



November 2022



Bericht 8

Gesundheitsförderung für und mit Kindern

Wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen für die Praxis

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

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

Impressum

Herausgeberin

Gesundheitsförderung Schweiz

Autorinnen und Autoren

- **Kapitel 1 Einleitung:** Dr. phil. Fabienne Amstad
- **Kapitel 2 Lebenswelten:** Dr. phil. Gisela Unterweger, Prof. Dr. phil. Anja Sieber
- **Kapitel 3 Grundlagen:** Prof. Dr. med. Julia Dratva, Matthias Meyer, dipl. SozÖk, Prof. Dr. phil. Karin Nordström
- **Kapitel 4 Chancengleichheit:** lic. phil. Dominik Weber
- **Kapitel 5 Frühe Förderung:** Prof. Dr. phil. hist. Martin Hafen
- **Kapitel 6 Bewegung:** Prof. Dr. med. Susi Kriemler, PD Dr. phil. Thomas Radtke
- **Kapitel 7 Ernährung:** Dr. Sophie Bucher Della Torre
- **Kapitel 8 Psychische Gesundheit:** Prof. Edouard Gentaz
- **Kapitel 9 Zusammenspiel:** MSc Ronia Schiftan, MSc Anne-Françoise Wittgenstein Mani
- **Kapitel 10 Schlussfolgerungen:** lic. phil. Florian Koch, Dr. phil. Fabienne Amstad

Projektleitung Gesundheitsförderung Schweiz

- Fabienne Amstad, Gesamtprojektleitung Grundlagenberichte
- Florian Koch, Projektleitung Grundlagenbericht Kinder
- Christa Rudolf von Rohr, Publikation

Begleitgruppe

- Nina Baldinger, Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales
- Lucas Gross, Kanton Zürich, Prävention und Gesundheitsförderung
- Martina Durrer, Kanton Nidwalden, Gesundheitsförderung und Integration
- Marion Forel, Beraterin und Ausbilderin in Public Health
- Erika Dähler, Alliance Enfance
- Cornelia Conrad-Zschaber, RADIX Schweizerische Gesundheitsstiftung
- Einheit Programme, Gesundheitsförderung Schweiz

Lektorat

Christa Rudolf von Rohr

Reihe und Nummer

Gesundheitsförderung Schweiz, Bericht 8

Zitierweise

Amstad, F., Unterweger, G., Sieber, A., Dratva, J., Meyer, M., Nordström, K., Weber, D., Hafen, M., Kriemler, S., Radtke, T., Bucher Della Torre, S., Gentaz, E., Schiftan, R., Wittgenstein Mani, A.-F. & Koch, F. [2022]. *Gesundheitsförderung für und mit Kindern – Wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen für die Praxis*. Bericht 8. Gesundheitsförderung Schweiz.

Fotonachweis Titelbild

iStock

Auskünfte/Informationen

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

Originaltext

Deutsch und Französisch

Bestellnummer

02.0450.DE 11.2022

Diese Publikation ist auch in französischer und italienischer Sprache verfügbar (Bestellnummer 02.0450.FR 11.2022 und 02.0450.IT 09.2023).

Download PDF

www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen

© Gesundheitsförderung Schweiz, November 2022

Editorial

Gesundheit als wichtiges Gut

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

Kantonale Aktionsprogramme – eine Erfolgsgeschichte

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

Evidenzbasiert und praxisorientiert

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

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

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

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

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



Thomas Mattig
Direktor



Bettina Abel
Vizedirektorin

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	8
1 Einleitung	12
2 Lebenswelten von Kindern	14
2.1 Grundlagen und Definitionen	14
2.2 Das Lebensweltkonzept	14
2.3 Veränderungen und Übergänge in der Lebenswelt	16
3 Grundlagen und Methoden der Gesundheitsförderung bei Kindern	18
3.1 Gesundheitsförderung und Prävention	18
3.2 Evaluation und Wirkungsmanagement	21
3.3 Gesundheit der Kinder in der Schweiz: Aktuelle Zahlen	23
3.4 Zielgruppenspezifischer Gesundheitsbegriff	24
3.5 Ziele der Gesundheitsförderung bei Kindern	25
3.6 Settings, Akteurinnen und Akteure	26
3.7 Herausforderungen, Potenziale und Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern	26
4 Gesundheitliche Chancengleichheit	35
4.1 Gesundheitliche Chancengleichheit fördern durch chancengerechte Massnahmen	36
4.2 Entstehung sozial bedingter Unterschiede in der Gesundheit	36
4.3 Was die Gesundheitsförderung tun kann	37
4.4 Bewährte Massnahmen und Erfolgskriterien	38
4.5 Definition von Zielgruppen	39
5 Frühe Förderung	43
5.1 Definition	43
5.2 Wissenschaftliche Argumente für die Bedeutung der Frühen Förderung	43
5.2.1 Die Perspektive von Gesundheitsförderung und Prävention	43
5.2.2 Die systemtheoretische Perspektive	44
5.2.3 Die Perspektive der Bindungstheorie	45
5.2.4 Die naturwissenschaftliche Perspektive	45
5.2.5 Die Perspektive der Lebenskompetenzen	45
5.2.6 Die armutstheoretische Perspektive	46
5.2.7 Die volkswirtschaftliche Perspektive	46
5.3 Die Situation der Frühen Förderung in der Schweiz und Ansatzpunkte für ihre Optimierung	47
5.3.1 Policy und Öffentlichkeitsarbeit	48
5.3.2 Interventionen und Vernetzung	50
5.4 Fazit	51
6 Förderung der regelmässigen Bewegung	52
6.1 Grundlagen und Definitionen	52
6.2 Warum Bewegungsförderung bei Kindern?	52
6.3 Bewegungsempfehlungen und -verhalten in der Kindheit	54
6.4 Bewegungsverhalten und sitzendes Verhalten von Kindern in der Schweiz	55
6.5 Förderung der Bewegung in der Kindheit	59
6.6 Chancengleichheit in der Bewegungsförderung	61
6.7 Fazit	61

7 Förderung einer ausgewogenen Ernährung	63
7.1 Warum sollte eine ausgewogene Ernährung bei Kindern gefördert werden?	63
7.2 Ernährungs- und Lebensmittelempfehlungen	63
7.3 Was essen Kinder?	66
7.4 Faktoren, die den Lebensmittelkonsum beeinflussen	66
7.4.1 Biologische Faktoren	66
7.4.2 Erfahrungen mit Lebensmitteln	66
7.4.3 Intrapersonelle und zwischenmenschliche Faktoren	66
7.4.4 Soziale und ökologische Faktoren	68
7.5 Mögliche Interventionen und deren Wirksamkeit	68
7.5.1 Beispiele für Interventionen	68
7.5.2 Medienkompetenz	72
7.5.3 Interventionen während der Schwangerschaft und Stillförderung	72
7.5.4 Allgemeine Überlegungen zu Interventionen	72
7.6 Chancengleichheit bei der Förderung einer ausgewogenen Ernährung	73
7.7 Fazit	74
8 Förderung der psychischen Gesundheit	75
8.1 Psychische Gesundheit bei Kindern (0 bis 12 Jahre) in der Schweiz	75
8.2 Die psychische Entwicklung des Kindes und sein Umfeld	77
8.3 Wie kann die psychische Gesundheit von Kindern gefördert oder gestärkt werden?	78
8.3.1 Interne Ressourcen	78
8.3.2 Externe Ressourcen	83
8.4 Fazit	87
9 Zusammenspiel von Bewegung, Ernährung und psychischer Gesundheit	88
9.1 Einführung	88
9.2 Zusammenhang zwischen Ernährung, Bewegung und psychischer Gesundheit	88
9.2.1 Psychische Gesundheit und Bewegung	88
9.2.2 Bewegung und Ernährung	90
9.2.3 Ernährung und psychische Gesundheit	91
9.3 Das Spiel als wichtiges Instrument zur Förderung der psychischen Gesundheit	92
10 Schlussfolgerungen und Empfehlungen	95
10.1 Argumente für die Gesundheitsförderung: WARUM	95
10.2 Empfehlungen	95
11 Literaturverzeichnis	98

Darstellungsverzeichnis

Abbildung 2.1	Lebensweltkonzept	15
Abbildung 3.1	Das Behaviour Change Wheel	20
Abbildung 3.2	Wirkungsmodell für ein Projekt	22
Abbildung 3.3	Akteurinnen und Akteure im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit	27
Abbildung 3.4	Sensitive Zeitfenster für Interventionen	28
Abbildung 3.5	Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher auf verschiedenen Schulstufen (Basel, Bern, Zürich zusammen, Schuljahr 2017/18, n=13916)	33
Abbildung 3.6	Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder auf verschiedenen Schulstufen (Basel, Bern, Zürich zusammen, Schuljahr 2018/19, n=14531)	33
Abbildung 3.7	Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder auf verschiedenen Schulstufen (Basel, Bern, Zürich zusammen, Schuljahr 2019/20, n=14197)	33
Abbildung 3.8	Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder auf verschiedenen Schulstufen (Basel, Bern, Zürich zusammen), Vergleich von vier Perioden	33
Abbildung 3.9	Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder auf verschiedenen Schulstufen, 2018/19 bis 2020/21 (Basel, Bern, Zürich zusammen)	34
Abbildung 4.1	Begriffsklärung: Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit	35
Abbildung 4.2	Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungerechtigkeit	37
Abbildung 5.1	Bedeutung der Frühen Förderung	44
Abbildung 5.2	Der ökonomische Nutzen von Investitionen in die Frühe Förderung	46
Abbildung 6.1	Lebensbereiche (Domains), in welchen Bewegung stattfindet	52
Abbildung 6.2	Anteil der Kinder und Jugendlichen, welche die Bewegungsrichtlinien erfüllen, nach Alter	55
Abbildung 6.3	Wahrscheinlichkeit, einen ungünstigen kardiovaskulären Risikoscore zu haben bei zunehmender Anzahl von negativen Lebensstilfaktoren	58
Abbildung 6.4	Unterschiede in den motorischen Basiskompetenzen (Mittelwerte) zwischen Regel- und Bewegungskindergärten	59
Abbildung 7.1	Schweizer Ernährungsscheibe	64
Abbildung 7.2	Ernährungsentscheidungen von Kindern beeinflussende Faktoren	67
Abbildung 8.1	Dimensionen (durch Forschungsarbeiten validiert), auf die zur Förderung und Stärkung interner (kindspezifischer) und externer Ressourcen (Eltern, Fachkräfte) und damit die psychische Gesundheit von Kindern eingewirkt werden kann	86
Abbildung 9.1	Von den Gesundheitsdeterminanten zu den Schnittthemen zwischen Ernährung, Bewegung und psychischen Ressourcen	89
Tabelle 6.1	Vorteile von Bewegung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	53
Tabelle 6.2	Vergleich der Kinder, welche die Bewegungsempfehlungen erfüllten, 2014 und 2020 nach potenziell beeinflussenden Faktoren (in Prozent)	56
Tabelle 6.3	Auswirkungen eines multimodalen Bewegungsförderungsprogramms bei Primarschülerinnen und -schülern über ein Schuljahr	57
Tabelle 6.4	Beispiele von Verhaltens- und Verhältnisprävention durch Bewegungsförderung und Verminderung des inaktiven Lebensstils von Kindern und Jugendlichen	60
Tabelle 7.1	Prinzipien möglicher Interventionen zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung bei Kindern im Vorschul- und Schulalter	69
Tabelle 8.1	Prozentsätze der Erstmanifestation nach psychischen Störungen (Auswahl) und Altersgruppen	75

Verzeichnis der Boxen

Definitionen

Definition 3.1 Empowerment und Partizipation	21
Definition 3.2 Wirkungsmodelle für die Wirkungsmessung	23
Definition 3.3 Zwei-Kontinua-Modell (dual continuum model)	25
Definition 3.4 Lebenskompetenzen	25

Exkurse

Körpergewicht bei Kindern – positive Entwicklungen sind sichtbar	32
BMI-Monitoring unter Corona-Bedingungen	34
Gesund Aufwachsen in vielfältigen Formen von Familien	41
Bewegungsverhalten in der Schwangerschaft	61

Hintergrundwissen, Facts & Figures

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO, 1986)	18
Jakarta-Deklaration (1997)	19
Wechselseitige Wirkung von Verhalten und Verhältnis	19
Return on Investment (ROI) als ökonomische Evaluationsgrösse	29
Gesunde Schule	31
Individuelle Beeinträchtigungen und Chancengleichheit	40

Management Summary

Die Zielgruppe der Kinder ist in den kantonalen Aktionsprogrammen seit Beginn vorhanden. Es ist wichtig, in regelmässigen Abständen die wissenschaftlichen Grundlagen als Basis für wirksame Massnahmen und Interventionen zu aktualisieren. So ist sichergestellt, dass die Grundlage für Programme und Projekte auf dem neuesten Stand ist. Der vorliegende Bericht zeigt, weshalb ein Engagement für die Gesundheit von Kindern von grosser Bedeutung ist. Aufbauend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen wird gezeigt, warum die Themen Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit wichtige Pfeiler für die Gesundheit der Kinder sind. Es werden Interventionen und bewährte Handlungsansätze und Empfehlungen vorgestellt.

Kapitel 2 zu den **Lebenswelten** beleuchtet das Lebensweltkonzept. Dieses nimmt mit den Perspektiven der Lebenslage und der Lebensweise eine bekannte Unterteilung (Verhältnisse und Verhalten) aus den klassischen Grundlagen der Gesundheitsförderung aus einer anderen Sichtweise vor. Die Tatsache, dass jeder Mensch in seine Lebenswelten eingebettet ist und eine individuelle Lebenslage hat, verdeutlicht die hohe Bedeutung der Lebensweise für die Gesundheit von Kindern. Der natürlichen Erweiterung der Lebenswelten von Kleinkindern ist besondere Beachtung zu schenken und diese Übergänge sind gut zu gestalten. Die Betreuungsorte sind nebst der Familie und den primären Bezugspersonen eine zentrale Lebenswelt der Kinder und sollten dementsprechend möglichst ganzheitlich gesundheitsfördernd ausgestaltet sein. Zudem wird deutlich, dass Peers bereits in jungen Jahren einen grossen Einfluss haben können. Für Interventionen und Programme ist entscheidend, dass ein Bewusstsein und auch solides Wissen über die Normen und Routinen in den für Kinder wichtigen sozialen Lebenswelten erarbeitet werden. So können massgeschneiderte und auf Unterschiede Rücksicht nehmende Strategien in der Gesundheitsförderung ermöglicht werden.

In **Kapitel 3** werden allgemeine **Grundlagen und Methoden** zur Gesundheitsförderung bei Kindern aufgezeigt. Gesundheitsförderung umfasst Interventionsformen, die der Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen dienen. Sie zielt auf die Stärkung von Schutzfaktoren und Ressourcen. Prävention befasst sich mit der Vermeidung des Auftretens von Krankheiten und damit mit der Verringerung ihrer Verbreitung und Verminderung ihrer Auswirkungen. Die Kombination von Massnahmen auf der Verhaltens- und der Verhältnissebene wird als zielführend gesehen und bestätigt die Ausführungen zum Lebensweltkonzept aus Kapitel 2. Strukturelle Massnahmen können auf der Verhältnissebene eine Verhaltensänderung erleichtern. Sie sind jedoch wirksamer, wenn sie mit Massnahmen auf der Verhaltensebene kombiniert werden. Gesundheitsförderung bezieht optimalerweise verschiedene Ebenen mit ein – nicht nur verhaltensbedingte und psychische, sondern auch soziale, wirtschaftliche und umweltbezogene Faktoren. Die vier KAP-Ebenen (Intervention, Vernetzung, Policy und Öffentlichkeitsarbeit) entsprechen diesem Verständnis. Empowerment und Partizipation als zentrale Elemente der Gesundheitsförderung gewährleisten, dass Angebote auf die Bedürfnisse der Zielgruppen abgestimmt sind, und fördern den sozialen Zusammenhalt, die Chancengleichheit und die langfristige Verankerung von Programmen und Projekten.

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

Vor 2020 zeigte sich ein positives Bild der Gesundheit von Kindern in der Schweiz: Die meisten waren gesund und fühlten sich wohl. Rund ein Fünftel haben eine chronische Erkrankung oder ein chronisches Gesundheitsproblem. Die subjektive Gesund-

heit hat sich allerdings durch die Pandemie verschlechtert. Untersuchungen zeigen, dass es eine Zunahme von Sorgen, Ängsten und psychischen Problemen gab. Übergewicht ist deutlich häufiger als Adipositas. Erfreulicherweise zeigt das BMI-Monitoring der schulärztlichen Dienste, dass im jungen Kindesalter Übergewicht und Adipositas rückläufig sind. Das Einhalten der Bewegungsempfehlungen ist im Kindesalter nur für wenige ein Problem, dieses akzentuiert sich aber mit zunehmendem Alter. Zu Resilienz und Gesundheitskompetenzen von Kindern liegen aktuell keine Schweizer Daten vor. Detaillierte Zahlen zur Bewegung, Ernährung und psychischen Gesundheit der Kinder in der Schweiz – sofern vorhanden – werden in den themenspezifischen Kapiteln 6, 7 und 8 dargestellt.

Kapitel 4 zur **Chancengleichheit** zeigt, dass die gesundheitlichen Chancen auch bei Kindern ungleich verteilt und von sozialen Merkmalen abhängig sind. Das Bildungsniveau der Eltern, das Geschlecht und der Migrationsstatus sind einige Beispiele von sozialen Determinanten, die sich nachweislich negativ auf die Gesundheit von Kindern auswirken. Beim Thema LGBTIQ+ scheint bei Kindern eine frühe Ressourcenstärkung ebenfalls angezeigt, da Jugendliche bereits eine erhöhte Suizidrate aufweisen und somit vorher interveniert werden könnte. Es ist allerdings darauf zu achten, dass auch Familien mit anderen Merkmalen vulnerabel sein können, zum Beispiel wenn die Eltern psychische Erkrankungen oder Alkoholprobleme haben. Die Thematik der Einelternfamilien im Zusammenhang mit Armut ist wichtig, dieselben Problemstellungen treffen aber auch auf Zweielternfamilien mit niedrigem sozioökonomischem Status zu und dürfen nicht stigmatisierend angegangen werden. Wichtige Erfolgskriterien für Interventionsansätze, welche die Chancengleichheit erhöhen, sind die Partizipation der Zielgruppe, beziehungsgeleitete Arbeit, inhaltliche und sprachliche Anpassungen der Angebote, die Niederschwelligkeit der Angebote, eine multisektorale Zusammenarbeit und die kleinräumige Koordination. In einem Exkurs zu individuellen Beeinträchtigungen werden konkrete zielgruppenspezifische Handlungsansätze aufgezeigt.

Kapitel 5 thematisiert das wichtige Thema der **Frühen Förderung**. Dies ist gut erforscht und verschiedene Perspektiven liefern Argumente, um in dieser Phase bereits zu intervenieren. Viele Schnittmengen mit der Thematik der Chancengleichheit werden offensichtlich. Dass sich Investitionen in die Frühe Förderung lohnen, ist nachgewiesen. Ein guter Start ins Leben ist somit allen Kindern zu ermöglichen und Familien sind entsprechend zu unterstützen. Es werden vielfältige Möglichkeiten – ausserhalb der politischen Diskussion – aufgezeigt, wie zum Beispiel die Förderung von kinderfreundlichen Aussenräumen, die Finanzierung von aufsuchenden Programmen für sozial benachteiligte Familien, die Stärkung interprofessioneller Netzwerke, die Qualitätssicherung in Kindertagesstätten und Spielgruppen, Kontaktstellen für Familien, die die Orientierung im Frühbereich erleichtern, und die Sensibilisierung von Öffentlichkeit und Politik für die Bedeutung der frühen Kindheit. Es wird aber auch darauf aufmerksam gemacht, dass im Bereich der Frühen Förderung die strukturellen Rahmenbedingungen in der Schweiz eher dürftig ausgebaut sind.

In **Kapitel 6** wird die Förderung der regelmässigen **Bewegung** bei Kindern diskutiert. Wenn Kinder die Chance haben, ihrem natürlichen Bewegungsdrang nachzugehen, ist das Erfüllen der Bewegungsempfehlungen für jedes Kind ein erreichbares Ziel. In der frühen Kindheit gilt es somit, Kindern Möglichkeiten für das Ausleben dieses Bewegungsdranges anzubieten, Eltern bzw. Erziehungsberechtigte zu ermuntern, regelmässig nach draussen zu gehen, und entsprechend kinderfreundliche Aussenräume zu schaffen, die sicher sind und die Eltern dadurch entlasten. Die Tatsache, dass Kinder aus Bewegungskindergärten bessere Resultate in den motorischen Basiskompetenzen aufweisen, zeugt von der Wirksamkeit solch bewegungsfördernder Angebote. Bedenkt man, dass die motorischen Basiskompetenzen wichtig sind für die Entwicklung des physischen Selbstkonzepts und somit des lebenslangen Sporttreibens, ist dies eine gute Investition. Die Bedeutung der regelmässigen Bewegung für den schulischen Erfolg ist belegt; dies könnte im Schulsystem noch stärker berücksichtigt werden. Es ist nachgewiesen, dass mehr Bewegungszeit auf Kosten von anderen Fächern bei Letzteren zu keinen Leistungseinbussen führt. Zudem ermöglichen es

Angebote wie «Draussen unterrichten» oder «schule bewegt», ausserhalb des klassischen Sportunterrichts guten und sinnvollen bewegten Unterricht zu gestalten. Die Schulwege sind so zu sichern, dass ein gefahrloser Zugang zu Fuss oder mit dem Velo möglich ist und die Eltern dies ihren Kindern bereits in jungen Jahren erlauben können. Genügend Veloabstellplätze sind ein Muss und Veloverbote zu verhindern. Entsprechende Projekte existieren und Elterntaxis können so vermieden werden. Die offenen Turnhallen sind im Winterhalbjahr ein niederschwelliger betreuter Bewegungsort und jedes Kind sollte innerhalb einer kurzen Fahrzeit ein Angebot mit seinen Eltern bzw. Bezugspersonen aufsuchen können. In der BMI-Diskussion ist zu beachten, dass körperlich aktivere Kinder einen höheren BMI, aber einen tieferen Bauchumfang haben können.

Die Förderung einer ausgewogenen **Ernährung** wird in **Kapitel 7** dargelegt. Faktoren, welche die Ernährungsgewohnheiten der Kinder beeinflussen, werden identifiziert und diskutiert. Es bestehen gute Grundlagen für die Unterstützung von Eltern und Erziehungsberechtigten für eine gesundheitsfördernde Ernährung ihrer Kinder. Entscheidend ist, dass Eltern und Erziehungsberechtigte eine wichtige Vorbildfunktion haben. Die Kinder beobachten und imitieren sie und übernehmen so auch ihre Ernährungsgewohnheiten. Deshalb ist es legitim, bei den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten die sensible Phase, in der sie «das Beste für das Kind wollen», zu nutzen. Nicht nur die Ernährung der Kinder selbst, sondern auch die der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten sollte thematisiert werden und es ist auf die Tatsache hinzuweisen, dass sowohl gesunde als auch ungesunde Ernährungsgewohnheiten oft ungewollt (durch das Nachahmen der Kinder) weitergegeben werden. Die Freude am Essen und das gemeinsame Essen sind wichtig und zu fördern. Trotz dieser Grundlagen zeigen die Daten, dass nach wie vor unter anderem zu wenig Früchte und Gemüse, dafür aber zu viele Süssgetränke konsumiert werden. Das Wissen über die vielfältigen Auswirkungen eines zu hohen Zuckerkonsums scheint bei den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten noch nicht angekommen zu sein und weitere Anstrengungen sind nötig, um dieses Wissen verständlich zu den betroffenen Zielgruppen zu tragen. Kinder können früh für eine vielfältig gesunde Ernährung sensibili-

siert werden, indem man gemeinsam mit ihnen kocht. Entsprechende Angebote sollten geschaffen werden. Ein vielfältiges und ausgewogenes Angebot an gesunden Lebensmitteln für Kinder – zuhause und in anderen Betreuungsorten wie zum Beispiel in Kindertagesstätten – ist ebenfalls sehr wichtig. Die Auswirkungen der Werbung auf unser Essverhalten dürfen nicht unterschätzt werden. Daher sollte an Kinder gerichtete Werbung für süsse, fettige, salzige oder zu energiereiche Lebensmittel reduziert werden.

Kapitel 8 zur Förderung der **psychischen Gesundheit** ist anhand der internen und externen psychischen Ressourcen eines Kindes aufgebaut. Zu Beginn wird aufgezeigt, dass viele psychische Störungen im Kindesalter festgestellt werden, es in der Schweiz jedoch praktisch keine Daten über die allgemeine psychische Gesundheit von Kindern gibt. Emotionale Kompetenzen sind zu fördern und den Kindern sollte Raum für vielfältiges Spielen ermöglicht werden. Auch der Trend der Achtsamkeit kann bereits mit Kindern aufgegriffen werden; entsprechende Interventionen stehen zur Verfügung. Wie bei den Themen Ernährung und Bewegung spielen die elterlichen Kompetenzen eine grosse Rolle und können mit Kursangeboten gefördert werden. Elternbildung oder gar eine obligatorische Elternbildung scheint aber nach wie vor ein Tabuthema zu sein. Dies ist in Anbetracht des grossen Einflusses der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten auf die Gesundheit der Kinder erstaunlich. Eine Vision könnte sein, dass es selbstverständlich wird, nicht nur einen Geburtsvorbereitungskurs zu besuchen, sondern auch einen Elternvorbereitungskurs. Oder es könnten Anstrengungen unternommen werden, diese sogar gekoppelt anzubieten. Entscheidend und wichtig für alle Interventionen ist der ressourcenstärkende Ansatz, welcher Schutzfaktoren für eine gesunde Psyche bei Kindern stärkt. Allerdings gilt es, sich des grössten Risikofaktors für eine ungesunde psychische Entwicklung bei Kindern bewusst zu sein, nämlich der psychischen Krankheit eines Elternteils.

In **Kapitel 9** wird das **Zusammenspiel von Ernährung, Bewegung und psychischer Gesundheit** thematisiert. Es geht in den Modulen der kantonalen Aktionsprogramme darum, Schutzfaktoren für die physische und psychische Gesundheit zu stärken. Das Kapitel zeigt auf, dass Ernährung und Bewegung sowohl Schutzfaktoren (und je nachdem auch Risikofaktoren) für die physische wie auch psychische Gesundheit darstellen. Umgekehrt kann aber auch zum Beispiel die Selbstwirksamkeit, eine Ressource der Psyche, wichtig sein, um im Bereich von Ernährung und Bewegung Gewohnheiten zu verändern. Zum Beispiel fördert körperliche Aktivität das Wohlbefinden, reduziert Stress und kann die Selbstwirksamkeit begünstigen. Ernährung und Bewegung tragen gemeinsam zur motorischen und psychischen Entwicklung bei. Ausserdem hat Stress einen ungünstigen Einfluss auf das Essverhalten. Essen ist oft von Emotionen beeinflusst. Eine unausgewogene Ernährung kann umgekehrt aber auch die Entstehung von Depressionen begünstigen. Insbesondere zur Prävention von Übergewicht zeigt die Obesity Map auf, dass dies ganzheitlich betrachtet werden muss. Das Spielen wird als wichtiges universelles Phänomen für die gesunde Entwicklung von Kindern eingeführt und es wird betont, dass dies in allen Settings entsprechend zu fördern ist. Den Kindern ist dafür genügend Zeit zu geben und Eltern und Betreuungspersonen sind darin zu stärken, dies zu ermöglichen und nicht nur auf strukturierte Inhaltsvermittlung zu setzen.

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

Argumente:

- Kindheit = «window of opportunities»
- Kritische Lebensereignisse kumulieren sich für Kinder
- Entdeckung neuer Lebenswelten als Chance
- Unzureichende Datenlage zur Kindergesundheit

Inhaltliche Empfehlungen:

- Selbstwirksamkeit als Schlüssel zur Gesundheit
- Lebenskompetenzen fördern = psychische Gesundheit fördern
- Regelmässige Bewegung fördert mehr als ein gesundes Körpergewicht
- Freude am gemeinsamen Essen
- Spielen, spielen, spielen ...

Methodische Empfehlungen:

- Intersektorale Verantwortung für die Kindergesundheit
- Eltern und Erziehungsberechtigte als wirkungsvolle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren
- Soziale Einbettung der gesamten Familie wichtig
- Strukturelle Massnahmen sind wichtig
- Schule als wichtiges Setting
- Natürliche Verhaltensweisen nicht einschränken
- Themen integrieren statt separieren
- Chancengleichheit stärken

1 Einleitung

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

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

- Kinder
- Jugendliche und junge Erwachsene
- Ältere Menschen

Der vorliegende Bericht beschäftigt sich mit der Zielgruppe der Kinder.

Zielgruppendefinition Kinder

Der Grundlagenbericht Kinder behandelt die Lebensphase bis ungefähr zum 12. Lebensjahr bzw. bis zum Ende der Primarstufe. Dies entspricht den Lebensphasen Schwangerschaft, Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter, Kindergarten (frühes Schulalter) und Primarschule (mittleres Schulalter).

Ziele und Publikum der Berichte

Die Grundlagenberichte fassen die wissenschaftliche Evidenz in den Themen Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit zusammen und sind praxisnah aufbereitet. Die Berichte sollen aufzeigen, in welchen Bereichen Handlungsbedarf besteht und welche Ansätze sich für die verschiedenen Zielgruppen und Themen bewährt haben. Basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen bieten die Grundlagenberichte eine Hilfe zur Überführung der Wissenschaft in die Praxis. Der Bericht ist nicht als ope-

rativen Umsetzungshilfe gedacht, diese Funktion wird durch Beratungen, Checklisten und weitere Praxismaterialien von Gesundheitsförderung Schweiz erfüllt.

Publikum der Berichte sind primär:

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

Interdisziplinarität des Berichts

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

Corona-Pandemie

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

Aufbau des Berichts

Der vorliegende Bericht zur Zielgruppe Kinder beginnt mit einem Blick auf die Lebensphase der Kindheit, behandelt dann Grundlagen und Methoden zur Gesundheitsförderung bei Kindern, gesundheitliche Chancengleichheit und die Frühe Förderung. Es folgen die Kapitel zu den Themen Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit. Der Bericht wird mit einem Kapitel zum Zusammenspiel dieser Themen abgeschlossen.

Für die eilige Leserin und den eiligen Leser

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

Leseanleitung

Die drei zielgruppenspezifischen Berichte sind im Aufbau und zum Teil auch in den Inhalten bewusst parallel gehalten, um der Leserschaft die Orientierung innerhalb der Berichte zu erleichtern. Diese Leseanleitung gibt hilfreiche Hinweise, wie die Berichte am effizientesten genutzt werden können.

Es war uns ein Anliegen, die Berichte so aufzubauen, dass sie als Nachschlagewerk benutzt werden können. Die effiziente und lesefreundliche Handhabung stand so neben der praxisnahen Aufbereitung der Inhalte im Vordergrund. Jeder Bericht bildet in sich eine abgeschlossene Übersicht über die Gesundheitsförderung bei der jeweiligen Zielgruppe.

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

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

Box: Definition

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

**Box: Weiterführende Literatur**

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

**Box: Praxis**

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

**Box: Corona-Pandemie**

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

**Box: Hintergrundwissen, Facts & Figures**

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

**Exkurs**

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



2 Lebenswelten von Kindern

-
- **Gisela Unterweger**, Pädagogische Hochschule Zürich
 - **Anja Sieber Egger**, Pädagogische Hochschule Zürich
-

2.1 Grundlagen und Definitionen

Kindheit ist sozial konstruiert

Kindheit ist aus der Sicht der sozialwissenschaftlichen Kindheitsforschung ein schillernder Begriff, der auf den ersten Blick eine klar umrissene Lebensphase umfasst: Heute wird damit oft die **Altersspanne von 0 bis 12 Jahren** gefasst. Auf den zweiten Blick wird es komplizierter. Es ist kulturell und historisch äusserst unterschiedlich, was als Kindheit verstanden wird, wer als Kind gilt und welche zugeschriebenen Eigenschaften, Rechte und Pflichten mit dieser gesellschaftlichen Kategorie verbunden sind. Philippe Ariès hat dies bereits 1960 in seiner grundlegenden Studie zur «Geschichte der Kindheit» [2.1] aus historischer Sicht dargelegt. Auf den Punkt gebracht: Was Kinder sind, was Kindheit ist und was damit einhergeht, ist sozial konstruiert. In der Kindheitsforschung werden nach Helga Kelle [2.2] **vier Perspektiven auf Kindheit** unterschieden, die nachfolgend kurz ausgeführt werden:

- 1) Kindheit als Lebenslage und soziale Strukturkategorie
- 2) Kindheit als Lebensphase
- 3) Kindheit als Lebensweise
- 4) Kindheit als Diskurs

Mit der Perspektive **«Kindheit als Lebenslage»** wird erstens der Blick auf die Lebensbedingungen der Kinder gerichtet: Sie werden als eigenständige soziale Gruppe verstanden und nicht als zu erziehende, zu bildende zukünftige Erwachsene. Sie werden auch nicht sofort unter «Familie» subsumiert. So kann zum Beispiel ein Phänomen wie Kinderarmut in den Blick geraten. Die zweite Perspektive, **«Kindheit als Lebensphase»**, entspricht einerseits einer

entwicklungspsychologischen Konzeption und erfasst die Entwicklung der individuellen Fähigkeiten der Kinder – sei es in Bezug auf Kognition, Emotionen, Sprache, Motorik usw. – sowie die Entwicklung sozialer Fähigkeiten wie Rollenverständnisse, Beziehungsverhalten, soziale Werte und Normen. Kindheit als Lebensphase wird andererseits als gesellschaftlich institutionalisierte Alterszugehörigkeit verstanden, die man beispielsweise mit Biografieforschung zugänglich machen kann. Drittens stellt **«Kindheit als Lebensweise»** die kulturellen Formen und Handlungsweisen von Kindern und ihre Handlungsfähigkeit im Alltag ins Zentrum, zum Beispiel in ihren Gleichaltrigenkulturen. Und schliesslich ist auch die Perspektive von **«Kindheit als Diskurs»** zu nennen. Unter diesem Schlagwort wird untersucht, welche Bilder, Vorstellungen und Normen von und zu Kindheit und Kindern gesellschaftlich zirkulieren und wirksam werden.

