Gefö-Massnahmen. |
| Röhrle, B. | 2007 | | Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Band 16. Prävention und Gesundheitsförderung. | Internationale Literatur | D | Ansätze und Themen Präven- tion und Gesundheitsförde- rung Kinder und Jugendliche | Kinder, Jugendliche | Geschl., Migration | Herausgebewerk | Probl.verh., Ess- stö., Sucht, Me- dien, Psych. Stö | Versch. (Schule, Fam.) | P und Gefö | Versch. Ableitungen für Formen, Themen und Inhalte für P und Gefö. |

| Zeitschrift / Herausgeber (-werk) / Autor | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|--|------|-----------------------|---|-----------------------------------|---------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------|---------------------------------------|--|
| Scharinger, Chr. | 1999 | | Perspektiven der Jugendgesundheit | Österreich? | D | Gesundheit Jugendliche | Jugendliche | | Herausgeberwerk? | Gesundheit Jugendliche | | | Ableitung auf gesundheitsrelevante Herausford. |
| Scheithauer, Herbert | 2008 | | Problemverhalten und Gewalt im Jugendalter | | D | Problemverhalten, Gewalt | Jugendliche | | Herausgeberwerk? | Gewalt, Problemverh. | | P? | |
| Schmid, Holger | 2001 | | Anpassen, ausweichen, auflehnen | Schweiz | D | Probleme und Herausforderungen von Jugendliche, Substanzkonsum | 12-15 | | Epidemiologische Studie | Gesundh., Substanzen, Probleme, Herausforderungen | | | Ableitung auf sundheitsrelevante Herausforderungen und P und Gefö |
| Schmid, Holger | 2006 | | Smokefree Class Competition in Switzerland: Does it work with negativ peer pressure? | Schweiz | E | Experiment Nichtraucher, Wirksamkeit Projekt über Gruppendruck, HBSC-Daten | Grade 9-10 | | Evaluation | Tabak | | P | Experiment Nichtraucher |
| School Nurse News | 2008 | King, KA | Practical strategies for preventing adolescent suicide | | E | Suizidprävention | Adoleszen- te | | Review | Suizid | | P | Praktische Strategien zur Suizidprävention bei Ados |
| School Psychology Review, 29(2), 158-172 | 2000 | Tharinger, Deborah | An attachment perspective on the developmental challenges of gay and lesbian adolescents: The needs for continuity of caregiving from family and schools. | | E | Entwicklungs-herausforderungen für homosexuelle Jugendliche | Adoleszen- te | | Review? | Risiko- , Schutz- faktoren und Entw.auf- Gaben bei homosex. J | Familie, Schule | | Unterstützung durch Familie und Schule bei homosexuellen J oft mangelhaft. |
| Schönig, Simone | 2007 | | Alkoholkonsum in der Jugend | | D | Alkoholkonsum in der Jugend | Jugend | | Herausgeberwerk? | Alkohol | | | |
| Schule positiv erleben. Ergebnisse und Erkenntnisse zum Wohlbefinden von Schülerinnen und Schüler. 273-297 | 2004 | Kuntsche, Emmanuel N. | "Ich fühle mich wohl, wenn wir trinken - ich trinke, um mich wohlfühlen." Substanzkonsum Jugendlicher im Kontext von Gesundheit, Wohlbefinden und sozialem Anschluss. | | D | Substanzkonsum und Gesundheit, Wohlbefinden, sozialer Anschluss, Schule | Schüler/innen | Thema sozialer Anschluss | | Substanzkonsum, sozialer Anschluss, Wohlbefinden, Gesundheit J | Schule | | |
| Schultheis, Franz | 2008 | | Kindheit und Jugend in der Schweiz | Schweiz | D | Aufwachsen und Gesundheit in der Schweiz, Ergebnisse NFP 52 | Kinder, Jugendliche | Gender, soz./kultur. Herkunft; schul./berufl. Biographie | NFP52-Studie | Physis./ psychische Gesundh., Gewalt, Lebenswelten, Freizeitverh., Armut, Erziehung Eltern | vor allem Familie | | (auch im internat. Vergleich) wachsen die K und J in der CH relativ unter guten Bedingungen auf. In der Prävention auch die Erziehungsstile angehen! |
| Schweizerisches Bundesamt für Gesundheitswesen | 2005 | | Fünfter Schweizerischer Ernährungsbericht (Jugendliche: S. 167-198) | Schweiz | D | Ernährung | Kinder, Jugendliche | | Erhebung CH-Bevölkerung | Ernährung | | | Evtl. Ableitung auf Prävent. von Essstörungen? |
| Schweizerisches Bundesamt für Gesundheitswesen | 2005 | | Ohne Dings kein Bums | Schweiz | D | Aids, Prävention in der Schweiz | | | | Aids | | P | Aidsprävention in der Schweiz |
| Schweizerisches Bundesamt für Gesundheitswesen | 2006 | | Prädiktoren und Konsequenzen von Risikoverhaltensweisen von Adoleszenten | Schweiz | D | Risikoverhaltensweisen Ados, Prädiktoren und Konsequenzen | Adoleszen- te | | | (Prädiktoren von) Risikoverhaltensweisen | | | Prädiktoren und Konsequenzen von Risikoverhaltensweisen |
| Schweizerisches Komitee für UNICEF | 2005 | | Mädchenbeschneidung in Europa, 7.März 2005 in Zürich | Europa | D | Mädchenbeschneidung | Mädchen | | Tagung? | Mädchenbeschneidung | | | Evtl. Ableitung für Prävention von Mädchenbeschneidung |
| Seiffge-Krenke, Inge | 2007 | | Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter | | D | Stress, Stressbewältigung Jugendalter | Jugend | | Herausgeberwerk? | Stress (-bewältigung) | | | Ableitung auf gesundheitsrelev. Herausforderungen |

| Zeitschrift / Herausgeber (-werk) / Autor | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|--|------|--------------------|--|-----------------------------------|---------|---|-------------------------|---|---|--|----------|---------------------------------------|---|
| Self-injury in youth: the essential guide to assessment and intervention, 173-194 | 2009 | Whitlock, Janis | Intervention and prevention in the community | | D | Prävention in der Gemeinde, Selbstverletzungen (?) | Jugendliche | | | Selbstverletzung (?) | Gemeinde | P | |
| Sex Education, 6(2), 163-183 | 2006 | Shovelier, Jean A. | Preventing sexually transmitted infections among adolescents: An assessment of ecological approaches and study methods | | D | Sexuell übertragbare Krankheiten, ökologischer Ansatz | Adoleszenz | | | Sexuell übertragbare Krankheiten | | P (ökologische) | ökologischer Ansatz Prävention von Sexuell übertragbaren Krankheiten |
| Shell | 2006 | Hurrelmann, Klaus | 15. Shell Jugendstudie - Jugend 2006. Eine pragmatische Generation unter Druck | Deutschland | D | Lebenssituation Jugendlicher, Einstellungen, Orientierungen | Dez 25 | Geschlechterunterschiede, sozialer Status | Befragung Jugendliche | Ges., Bildung, Freizeit, Familie, Politik, Gesellschaft, Zukunft, demograf. Wandel, Religion, Werte, Zuwanderung | | | Jugend ist relativ zuversichtlich bzgl. Zukunft, steht aber unter Druck |
| Social Work, 45, 1, 40-52 | 2000 | Franklin, Cynthia | Preventing adolescent pregnancy: A review of programs and practices | | E | Adoleszenz-Schwangerschaften, Programme und Praktiken | Adoleszente | | Review? | Schwangerschaften | | P | Rückblick Präventionsprogramme bzgl. Ado-Schwangerschaften |
| Sonderforschungsbe- reich Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter | 1999 | Kolip, Petra | Programme gegen Sucht | | D | Programme gegen Sucht | Jugendalter | | Herausgeberwerk? | Sucht | | P | Programme gegen Sucht |
| Spiess Huldi, Claudia | 2006 | | Risikofaktoren bei Jugendlichen und ihre Auswirkungen auf das Leben im Erwachsenenalter | | D | Auswirkungen auf das Erwachsenenalter von Risikofaktoren | Jugendliche | | Literaturanalyse? | Risikofaktoren | | | Auswirkungen von Risikofaktoren im Jugendalter auf Erwachsenenalter |
| Stages and pathways of drug involvement: Examining the Gateway Hypothesis, 115-138 | 2002 | Botvin, Gilbert | Preventing the onset and developmental progression of adolescent drug use: Implications for the Gateway Hypothesis | | E | Prävention von Drogenmissbrauch, Implikationen für den Ansatz des Zugangs zu Drogen | | | | Substanzen | | P | Implikationen für Drogenprävention gemäss der Zugangshypothese |
| Strauch, B. | 2003 | | Warum sie so seltsam sind. Gehirnentwicklung bei Teenagern | | D | Gehirnentw. bei Teenagern und Zusammenhang mit typisch pubertärem Verhalten | Teenager | | Literaturanalyse, Experteninterviews | Risikoverhalten, Gehirnentwicklung | | | Gehirn steht unter einem dramatischen Umbau während der Adoleszenz |
| Sucht und Suchtprävention, 9-21 | 2002 | Hurrelmann, Klaus | Legale und illegale Drogen - Wie kann ihr Missbrauch verhindert werden? | | D | Suchtprävention | | | Review? | Substanzmissbrauch | | P | Ableitung Suchtprävention |
| Suchtmagazin, Nr. 2, 27.Jhg. | 2001 | | Nationale Fachmesse für Suchtprävention 2001 | Schweiz | D | Bilanz 10 Jahre Suchtprävention. Schweiz, wirkungsvolle Prävention, Qualitätskriterien Gefö, Verankerung von Prävention, Tabakprävention, supra-f, fil rouge Ausblick | | | Zusammenfassung Tagungsergebnisse "Nationale Fachmesse für Suchtprävention" | Sucht, Tabak | | | Ausblick auf die zukünftige Suchtprävention |

| Zeitschrift / Herausgeber (-werk) / Autor | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|--|------|----------------------|---|-----------------------------------|---------|--|-------------------------|----------------------------|-------------------------------------|---|--|---------------------------------------|---|
| Suchtmagazin, Nr. 4, 27. Jhg. | 2001 | Hafen, Martin | Präventionsgeschichte - Teil 3: Neuere Entwicklungen in der Prävention | Schweiz | D | Unterschiedl. Sichtweisen über "richtige" Prävention im Verlauf der Zeit, Beurteilungskriterien einzelne Massnahmen. Entw. Präv. in letzten Jahrzehnten? | | | Literaturanalyse | Sucht, Alkohol | | P und Gefö | Zusammenfassung der Entwicklung der Prävention in den letzten Jahrzehnten |
| Suchtmagazin, Nr. 3, 29. Jhg. | 2003 | Stauffer, Mireille | Relevante Aspekte für die Ausrichtung der Prävention im Partydrogenbereich | Schweiz | D | Prävention im Partydrogenbereich | Jugendliche | | Erfahrungsbericht aus Praxis | Partydrogen | Parties | P | Grundprinzipien/ Prävention im Partydrogenbereich. |
| Suchtmagazin, Nr. 5, 29. Jhg. | 2003 | Meister, Barbara | Suizidprävention: Welche Möglichkeiten hat die Schule | Schweiz | D | Suizidprävention in Schule, Krisen-Interventionsplan. | Jugendliche | | Literaturanalyse, Erfahrungsbericht | Suizid | Schule | P | Anleitungen Suizidprävention im Kontext Schule |
| Suchtmagazin, Nr. 1, 33. Jhg. | 2007 | Hafen, Martin | Prävention von Mobbing - so schwierig wie notwendig | Schweiz | D | Wie kann neben Frühintervention auch die Prävention von Mobbing erhalten bleiben? | | | Literaturanalyse | Mobbing | | P (Frühinterv.) | Empfehlungen für Prävention von Mobbing (nicht Frühintervention) |
| Suchtmagazin, Nr. 4, 33. Jhg. | 2007 | | Suchtprävention, Jugend und Alkohol | Schweiz | D | Wie soll Prävention, Politik u. Jugendschutz Alkohol gestaltet werden? | Jugendliche | | Verschiedene Artikel | Alkohol, Jugendschutz | | P | Empfehlungen für Politik, Prävention etc. |
| Suchtmagazin, Nr. 2, 34. Jhg. | 2008 | Berthel, Toni | Jung sein heute - Erwachsenwerden in schwieriger Zeit | Schweiz | D | Jugendförderung vs. hartes Durchgreifen und Prävention. Wie können Jugendliche gefördert werden und auch ihre eigenen Erfahrungen machen? | Jugendliche | | Literaturanalyse, Fallbeispiele | Alk., Gewalt, Spielsucht, soziolog. u. historische Aspekte u. Funktionen der Adoleszenz | | | Schlussfolgerungen für Umgang mit risikohaften Phänomenen der Adoleszenz |
| Suicide and Life-Threatening Behavior, 31 (Suppl), 6-31 | 2001 | Gould, Madelyn | Youth Suicide Prevention | | E | Suizidprävention | Jugendliche | | | Suizid, Lebensbedrohendes Verhalten | | P | Ableitung für Massnahmen Suizidprävention? |
| Suizid. Aufgaben und Perspektiven für die Praxis. | 2003 | Haemerle, Patrick | Suizidprävention: Eine lohnende Aufgabe für das öffentliche Gesundheitswesen. | Schweiz | D | Suizidprävention | | | | Suizidprävention | Öffentl. Ges. | P | Suizidprävention als lohnende Aufgabe für öffentl. Ges. |
| Szafranski, Nadine | 2009 | | Jugendalkoholismus und Suchtprävention | | D | Jugend und Alkohol, Prävention | Jugendliche | | Literaturanalyse? | Alkohol | | P | Suchtprävention bei Jugendalkoholismus |
| The Annals of The American Academy of Political and Social Science | 2004 | Pearson, Christopher | Positive development. Realizing the Potential of Youth. | vor allem USA | E | Realisierung des jugendl. Potenzials; neue Forschungsströmung "positive youth development", wirksame P und Gefö | Jugend | | Herausgeberwerk | Positive Entw. als gesunde Entw., Realisierung Potenziale für positive Entwicklung | Verschiedene (Schule, Familie, community etc.) | Gefö (und P) | Positive Youth development-Ansatz ist wirksam für Gefö |
| The British Journal of Social Work, 39, 2, 383-384 | 2009 | Blyth, Maggie | Prevention and youth crime: is early intervention working? | | E | Funktioniert Frühintervention bei Jugendkriminalität | Jugendliche | | Review | Kriminalität | | P, Frühinterv. | |
| The Journal of Early Adolescence, Vol. 21, No. 3, 294-324 | 2001 | Blake, Susan M. | A review of substance abuse prevention interventions for young adolescent girls | | E | Substanzmissbrauch bei jungen Frauen, Prävention | Adoleszente Mädchen | | Review | Substanzmissbrauch | | P | Übersicht Suchtprävention für junge adoleszente Mädchen |