2.2 Das Lebensweltkonzept

Lebenslage (1) und Lebensweise (3) zusammengedacht

Die Perspektiven auf die Lebenslage und die Lebensweise von Kindern werden im soziologischen Lebensweltkonzept nach Schütz und Luckmann [2.3] vereint. Das **Lebensweltkonzept** stellt das Subjekt und dessen Erleben, Interpretieren und Handeln im Alltag ins Zentrum. Es versteht den Menschen als eingebettet in seine Lebenswelt. **Mit Lebenswelt ist der alltägliche Erfahrungsraum gemeint**, der direkt erlebt wird und in dem Menschen ihre spezifische **Lebensweise** pflegen, beispielsweise in der Familie zuhause, in Schule, Kindergarten oder Kindertagesstätte, in einem Chatroom online und an vielen weiteren Orten. Die Lebenswelt ist geprägt von gesellschaftlichen – ökonomischen, sozialen und rechtlichen – Bedingungen oder, anders gesagt, von der **Lebenslage**. Das Kind einer geschiedenen Sozialhilfeempfängerin lebt in einer sehr anderen Lebenswelt als das Kind einer wohlhabenden geschiedenen Akademikerin. Die konkrete Ausgestal-

tion der Lebenswelten, das individuelle Handeln darin und die in ihnen zirkulierenden Deutungen und Einschätzungen sind immer im Kontext dieser äusseren Bedingungen zu verstehen. **Lebenslage und Lebensweise sind aufs Engste miteinander verzahnt.** Dies wird im Gesundheitsbereich beispielsweise dann relevant, wenn Familien in unterprivilegierten Lebenslagen Lebensweisen entwickeln, die negative gesundheitliche Folgen haben. Mit dem

Lebensweltkonzept betrachtet, ergibt es wenig Sinn, den Hebel ausschliesslich an der Lebensweise und dem individuellen Handeln anzusetzen – die Lebenslage muss immer mitbedacht und wenn möglich in eine Richtung verändert werden, die die Handlungsspielräume im Sinne eines Empowerment erweitert. In eine ähnliche Richtung zielt auch der Settingansatz der Gesundheitsförderung [2.4]. In [Abbildung 2.1](#) wird das Lebensweltkonzept illustriert.

ABBILDUNG 2.1

Lebensweltkonzept

- Die weissen Kreise illustrieren die Lebenswelt eines Subjekts mit möglichen kleinen sozialen Lebenswelten.
- Die orangen Kreise illustrieren die gesellschaftlichen Realitäten, in welche die individuelle Lebenswelt eingebettet ist und welche in einer bestimmten – privilegierten oder weniger privilegierten – Lebenslage resultieren.

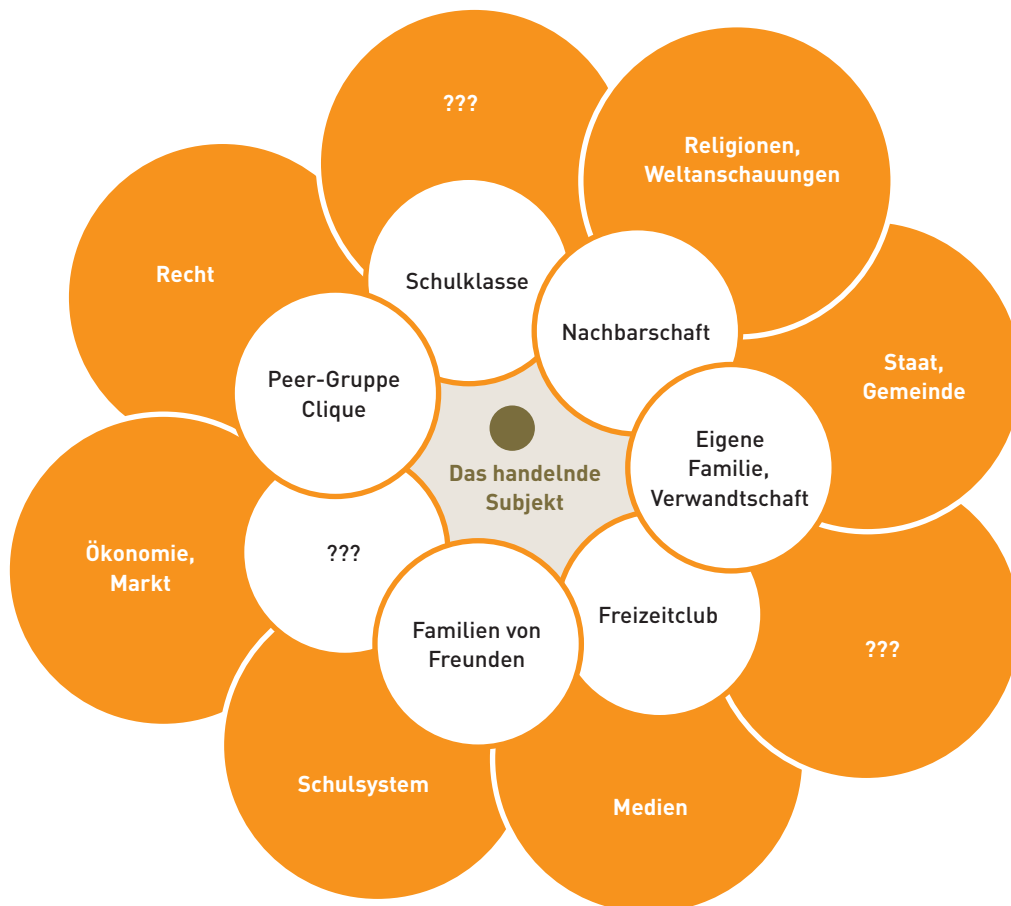


Illustration: Marianna Jäger (unveröffentlichtes Referat zum Lebensweltkonzept, PHZH)

2.3 Veränderungen und Übergänge in der Lebenswelt

Lebenswelt und primäre sowie sekundäre Sozialisation

Die Lebenswelt ist nicht unveränderlich, sondern im Fluss. Bei Kindern sorgt allein die Tatsache des Älterwerdens für Veränderungen und Ausweitungen der Lebenswelt. Sie machen nicht nur individuelle Entwicklungsschritte, sie werden auch institutionell anders angesprochen, so beispielsweise mit der Schulpflicht, die eine Erweiterung der Lebenswelt von der Familie zur Schule unausweichlich macht [2.5]. Über die gesamte Lebensspanne von Kindern zwischen 0 und 12 Jahren kommt es so in der Regel zu einer kontinuierlichen Ausdifferenzierung der kleinen sozialen Lebenswelten. Diese beinhaltet auch den Übergang von der primären Sozialisation in der Familie zur sekundären Sozialisation in Bildungsinstitutionen. Wie der Begriff Sozialisation schon anklingen lässt, geht es vor allem um die «Tradierung von sozialem Handlungswissen» [2.6]. Dieses Handlungswissen wiederum unterscheidet sich in den verschiedenen kleinen sozialen Lebenswelten. In der sekundären Sozialisation wird das Kind in Institutionen mit gesellschaftlich zentralen Normen und Werten, Handlungsweisen und Routinen vertraut gemacht. So wird die kleine soziale Lebenswelt Schulklasse zu einem bedeutsamen gesellschaftlichen Schlüsselort [2.7]. Aber auch andere Orte der sekundären Sozialisation werden wichtig für gesundheitsbezogene Interventionen und stehen ebenfalls im Interesse der Gesamtgesellschaft. In der Lebenswelt Schule und in anderen institutionalisierten Bildungseinrichtungen können neue Routinen und neues Wissen etabliert werden. So geschieht es beispielsweise mit dem «gesunden Znüni» im Kindergarten [2.8].

Die Lebenswelt als (spannungsvolles) Patchwork

Die Lebenswelt von älteren Kindern gestaltet sich als ein Patchwork aus unterschiedlichen kleinen sozialen Lebenswelten im öffentlichen wie im privaten Bereich [2.9]. In diesen kleinen Welten spielt sich der Alltag in typischer, immer wiederkehrender Weise ab. In den einzelnen kleinen sozialen Lebenswelten gelten je unterschiedliche Regeln, Normen und Werte. Unterschiedliche Routinen werden gepflegt und unterschiedliche Dinge als wichtig (oder unwichtig) interpretiert. Nun gibt es Situationen, in

denen diese Unterschiede sehr gross werden und gegensätzliche oder gar sich ausschliessende Regeln, Normen und Relevanzen gepflegt werden. Dann kann das Kind in ein Spannungsfeld zwischen den unterschiedlichen Lebenswelten geraten. Sehr deutlich wird dies gerade im Bereich der Bildungschancen, wenn die Bedeutung von Bildung in der Familie eine andere ist als die in der Schule vermittelte. Zwar können bereits kleine Kinder sehr gut zwischen einzelnen Lebenswelten unterscheiden und flexibel auf die jeweiligen Anforderungen darin eingehen. Aber wie aus der Schulforschung [2.10] bekannt ist, erleichtert eine Passung zwischen den lebensweltlichen Bereichen den Übergang zwischen diesen beträchtlich. Solche Übergänge und ihre Anforderungen genauer in den Blick zu nehmen, dabei auf Passungen zu achten und diese aktiv zu suchen, könnte nicht nur im Hinblick auf Bildungschancen, sondern auch für die Gesundheitsförderung hilfreich sein. Besondere Aufmerksamkeit sollte dabei den institutionellen Übergängen gewidmet werden. Denn diese können zu grossen Spannungen führen, beispielsweise dann, wenn ein Kind von einem «bewegten» Kindergarten in eine Schulklasse wechselt, in der plötzlich nur noch wenig Bewegung zugelassen wird.



Folgen von Spannungsfeldern zwischen unterschiedlichen Lebenswelten

Solche Spannungsverhältnisse lassen sich besonders gut am Beispiel des gesunden Essens verdeutlichen. Es kann für Kinder schwierig sein, die lebensweltlich unterschiedlichen Normen bezüglich «guter» Lebensmittel zu befolgen. Und ein solches ungünstiges Passungsverhältnis kann zu unerwünschten Folgen wie Ausschluss und benachteiligenden sozialen Positionierungen führen. Dies können wir am Beispiel eines Mädchens im Kindergarten zeigen, das über längere Zeit das «falsche» Znüni – zu viel Zucker, zu viel Salz, zu wenig Früchte und Gemüse – mit in den Kindergarten bringt [2.11]. Das Mädchen wird nicht nur von den Lehrpersonen intensiv bearbeitet, sondern auch von den Kindern als «das Kind mit dem falschen Znüni» eingeschätzt. In der Folge hört dieses Mädchen auf, in der Pause etwas zu essen.

Lebensweltliche Zugehörigkeiten und Veränderungsprozesse

Durch die Linse des Lebensweltkonzepts betrachtet, beziehen sich gesundheitsbezogene Interventionen häufig auf Handlungs- und Interpretationsroutinen, die Teil einer im Alltag kaum hinterfragten Lebensweise sind. Dies erschwert grundsätzlich Veränderungsprozesse. Um solche anzustossen, sind Vorgehensweisen sinnvoll, die aktiv und respektvoll auf unterschiedliche lebensweltlich geprägte Voraussetzungen eingehen und die – beispielsweise über partizipative Strategien – versuchen, eine Brücke zwischen unterschiedlichen sozialen Lebenswelten zu schlagen. Dabei sollte ein Bewusstsein für die Eigenlogik von Regeln, Normen, Interpretationen und Handlungswissen in den für Kinder wichtigen sozialen Lebenswelten zum Tragen kommen: In der Regel ist das die Familie, aber schon relativ früh wird auch die Peer-Kultur zu einem wichtigen Faktor, wie

Untersuchungen innerhalb der Kindheitsforschung zeigen [2.12]. Die in diesen Lebenswelten anzutreffenden Routinen und Normen können den angestrebten Handlungszielen – wie beispielsweise gesunder Ernährung – erst einmal zu widersprechen scheinen. Ein solches Bewusstsein und auch solides Wissen über die Normen und Routinen in den für die Zielgruppen wichtigen sozialen Lebenswelten können massgeschneiderte und auf Unterschiede Rücksicht nehmende Strategien auch und gerade in der Gesundheitsförderung ermöglichen. Ausgehend vom oben erwähnten Beispiel des Mädchens, das ein «falsches» Znüni mit in den Kindergarten bringt, könnte die Schule generell in eine Elternzusammenarbeit investieren, die den Ernährungsgewohnheiten der Familie Respekt und Offenheit entgegenbringt. Auf dieser Grundlage wäre eine partizipative Suche nach einem für alle Seiten stimmigen Znüni möglich.

3 Grundlagen und Methoden der Gesundheitsförderung bei Kindern

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

Die mit einer orangen Linie markierten Abschnitte dieses Kapitels sind identisch mit dem Kapitel 3 im Bericht 9 [Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen](#).

3.1 Gesundheitsförderung und Prävention

Komplementäre Ansätze mit gemeinsamem Ziel

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

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

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

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

Gesundheitsförderung

Der weit gefasste Gesundheitsbegriff der WHO aus dem Jahr 1946 wurde massgebend für die Gesundheitsförderung, welche als «Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten» definiert wird. Gesundheitsförderung bezeichnet Interventionsformen, die der Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen der Bevölkerung dienen, und zielt auf die Stärkung von Schutzfaktoren und internalen und externalen Ressourcen [3.1–3.4]. Wichtige Meilensteine der Gesundheitsförderung sind die Ottawa-Charta und die Jakarta-Deklaration.



Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO, 1986)

- Definiert Gesundheit als «wesentlichen Bestandteil des alltäglichen Lebens»
- Vertritt ein salutogenetisch orientiertes, gesundheitspolitisches Leitbild
- Richtet Gesundheitsförderung auf «die Förderung von gesunden Lebensbedingungen und umfassendes Wohlbefinden» aus [3.5]



Jakarta-Deklaration (1997)

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

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

Prävention

Prävention zielt auf «eine Vermeidung des Auftretens von Krankheiten und damit die Verringerung ihrer Verbreitung und die Verminderung ihrer Auswirkungen» [3.1]. Der Ansatz ist somit, Krankheiten «zuvorzukommen» [3.6] oder «die Auslösefaktoren von Krankheiten zurückzudrängen oder ganz auszuschalten» [3.1]. Dabei wird auf eine «Abschätzung der Eintrittswahrscheinlichkeit» einer Krankheit gebaut. Risikofaktoren werden identifiziert, um mit Interventionshandlungen in die «Dynamik der Pathogenese» einzugreifen [3.1]. Unterschiedliche Formen der Prävention werden anhand des Zeitpunkts, anhand der Zielgruppe sowie anhand der Massnahmenebene der Prävention gegliedert. Neben Krankheiten wird mit Prävention auch Unfällen vorgebeugt.

Zeitpunkt der Prävention

Bezüglich des Zeitpunkts der Prävention wird zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden. Diese drei Kategorien sind nicht scharf trennbar, sondern können überlappen [3.6].

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

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

Zielgruppe der Prävention

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

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

Massnahmenebene der Prävention

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



Wechselseitige Wirkung von Verhalten und Verhältnis

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



Definition 3.1

Empowerment und Partizipation

Zentrale Elemente der Gesundheitsförderung sind Empowerment und Partizipation. Beim Empowerment geht es um die Befähigung zu einem selbstbestimmteren Leben und darum, eigene Interessen selbstverantwortlich vertreten zu können. Dabei sollen Menschen eigene Ressourcen kennen und nutzen lernen. Bei der Partizipation geht es darum, Menschen einzubeziehen, sie teilhaben und mitbestimmen zu lassen [3.6]. Empowerment und Partizipation bereichern und verstärken sich gegenseitig. Partizipation trägt zu mehreren positiven Effekten bei [3.11]:

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



Weiterführende Informationen zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention

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



Weiterführende Informationen vom BAG zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention

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

3.2 Evaluation und Wirkungsmanagement

Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention greifen vielfach in die Lebenswelten der Zielgruppen ein und werden meistens mit öffentlichen Geldern finanziert. Bei Kindern sind vor allem die Lebenswelten Familie und Schule relevant.

Deshalb müssen Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ein ausgezeichnetes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen. Dabei ist der Nutzen eine gesellschaftliche bzw. individuelle Wirkung, die erzielt werden soll. Weare und Nind zeigten auf, dass das Thematisieren von psychischer Gesundheit in Schulen mittels spezifischer Massnahmen zwar statistisch nur geringe Veränderungen bewirkte, diese kleinen Veränderungen jedoch für die Betroffenen eine grosse Verbesserung der Situation zur Folge hatten [3.12]. Eine solche Wirkung nachzuweisen ist nicht einfach; es fehlt häufig an leicht zugänglichen Indikatoren und Messgrössen, wie sie gewinnorientierte Organisationen mit ihren Finanzzahlen haben [3.13].

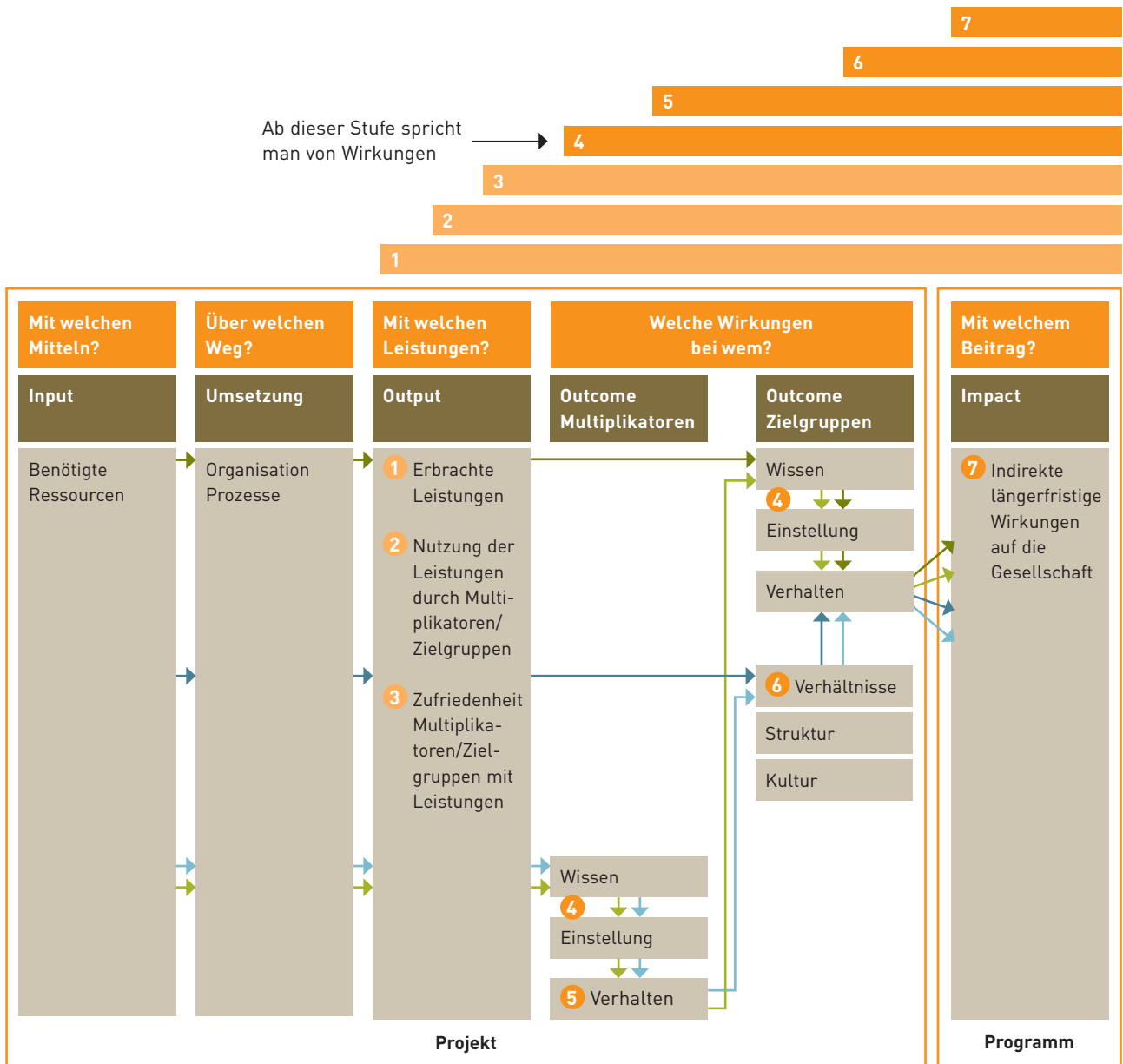
Für die Gesundheitsförderung und Prävention werden wie in anderen Bereichen, in denen eine gesellschaftliche Wirkung erzielt werden soll, Wirkungsmodelle entwickelt [3.14–3.16]. Diese bilden einerseits die theoretische Basis für die Wirkungsmessung, andererseits kann mit ihnen auch aufgezeigt werden,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

wicklung bestehender oder die Entwicklung neuer Massnahmen unterstützen: Lücken in der Wirkungskette können aufgedeckt und ungenau ausgerichtete Aktivitäten identifiziert werden. Bereits früh hat Gesundheitsförderung Schweiz für ihre Programme

und die von ihr unterstützten Projekte die intendierte Wirkung thematisiert und die Dokumentation der Wirkungserzielung als festes Element der Programm- bzw. Projektentwicklung eingeführt (Abbildung 3.2).

ABBILDUNG 3.2

Wirkungsmodell für ein Projekt



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

Quelle: [3.21]



Trotz der guten theoretischen Basis und der Wirkungsmodelle bleibt die Wirkungsevaluation eine grosse Herausforderung. Wie können die definierten Indikatoren gemessen und wie der Effekt evaluiert werden, ohne dass aufwendige und allenfalls teure Methoden eingesetzt werden müssen? Ein Ansatz ist sicher, von Anfang an die Wirkungsmessung in Projekte einzuplanen. So können Prozessdaten und vor allem die notwendigen Daten fortlaufend erhoben werden. Auch können bestehende Routinedaten für die Evaluation herangezogen werden. Mit dem Goal Attainment Scaling, das ursprünglich aus der klinischen Psychologie stammt und in der Schweiz in der Rehabilitation oder der Psychiatrie angewendet wird, konnten in der Gesundheitsförderung erste Erfahrungen gemacht werden [3.18]. Bei dieser Methode werden vor der Durchführung einer Massnahme ein klares Ziel (erwünschtes Ergebnis Output oder Impact), verschiedene Szenarien der Zielerwartungen (je zwei Stufen höher oder zwei Stufen tiefer als das angestrebte Ziel) und Indikatoren für die Zielerreichung erarbeitet. Anhand einer Fünfer-Skala, in der 0 dem angestrebten Ziel entspricht, kann die Zielerreichung evaluiert werden [3.17]. Eine Besonderheit der Methode ist die Einbindung der Zielgruppe und von Fachpersonen in alle Schritte [3.17].



Definition 3.2

Wirkungsmodelle für die Wirkungsmessung

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

Weiterführende Informationen zum Thema Wirkung nachweisen

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

3.3 Gesundheit der Kinder in der Schweiz: Aktuelle Zahlen

Der Aufgabe, die Gesundheit von Kindern in der Schweiz zu beschreiben, haben sich zuletzt die Autorinnen und Autoren des [nationalen Gesundheitsberichts 2020](#) gestellt [3.22]. Er beschreibt ausführlich und detailliert den aktuellen Wissensstand im Jahr 2019 zur Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, im Wissen, dass ein noch so aktueller Bericht bereits «alte» Daten präsentiert. Somit ist die Frage nach der Gesundheit von Kindern immer wieder aufs Neue zu stellen: Wie ist die Gesundheit der Kinder heute, wie wird sie morgen sein? Wenngleich die Gesundheit einer ganzen Altersgruppe sich selten schlagartig ändert, ist die Coronapandemie ein Beweis dafür, wie plötzliche Veränderungen im Lebensraum von Kindern in sehr kurzer Zeit relevante gesundheitliche Auswirkungen haben können.

Der nationale Gesundheitsbericht zur Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen beschrieb auf Basis der Daten **vor** 2020 ein weitgehend positives Bild: Die allermeisten Kinder waren gesund und fühlten sich wohl. Zum damaligen Zeitpunkt unterschied sich die subjektive Einschätzung des eigenen Wohlbefindens nach Alter, Geschlecht und Sozialstatus der Eltern. Gemäss der HBSC-Studie, die wiederkehrend 11- bis 15-jährige Kinder und Jugendliche untersucht, gaben 2018 10,4 % der 11-Jährigen an, sich einigermaßen gut zu fühlen, und 1,1 %, sich schlecht zu fühlen [3.23]. Im Jahr 2022 kommt man nicht umhin, auf die Verschlechterung der subjektiven Gesundheit als Folge der Pandemie hinzuweisen. Verschiedene Studien und Stakeholder im In- und Ausland weisen auf eine deutliche Zunahme von Sorgen, Ängsten und psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen hin [3.24].

Noch ist es zu früh, zu beurteilen, wie die Pandemie sich langfristig auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern in der Schweiz auswirken wird.



Erkenntnisse zur Gesundheitsförderung während Corona

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

Eher die Regel ist jedoch, dass gesellschaftliche Veränderungen sich mit einer Latenzzeit und stetig auf die Gesundheit auswirken. Ein Beispiel ist die Adipositas-Epidemie, die seit dem späten 20. Jahrhundert Fachpersonen beunruhigt [3.25, 3.26]. An ihr lässt sich auch aufzeigen, dass gesundheitsförderliche Interventionen häufig verzögert und nur langsam den erwünschten Effekt haben – in diesem Fall einen Rückgang des Übergewichts.

Der Gesundheitsbericht 2020 schätzt, dass etwa ein Fünftel der Kinder eine chronische Erkrankung oder ein chronisches Gesundheitsproblem haben [3.22]. Eine aktuelle Schätzung des BFS geht von 5% Kindern und Jugendlichen bis 14 Jahre mit einer Behinderung aus [3.1, 3.27]. Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) lebten hingegen nur 3,3% der 15- bis 75-jährigen Teilnehmenden mit einem 0- bis 14-jährigen Kind mit schlechtem bis sehr schlechtem Gesundheitszustand zusammen. Diese Diskrepanz hängt einerseits damit zusammen, dass die SGB keine repräsentativen Aussagen zu Kindern in der Schweiz macht, und andererseits damit, dass nicht jede Behinderung oder chronische Erkrankung mit einem subjektiv wahrgenommenen schlechten Gesundheitszustand einhergeht.

Unter den chronischen Erkrankungen finden sich relativ häufig Erkrankungen der Atemwege oder Erkrankungen, die mit erblicher Überempfindlichkeit zusammenhängen (Asthma, Neurodermitis). Auch kardiometabolische Risiken sind häufig, wie Adipositas oder Hypertonie (1–5%). Diese Erkrankungen hängen sowohl mit Verhältnissen als auch mit individuellem Verhalten zusammen. Übergewicht ist deutlich häufiger als Adipositas. Erfreulicherweise zeigt

das BMI-Monitoring der schulärztlichen Dienste, dass im jungen Kindesalter Übergewicht und Adipositas rückläufig sind und bei den Jugendlichen auf höherem Niveau stagnieren [3.26]. Auf der Grundstufe (Kindergarten, 1. Klasse; 1–3 Harmos) sind 8,7% übergewichtig und 3,7% adipös, auf der Mittelstufe (3.–5. Klasse, 5–7 Harmos) 13,9% und 3,5%, auf der Oberstufe (8./9. Klasse, 10/11 Harmos) sind es 16,6% und 4,8%. Das Befolgen der Bewegungsempfehlungen ist mit dem Alter deutlich rückläufig [3.28]. Grundlagen für gesundheitsbewusstes Verhalten werden jedoch bereits in der Kindheit gelegt. Zu Resilienz und Gesundheitskompetenzen von Kindern liegen aktuell keine Schweizer Daten vor.

3.4 Zielgruppenspezifischer Gesundheitsbegriff

«Die Gesundheit von Kindern ist das Ausmass, in dem einzelne Kinder oder Gruppen von Kindern in der Lage sind oder befähigt werden, (a) ihr Potenzial zu entwickeln und auszuschöpfen, (b) ihre Bedürfnisse zu befriedigen und (c) die Fähigkeiten zu entwickeln, die es ihnen ermöglichen, erfolgreich mit ihrer biologischen, physischen und sozialen Umwelt zu interagieren.» [3.29]

Diese Definition von Kinder- und Jugendgesundheit des US National Research Council und des Institute of Medicine (USA) orientiert sich an der Definition von Gesundheit der Ottawa-Charta [3.5], welche Gesundheit als einen wesentlichen Bestandteil des alltäglichen Lebens versteht und mit Gesundheitsförderung physisches, psychisches und soziales Wohlergehen anstrebt (siehe [Abschnitt 5.4](#)). Gesundheit im Kindes- und Jugendalter ist demnach weit mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Das Zwei-Kontinua-Modell, welches in der psychischen Gesundheit angewendet wird, liesse sich auch auf physische Gesundheit übertragen. Demnach sind Gesundheit und Krankheit getrennt zu betrachtende und doch gleichzeitig bestehende Zustände mit je unterschiedlicher Ausprägung zu unterschiedlichen Zeitpunkten [3.30, 3.31].



Definition 3.3

Zwei-Kontinua-Modell (dual continuum model)

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

Das Wort «Entwicklung» in diesem Gesundheitsverständnis ist besonders hervorzuheben. Eine gesunde körperliche, mentale, intellektuelle und soziale Entwicklung ist sowohl Ziel der Gesundheitsförderung als auch für das Gelingen von Gesundheitsförderung grundlegend. So muss Gesundheitsförderung nicht nur die Themen und Inhalte, sondern auch ihre Methoden adressatengerecht an den jeweiligen Entwicklungsstand anpassen.

Alter und Entwicklungsstand strukturieren auch das Gesundheitsverständnis von Kindern in der Europäischen Union. Im europäischen Projekt «Child Health Indicators of Life and Development (CHILD)» [3.32] haben 15 Mitgliedstaaten «key topics» und ein Set an Gesundheitsindikatoren erstellt, welche die spezifischen gesundheitlichen Bedürfnisse und Indikatoren entlang der Entwicklung und dem fortschreitenden Alter von Kindern und Jugendlichen konzipieren. Zu den «key topics» gehören unter anderem gesundheitsförderliche Politik, psychische Gesundheit, Wohlbefinden sowie Ernährung und Wachstum. Für die Gesundheitsförderung ist es essenziell, Daten zur Kindergesundheit und -entwicklung vorliegen zu haben, um Handlungsbedarf und -erfolg zu erkennen.

Dieses dynamische Verständnis von Gesundheit wird unterstrichen durch die in der Gesundheitsförderung angewandten «social and ecological theories» [3.33], die eine kontinuierliche Interaktion zwischen dem Individuum oder Bevölkerungsgruppen und der physischen, kulturellen, sozialen und politischen Umwelt beschreiben. Ein ganzheitliches Verständ-

nis von Gesundheit im Kindesalter schliesst somit immer auch Eltern und nahe Bezugspersonen mit ein, aber auch die Nachbarschaft, die Gemeinde und die sozialen, politischen und edukativen Systeme, in denen das Kind lebt.

3.5 Ziele der Gesundheitsförderung bei Kindern

Wie oben (Abschnitt 3.1) ausgeführt, zielt Gesundheitsförderung sowohl auf gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen wie auch auf die Befähigung des Individuums, die eigene Gesundheit zu stärken [3.1, 3.34]. Bei Letzterem wird häufig auch von Empowerment gesprochen. Daraus ergeben sich konkrete Ziele der Gesundheitsförderung im Kindesalter:

- Vermittlung von Wissen (Was ist gesund, was tut mir gut?)
- Erlernen von Lebenskompetenzen (siehe Definition 3.4)
- Stärkung des Selbstwertgefühls



Definition 3.4

Lebenskompetenzen

Unter Lebenskompetenzen versteht die WHO folgende Kernkompetenzen, die Gesundheit und Wohlbefinden junger Menschen fördern [3.35]:

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

Sowohl die WHO als auch andere NGOs messen der Vermittlung von Lebenskompetenzen eine hohe Bedeutung bei. Lebenskompetenzen können dazu beitragen, dass Kinder Probleme besser bewältigen und/oder vermeiden können. Sie versetzen Kinder in die Lage, Wissen, Einstellungen und Werte in tatsächliche Fähigkeiten umzusetzen (d.h. was zu tun ist und wie es zu tun ist) und für ihre Gesundheit zunehmend Verantwortung zu übernehmen.

Parallel dazu zielt Gesundheitsförderung auf gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen. Dieser strukturelle Ansatz zur Umsetzung der Ziele wurde

deutlich an der 9. Globalen Konferenz für Gesundheitsförderung, die 2016 in Shanghai stattfand und Gesetzgeber und Gesellschaft in die Pflicht nahm [3.36]. Im Kontext der Sustainable Development Goals der UNO-Agenda 2030 wurden an der Konferenz drei prioritäre Pfeiler der Gesundheitsförderung formuliert:

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

Diese Prioritäten benennen die Tatsache, dass eine Vielzahl der Rahmenbedingungen von Kindern und ihren Familien nicht beeinflusst werden können. Im Kontext von «gesunden Städten» ist auch die erhöhte Vulnerabilität gegenüber biologischen, chemischen und physischen Expositionen von Kindern zu beachten. So nehmen Kinder zum Beispiel aufgrund ihrer höheren Atemfrequenz relativ gesehen mehr Luftschadstoffe auf, mit potenziellen Auswirkungen auf das Lungenwachstum, und sie sind aufgrund ihrer Grösse im Strassenverkehr besonders gefährdet. Gesundheitskompetenz, die dritte Priorität, ist eine relevante Gesundheitsdeterminante. Im Kindesalter hängt die Gesundheitskompetenz der Kinder einerseits mit altersspezifischen Fähigkeiten zusammen (Lese-, Rechen- und Verständniskompetenzen) und mit ihren Fähigkeiten im Umgang mit altersspezifischen Krankheiten und der sozialen Lebenslage [3.38], andererseits spielt die Gesundheitskompetenz der Eltern eine wesentliche Rolle [3.37].