| Zeitschrift / Herausgeber(werk) / Autor | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|--|------|-------------------|--|-----------------------------------|---------|--|-------------------------|----------------------------|---|--|---------|---------------------------------------|--|
| The practice of child therapy (4th edition), 29-92 | 2008 | Kaslow, Nadine | Childhood depression | | E | Kinderdepression, Präventionsprogramme | Kinder, Jugendliche (?) | | | Depression | | P | Präventionsprogramme für Kinderdepression |
| The practice of child therapy (4th edition), 411-432 | 2008 | Becker, Judith | Sexual and other abuse of children. | | E | Sexueller Missbrauch, Prävention | Kinder (?) | | | Sexueller Missbrauch | | P (u.a.) | Ableitung für Prävention von sex. Missbrauch |
| The practice of child therapy (4th edition), 495-518 | 2008 | Braden, Jeffrey | Prevention | | E | Prävention | Kinder, Jugendliche? | | | Prävention allg. | | P | Ableitung für Prävention bei K oder J? |
| The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence, 304-323 | 2002 | Pittman, Anna-Lee | Bridging the gap: Prevention of adolescent risk behaviors and development of healthy nonviolent dating relationships | | E | Problemverhalten Ados und gesunde Dating-Beziehungen, Prävention | Adoleszenten | | | Prävention von Risikoverhalten, Problemverhalten, Entwicklung von gesunden Paarbeziehungen | | P | Verbindung von Prävention von Risikoverhalten und Entwicklung von gesunden, nichtgewalttätigen Paarbeziehungen |
| Tolan, Patrick | 2007 | | Preventing youth substance abuse | | E | Substanzmissbrauch, Prävent. | Jugendliche | | Literaturanalyse? | Substanzmissbrauch | | P | Ableitung Prävention von Substanzmissbrauch bei J |
| Tschumper, Annemarie (auch: BAG, sfa etc.) | 2004 | | Die Gesundheit der Jugendlichen als Spiegel der Gesellschaft | | D | Ergebnisse HBSC und SMASH (Befragung 2002) zusammengefasst und verglichen | 11-16; 16-20 | | Zusammenfassung HBSC und SMASH-Ergebnisse | Ges. allg., Körperbild, Essverhalten, psychoaktive Substanzen, psychisches Befinden, Gewalt, Sexualität, psychosoziale Betreuung, Ressourcen soz. Umfeld | | | Ableitung für Gefö und Prävention: Ansätze auf Ebene Familie, Freizeit, Schule, Politik, Partizipation sind notwendig. |
| Uchtenhagen, Ambos | 2004 | | Entwicklungschancen fördern | | D | Entwicklungschancen | Jugendl.? | | Literaturanalyse? | Entw.chancen | | Gefö | Förderung Entw.chancen |
| Universitas Psychologica, 5(1), 51-67 | 2006 | Sanabria, Jhon J. | Youth homelessness: Prevention and intervention efforts in psychology | | E | Jugendobdachlosigkeit, Prävention, Intervention | Jugendliche | | | Obdachlosigkeit | | P | Ableitung: Prävention von Jugendobdachlosigkeit? |
| Verkels, H. | 2004 | | Mental Health Promotion and Prevention Strategies for coping with anxiety, depression and stress related disorders in europe | Europa | D | Gefö mentale Gesundheit, Prävention von Angst/Depression, Wirksamkeit von Strategien | u.a. Jugendliche | | | Psychische Gesundheit, Stress, Angst, Depression | | Gefö, P | Wirksame Strategien in Europa Prävention Angst, Depr, Stress und Förderung mentalen Gesundheit (bei J) |
| Victims & Offenders, 2(2), 125-140 | 2007 | Welsh, Brandon | Scientific support for early prevention of delinquency and later offending. | | E | Wissenschaftl. Unterstützung für frühe Delinquenz-Präv. | Jugendliche? | | Review? | Delinquenz? | | Frühe P | Frühe Delinquenz-prävention |
| Victims&Offenders, 2(2), 183-204 | 2007 | Baldry, Anna C. | Effectiveness of programs to prevent school bullying. | | E | Effektivität Programme zur Prävention von Schulbullying | Schüler/innen | | Review? | Mobbing | Schule | P | Effektivität Schulpräventionsprogramme Mobbing |
| Wahl, Klaus | 2003 | | Skinheads, Neonazis, Mitläufer | | D | Rechtsradikalismus | Jugendliche | | Literaturanalyse? | Rechtsradikalismus | | | Ableitung für Prävention? |
| Wahl, Klaus | 2009 | | Täter oder Opfer? | | D | Jugendgewalt, Täter, Opfer, Prävention | Jugendliche | | Literaturanalyse? | Gewalt | | P | Ableitung auf Prävention von Jugendgewalt |

| Zeitschrift / Herausgeber (-werk) / Autor | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|---|------|-------------------------|--|-----------------------------------|---------|---|-------------------------|----------------------------|--|--|-------------------------------|---------------------------------------|--|
| Well-being: Positive Development across life course, 81-97 | 2003 | Sleet, David A. | Promotion of safety, security and well-being | | E | Förderung Wohlbefinden, Sicherheit | | | | Wohlbefinden | | Gefö | Gesundheitsförderung Wohlbefinden |
| Well-being: Positive Development across life course., 109-122 | 2003 | Simons-Morton, Bruce G. | Growing up drug-free: A developmental challenge. | | E | Entwicklungsherausforderung: Aufwachsen ohne Drogen | Kinder, Jugendliche? | | | Entwicklungs-herausforderung: Drogenfreies Aufwachsen | | | |
| Well-being: Positive Development across life course.383-406 | 2003 | Eccles, Jacquelynne | Adolescence and emerging adulthood: The critical passage ways to adulthood | | E | Übergang zum jungen Erwachsenenalter und entsprechende Entwicklungsaufgaben | 10-25 | soziales Kapital | Literaturanalyse? | Übergang Ado-junges Erwachsenenalter, Entw.aufgaben | | | Verschiedene Aufgaben müssen in dieser Phase gelöst werden... |
| Wustmann, Corina | 2009 | | Resilienz | | D | Neueste Erkenntnisse aus Resilienzforschung | Kinder, Jugendliche | | Beitrag Sommerakademie Infoklick 2009 | Resilienz | | Gefö | Ableitung für gesundheitsrelevante Herausford. |
| Zeitschrift Bildung und Gesundheit | 2009 | Windlin, Beat | Psychoaffektives Befinden Jugendlicher in der Schweiz | Schweiz | D | Psychoaffektives Befinden: Müdigkeit, Einschlafen, Ärger, Wut, Traurigkeit, HBSC-Daten, Lebenszufriedenheit, Beeinträchtigung psychosoz. Ges. | 11-15 | | Kommentar der entsprechenden HBSC-Daten | Psychische Gesundheit | (Schule) | | Auswirkungen auf Schule |
| Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 11. Jg, 247-262 | 2003 | Jerusalem, M. | Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter | | D | Wirksame Ansätze der Gefö in Schulen, Lebenskompetenzansätze. Wirkung psychosozialer Ansätze? | Kindes- und Jugendalter | | Review | Lebenskompetenzansätze, Standfestigkeitstrainings | Vor allem Schule | Lebenskompetenz, Standfestigk. | Die beiden Ansätze sind die wirksamsten für die schulische Gesundheitsförderung |
| Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, Vol. 8, Nr. 4 | 2000 | Kolip, Petra | Subjektive Gesundheitsdefinitionen im Jugendalter: Geschlechtsunterschiede und Zusammenhänge zum gesundheitsrelevanten Verhalten | D | D | Subjekt. Gesundheit Jugendalter, gesundheitsrelevantes Verhalten. Empirischer Zusammenhang subjektive Ges. / Ges.verhalten | Jugendliche | | Epidemiologische Studie | subjektive Gesundheit, Gesundheitsverhalten | | | Zus.hänge zw. subjektiver Ges. und ges.heitsrelev. Verhalten sind vorhanden, aber nicht sehr ausgeprägt. Implikationen für Praxis. |
| Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 10(1), 36-48 | 2002 | Schmid, H. | Sport, Alkohol und illegale Drogen in der Entwicklung von Jugendlichen zu jungen Erwachsenen. Eine Längsschnittuntersuchung | Schweiz? | D | Beeinflussen Umgang mit Sport und Konsum psychoaktiver Substanzen sich gegenseitig? | Jugendliche | | Sekundäranalyse Freiburger Längsschnittdaten, | Substanzkonsum, Sport | Sport | P | |
| Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, Vol. 14, 3 | 2006 | Kaluza, Gert | Psychologische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter | Deutschland | D | Welche gesundheitspsychologisch fundierten Programme existieren im Bereich P und Gefö für Kinder- und Jugendalter? | Kinder, Jugendliche | | Fachmeinungen (Umfrage bei Mitgliedern der Fachgruppe Gesundheitspsychologie etc.) | Psychol. Gefö, Sucht, Lebenskompetenz, Gewalt, Essstö, Stress, Angst, Depr., Jugend kritische Phase für P Gefö | Meistens schulische Programme | universelle, selektive, indizierte P | 10 empirisch evaluierte Interventionsprogramme zur P und Gefö im Kindes- und Jugendalter. Psychologische Gefö ist auf gutem Weg. Mehr für Vorschulkinder nötig, , mehr Nachhaltigkeit nötig. |
| Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 15(1), | 2007 | Bühler, Anneke | Welche Lebensfertigkeiten fördert ein suchtpreventives Lebenskompetenzprogramm? | D | D | Wie effektiv ist ein Lebenskompetenzprogramme in der schulischen Suchtprevention? | Jugendliche | | Evaluation | Sucht, Lebenskompetenzen | Schule | P | Empfehlungen für Verbesserungen Lebenskompetenzansätze Suchtp. |

| Zeitschrift / Herausgeber (-werk) / Autor | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|--|------|-------------------------|--|-----------------------------------|---------|--|-------------------------|--------------------------------|--|--|----------------------|---------------------------------------|--|
| Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 17(2), 47-49 | 2009 | Ravens-Sieberer, Ulrike | Wohlbefinden bei Kindern und Jugendliche | Internat. Literatur | D | Wohlbefinden bei Kindern und Jugendliche | Kinder, Jugendliche | Gender Unterschiede | Editorial Übersicht über Themenheft | Wohlbefinden | | | Wohlbefinden bei Kindern und Jugendlichen muss noch mehr zum Thema werden |
| Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 35 (2), 151-162 | 2006 | Beelmann, Andreas | Wirksamkeit von Präventionsmassnahmen bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse und Implikationen der integrativen Erfolgsforschung | International | D | Evaluationsergebnisse aus der Präventionsforschung. Was sagen Arbeiten zur Wirksamkeit von Präventionsprogrammen aus? | Kinder und Jugendliche | | Zusammenfassung Literatur- und Meta-Analysen | Wirksamkeit von P, Sucht, externalisierende Stö., allgemeine Entw.förderung | | P und Gefö | Präventive Massnahmen haben beträchtliche Wirkung auf Entwicklung von Kindern und Jugendlichen |
| Zeitschrift für Pädagogische Psychologie, 21, 2, 145-155 | 2007 | Hinz, Arnold | Prävention durch Unterstützung bei der Bewältigung geschlechtsspezifischer Entwicklungsaufgaben. Entwicklung, Implementation und Evaluation eines schulischen Programms zur geschlechtergerechten Gesundheitsförderung | | D | Prävention durch Unterstützung bei Bewältigung der Entwicklungsaufgaben, Schulprogramm, Geschlechtsspezifisches | Jugendliche | Geschlechtsspezifischer Ansatz | | Prävention durch (geschlechtergerechte) Bewältigung der Entwicklungsaufgaben | Schule (und andere?) | P und Gefö | Geschlechtergerechte Gefö |
| Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Socialisation, 21, 3, 324-327 | 2001 | Funk, Walter | Children and Youth Criminality. Prävention Strategies and Intervention in Germany and the Netherlands | D und NL | D/E | Kinder- und Jugendkriminalität, Präventionsstrategien | Kinder, Jugendliche | | | Kriminalität | | P | Strategien zur Prävention der Kinder-/Jugendkriminalität |
| Zeitschrift Prävention, 3, S. 67-70 | 2002 | Bauch, Jost | Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung | | D | Setting-Ansatz in der Gefö | | | | Gefö | | Gefö | |
| Zeitschrift Prävention, 1 | 2004 | Braun, Martin | Umsetzung gesundheitlicher Prävention als gesellschaftliche Aufgabe | Internat. Forschung | D | Gesundheitl. Präv. als gesellschaftl. Aufgabe. Bewältigung der Herausforderungen im Gesundheitswesen durch sozio-demogr. Wandel. | | | Literaturanalyse | Prävention und Gefö allgemein | Betriebe | P und Gefö | P und Gefö müssen gestärkt, ausgebaut und zur 4. Säule im Ges.wesen werden. Erfahrungen aus Betrieben in andere Bereiche überleiten. |
| Zeitschrift Prävention, 3, S. 77-80 | 2004 | m | Tattoos und Piercing im Jugendalter. Handlungsbedarf für die Gesundheitsförderung | | D | Besteht bei Tattoos ein Handlungsbedarf für die Gefö oder erleichtern sie die Aneignung der Entwicklungsaufgaben? | Jugendalter | | Review, These | Tattoos, Piercings: Bewältigung Entw.-aufgaben durch Risikoverhalten | | Gefö | Jugendliche sollen bei dem "Risikoverhalten" begleitet werden |
| Zeitschrift Prävention, 4, S. 117-120 | 2005 | Tossmann, Peter | Das Internet in der Prävention des Substanzkonsums | | D | Welche Optionen bietet das Internet in Suchtprävention? | Jugendliche | | Literaturreview | Alkohol, Tabak, Cannabis, Sucht | Internet | P | Empfehlungen zur Internetnutzung in Suchtprävention |
| Zeitschrift Prävention, 4, S. 109-111 | 2005 | Stab, Nicole | Schulische Gesundheitsförderung - werden berufsbildende Schulen vergessen? | D | D | Schul. Gesundheitsförderung. Inwiefern müssen berufsbildende Schulen mehr in Gefö-Aktivitäten eingebettet sein? | Jugendliche | | Bestandessanalyse | Gefö | Schule | | Berufsbildende Schulen werden häufig bei Gefö-Massnahmen zu wenig berücksichtigt. |
| Zeitschrift Prävention, 1, S. 29-32 | 2006 | Seibt, Annette | Theorien für die Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung | D | D | Angewandte Theorien zu Prävention u. Ges.förderung | | | | P und Gefö | | P und Gefö | 4 Theorien/ Modellen zur Verwendung in P und Gefö. |
| Zeitschrift SKJP, Psychologie und Erziehung, 2.08 | 2008 | Meili, Bernhard | Prävention leichter gesagt als getan | Schweiz und Europa | D | Realistische Erfolge der Prävention. Wie wirksam kann Prävention überhaupt sein? | | | Review | P und Gefö | | P und Gefö | P u. Gefö kann nicht bei allen Themen gleich wirksam sein, Empfehlungen. |

| Zeitschrift / Herausgeber (-werk) / Autor | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|---|------|---------------------|---|-----------------------------------|---------|---|-------------------------|----------------------------|-------------------|---|---------|---------------------------------------|---|
| Zeitschrift SUCHT, 47, Heft 6 | 2001 | Schmidt, Bettina | Die Wirksamkeit präventiver Tabakpolitik für Jugendliche: Die "WHO Framework Convention on Tobacco Control" aus Sicht der Jugendforschung | D | D | Wie können entlang der politischen Rahmenvereinbarungen der WHO Framework Convention on Tobacco Control die zentralen präv.pol. Strategien analysiert werden? | Jugendliche | | Review | Tabak | Politik | P | Präv.pol. Strateg. umfassend anlegen zur Reduktion Tabakkonsum im Jugendalter. Rahmenabkommen WHO in Politik, Praxis u. Wissenschaft. |
| Zeitschrift SUCHT, 47, Heft 6 | 2001 | Gerlinghoff, Monika | Essstörungen: Diagnose, ätiologische und therapeutische Konzepte, Prävention | | D | Essstörungen, Therapie, Ätiologie, aktueller Forschungsstand. | Jugendliche | eher Mädchen | Review? | Essstörungen | | P | Wichtig ist eine frühzeitige P mit Zielgruppe Schüler und Schülerinnen |
| Zeitschrift SUCHT, 48, Heft 4 | 2002 | John, Ulrich | Prävention von Gesundheitsstörungen aufgrund von Tabakrauchen und Alkoholkonsum - der Beitrag zur Gesundheitsversorgung mit besonderer Berücksichtigung des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung | | D | Präventionsgrundsätze für Rauchen und Alkoholkonsum, transtheoretisches Modell. Wie können Individuen dazu gebracht werden, Verhaltensänderungen vorzunehmen? | | | Literaturanalyse? | Tabak, Alkohol, (Transtheoretisches Modell) | | P | Umfassende Prävention vereint Ansätze der Verhaltensbeeinflussung und individuelle Motivierung. Auch TTM |

Tabelle A2: Ergebnisse aus der Literaturrecherche in nationalen Fachinstitutionen (Arbeitspapier)
Anmerkung: In der Master-Thesis erwähnte Quellen sind grau markiert

| Organisation | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|---|------|-----------|--|-----------------------------------|---------|---|-------------------------|----------------------------|---------------------|--------------------------------------|----------------|---------------------------------------|---|
| Amt für Volksschule und Sport Nidwalden, Amt für Volks- und Mittelschulen Obwalden, Fachstelle P und Gefö Ob- und Nidwalden | 2008 | | Gesundheitsförderung und Prävention an Obwaldner und Nidwaldner Schulen. Konzept für den Kindergarten, die Primarstufe und die Sekundarstufe 1 | Schweiz: OW, NW | D | Schule als gesundheitsfördernde Lebenswelt, Zusammenarbeit Schule-Eltern | Kinder, Jugendliche | | Literaturanalyse | Gefö und P allgemein | Schule, Eltern | Gefö | Konzept |
| BAG | 2002 | | Evaluationen des BAG im Suchtbereich 1990-2000 | Schweiz | D | Eval. bisherige Suchtpräventionsprogramme, Projektspe | | Migration | Evaluationen | Illegale Drogen, Alkohol, Tabak, | Ver-schiede-ne | P | Fazit für zukünftige Suchtpräventionsarbeit |
| BAG | 2003 | | stay in touch, 3. Europ. Kongress J'arbeit, J'hilfe, Suchtprävention | Schweiz | D | Drogenprä., Stärkung Familien/Eltern, Resilienz, lokale primäre Präv., J'arbeit, J'hilfe, Partizipation. Empirisch erprobte Ansätze | Jugendliche | | | Sucht, Drogen | | P | |
| BAG | 2004 | | Prävention im Sport | Schweiz | D | Überblick über 11 Jahre Suchtprävention im Sport | Jugendliche? | | Review Evaluationen | Prävention, Sport | Sport | P | Erfahrungen aus 11 Jahren Prävention im Sport |

| Organisation | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungs-bereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits-bzw. Entwicklungs-themen | Setting | Prävent. (P), Gesundheits-förd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|--------------|-------------------|-----------|---|------------------------------------|---------|--|-------------------------|----------------------------|------------------|---|----------------------------|--|---|
| BAG | 2004 | | Psychische Gesundheit. Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung... | Schweiz | D | Psychische Gesundheit, Strategieentwurf für die entsprechende Politik in der Schweiz | | | Strategieentwurf | Psychische Gesundheit | | | CH-Strategie psychische Gesundheit |
| BAG | 2004 | | Suchtforschung des BAG 1999-2001. Band 2/3 Prävention | Schweiz | D | Suchtpräev., Grundlagen Präev., Strukturelle P, Sekundärpräev., gesellschaftsbezogene Forschung, Vorstellung versch. Projekte. Was bisher erfolgreich? | | | | Sucht | | P, Sekundär-P, strukturelle | Fazit für zukünftige Suchtpräventionsarbeit |
| BAG | 2004 | | Nationales HIV/Aids-Programm 2004-2008 | Schweiz | D | HIV/Aids, nationales Programm CH | | | | HIV/Aids | | P | Nationales Programm HIV/Aids |
| BAG | 2005 | | spectra (Nr. 48) | Schweiz | D | Alkoholpräev./politik, Jugendschutz, Werbung, Projekt halt. Welches sind effiziente Massnahmen Alkoholpolitik? | | | | Alkohol | | | |
| BAG | 2005 | | spectra (Nr. 51) | Schweiz | D | Gesunde Schule als nachhaltige Lebenswelt für J | Kinder, Jugendliche | | | Gesundheit allg. | Schule | Gefö | |
| BAG | 2005 | | Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer | Schweiz | D | Suizidprävention, Möglichkeiten, aktuelles Angebot | | | Literaturanalyse | Suizid | | P | Aktuelle Angebote und Möglichkeiten Suizidprävention Schweiz |
| BAG | 2006 (oder 2005?) | | Suchtforschung des BAG 2002-03. Band 2/3: Prävention | Schweiz | D | Ergebnisse bisherige Suchtpräev. Welche Art von Präev. verringert mit begrenzten Ressourcen Suchtprobleme am ehesten? | | | Literaturanalyse | Sucht, Cannabis, Alkohol, Tabak, Substanzkonsum | Schule, Familie und andere | P, Sekundär-P, strukturelle | Empfehlungen für Zukunft |
| BAG | 2006 | | Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006 | Schweiz | D | Geschlechteraspekte bzgl. Gesundheit, enthält Jugendteil | Jugendliche (u.a.) | Gender-Aspekte | Literaturanalyse | Genderaspekte von Gesundheit | | P | Ableitung zu geschlechtsspezifische P und Gefö? |
| BAG | 2006 | | Prävention bei gefährdeten Jugendlichen | Schweiz | D | Präv. gefährdete J., SMASH-Daten, Einfluss auf Risikoverhalten, Substanzkonsum, supra-f, soziale Ausgangslage. Zus.hang Gefährdung und P | Jugendliche | Thema soziale Ausgangslage | Literaturanalyse | Gefährdung, SMASH, Substanzkonsum, vulnerable J., Risikoverhalten | | Sekundär | Wirkung Interventionsprogramm supra-f |
| BAG | 2007 | | spectra (Nr. 63) | Schweiz | D | Wirksame Alkoholprävention (Verhältnisprävention) | | | | Alkohol | | Verhältnis-, Verhaltens-P | |
| BAG | 2008 | | Nationales Programm Tabak 2008-2013 | Schweiz | D | Wirksame Tabakpräev., Tabakkonsum Schweiz, Werbung, Jugendschutz, gesundheitliche Folgen des Konsums | | | | Tabak | | Verhältnis-, Verhaltens-P | Anleitung zu Aktivitäten der Tabakprävention in der Schweiz, Grundsätze einer wirksamen Tabakprävention |