Allerdings haben sich bislang nur wenige Studien mit der kindlichen Gesundheitskompetenz oder dem kindlichen Verständnis von Gesundheit oder Gesundheitsförderung auseinandergesetzt [3.39]. Diese zeigen, dass Kinder im Schulalter schon ein recht differenziertes Verständnis von Gesundheit und gesundheitsrelevantem Verhalten haben [3.39–3.41]. Insbesondere jüngere Kinder haben eine positive Assoziation mit dem Begriff Gesundheit und denken im Kontext an Ernährung, Bewegung oder Sonne [3.42]. Je älter die Kinder werden, desto komplexer und vielschichtiger wird das Verständnis [3.43]. Almquist et al. unterstreichen, dass für Kinder Gesundheit mit ihrer Beteiligung im Alltag und in der Freizeit und mit ihren Aktivitäten zusammenhängt; dies könnte in der Gesundheitsförderung genutzt werden [3.44].

3.6 Settings, Akteurinnen und Akteure

Gesundheitsförderung geht von sozialem und kognitivem Lernen aus [3.33]. Das soziale Lernen ist im Kindesalter vorrangig und findet in der frühen Kindheit überwiegend in der Familie statt, später in Kindertagesstätte, Kindergarten und Schule sowie in der Freizeit und im öffentlichen Raum. Diese Settings bieten unterschiedliche Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung (siehe [Abschnitt 3.7](#)) und in ihnen werden unterschiedliche Akteurinnen und Akteure aktiv.

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

3.7 Herausforderungen, Potenziale und Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern

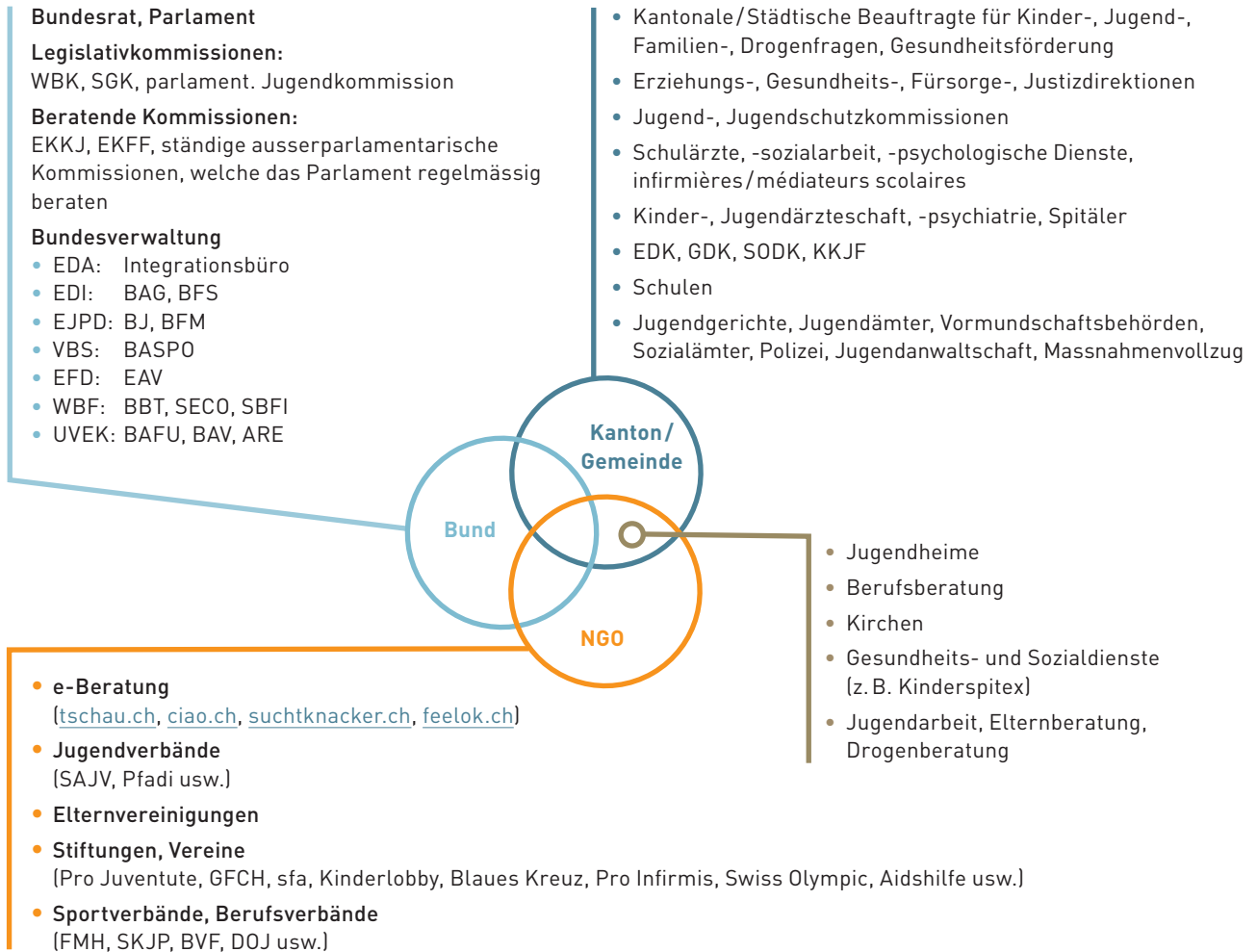
Herausforderungen sind im besten Sinne immer auch Chancen, da sie die Ansatzpunkte für einen besseren Zugang zu einer Zielgruppe sowie eine Optimierung der Methoden und der Allokation von Ressourcen aufzeigen.

• Zugang zu Familien mit Vulnerabilitätsfaktoren [3.46]

Eine Herausforderung besteht darin, Familien mit gesundheitsförderlichen Angeboten zu erreichen. Insbesondere die frühe Förderung von Kindern weist gute Erfolge aus. Grenzen der frühen Förderung von Familien sind 1) ein weit verbreitetes liberales Verständnis, wonach Familie und Kinder Privatsache seien, 2) die unterschiedliche Bereitschaft der Gemeinden, in niederschwellige Bera-

ABBILDUNG 3.3

Akteurinnen und Akteure im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit



Quelle: adaptiert nach [3.44]

tungsangebote zu investieren (z. B. Mütter- und Väterberatungen) und 3) mangelnde Evidenz sowie eine fehlende Übersicht über die Angebote und deren Inhalt.

- **Zunahme der psychischen Gesundheitsprobleme** [3.47]

Gut ein Fünftel der jungen Menschen erleben bis zum 25. Lebensjahr eine psychische Krise oder eine psychische Erkrankung. Bereits im frühen Alter können Kinder psychische Belastungen oder Störungen selbst oder in ihrem näheren Umfeld erleben. Aufgrund der Corona-Pandemie ist die Prävalenz zumindest kurzfristig angestiegen. Eine fortdauernde Herausforderung besteht in der

Stärkung von Resilienz und Coping-Mechanismen von Kindern in den Lebensräumen Familie, Schule und Freizeit, um dieser Zunahme zu entgegnen.

- **Unzureichende Gesundheitskompetenz der Eltern** [3.48, 3.49]

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

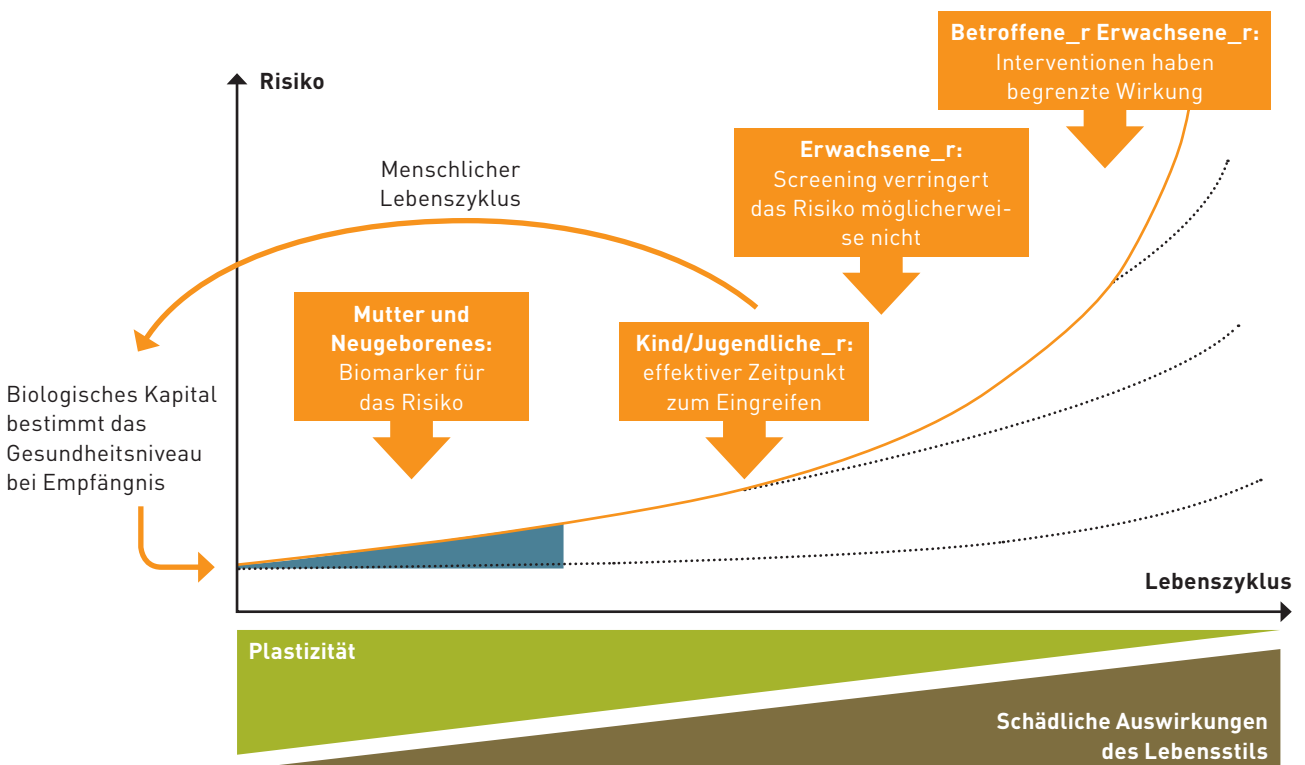
Mediennutzung wurde nicht als explizite Herausforderung aufgezählt, da die jüngste nationale MIKE-Studie zum Mediennutzungsverhalten von Primarschülerinnen und -schülern darauf hinweist, dass Kinder weiterhin nonmediale gegenüber medialen Freizeitaktivitäten bevorzugen [3.50]. Medienaktivitäten sind beliebt, aber im Primarschulalter nicht die häufigste Freizeitaktivität. Unter den Medien hat vor allem das Fernsehen eine häufigere Verwendung als das Smartphone. Die Verfügbarkeit von Medien ist allerdings hoch und die Entwicklung der Mediennutzung von Kindern sollte weiterhin beobachtet werden. Influencerinnen und Influencer, aber auch Firmen richten sich mit ihren Marketingkampagnen gezielt an Kinder. Gesundheitsförderung muss deshalb auch in dieser Lebenswelt der Kinder präsent sein und früh ihre Medienkompetenz stärken. Ein weiteres Thema dürfte auch die Mediennutzung der Eltern sein, welche die Interaktion zwischen Kind und Eltern beeinflussen kann. Zudem sind die Eltern auch hier Vorbilder.

Neben Herausforderungen liegen in der Lebensphase zwischen 0 und 14 Jahren auch enorme Potenziale, die von der Gesundheitsförderung ausgeschöpft werden können.

- Ein gesunder Start und eine gesunde Entwicklung haben lang anhaltende Auswirkungen auf die Gesundheit im Erwachsenenalter [3.51, 3.52]. Die Lebensspannenperspektive auf Gesundheit und Krankheit unterstreicht die Bedeutung und das Potenzial einer gesunden Kindheit für die restliche Lebensspanne. Von der Geburt bis ins junge Erwachsenenalter durchlaufen Menschen verschiedene intensive körperliche, psychische, soziale und intellektuelle Entwicklungsphasen und weisen dabei eine hohe Plastizität auf [3.53]. Die kindliche Lebensphase wird häufig aus einer Risikoperspektive betrachtet, als vulnerables Zeitfenster, bietet aber ein «window of opportunities» oder ein sensibles Zeitfenster, um gesundheitsförderliches Verhalten zu stärken und gefährdendes abzuwenden.

ABBILDUNG 3.4

Sensitive Zeitfenster für Interventionen



Quelle: [3.54]

- Investitionen in die Gesundheit und gesunde Rahmenbedingungen von Kindern zahlen sich finanziell für die Gesellschaft aus [3.55].
Wenngleich es vielerorts an Evidenz zur Kosteneffizienz von Gesundheitsförderung und Prävention fehlt, bzw. diese aufgrund der Heterogenität der Ansätze nicht belegt werden kann, weisen einige jüngere systematische Studien auf die Kosteneffizienz von Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention hin [3.55–3.58]. Kosteneffizienz wird anhand gesundheitlicher, aber auch sozialer Kosten berechnet. Bei Übergewicht zum Beispiel werden die sozialen Kosten in westlichen Ländern höher eingestuft als die des Rauchens [3.59, 3.60]. Zudem ist das Risiko für Übergewicht bei ökonomisch schlechter gestellten Bevölkerungsschichten deutlich höher als bei wohlhabenden Bevölkerungsgruppen [3.60]. Aufgrund der hohen sozialen Kosten ist davon auszugehen, dass der «Return on Investment» (ROI) bei Massnahmen, die dem Übergewicht entgegenwirken, zumindest ähnlich hoch ist wie bei Massnahmen zur Rauchprävention (ROI = 41) [3.55].



Return on Investment (ROI) als ökonomische Evaluationsgrösse

Eine aus der Betriebswirtschaftslehre stammende ökonomische Evaluationsform ist der sogenannte ROI. Der ROI zeigt, welchen monetären Effekt eine Investition hat. Er bemisst den Unterschied zwischen den Kosten vor und nach der Investition im Verhältnis zu den Investitionskosten selbst. Ein positiver ROI weist darauf hin, dass eine Investition langfristig Kosten spart. Limitierend ist, dass andere Einflussgrössen, die nicht auf die Investition zurückzuführen sind (z. B. eine gesundheitsförderliche Massnahme), in der Regel nicht vollständig erfasst werden können. In der Schweiz liegen ROI-Berechnungen nur für die Themenfelder Verkehrsunfall (ROI = 9,4), Alkohol (ROI = 23) und Tabak (ROI = 41) vor [3.55]. Diese Werte zeigen eindrücklich, welches Einsparungspotenzial Gesundheitsförderung und Prävention haben.

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

In der Gesundheitsförderung von Kindern sind vor allem die Lebenswelten öffentlicher Raum, Elternhaus, Schule und Vereine relevant.

Potenziale in der Lebenswelt öffentlicher Raum

Strukturelle Massnahmen in der Lebenswelt öffentlicher Raum zielen häufig auf Rahmenbedingungen, die Ordnung und Sicherheit erhöhen. Sie können aber auch das Verhalten von Kindern nachhaltig und gesundheitsförderlich beeinflussen. Solche Massnahmen sind in der Umsetzung kostengünstig und weisen darum ein sehr gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis auf.

In der Gestaltung der Umwelt und des öffentlichen Raums kann viel erreicht werden:

- Grünflächen und abwechslungsreiche Quartier-Sportplätze erhöhen die körperliche Bewegung [3.61].
- Öffentliche Begegnungsmöglichkeiten (Familienzentren, Spielplätze) bieten Gelegenheiten, soziale Kompetenzen zu erlernen, und stärken die familiären Ressourcen [3.62].
- Sichere Verkehrswege reduzieren die Unfallgefahr [3.63].
- Das Angebot und der Zugang zu gesunden Lebensmitteln beeinflussen das Ernährungsverhalten [3.60].
- Die Reduktion von Luftemissionen und Lärm fördert die respiratorische und kardiovaskuläre Gesundheit [3.64].

Diesen Punkten ist gemein, dass sie das Krankheitsrisiko im Kindesalter wie auch im weiteren Lebensverlauf reduzieren und der sozialen Ungleichheit betreffend Gesundheitschancen und Krankheitslast entgegenwirken.

Als öffentlicher Raum kann im weiteren Sinne auch die Gesellschaft und ihre Rahmenbedingungen verstanden werden. Massnahmen, die auf dieser Ebene ergriffen werden, können Kinder spezifisch betreffen (selektive Prävention oder Gesundheitsförderung) oder auf die Gesellschaft als Ganzes abzielen (universelle Prävention oder Gesundheitsförderung). Beispiele für selektive Massnahmen sind Werbeverbote an von Kindern genutzten Orten, die Integration von Themen der psychischen Gesundheit in den obligatorischen Schulstoff oder Bewegungs- und Ernährungsmassnahmen an Schulen. Weare und Nind unterstreichen in ihrem systematischen Literaturreview die Wirksamkeit einer Integration

von gesundheitsförderlichen Inhalten in den Unterricht, anstatt diese in separaten Gefässen zu behandeln [3.12].

Universelle Massnahmen sind beispielsweise die Reduktion von Salz und Zucker in Lebensmitteln oder die Schulzahnpflege [3.65]. Dass gesellschaftliche Veränderungen der Umgebung wirksam sind, zeigt sich unter anderem am Beispiel Adipositas. Die Ernährungsumgebung, das heisst Angebot, Preis und Werbung für (gesunde oder weniger gesunde) Lebensmittel, ist mit der Prävalenz an Übergewicht und Adipositas nachweislich assoziiert [3.60]. Ein weiteres Beispiel: Bereits in jungen Jahren entwickeln Kinder und Jugendliche eigene Wertvorstellungen und auch ein Markenbewusstsein. In einer Studie konnten bereits 22% der Fünf- und Sechsjährigen Marlboro als Marke identifizieren [3.66]. Diese und andere Untersuchungen weisen auf die präventive Kraft der Regulierung von Werbung hin [3.67–3.69].

Zudem brauchen Kinder (wie auch Erwachsene) Anlaufstellen, die sie bei Sorgen und Nöten unterstützen. Diese sollten für Kinder gut zugänglich sein und tragen dazu bei, insbesondere bei psychischen Belastungen das Risiko zu reduzieren, gravierende Krankheiten zu entwickeln.

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

Potenziale in der Lebenswelt Familie

Familien bilden kein eigenständiges Setting im Sinne des Settingansatzes der WHO, bieten jedoch sowohl in der Gesundheitsförderung wie in der Verhaltens- und der Verhältnisprävention viel Potenzial. Familiäre Gesundheitsförderung umfasst auch Aspekte der Ressourcenstärkung von Familien [3.62]. Den Bedarf zu erkennen und gesundheitliche und soziale Angebote rund um die Familie passgenau bereitzustellen, ist eine wichtige Aufgabe von Gemeinden, NGOs und Kantonen (siehe [Abbildung 3.3](#)).

Die Lebenswelt Familie hat grossen Einfluss darauf, wie gesundheitsförderlich ein Kind aufwächst. Es sind die Vorgaben und das Verhalten der Eltern, welche das Verhalten der Kinder beeinflussen und auch langfristig prägen: Kurze Strecken geht man zu Fuss oder mit dem Velo; gegessen wird, ohne dass der Fernseher läuft; bei Diskussionen lässt man die andere Person ausreden usw. Deshalb sind Eltern

als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der Gesundheitsförderung und Prävention enorm wichtig. Allerdings sind sie nicht immer leicht zu erreichen und wie das Velohelmgebot zeigt, braucht es für die Vermittlung der entsprechenden Botschaften einen langen Atem, viel mediale Aufmerksamkeit und auch breite Partnerschaften. Klassische Elternabende und Informationsbroschüren sind wichtig, reichen aber als Einzelmassnahmen nicht aus. In den ersten Lebensjahren haben sich kinderfördernde, elternbildende und teils aufsuchende Angebote besonders bewährt (z. B. [«familystart»](#), [«Zeppelin»](#), [«Schenk mir eine Geschichte»](#)) [3.46].

Im Bereich der Unfallverhütung zum Beispiel kann mit einfachen Botschaften gearbeitet werden, die Kinder und Eltern verstehen. In komplexeren Themenbereichen fällt es sehr viel schwerer, diese einfachen Botschaften zu formulieren und trotzdem eine Wirkung zu erzielen (siehe [10 Schritte für psychische Gesundheit](#), [«Take care»](#)). Eltern suchen zunehmend im Internet nach Hilfe, allerdings sind sie häufig überfordert mit den Informationen, die sie dort finden [3.49]. Hier kann einerseits der persönliche Kontakt zu einer Fachperson oder anderen, erfahrenen Eltern helfen, andererseits die angeleitete Suche im Internet oder die Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz. Auch persönliche Kontakte finden Eltern zunehmend über Social Media [3.49]. In der frühen Kindheit sind Familienmitglieder die ersten Vorbilder und positive Verstärker von Verhalten. Insofern zeigen sich «Familie» und «kindliche» Lebensräume als geeignete Settings für frühe Gesundheitsförderung. Die zunehmende Digitalisierung und Menge der Gesundheitsinformationen erfordert eine hohe digitale Gesundheitskompetenz der Eltern.

Potenziale in der Lebenswelt Kita, Kindergarten und Schule

Wenn Kinder in die Kita, den Kindergarten oder in die Schule kommen, eröffnet sich ihnen eine neue Lebenswelt. In dieser lernen sie sowohl fachliche wie auch überfachliche Kompetenzen. Der Lehrplan 21 hat sich zum Ziel gesetzt, auch Lebenskompetenzen zu fördern. Kinder verbringen viel Zeit in Kita, Kindergarten und Schule. Daher ist es wichtig, dass die Umgebung gesundheitsförderlich ist.



Gesunde Schule

Eine gesunde Schule adressiert laut WHO [3.35]:

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

Das Netzwerk Schulnetz21 verbindet an «gesunden Schulen» Gesundheitsförderung und Qualitätsentwicklung und schafft so Rahmenbedingungen und Inhalte für einen gesunden Lebens-, Lern- und Arbeitsraum Schule (www.schulnetz21.ch). Die Schule ist ebenso wichtig für die soziale wie für die intellektuelle Entwicklung.

Ein Grossteil des sozialen Austauschs mit Gleichaltrigen findet in der Schule statt. Kinder lernen unabhängig von ihren Eltern Freunde kennen, sie fügen sich in eine Klasse ein und finden möglicherweise auch in einer Lehrperson eine zusätzliche erwachsene Vertrauensperson. Allerdings ist die Schule auch ein Ort, an dem viele Stressfaktoren auftreten können (Leistungserwartungen, Schulstress, Peer-Druck usw.) [3.70].

Es gibt unterschiedliche Formen, wie Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule betrieben wird. Als besonders wirksam haben sich auch hier strukturelle Massnahmen erwiesen (z. B. Regeln für ein gesundes Znüni im Kindergarten, [Aktion Znüni-Box](#)). Zudem konnte gezeigt werden, dass Massnahmen, die über einen längeren Zeitraum verfolgt werden, wirksamer sind. Interventionen zum sozialen Zusammenhalt und Umgang miteinander reduzieren beispielsweise das Risiko von Mobbing und sind zudem kosteneffizient [3.71]. Punktuelle Klasseinsätze ohne weitere Behandlung des Themas sind weitestgehend wirkungslos [3.72].

Neben der Schule bilden Vereine die zweite Lebenswelt, in der Kinder soziale Normen und Kompetenzen ausserhalb des Elternhauses kennenlernen. Deshalb gibt es Bestrebungen, auch in Vereinen mit Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu wirken. Hier haben sich besonders strukturverändernde Massnahmen bewährt (z. B. [Cool and](#)

[Clean](#)). Punktuelle Einsätze sind – analog zu Schuleinsätzen – auch bei Vereinen wenig wirkungsvoll. Die Lebenswelt Kita/Kindergarten oder Schule gewährt eine hohe Erreichbarkeit der Kinder, was die Chancengleichheit erhöht. Die gesundheitsförderlichen und kompetenzstärkenden Inhalte werden vom Betreuungs- oder Lehrpersonal in einem Klima des «gemeinsamen und spielerischen Lernens» vermittelt und erfahren eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz und Verbreitung (siehe Box Purzelbaum).



Purzelbaum (in der Romandie Youp'là bouge)

[Purzelbaum](#) ist ein Projekt der Verhaltens- und Verhältnisprävention im Kindergarten oder in der Kindertagesstätte. Es beinhaltet eine bewegungsfördernde Umgestaltung der Räumlichkeiten sowie die Sensibilisierung der Eltern für die Bewegungsförderung. Purzelbaum-Kindergärten/Kitas fördern auch die gesunde Ernährung. Betreuungs- und Lehrpersonen in Kindergärten/Kitas werden weitergebildet und können als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ihr Wissen an Personal, Kinder und Eltern weitergeben. In Kindergärten/Kitas, die Purzelbaum implementiert haben, erfüllen die Kinder die Bewegungsrichtlinien und haben, laut Personal und Eltern, mehr Spass an der Bewegung.



Exkurs

Gesundes Körpergewicht bei Kindern – positive Entwicklungen sind sichtbar

- **Florian Koch**, Gesundheitsförderung Schweiz
- **Dominik Steiger**, EvaluateScience

Ausgangslage

Den Grafiken aus dem Städtemonitoring ist zu entnehmen, dass im Bereich der Übergewichtsproblematik auf der Stufe Kindergarten/1. Klasse ein Rückgang festzustellen ist ([Abbildungen 3.5 bis 3.8](#)). Auch auf der Unter-/Mittelstufe ist ein Rückgang zu verzeichnen, allerdings auf höherem Niveau. Die Summe der in den letzten Jahren durchgeführten Massnahmen zur Reduktion des Übergewichts bei Kindern scheint in dem Sinne wirksam zu sein.

Entwicklungskarrieren vom BMI

Eine genetische Veranlagung von Übergewicht besteht nur bedingt: Eine Metaanalyse zeigt, dass mit den gefundenen genetischen Varianten nur 5% der BMI-Varianz erklärt werden können [3.76]. Wie sich die Gene ausprägen, hängt somit viel stärker von der Umwelt und dem Verhalten einer Person ab. Die Entwicklung der Umweltfaktoren, die Übergewicht und Adipositas begünstigen («obesogenic environment»), ist deshalb weiter zu beobachten.

Bedenkt man zudem, dass nur 3% der Kinder und Jugendlichen im Verlauf der Entwicklung in eine tiefere BMI-Kategorie wechseln, aber 10,8% in eine höhere, ist eine frühe Prävention und allenfalls Intervention entscheidend [3.77]. Immerhin bleiben 86,2% in derselben Gewichtsklasse.

Die Förderung einer ausgewogenen Ernährung und eines aktiven Lebensstils erfolgt jedoch nicht primär mit dem Ziel, bestimmte BMI-Werte zu erreichen, sondern weil dies im Sinne einer ganzheitlichen NCD-Prävention [3.76] wichtige Schutzfaktoren mit multipltem Einfluss auf den Körper sind.

Empfehlungen

- Prävention im Frühkind- und Kindesalter bei den Themen Bewegung und Ernährung bleibt von höchster Wichtigkeit.
- Der sozioökonomische und der soziokulturelle Hintergrund haben einen grossen Einfluss und sollten stark gewichtet werden bei der Wahl der Zielgruppen und der Konzeption der Interventionen.
- Bezüglich der Übergewichtsproblematik und der Übergewichtskarrieren von Kindern ist Früherkennung ein wichtiges Thema; solche Karrieren sollten bereits in einer frühen Phase erkannt werden. Ein grosses Problem diesbezüglich sind fehlende Behandlungs- und Interventionspfade: Die Kinderärztinnen und -ärzte sehen die Dinge, aber es gibt zu wenig Anschlussprozesse. Hier lohnt sich die Koordination mit den Bemühungen im Interventionsbereich Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV), zum Beispiel mit dem Projekt [«Starke Familie»](#).
- Die Sensibilisierung der Eltern und der Fachleute ist von grosser Bedeutung.

ABBILDUNG 3.5

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

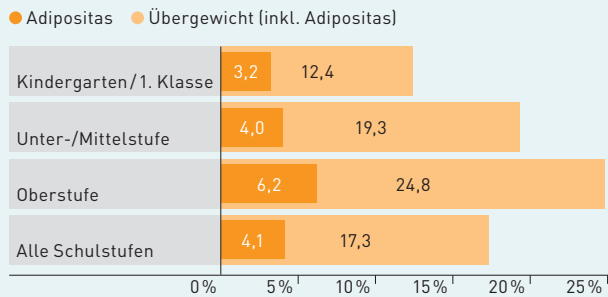


ABBILDUNG 3.6

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

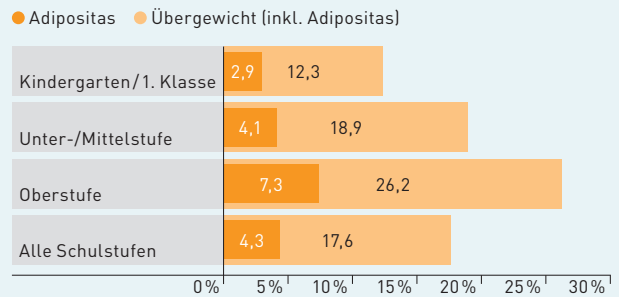


ABBILDUNG 3.7

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

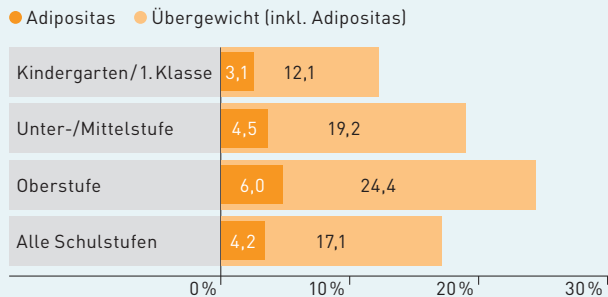
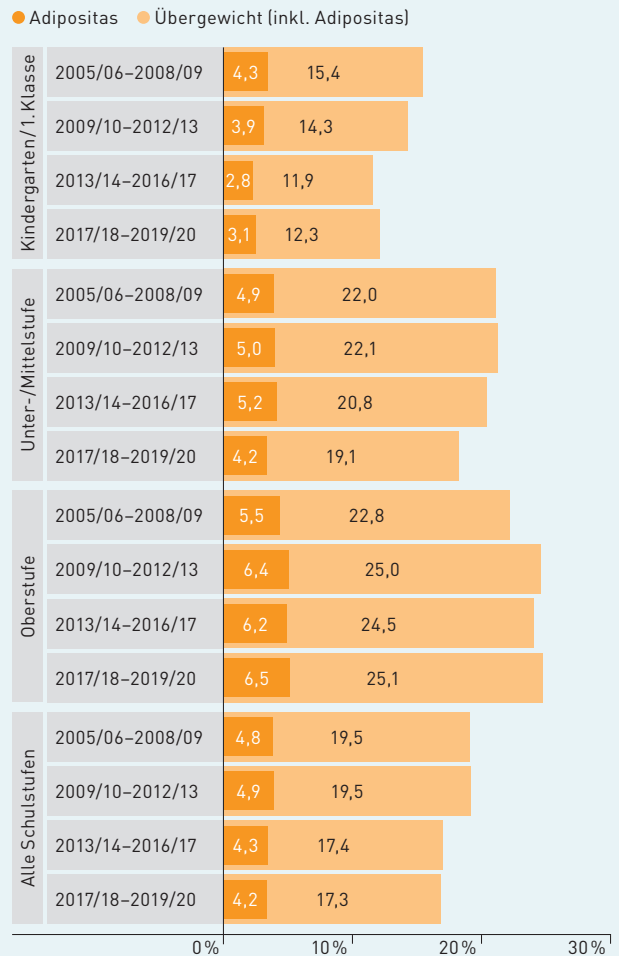


ABBILDUNG 3.8

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



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

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



Exkurs

BMI-Monitoring unter Corona-Bedingungen

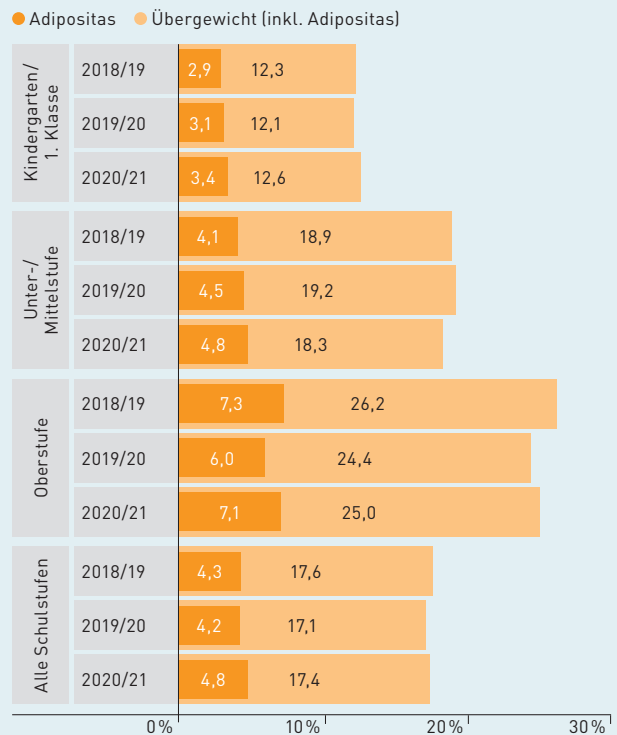
- **Hanspeter Stamm**, Lamprecht & Stamm
Sozialforschung und Beratung AG Zürich

Aus den Analysen des BMI-Monitorings [3.78] geht hervor, dass im Schuljahr 2020/21 die Gesamtprävalenz von Übergewicht und Adipositas mit 17,4 % nur geringfügig über dem Vorjahreswert von 17,1 % liegt (Abbildung 3.9). Die vorliegenden Resultate deuten auf den ersten Blick nicht auf einen «Corona-Effekt» hin. Das heisst: Weder der Lockdown und die Schulschliessungen im Frühling 2020 noch die eingeschränkten Sport- und Bewegungsangebote während der Covid-19-Pandemie haben bislang zu einem Anstieg der Übergewichtsprävalenz geführt.

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

ABBILDUNG 3.9

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



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

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



Weiterführende Informationen zum Thema BMI-Monitoring

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

4 Gesundheitliche Chancengleichheit

- **Dominik Weber**, Gesundheitsförderung Schweiz

Die mit einer orangen Linie markierten Abschnitte dieses Kapitels sind identisch mit dem Kapitel 4 im Bericht 9 [Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen](#).

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

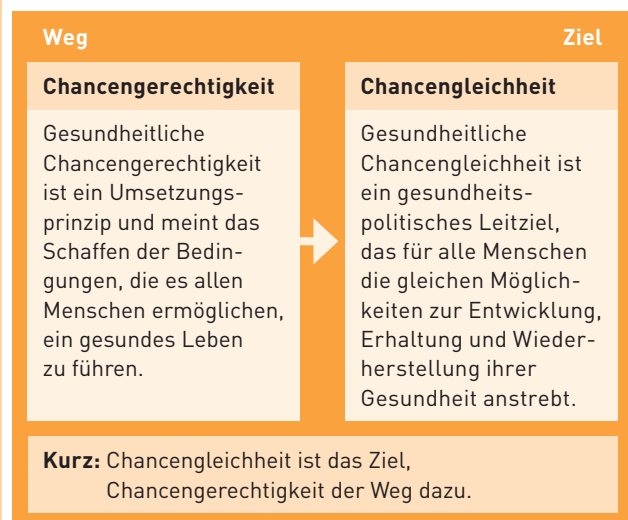
- Im Kindergartenalter sind Kinder von Eltern ohne Lehrabschluss rund dreimal häufiger von Übergewicht betroffen als Kinder von Eltern mit höherer Ausbildung [4.1].
- Mädchen zwischen 6 und 12 Jahren halten die Empfehlungen zum Früchte- und Gemüsekonsum häufiger ein als gleichaltrige Jungen [4.2]. Demgegenüber halten Jungen zwischen 6 und 16 Jahren häufiger die Bewegungsempfehlungen ein (75 %) als gleichaltrige Mädchen (55 %) [4.3].
- Bei Müttern und Säuglingen mit Migrationshintergrund treten in der Schweiz häufiger Gesundheitsprobleme auf als bei Schweizer Müttern und Neugeborenen [4.4].
- Homosexuelle Jugendliche erkranken im Vergleich zu ihren heterosexuellen Peers fünfmal häufiger an Depressionen und unternehmen fünfmal häufiger einen Suizidversuch [4.5]. Repräsentative Daten zu jüngeren Kindern liegen nicht vor. Es empfiehlt sich jedoch, bereits im Kindesalter zu intervenieren, um Ressourcen frühzeitig stärken und Belastungen abbauen zu können.

Diese Unterschiede sind weder zufällig noch biologisch begründet. Sie sind vielmehr sozialisationsbedingt und/oder folgen einem klaren sozialen Muster: Wer sozial benachteiligt ist, leidet häufiger unter schlechter Gesundheit und hat eine tiefere Lebenserwartung als gesellschaftlich besser gestellte Personen. Weil diese Unterschiede sozial bedingt sind, werden sie als weitgehend vermeidbar und ungerecht bezeichnet [4.6, 4.7]. Wir sprechen deshalb von gesundheitlicher Ungerechtigkeit (Health inequities) [4.8].

Gesundheitliche Ungerechtigkeiten fordern die Gesellschaft zum Handeln auf. Denn ungleiche gesundheitliche Chancen widersprechen dem Selbstverständnis und den staatlichen Grundprinzipien der Schweiz (z. B. Artikel 2 Absatz 3 der Bundesverfassung, wonach allgemein eine möglichst grosse Chancengleichheit gewährleistet werden soll), sie gefährden die soziale Kohäsion und sie führen zu unnötigen und substanziellen Mehrkosten [4.8]. Kein Land kann es sich deshalb leisten, ungleiche gesundheitliche Chancen nicht anzugehen [4.9].

ABBILDUNG 4.1

Begriffsklärung: Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit





Corona und Chancengleichheit

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

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

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

- Ansteckung mit und Schwere des Verlaufs von Covid-19 [4.29–4.31]
- Gesundheitskompetenz im Hinblick auf Covid-19 [4.32]
- Betroffenheit von den Auswirkungen der Schutzmassnahmen [4.33–4.35]
- Impfbereitschaft [4.36–4.39]

Während der Pandemie haben viele Kinder und Jugendliche im Schulalter an Gewicht zugenommen [4.40]. International gibt es Hinweise, dass die Gewichtszunahme besonders ausgeprägt war bei Kindern, die bereits vor der Pandemie übergewichtig waren [4.41–4.43], sowie bei Mädchen und Kindern aus ethnischen Minderheiten [4.41, 4.44].



Weiterführende Informationen zum Thema Chancengleichheit

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

4.1 Gesundheitliche Chancengleichheit fördern durch chancengerechte Massnahmen

Die Gesundheitsförderung und die Prävention erreichen eher Gruppen mit mittlerem oder hohem sozioökonomischem Status [4.10–4.12]. Die Angebote der Gesundheitsförderung kommen folglich oft nicht bei jenen sozialen Gruppen an, die am meisten davon profitieren würden [4.12].

Es gehört deshalb zu den prioritären Zielen der Gesundheitsförderung, die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen. In der Schweiz ist dieses Ziel unter anderem in der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2030, der NCD-Strategie und der Suchtstrategie festgeschrieben.

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

4.2 Entstehung sozial bedingter Unterschiede in der Gesundheit

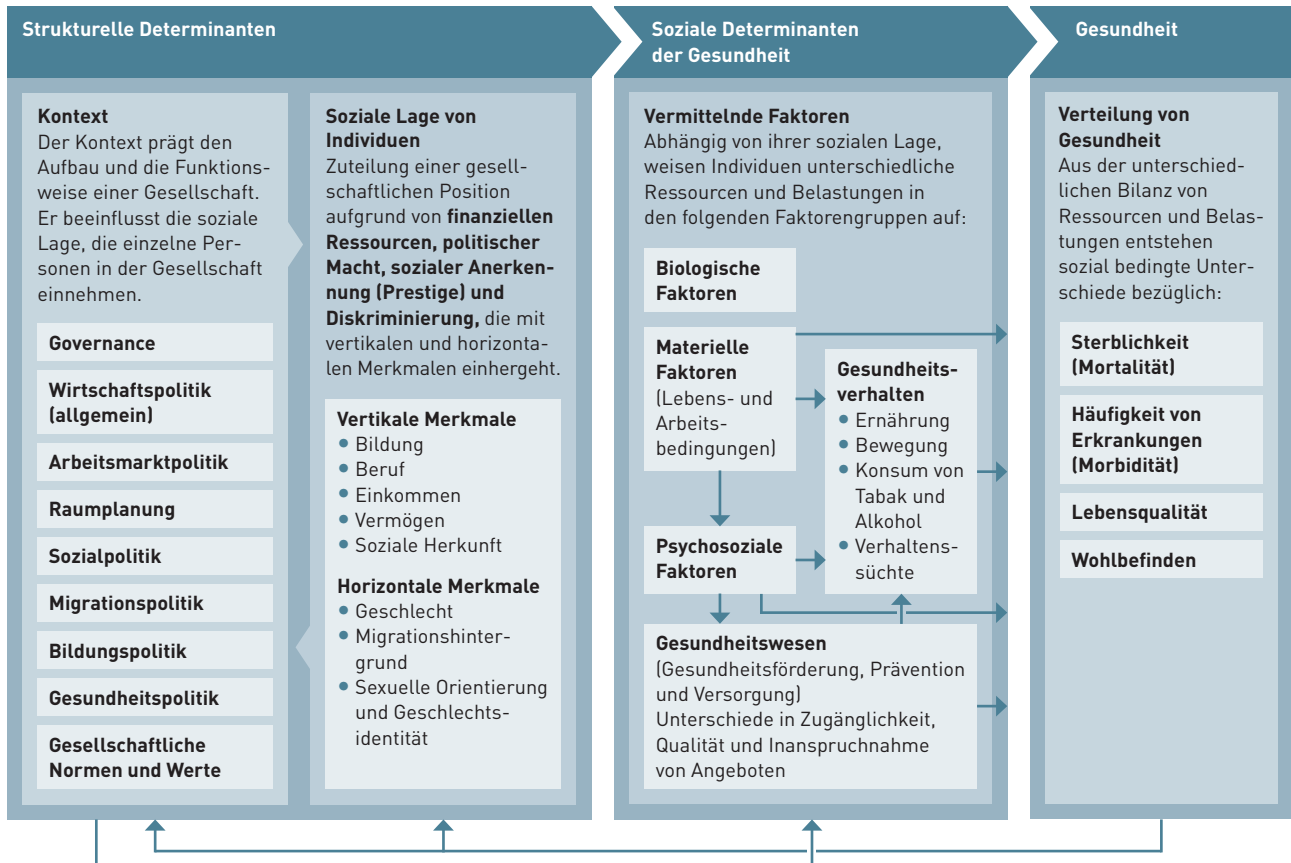
Um zu erkennen, wo Gesundheitsförderung und Prävention ansetzen können, um gesundheitliche Ungerechtigkeit zu reduzieren, müssen wir zuerst verstehen, wie diese entsteht und sich reproduziert. Im Folgenden wird ein allgemeines – das heisst zielgruppenübergreifendes – Erklärungsmodell vorgestellt.

Beispielsweise macht uns ein hohes Einkommen nicht automatisch gesünder. Vielmehr wirkt ökonomische Ungleichheit in komplexer – und nicht immer eindeutig erklärbarer – Weise auf unser Leben und damit auch auf unsere Gesundheit. Das folgende Modell (Abbildung 4.2) versucht, in vier Schritten zu erklären, wie gesundheitliche Ungerechtigkeit entsteht (für eine eingehende Diskussion siehe [4.8]).

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

ABBILDUNG 4.2

Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungerechtigkeit



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

Quelle: [4.8]

allein von einem starken Willen ab, sondern ist entscheidend von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen geprägt.

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

4.3 Was die Gesundheitsförderung tun kann

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

Zweitens wird empfohlen, die sozialen Gesundheitsdeterminanten für alle Menschen gesundheitsförderlich zu gestalten – also die Bedingungen, unter denen Menschen aufwachsen, leben, spielen, arbeiten und altern. Entsprechende Massnahmen liegen auch im Einflussbereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei gilt es, sowohl die Ressourcen und die Handlungsfähigkeit von sozial benachteiligten Menschen zu fördern als auch deren Belastungen abzubauen. Geschehen kann dies in den folgenden Bereichen [4.8]:

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

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

4.4 Bewährte Massnahmen und Erfolgskriterien

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

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

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

- Die **Partizipation** der Zielgruppe in allen Phasen der Intervention bzw. des Projekts (von der Konzeption und Planung über die Umsetzung bis hin zur Evaluation) [4.13, 4.14].
- **Beziehungsgeleitete Arbeit:** Professionelle und informelle Verbindungspersonen und -institutionen bewähren sich als «Brückenbauer» und vereinfachen den Zugang zu benachteiligten Gruppen [4.15, 4.16]. Entscheidend ist, dass diese Verbindungspersonen in einem Vertrauensverhältnis zur Zielgruppe stehen (wie z. B. Fachpersonen aus Gesundheit und Medizin, NGOs wie SRK, Caritas und HEKS, Vereine und Schlüsselpersonen sowie Familienmitglieder, Nachbarinnen und Nachbarn). Wichtig ist, dass die Leistungen von formellen wie informellen Vermittlungsinstanzen materiell oder symbolisch honoriert werden [4.17].
- Erfolgversprechend sind **vielfältige Angebote** und deren **inhaltliche und sprachliche Anpassung** an die Zielgruppe und deren soziokulturelle Lebenswelt. Dazu gehören beispielsweise Informationsmaterial in verständlicher Sprache oder in unterschiedlichen Migrationssprachen, an der Lebenswelt orientierte Inhalte, Kursleitende aus dem soziokulturellen Umfeld der Teilnehmenden («peer educators») und die Durchführung in Settings der spezifischen Gemeinschaften (z. B. in Kirchen und Migrationsvereinen) [4.13, 4.18–4.22].
- Die Nutzung von Angeboten fällt leichter, wenn diese **möglichst konkret und niederschwellig** sind, das heisst Informationen praxisbezogen und leicht umsetzbar sind wie Schritt-für-Schritt-Anleitungen zur Verhaltensänderung [4.21, 4.22].
- Strukturelle Massnahmen – zum Beispiel im Ernährungs- und Bewegungsbereich – entfalten meist erst dann eine Wirkung, wenn sie mit Interventionen auf individueller Ebene kombiniert werden, zum Beispiel in Form von Information und Sensibilisierung (**Kombination von Verhältnis- mit Verhaltensmassnahmen**) [4.23–4.27].
- Um gleiche gesundheitliche Chancen nachhaltig und wirksam zu fördern, braucht es das Engagement von unterschiedlichen Politikbereichen. Das Prinzip **«Health in All Policies»** (Gesundheit in allen Politikbereichen) ist deshalb ebenso zu stärken wie die **multisektorale Zusammenarbeit** und die **kleinräumige Koordination** [4.14].

- Um die Entwicklung von gesundheitlicher Ungerechtigkeit besser zu verstehen und wirksame Massnahmen zu fördern, sind das **Monitoring** und die **Evaluation** von Massnahmen und erzielten Fortschritten wichtig.



Praxisbeispiele aus der Schweiz

«Mamamundo» (CH); «schritt:weise» (CH); «Miges Balù» (CH); «Femmes-Tische» und «Männer-Tische» (CH); «Geschwisterkinder» (CH); «Kinder im seelischen Gleichgewicht» (CH); «Unterstützungsplattform: Kinder und Jugendliche psychisch belasteter Eltern» (CH); «PAT – Mit Eltern Lernen» (CH); «Ponto – Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern» (CH); «MiniMove» (CH); «OpenSunday» (CH)



Orientierungsliste von Gesundheitsförderung Schweiz

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

4.5 Definition von Zielgruppen

Das Ziel der Gesundheitsförderung ist stets, die Gesundheit der ganzen Bevölkerung zu verbessern – allerdings fällt ihr Engagement idealerweise umso intensiver aus, je stärker einzelne Bevölkerungsgruppen benachteiligt sind (Prinzip des sogenannten **proportionalen Universalismus**) [4.9].

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

Statistiken aus der Schweiz zeigen, dass wir insbesondere die folgenden ungleichheitsrelevanten

Merkmale in den Blick nehmen müssen, wenn wir ungleiche gesundheitliche Chancen analysieren [4.28]: den sozioökonomischen Status (SES), also Bildung, Berufsstatus, Einkommen, Vermögen und soziale Herkunft (Elternhaus), aber auch Geschlecht, einen allfälligen Migrationshintergrund sowie die sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität (LGBTIQ+-Community).

Bei der Definition von Zielgruppen ist Folgendes zu beachten:

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

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



Weiterführende Informationen zum Thema Chancengleichheit

Im Grundlagenbericht [Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz](#) [4.8] werden folgende Themen eingehender diskutiert:

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

Kurzversion des Grundlagenberichts:

[Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention](#)

Weitere Publikationen zum Thema:

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



Individuelle Beeinträchtigungen und Chancengleichheit

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

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



Exkurs

Gesund Aufwachsen in vielfältigen Formen von Familien

- **Heidi Simoni**, Marie Meierhofer Institut für das Kind

Kinder wachsen in unterschiedlichen Formen von Familien auf, die sich zudem im Lebenslauf verändern können. Gemäss Bevölkerungsstatistik sind aktuell in der Schweiz von den erfassten Familienhaushalten mit Kindern unter 25 Jahren knapp 74 % sogenannte Erstfamilien, 10 % sogenannte Fortsetzungsfamilien und gut 16 % Einelternhaushalte [4.45]. Bei Kindern, die an zwei Orten zuhause sind, wird allerdings nur einer als Familienhaushalt erfasst. Immerhin haben aber 18 % aller Kinder getrennte Eltern [4.46]. Gemäss einer schweizweiten repräsentativen Befragung wohnen rund 70 % von ihnen – wenn auch meist immer noch mit ganz unterschiedlichen Anteilen – regelmässig bei beiden [4.47]. Es gibt also mehr «Einelternhaushalte» als ausgewiesen. Sie sind jedoch nicht mit «Einelternfamilien» gleichzusetzen, weil für verschiedene Haushalt- und Familienformen je spezifische Belastungen und Ressourcen typisch sind.

Kinder können sich in Familien mit einem oder mehreren Elternteilen und unabhängig von deren Geschlecht und Zivilstand gesund entwickeln [4.48, 4.49]. Jedes Kind braucht jedoch passend zu seinem Alter und seiner Persönlichkeit Fürsorge, Zuwendung und ein anregendes Umfeld. Basal ist der Schutz vor Gefahren, Misshandlung und Vernachlässigung. Letztlich zählt, was ein Kind konkret erlebt und wie es das verarbeiten kann.

Akuter und chronischer psychosozialer Stress führt zu familialem Druck und kann elterliche Kompetenzen zermürben. Die Risikoforschung zeigt, dass widrige Lebensumstände in der frühen Kindheit sich lebenslang und in vielerlei Hinsicht negativ auswirken [4.50]. Bezüglich Gesundheit und Chancengleichheit von Kindern sind zwei Ballungen familialer Belastungen besonders brisant.

Familien- und Kinderarmut

In der Schweiz sind 133 000 Kinder von Armut betroffen und 317 000 sind von Armut bedroht [4.51]. Das hat vielfältig negative Auswirkungen auf ihre Gesundheits- und Bildungsbiografien und auf ihre gesellschaftliche Teilhabe [4.52]. Gründe für Familienarmut sind unter anderem prekäre Arbeitsverhältnisse, Probleme bei der Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsarbeit sowie hohe Wohnkosten. Von diesen strukturellen Problemen besonders betroffen sind Familien mit nur einem Elternteil, mit zwei Haushalten, mit mehr als drei Kindern oder mit unsicherem rechtlichem Status. Gegen Familienarmut ist strukturelle Abhilfe vordringlich: Wichtig sind Massnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie zur Gleichstellung von Frau und Mann für alle sozialen Schichten. Bezahlbare und qualitativ gute familienergänzende Betreuungsangebote dienen diesen Zielen und schaffen wertvolle Kinderwelten. Zudem sind Massnahmen wichtig, die der Isolation entgegenwirken und die Durchmischung von Kindern und Eltern fördern, wie dies beispielsweise Begegnungsorte für Familien mit Kleinkindern vermögen.

Gewalt und feindselige Konflikte

Ein wichtiger Hebel für Gesundheitsförderung im familialen Kontext ist die Prävention von Gewalt und deren Weitergabe von einer Generation zur nächsten. Das Erleben körperlicher und psychischer Gewalt, einschliesslich feindselig ausgetragener Konflikte zwischen den Eltern, ist eine Form von Misshandlung mit entsprechend destruktiven Folgen für Kinder. Psychosozialer Stress und Überforderung können zwar die Schwelle für die Ausübung von Gewalt senken, sind jedoch nicht ursächlich dafür verantwortlich. Gründe für Gewalt sind vielmehr Machtausübung, mangelhafte Impulskontrolle und fehlende alternative Konfliktstrategien. Körperstrafen liegen zudem oft falsche Erwartungen zugrunde. Davon betroffen sind ganz besonders junge Kinder [4.53].

Eine Elterntrennung kann Gewalt unterbrechen, aber auch schüren. Hoch belastend für Kinder und Eltern sind weniger Konflikte an sich oder Emotionen wie Ärger oder Wut, sondern Feindseligkeit und ein destruktiver Umgang mit Konflikten [4.54, 4.55].

Fazit

Kinder können in ganz verschiedenen Familienformen gut aufwachsen. Um kumulierende Belastungen zu erkennen und abzubauen und ebenso um Ressourcen zu nutzen und zu stärken, lohnt es sich, Haushaltstyp, Familienform und die Koopera-

tionskompetenz von Eltern in den Blick zu nehmen. Strukturell sind für die Förderung einer gesunden Entwicklung und die Verbesserung der Chancengleichheit die Bekämpfung von Familienarmut und die Prävention von Gewalt Ansatzpunkte mit grosser Hebelwirkung. Individuell sind positive Beziehungen und tragfähige soziale Netze entscheidend. Ein aufmerksames Umfeld vermag zudem psychosozial belastete Menschen beim Finden von Lösungen und beim Aufbau ihrer psychischen Widerstandskraft zu stärken (Resilienz).

5 Frühe Förderung

• **Martin Hafen**, Hochschule Luzern

Die Zeit von der Schwangerschaft bis zum Eintritt ins formale Bildungssystem ist für die gesundheitliche und soziale Entwicklung eines Menschen von zentraler Bedeutung [5.1]. Entsprechend ist die frühe Kindheit für Gesundheitsförderung und Prävention eine zentrale Lebensphase [5.2], und die Frühe Förderung wird zu einer bedeutenden präventiven Strategie [5.3].

In diesem Kapitel werden nach einer einleitenden Definition von Früher Förderung die wichtigsten wissenschaftlichen Argumente für die Bedeutung der Frühen Förderung als Strategie von Gesundheitsförderung und Prävention dargestellt. Danach folgt ein zusammenfassender Überblick zum Stand der Frühen Förderung in der Schweiz. Abschliessend werden Möglichkeiten zur Verbesserung der Angebotssituation im Frühbereich aufgezeigt.

5.1 Definition

Aktuell werden in der Schweiz unterschiedliche Definitionen der Bezeichnung «Frühe Förderung» genutzt [5.4]. In diesem Kapitel wird Frühe Förderung sehr allgemein definiert als Gesamtheit aller professionell erbrachten Massnahmen (etwa im Rahmen vorgeburtlicher Beratung, medizinischer Betreuung oder pädagogischer Unterstützung) und staatlich verfügbaren Leistungen (wie Kindergeld, bezahlte Elternzeit oder familienfreundliche Arbeitszeitmodelle), von denen die Kinder und ihre Familien von der Schwangerschaft bis zum vierten Lebensjahr profitieren [5.5]. Der Begriff der Frühen Förderung ist somit bewusst breiter gefasst als das Konzept der «Frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung» (FBBE), das den Fokus auf die pädagogischen Aspekte legt. Beim hier verwendeten umfassenden Verständnis von Früher Förderung dominieren die settingorientierten Aspekte, da die meisten Massnahmen darauf ausgerichtet sind, die familiären und ausserfamiliären Rahmenbedingungen der kindli-

chen Entwicklung zu verbessern. «Frühkindliche Gesundheitsförderung» als Teil der Frühen Förderung umfasst in diesem Sinn nicht nur Aktivitäten, die im Rahmen des Gesundheitssystems erbracht werden, sondern auch Konzepte aus anderen professionellen Handlungsfeldern (Bildung, Soziales, Raumgestaltung usw.), die für die Entwicklung von Bedeutung sind [5.2].

5.2 Wissenschaftliche Argumente für die Bedeutung der Frühen Förderung

Die Frühe Förderung ist ein Handlungsfeld, das im Fokus unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen steht. Nachfolgend werden einige zentrale Erkenntnisse dieser interdisziplinären Forschung vorgestellt. Sie bieten wichtige Argumente für die Bedeutung der Frühen Förderung und für die Gestaltung von konkreten Massnahmen (Abbildung 5.1).

5.2.1 Die Perspektive von Gesundheitsförderung und Prävention

Die gesundheitliche und soziale Entwicklung eines Menschen wird in jeder Lebensphase durch ein komplexes Zusammenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen geprägt [5.6]. Wenn mehr Belastungen als Ressourcen vorhanden sind (Schutzfaktorendefizit), ist tendenziell mit einer ungünstigen Entwicklung zu rechnen. Das erklärt, warum Kinder aus stark belasteten Familien mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einen schwierigeren Einstieg ins formale Bildungssystem und danach ins Berufsleben haben als Kinder aus Familien ohne übermässige Belastungen. Gleichzeitig entwickelt sich in der frühen Kindheit die Resilienz (Widerstandsfähigkeit) von Kindern gegenüber späteren Belastungen [5.7]. Die Angebote der Frühen Förderung erzeugen ihre präventive (und gesundheitsförderliche) Wirkung dadurch, dass sie Belastungen der Kinder und ihrer Familien reduzieren und ihre Ressourcen stärken.

Die frühkindliche Gesundheitsförderung hat positive Auswirkungen auf das ganze Leben.

ABBILDUNG 5.1

Bedeutung der Frühen Förderung



5.2.2 Die systemtheoretische Perspektive

Aus der Perspektive der soziologischen Systemtheorie [5.8] entwickeln sich die Psyche und der Körper eines Kindes in direktem und unablässigem Kontakt mit seiner relevanten Umwelt. Während der Schwangerschaft ist diese relevante Umwelt vor allem die Mutter, die ihrerseits in Kontakt mit ihrer relevanten Umwelt steht. So wird starker mütterlicher Stress während der Schwangerschaft zu einem potenziell schädlichen Umweltfaktor für das Kind. Jede Massnahme zur Steigerung des Wohlbefindens von Schwangeren und Müttern mit Kleinkindern hat demnach auch positive Auswirkungen auf das Kind. Die Entwicklung der Psyche oder der körperlichen Systeme des Kindes erfolgt durch den Aufbau von Strukturen. Diese Strukturen bilden in jedem Mo-

ment die Basis für die Bildung von neuen Strukturen. Wenn die frühkindliche Strukturbildung ungünstig ausfällt, hat dies ungünstige Auswirkungen, die bis weit ins Erwachsenenalter reichen können. Die Resilienzforschung [5.9] zeigt, dass positive Entwicklungen auch bei schlechten Ausgangsbedingungen möglich bleiben und umgekehrt bei günstigen Lebensbedingungen in der frühen Kindheit ein problembelastetes Leben folgen kann. Statistisch gesehen korreliert ein schwieriger Start ins Leben jedoch deutlich mit einer erhöhten Problembelastung im weiteren Lebensverlauf.

Die frühkindlichen Strukturen bilden die Basis für die Strukturbildung im weiteren Lebensverlauf.

5.2.3 Die Perspektive der Bindungstheorie

Der Zusammenhang zwischen den frühkindlichen Erfahrungen und späteren Lebensphasen wird in der entwicklungspsychologischen Fachliteratur schon lange beschrieben. Ein zentrales Forschungsgebiet ist dabei die Bindungsforschung [5.10]. Unmittelbar nach der Geburt ist ein Kind nicht nur darauf angewiesen, dass es ernährt und gewickelt wird. Es hat auch ein elementares Bedürfnis, von seiner Mutter, dem Vater und anderen primären Bezugspersonen emotionale Zuwendung in Form von Berührungen, Blickkontakt und Sprache zu erhalten. Diese Zuwendung ermöglicht ihm die Erfahrung, dass die Welt ein sicherer Ort ist und es sich auf andere Menschen verlassen kann. Bleibt ihm diese Erfahrung verwehrt, ist es nicht in der Lage, das Urvertrauen und eine sichere Bindungsfähigkeit zu entwickeln. Dies beeinflusst sein späteres Sozialverhalten massgeblich und wirkt sich auch ungünstig auf allfällige eigene Kinder aus.

Die Bindungsfähigkeit eines Menschen gründet auf der Bindungserfahrung in der frühen Kindheit.

5.2.4 Die naturwissenschaftliche Perspektive

In den letzten Jahrzehnten haben sich zwei naturwissenschaftliche Forschungszweige etabliert, welche die Erkenntnisse aus der Bindungsforschung umfassend bestätigen: die Neurobiologie und die Epigenetik. Die **Neurobiologie** dokumentiert mit ihren bildgebenden Verfahren unter anderem die Vorgänge und die Schädigungen, die das Gehirn eines kleinen Kindes belasten, wenn es chronischem Stress durch emotionale Vernachlässigung oder Gewalt ausgesetzt ist [5.11]. Weiter zeigt sie das ungeheure Potenzial von neuronalen Verschaltungen auf, das bei Kindern aktiviert wird, die geliebt werden und in einer anregenden Umgebung aufwachsen.

Die **Epigenetik**, die Lehre der Genaktivierung, ist eine noch jüngere Disziplin [5.12]. Sie belegt, dass gewisse Gene in unserem Genom durch äussere Einflüsse aktiviert oder deaktiviert werden. So kann beispielsweise ein Zusammenhang zwischen dem Stresserleben der Eltern und der späteren Stressverarbeitungsfähigkeit eines Kindes aufgezeigt werden. Die Beziehung zwischen emotionaler Vernachlässigung und erhöhter Stresssensibilität lässt sich entsprechend nicht nur bei den Nervenzellnetzwer-

ken im Gehirn, sondern auch auf der Ebene des Epigenoms nachweisen. So bleiben stressregulierende Gene deaktiviert, wenn das Kind nicht ausreichend erfährt, dass es geliebt und umsorgt wird. Die Epigenetik zeigt weiter, dass das Auftreten von ernährungsbedingten Krankheiten im späteren Leben mit dem Ernährungsverhalten der Mutter während der Schwangerschaft zusammenhängt. Ungünstige Ernährung beeinflusst Gene, die mit dem späteren Ausbruch von vererblichen ernährungsbezogenen Krankheiten wie Diabetes mellitus 2 im Zusammenhang stehen.

Die Naturwissenschaft bestätigt die Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie und anderen traditionellen Forschungsbereichen wie der Stressforschung.

5.2.5 Die Perspektive der Lebenskompetenzen

Die frühkindliche Gesundheitsförderung wirkt sich positiv auf die Bildung von Lebenskompetenzen aus (siehe [Definition 3.4](#)) [5.7]. Lebenskompetenzen entstehen wie alle Kompetenzen auf der Basis von Erfahrungen, die bei der Bewältigung von bestimmten Herausforderungen gemacht werden. Ihre Entwicklung wird einerseits beeinflusst durch das genetische Erbe von zahllosen Generationen, das einem Kind über die Gene seiner Eltern zugänglich gemacht wird («nature»). Andererseits sind es die sozialen und räumlichen Umweltbedingungen, die den Aufbau der relevanten Lebenskompetenzen erleichtern oder erschweren («nurture»). Eine anregende, kindgerechte Umgebung ist ein Beispiel für einen Faktor, der den Aufbau unterschiedlicher Lebenskompetenzen begünstigt [5.13]. Auf der einen Seite können Eltern zum Beispiel dazu motiviert werden, viel Freizeit mit ihren Kindern in der Natur zu verbringen. Eine andere Möglichkeit ist die Einrichtung von verkehrsfreien Aussenräumen, in denen schon Kinder ab drei Jahren ohne Begleitung von Erwachsenen spielen und andere Kinder treffen können.

Das frühkindliche Spiel in anregender Umgebung begünstigt den Aufbau von Lebenskompetenzen.

5.2.6 Die armutstheoretische Perspektive

«Armut ist vererbbar» – diese Aussage wird durch die Forschung zur Frühen Förderung bestätigt. Es ist umfassend belegt, dass Kinder mit einer hohen Wahrscheinlichkeit im Erwachsenenalter einen vergleichbaren sozioökonomischen Status haben werden wie ihre Eltern [5.14]. Die Vererbung von «Armut» wird massgeblich durch soziale Faktoren wie den Bildungsstand, das Einkommen der Eltern oder die Wohnumgebung beeinflusst, und sie wirkt sich nicht nur auf den sozialen Status, sondern auch auf die Gesundheit im weiteren Lebensverlauf aus [5.15]. Aus präventionstheoretischer Perspektive bedeutet dies, dass sozial benachteiligte Familien über weniger Ressourcen verfügen, gleichzeitig jedoch mehr Belastungen ausgesetzt sind. Das trägt dazu bei, dass ihre Kinder schon beim Schuleintritt gegenüber den anderen Kindern Kompetenzdefizite (Sprache, Motorik, Sozialverhalten usw.) aufweisen, die nur schwierig aufzuholen sind. Dies gilt insbesondere in Schulsystemen, in denen der Schulerfolg zu einem beträchtlichen Anteil von den familiären Rahmenbedingungen abhängt. Eine substantielle Unterstützung sozial benachteiligter Familien im Vorschulalter der Kinder kommt nicht nur den Kindern zugute; sie entlastet auch das Schulsystem und später das Sozial- und das Gesundheitswesen.

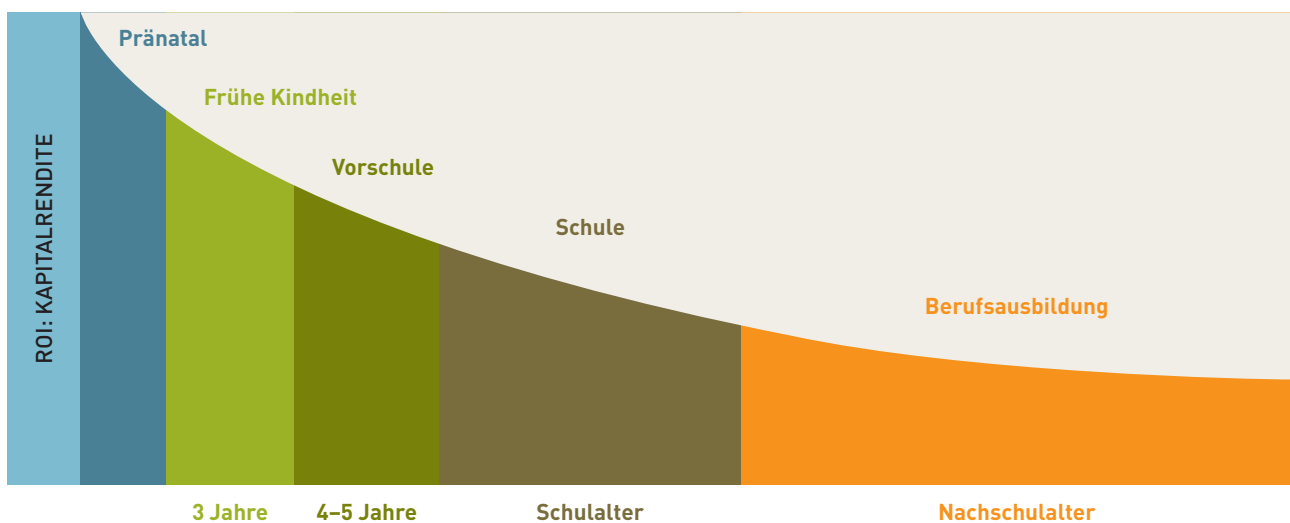
Frühe Förderung wirkt der Vererbung von Armut entgegen.