| Organisation | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungs-bereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits-bzw. Entwicklungs-themen | Setting | Prävent. (P), Gesundheits-förd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|--------------------------|-------|--------------------------|---|--------------------------------------|---------|--|-------------------------|----------------------------|--------------------------------------|--|--------------|--|---|
| BAG | 2008? | | Nationales Programm Alkohol 2008-2012 | Schweiz | D | Strategie Alkoholpräuv., u.a. Gefö, Jugendschutz, Politik | | | | Alkohol, u.a. Jugendschutz | | P | Anleitung, Strategie bzgl. Alkohol in der CH |
| BAG | 2009 | | spectra (Nr. 72) | Schweiz | D | Optimale HIV/Aids-Prävention | | | Konferenz-ergebnisse | HIV/Aids | | P | Wie soll HIV-/Aidsprävention gestaltet werden? |
| BAG | 2009 | | spectra (Nr. 73) | Schweiz | D | Gesundheitspol. für J., Jungendliches Rauschtrinken, Wichtigkeit Präuv.massnahmen | | | | Präv. und Ges.politik für J., Rauschtrinken | | P | Strategie für eine kohärente Gesundheitspolitik in der Schweiz |
| BAG | 2009 | | spectra (Nr. 74) | Schweiz | D | Übergewicht, Zu-dick-fühlen, HBSC-Daten, internationaler Vergleich, Abnehmen wollen, Frühstück. BMI tatsächlich im Vgl. zum Körperempfinden. | 11-15 | | Epidemiologische Studie/HBSC | Übergew., Körpergefühl, Abnehmen wollen, verzerrte Körperwahrnehmung | | P | Empfehlungen an die Prävention aus Ableitung Ergebnisse |
| BAG | 2009 | | spectra (Nr. 75) | Schweiz | D | Evaluation Aids-Kampagne, Wirkung von Präventionskampagnen. Was macht Präventionskampagnen erfolgreich? | | | | Präventionsstrategien, Präventionskampagnen | | P, versch. Strategien u. Ebenen | |
| BAG, adsan | 2007 | Bury, Jacques A. | Evaluation des nationalen Programms zur Tabakprävention | Schweiz | D | Evaluation Nationales Programm Tabak | | | Evaluation | Tabak | | P | Empfehlungen für nachfolgendes Programm |
| BAG, adsan | 2007 | Bury, Jacques A. | Tabakpräventionskampagne "BRAVO" 2006 des BAG. Evaluation der Wirksamkeit und der strategischen Kohärenz | Schweiz | D | Evaluation Tabakpräventionskampagne "BRAVO" 2006, Analyse der Kohärenz und Relevanz | | | Evaluation | Tabak | | P | |
| BAG, Dichter Research AG | 2004 | Honegger, J. | Evaluation der Tabakpräventionskampagne 2003 und 2004 "Rauchen schadet..." | Schweiz | D | Evaluation Kampagne, Akzeptanz und Wirkung, Passivrauchen | | | Evaluation | Tabak | | P | |
| BAG, ecoconcept | 2006 | | Zur Wirksamkeit des Gemeindeansatzes in der Prävention von Sucht- und Drogenproblemen | Schweiz, aber internationale Befunde | D | Suchtprävention, Wirksamkeit Gemeindeansatz | | | | | Gemeinde | P | Wirksamkeit Gemeindeansatz Suchtpräuv., Projektbspe international |
| BAG, EKA | 2005 | Sager, Fritz | Kantonale Alkoholaktionspläne. Kurzfassung des Schlussberichtes | Schweiz | D | Kantonale Alkoholaktionspläne | | | Evaluation/Schlussbericht | Alkohol | Politik | Politik | Empfehlungen kanton. Alk.-akt.pläne, Weiterf. nötig. |
| BAG, érasme | 2002 | Sardi, Massimo | Zusammenfassung der Evaluation der Präventionskampagne 2002 des BAG "Rauchen schadet..." | Schweiz | D | Evaluation der Kampagne "Rauchen schadet..." 2002 | | | Evaluation | Tabak | | P | |
| BAG, évaluanda | 2007 | Boggio, Yann | Tabakpräventionskampagne "BRAVO" 2006 des BAG. Evaluation der Wirksamkeit und der strategischen Kohärenz. Zusammenfassung | Schweiz | D | Evaluation Tabakpräventionskampagne "BRAVO" 2006, Analyse der Kohärenz und Relevanz | | | Evaluation | Tabak | | P | |
| BAG, Fachverband Sucht | 2008 | Kläusler-Senn, Charlotte | Jugendliche richtig anpacken - Früherkennung und Frühintervention bei gefährdeten Jugendlichen. | Schweiz | D | Früherkennung u. Frühintervention bei gefährdeten Jugendlichen, Praxis und Akteure, Ausgangslage Schweiz, strukturelle Ebene | Jugendliche | | 1. Theoretischer Teil, 2. Praxisteil | Substanzkonsum, Gefährdung, psychosoziale und psychische Schwierigkeiten | Verschiedene | Früherf./interv., Sek. P | Früherkennung/-intervention als Querschnittsaufgabe, multidisziplinäre Zusammenarbeit, politische Steuerung |

| Organisation | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungs- bereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Alters- spanne Zielgruppe | Andere Zielgrup- penfak- toren | Methode | Gesundheits- bzw. Ent- wicklungs- themen | Setting | Prä- vent. (P), Ge- sund- heits- förd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfeh- lungen |
|---|-------------|--------------------------------------|---|---|---------|--|---------------------------------|---|--|---|--|---|---|
| BAG, infodrog | 2008 | Meili, Bernhard | 10 Jahre supra-f. Erkenntnisse und Folgerungen für die Frühintervention | Schweiz | D | Ergebnisse supra-f. Frühinter- v., soz. Integration, Substanz- konsum, Programm VIVA | 11-15, 16- 20 | Soz. Integr. | Literaturanalyse | Sucht | | P, Früh- interv. | |
| BAG, ISPM Bern | ? (1999) | Bolliger- Salz- mann, Heinz | Die Globalevaluation des Massnah- menpakets Tabak 1996-1999 | Schweiz | D | Evaluation Massnahmenpaket Tabak 1996-1999 | | | Evaluation | Tabak | | P | |
| BAG, ISPM Lau- sanne, (WHO) | 2003 | Schmid, Holger | Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz | Schweiz: Alle Kantone | D | Konsum psychoaktiver Sub- stanzen, Gesundheitsverhal- ten, HBSC | 11-16 | | Epidemiologische Studie | Tabak, Alk., Alt- er 1. Konsum, Trunkenheit, Cannabis, psy- choakt.Substan- zen, Kons.mass | | | |
| BAG, ISPM Lau- sanne, (WHO) | 2008 | Schmid, Holger | Der Konsum psychoaktiver Substan- zen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz | Schweiz: Alle Kantone ausser AR | D | Konsum psychoaktiver Sub- stanzen, Gesundheitsverhal- ten, HBSC, Trends im Kon- sum, internationaler Vergleich (ESPAD) | 11-15/16 | Ge- schlech- terunter- schiede | Epidemiologische Studie, Vergleiche über die Jahre seit 1986/Trends | Tabak, Alk., Alt- er 1. Konsum, Trunkenheit, Cannabis, psy- choakt.Substan- zen, Kons.gründe, Erhältlichkeit von Substanzen, Konsummass, , Einstellun- gen/Überzeugun- gen | | Ver- hältnis- , Verhal- tens P, indi- zierte, univer- selle P | Tendenziell Rückgang des Konsums; Prävention ist auf Verhaltens- und Verhältnis- ebene nötig |
| BAG, Sektion Jugend, Ernährung und Bewegung | 2005 | Gander, Markus | Prävention in der Jugendarbeit | Schweiz (t.w. Europa) | D | Präv. in Jugendarbeit, fee- lok.ch, tschau.ch, funtasy projects, voilà etc. | Jugendliche | | Vorstellung ver- schiedene Projek- te, Evaluation | Partizip., wichti- ge Jugendthe- men, Suchtpr. | Jugend- arbeit | P und Gefö | Fazit aus bisherigen Erfah- rungen mit P in der Jugend- arbeit |
| BAG, SFA | 2005 | Fah- renkrug, Herr- mann | Jugendschutz und Alkohol. Ein Grund- lagenpapier zu strukturellen Mass- nahmen in der Schweiz und ausge- wählten Ländern Europas | Schweiz, Europa | D | Wirksamkeit alk.spezif. Ju- gendschutzmassn. in Europa., Sponsoring, Verkehr, Zu- gangsreduz., best practices | Jugendliche | | Literaturanalyse, Fachmeinungen, best practices | Alkohol, Ju- gendschutz | | | Jugendschutz als Präventi- onsmassnahme |
| BSV | 2009 | Eisner, Manuel | Prävention von Jugendgewalt. Exper- tenbericht Nr. 05/09 | Schweiz | D | Eine vertiefte Analyse für die Problemstellung Jugendge- walt, Prävention. | Jugendliche | | Literaturanalyse, Fallstudien | Gewalt | Schule, Familie, öffentli- cher Raum | P | Empfehlungen an Prävention in verschiedenen Settings |
| BSV | 2009 | Steiner, Oliver | Neue Medien und Gewalt. Expertenbe- richt 04/09 | Schweiz | D | Wie nutzen K und J Gewalt- darstellungen in neuen Medien und wie wirkt sich das aus? | Kinder, Jugendliche | | Literaturanalyse und eigene For- schung (?) | Nutzung neue Medien, Risiko- potential, Risiko- gruppenansatz | | | Fazit bzgl. Risikopotential und Risikogruppenansatz |
| Bundesrat | 2009 | | Jugend und Gewalt. Wirksame Prä- vention in den Bereichen Familie, Schule, Sozialraum und Medien | Schweiz | D | Jugendgewalt, Wirksam- keit/Möglichkeiten u. Grenzen P, öffentl. Umgang mit Ge- walt, Medien. Struktur wirk- same Gewalt-P in Schweiz? | Jugendliche | Ge- schlecht, Migration | Fachmeinungen und Literaturanaly- se | Gewalt | Schule Bildung, Soz.raum , öffentl. R., Fam. | P | Empfehlungen für eine wirksame Prävention in verschiedenen Settings |