5.2.7 Die volkswirtschaftliche Perspektive

Soziale Benachteiligung ist jedoch nicht nur ein Problem für die benachteiligten Kinder und ihre Familien, sondern für die ganze Gesellschaft. Die Behandlung der Probleme, die durch die ungünstigen Bedingungen in der frühen Kindheit wahrscheinlicher gemacht werden, belastet das Bildungs-, das Sozialhilfe-, das Rechts- und das Gesundheitssystem. Aus diesem Grund ist es auch so kosteneffizient, in die Frühe Förderung zu investieren. Dies gilt insbesondere, wenn nicht nur Massnahmen für die Allgemeinheit realisiert, sondern zusätzlich spezifische Angebote für sozial benachteiligte Familien bereitgestellt werden. Die viel beachteten Forschungsergebnisse des Wirtschaftsnobelpreisträgers James Heckman [5.16] zur Kosteneffizienz der Frühen Förderung finden auch heute noch ihre Bestätigung [5.17]: Je früher die Unterstützung einsetzt, desto grösser ist der sogenannte «Social Return on Investment» (SROI), der das Verhältnis von investiertem und später eingespartem Geld beschreibt (Abbildung 5.2). Bei früh einsetzender (selektiver) Unterstützung für sozial benachteiligte Familien kann der SROI gemäss einer

ABBILDUNG 5.2

Der ökonomische Nutzen von Investitionen in die Frühe Förderung



Quelle: The Heckman Equation [5.20]

Forschungsübersicht zu Kosteneffizienz-Studien im Frühbereich bis zu 1:23,5 betragen [5.18]. Aber auch (universelle) Massnahmen für alle Familien sind mittelfristig ökonomisch günstig. Für die Schweiz wird errechnet, dass sich zusätzliche Investitionen in einer Kombination von universellen und selektiven Massnahmen bereits nach einer Frist von zehn Jahren auszuzahlen beginnen [5.19].

Die Investitionen in Frühe Förderung zahlen sich auch ökonomisch aus.

5.3 Die Situation der Frühen Förderung in der Schweiz und Ansatzpunkte für ihre Optimierung

Spätestens seit der Studie von Stamm aus dem Jahr 2009 [5.21], die in erster Linie die Defizite im Bereich der familienergänzenden Kinderbetreuung thematisierte, ist der Fachwelt und immer mehr auch der Politik klar, dass die Angebotssituation im Frühbereich unzureichend ist. Seitdem haben zahlreiche Kantone und Gemeinden Strategien für den Frühbereich entwickelt [5.22]. Die Anstrengungen haben zwar zu Verbesserungen geführt, die Situation ist jedoch insgesamt noch nicht befriedigend. Aus diesem Grund wird im Rahmen von zivilgesellschaftlichen Initiativen wie der [«Ready!»-Kampagne](#) und [«Alliance Enfance»](#) zunehmend Druck auf die Politik ausgeübt, die Versorgungssituation im Frühbereich nachhaltig zu verbessern. Im Zentrum der Bemühungen steht eine intersektorale Politik der frühen Kindheit, die auf Verbesserungen in den folgenden vier Handlungsfeldern ausgerichtet ist [5.23]:

- Angebote für alle gewährleisten
- Koordinieren und vernetzen
- Qualität sichern und verbessern
- Finanzieren

An diese Verbesserungen sollten alle Politikbereiche einen massgeblichen Beitrag leisten. Es profitieren auch alle davon, wenn es gelingt, die Versorgungssituation im Frühbereich auf das Niveau der Nachbarländer oder gar der skandinavischen Staaten anzuheben.

Die Frühe Förderung in der Schweiz ist stark föderalistisch geprägt. Der Bund wird nur ausnahmsweise aktiv und verweist in der Regel auf die Zuständigkeit der Kantone und Gemeinden [5.4]. Diese wiederum nehmen die damit verbundenen Aufgaben unterschiedlich wahr. Das Ergebnis dieser föderalistischen Politik der frühen Kindheit ist ein «Flickenteppich» an Angeboten mit beträchtlichen Unterschieden zwischen den Sprachregionen sowie zwischen Stadt und Land. So ist die Angebotsstruktur in den französisch- und italienischsprachigen Landesteilen tendenziell besser ausgebaut als in der Deutschschweiz. Weiter bieten Städte ihren Familien in der Regel umfassendere Unterstützung als ländliche Gemeinden. Aber auch Städte mit ihrem für Schweizer Verhältnisse umfangreichen Angebot haben im internationalen Vergleich einen beträchtlichen Handlungsbedarf, zum Beispiel im Hinblick auf die Subventionierung von familienergänzender Kinderbetreuung oder die Früherkennung von Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf [5.24–5.26]. Befragungen von Familien zeigen, dass sich diese im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf oft auf sich selbst gestellt sehen [5.27, 5.28]. Das gilt insbesondere für Familien in der Sozialhilfe und schlecht ausgebildete Eltern mit Migrationshintergrund [5.29]. Neben der fehlenden bezahlten Elternzeit nach der Geburt belastet die familienergänzende Kinderbetreuung das Familienbudget über alle Massen [5.30]. Zudem ist die Qualität im Bereich FBBE nicht immer ausreichend [5.31]. Das hängt mit den strukturellen Rahmenbedingungen von Kitas und Spielgruppen zusammen, aber auch mit dem Ausbildungsniveau und den Arbeitsbedingungen in diesem Bereich [5.32]. Initiativen wie der «Orientierungsrahmen für frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung» [5.33], [«Kibesuisse»](#) und [«QualiKita»](#) zeigen auf, welche Ansatzpunkte für Qualitätsverbesserungen auch unter diesen eher ungünstigen Voraussetzungen möglich sind. Anhand der KAP-Ebenen Policy, Öffentlichkeitsarbeit, Interventionen sowie Vernetzung werden nachfolgend Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Situation im Frühbereich dargestellt.

5.3.1 Policy und Öffentlichkeitsarbeit

Die vielfältigen Herausforderungen im Bereich FBBE bedingen fraglos ein stärkeres Engagement der öffentlichen Hand. Stern et al. [5.34] rechnen anhand von drei Szenarien (gering, mittel, stark) mit zusätzlichen jährlichen Investitionen in der Höhe von 1,38 bis 2,2 Milliarden Franken, die zur Stärkung von familienergänzender Kinderbetreuung, einer substanziellen Elternzeit sowie der spezifischen Förderung von sozial benachteiligten Familien eingesetzt werden müssten. Diese Beträge mögen hoch erscheinen. Vor dem Hintergrund, dass sie mittelfristig volkswirtschaftlich rentabel sind, relativiert sich diese Einschätzung [5.19]. Zudem liesse sich mit Blick auf die oben aufgeführten Erkenntnisse formulieren, dass die frühe Kindheit die wichtigste Bildungsphase überhaupt ist, wobei Bildung in diesem Zusammenhang umfassend als Entwicklung von Lebenskompetenzen und nicht als Wissensvermittlung zu verstehen ist. Frühe Förderung ist demnach der erste Schritt auf dem Weg, der vergleichsweise hohen Selektivität des schweizerischen Bildungssystems entgegenzuwirken [5.35]. Zudem stärkt sie die Position der Frauen auf dem Arbeitsmarkt [5.36]. Zentral ist weiter, dass die Investitionen insbesondere auch den sozial benachteiligten Familien zugutekommen und somit längerfristigen sozialen Problemen vorbeugen, die oft mit einer schwierigen Schulkarriere verbunden sind [5.37]. Und schliesslich ist die Frühe Förderung auch eine zentrale Strategie zur Reduktion von gesundheitlichen Problemen, da viele körperliche und psychische Probleme ihren Ursprung in der frühen Kindheit haben.



Weiterführende Informationen zu den Rahmenbedingungen

- Infografik [Frühe Förderung](#)
- Argumentarium [Frühe Förderung: Wichtiger Start für eine lebenslange Gesundheit](#)
- Grundlagenpapier: [Zur Bedeutung professioneller Arbeit im Kleinkindbereich – ein Grundlagenpapier mit Blick auf theoretische Überlegungen, empirische Evidenz und erfolgreiche Praxis](#)
- Infoblatt [Das Engagement von Gesundheitsförderung Schweiz für die frühe Kindheit](#)

Alle Informationen unter www.gesundheitsfoerderung.ch/miapas



Weiterführende Informationen anderer Akteurinnen und Akteure zu den Rahmenbedingungen

- Flyer [Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit](#) des BAG
- [Für eine Politik der frühen Kindheit](#) der Schweizerischen UNESCO-Kommission (INFRAS 2019)

Angesichts dieser Argumente für eine intersektorale Politik der frühen Kindheit und der hohen Bedeutung der Frühen Förderung für die Themenbereiche Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit, die im Fokus der KAP stehen, ist es von besonderem Vorteil, wenn sich die Fachleute und die Entscheidungstragenden der frühkindlichen Gesundheitsförderung für Verbesserungen der Angebotsstruktur im Frühbereich einsetzen. Sie haben das Wissen, kennen die wichtigsten fachlichen Argumente und stehen sowohl mit Politik und Verwaltung als auch mit der breiten Öffentlichkeit in Kontakt. Eine zielgerichtete Öffentlichkeitsarbeit fördert nicht nur die Kenntnisse des bestehenden Angebots bei den jungen Familien, sondern schafft auch Voraussetzungen für eine Verbesserung der Rahmenbedingungen dieses Angebots in dem Sinne, dass Politik, Verwaltung und Öffentlichkeit für das Thema sensibilisiert werden.



Empfehlungen für Fachpersonen zur Gesundheitsförderung in der frühen Kindheit

- Broschüre [Mit Eltern gemeinsam die Gesundheit von Kindern fördern](#)

Zum Thema Bewegung

- [Gesundheitswirksame Bewegung bei Frauen während und nach der Schwangerschaft](#)
- [Gesundheitswirksame Bewegung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Vorschulalter](#)
- [Bewegungstipps Paprica – Informationen zur Nutzung der Broschüren](#)
- [Paprica – Therapeutischer Ansatz im Sinne einer Zusammenarbeit](#)
- [Projekt Paprica Petite enfance – Schulungskonzept](#)

Zum Thema Ernährung für Schwangere und stillende Mütter

- Handbuch [Essen und Trinken während der Schwangerschaft](#)
- Präsentation [Essen und Trinken während der Schwangerschaft](#)
- Handbuch [Essen und Trinken während der Stillzeit](#)
- Präsentation [Essen und Trinken während der Stillzeit](#)
- [Tipps von gut, gesund und günstig essen](#)

Zum Thema Ernährung von Kleinkindern bis 4 Jahre

- Handbuch [Essen und Trinken im 1. Lebensjahr](#)
- Präsentation [Essen und Trinken im 1. Lebensjahr](#)
- Handbuch [Essen und Trinken im Kleinkindalter \(1–4 Jahre\)](#)
- Präsentation [Essen und Trinken im Kleinkindalter \(1–4 Jahre\)](#)
- [Tipps von gut, gesund und günstig essen](#)

Zum Thema psychische Gesundheit

- [Förderung der psychischen Gesundheit in der frühen Kindheit](#)
- [Die psychische Gesundheit von werdenden Eltern unterstützen](#)



Empfehlungen für Eltern zur Gesundheitsförderung in der frühen Kindheit

- Flyer [Unterstützungsangebote für Mütter und Väter](#)

Zum Thema Bewegung

- [Tipps für Bewegung in der Schwangerschaft und nach der Geburt](#)
- [Fitness während der Schwangerschaft \(Video\)](#)
- [Den Beckenboden kennenlernen \(Video\)](#)
- [Wahrnehmung des Beckenbodens nach der Geburt \(Video\)](#)
- [Kräftigung des Beckenbodens nach der Geburt \(Video\)](#)
- [Nach der Geburt körperlich aktiv werden \(Video\)](#)
- [Bewegungstipps für Kinder mit den Eltern, 0 bis 9 Monate](#)
- [Bewegungstipps für Kinder mit den Eltern, 9 bis 18 Monate](#)
- [Bewegungstipps für Kinder mit den Eltern, 18 Monate bis 2,5 Jahre](#)
- [Bewegungstipps für Kinder mit den Eltern, 2,5 bis 4 Jahre](#)

Zum Thema Ernährung

- [Ernährung des Säuglings im ersten Lebensjahr](#)
- [Kinderandentisch](#)
- [Handlungsanweisungen vegetarische und vegane Ernährung im Säuglings- und Kleinkindesalter](#)
- [Ernährung im 1. Lebensjahr](#)
- [Ernährung im 2. und 3. Lebensjahr](#)

Zum Thema psychische Gesundheit

- [So bleibe ich als Mutter oder Vater seelisch stark!](#)
- [So wird mein Kind seelisch stark!](#)
- [Lerngelegenheiten für Kinder bis 4 Jahre: <https://kinder-4.ch/de/start>](#)
- [Elternbriefe von Pro Juventute](#)
- [Extrabriefe zu verschiedenen Themen, z. B. Trotzalter, Vereinbarkeit von Familie und Beruf](#)

5.3.2 Interventionen und Vernetzung

Aufsuchende Projekte wie «Zeppelin» [5.38], «Zämä uf e Wäg» (Kt. OW), «Gustaf» (Kt. NW) oder «schritt:weise» [5.39] sind explizit auf Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf ausgerichtet. Durch ihre auf Vertrauen basierende und ressourcenorientierte Begleitung der Familien leisten sie einen wichtigen Beitrag zur altersgerechten Entwicklung der Kinder. Damit erleichtern sie ihnen den Eintritt in den Kindergarten und die weiteren Stufen des formalen Bildungssystems. Eine hohe Bedeutung kommt diesbezüglich auch Projekten zu, die sich spezifisch an Familien mit Migrationshintergrund richten. Zu nennen wären diesbezüglich Initiativen wie «Femmes-Tische im Frühbereich» oder die frühkindliche Sprachförderung [5.40], die in immer mehr Städten und Gemeinden in Spielgruppen und Kitas angeboten wird und massgeblich zur Chancengerechtigkeit beiträgt.



Orientierungsliste von Gesundheitsförderung Schweiz

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

Netzwerke sind ein weiteres wichtiges Element der Angebotsstruktur im Frühbereich. Sie bieten den Familien Orientierung, fördern den fachlichen Austausch und können ein wichtiges Instrument für die Früherkennung von Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf sein. In dieser Hinsicht ist es wichtig, dass die medizinischen Berufe (Gynäkologie, Pädiatrie) besser in die interprofessionellen Netzwerke im Frühbereich integriert werden [5.26]. Ähnliches gilt für die Professionen im Kontext der Sozialhilfe [5.41]. Der gut erforschte Ansatz der «Frühen Hilfen» aus Österreich zeigt auf, wie psychosoziale Belastungen von Familien durch eine «familienzentrierte» Vernetzung aller Fachleute systematischer früh erkannt und aufgefangen werden können [5.42]. Bei diesem Ansatz wird das Netzwerk durch eine

Fachstelle koordiniert, die sowohl der allgemeinen Bevölkerung offensteht als auch belasteten Familien eine freiwillige und auf Vertrauen basierende Begleitung anbietet, die spätere Kinderschutzmassnahmen in vielen Fällen unnötig macht. Die Fachleute im Netzwerk können Familien bei Bedarf auf die Fachstelle hinweisen und sie fragen, ob sie ihre Kontaktdaten an die Stelle weitergeben dürfen, damit diese mit der Familie in Kontakt treten kann. Dieses Angebot wird in Österreich von weit über 90 Prozent der Familien angenommen, was wiederum die Fachleute entlastet [5.43].



Praxisbeispiel Miapas

- Flyer [Das Vernetzungsprojekt Miapas von Gesundheitsförderung Schweiz](#)
- Infoblatt [Förderung der psychischen Gesundheit in der frühen Kindheit](#)

Alle Informationen unter www.gesundheitsfoerderung.ch/miapas

Eine Vorstudie zu dieser familienzentrierten Vernetzung zeigt, dass für eine solche Art der Früherkennung und Unterstützung von belasteten Familien in der Schweiz aus der Perspektive der befragten Fachpersonen ein grosser Bedarf besteht [5.26]. Familienzentrierte Vernetzung könnte eine sinnvolle Ergänzung von bestehenden Schweizer Netzwerken wie «Primokiz» [5.34] und zahlreichen weiteren gut funktionierenden Initiativen bilden, die auf die Vernetzung von Institutionen und Fachpersonen im Frühbereich ausgerichtet sind und durch öffentlich zugängliche Koordinationsstellen sowie Ansprechpersonen den Familien Orientierung in den vielfältigen Angeboten im Frühbereich ermöglichen [5.26]. Einzelne Kantone entwickeln ihre Netzwerke bereits in diese Richtung, wie zum Beispiel der Kanton Nidwalden mit dem Projekt «Gustaf» (Guter Start ins Familienleben). Dazu kommen Vernetzungsinitiativen auf fachlicher Ebene wie «Miapas» oder «TIPI», die ihrerseits einen wichtigen Beitrag zur interprofessionellen Vernetzung und zur Qualitätssicherung leisten.

5.4 Fazit

Die Forschung aus unterschiedlichen Disziplinen zeigt, wie wichtig die frühe Kindheit für die weitere Entwicklung eines Menschen ist. In dieser Lebensphase werden die Grundlagen für die wichtigsten Lebenskompetenzen gelegt, und chronischer Stress hat negative Auswirkungen, die einen Menschen das ganze Leben begleiten können. Aus diesem Grund ist es von besonderer Bedeutung, Familien dabei zu unterstützen, ihren Kindern einen guten Start ins Leben zu ermöglichen. Das gilt insbesondere für sozial benachteiligte Familien. Der Überbegriff für diese Unterstützung heisst «Frühe Förderung». Trotz der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz und der guten wirtschaftlichen Lage ist die Frühe Förderung in der Schweiz im internationalen Vergleich (noch) eher dürftig ausgebaut. Entsprechend gibt es für die Gemeinden und Kantone vielfältige Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation. Es sind dies insbesondere:

- die Gestaltung von kinderfreundlichen Aussenräumen,
- die Finanzierung von aufsuchenden Programmen für sozial benachteiligte Familien,
- die Stärkung interprofessioneller Netzwerke unter Einbezug der Fachpersonen aus dem Medizinbereich,

- die Unterstützung von Kindertagesstätten und Spielgruppen bei der Qualitätssicherung,
- die Einrichtung von Kontaktstellen, welche allen Familien die Orientierung im Frühbereich erleichtern, sowie
- die Sensibilisierung der Öffentlichkeit und der Politik für die Bedeutung der frühen Kindheit.

Von einer besser ausgebauten Frühen Förderung profitieren letztlich nicht nur die Kinder und ihre Familien, sondern die ganze Schweiz. Schliesslich bilden die kleinen Kinder von heute das Potenzial zur Bewältigung der anstehenden sozialen, gesundheitlichen und ökologischen Herausforderungen, mit denen sich die Schweiz und die Welt insgesamt konfrontiert sehen.

6 Förderung der regelmässigen Bewegung

- Susi Kriemler, Universität Zürich
- Thomas Radtke, Universität Zürich

6.1 Grundlagen und Definitionen

Bewegung umfasst jede von der Skelettmuskulatur ausgeübte Aktivität des Körpers, die zu einer Steigerung des Energieverbrauchs über den Ruheumsatz hinaus führt. Für Kinder ist Bewegung Spiel, Sport, Transport, Freizeitaktivitäten, Schulsport oder Trainings im Familiensetting, in der Schule oder sonst wo (Abbildung 6.1). Sport ist eine Sonderform der körperlichen Aktivität, die moderate bis intensive, häufig strukturierte Aktivitäten umfasst und die einen Spiel- und Wettkampfcharakter haben kann. Heute ordnet man oft auch weitere mit Bewegung verbundene Freizeitaktivitäten, wie beispielsweise Streethockey, Skateboarden oder Inline-Skaten, dem Sport zu. Für die **Gesundheitseffekte** von Sport und Bewegung sind Gesamtvolumen und Intensität während einer bestimmten Zeitperiode entscheidend. Sitzende Tätigkeit bzw. **sitzendes Verhalten** bezieht sich auf alle Aktivitäten, deren Energieverbrauch dem Grundumsatz des Körpers in Ruhe nahekommmt.

6.2 Warum Bewegungsförderung bei Kindern?

Genügend Bewegung ist für die körperliche, psychische und soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen unabdingbar [6.1]. Der **Gesundheitsnutzen von Bewegung** für Kinder und Jugendliche zeigt sich für alle Aspekte der von der WHO definierten Gesundheit (ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens) und nicht nur im Freisein von Krankheit oder Gebrechen [6.2]. **Tabelle 6.1** fasst die wichtigsten Auswirkungen von genügend Bewegung im Kindesalter zusammen. Es existieren mehrere aktuelle Übersichtsarbeiten, welche die Gesundheitseffekte von Bewegung [6.3–6.5] bzw. die schädlichen Auswirkungen der körperlichen Inaktivität [6.5–6.7] zusammenfassen. Körperlich aktive Kinder haben mehr **Ausdauer und Kraft** als Kinder, die sich nicht ausreichend bewegen. Zudem wirkt sich regelmässige Bewegung positiv auf verschiedene **Risikoindikatoren** für spätere Erkrankungen aus, insbesondere auf kardiometabolische Erkrankungen wie hoher Blutdruck, Dyslipidämie und Insulinresistenz. Bewegung reduziert den Körperfettanteil und das Risiko, übergewichtig zu werden. Durch Aktivitäten, welche den Knochen biegen, stauchen oder drehen, wird die **Knochenmasse** erhöht und der Knochen gestärkt.

ABBILDUNG 6.1

Lebensbereiche (Domains), in welchen Bewegung stattfindet



TABELLE 6.1

Vorteile von Bewegung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen**Körperliche Gesundheit**

- ↑ kardiorespiratorische und muskuläre Fitness
- ↑ kardiometabolische Gesundheit (Blutdruck, Blutfette, Glukose, Ansprechbarkeit auf Insulin)
- ↓ Übergewicht
- ↑ Knochengesundheit

Seelisches Wohlbefinden

- ↑ psychische Gesundheit (weniger Depressionen)
- ↑ kognitive Leistung und Funktion

Soziales Wohlbefinden

- ↑ soziale Integration und Kompetenzen

Körperlich aktive Kinder sind **psychisch stabiler** und haben weniger angstverbundene Symptome und Depressionen [6.8]. Es gibt Hinweise darauf, dass sich regelmässige Bewegung positiv auf Schul- und **Hirnleistungen** wie Konzentration und Gedächtnis auswirken [6.9, 6.10].

Körperliche Aktivität, insbesondere wenn im Gruppenverband durchgeführt, fördert die **soziale Integration** und lehrt die Kinder soziale Interaktion, mit Misserfolgen umzugehen und in Spiel und Sport fair zu handeln [6.8].

Systematische Übersichtsarbeiten dokumentieren, dass schon in den ersten fünf Lebensjahren kurz- und langfristige Nebenwirkungen von ungenügender körperlicher Aktivität entstehen [6.11, 6.12], wie zum Beispiel eine ungünstige Gewichtsentwicklung oder ein tieferes Niveau von psychosozialer Gesundheit und kognitiver Entwicklung [6.11]. Um diese Konsequenzen zu verhindern, ist es unabdingbar, die frühe Kindheit als kritische Zeit zu deklarieren, in der ein gesunder Lebensstil etabliert wird. Diese Einschätzung wird auch unterstützt durch sogenannte Trackingstudien (d. h. Studien, die das Verhalten zu einem bestimmten Zeitpunkt durch das frühere Verhalten voraussagen). Diese Studien belegen, dass sich die körperliche Aktivität und Inaktivität vom Vorschul- zum Schulalter weiterverfolgen lässt [6.13, 6.14]. Das **Tracking** und frühe Erscheinen von potenziell negativen Gesundheitsauswirkungen impliziert, dass frühe präventive Massnahmen ideal wären. Dennoch ist die Übereinstimmung von frü-

hem und späterem Verhalten mässig stark, sodass durchaus zu jedem Zeitpunkt interveniert werden kann.

Sitzendes Verhalten wirkt den positiven Aspekten von Bewegung entgegen.

Eine längere Sitzzeit, vor allem in der Freizeit am Bildschirm, wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus. Eine längere Bildschirmzeit (einschliesslich Fernsehkonsum) ist beispielsweise mit einer schlechteren Fitness und kardiometabolischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen verbunden. Hinzu kommt oft ein ungesundes Ernährungsverhalten («Snacking»). Zudem bestehen schon bei Kindern erste Hinweise auf einen negativen Zusammenhang zwischen sitzendem Verhalten und Wohlbefinden bzw. Lebensqualität, eine ungünstige Beziehung zwischen Bildschirmzeit und Depression sowie zwischen Fernsehzeit oder Videogames und sozialen Verhaltensweisen. Die Evidenz für die gesundheitsschädlichen Auswirkungen sitzenden Verhaltens konnte im Allgemeinen stärker für das Fernsehen oder Bildschirmarbeit in der Freizeit gezeigt werden als für die gesamte sitzende Tätigkeit.

Schlaf ist eine Sonderform des inaktiven Verhaltens

und muss bezüglich des Gesundheitsaspekts separat betrachtet werden. Entgegen der negativen Auswirkung von inaktivem Verhalten zu Wachzeiten, ist Schlaf essenziell für die kognitive, physische und psychosoziale Entwicklung. Eine zu kurze Schlafdauer wird mit diversen negativen Gesundheitsauswirkungen wie schlechter Konzentrationsfähigkeit, schlechteren Schulleistungen, Übergewicht und Adipositas, ja sogar mit Depression und erhöhter Unfallhäufigkeit in Verbindung gebracht [6.15–6.18]. Trotzdem gibt es nicht genügend Evidenz für ein generelles Optimum von Schlafdauer für Kinder und Jugendliche [6.19]. Expertinnen und Experten sind sich darin einig, dass die **interindividuellen Schlafbedürfnisse so stark variieren** – und je nach Zielvariablen unterschiedlich und auch kulturell geprägt sind –, dass Empfehlungen für eine gesundheitsfördernde Schlafdauer keinen Sinn machen [6.19].

Der präventive Einsatz von Bewegung bei Kindern ist wohl auch deshalb zu begrüssen, weil er sich für die Volkswirtschaft am meisten lohnt und die besten Erfolgsaussichten hat im Sinne eines optimalen «Return on Investment». Krankheiten sind noch nicht vorhanden und die Gewohnheiten noch nicht so festgefahren wie bei Erwachsenen. Kinder haben einen natürlichen Bewegungsdrang, der eigentlich

nur aufrechterhalten werden muss. Es sind vor allem **drei Faktoren, die das Bewegungsverhalten im frühen Kindesalter bestimmen**: Alter, Geschlecht und Temperament eines Kindes [6.20, 6.21]. Der Bewegungsdrang unterliegt also in erster Linie einer zentralen Regulation [6.22]. Sein Zweck ist es, Kinder möglichst viele Bewegungserfahrungen erleben und verschiedene Bewegungsmuster einüben zu lassen. Dies geschieht in einem bewegungsfreundlichen Umfeld und ist eine wichtige Voraussetzung für die erfahrungserwartende Plastizität des Gehirns in den ersten Lebensjahren [6.23].

Unser Schulsystem und die Medienaffinität als neue gesellschaftliche Norm lassen dies nicht mehr zu: Der Knick, wo es zu einem kontinuierlichen, stetigen Abfall des Bewegungsumfangs kommt, passiert beim Übertritt in die Schule, mehr bei Mädchen als Jungen und mehr bei übergewichtigen als normalgewichtigen Vorschulkindern [6.24, 6.25].

Angesichts all dieser positiven Auswirkungen der Bewegung auf die Gesundheit und der multiplen negativen Einflüsse der körperlichen Inaktivität oder des ungenügenden Schlafs liegt es aus volkswirtschaftlicher Sicht auf der Hand, sich für eine ganzheitliche und umfassende Bewegungsförderung einzusetzen. Ein starkes unterstützendes Argument sind Hinweise aus der Wissenschaft, dass sich dieser Einsatz bereits im Kindesalter für die Volksgesundheit lohnt und gleichzeitig kostenwirksam ist [6.26–6.31].

Die Kostenwirksamkeit der Bewegungsförderung im Kindesalter ist wegen der fehlenden Langzeitstudien schwierig zu bestimmen, dennoch ist **Priärprävention unbestritten DER Ansatz**, der bei Kindern zum Tragen kommen sollte [6.32]. Um die Dimension der Bewegungsförderung bei Kindern abzuschätzen, haben nordamerikanische Forschende simuliert, was erreicht würde, wenn sechs etablierte und erfolgreiche Programme der Bewegungsförderung (in Kindertagesstätten, Schulen und «After-School-Angeboten») national über zehn Jahre implementiert würden. Die Unterstützung dieser Bewegungsförderung mit maximal 3 US-Dollar pro Kind würde zwischen 2500 und 110000 übergewichtige Kinder verhindern. Nicht eingerechnet wurden all die weiteren positiven Effekte regelmäßiger Bewegung auf die physische, psychische und soziale Gesundheit, die in diesem Fall die positive Auswirkung mit vielen Facetten ergänzen würden. Dies ist ein gutes Beispiel einer Primärprävention von Adi-

positas durch Bewegungsförderung im Kindesalter. Zudem trägt die Bewegungsförderung im Kindesalter dazu bei, dass Kinder später als Jugendliche oder Erwachsene das übermässige Gewicht und all seine Sekundärfolgen (Diabetes, Bluthochdruck, Schmerzen im Bewegungsapparat, Depression, Isolation, Stigmatisierung, tieferes Grundeinkommen, weniger Bildungschancen) nicht in aufwendiger und oft erfolgloser Weise therapieren müssen. Sind die Kinder einmal unfit und übergewichtig, ist das Entweichen aus diesem Teufelskreis während des restlichen Lebens nicht unmöglich, aber unendlich schwer.

6.3 Bewegungsempfehlungen und -verhalten in der Kindheit

Die Schweizer Bewegungsempfehlungen werden gerade grundlegend überarbeitet und so weit als möglich an die neueste Evidenz der WHO-Empfehlungen 2019 und 2020 angelehnt [6.33, 6.34]. Zusammenfassend werden im Folgenden die wichtigsten Bestandteile erwähnt. Weitere Ausführungen mit praktischen Beispielen finden sich in den [spezifischen Bewegungsempfehlungen](#) [6.35].

Kindern unter 1 Jahr wird innerhalb eines 24-Stunden-Tages empfohlen,

- sich täglich auf unterschiedliche Weise zu bewegen, mehr ist besser; für Kinder, die sich noch nicht fortbewegen können, beinhaltet dies das Einnehmen verschiedener Positionen (z. B. in Bauchlage), mehrmals täglich, dem Entwicklungsstand angepasst;
- in wachem Zustand nicht länger als 1 Stunde am Stück in der gleichen Position (z. B. in Kinderwagen/Buggys, Autositzen, Hochstühlen) zu sein; Zeit vor Bildschirmen wird nicht empfohlen.

1- bis 2-jährigen Kindern wird innerhalb eines 24-Stunden-Tages empfohlen,

- über den Tag verteilt mindestens 180 Minuten (3 Stunden) in einer Vielzahl von selbst gewählten Bewegungsformen jeder Intensität zu verbringen; mehr ist besser;
- nicht länger als jeweils 1 Stunde (z. B. im Kinderwagen, in Hochstühlen oder auf den Rücken geschallt) festgehalten zu sein, auch nicht sitzen für längere Zeit.

3- bis 4-jährigen Kindern wird innerhalb eines 24-Stunden-Tages empfohlen,

- sich mindestens 180 Minuten (3 Stunden) in einer Vielzahl von Bewegungsformen jeder Intensität, davon mindestens 60 Minuten (1 Stunde) mit moderater bis hoher Intensität, über den Tag verteilt zu bewegen; mehr ist besser;
- nicht länger als jeweils 1 Stunde im Buggy zu verbringen oder längere Zeit zu sitzen. Sitzende Bildschirmzeit nicht länger als 1 Stunde; weniger ist besser.

5- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen wird empfohlen,

- sich über die Woche verteilt im Durchschnitt mindestens 60 Minuten (1 Stunde) pro Tag mit mittlerer bis hoher Intensität zu bewegen.
- An mindestens 3 Tagen pro Woche sollten intensive Bewegungsaktivitäten inklusive solche, die Muskeln und Knochen stärken, integriert werden. Die sitzende Zeit ist einzuschränken, insbesondere die Bildschirmzeit während der Freizeit (siehe Empfehlungen von [Jugend und Medien](#)).

Für die optimale Entwicklung von Kindern ist ein vielseitiges Bewegungs- und Sportverhalten eine wichtige Voraussetzung. Dazu gehören Aktivitäten, die den Herz-Kreislauf anregen, die Muskeln kräftigen, die Knochen stärken und die Geschicklichkeit (Koordination) verbessern.

6.4 Bewegungsverhalten und sitzendes Verhalten von Kindern in der Schweiz

Die Ergebnisse einer **Accelerometerstudie** an 47 000 Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 17 Jahren aus 30 Ländern zeigte, dass rund 70 % ungenügend aktiv waren, mit einem **stetigen Rückgang ab dem Schulalter von 6 bis 7 Jahren** [6.36]. Im internationalen Vergleich steht die Schweizer Jugend eher auf der aktiveren Seite [6.37, 6.38], allerdings bewegt sich auch bei uns **in jedem Alter ein relevanter Teil ungenügend**. Die folgende Auflistung gibt einen Einblick in die Schweizer Forschungslandschaft zum gesundheitsbezogenen Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen.

Die **SOPHYA-Studie** (Swiss children's Objectively measured PHysical Activity) [6.24] mass 2014 (SOPHYA 1) und 2019/20 (SOPHYA 2) das Bewegungsverhalten von Schulkindern aus der Schweiz objektiv mittels Bewegungssensoren und der Erhebung von soziodemografischen und wohnspezifischen Daten. Eingeschlossen wurden Längsschnittdaten (2014: 6- bis 10-jährig, 2019: 11- bis 16-jährig) und eine repetitive Vergleichsstudie (bei beiden Zeitpunkten 6- bis 10-jährig). Gleichzeitig wurde das Sportverhalten in einem Interview erfasst (SOPHYA 2). Die Zusammenfassung hier beschränkt sich auf Daten der 2014 und 2020 erhobenen Vergleichsstudie der 6- bis 11-Jährigen, da bei den Längsschnittdaten nicht zwischen Kindern und Jugendlichen unterschieden wurde. **Resultate:** Die körperliche Aktivität nahm kontinuierlich von 6 bis 16 Jahren ab. Während im Alter von 6 bis 7 Jahren praktisch alle Kinder die Richtlinien erfüllten, waren es im Alter von 14 bis 16 Jahren gerade noch 22 % (Abbildung 6.2). Die Resultate sind vergleichbar mit den HBSC-Daten (internationaler Survey mit Schweizer Beteiligung) auf der Basis der Erfüllung der Bewegungsrichtlinien mit 60 Minuten moderater bis intensiver Aktivität an 5 bis 7 Tagen pro Woche [6.39].

ABBILDUNG 6.2

Anteil der Kinder und Jugendlichen, welche die Bewegungsrichtlinien erfüllen, nach Alter

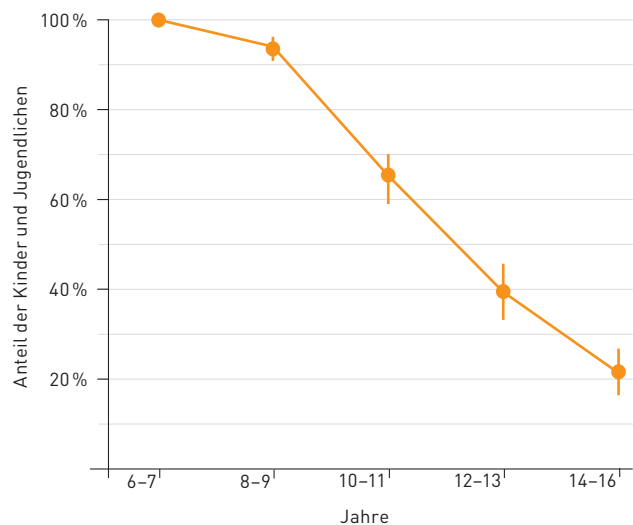


Tabelle 6.2 gibt Auskunft über Faktoren, die mit dem Bewegungsverhalten 2014 und 2020 assoziiert waren. Mädchen waren durchs Band weniger aktiv als Jungen. Im Längsschnittverlauf und in der repetitiven Vergleichsstudie verminderte sich der Geschlechtsunterschied zwar absolut gesehen, allerdings bestand nach wie vor ein signifikanter Unterschied.

Weitere mit mehr Bewegung und Erfüllung der Bewegungsrichtlinien assoziierte Faktoren waren aktives Velofahren, Sportclub-, Jugend+Sport-Teilnahme und freiwilliger Schulsport, der aktive Schulweg,

eine sichere und grüne Wohnumgebung mit Zugang zu Spielplätzen sowie eine höhere Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen. Übergewichtige Kinder waren stets weniger körperlich aktiv als die normalgewichtigen Kinder.

Kinder bewegen sich mehr in einer sicheren Wohnumgebung und wo Grünflächen und Spielplätze vorhanden sind.

Unterschiede der körperlichen Aktivität aufgrund des familiären Hintergrunds bestanden nicht. Allerdings waren Mädchen mit Migrationshintergrund körperlich am wenigsten aktiv, und im Vergleich zu

TABELLE 6.2

Vergleich der Kinder, welche die Bewegungsempfehlungen erfüllten, 2014 und 2020 nach potenziell beeinflussenden Faktoren (in Prozent)

		2014	2020		
Geschlecht	Knaben	94,1	97,0		
	Mädchen	80,5	84,5	*	sig unterschiedlich gegenüber Knaben
Gewicht	übergewichtig	83,0	78,6	*	sig geg normalgewichtig (2014)
	normalgewichtig	87,8	92,1		
Lebensqualität (Tertil)	tief	84,0	87,3		
	mittel	87,2	91,6		
	hoch	91,2	95,1	*	sig gegenüber tiefstem Tertil (2014)
Teilnahme Sportclub	ja	88,3	92,7	*	sig mehr counts per min im Sportverein
	nein	85,2	86,9		
Velofahren	>2 Std.	85,4	100,0		sig gegenüber nicht Velofahrenden (2020) und über die Zeit
	1 Std.	90,6	85,0	*	sig mehr counts per min gegenüber nicht Velofahrenden (2014)
	0	85,6	86,8		
Aktiver Schulweg	ja	87,6	92,4	*\$	sig geg inaktivem Schulweg, sig über Zeit
	nein	87,0	84,9		
Sichere Wohnregion (Tertil)	sicher	90,7	91,0		
	mittel	85,9	93,4	*\$	sig unterschiedlich zu unsicher und über Zeit
	unsicher	83,9	86,3	*	sig unterschiedlich zu sicher
Zugang zu Spiel-/ Grünflächen (Tertil)	viel	89,6	92,0		
	mittel	85,3	93,8	\$	
	wenig	85,9	83,0	*	sig unterschiedlich zu mittel, sig weniger counts per min geg viel (2014)
Sprachregion	deutsch	89,4	93,4	\$	sig unterschiedlich über Zeit
	französisch	84,5	84,1	*	sig unterschiedlich zu deutsch
	italienisch	81,1	92,4	*	sig unterschiedlich zu deutsch (2014)

* signifikant unterschiedlich gegenüber einer anderen Kategorie innerhalb des gleichen Zeitraums

\$ signifikant unterschiedlich über die Zeit

Mädchen mit Schweizer Wurzeln und Knaben mit Migrationshintergrund nahm der Unterschied in der körperlichen Aktivität zu. 2014 bewegten sich Kinder unterschiedlich in den verschiedenen Sprachregionen, am meisten in der Deutschschweiz, weniger in der Romandie und noch weniger in der italienischsprachigen Schweiz. Dieser Unterschied reduzierte sich 2019/20 und war nur noch teilweise statistisch signifikant.

Der **Mikrozensus Mobilität und Verkehr** erfasst rund alle fünf Jahre seit 1994 das Mobilitätsverhalten der Kinder [6.40]. **Resultate (2015):** Nimmt man die gesamte aktive Mobilität zu Fuss oder aktiv fahrend zusammen, so beträgt die **Unterwegszeit** bei rund 20% der Kinder mehr als 60 Minuten. Somit **erfüllen etwa ein Fünftel der 6- bis 12-Jährigen die Bewegungsempfehlungen von 60 Minuten täglich allein durch die zielgerichtete Mobilität.** Ein weiteres Viertel sind zwischen 30 Minuten und einer Stunde aktiv unterwegs, etwa die Hälfte der Kinder bleiben aber unter 30 Minuten bzw. sind am Stichtag gar nicht aktiv mobil. Leider ist es so, dass 2015 nur sieben von zehn Kindern im Alter zwischen 6 und 12 Jahren uneingeschränkt über ein Velo verfügten, während es 1994 noch neun von zehn waren.

Die Kinder- und Jugendsportstudie (**KISS-Studie**) inklusive Follow-up [6.41–6.46] hatte zum Ziel, Bewegungsverhalten, Fitness und Gesundheit von 7- bis 11-jährigen Kindern in der Schweiz zu erfassen. Ausserdem wurden Wirkungen eines multimodalen Bewegungsförderungsprojekts (inklusive einer täglichen Turnstunde), der Beitrag einer Turnstunde zur täglichen körperlichen Aktivität und zur Reduktion des kardiovaskulären Risikoprofils sowie die Assoziation von Sportclubtätigkeit und körperlicher Aktivität von Primarschülerinnen und -schülern überprüft. **Resultate:** Kinder waren an Tagen mit Turnstunde aktiver als an Tagen ohne Turnstunde (um 20%) [6.45]. Eine Sportclubtätigkeit ging Hand in Hand mit einer besseren Fitness (um 20% bis 35%) [6.46]. Eine tägliche Sportstunde in der Schule zeigte multiple positive Auswirkungen auf die Gesundheit (weniger Körperfett, weniger kardiovaskuläre Risikofaktoren), das Bewegungsverhalten und die Fitness (**Tabelle 6.3**) [6.41, 6.42]. Nicht alle positiven Gesundheitsauswirkungen blieben nach Sistierung des Programms erhalten. Da rund 90% der Kinder das Programm weiterführen wollten, könnte dieses multimodale Konzept durchaus in den Schulbetrieb integriert werden. Die tägliche

Turnstunde, kombiniert mit Bewegungspausen in anderen Schulfächern (www.schulebewegt.ch), Bewegungsförderung auf dem Pausenplatz, Bewegungshausaufgaben und Ausbildung der Klassenlehrperson hinsichtlich Inhalt und Form von Turnstunden, wirkte sich **trotz Reduktion um zwei Unterrichtsstunden der Grundlagenfächer pro Woche nicht negativ auf die Schulleistungen der Kinder aus.** Wie wichtig die Aufrechterhaltung der Bewegungsförderung und der Bekämpfung von negativen Lebensstilfaktoren ist, zeigt dieses Prädiktionsmodell: Mit jedem zusätzlichen lebensstilbedingten Risikofaktor zum Zeitpunkt 0 stieg der kardiovaskuläre Risikoscore vier Jahre später an (**Abbildung 6.3**). Vergleichbare Studien aus anderen Ländern, die den Effekt einer täglichen Turnstunde und von ganzheitlichen Bewegungsförderungsprojekten an Schulen auf die Gesundheit der Kinder untersuchten, belegen diesen potenziell vielversprechenden verhältnispräventiven Ansatz der Bewegungsförderung auf Schulebene [6.47].

In der **Ballabeina-Studie** [6.48–6.54] wurde der Einfluss einer **multidisziplinären Lebensstil-Intervention** bei 4- bis 6-jährigen Kindergartenkindern (mit Fokus auf Schulung von motorischen Fertigkeiten, Erhöhung der körperlichen Aktivität, gesünderes Essverhalten und mehr Schlaf) auf Körperfettanteil, Fitness, körperliche Aktivität, metabolische und psychologische Parameter untersucht. **Resultate:** In den Basisuntersuchungen war die körperliche

TABELLE 6.3

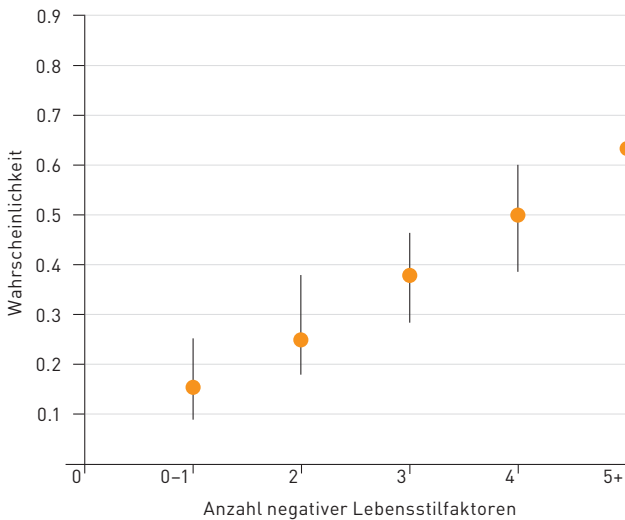
Auswirkungen eines multimodalen Bewegungsförderungsprogramms bei Primarschülerinnen und -schülern über ein Schuljahr

	nach 1 Jahr Intervention	3 Jahre später
Körperliche Aktivität	+18%*	-
Kardiovaskuläre Risikofaktoren	-8%	-
% Körperfett	-6%	-
Aerobe Fitness	+5%	+14%
Knochenmineralgehalt (Femur)	+5%	+7%

* Die Prozentzahlen geben die Veränderung zugunsten der Interventionsgruppe an (Delta vor-nach in der Interventionsgruppe minus Delta vor-nach in der Kontrollgruppe).

ABBILDUNG 6.3

Wahrscheinlichkeit, einen ungünstigen kardiovaskulären Risikoscore zu haben bei zunehmender Anzahl von negativen Lebensstilfaktoren



Aktivität assoziiert mit einer besseren Fitness und besseren motorischen Fertigkeiten. Ausserdem waren eine hohe Fitness und gute motorische Fertigkeiten assoziiert mit besseren exekutiven Funktionen. Eine hohe Inaktivität, Übergewicht und eine ungesunde Ernährung waren assoziiert mit einer tiefen Lebensqualität. 40 randomisiert ausgewählte Kindergärten der deutschen und französischen Schweiz mit einem hohen Anteil von Kindern aus tiefen Bildungsschichten nahmen an der Intervention teil. Ziel war eine Lebensstilverbesserung (Bewegung, Ernährung, Schlaf) der Kinder über ein Schuljahr. Die Intervention war erfolgreich in der Steigerung der Fitness und gewisser motorischer Fertigkeiten (Agilität) sowie in der Reduktion von Körperfett und Medienkonsum, unabhängig von der Sprachregion, dem initialen Körpergewicht oder der Fitness. Alle Kinder wurden mit der Intervention erreicht. **Diese Daten belegen, dass sich erstens frühe Bewegungsinterventionen lohnen und zweitens auch bildungsferne Populationen, insbesondere im Schulsetting, erreicht werden können.**

Ziel der **SPLASHY-Studie** (Schweizer Studie über die Gesundheit von Kindern im Vorschulalter) [6.20, 6.21, 6.55–6.61] war, den Einfluss von Stress und körperlicher Aktivität auf die Gesundheit und das psychische Wohlbefinden sowie die motorische und kognitive Entwicklung von Tagestättenkindern in der Schweiz

besser zu verstehen. **Resultate:** Tagestättenkinder in der Schweiz bewegen sich viel und oft genügend. Die körperliche Aktivität steigerte sich von 2 bis 5 Jahren, war höher bei Jungen als bei Mädchen, in der Deutschschweiz höher als in der Romandie und auch höher (mit weniger Inaktivität) bei guten motorischen Fertigkeiten, mehr draussen verbrachter Zeit und einer sicheren Umgebung. Bei diesen vorwiegend normalgewichtigen Kindern war körperliche Aktivität positiv korreliert mit dem BMI, aber negativ korreliert mit dem Bauchumfang. Mit anderen Worten: körperlich aktivere Kinder wiesen einen höheren BMI auf, aber einen tieferen Bauchumfang. Diese Daten belegen, dass der BMI nicht immer ein gutes Mass für das Erfassen von Übergewicht im Kindesalter ist. Faktoren, die assoziiert waren mit mehr Bewegung und weniger körperlicher Inaktivität, waren das Vorhandensein einer Bewegungsförderungs-«Policy» in der Kindertagesstätte, das Mixen von Kindern verschiedenen Alters und genügend Raum in der Kindertagesstätte. SPLASHY zeigte auf, dass es bereits im Kindertagesstättenalter soziolinguistische und sozioökonomische Unterschiede im Bewegungsverhalten innerhalb eines gleichen politischen Systems bzw. Landes gibt. Weitere Studien sind jedoch notwendig, um das Bewegungsverhalten von Vorschulkindern in der Schweiz und die beeinflussenden Faktoren auch ausserhalb des Kindertagesstättensettings zu analysieren. Leider musste sich die Studie auf Tagestättenkinder beschränken, sodass der Einfluss der Kindertagesstättenzugehörigkeit versus keine Kindertagesstättenzugehörigkeit nicht untersucht werden konnte. Dies ist gerade unter dem Aspekt der Frühen Förderung wichtig, bei der die Kindertagesstätten eine essenzielle Rolle spielen könnten.

In der frühen Kindheit ist die Bewegung insbesondere dafür da, durch repetitive Bewegungsvorgänge die motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu schulen und dadurch Freude daran zu wecken [6.23]. Da körperliche Aktivität und Motorik/Fitness nicht sehr hoch korrelieren [6.58], sind Motorik (wie geschickt ein Kind ist) bzw. körperliche Fitness (wie flink, schnell, kräftig und ausdauernd ein Kind ist) zusätzlich wichtige Gradmesser der Gesundheit. In der **Sportmotorischen Bestandaufnahme** und im **MOBAK** wurden altersadaptierte Testbatterien entwickelt, um die **motorischen Basiskompetenzen** von Kindern vom Kindergarten bis zum Ende der Primarschule zu untersuchen [6.62–6.64]. In einer

gerade gestarteten Nationalfondsstudie werden diese validierten, international zugänglichen Testbatterien nun mit Bildungsdaten gekoppelt. Diese validierten Testbatterien stehen allen Kantonen zur Verfügung. **Resultate:** In einer Untersuchung mit diesen Tests in den Kantonen Zürich, Uri, Nidwalden und Tessin wurden zum Beispiel bewegungsfreundliche Kindergärten (Purzelbaum) mit normalen Regelkindergärten verglichen. Die Kinder der **Purzelbaum-Kindergärten** zeigten deutlich bessere motorische Leistungen im Etwas-Bewegen (Ball) und Sich-Bewegen (hüpfen, rollen, rennen) (Abbildung 6.4).



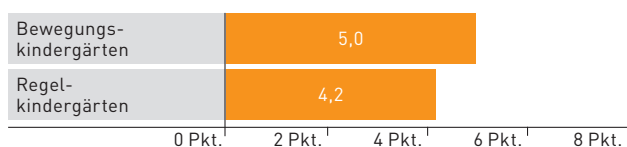
Weiterführende Informationen zum Thema Bewegungsförderung bei Kindern für Fachpersonen

- [Gesundheitswirksame Bewegung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Vorschulalter](#)
- [Gesundheitswirksame Bewegung bei Kindern und Jugendlichen](#)
- [Gesundheitswirksame Bewegung – Grundlagendokument](#)

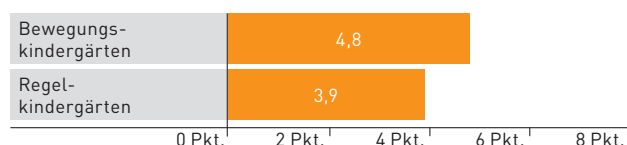
ABBILDUNG 6.4

Unterschiede in den motorischen Basiskompetenzen (Mittelwerte) zwischen Regel- und Bewegungskindergärten

Etwas-Bewegen



Sich-Bewegen



6.5 Förderung der Bewegung in der Kindheit

Obwohl in der Bewegungsförderung und in der Bekämpfung des inaktiven Lebensstils immer ein Mix von Verhaltens- und Verhältnisprävention angestrebt wird, geht die Entwicklung klar in Richtung Verhältnisprävention, da dadurch erstens mehr Kinder erreicht werden können und zweitens insbesondere auch diejenigen, welche man durch eine individuelle Verhaltensprävention nicht erreicht. Ausserdem verhindert man so Diskriminierung und Stigmatisierung von Kindern, welche die Bewegungsförderung am nötigsten haben, und drittens kann die Umgebung oder das soziale System so adaptiert werden, dass eine Verhaltensänderung des Einzelnen vereinfacht wird. So müssen beispielsweise in autofreien Schulen die Kinder zwingend zu Fuss oder mit dem Velo dorthin gelangen. Aus der Perspektive der Lebensspanne ist bereits die Schwangerschaft als wesentliche, separate Entwicklungsphase der Kindheit zu betrachten. Die Evidenz für die Bedeutung der frühen Lebensinflüsse hat seit der Barker-Hypothese zu früher Programmierung («early programming») für Gesundheit und Krankheit im Lebensverlauf [6.65] zugenommen und kann unter anderem durch epigenetische Erkenntnisse belegt werden [6.66].



Orientierungsliste von Gesundheitsförderung Schweiz

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

TABELLE 6.4

Beispiele von Verhaltens- und Verhältnisprävention durch Bewegungsförderung und Verminderung des inaktiven Lebensstils von Kindern und Jugendlichen

Verhaltensprävention

- Beratung durch Gesundheitsexpertinnen und -experten in Mütter- und Väterberatung, Arztpraxen, Kindertagesstätten, Schulen (Förderung ab Geburt, Früh- effekte Aarau, Primano, schritt:weise, Migues Balù, PAPRICA Petite enfance, PEPS Buggyfit)
- Eltern, Schulen, Spielgruppen und Kitas motivieren, mit Kindern draussen zu spielen, Kinder draussen zu unterrichten oder mit ihnen auf den Spielplatz oder in die Turnhalle zu gehen (Purzelbaum, Radix, Silviva, Naturama) [6.67]
- Eltern motivieren, Familienprojekte mit Bewegung zu leben (Fahrradtouren, wandern, Verstecken spielen, Schatzsuche) [6.68, 6.69]
- Gemeinden beraten und unterstützen bei Angeboten für Kita-Betreuung für sprach- oder bildungsferne oder motorisch zurückgebliebene Kinder
- Eltern unterstützen in der Umsetzung des aktiven Schulwegs (Bike2school, Pedibus)
- Eltern beraten, Kinder in den Sportclub zu integrieren (Projekt Sportgutschein Baden-Württemberg, MiTu) [6.46]

Verhältnisprävention

Familien

- Aktiver Lebensstil durch Eltern (zu Fuss einkaufen, mit Kindern in die Natur gehen, aktive Wochenendprogramme leben)
- Unterstützung der Kinder in allen Bewegungsformen durch Eltern (Sportverein, Lager, Gemeindeanlässe, Freizeitaktivitäten)
- Sitzzeit im Kinderwagen minimieren und Kind immer wieder laufen lassen

Kita, Kindergarten, Schule

- Regelmässige Bewegungseinheiten bieten (Fit4future, MiniMove, Movimento e Gusto, Purzelbaum, Youp'la bouge, Schule bewegt) [6.70, 6.71]
- Tägliche Turnstunde (u. a. KISS, Ballabeina) [6.41, 6.54]
- Bewegungskurzpausen oder bewegter Unterricht [6.72, 6.73]
- Integration von Sportangeboten in der Schule [6.74] (J+S freiwilliger Schulsport, Lager) [6.75]
- Angebot von offenen Turnhallen und Sportplätzen (MiniMove, OpenSunday, Ä Halle wo's fägt usw.)
- Autofreie Schulareale, aktive Schulwege (Pedibus, Allianz Schule+Velo)

Gemeinde

- Angebot von kostenlosen oder erschwinglichen Vereinsmitgliedschaften und Sportlagern für sozial und bildungs- mässig benachteiligte Kinder (Kulturlegi)
- Bewegungsfreundliche, sichere, attraktive (z. B. begrünte), vernetzte Fuss- und Velowege
- Spielplätze, Sportplätze, autofreie Spielstrassen integrieren
- Veloprüfung strukturell verankern
- Sport-für-alle-Anlässe
- Kostenlose Sportangebote für Familien und Kinder (Roundabout kids, Sant«e»scalade)
- Generationenübergreifende Bewegungsprogramme (Hopp-la)



Exkurs

Bewegungsverhalten in der Schwangerschaft

Der Schweizerische Hebammenverband hat im Auftrag des Kantons Aargau ein [einminütiges Erklärvideo](#) zu einer gesunden Schwangerschaft erstellt. Darin wird der Effekt einer ausgewogenen Ernährung und ausreichender Bewegung auf das ungeborene Kind erläutert. Gesundheitsförderung Schweiz hat im Rahmen des Vernetzungsprojekts Miapas mit diversen Fachorganisationen [Empfehlungen für Fachpersonen](#) für die Bewegung während der Schwangerschaft und nach der Geburt erarbeitet. Ergänzend wurden in mehreren Sprachen eine [Broschüre](#) und [Mitmachvideos](#) für die Schwangeren selbst erstellt. Für die Bewegung von Neugeborenen und Kleinkindern bis zum Alter von sechs Jahren gibt das Projekt [«PAPRICA Petite enfance»](#) (Physical activity promotion in primary care) mit einem Manual für Fachpersonen und Broschüren für die Eltern einen vertieften Einblick in eine sinnvolle Bewegungsförderung im Kleinkindalter.



Weiterführende Informationen zum Thema Bewegungsförderung auf Verhältnisebene

- Website [Bewegungsfreundliches Umfeld](#): Angebote und Informationsmaterialien für Fachpersonen
- Faktenblatt 63: [Stiftung Hopp-la: Förderung der sozialen Teilhabe von älteren Menschen mittels intergenerativer Bewegungsangebote](#)
- Faktenblatt 57: [Evaluation «Schule bewegt»](#)
- Faktenblatt 55: [Motorische Basiskompetenzen im Kindergarten](#)

mässig benachteiligten **Kinder im Vorschulalter** können und sollten profitieren von erschwinglichen oder gar kostenlosen Kindertagesstättenplätzen, wo sie sich mit anderen Kindern zusammen bewegen können und gleichzeitig auch unsere Kultur und Sprache kennenlernen. Kritisch dabei bleibt die Erreichbarkeit dieser Kinder und Familien, die bestimmt nur durch einen gemeinsamen Einsatz eines multiprofessionellen Netzwerks ermöglicht werden kann (www.fruehehilfen.at). Vielleicht braucht es sogar eine strukturelle Verankerung im System, wie dies in Basel-Stadt in der frühen Deutschförderung gelebt wird. Niederschwelligere Alternativen sind Angebote wie Muki/Vaki, Spielgruppen oder Mini-Move/MiTu. **Kinder im Primarschulalter** profitieren ebenfalls von erschwinglicher Vereinszugehörigkeit, beispielsweise auch bei Pfadi/OKJA, oder von freiwilligem Schulsport. Ansätze über die Kulturlegi, kostenlose Vereinsangebote, erschwingliche Kindersportlager während den Ferien sind gute Beispiele. **Jungen und insbesondere Mädchen** können vom Schul- oder Sozialsystem proaktiv angegangen werden und die Möglichkeit erhalten, zum Beispiel gratis in Vereinen oder an bewegungsfördernden Freizeitangeboten teilzunehmen. Integration und Chancengleichheit können nicht früh genug angestrebt werden, so zum Beispiel durch MiniMove, OpenSunday, Ä Halle wo's fägt, wo auch die Eltern aktiv integriert werden. Am schwierigsten ist die **Integration von Kindern mit körperlicher und geistiger Beeinträchtigung**, wofür je nach Konstellation individuelle, aber finanziell unterstützte Angebote zusammen mit Fachkräften aus dem Gesundheits- und Sozialsektor gefunden werden sollten (z. B. Procap). Projekte wie MiTu oder Inklusion OpenSunday (idéesport) möchten dies proaktiv verbessern. Wir als Gesellschaft haben die Aufgabe, uns speziell für die Chancengleichheit einzusetzen und diese durch Integration zu leben.

6.6 Chancengleichheit in der Bewegungsförderung

Chancengleichheit ist zweifelsohne auch in der Bewegungsförderung anzustreben. Dies ist nicht immer einfach, insbesondere nicht bei Vorschulkindern, die noch mehrheitlich zu Hause versorgt werden, oder bei jugendlichen Mädchen, wo Bewegung nicht gelebt wird. Diese sozial und bildungs-

6.7 Fazit

Eine zunehmende wissenschaftliche Gewissheit belegt, dass

- 1) körperliche Fitness (als indirekter Marker der Bewegung) in direkter Beziehung steht mit kognitiver Leistung und Funktion, wie zum Beispiel dem **Arbeitsgedächtnis** sowie der **kognitiven Flexibilität**, und somit besseren Noten und Leis-

tungen (Mathematik, Grammatik, Rechtschreibung und Vokabular) von Kindern jeden Alters [6.76, 6.77],

- 2) Kinder mit hoher Fitness **weniger antisoziales und gewalttätiges Auftreten** in der Schule zeigen [6.78],
- 3) Bewegung und Sport die physische Gesundheit, Denken, Handeln und die Sozialisierung positiv beeinflussen [6.79, 6.80].

Zusätzlich bestimmt das Bewegungsverhalten im Kindesalter zumindest zum Teil das Bewegungsverhalten im Erwachsenenalter, letzteres als entscheidender Gesundheitsfaktor überhaupt [6.81]. Bewegungsarmut und das direkt damit in Beziehung stehende Übergewicht infiltrieren unsere Gesellschaft in allen Altersschichten, sodass weltweit renommierte Zeitschriften zur Handlung aufrufen und insbesondere an die Schulen und Politik appellieren, Bewegung als Priorität auszubauen und die physische Bewegungskompetenz den Kompetenzen der Grundlagenfächer gleichzustellen [6.82, 6.83]. Erfolgsfaktoren in der Bewegungsförderung bzw. Reduktion der Inaktivität sind schwierig zu messen. Dennoch ideal und erfolgversprechend sind Ansätze mit grosser Reichweite (viele Kinder und Jugendliche werden insbesondere durch strukturelle Ansätze erreicht), langfristige Interventionen über die gesamte Schulspanne, Programme mit Nachhaltigkeit (die Programme können langfristig durchgeführt werden), mit Verankerung im Bildungs- bzw. politischen System (Etablierung und Finanzierung sind gesichert) sowie mit multisektoraler Zusammenarbeit zwischen Elternvereinigungen, Vereinen, Bildungsinstitutionen, Sozialämtern, politischen Gemeinden und Kantonen. Eine regelmässige und möglichst objektive Evaluation sollte dazu dienen, die Programme zu verbessern und anzupassen. Als Grundpfeiler gilt die Bewegungskompetenz, die als Basis des Bewegungsverhaltens im Vorschulalter erworben wird.

Aufgrund der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz ergeben sich zwei Hauptpfeiler der Bewegungsförderung in Zukunft:

- 1) Bewegung als Grundpfeiler der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit ab Vorschulalter implementieren und
- 2) die Adaptation unseres Gesellschaftssystems, sodass ein gesundheitsförderndes Bewegungs-

verhalten mit Erfüllung der Bewegungsempfehlungen für alle möglich ist und gesellschaftlich als wichtiges und freudvolles Gut empfunden wird.

Dazu braucht es eine **multisektorale Zusammenarbeit und schlussendlich mehr politische Priorität**, welche die Bewegungsarmut als ein gesundheitskompromittierendes Verhalten auf Bevölkerungsebene thematisiert und Lösungsansätze bietet. Zu guter Letzt sind einige prioritäre Projekte mit grosser Erreichbarkeit von Kindern unterschiedlichen Alters, einem höchstmöglichen Effekt und realistischen Implementierungsmöglichkeiten nochmals zusammengefasst:

- Fixe, breit angelegte Bewegungsförderung von Schwangeren
- Ausbildung und Unterstützung von Mütter- und Väter-Beratungsstellen (Miges Balù)
- Strukturierte Ausbildung von Kita-Leitenden (PAPRICA Petite enfance)
- Bewegungsfreundliche Kitas, Kindergärten und Schulen mit verankerter Politik einer bewegungsfreundlichen Institution und eingebauten, strukturellen Angeboten für alle (Purzelbaum, Youp'la bouge, Schule bewegt, J+S-Schulsport)
- Strukturelle, tägliche Sport- und Bewegungsangebote in der Schule (Turnlektionen, bewegter und/oder Outdoor-Unterricht, Freizeitprogramme)
- Auf Gemeindeebene
 - Kostenlose Kindertagesstättenplätze für sozial und bildungsmässig benachteiligte Kinder mit ungesundem Lebensstil und Gesundheitsrisiken
 - Spielplätze, bewegungsfreundliche Umgebung, Velowege in Gemeinden, Wohngebieten, Schulen
 - Kinder und ältere Personen unter einem Dach, wie beispielsweise Kindertagesstätten und Seniorenresidenzen (Hopp-la)
 - Offene Turnhallen und Bewegungsangebote (MiniMove, OpenSunday, MidnightSports, roundabout, Ä Halle wo's fägt)
 - Autofreie Schulen (Pedibus, Meglio a piedi, Bike2school)
- Politikerinnen und Politiker, welche Bewegungsförderung als unterstützungswürdige Priorität betrachten und entsprechend agieren

7 Förderung einer ausgewogenen Ernährung

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

In der Kindheit lernen wir die Welt der Lebensmittel kennen. Es ist die ideale Zeit, um gesunde Gewohnheiten und eine positive Beziehung zur Ernährung zu entwickeln. Von der Schwangerschaft bis zur Adoleszenz steht die Nahrungsaufnahme an der Schnittstelle zwischen grundlegenden physiologischen Bedürfnissen, geselligem und sozialem Verhalten und ist Gegenstand eines Lernprozesses, der auf Erfahrung und Beobachtung beruht.

7.1 Warum sollte eine ausgewogene Ernährung bei Kindern gefördert werden?

Eine ausgewogene Ernährung ist unerlässlich, um den Körper mit der Energie und den Nährstoffen zu versorgen, die er für ein optimales Funktionieren benötigt, und um das Wachstum und die Gesundheit kurz-, mittel- und langfristig zu fördern. Eine unausgewogene Ernährung gilt sowohl in Bezug auf die Art der Lebensmittel als auch auf die verzehrten Mengen als Risikofaktor für chronische Krankheiten [7.1]. Demgegenüber ist ein positives Verhältnis zu Lebensmitteln ein wichtiger Faktor für Gesundheit und Wohlbefinden [7.2].

Die in der Kindheit entwickelten Essgewohnheiten bilden die Grundlage für die späteren Gewohnheiten und haben einen grossen Einfluss auf das Essverhalten in der Jugend und im Erwachsenenalter. Daher ist es von Geburt an und sogar während der Schwangerschaft entscheidend, gesunde Gewohnheiten und eine positive Beziehung zur Ernährung zu entwickeln und die Entfaltung von Geschmack und Ernährungspräferenzen zu fördern.