| Organisation | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungs- bereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Alters- spanne Zielgruppe | Andere Zielgrup- penfak- toren | Methode | Gesundheits- bzw. Ent- wicklungs- themen | Setting | Prä- vent. (P), Ge- sund- heits- förd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfeh- lungen |
|---|-------|---------------------|--|---|---------|--|---------------------------------|---|--|---|---------------------------|--|--|
| Departement des Innern des Kantons Schaffhausen. Suchtprävention und Drogenberatung Schaffhausen. | 2006 | Fischbacher, Regula | Gewaltprävention im öffentlichen Raum | Schweiz: SH | D | Gewalt, Jugendgewalt, öffentlicher Raum. Wie soll Gewaltprävention im öffentlichen Raum in SH aussehen? | Jugendliche | | Fachmeinungen, Projekt-Beschreibung | Gewalt | öffentlicher Raum, Schule | P | Strategien, mögliche Massnahmen gg Gewalt im öffentlichen Raum |
| Departement des Innern des Kantons Schwyz. Erziehungsdepartement. | 2007 | | Gesundheitsförderung und Prävention an den Schulen im Kanton Schwyz | Schweiz: SZ | D | Gesundheitsförderung und Prävention an Schulen. Wie soll Strategie im Kanton für Gefö und P an Schulen aussehen? | Schüler/innen | | Strategie- und Umsetzungs-konzept | Gesundheit allg. | | Gefö | Konzept für Gefö an Schulen |
| EKKJ | 2008 | Bodmer, Nancy | Einstellungen, Wissen und Sexualverhalten der Jugendlichen | Schweiz und international | D | Sexualität Jugendliche, Verhalten, Einstellungen, Wissen | Jugendliche | | Tagungsbeitrag EKKJ 2008 zu Jugendsexualität. | Sexualität | | | Ableitung gesundheitsrelevante Herausforderungen |
| EKKJ | 2008 | | Bieler Tagung der EKKJ. Jugendsexualität im Wandel der Zeit: Veränderungen, Einflüsse, Perspektiven | Schweiz | D | Wie steht es um die Jugendsexualität? Wie hat sie sich im Verlauf der Zeit verändert? | Jugendliche | Geschlecht, Kulturen, Behind. | Tagungsbericht | Sexualität | | | |
| EKKJ | 2008 | Maudet, Pierre | 3 Minuten für die Jungen. Jugendsexualität 2008 - Aufklärung tut Not | Schweiz | D | Jugendsexualität | Jugendliche | | Literaturanalyse, Bieler Tagung | Sexualität, Aufklärung | | | Info an Parlamentarier |
| EKKJ | 2008? | Maudet, Pierre | Le "botellon" ou la question de savoir qui doit trinquer dans la société | Schweiz | F | Alkohol/bottelton, öffentlicher Raum, Verantwortung | Jugendliche | | Meinungs- äusserung | Alk., Rauschtrinken/Bottelton | | | |
| EKKJ | 2007 | Maudet, Pierre | 3 Minuten für die Jungen. Pädokriminalität im Internet: einen Riegel vorschieben | Schweiz | D | Pädokriminalität, Internet, Strafrecht, Gesetzesänderung | Kinder, Jugendliche | | | Internet, Pädokriminalität | | | Info an Parlamentarier, Antrag für Gesetzesänderung |
| Fachstelle für Gesundheitsförderung und Prävention OW/NW | 2005 | | Alkohol? Aktionsplan zu Jugend und Alkohol | Schweiz:OB/NW | D | Alk., Jugendliche, verschiedene Projekte im Kanton, Jugendschutz. Wie soll Kanton mit Alk. gehen? | Jugendliche | | Aktionsplan | Alkohol | | | Notwendige Aktionen im Bereich Alkoholprävention |
| Fachverband Sucht | 2009 | | Multidisziplinäre Fachtagung "Jugendliche richtig anpacken". Früherkennung und Frühintervention bei Jugendlichen | Schweiz | D | Früherk. u. -interv. bei J., Würfelmodell, Unterstützung vs. Kontrolle, Sucht, Selbstregulation, Schulsozialarbeit | Jugendliche | | | Sucht, Gefährdung | | | Wie sollen Jugendliche richtig angegangen werden, damit Frühintervention stattfinden kann? |
| Fachverband Sucht, Fachhochschule Nordwestschweiz | 2009 | Baumgartner, Edgar | Schlussbericht. Essstörungen. Eine Analyse der aktuellen Angebote und der möglichen Rolle von Suchtfachstellen | Schweiz | D | Essstörungen, Früherkennung. Wie sollen Suchtfachstellen mit Thema umgehen? | Jugendliche | Mädchen | Literaturanalyse, Bestandesaufnahme Experteninterviews | Essstörungen | | Früherkennung | Früherkennung sollte mehr gefördert werden, Empfehlungen. |
| Fachverband Sucht, Fachhochschule Nordwestschweiz | 2009 | | Aufgaben der Suchtfachstellen im Bereich "Essstörungen", Empfehlungen | Schweiz | D | Essstörungen, Empfehlungen an Suchtfachstellen | Jugendliche | Mädchen | Zusammenfassung Literaturanalyse | Essstörungen | | Früherk., P | Lücken Bereich Präv. Essstö.. Empfehlungen Vermeidung und Behandlung Essstö. |
| Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern | 2005 | | 3. Berner Gesundheitsbericht | Schweiz: BE | D | Gesundheit der Berner Bevölkerung, Vergleich mit anderen Kantonen | | Soziale Unterschiede | Epidemiologische Studie | Versch. Ges.-themen, psychische G von J | | P und Gefö? | Grundlage für gezielt P und Gefö |

| Organisation | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungs- bereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Alters- spanne Zielgruppe | Andere Zielgrup- penfak- toren | Methode | Gesundheits- bzw. Ent- wicklungs- themen | Setting | Prä- vent. (P), Ge- sund- heits- förd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfeh- lungen |
|---|----------|----------------------|--|---|---------|--|---------------------------------|---|---|---|-------------------|--|---|
| Gesundheitsdepartement BS, Bereich Gesundheitsdienste, Abteilung Sucht | ?(2007?) | | Angebotsüberprüfung und Bedarfsabklärungen im Suchtbereich | Schweiz: BS | D | Was braucht es im gesamten Suchtbereich (auch Therapie) in BS | | | Literaturanalyse und Fachmeinungen | Sucht | | P | Empfehlungen: Was braucht es bzgl. Prävention? (vor allem im Gesamtbericht) |
| Gesundheitsdepartement BS, Bereich Gesundheitsdienste, Gesundheitsförderung und Prävention | 2007 | Guggisberg, Caroline | Gesundheit von Jugendlichen im Kanton Basel-Stadt. Ergebnisse der Schülerbefragung 2006. | Schweiz: BS | D | Gesundheitszustand der Jugendlichen in BS | 15-16 | Unterschiede nach Schulst. / Migration | Epidemiologische Studie. | Gesundheitsprobleme, psychische Gesundheit, Suchtmittelkonsum | | | Evtl. Ableitung für Prävention/Gefö? |
| Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin | 2002 | | Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich | Schweiz: ZH | D | Gesundheit der Zürcher Jugendlichen, HBSC-Daten | 11-15 | Soziale Unterschiede | Epidemiologische Studie/HBSC | Psyche, Soziales, Körper, Suchtmittel, Essverh., Gesundheitsverh., Ausbildung. | | | Schlussfolgerungen evtl. t.w. für P nutzbar |
| Gesundheitsförderung Basel-Stadt (im Basler Schulblatt) | 2003 | Pagano, Edda | Jugendliche und Sucht | (Schweiz) (BS) | D | Weshalb greifen Jugendliche zu Suchtmitteln, Kosum-Datensfa, Modelle Risiko- bzw. Schutzfaktoren, Einfluss Lehrpersonen auf Suchtverhalten | Jugendliche und Schüler/innen | | Literaturanalyse | Substanzkonsum, Risiko-/Schutzfaktoren, Umwelteinfluss, individ.Faktoren | Schule und andere | P und Gefö | Empfehlungen an Lehrpersonen für Gefö und P |
| infodrog | 2008 | | Fachtagung Lebenschancen fördern! Neue Ansätze in der Prävention für Kinder, Jugendliche, Familien | Schweiz | D | Möglichkeiten Prävention für gefährdete K./J, Wirkung von Präventionsmassnahmen | Kinder, Jugendliche | | Tagungsbericht | Cannabis, Gesundheit J allgemein | | Früh-interv., P | |
| infoklick.ch | 2008 | | 1. Kongress für Kinder- und Jugendförderung für das Leben lernen. | Schweiz | D | Gesundheit / Wohlbefinden über Lebensspanne, K./J. zw. Potenzial und Risiko | Kinder, Jugendliche | | Tagungsbericht | Wohlbefinden, Ges., Risiko und Potenziale | | | Fazits, die in Gefö angewendet werden können. |
| Infoklick.ch | 2009 | Malti, Tina | Was braucht es, damit Kinder Resilienz entwickeln? | Schweiz | D | Resilienzentwicklung. Was braucht es, damit Kinder Resilienz entwickeln? | Kinder, Jugendliche | | Sommerakademie Infoklick 2009, cocon-Studie | Resilienz | | Gefö | Ableitung für gesundheitsrelevante Herausforderungen? |
| Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel. Abteilung: Frauen, Gender und Gesundheit | 2008 | Weiss, Carine | Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Jugendlichen im Kanton Basel-Stadt. Ergebnisse der Health Behaviour of School-aged Children-Studie 2006 | Schweiz: BL | D | Gesundheit und Gesundheitsverhalten Jugendliche in BL, Ergebnisse HBSC | Jugendliche | Geschlecht, Ausl./CH; soz. Status | Epidemiologische Studie/HBSC | Körpergew., Bew./Sport, Suchtmittelkonsum, subjekt. Gesundh., Familiensituation | | | Gesundheit der Jugendlichen in BL relativ gut |
| ISGF | 2005 | Frick, Ulrich | Evaluation des Kodex-Programms zur Suchtmittelprävention für Jugendliche. Thurgauische Schülerbefragung zu Gesundheitsverhalten und Substanzkonsum | Schweiz | TG | Suchtmittelprävention, Wirksamkeit Kodex-Programm aus dem Thurgau zur Suchtprävention | Jugendliche, Schüler | | Evaluation | Sucht, Kodex-Programm zur Prävention | | P | Wirksamkeit Kodex-Programm zur Suchtprävention |
| ISPM Lausanne | 2002 | Ernst, Marie-Louise | Suchtprävention bei Jugendlichen | Schweiz: BS, BE, GE, VS | D | Suchtprävention, Rolle der Polizei und Jugendgericht | Jugendliche | | Untersuchung von Fallbeispielen | Sucht, Delikte, Gewalt | | P | |

| Organisation | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|---|-------|----------------------|---|---|---------|---|-------------------------|---|--|---|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| ISPM Lausanne, Institut für Psychologie Bern, Kanton TI | 2004 | Narring, Françoise | Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-jähriger in der Schweiz (2002). SMASH 2002. Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. | Schweiz: AR, BS, BE, FR, GE, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, TI, UR, VS, VD, ZG, ZH | D | Gesundheit und Lebensstil 16-20jähriger | 16-20 | Geschlechterunterschiede, Unterschiede nach Bildung | Epidemiologische Studie | Chron. Krankh., Menstruation, Körperbild, Essverh., Schlaf, Lärm, Hörstö., Depr., Aktivität, Alk., Tabak, Cannabis, Verhütung, Gewalt, Medis, Delinq., Psychosoz. Umfeld, pers. Bez., Erleb.suche, Risikomotiv., Gesverh., Sex. Verh. | | Gefö, Primäre und sekundäre P | Den meisten geht's gut, bei einigen muss man aber gut hinschauen. P und Gefö sind notwendig, t.w. Empfehlungen für P und Gefö. |
| ISPM Zürich | 2007 | Mohler-Kuo, Meichung | Schlussbericht zum Projekt "Zürcher Studie zum Gesundheitsverhalten junger Erwachsener". Befragungsteil von Mittel- und Berufsfachschulen | Schweiz: ZH | D | Gesundheitsverhalten junger Erwachsener in ZH, Risikoverhalten, Sexualerziehung | 18-24 | | Epidemiologische Studie | Alk., Tabak, Gewalt, Normverstösse, sex. Ges., Risikoverhalten | | | Muster von Risikoverhaltensweisen |
| Kanton Luzern, Gesundheits- und Sozialdepartement, Kantonsärztlicher Dienst Luzern, Stelle für Gesundheitsförderung | 2005 | | Gesundheitsförderung in Gemeinden. Zusammengefasste Ergebnisse aus der Bedürfniserhebung in den Gemeinden des Kantons LU 2004 im Spiegel der CH-Gesundheitsbefragung 2002 | (Schweiz), LU | D | Bedürfnis an Gesundheitsförderung in Gemeinden des Kantons LU | | | Epidemiologische Studie, Literaturanalyse, Fachmeinungen | Gesundheitsförderung, Bewegung, Ernährung, Suchtmittel, psychisches Befinden, Übergewicht | Gemeinden (und anderes) | P und Gefö | Schlussfolgerung: Wer soll was in Gefö machen? |
| Kanton Schaffhausen, Departement des Innern | 2004 | Wydler, Hans | Gesundheit Jugendlicher im Kanton Schaffhausen | Schweiz: SH | D | Gesundheit und Freizeitgestaltung von Jugendlichen im Kanton Schaffhausen | Jugendliche | | Bestandesaufnahme, Fachmeinungen | Psych. Ges., Essstö., Suchtmittelkonsum, Gewalt, Sex. | Schule, Jugendarb., Familie, Lehre | | |
| Kanton Zug | 2009? | | Gesundheitsverhalten der Zuger Jugend. Ergebnisse und Massnahmen Alkohol. | Schweiz: ZG | D | Alkohol, HBSC, Konsumgründe, Bezug vom Alkohol etc. | | | Epidemiologische Studie/HBSC | Alkohol | | | Ableitung von Massnahmen |
| Kanton Zug | 2009? | | Gesundheitsverhalten der Zuger Jugend. Ergebnisse und Massnahmen Tabak und Cannabis. | Schweiz: ZG | D | Tabak und Cannabis, HBSC, Konsumgründe, Bezug etc. | | | Epidemiologische Studie/HBSC | Tabak und Cannabis | | | Ableitung von Massnahmen |
| Kanton Zug | 2009? | | Gesundheitsverhalten der Zuger Jugend. Ergebnisse und Massnahmen Psychische Gesundheit. | Schweiz: ZG | D | Psychische Gesundheit, HBSC, Essverhalten und Körperbild | | | Epidemiologische Studie/HBSC | Psych. Ges., Essverh., Körperbild | | | Ableitung von Massnahmen |
| Public Health Schweiz, Fachgruppe Gesundheitsförderung | 2008 | Wettstein, Felix | Gesundheitsförderung und die Gewalt-Thematik - mehr als Gewaltprävention | (Schweiz) | D | Gewaltprävention unter Gesichtspunkt der Gefö, 16 Thesen | | | In der Fachgruppe entwickelte Thesen | Gewalt | | P/Gefö verbunden | 16 Thesen für Umsetzung der Gewaltprävention |