Kinder sind jedoch weitgehend von Eltern und anderen Erwachsenen abhängig, die für das Nahrungsangebot und den Rahmen für Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten sorgen. Schon sehr kleine Kinder

sind in der Lage, die Menge der aufgenommenen Nahrung auf der Grundlage der physiologischen Reaktionen nach dem Verzehr zu regulieren, indem sie sich auf das Hunger- und Sättigungsgefühl verlassen. Aber wenn sie älter werden, beeinflussen externe Signale wie Portionsgrösse oder kontraproduktive Praktiken wie Belohnungen die Kinder. Aus diesem Grund ist es notwendig, die Erwachsenen, die Kinder betreuen, in die Interventionen einzubeziehen, damit sie durch fundierte Entscheidungen für ein förderliches Umfeld sorgen und konstruktive Praktiken anwenden, welche die Kinder im Lernprozess unterstützen.

Im Allgemeinen beeinflussen viele Faktoren die Auswahl der Lebensmittel und die Ernährungsgewohnheiten. Wissen allein reicht jedoch nicht aus, um das Verhalten zu ändern. Bei Interventionen zur Förderung einer gesunden Ernährung muss die Komplexität der Ernährung berücksichtigt werden und sie müssen auf Kinder, ihre Eltern und andere Erwachsene in ihrem Umfeld sowie auf die Umwelt, in der sie leben, ausgerichtet sein.

7.2 Ernährungs- und Lebensmittelempfehlungen

Das Wachstum und die für die Kindheit typischen wichtigen Entwicklungen beeinflussen den Energie- und Nährstoffbedarf von Kindern. Die **altersgerechte Zufuhr von Energie und Nährstoffen** (Proteine, Fette, Kohlenhydrate, Vitamine, Mineralstoffe usw.) **stellt sicher, dass der Körper optimal funktioniert und das Kind wächst und sich richtig entwickelt.** Eine unausgewogene, einseitige Ernährung hingegen kann zu Mängeln führen, die das Wohlbefinden und möglicherweise die aktuelle oder zukünftige Gesundheit des Kindes beeinträchtigen.

Die von der [Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung \(SGE\)](#) entwickelte [Schweizer Ernährungsscheibe](#) (Abbildung 7.1) veranschaulicht die Hauptbotschaften für Kinder zwischen 4 und 12 Jahren und motiviert sie, sich ausgewogen zu ernähren und ausreichend zu bewegen [7.3].

ABBILDUNG 7.1

Schweizer Ernährungsscheibe



Konkret sollten Kinder **ausgewogene Mahlzeiten** zu sich nehmen, die durch **gesunde Zwischenmahlzeiten ergänzt werden**. Eine ausgewogene Hauptmahlzeit umfasst:

- Gemüse und/oder Obst,
- ein stärkehaltiges Nahrungsmittel, zum Beispiel Kartoffeln, Brot, Reis, Nudeln, Getreide (bei Getreideprodukten Vollkorn bevorzugen),
- ein proteinhaltiges Nahrungsmittel wie Fleisch, Geflügel, Fisch, Ei, Käse, Quark, Tofu oder Hülsenfrüchte,
- eine kleine Menge hochwertiges Fett, zum Beispiel Rapsöl, Olivenöl und eventuell ergänzend dazu eine Handvoll Nüsse,
- ein ungesüßtes Getränk.

Das Znüni und das Zvieri ergänzen die Hauptmahlzeiten und verteilen die Nahrungsaufnahme über den ganzen Tag. Sie bestehen aus:

- einem ungesüßten Getränk (Wasser, Früchte- oder Kräutertee),
- rohem oder gekochtem Obst oder Gemüse (je nach Saison z. B. Apfel, Birne, Nektarine, Gurke, Karotte, Peperoni, Kohlrabi),

je nach individuellem Bedarf, körperlicher Aktivität und Hunger ergänzt durch:

- ein Getreideprodukt (z. B. Brot, Knäckebrötchen),
- ein Milchprodukt (z. B. Käse, Joghurt, Quark)
- oder Nüsse ohne Salz.

Süssigkeiten, zuckerhaltige Getränke, zuckerhaltige Müsliriegel, gesüsste Milchprodukte, Gipfeli sowie fettreiche und stark salzige Snacks sollten nur in kleinen Mengen genossen werden. Diese Lebensmittel sind heute allgegenwärtig und sollten nicht vollständig aus der Ernährung verbannt werden, da Kinder lernen müssen, damit umzugehen.



Weitere Materialien für eine ausgewogene Ernährung

Weitere Details zu diesen Empfehlungen, Informationen zu altersgemässen Portionsgrößen sowie Beispiele für ausgewogene Menüs und gesunde Zwischenmahlzeiten finden Sie auf der [Website](#) der SGE.



Gesundheitsförderung Schweiz bietet folgende Merkblätter an:

- [Tipps für ein ausgewogenes Znüni und Zvieri](#)
- [Tipps zur Reduzierung des Zuckerkonsums im Alltag](#)
- [Zucker: weniger ist mehr](#) in einfacher Sprache
- [Begleitblatt](#) zum Zuckerflyer in einfacher Sprache

Empfehlungen für Schwangere, stillende Mütter, Säuglinge und Kleinkinder

Durch eine abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung vor und während der Schwangerschaft sowie in der Stillzeit kann der Bedarf von Mutter und Kind an Energie und spezifischen Nährstoffen in diesen kritischen Phasen gedeckt werden. Es kann jedoch sein, dass bestimmte Elemente (Vitamin D, Eisen, Jod und Omega-3-Fettsäuren) nicht vorhanden sind, weshalb sie möglicherweise zusätzlich eingenommen werden müssen. Eine Folsäureergänzung in Form von Tabletten (400 Mikrogramm pro Tag) wird empfohlen, idealerweise vor der Empfängnis und mindestens bis zum Ende der 12. Schwangerschaftswoche, da dieses Vitamin für die Entwicklung des kindlichen Nervensystems notwendig ist. Mit mehreren kleinen Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten kann die Nahrungsaufnahme über den Tag verteilt werden. Durch Lebensmittel übertragenen Infektionskrankheiten und deren Vorbeugung gilt ein besonderes Augenmerk. Der Fötus profitiert bereits von den sensorischen Erfahrungen im Zusammenhang mit der Ernährung der Mutter, daher ist es wichtig, diese abwechslungsreich zu gestalten und den Verzehr von Obst und Gemüse zu fördern. Da die pränatale Phase für die **Stoffwechselprogrammierung entscheidend ist, können die Auswirkungen von Über- oder Unterernährung in dieser Zeit** die Energieregulierung des Kindes beeinflussen und das Risiko erhöhen, später an Adipositas zu erkranken. Daher hängt die empfohlene Gewichtszunahme während der Schwangerschaft von der Körpergröße der Mutter vor der Schwangerschaft ab.

Auch in der Stillzeit ist eine abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung für die Mutter besonders wichtig. Um den etwas höheren Energiebedarf zu decken, reicht es beispielsweise aus, der Mahlzeit eine Portion stärkehaltiger Lebensmittel oder einen zusätzlichen ausgewogenen Snack hinzuzufügen.

Muttermilch ist die ideale Nahrung für einen Säugling und liefert alle Elemente, die für seine Entwicklung bis zum Alter von sechs Monaten notwendig sind. Eine zusätzliche Beikost kann frühestens ab Beginn des fünften Monats und spätestens ab Beginn des siebten Monats eingeführt werden. Wenn das Stillen nicht möglich oder nicht erwünscht ist, wird eine Säuglingsnahrung angeboten. Als Leitfaden für die Einführung von Beikost und einer abwechslungsreichen Ernährung gibt es eine [Abbildung](#) und verschiedene Merkblätter, in denen die Ernährungsempfehlungen für Kleinkinder und Tipps für Eltern zusammengestellt sind.



Vertiefung:

- Broschüre [Ernährung in Schwangerschaft und Stillzeit](#), herausgegeben vom Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV)
- Broschüre [Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern](#) des BLV:
- [Ernährung des Säuglings im ersten Lebensjahr](#)
- Website des BLV [Kinder an den Tisch](#)
- Bericht der Eidgenössischen Ernährungskommission [Ernährung in den ersten 1000 Lebenstagen](#) (2015) und Amendment vom Mai 2021
- [Handlungsanweisungen für vegetarische und vegane Ernährung im Säuglings- und Kleinkindesalter](#), herausgegeben von der Swiss Society of Pediatrics



Gesundheitsförderung Schweiz bietet zudem folgende Merkblätter an:

- [Ernährung im 1. Lebensjahr](#)
- [Ernährung im 2. und 3. Lebensjahr](#)

7.3 Was essen Kinder?

Obwohl es in der Schweiz noch kein Monitoring der Ernährung von Kindern gibt, zeigen Studien in Untergruppen der Bevölkerung, dass es bei Kindern, wie bei der erwachsenen Bevölkerung, eine grosse Diskrepanz zwischen den Empfehlungen und der tatsächlichen Ernährung gibt. Eine 2012 durchgeführte Tessiner Studie mit über 300 Kindern im Alter von 5 bis 12 Jahren [7.4] zeigte, dass die Empfehlungen bei keiner Lebensmittelgruppe erreicht wurden, auch wenn mehrere Trends eine Verbesserung der Essgewohnheiten im Vergleich zu früheren Daten zeigten, beispielsweise bei Gemüse (Erreichungsgrad von 4,5% gegenüber 0% im Jahr 2010) oder bei Süssigkeiten, Snacks und zuckerhaltigen Getränken (Erreichungsgrad von 12,5% im Vergleich zu 9,5% im Jahr 2010). Trotz dieser Verbesserungen nehmen **Kinder zu wenig Obst, Gemüse, Getreideprodukte, Milch und Milchprodukte zu sich, aber zu viele zuckerhaltige Getränke und Fleisch** [7.5]. Eine nationale Ernährungserhebung ([menuCH-Kids](#)) im Auftrag des BLV ist in Vorbereitung und soll detaillierte Daten über die Ernährungssituation der 6- bis 17-Jährigen in der Schweiz liefern.

In Bezug auf die Säuglingsernährung hat die 2014 in der Schweiz durchgeführte Swiss Infant Feeding Study gezeigt, dass Mütter die Schweizer Empfehlungen für das Stillen und die Säuglingsernährung (Beikost und Ernährungsergänzung durch Vitamin D) genau einhalten. Beim Stillen war die anfängliche Prävalenz hoch (95% der Mütter stillten ihr Kind von Geburt an), danach wurden mehr als 50% der Kinder **mindestens zwölf Wochen lang ausschliesslich gestillt. Die mittlere Stilldauer betrug insgesamt 31 Wochen**. Erschöpfung der Mutter, die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit sowie der sozioökonomische Status verbunden mit einem niedrigen Einkommensniveau und/oder einem Migrationshintergrund wirkten sich ungünstig auf die Stilldauer und die abwechslungsreiche Ernährung aus [7.6].

7.4 Faktoren, die den Lebensmittelkonsum beeinflussen

Ernährungsentscheidungen sind komplex und werden von vielen Faktoren beeinflusst, die in verschiedene Ebenen eingeteilt werden können: biologische Faktoren, persönliche Erfahrungen, intrapersonelle

und zwischenmenschliche Faktoren, das soziale Umfeld und die physische Umwelt ([Abbildung 7.2](#)).

7.4.1 Biologische Faktoren

Lebensmittelpräferenzen haben bei Kindern einen direkten Einfluss auf die Wahl und Einnahme von Lebensmitteln. Sie werden durch sensorische und emotionale Reaktionen auf Geschmack, Geruch, Sehvermögen und Textur der Lebensmittel beeinflusst. Die Vorliebe für Süsses und die Ablehnung von Saurem und Bitterem sind angeboren. Es gibt jedoch genetische Unterschiede, manche Menschen nehmen eine Geschmacksrichtung stärker wahr als andere.

7.4.2 Erfahrungen mit Lebensmitteln

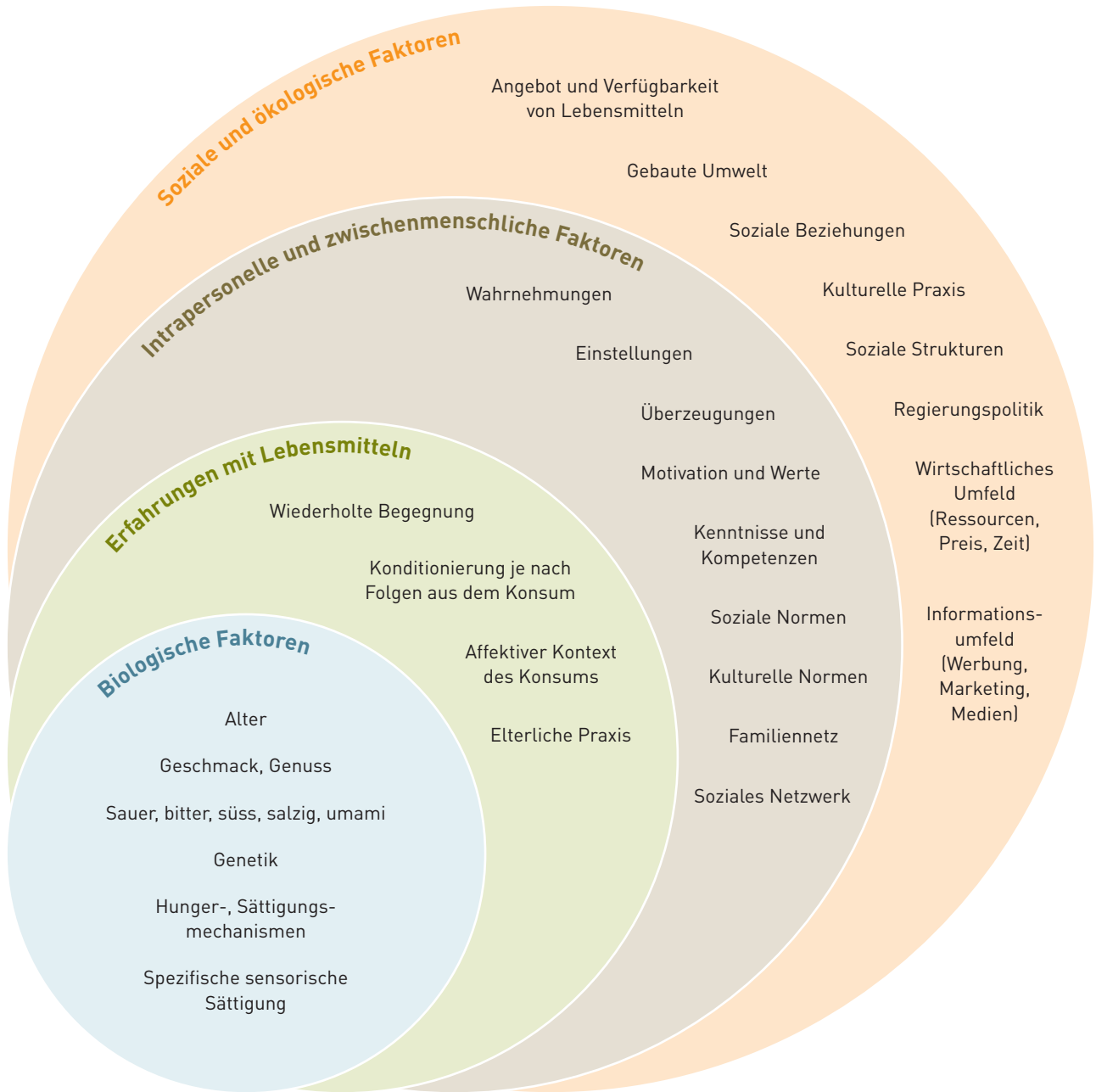
Durch unsere Erfahrungen, die bereits vor der Geburt entstehen, werden wir darauf konditioniert, bestimmte Nahrungsmittel gern zu essen oder abzulehnen. Die Präferenzen und das Sättigungsgefühl in Bezug auf ein Nahrungsmittel werden zum Beispiel durch die Folgen nach der Nahrungsaufnahme beeinflusst. Die soziale Konditionierung, also die emotionale Reaktion auf Nahrungsmittel in Bezug auf den sozio-emotionalen Kontext, wirkt bei Kindern besonders stark. Die soziale Konditionierung eines Kindes kann auch durch soziale Modelle und elterliche Praktiken, wie zum Beispiel das Austeilen von Belohnungen, geprägt werden. Daher hat das Verhalten der Eltern (und anderer Erwachsener) einen grossen Einfluss auf die Entwicklung der Ernährungspräferenzen und -entscheidungen von Kindern. Das Verhalten der Eltern wird jedoch von deren eigenen Essgewohnheiten, ihrer Korpulenz und den Eigenschaften des Kindes beeinflusst [7.8].

7.4.3 Intrapersonelle und zwischenmenschliche Faktoren

Die individuellen Wahrnehmungen, Einstellungen, Überzeugungen, Werte, Emotionen und die persönliche Bedeutung, die wir Lebensmitteln beimessen, sind starke Determinanten des Ernährungsverhaltens. Auf der gleichen Ebene finden wir die sogenannte «Ernährungskompetenz», auch «Food and nutrition literacy». Bei Kindern sind all diese Dimensionen im Aufbau und werden stark von ihrer Umgebung beeinflusst. Im Alltag interagieren diese persönlichen Elemente mit den unten beschriebenen Reizen aus der Umwelt und beeinflussen die Ernährungsentscheide.

ABBILDUNG 7.2

Ernährungsentscheidungen von Kindern beeinflussende Faktoren



Quelle: übersetzt und angepasst aus [7.7]

7.4.4 Soziale und ökologische Faktoren

Kinder und Eltern bewegen sich in sozialen und kulturellen Kontexten, die ihre Entscheidungen und ihr Essverhalten beeinflussen, insbesondere weil oft in Gemeinschaft gegessen wird. Soziale Beziehungen, kulturelle Praktiken und die Herkunftsfamilie, gesellschaftliche Strukturen und politische Rahmenbedingungen beeinflussen die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit der Möglichkeiten für gesunde Ernährung und ein aktives Leben. Auch das Bildungsniveau ist eine wichtige Determinante. Untersuchungen zeigen, dass Personen und Haushalte mit höherem Einkommen und höherer Bildung im Allgemeinen gesünder essen [7.9] (siehe [Abschnitt 7.6](#)). Auf der ökologischen Ebene ist das Nahrungsmittelangebot, das durch die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Qualität der Nahrungsmittel in Märkten und Supermärkten, in Schulen und anderen Institutionen sowie zuhause geprägt ist, ein weiterer wichtiger Einflussfaktor für die Nahrungsaufnahme. Die Merkmale von Lebensmitteln, wie die Präsentation im Laden oder die Nährwertangaben auf der Verpackung, beeinflussen die Kauf- und Konsumententscheidungen. In einem gesundheitsförderlichen Umfeld sollten die gesündesten Entscheidungen auch die einfachsten sein. Aber mit einer zunehmenden Anzahl und Verfügbarkeit von Lebensmitteln mit hohem Kalorien-, Fett-, Natrium- und Zuckergehalt wird die Fähigkeit jeder und jedes Einzelnen, gesunde Entscheidungen zu treffen, beeinträchtigt. Deshalb werden seit einiger Zeit die Verhaltensökonomie und das Nudging eingesetzt, um Menschen auf gesündere Optionen hinzuweisen. Das wirtschaftliche Umfeld beeinflusst ebenfalls die Auswahl von Lebensmitteln und die Ernährungspraktiken, unter anderem durch die Faktoren Preis, Einkommen, Zeit und Bildung.

7.5 Mögliche Interventionen und deren Wirksamkeit

Die Förderung einer ausgewogenen Ernährung erfordert mehr als nur einen Wissenstransfer und muss auf die Vielfalt der Faktoren abzielen, die auf verschiedenen Ebenen betroffen sind. Zudem muss jede Intervention der kognitiven Entwicklung der Kinder entsprechen. Aus diesem Grund ist zwischen den Prinzipien der Interventionen für Kinder im Vorschul- oder Schulalter zu unterscheiden, die in [Tabelle 7.1](#) dargestellt sind (adaptiert von [7.7]).

7.5.1 Beispiele für Interventionen

A Wissen und Kompetenzen fördern

Ernährungswissen ist notwendig, aber nicht ausreichend für die Umsetzung eines gesunden Verhaltens. Das Konzept der Ernährungskompetenz (Food literacy) wurde definiert als «eine Reihe miteinander verbundener Kenntnisse, Kompetenzen und Verhaltensweisen, die notwendig sind, um Mahlzeiten zu planen, Lebensmittel auszuwählen, zuzubereiten und zu essen, den Nahrungsbedarf zu decken und die Nahrungsaufnahme zu bestimmen» [7.10]. So definiert Ernährungskompetenz nicht nur Ernährungswissen, sondern beinhaltet auch die praktischen Kompetenzen und die Fähigkeit, kritische Ernährungsentscheidungen zu treffen. Dazu gehört das Wissen über die Herkunft von Lebensmitteln, ihre Auswahl und Zubereitung. Die Ernährungsbildung der Kinder in der Primarschule durch qualifizierte Lehrpersonen ist daher eine wichtige Komponente zur Stärkung der Ernährungskompetenzen. Diese Interventionen sollten jedoch durch weitere kohärente Massnahmen ergänzt werden, wie sie später in diesem Kapitel beschrieben werden [7.11].

Sensorische Erziehung

In der frühen Kindheit werden süsse Lebensmittel bevorzugt, saure oder bittere eher abgelehnt. Die Ernährungspräferenzen sind jedoch formbar und können durch Erfahrung verändert werden. Interventionen, die auf wiederholter Auseinandersetzung beruhen, führen dazu, dass Kinder lieber und mehr Obst und Gemüse essen. Eine Metaanalyse zeigte, dass der Verzehr durch wiederholtes Anbieten und Probieren zunahm, auch wenn Gemüse in seiner natürlichen Form und nicht mit einem Gewürz oder einem anderen Geschmack angeboten wurde. Ein vielfältiges Angebot und das mehrmalige Probieren sind daher einfache Techniken, die in der Kindertagesstätte und zuhause von den Eltern genutzt werden können. Weitere Ergebnisse deuten darauf hin, dass besonders die Akzeptanz neuer, unbeliebter Gemüsesorten steigt, wenn sie mindestens acht- bis zehnmal serviert werden [7.12].

Unterstützung für Eltern

Eltern übernehmen nicht nur eine Vorbildfunktion und sind für die zuhause angebotenen Speisen verantwortlich, sondern beeinflussen mit ihren eigenen pädagogischen Fertigkeiten und ihrem Ernährungsverhalten die Vorlieben und Gewohnheiten

TABELLE 7.1

Prinzipien möglicher Interventionen zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung bei Kindern im Vorschul- und Schulalter

Vorschulalter

- Kognitive Welt mit viel Raum für Kreativität und Fantasie.
- Entwicklung kognitiver Strukturen und Fähigkeiten: Verständnis der Welt, motorische Fähigkeiten, soziale Kompetenzen und emotionale Bewältigungsstrategien.
- Kausale Schlussfolgerungen und mögliche konzeptuelle Fähigkeiten, ohne abstrakte Verallgemeinerung oder logische Konzepte.
- Kurze Aufmerksamkeitsspanne.
- Schwierigkeiten, die Selbstwahrnehmung von der anderer zu unterscheiden.
- Lernen durch Beeinflussung der Umgebung und durch Beobachtung statt durch passives Zuhören.

Schulalter

- Wunsch, die Menschen und die Welt um sich herum zu verstehen.
- In der Lage, kausal zu denken, aber auf konkrete Objekte und spezifische Erfahrungen beschränkt. Neigung, in «schwarz oder weiss» zu denken.
- Auswahl der Lebensmittel nach präzisen und unmittelbaren Kriterien.
- Allmählicher Erwerb eines besseren Selbstverständnisses (Selbstwertgefühl).
- Beherrschung körperlicher Fähigkeiten und Entwicklung sozialer Fähigkeiten.
- Wachsende Bedeutung von Spielkameraden und Freundschaften.
- Vertrauen in Erwachsene bei gleichzeitiger Entwicklung der Autonomie.

- **Aktivitäten rund um die Ernährung fördern:** Probieren, Speisen zubereiten, die Sinne nutzen, um Lebensmittel zu entdecken. Die tägliche Auseinandersetzung mit gesunden Lebensmitteln bei den Haupt- und Zwischenmahlzeiten fördern, dabei darauf achten, eine positive Atmosphäre zu schaffen. Durch wiederholte Auseinandersetzung mit Lebensmitteln wird Vertrautheit hergestellt, die Angst vor Neuem überwunden und eine abwechslungsreiche und vielseitige Ernährung gefördert.
- **Entwicklungsgerechte Lernerfahrungen ermöglichen:** Altersgerechte Bilderbücher oder einfache Diagramme ermöglichen es, Kindern anschaulich zu erklären, was der Körper mit der Nahrung macht und wofür sie verwendet wird. Diese Art von Informationen weckt eher die Neugier der Kinder als Informationen über Lebensmittelgruppen oder die Kategorisierung von Lebensmitteln.
- **Aktive und spielerische Lernmethoden verwenden:** Diese Aktivitäten fördern die Teilnahme von Kindern in einer ruhigen Umgebung und sollten von einer klaren Botschaft begleitet werden, die mit dem Ziel der Intervention übereinstimmt. Abhängig vom Alter der Kinder sind die in verschiedenen Studien verwendeten Aktivitäten: Kunstprojekte, Lieder, Rollenspiele, Marionetten oder Puzzles sowie Koch- oder Einkaufsspiele. Ebenfalls zu dieser Kategorie gehören Gartenarbeit oder der Anbau verschiedener Obst- oder Gemüsesorten.
- **Sich auf Verhaltensweisen konzentrieren:** Das angestrebte Verhalten kann zum Beispiel sein, neue Gerichte zu probieren, mehr Gemüse zu essen, ausgewogene Zwischenmahlzeiten zu wählen oder Wasser zu trinken.
- **Selbstregulierung fördern:** Während sie gesundes Essen in einem gesunden Umfeld anbieten, sollten Eltern und sonstige Erwachsene, die Kinder betreuen, Kinder auch ermutigen, die Menge zu essen, die sie benötigen, und dabei ihre Hunger- und Sättigungsgefühle berücksichtigen.
- **Eltern, Familien und Bildungsteams einbeziehen:** Kleinkinder sind weitgehend von den Speisen abhängig, die in der Familie oder im Erziehungsumfeld angeboten werden. Deshalb ist die Einbeziehung von Eltern oder Erziehungsteams entscheidend, wenn die Ernährung des Kindes geändert werden soll.
- **Auf veränderbares Verhalten abzielen:** Sich auf Verhalten oder Praktiken konzentrieren, über die Kinder eine gewisse Kontrolle haben.
- **Motive ansprechen, die für Kinder sinnstiftend und wichtig sind:** Ihre Motivation kann darin bestehen, mehr Energie zu haben, körperlich und kognitiv gute Leistungen zu erbringen und stark zu sein. Direkte Vorteile sind zum Beispiel praktische Aspekte, Geschmack oder die Kosten.
- **Aktive Methoden und sofern möglich auch echte Lebensmittel verwenden:** Aktivitäten wie das Kochen und das Ausprobieren von neuen Gerichten sind sehr effektiv, aber jede Aktivität sollte einen bestimmten Zweck haben, der mit dem Ziel der Intervention zusammenhängt. Einfache Rezepte sind ein effektiver Weg, um die Kinder zu motivieren, wahrgenommene Hindernisse zu überwinden und ihre kulinarischen Fähigkeiten zu entwickeln. Einfache und schnell umsetzbare Rezepte wählen, die es allen ermöglichen, aktiv mitzuwirken.
- **Inhalte in Bezug auf die kognitive Entwicklung bereitstellen:** Die Aktivitäten dürfen nicht zu schwierig sein, sollten aber die Teilnehmenden dazu anregen, die Herausforderung gern anzunehmen. Kleine Belohnungen, spielerische Elemente, Figuren oder fantastische Geschichten erhöhen den Wunsch, die Aktivität auszuführen.
- **Soziale Normen und Peer-Beeinflussung ansprechen:** Gruppeninterventionen bieten die Gelegenheit, die Kinder darüber nachdenken zu lassen, welchem Druck sie ausgesetzt sind (Werbung, Marketing usw.), um den starken Einfluss ihrer Umgebung einzuschätzen.
- **Affekte integrieren:** Indem man den Kindern positive Erfahrungen in einer sicheren Umgebung ermöglicht, wird auch ihr Selbstwertgefühl gestärkt.
- **Kognitive Selbstregulation fördern:** Kinder sind bei ihren Ernährungsentscheidungen vielen äusseren Einflüssen ausgesetzt. Ernährungsinterventionen bieten die Möglichkeit, den Teilnehmenden zu helfen, ein konkretes und vernünftiges persönliches Ziel zu setzen, und sie dabei zu begleiten, kreative Lösungen zu finden, die sie auch umsetzen.

ihrer Kinder. Bedenken der Eltern in Bezug auf Ernährung oder Gewicht können jedoch zu kontraproduktiven Praktiken führen [7.13], daher ist es wichtig, Eltern zu unterstützen, indem man sie anregt [7.14]:

- ihr Kind nicht unter Druck zu setzen, zu essen oder bestimmte Lebensmittel zu sich zu nehmen,
- keine Lebensmittel stark einzuschränken,
- Lebensmittel nicht als Belohnung zu verwenden,
- andere Belohnungen als Lebensmittel (z. B. Aufkleber) zu verwenden, um Kinder zu ermutigen, neue Lebensmittel zu probieren.

Positives Essverhalten muss vorgelebt werden, damit es Kinder nachahmen können. Eltern beeinflussen die Ernährung ihrer Kinder stärker mit ihrem eigenen Ernährungsverhalten als mit Geboten oder Verboten von Lebensmitteln [7.15].

Gartenarbeit

Neben der Förderung des Konsums von Obst und Gemüse können Interventionen in Form von Gartenarbeiten auch andere pädagogische Ziele verfolgen, das Zusammenleben verbessern oder die Nachhaltigkeit und körperliche Aktivität fördern. Oft sind Garteninterventionen mit Aktivitäten wie Kochen oder Ausprobieren neuer Lebensmittel verbunden. In einer kürzlich erschienenen Literaturübersicht zeigten Schulgartenprojekte einen bescheidenen, aber positiven Einfluss auf anthropometrische Messungen und allgemein auf die Gesundheit der Kinder [7.15, 7.16]. Weitere Autorinnen und Autoren beschrieben einen positiven Effekt auf die Präferenz und den Konsum von Gemüse (aber nicht von Obst). Darüber hinaus scheinen Gartenbauprojekte im Vergleich zu Programmen, die auf Ernährungserziehung basieren, die Vorliebe für und den Konsum von Gemüse wirksamer zu fördern und zusätzliche positive Effekte in Bezug auf Gruppenarbeit und Selbstverständnis zu haben [7.17].

Kochworkshops

Diese praktischen Aktivitäten, bei denen die Kinder kochen und Gerichte zubereiten, erhöhen die Vertrautheit und die Auseinandersetzung mit neuen Lebensmitteln, insbesondere mit Obst und Gemüse. Kochworkshops können die Vorliebe und den Konsum gekochter Lebensmittel positiv beeinflussen, aber auch andere Kompetenzen wie die Zubereitung von Speisen und ein Gefühl der Selbstwirksamkeit fördern [7.15, 7.18–7.21]. Auf der Grundlage der

wenigen derzeit verfügbaren Erkenntnisse können jedoch keine Rückschlüsse auf bewährte Umsetzungspraktiken gezogen werden. Nur wenige Studien haben die langfristigen Auswirkungen von Kochworkshops untersucht. Eine Schweizer Studie mit mehr als 3500 Erwachsenen ergab jedoch, dass eine häufigere Beteiligung an Kochaktivitäten in der Kindheit auf bessere Kochfähigkeiten im Erwachsenenalter sowohl bei Männern als auch bei Frauen schliessen lässt. In beiden Fällen waren bessere Kochfähigkeiten mit einer besseren Ernährung verbunden [7.22].

B Veränderung des Lebensmittelangebots, Erleichterung des Zugangs und der Verfügbarkeit

Viele Fachpersonen empfehlen für Kinder ein Umfeld, das gesunde Ernährungsentscheidungen ermöglicht. Die gesündesten Entscheidungen sollten auch die einfachsten sein. Ziel sind in erster Linie Schulen, Kindertagesstätten und andere Kinderbetreuungseinrichtungen, da Kinder einen Grossteil ihrer Zeit dort verbringen und alle Kinder, unabhängig von ihrer Herkunft oder ihrem sozioökonomischen Status, wirksam erreicht werden können.

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

- Ausbau des Angebots: Verteilung von Obst und Gemüse oder Wasser in Schulen
- Einschränkung des Angebots: Ernährungsstandards für Lebensmittel und Getränke, die in Schulen verkauft werden
- Einführung von Vorschriften zur Definition der Art der Lebensmittel, die auf dem Schulgelände konsumiert werden dürfen

In vielen Ländern durchgeführte Evaluationen haben ergeben, dass Interventionen zur Förderung eines gesunden Ernährungsumfelds eine wirksame Massnahme zur Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten sind [7.23, 7.24]. In der Schweiz gibt es zum Beispiel Qualitätsstandards für Mahlzeiten, die in Einrichtungen serviert werden (siehe unten). In Genfer Primarschulen zeigte eine Studie, dass Kinder in Schulen mit einer Regelung auf Basis einer Positivliste (erlaubte Lebensmittel und Getränke) gesündere Zünis mitbrachten als jene in Schulen mit Verboten oder in Schulen ohne Regeln [7.25]. Die Einführung von Regeln im Zusammenhang mit der



Beispiele für Programme in der Schweiz

- [Fit4future](#): Kostenloses Programm, das in der Primarschule für Kinder, Lehrpersonen und Eltern angeboten wird. Es umfasst didaktische Tools, Veranstaltungen und Hilfsmittel rund um die Themen Ernährung und Bewegung sowie Kochworkshops.
- [Movimento e gusto con l'equilibrio giusto!](#) Das Projekt richtet sich an Schulen, um Lehrkräfte zu schulen und sie bei der Umsetzung von Aktivitäten und Hilfsmitteln zu unterstützen, wobei auch die Eltern einbezogen werden (auf Italienisch).
- [Nutrikid](#): Module der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung zur Ernährungsbildung für Kinder von 9 bis 12 Jahren.
- [Unterrichtsmaterial zur Schweizer Ernährungsscheibe](#).
- [Guide-École](#): Website mit Instrumenten für schulische Akteurinnen und Akteure, um eine allgemeine und kohärente Gesundheitsförderungspolitik, einschliesslich der Ernährung, in ihrer Einrichtung einführen zu können (auf Französisch).
- [PEP – Gemeinsam essen](#): Weiterbildung für Teams, die in Einrichtungen arbeiten. Sie zielt

darauf ab, eine freundliche Atmosphäre am Tisch zu fördern, Regeln infrage zu stellen und eine kinderfreundlichere Einstellung durch spezialisierte Informationen und moderierte Diskussionen anzuregen. (auf Deutsch)

- [Schulgarten](#): Didaktische und gartenpraktische Unterstützung für Lehrpersonen der Zyklen 1 bis 3.
- [Senso5](#): Unterrichtsmaterial für die Ernährungs- und Sensorikerziehung, kompatibel mit dem Plan d'études romand (PER) für Lehrpersonen der Zyklen 1 und 2 (4 bis 12 Jahre). Ansatz auf der Grundlage der fünf Sinne und des Essgenusses mit polysensorischen Lernmaterialien zur Ernährungserziehung in Verbindung mit verschiedenen Schulfächern und dem Ausprobieren unterschiedlicher Lebensmittel im Unterricht.
- [ZnüniBOX](#): Dank der Weiterbildung der Fachkräfte werden die Botschaften zur Ernährung mit Zahngesundheit gekoppelt. Die Kinder erhalten eine «ZnüniBOX» und die Eltern eine Karte mit Vorschlägen für die Zwischenverpflegung.