| Organisation | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungs- bereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Alters- spanne Zielgruppe | Andere Zielgrup- penfak- toren | Methode | Gesundheits- bzw. Ent- wicklungs- themen | Setting | Prä- vent. (P), Ge- sund- heits- förd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfeh- lungen |
|---|-------|--------------------------|--|---|---------|--|-----------------------------------|--|---|---|-------------------|--|--|
| public health services | 2009 | Pfluger, Thomas | Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Abstract und Executive Summary | Schweiz | D | Transkulturelle P und Gefö | | Migration Transkul- turalität | Literaturanalyse, Umfragen | Tabak, Alkohol und andere | | P und Gefö | Entsch.träger für P/Gefö mit Migrationsbev. sensibilisieren, befähigten, motivieren |
| public health services | 2009 | Pfluger, Thomas | Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Empfehlungen für die transkulturelle Arbeit | Schweiz | D | Transkulturelle P und Gefö | | Migrati- on, Transkul- turalität | Empfehlungen Basis Syntheseber- icht Projekt Trans- kulturelle P / Gefö" | Tabak, Alkohol und andere | | P und Gefö | Entsch.träger für P/Gefö mit Migrationsbev. sensibilisieren, befähigten, motivieren |
| Schweizerisches Gesundheitsobserva- torium Obsan | 2009 | Meyer, Katharina | Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008 | Schweiz | D | Gesundheit in der Schweiz, Jugendalter | u.a. Ju- gendliche | Ge- schlech- terunter- schie- de | Bestandes- aufnahme | Ges.determ., soz. Faktoren, Ges. in versch. Altersspannen, Bedrohungen Gesundheit | | P und Gefö | Prävention: Psychische Gesundheit, Suizid, Bedürfnisse von J stärker berücksichtigen, multisektorale Suchtprävention |
| Schweizerisches Netzwerk Gesund- heitsfördernder Schulen | 2002 | Seeger, Siegfried | Gesundheitsförderung - eine Aufgabe der Schule? Warum sollen sich Schulen dafür vernetzen? | Schweiz | | Gesundheitsfördernde Schule | Schü- ler/innen | | Argumentarium | Gefö | Schule | Gefö | Argumentarium für Gefö an Schulen |
| SFA | 2006 | Babor, Thomas | Alkohol. Kein gewöhnliches Konsumgut. Welche alkoholpolitischen Massnahmen sind wirksam? | Schweiz | D | Wirksamkeit Alkoholpräventi- on/-politik | | | Zusammenfassung Literaturanalyse | Alkohol | | P | Wirksamkeit verschieden alkoholpolit./-präventive Massnahmen |
| SFA | 2006 | Annaheim, Beatrice | Sport und Bewegung von 11- bis 16jährigen Schülerinnen und Schülern in der Schweiz | Schweiz: HBSC- Kantone | D | Sport, Bewegung, Zusammen- h. Sport / Suchtmittel, Körper- bild, psych. Beschw., HBSC | 11-15 | Ge- schlecht | Epidemiologische Studie/HBSC | Sport, Bewe- gung, Sucht- mittel, psych. Ges., Körperbild | | P | Im Sinne der Prävention sollte Bewegung allgemein gefördert werden |
| SFA | 2007? | | Trends im Tabak-, Alkohol- und Cannabisgebrauch von 1986 bis 2006 bei Jugendlichen in der Schweiz | Schweiz | D | Konsum Tabak, Alk. Cannabis bei J (HBSC), Trends 1986-2006, Häufigkeit Trunkenheit, Präw., gewohnheitsmässiges Rauchen, spez. Getränke | 11-15 | Ge- schlech- terunter- schie- de | Schüler/innen Befragung (Frage- bogen) | Tabak, Alkohol, Cannabis | | Verhal- tens-, Ver- hältnis- P | Verhaltens- und Verhältnisprävention ist nötig, Empfehlungen. |
| SFA | 2007 | Annaheim, Beatrice | Evaluation des Präventionsprogramms "cool and clean" bei Jugendlichen - Breitensport und Talents (Forschungsbericht Nr. 43) | Schweiz | D | Evaluation cool and clean, Prävention Substanzmissbrauch, Leistungsmotivation, Fairplay im Sport, Doping, Eigenverantwortung | Jugendliche | | Evaluation, Fach- meinungen | Sport, Commit- ment 5 Verein- barungen, Leis- tungsmotivation, Teamzusammen- halt, Fair- play | Brei- tensport | P | Konkretisierungen, Anpassungen von cool and clean |
| SFA | 2008 | Kuendig, H. | Fact Sheet. HBSC 2006. Verletzungen | Schweiz: HBSC- Kantone | D | Verletzungen im Zeitvergleich, 1998, 2002, 2006 (HBSC) | Jugendliche | Ge- schlecht | Epidemiologische Studie/HBSC | Unfäl- le/Verletzungen | | | Verletzungen erhöhen sich nicht über die Zeit |
| SFA | 2009 | Delgrande Jordan, Marina | Habitudes alimentaires, activité physique et statut pondéral chez les élèves de 11 à 15 ans en Suisse. Situation en 2006 et évolution récente. | Schweiz | F/D | Ernährungsgewohnheiten, Bewegung Schüler, HBSC | 11-15 | Ge- schlech- terunter- schie- de | Epidemiologische Studie/HBSC | Ernährung, Be- wegung, Ge- wicht, Gewichtskontrolle | | | Mäd. fühlen s. eher dick, machen sich eher Sorgen wg. Gewicht trotz Normalgewicht |
| SFA (espad.org) | 2003 | Gmel, Gerhard | The European School Project on Alcohol and other drugs (ESPAD). Zwischenbericht zur Erreichung der Meilensteine 1 und 2 | Schweiz (Euro- pa) | D | Konsum von Alkohol und anderen Substanzen, ESPAD-Ergebnisse 2003 | 8., 9. Und 10. Schul- stufe | | Epidemiologische Studie | Tabak, Alkohol, Cannabis, andere Substanzen | | | |

| Organisation | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungs- bereich | Spra- che | Hauptthemen, Fragestellung | Alters- spanne Zielgruppe | Andere Zielgrup- penfak- toren | Methode | Gesundheits- bzw. Ent- wicklungs- themen | Setting | Prä- vent. (P), Ge- sund- heits- förd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfeh- lungen |
|--|-------|--------------------|--|--|--------------|---|---------------------------------|---|--|--|---------|--|--|
| SFA (espad.org) | 2009 | Gmel, Gerhard | Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz: Wichtigste Ergebnisse im Vergleich 2003 und 2007 | Schweiz | D | Konsum von Alkohol, Tabak, Cannabis bei Jugendlichen, ESPAD-Ergebnisse 2003 und 2007; Vergleiche mit HBSC | 13 und 15 | Ge- schlech- terunter- schiede | Epidemiologische Studie | Tabak, Alk., Cannabis, etc., Konsummass, Alter 1. Konsum, Verfügbarkeit, Gründe Konsum | | Pri- mär-, Sek.-P | Konsum geht zurück, Bedarf Präv. bleibt; umfassend verschiedene Bereiche miteinbeziehen. Politische Lenkung/Steuerung nötig. |
| SFA | 2009 | Kunt- sche, S. | Fact Sheet. HBSC 2006. Sexualität bei Jugendlichen | Schweiz: HBSC- Kantone | D | Sexualität nach HBSC, Zeit- vergleich 1994, 2002, 2006; Sexualität und Substanzkon- sum | 14-15 | Ge- schlech- terunter- schiede | Epidemiologische Studie/HBSC | Sex. Aktiv. und Entw., Sex. und Substanzkonsum | | | Das Erleben des 1. Ge- schlechtsverkehrs stagniert seit den 90ern |
| Statistisches Amt Kanton Basel- Landschaft | 2009 | | Statistik Baselland 2009 | (Schweiz), BL | D | Statistische Daten BL 2009 | u.a. Ju- gendliche | | | | | | Ergänzung epidemiologi- scher Daten |
| Universität Fribourg | 2006? | Hüsler, Gebhard | supra-f. Ein Sucht- Präventionsprogramm | Schweiz: supra- f-Zentren in ZH, BL, JU, BE, FR, VD, GE | D | Resultate des supra-f- Projektes 2000-2005, CH vs. ausländische Jugendliche, verschiedene Störungsbilder, Integration, Vulnerabilität, Resilienz, Risikofaktoren Substanzkonsum | 11-15, 16- 20 | Migration (Integra- tion) | Evaluation der verschiedenen supra-f-Projekte | Depr., Angst, Substanzkon- sum, psych. Auf- fälligkeiten, Risi- kofaktoren, Ent- wicklungspatho- logie, Selbst- wert, Selbstwirk- samk., Bez. zu Eltern, Bewälti- gungsverh., Hilfesuchen | | Ge- fährde- te J; Se- kundär | |
| Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel- Landschaft | 2008 | Dratva, Julia | Die Gesundheit der Baselbieter Kinder und Jugendliche | Schweiz: BL | D | Gesundheit, Ges.verh. Basel- bieter J., HBSC | Kinder, Jugendliche | Ge- schlecht, CH- Ausland, soz. Status | Kantonale Auswer- tung HBSC-Daten und andere Ge- sundheitsdaten | Suchtmittel, Kör- perbewusstsein, subjekt. Ges., psych. Bes- chwerden, Zäh- ne, Gew., Spital | | | T.w. Empfehlungen für P und Gefö |

Tabelle A3: Ergebnisse aus der Literaturrecherche in ausländischen Fachinstitutionen (Arbeitspapier)

Anmerkung: In der Master-Thesis erwähnte Quellen sind grau markiert

| Organisation | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|--|-------|--|--|-----------------------------------|---------|---|-------------------------|--|--|--|--------------------------------|---------------------------------------|---|
| Bundesministerium für Gesundheit | 2008 | Steiner, Michael | Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms "HaLT - Hart am Limit" | Deutschland | D | Evaluation von HaLT | Jugendliche | | Evaluation | Alkohol | | Pr | Evaluation von HaLT |
| Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend | 2007 | Dür, Wolfgang | Die Gesundheit der österreichischen Schüler/innen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006 | Österreich | D | Gesundheit der österreichischen Jugendlichen, HBSC, Gesundheitsförderung im schulischen Kontext, verschiedene Projekte werden vorgestellt | 11-15 | Geschlecht, sozio-ökonom. Ungleichheit | Epidemiologische Studie/HBSC | Tabak, Alk., Cannabis, Gewalt, Medis, Sex., Selbstwirksamk., Körperwahrn., Verhüt. | Familie, Schule | Gefö | Evtl. Ableitung für P und Gefö, explizit Gefö-Ansatz drin |
| Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend | 2009? | | HBSC Factsheet Nr. 1. Rauchen, Alkohol, Cannabis | Österreich | D | Substanzkonsum Jugendliche, HBSC | 11-15 | | Epidemiologische Studie/HBSC | Alkohol, Tabak, Cannabis | Schule, andere | P | Empfehlungen für P |
| Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend | 2009? | | HBSC Factsheet Nr. 2. Die Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen | Österreich | D | Gesundheit Mädchen und Jungen, HBSC | 11-15 | Mädchen | Epidemiologische Studie/HBSC | Ernährung/Gewicht, Diäten, Schule | Schule und andere | Gefö | Empfehlungen für geschlechtersensible Gefö |
| Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend | 2009? | | HBSC Factsheet Nr. 3. Die Gesundheit von Burschen und jungen Männern | Österreich | D | Gesundheit von jungen Männern, HBSC | 11-15 | Jungen, soz.ökon. Status | Epidemiologische Studie/HBSC | Zufriedenheit mit Gesundheit, Gewalt/Mobbing | Schule und andere | Gefö | Empfehlungen für geschlechtersensible Gefö |
| Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend | 2009 | | HBSC Factsheet Nr. 4/09. Die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern | Österreich | D | Psychische Gesundheit Jugendlicher, HBSC | 11-15 | | Auswertung HBSC-Befragung | Psychische Beschwerden | | Gefö | Empfehlungen für Gefö |
| Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend | 2009 | | HBSC Factsheet Nr. 5/09. Bullying und Gewalt von Schülerinnen und Schülern | Österreich | D | Bullying und Gewalt bei Jugendlichen (an Schulen), HBSC | 11-15 | | Epidemiologische Studie/HBSC | Bullying, Gewalt | Schule und andere | Gefö | Empfehlungen für Gefö |
| Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend | 2009 | Uhl, Alfred | Handbuch Alkohol-Österreich. Zahlen. Daten. Fakten.Trends. | Österreich | D | Alkohol und Alkoholpolitik | | | Literaturanalyse, Strategiepapier | Sucht | | | Strategien für Alkoholpolitik |
| Bundesministerium soziale Sicherheit und Generationen | 2002 | Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie | Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen | Österreich? | D | Gesundheit und Gesundheitsverhalten J | Jugendalter | | Literaturanalyse? | Gesundheitsverhalten J | | | Gesundheit Jugendliche |
| Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generation und Konsumentenschutz | 2003 | | 4. Bericht zur Lage der Jugend in Österreich, Teil B: Prävention in der auserschulischen Jugendarbeit | Österreich | D | Prävention auserschulische Jugendarbeit | Jugendliche | | Literaturanalyse? Epidemiologische Studie? | Prävention | Ausser-schulische Jugendarbeit | P | Prävention in der auserschulischen Jugendarbeit |

| Organisation | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungs- bereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Alters- spanne Zielgruppe | Andere Zielgrup- penfak- toren | Methode | Gesundheits- bzw. Ent- wicklungs- themen | Setting | Prä- vent. (P), Ge- sund- heits- förd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfeh- lungen |
|--|------|----------------------------------|--|---|---------|---|---------------------------------|---|---|---|------------------|--|--|
| Osterreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen; Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales; Europ. Kommission | 2002 | Uhl, Alfred | Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der Österreichischen Fachstellen für Suchtprävention | Österreich | D | Suchtprävention, Gesundheits- förderung, Delphi-Studie, Aufgabenfelder, Geschichte Suchtprä. Österreich. Wie soll Leitbild für österr. Suchtprä- vention entwickelt werden? | | | Literaturanalyse, Leitbild | Sucht | | P und Gefö | Leitbild für Suchtprävention in Ö |
| BZgA | 2005 | Bühler, Anneke | Gesundheitsförderung konkret Band 6. Gesundheitsförderung durch Lebens- kompetenz-Programme in Deutsch- land. Grundlagen und kommentierte Übersicht. | D | D | Was sind Lebenskompetenz- programme und was gibt es in D für Programme? | | | Literaturanalyse, Bestandes- aufnahme | Lebenskompe- tenzprogramme | | Ge- fö/Le- bens- kom- petenz | Lebenskompetenzprogram- me sind wirksam, müssten im Idealfall aber in einen noch grösseren Rahmen eingebettet sein |
| BZgA | 2000 | Ettischer, Heike | Schulisches Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung | Deutschland | D | Schul. Ges.förd., Gesundheits- status Kinder und Jugendliche | Kinder, Jugendliche | | | Gesundheitsför- derung | Schule | Gefö | Fazit für schulische Gefö |
| BZgA | 2001 | Ettischer, Heike | Gesundheit für Kinder und Jugendliche | Deutschland | D | Entw.aufgaben und Ges., epi- demiologische Daten. Wie sind Grundlagen für zentralen Arbeitsschwerpunkt BZgA? | Kinder, Jugendliche | | Literaturanalyse, Konzept | Körperl. Ges., Spracherwerb, Verh.auffälligk., Entw.aufgaben und Gesundheit | | | Konzept für Arbeit der BZgA |
| BZga | 2001 | Bengel, Jürgen | Was erhält Menschen gesund? | Deutschland | D | Antonovskys Modell der Salutogenese. Was hat die Salutogenese für einen aktuellen Stellenwert? | | | Literaturanalyse | Salutogenese, Sucht, Kohä- renzgefühl, Stress, Resilienz | | P und Gefö | Ableitung zur Prävention |
| BZgA | 2001 | Ettischer, Heike | Suchtprävention im Sportverein. Erfahrungen, Möglichkeiten und Perspektiven für die Zukunft | Deutschland | D | Tagung: Erfahrungen Sucht- prävention und Sport, ver- schiedene Projekte. Was hat sich bisher bewährt? | | | Tagungsaus- wertung | Sucht, Sport | | P | Empfehlungen für die Zukunft bzgl. Suchtpräventi- on und Sport |
| BZgA | 2001 | Leh- mann, Manfred | Qualitätsmanagement in Gesundheits- förderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen | Deutschland | D | Bestandesaufnahme Konzepte und Ansätzen Qualitäts- sicherung für Gesundheitsför- derung und Prävention, Quali- tät Prävention, Praxisbspe. | | | Herausgeberwerk | Prävention und Gesundheitsför- derung | | P und Gefö | Erfüllung Qualitätsparameter in P (und Gefö) notwendig, Leitfaden Umsetzung Quali- täts-Managements in Gefö und Prävention |
| BZgA | 2002 | Salice- Stephan, Katharina | Drogenkonsum in der Partyszene. Entwicklungen und aktueller Kenntnis- stand. | Deutschland | D | Fachtagung Thema Sucht- prä., Drogenkonsum Party- szene, Peer-Support/Educa- tion, Drugchecking. Wie kön- nen J. in Partyszene ange- sprochen werden, wo häufig konsumiert wird, J. aber schle- chter mit P erreicht werden? | Jugendliche | | Tagungsauswer- tung | Sucht | Party | P | Schlussfolgerungen und Perspektiven |
| BZgA | 2003 | Schmidt, Bettina | Suchtprävention im Kinder- und Jugendспорт. Theoretische Einordnung und Evaluation der Qualifizierungsiniti- ative "Kinder stark machen" | Deutschland | D | Schwerpunkt der BZgA in der Suchtprävention seit den 90ern in der Kooperation mit grossen deutschen Sportver- bänden. | Kinder, Jugendliche | | Evaluation | Sucht | Sportver- ein | P | Fazit für Zukunft bzgl. Suchtprävention mit Sport- vereinen |

| Organisation | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungs- bereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Alters- spanne Zielgruppe | Andere Zielgrup- penfak- toren | Methode | Gesundheits- bzw. Ent- wicklungs- themen | Setting | Prä- vent. (P), Ge- sund- heits- förd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfeh- lungen |
|--------------|------|---------------------------|--|---|---------|---|---------------------------------|--|---|---|--|--|---|
| BZgA | 2003 | Lehmann, Frank | Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure | Deutschland | D | Vernetzung Gesundheitsförderungsangebote für soz. Benachteiligte, Sektorenübergreifende Gesundheitsförderung, gesundheitl. Chancengleichheit. Wie Gefö an soz. Benachteiligte bringen? | Kinder, Jugendliche, Erwachsene | Soziale Ungleichheit bzgl. Gesundheit und Gefö | Projektbeschreibung: Aufbau einer Datenbank | Gesundheitsförderung | | Gefö | Abschlussbericht Projekt |
| BZgA | 2003 | Naidoo, J. | Lehrbuch der Gesundheitsförderung | Internationale Literatur | D | Gesundheitsförderung, Konzeptionelle Grundlagen, Strategien, Settings. | | Gesundh.-determ., soz. Kapital | Literaturanalyse | Gesundheitsförderung | Betriebe, Schulen, Wohnumfeld, Ges.-versorg. | Gefö | Überblick über Themengebiet Gesundheitsförderung |
| BZgA | 2004 | Salice-Stephan, Katharina | Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland. Grundlagen und Konzeption | Deutschland | D | Überblick über Möglichkeiten und Grenzen der Suchtprävention in D | | | Literaturanalyse, Praxiserkenntnisse | Sucht | | P | Grundlagen für Planung und Umsetzung suchtpräventiver Massnahmen |
| BZgA | 2005 | Meuer, Anja | Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche. Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen | Deutschland und Internationales | D | Einflussfaktoren der Inanspruchnahme von präventiven Leistungen durch Kinder und Jugendliche | Kinder, Jugendliche | Geschlecht, soz. Status fehlende Sprachk. | Literaturanalyse, Praxiserkenntnisse | Prävention, Hilfesuchen | | P | Es gibt Zugangsbarrieren bzgl. Präventiven Leistungen und auf diese muss in P und Gefö Rücksicht genommen werden. |
| BZgA | 2006 | Bühler, Anneke | Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs | Deutschland und Internationales | D | Beurteilung Wirksamkeit von Präventionsmassnahmen zum Substanzgebrauch | Jugendliche | | Reviews, Meta-Analysen | Sucht | Familie, Schule, Freizeit, Medien, Gemeind. | | Was wirkt in der Suchtprävention? Was wirkt nicht? |
| BZgA | 2007 | Tossmann, Peter | Neue Wege in der Prävention des Drogenkonsums - Onlineberatung am Bsp. von drugcom.de | Deutschland | D | Wie wirksam ist online-Beratung zu Suchtproblemen als Prävention? | Jugendliche? | | Evaluation | Sucht | Internet | P | Fazit bzgl. Einsatz Online-Beratung in der Suchtprävention |
| BZgA | 2009 | Bengel, Jürgen | Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen - Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit | Deutschland | D | Resilienz, psych. Ges., Invulnerab., Schutzfaktoren, Lebenskompetenz. Stand Forschung psychosoziale Schutzfaktoren? | Kinder, Jugendliche | | Literaturanalyse | psychische Gesundheit, Schutzfaktoren, Risikofaktoren, Resilienz | Familie, soziales Umfeld | Gefö | Zusammenfassung: Fazit für die weitere Arbeit |
| IUHPE | 2005 | | The evidence of mental health promotion effectiveness: strategies for action. Promotion and Education, Supplement 2 | | E | Evidenz von Gesundheitsförderung mentale Gesundheit | u.a. Jugendliche | | u.a. Review | Mentale Gesundheit | | | Gefö |
| IUHPE | 2000 | | The Evidence of Health Promotion Effectiveness. (Part One Core Document - Part Two Evidence Book) | Internat., aber viel Europa | E | Effektivität von Ges.förd., mentale Ges., ges.förd. Schulen, J. aus Schule draussen, Tabak, Alk., illegale Drogen, Herzkrankheiten. Was hat sich in ca. letzten zwei Dekaden als effektiv in Gefö erwiesen? | u.a. Jugendliche | Soz. Status, Kultur | Literaturanalyse | Gefö, Tabak, Alk., illegale Drogen, Herzkrankh., mentale Ges., J. aus Schule draussen | u.a. Schule, Familie | Gefö | Evidenzen für wirksame Gefö. Effektivität von Gefö in verschiedenen Bereichen, u.a. Sucht und Schulen. Zusammengefasste Evidenzen werden als Empfehlung weitergegeben |

| Organisation | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|---|------|----------------|--|-----------------------------------|---------|---|-------------------------|--|---|--|--|---------------------------------------|--|
| Robert Koch Institut | 2004 | Schubert, I. | Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen | D | D | Gesundheit der Jugendlichen, Gesundheitsverhalten. Was muss in Sachen Prävention getan werden? | Jugendliche | | Literaturanalyse | Tabak, Alkohol, illegale Drogen, Ernährung, Sexualität | Verschiedene | P und Gefö | Verschiedene Empfehlungen für Prävention |
| Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (Hrsg.) | 2009 | Hanes, Andreas | Gesundheitsförderung in der auserschulischen Jugendarbeit | Deutschland | D | Gefö in außerschul. J.arbeit, Ernährung, Bewegung, Gewalt, Aids, Süchte, soziale Ungleichheit, Geschlecht | Jugendliche | Geschlecht, soz. Ungleichheit, Migration | Literaturanalyse, epidemiologische Studie | Gefö in der außerschulischen Jugendarbeit | Ausser-schulische Jugendarbeit | Gefö | Empfehlungen zur außerschulischen Jugendarbeit |
| Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (Hrsg.) | 2009 | Kolip, Petra | Zentrale gender-relevante Kriterien für Gesundheitsförderung und Prävention | Deutschland | D | Gender-relevante Kriterien für P und Gefö | | Gender | Literaturanalyse, epidemiologische Studie | P und Gefö (und Gender) | | P und Gefö | Zentrale gender-relevante Kriterien für P und Gefö |
| Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (Hrsg.) | 2009 | Lambert, Knut | Gesundheitsförderung in der Jugendverbandsarbeit. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung | Deutschland | D | Gesundheitsförderung in der Jugendverbandsarbeit | Jugendliche | | Literaturanalyse, epidemiologische Studie | Gefö | Jugendverbände | Gefö | Empfehlungen zur Gefö in der Jugendverbandsarbeit |
| Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (Hrsg.) | 2009 | Paulus, Peter | Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung | Deutschland | D | Gefö in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern | Jugendliche | | Literaturanalyse, epidemiologische Studie | Gefö | Schule, Kinder- und Jugendhilfe | Gefö | Gefö in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen |
| Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (Hrsg.) | 2009 | Röhrle, Bernd | Evaluationsprogramme zu Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention - was können sie leisten? | Deutschland | D | Evaluation, Leistungen verschiedener Programme in Prävention und Gesundheitsförderung | | | Literaturanalyse, epidemiologische Studie | Wirksamkeit von Gefö und Pprogrammen | | P und Gefö | Wissen über Wirksamkeit verschiedener Gefö- und P-programme |
| Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (Hrsg.) | 2009 | Sting, Stephan | Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter. Potenziale und Grenzen der verschiedenen Ansätze zur Suchtprävention im Hinblick auf Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung der Lebens- und Risikofaktoren und der Suchtgefährdung von Kindern und Jugendlichen | Deutschland | D | Suchtprävention Jugendliche, Potenziale und Grenzen, Suchtprävention in Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe | Jugendliche | | Literaturanalyse, epidemiologische Studie | Suchtprävention | u.a. Institutionen Kinder- und Jugendhilfe | P | Empfehlungen bzgl. Grenzen und Möglichkeiten der Suchtprävention |
| The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs | 2009 | Hibell, Björn | ESPAD. The 2007 ESPAD Report. Substance use among students in 35 European Countries | International | E | Substanzkonsum von J. in 35 europ. Ländern, Trends im historischen Vergleich | 15-16 | Vergleiche zw. Ländern | Epidemiologische Studie | Substanzkonsum (Alk., Tabak, illegale Subst.) | | | Ableitung zur Prävention? |
| UNO (UNO Verlag) | 2004 | | World Youth Report 2003 | International | E | Jugendbericht international | Jugendliche | | Epidemiol. Studie | J.gesundheit | | | Jugendbericht international |
| WHO | 2000 | | International Consultation on Tobacco and Youth: What in the World Works? 28-30 September 1999, Singapore: final conference | International | E | Wirksame Tabakprävention bei Jugendlichen | Jugendliche | | Tagungsauswertung | Tabak | | | Empfehlungen bzgl. Tabak und Gesundheit |

| Organisation | Jahr | Erstautor | Titel | Land/Kantone Untersuchungsbereich | Sprache | Hauptthemen, Fragestellung | Altersspanne Zielgruppe | Andere Zielgruppenfaktoren | Methode | Gesundheits- bzw. Entwicklungsthemen | Setting | Prävent. (P), Gesundheitsförd. (Gefö) | Hauptergebnisse, Empfehlungen |
|---------------------------------------|--------------|---------------------|---|-----------------------------------|---------|--|-------------------------|--|------------------------------|---|---|---------------------------------------|--|
| WHO, Pan American Health Organization | 2005 | Breinbauer, Cecilia | Youth: choices and change: promoting healthy behaviors in adolescents | International, vor allem Americas | E | Effektive Gefö und P bei Adoleszenten, Theorien Verhaltensänderung, Entw.stufen, Entw.ziele, neue Theorie bzgl. Entwicklungsstufen | Adoleszente | Gender als Thema | Literaturanalyse | Gesundes Verhalten, Sexualität, Sucht, Gewalt, Ernährung, Bewegung | | P und Gefö | Gefö und P früh beginnen (Präadoleszenz), Alter und Geschlecht berücksichtigen. Interventionen unbedingt attraktiv Adoleszenten gestalten, gemäss altersspezifische Interessen |
| WHO, HBSC | 2004 | Currie, Candace | Young people's health in context. Health Behaviour in school-aged Children (HBSC) study. international report from the 2001/2002 survey | Europa | E | Internationale HBSC-Auswertung, Kontext von Gesundheit | 11-15 | Geschlechterunterschiede, soziale Ungleichheiten | Epidemiologische Studie/HBSC | Wohlbef., Ges., Cannabis, Tabak, Alk., sitzende Tätigk., Essgewohnh., Gewalt/Mobbing, Erklärungen Gesundh.verh., Körperbild | Familie, Schule, Peers | | Den meisten geht's gut, einigen geht's schlecht, Empfehlungen für Prävention. |
| WHO | 2008? | | Break the tobacco marketing net | International | E | Tabakindustrie, Welttag ohne Tabak. Wie kann der Tabakindustrie entgegengesteuert werden bzgl. Zugang zu J. | Jugendliche | | Literaturanalyse | Tabak, spezielle Risiken der sich entwickelnden Jugendlicher | | P (auch strukturell) | Empfehlungen für Massnahmen gegen Vorhaben der Tabakindustrie |
| WHO, HBSC | 2008 | Currie, Candace | Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children. International report from the 2005/2006 survey | International | E | Gesundheitl. Ungleichheiten in HBSC-Auswertung, internat., soz. Kontext, Risikoverhalten, Ges.verh., Gender, Geographie, SES | 11-15 | Gender, soz.ökon. Status, geogr. Untersch. | Epidemiologische Studie/HBSC | Substanzkonsum, Ernährung, Gewicht, Phys. Aktivit., Sex., Mobbing, Kämpfen, Mundges., Körperbild | Sozialer Kontext (Familie, Peers, Schule) | | Gesundheitliche Ungleichheiten sind bzgl. Gender, Alter, Geographie, SES ersichtlich |
| WHO | Verschiedene | | WHO Informationen Series on School Health | International | E | Schul. Ges.förd., emot./soz. Ges., gesunde Ernährung, Sucht, Lebensfähigkeit etc. | Schüler | | Literaturanalyse | Gefö-Schulen | | Gefö | Verschiedenen Publikationen zum Thema wie Gefö an Schulen gemacht werden sollte |

4. Unterschriebene Erklärung

Hiermit erkläre ich, Susanna Piccarreta von Riehen, BS, dass die vorliegende Arbeit selbstständig und ausschliesslich mit den genannten Hilfsmitteln verfasst wurde.

5. Curriculum Vitae der Autorin

BERUFSERFAHRUNG

Gesundheitsförderung Baselland, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion, Liestal BL

- Seit 09/2008
- Zuständigkeit Bereiche Jugend und Suchtprävention
- Überprüfung und Neuorientierung des kantonalen Angebotes bzgl. Prävention und Gesundheitsförderung für Jugendliche
 - Planung, Koordination, Begleitung von Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten
 - Förderung und Unterstützung von Multiplikatoren
 - Beratung und Auskünfte für Fachpersonen und allgemeine Öffentlichkeit

Lungenliga beider Basel, Fachstelle Tabakprävention, Liestal BL

- 10/2006 - 07/2008
- Projektleiterin „smokeeffects“
(Rauchstopp- und Tabakpräventionsprojekt für 15- bis 25-jährige Frauen)
- Operative Leitung des Projektes
 - Projektplanung und -koordination
 - Konzepterarbeitung (Grundlagen, Evaluation, Rauchstopp-Angebot etc.)
 - Organisation Zusammenarbeit mit smokeeffects-Veranstaltern in der Deutschschweiz
 - Organisation, Leitung und Durchführung regionaler smokeeffects-Events
 - Information und Beratung von 15- bis 25jährigen Frauen an den smokeeffects-Events
 - Kommunikation, Austausch und Vernetzung mit Veranstaltern, Partnern, Medien
 - Akquisition

Abteilung Jugend, Familie und Prävention, Justizdepartement Basel-Stadt

- 05/2005 - 09/2006
- Wissenschaftliche Mitarbeiterin präventiver Kinder- und Jugendschutz (60%)
- Erarbeitung von Konzepten, Strategien und Präventionsmassnahmen zum Kindes- und Jugendschutz und zur Familienförderung
 - Bearbeitung von Anfragen aus Parlament, Verwaltung und Öffentlichkeit zum Thema
- 01/2004 - 04/2005
- Stv. Beauftragte für Kinder- und Jugendfragen (40-60%)
- Erarbeitung von Konzepten und Projekten zur Kinder- und Jugendförderung
 - Organisation von Fachkonferenzen
 - Bearbeitung von Anfragen aus Parlament, Verwaltung und Öffentlichkeit zum Thema
- 09/2003 - 04/2005
- Projektmitarbeiterin Kinder und Jugend / Familie (ca. 50%)
- Erarbeitung Bericht zur Situation Jugendlicher zwischen Schule und Beruf
 - Zusammenstellung und Ausarbeitung Bericht aus den Departementen BS zu den Massnahmenvorschlägen des Familienberichts 2000
 - Inhaltliche Weiterführung und Fertigstellung von www.familiennetz.bs.ch
- 11/2002 - 08/2003
- Wissenschaftliche Mitarbeiterin Familie (50-100%)
- Konzept und Inhaltserarbeitung Internetseite für Familien (www.familiennetz.bs.ch)
 - Öffentlichkeitsarbeit, Organisation Pressekonferenz und Fachtagung
 - Anzugsbeantwortung und Recherche zu familienpolitischen Leitbildern

Strassenmagazin Surprise GmbH, Basel

- 11/2004 - 12/2005
- Projektkoordination „in-kick.org – Integration durch Sport“ (20%)
- Evaluation des Projektes 2005
 - Zusammenarbeit mit Institutionen aus dem Sucht- und Obdachlosenbereich zum Aufbau von regelmässigen Strassenfussball-Trainings für Klient/innen
 - Organisation Schweizermeisterschaft und Delegation am Obdachlosen-World Cup
 - Mitarbeit Fundraising

Kantonaler Jugendpsychologischer Dienst, Aarau

- 03/2003 - 02/2004
- Postgraduierte Psychologin (50%)
- Psychologische Abklärung, Beratung und Behandlung von Jugendlichen, jungen Erwachsenen und ihrem Umfeld (Familie, Berufsschule, Lehrbetrieb)
 - Mitarbeit Gruppentrainings (Selbstsicherheit, Prüfungsangst)

Basler Versicherungen, Basel

- 05/1999 - 09/2002 Werkstudentin Lehrlingsbetreuung / Projekt-/Knowledge management (30-80%)
- Lehrlingsrekrutierung und Weiterentwicklung des Qualifikationssystems für Lehrlinge
 - Ausarbeitung von Konzepten innerhalb der Lehrlingsausbildung
 - Projektleitung und –mitarbeit bei verschiedenen Personal-Projekten

AUSBILDUNG / PRAKTIKA

- 1997 - 2002 Hauptstudium der Psychologie, Universität Bern
Abschluss Lic. Phil.
- Hauptfach: Sozialpsychologie
 - Erstes Nebenfach: Kinder- und Jugendpsychologie
 - Zweites Nebenfach: Psychopathologie mit Schwerpunkt Kindes- und Jugendalter
- Lizentiatsarbeit zum Thema "Equity in Partnerschaften"
- 1995 - 1997 Grundstudium der Psychologie, Universität Basel
Abschluss 2. Propädeutikum
- 1994 - 1995 Studium der Anglistik mit Lateinkurs, Universität Basel
Abschluss Lateinprüfung
- 1984 - 1992 Gymnasium Bäumlhof, Basel
Abschluss Matur Typus D
- 02/1999 - 03/1999 Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
Klinisch-Therapeutisches Praktikum, Station D0/Rehabilitation
- 08/1998 Kantonsspital Bruderholz BL
Hilfspflegepraktikum, Medizinische/psychiatrische Station des Kinderspitals

WEITERBILDUNGEN / AUSLANDAUFENTHALT

- Seit 2006 Nachdiplomstudium zur Erlangung des Masters of Public Health der Universitäten Basel, Bern und Zürich
- 2006/2007/2008 Ausbildung zur Rauchstopp-Trainerin mit jährlicher Weiterbildung
- 2004 Projektmanagement-Kurs „Projekte erfolgreich leiten“
- 06/1993 - 07/1994 Au-pair-Aufenthalt und TOEFL-Vorbereitungskurs, Cincinnati, Ohio (USA)
Abschluss TOEFL-Test an der University of Cincinnati

WEITERE KENNTNISSE

Sprachen

| | |
|-------------|--|
| Deutsch | Muttersprache |
| Englisch | mündlich und schriftlich, sehr gute Kenntnisse |
| Italienisch | mündlich und schriftlich, sehr gute Kenntnisse |
| Französisch | mündlich und schriftlich, gute Kenntnisse |

EDV

Word, Mac, SPSS

6. Aufstellung über die für die Projektarbeit aufgewendete Zeit, inkl. Kontaktzeit mit Betreuerin

| Inhalt | Stunden |
|--|------------|
| Erste Vorarbeiten bis zur fertigen Erstellung Projektskizze | 95 |
| Literatursuche für Master-Thesis | 23 |
| Erfassen gefundene Literatur | 41 |
| Auswertung relevanter Literatur (Inhalte) | 80 |
| Verfassen Master-Thesis | 234 |
| Kontaktzeit mit Betreuerin (persönlich, telefonisch, per E-Mail) | 7 |
| Total | 480 |