Ernährung prallt manchmal auf die Überzeugung, dass Ernährung Privatsache sei und dass diese Massnahmen die individuelle Freiheit einschränken. Deshalb ist es wichtig, alle Akteurinnen und Akteure einzubeziehen und solche Massnahmen schrittweise umzusetzen, um deren Akzeptanz zu erhöhen [7.25]. Weitere mögliche Massnahmen zur Schaffung günstiger Rahmenbedingungen für eine gesunde und ausgewogene Ernährung sind zum Beispiel [7.26]:

- Verbesserung der Lebensmittelkennzeichnung mit Etiketten oder Nährwertangaben, um die Auswahl beim Kauf zu erleichtern
- Einschränkung von Marketingmassnahmen, die sich an Kinder richten
- Wirtschaftliche Instrumente (Gebühren, Subventionen), die den Zugang zu gesunden Produkten erleichtern und die Attraktivität anderer Produkte mindern
- Verbesserung der Nährwertzusammensetzung von Lebensmitteln durch die Hersteller



Einige Beispiele

- [Fouchette verte](#): Qualitätslabel für Verpflegungsbetriebe, die ein ausgewogenes Tagesgericht anbieten, in vielen Schulen vorhanden
- [Qualitätslabel](#) für eine ausgewogene und nachhaltige Mittagsverpflegung
- [Qualitätsstandards für die Gemeinschaftsgastronomie](#), herausgegeben vom BLV
- [Znüni-Mäart](#): Bereitstellung gesunder Znünis in Luzerner Schulen mindestens einmal pro Woche während mindestens einem Jahr
- Weisungen oder Empfehlungen zur Abschaffung von Verkaufsautomaten oder zur Änderung des Angebots der Automaten in bestimmten Kantonen, zum Beispiel [Waadt](#) oder [Wallis](#)
- Obstverteilung in einer Schule in Norwegen [7.27]

7.5.2 Medienkompetenz

Medienkompetenz ist ein wichtiger Bestandteil der Ernährungskompetenz. Sie hat sich bei der Vorbeugung von Essstörungen und bei der allgemeinen Prävention als wirksam erwiesen und wurde ab dem Alter von 9 Jahren getestet. Programme zur kritischen Medienanalyse haben unter anderem folgende Ziele:

- Sensibilisierung für Medienbotschaften in Bezug auf Gewicht, Idealfigur, Gender-Stereotypen und Objektivierung des Körpers (Schönheitsideal) (siehe Kapitel 5, Bericht 9 [Gesundheitsförderung für und mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen](#))
- Kritisches Denken über Lebensmittelbotschaften (Diäten usw.), «Fake News» sowie Marketing- und Manipulationstechniken, die in den Medien verwendet werden, um Ideale zu schaffen

Medienkompetenz hat auch weitreichendere Vorteile, die in Kapitel 5 des Berichts 9 [Gesundheitsförderung für und mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen](#) erörtert werden [7.28, 7.29].

7.5.3 Interventionen während der Schwangerschaft und Stillförderung

Die Ernährung der Mutter vor und während der Schwangerschaft beeinflusst die Gesundheit des Kindes über Jahre hinweg [7.30]. Deshalb werden immer mehr Interventionen entwickelt, um eine ausgewogene Ernährung in dieser Zeit zu fördern. Sie verbessern die Nahrungsaufnahme und begrenzen die Gewichtszunahme während der Schwangerschaft, unabhängig davon, ob sie mit umfassenden Massnahmen zur Förderung eines gesunden Lebensstils verbunden sind oder nicht. Diese Interventionen haben auch eine Verringerung des Risikos einer Makrosomie (Geburtsgewicht des Kindes über 4 kg) gezeigt, aber ihre Auswirkungen auf das Risiko des Kindes, in den ersten Lebensjahren an Adipositas zu erkranken, sind noch unklar [7.31]. Darüber hinaus ist es noch nicht möglich, die effektivsten Modalitäten in Bezug auf Intensität, Dauer, Häufigkeit oder Umsetzungsmethoden zu bestimmen. Alle Interventionen, die auf einem ausgewogenen Ansatz beruhen, schienen hinsichtlich der Wirksamkeit gleichwertig zu sein. Die Beratung erfolgte in Einzel- oder Gruppengesprächen, in einem klinischen Umfeld oder zuhause [7.32, 7.33].

Wenn Frauen Unterstützung beim Stillen angeboten wird, verlängert sich die Dauer des ausschliesslichen Stillens und des Vollstillens. Zu den Merkmalen einer wirksamen Beratung gehört [7.34]:

- dass sie standardmässig von geschultem Personal während der vor- oder nachgeburtlichen Betreuung angeboten wird,
- dass sie im Voraus geplante Besuche vorsieht, damit Frauen wissen, wann sie Unterstützung erhalten,
- dass sie dem Kontext und den Anforderungen der Bevölkerung angepasst ist.

Die Unterstützung kann von Fachleuten oder Nicht-Fachleuten, beispielsweise Peers, angeboten werden oder von einer Kombination aus beidem. Strategien, die in erster Linie auf persönlicher Beratung beruhen, haben die Erfolgchancen bei Frauen erhöht, die ausschliesslich stillen [7.34].

7.5.4 Allgemeine Überlegungen zu Interventionen

Viele Fachleute empfehlen, mehrere Strategien zu kombinieren, um die Wirksamkeit von Interventionen zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung zu verbessern. Beispielsweise kann eine Intervention zur Ernährungserziehung durch soziale Unterstützung auf Familienebene ergänzt werden. Im schulischen Umfeld kann die Intervention mit Massnahmen von Lehrpersonen und Fachkräften kombiniert werden. Letztes Beispiel: Ein Erziehungsprogramm wäre wirksamer, wenn es mit einer Veränderung des Umfelds einhergeht [7.35]. Es hat sich zudem gezeigt, dass Multikomponenten-Interventionen den Obst- und Gemüsekonsum bei Kindern bis 5 Jahren am wirksamsten steigern [7.36].

Die Entwicklung neuer Massnahmen sollte an die Bedingung geknüpft sein, dass Ressourcen und Finanzmittel zur Bewertung dieser Massnahmen zur Verfügung stehen, um von diesen Interventionen profitieren zu können. Darüber hinaus sollte die Evaluation nicht nur das Ernährungsverhalten als Erfolgskriterium, sondern auch andere Faktoren wie die Entwicklung von Lebenskompetenzen oder das Gefühl der Selbstwirksamkeit berücksichtigen.



Orientierungsliste von Gesundheitsförderung Schweiz

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

7.6 Chancengleichheit bei der Förderung einer ausgewogenen Ernährung

Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status sind überproportional von Adipositas betroffen, die ein wesentlicher Risikofaktor für chronische Krankheiten ist [7.37]. Eine Schweizer Studie zeigte, dass eine unausgewogene Ernährung einen Teil dieser Belastung erklärt, obwohl auch andere Faktoren eine Rolle spielen [7.38]. Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen stehen vor vielen Hindernissen für eine gesunde Ernährung [7.39], die bei der Durchführung von Interventionen unbedingt berücksichtigt werden müssen.

Strukturelle Massnahmen zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung haben den Vorteil, dass sie die gesamte Bevölkerung erreichen und besonders wirksam für Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status sind. Bewährt haben sich Interventionen in Schulen oder Kindertageseinrichtungen, da diese auch sozial benachteiligte Kinder erreichen, insbesondere Projekte, die darauf abzielen, das Essensangebot innerhalb der Einrichtung zu verbessern oder die Förderung einer ausgewogenen Ernährung in Unterrichtspläne oder pädagogische Konzepte zu integrieren [7.40]. Die Wirksamkeit dieser Massnahmen wird verstärkt, wenn sie mit Interventionen auf individueller Ebene kombiniert werden; daher ist es wichtig, Verhaltens- und Strukturmassnahmen zu kombinieren [7.40].

Im Allgemeinen sind die Ausrichtung der Interventionen auf eine spezifische Zielgruppe sowie die Beteiligung der Zielgruppe an der Entwicklung und Durchführung des Projekts ebenfalls Erfolgsfaktoren. Die Einbeziehung der Eltern ist wichtig, insbesondere im Rahmen von Projekten, welche die Ernährungsgewohnheiten von Kleinkindern aus benachteiligten sozioökonomischen Verhältnissen positiv beeinflussen sollen. Eine kürzlich durchgeführte Studie zeigte, dass depressiv gestimmte Eltern, die tagsüber einem hohen Mass an Stress ausgesetzt sind, ihre Kinder am Abend ungünstig beeinflussen und sie beispielsweise zum Essen zwingen oder ihnen Fertiggerichte servieren [7.41]. Als besonders wirksam haben sich Interventionen erwiesen, die darauf abzielen, die Vorbildfunktion der Eltern zu fördern. Dabei haben sich folgende Erfolgskriterien als wichtig herausgestellt [7.40]:

- Pädagogische Ansätze nutzen:
 - die auf Techniken zur Verhaltensänderung beruhen,
 - die den Erwerb konkreter Fähigkeiten wie Kochen oder Kommunikation unterstützen,
 - die das Lernen durch Beispiele (Sticker) mit konkreten Situationen und Lösungen fördern.
- Interventionen auf der Ebene von Gemeinden, Haushalten, Kinderarztpraxen oder Kinderbetreuungseinrichtungen einführen.
- Mütter während der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt Beratung zum Stillen und zur Einführung von Beikost anbieten.
- Mehrere Themen gleichzeitig in den Mittelpunkt stellen, die Betroffenen bei der Zielbestimmung unterstützen, soziale Kontakte fördern und über weitere Unterstützungsangebote informieren.

Unter den Massnahmen zur Förderung der Ernährungskompetenz sind Interventionen auf der Basis von Kochworkshops vielversprechend, um die Ernährung von Kindern aus einkommensschwachen Gruppen zu verbessern [7.42]. Um Eltern den Zugang zu Ernährungserziehungsprogrammen zu erleichtern, sollte besonderes Augenmerk auf die Verwendung von Bilddokumenten (für Lesende mit geringen Gesundheitskenntnissen) sowie Bildern von Lebensmitteln (echte, Attrappen oder Lebensmittelverpackungen) gelegt werden.

Im Rahmen der Förderung einer ausgewogenen Ernährung sollten zur Entwicklung der Chancengleichheit noch drei wichtige Aspekte berücksichtigt werden: Erstens sind Essgewohnheiten eng mit der Herkunftskultur verbunden. Niemand sollte gezwungen werden, sich zwischen seiner Kultur und seiner Gesundheit zu entscheiden. Interkulturelle Kompetenz ist bei der Entwicklung von Interventionen zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung unerlässlich [7.43]. Zweitens kann die Förderung der Ernährungskompetenz, insbesondere der Entwicklung kulinarischer Fähigkeiten, auch als Mittel zur Bekämpfung von Gender-Stereotypen und der ungleichen Verteilung von Hausarbeit zwischen Männern und Frauen gesehen werden [7.44]. Schliesslich ist Ernährungsunsicherheit eine Realität, die bei Interventionen zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung berücksichtigt werden muss [7.45], etwa durch:

- Bereitstellung von Informationen zu Unterstützungsressourcen in der Region,
- Verwendung von saisonalen Lebensmitteln, aber auch von Obst und Gemüse in Dosen oder aus der Tiefkühltruhe,
- Schulung der Eltern, wie man Menüs plant und eine Einkaufsliste erstellt,
- Bereitstellung von Rezepten auf der Basis von Eiern oder Hülsenfrüchten,
- Förderung des Konsums von Leitungswasser.



Einige Beispiele

- **Femmes-Tische und Männer-Tische:** Programm, das sich an Menschen aus benachteiligten sozioökonomischen Verhältnissen und/oder mit Migrationshintergrund richtet und bei dem in moderierten Gesprächsrunden verschiedene Themen behandelt werden, darunter auch Ernährung.
- **Mamamundo:** Geburtsvorbereitungskurse mit interkulturell Dolmetschenden, unter anderem zum Thema Ernährung.
- **Miges Balù:** Unterstützung von Kindertagesstätten mit interkulturellen Mediatorinnen und Mediatoren, um unter anderem eine ausgewogene Ernährung von Geburt an bei Familien mit Migrationshintergrund zu fördern.
- **Bien manger à petit prix:** Projekt zur Förderung der Ernährungskompetenz, einschliesslich einer ausgewogenen, kostengünstigen Ernährung im Alltag, mit Workshops und kostenlosen Unterlagen (auf Französisch).
- Website **«Gut, gesund und günstig essen»:** Projekt zur Befähigung der Bevölkerung, sich auch mit kleinem Budget zu ernähren. Angebot kostenloser Materialien, zum Beispiel Tipps zum kostengünstigen Einkaufen und zur Lagerung von Lebensmitteln.



Vertiefung

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

7.7 Fazit

Um gesunde und ausgewogene Ernährungsgewohnheiten bei Kindern zu fördern, identifizierten Fachleute vier Schlüsselthemen, die zuhause und in der Kinderbetreuung umgesetzt werden können: [7.46]

- **Positive Ernährungserziehung durch die Eltern/Betreuungspersonen:** Einschränkungen vermeiden, Kindern erlauben, ihre eigenen Ernährungsentscheidungen zu treffen, und sie ermutigen, zu probieren und ihre Portionsgrössen selbst anzupassen.
- **Gemeinsam essen:** Die Ernährungssozialisation durch regelmässige Mahlzeiten in der Familie oder in Gruppen fördern, dem Kind als positives Vorbild dienen und ein gesundes Ernährungsverhalten vorleben.
- **Gesundes Ernährungsumfeld:** Verfügbarkeit und Zugänglichkeit gesunder Lebensmittel fördern und gesundheitsförderndes Verhalten in Schulen, Kindertagesstätten und anderen Kinderbetreuungseinrichtungen ermöglichen, um die Chancengleichheit zu fördern.
- **Genussvolles Essen:** Gesunde Ernährung mit Genuss verknüpfen durch wiederholte Auseinandersetzung mit gesunden Lebensmitteln, angenehme Mahlzeiten in der Gruppe und die Verbreitung positiver Ideen und Einstellungen zu gesunden Lebensmitteln.

Zusammenfassend ist zu bemerken, dass das von Elyn Satter entwickelte Modell der Aufgabenteilung einen wertvollen Leitfaden darstellt, insbesondere bei Diskussionen mit Eltern oder Erziehenden. Dieses Modell besagt, dass die Erwachsenen dafür zuständig sind, welches Essen angeboten wird (was). Zudem gewährleisten sie den Rahmen (wann und wo gegessen wird). Das Kind ist dafür verantwortlich, wie viel es isst und ob es die Gerichte probieren will. Dabei soll zum Probieren ermutigt, aber nicht gezwungen werden [7.47]. Erwachsene in Familien oder Teams in Erziehungseinrichtungen haben die Verantwortung, in einem von emotionaler Wärme und Sensibilität geprägten Klima, aber ohne Konsumzwang, für gesunde Lebensmittel zu sorgen und eine ausgewogene Ernährung zu fördern. Das Kind hingegen bestimmt die Menge, die es essen möchte. Diese Praktiken fördern die Geschmacksentwicklung und die Freude am Essen abwechslungsreicher, gesunder Lebensmittel. Gleichzeitig erleichtern sie das Erlernen der Selbstregulierung.

8 Förderung der psychischen Gesundheit

• **Edouard Gentaz**, Universität Genf

8.1 Psychische Gesundheit bei Kindern (0 bis 12 Jahre) in der Schweiz

Psychische Gesundheit wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert [8.1] als «Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und etwas zu ihrer Gemeinschaft beitragen kann». Obwohl diese Definition hauptsächlich Erwachsene betrifft, kann sie auch auf Kinder und die Besonderheiten ihrer Umgebung angepasst werden. Der Begriff «Zustand» sollte jedoch nicht als statisches Element verstanden werden, sondern als komplexer multipler und dynamischer Prozess, der sowohl von individuellen Charakteristiken als auch in erheblichem Masse von exogenen Faktoren wie sozialen Bedingungen und dem Kontext, in dem Menschen leben, beeinflusst wird. Psychische Gesundheit kann sich durch emotionales Wohlbefinden, Selbstwertgefühl, Zufriedenheit, Leistung sowie die Fähigkeit, am sozialen Leben teilzunehmen und befriedigende soziale

Bindungen zu pflegen, manifestieren. Sie ergibt sich aus der Fähigkeit, interne und externe Ressourcen zu mobilisieren, um sich den vielfältigen Anforderungen und Schwierigkeiten zu stellen, die täglich und während des gesamten Lebens auftreten [8.2]. Repräsentative Daten zur psychischen Gesundheit von Kindern sind in der Schweiz kaum vorhanden. Die Lebensqualität oder Lebenszufriedenheit, Energie und Vitalität, das Gefühl der Lebensbewältigung und der Selbstwirksamkeitserwartung wurden in der Schweiz nicht regelmässig anhand einer repräsentativen Stichprobe von Kindern im Alter von 0 bis 10 Jahren bewertet.

Das Wohlbefinden von Kindern kann indirekt durch die Messung ihres allgemeinen Gesundheitszustands beurteilt werden [8.3]. 2017 bewerteten 98% der Eltern von Kindern im Alter von 0 bis 10 Jahren deren allgemeine Gesundheit als gut oder sehr gut bzw. ausgezeichnet.

In der Schweiz existieren keine repräsentativen Daten zu den Prävalenzraten psychischer Störungen bei Kindern. Die einzigen verfügbaren Daten stammen aus mehreren internationalen Studien, die vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium in seinem nationalen Bericht [8.3] zusammengefasst wurden (Tabelle 8.1).

TABELLE 8.1

Prozentsätze der Erstmanifestation nach psychischen Störungen (Auswahl) und Altersgruppen

(Daten basierend auf Prävalenzdaten aus internationalen Studien; Auszug aus T5.2 [8.3])

Diagnose	1–5 Jahre	6–9 Jahre	10–13 Jahre
Regulationsstörungen (übermässiges Schreien, Schlafstörungen und ernährungsbezogene Probleme)	>24 %	<1 %	<1 %
Bindungsstörungen	>24 %	<1 %	<1 %
Autismus-Spektrum-Störungen	>24 %	<1 %	<1 %
ADHS	10–24 %	>24 %	10–24 %
Angststörungen	1–10 %	>24 %	10–24 %
Verhaltensstörungen/oppositionelles Trotzverhalten	1–10 %	10–24 %	>24 %
Schwere Depression	1–10 %	1–10 %	1–10 %
Störungen durch den Konsum psychotroper Substanzen	1–10 %	1–10 %	1–10 %
Zwangsstörung	<1 %	1–10 %	1–10 %
Magersucht und Bulimie	<1 %	<1 %	>24 %

Die Ergebnisse in [Tabelle 8.1](#) zeigen, dass das Alter der Erstmanifestation von der Art der psychischen Störung abhängt: Regulationsstörungen treten vor allem in der frühen Kindheit (1 bis 5 Jahre) auf, Angststörungen zwischen 6 und 9 Jahren und soziale/oppositionelle Verhaltensstörungen zwischen 6 und 13 Jahren.

Es gibt einige neuere Daten über «psychische Auffälligkeiten» von Kindern, die aus Fragebögen oder Skalen stammen, die von Eltern ausgefüllt wurden. In der Swiss Preschoolers' Health Study (SPLASHY) gaben Eltern aus fünf Schweizer Kantonen (Aargau, Bern, Freiburg, Waadt und Zürich) im Jahr 2014 an, dass etwa 7% der Kinder im Alter von 2 bis 6 Jahren (n=511) Anzeichen von psychischen Auffälligkeiten aufweisen [8.4]: 8,2% dieser Kinder hatten Probleme mit Gleichaltrigen, 7,6% Verhaltensauffälligkeiten, 5,3% Hyperaktivität und 4,3% emotionale Probleme. Bei nur 3% der 383 Kinder, die noch an der Studie teilnahmen, bestanden die Probleme zwölf Monate später immer noch. Die Ergebnisse zeigen auch einen signifikanten Zusammenhang zwischen diesen Verhaltensstörungen und einem niedrigen sozioökonomischen Status der Eltern, einem inkonsistenten Erziehungsstil und der Anwendung körperlicher Bestrafungen. Diese Ergebnisse sind den in anderen europäischen Ländern beobachteten Daten ähnlich. In der 2017 durchgeführten Schweizer Gesundheitsbefragung gaben die Eltern an, dass 7,6% der Kinder im Alter von 0 bis 10 Jahren an psychischen Auffälligkeiten, 5,9% an Anzeichen von Hyperaktivität, 2,3% an Verhaltensproblemen und 0,9% an emotionalen Problemen leiden [8.2].



Die psychische Gesundheit von Kindern in der Schweiz während der Covid-19-Pandemie

Die Covid-19-Pandemie und die zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ergriffenen Massnahmen haben das tägliche Leben und die sozialen Interaktionen tiefgreifend verändert, was für die psychische Gesundheit besondere Herausforderungen zur Folge haben kann. Gemäss einem Bericht des BAG aus dem Jahr 2021 [8.5] sind jüngere Generationen deutlich stärker von den psychischen Folgen der Pandemie betroffen als ältere Menschen. Die erhöhte Stressbelastung führt eher zu Verhaltensproblemen bei kleinen Kindern, während Symptome von Depressionen und Angstzuständen bei älteren Kindern und ab der Adoleszenz häufiger auftreten. Insbesondere bei kleinen Kindern wird das Wohlbefinden stark von der familiären Situation und der Resilienz der Eltern in Stresssituationen beeinflusst. Im Bericht wird auf einen starken Anstieg der Fallzahlen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie hingewiesen. Der Handlungsbedarf in der entsprechenden Versorgung für jüngere Generationen ist unter Fachpersonen unbestritten [8.5]. Diese vorläufigen Ergebnisse scheinen durch neuere Studien mit Kindern und Jugendlichen bestätigt zu werden [8.6].



Weiterführende Informationen zum Thema Corona

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

8.2 Die psychische Entwicklung des Kindes und sein Umfeld

Eines der Ziele der internationalen Forschung ist es, die wichtigsten Determinanten der psychischen Gesundheit von Menschen während der Entwicklung zu identifizieren und signifikante Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit und zahlreichen verschiedenen Faktoren, die als Schutz- oder Risikofaktoren bezeichnet werden, hervorzuheben. Diese verschiedenen Determinanten beeinflussen sich auf dynamische Weise gegenseitig und ihre Wirkung kann sich positiv oder negativ auf die psychische Gesundheit eines Kindes während seiner Entwicklung auswirken.

Zwar ist die Art der psycho-physiologischen Prozesse, die bei bestimmten Kindern zu psychischen Störungen führen oder sie im Gegenteil widerstandsfähig machen, noch nicht bekannt, aber das «Timing» der verschiedenen Schutz- und Risikofaktoren und ihr jeweiliger Beitrag zum Entwicklungsverlauf sind inzwischen viel besser erforscht [8.7]. Einer der grössten Risikofaktoren in Bezug auf die psychische Gesundheit bei Kindern ist das Vorhandensein einer psychiatrischen Störung bei einem der Elternteile. Während genetische Faktoren eine Schlüsselrolle bei den verschiedenen Mechanismen der Risikoübertragung für psychiatrische Störungen einnehmen, spielt auch die Qualität des sozialen Umfelds und der ersten Beziehungserfahrungen des Kindes eine entscheidende Rolle für die Entwicklung des Kindes und die Personalisierung seiner Entwicklungsverläufe. Die neurobiologische Vulnerabilität auf der einen Seite und das bildungs- und sozio-kulturelle Umfeld auf der anderen Seite funktionieren daher nicht unabhängig voneinander. Im Gegenteil: Diese beiden Faktoren beeinflussen sich in komplexen dynamischen Prozessen in verschiedenen Lebensphasen gegenseitig [8.8].

Jede Phase der Entwicklung eines Kindes hat ihre eigenen Merkmale, ihren eigenen umweltbedingten Kontext und ihre eigenen spezifischen Herausforderungen, die sich auf die psychische Gesundheit auswirken können.

Die frühe Kindheit ist eine sensible Phase in Bezug auf das Lernen und die psychologische Entwicklung, auch wenn der Mensch in Bezug auf die Plastizität des Gehirns ein langes Zeitfenster hat, das ihm lebenslanges Lernen ermöglicht. Eine «verarmte» oder in kognitiver, emotionaler und sozialer Hinsicht

wenig stimulierende Umgebung während dieser sogenannten «sensiblen» Entwicklungsphase kann negative psychologische und neuronale Folgen haben [8.9]. Diese lassen sich jedoch wieder wettmachen, wenn frühzeitig Kompensationsmassnahmen eingeleitet werden [8.10]. In den ersten Jahren ist insbesondere die Eltern-Kind-Beziehung für die psychologische Entwicklung des Kindes von entscheidender Bedeutung [8.11, 8.12]. Es ist hervorzuheben, dass sich die Familienmodelle seit 1970 erheblich verändert haben: Alleinerziehende oder Patchworkfamilien sind häufiger und die Anzahl Geschwister kleiner [8.3].

Ausserdem kann die frühe Kindheit für das Kleinkind die Gelegenheit bieten, in ausserfamiliären Kontexten aufgenommen zu werden. Ein UNICEF-Bericht [8.13] bezeichnet ausserfamiliäre Betreuungsstrukturen als eine «Revolution», da «die heute heranwachsende Generation die erste ist, deren Mehrheit einen grossen Teil der frühen Kindheit in einer ausserhäuslichen Betreuungseinrichtung verbringt». In den letzten 150 Jahren haben sich in der Schweiz die Einrichtungen zur Betreuung von Kindern institutionell, finanziell und politisch stetig weiterentwickelt [8.14]. Während 1963 in der Stadt Genf etwa 2% der Kinder im Alter von 0 bis 4 Jahren in Kindertagesstätten betreut wurden, sind es derzeit 39% [8.15]. Der pädagogische Aspekt von Einrichtungen zur Kinderbetreuung wird unter dem Aspekt der «Qualität» betrachtet [8.13, 8.16, 8.17]. Berichte von internationalen Organisationen verdeutlichen, dass die Qualität der ausserfamiliären Betreuung von Kleinkindern einen entscheidenden Einfluss auf die Möglichkeiten und Chancen hat, die ihnen geboten werden und die zur Förderung ihrer psychologischen Entwicklung (sensomotorisch, kognitiv, sprachlich, emotional und sozial) beitragen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die frühe Kindheit weithin als eine Phase anerkannt wird, in der entscheidende Impulse für die sensomotorische, kognitive, sprachliche, emotionale und soziale Entwicklung eines Kleinkindes gegeben werden können [8.18]. Darüber hinaus können auch die Eigenschaften der verschiedenen ausserfamiliären Betreuungseinrichtungen wesentlich zur psychischen Entwicklung von Kindern beitragen.

Die obligatorische Schule spielt ebenfalls eine wichtige Rolle für die psychische Gesundheit der Kinder, da diese, unabhängig von ihrem sozialen Hintergrund, einen Grossteil ihrer Zeit dort verbringen.

Die meisten sozialen Kontakte von Kindern mit Gleichaltrigen finden in der Schule statt, wobei das Klima in der Klasse von Kindern im Alter von 11 bis 15 Jahren als zufriedenstellend und positiv bewertet wird [8.19]. Zusätzlich zu den Eltern können Lehrpersonen für 70% der Kinder im Alter von 11 bis 13 Jahren zu wichtigen Vertrauens- und Unterstützungspersonen werden [8.19]. Diese Studie präsentiert nur Ergebnisse nach Altersgruppen, ohne sie für jedes Alter zu spezifizieren.

Schliesslich spielt das sozioökonomische Umfeld des Kindes eine bedeutende Rolle für seine psychische Gesundheit, insbesondere der sozioökonomische Status der Eltern, der anhand des Bildungsniveaus, des Berufs und des Einkommens gemessen wird. Insgesamt weisen Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status tendenziell eine schlechtere psychische Gesundheit auf und haben ein höheres Risiko, eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Soziale Ungleichheiten stehen auch in starker Wechselwirkung mit den Merkmalen des Lebensumfelds einer Person. Piketty [8.20] zeigt auf, dass die Verteilung des Wohlstands weltweit immer ungerechter wird. In der Schweiz lebten 2014 etwa 5% der Kinder in Familien, die vom Armutrisiko betroffen sind; bei Alleinerziehenden steigt diese Quote auf 15%. Weitere Risikofaktoren für Kinderarmut in der Schweiz sind grosse Familien (drei oder mehr Kinder), Migrationshintergrund, Eltern ohne nachobligatorische Ausbildung oder ohne Erwerbstätigkeit [8.21].

8.3 Wie kann die psychische Gesundheit von Kindern gefördert oder gestärkt werden?

Der Zustand der psychischen Gesundheit von Kindern während ihrer Entwicklung hängt von ihrer Fähigkeit ab, interne (eigene) und externe (Familie, Fachkräfte usw.) Ressourcen zu mobilisieren. Die Kindheit ist eine relevante Zeit, um ein gesundheitsförderndes Verhalten anzunehmen. Die Entwicklung oder Stärkung dieser Ressourcen ist daher auf mehreren Ebenen unerlässlich: Kinder, Eltern und Fachkräfte. Es gibt viele (durch Forschung validierte) Dimensionen, an denen angesetzt werden kann, um diese Ressourcen und damit die psychische Gesundheit von Kindern zu fördern und zu stärken. Stellt man diese Dimensionen sowohl aus wissenschaftli-

chen als auch aus pädagogischen Gründen analytisch dar, wird deutlich, dass sie zusammenwirken und systemisch zu denken sind (Abbildung 8.1).

8.3.1 Interne Ressourcen

A Emotionale Kompetenzen entwickeln

Emotionale Kompetenz wird häufig definiert als die Art und Weise, wie Menschen in der Lage sind, Emotionen zu erkennen, zu verstehen oder zu regulieren [8.22].

- 1) Die Fähigkeit, emotionale Gesichtsausdrücke (Freude, Überraschung, Angst, Wut, Abneigung, Traurigkeit) bewusst zu erkennen, entwickelt sich im ersten Lebensjahr [8.23]. Bereits im Alter von 2 Jahren ist das Kind zu einer ersten verbalen Kategorisierung bestimmter grundlegender Emotionen in der Lage. Danach entwickeln sich diese Kategorisierungen weiter und das Kind ist in der Lage, eine wachsende Anzahl von Emotionen immer genauer zu kategorisieren.
- 2) Das Verständnis des emotionsbezogenen Wortschatzes, situativer, physiologischer und psychischer Hinweise, anhand derer man eine Emotion erkennen kann, und der Situationen, die Emotionen hervorrufen können, verbessert sich mit zunehmendem Alter allmählich [8.24]. Ab dem Alter von 2 Jahren beginnt das Kind, die Einflüsse äusserer Ursachen und bestimmter Erinnerungen an äussere Ereignisse auf die Emotionen zu verstehen. Ab dem Alter von 5 Jahren beginnt es, zwischen scheinbaren und tatsächlichen Gefühlen zu unterscheiden. Ab dem Alter von 8 bis 9 Jahren versteht das Kind, wie sich moralische Regeln auf bestimmte Emotionen auswirken, beispielsweise sich für eine moralisch verwerfliche Handlung schuldig zu fühlen.
- 3) Durch die Fähigkeit, Emotionen zu regulieren, kann eine Person die Art ihrer Emotion, ihre Intensität, ihre Dauer oder ihre expressive Komponente verändern [8.25]. Im ersten Lebensjahr verfügen Säuglinge nur über bestimmte Mechanismen wie taktile Stimulation oder Blickabwendung, um negative Gefühlszustände zu vermindern. Bei der Regulierung ihrer Emotionen sind sie weitgehend auf Erwachsene angewiesen. Im Alter von 3 bis 6 Jahren entwickeln Kleinkinder die Fähigkeit, Emotionen zu erzeugen und

ihren Gesichtsausdruck unter bestimmten Umständen zu verbergen oder zu reduzieren. Sie entwickeln in dieser Vorschulzeit auch ihr sprachliches Repertoire und erlangen die Fähigkeit, über ihre Gefühle nachzudenken und zu sprechen. Während der Schulzeit spielt die Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten und der Aufmerksamkeitskontrolle eine wichtige Rolle bei der Entwicklung der Regulationsfähigkeit. Mit zunehmendem Alter nehmen die Kinder die Zusammenhänge zwischen ihren Regulierungsbemühungen und der Emotionsregulation wahr. In der Präadoleszenz sind sie dann in der Lage, sehr spezifische Regulationsstrategien wie Problemlösung, Suche nach Unterstützung, Ablenkung oder Neueinschätzung einzusetzen [8.26].

Emotionale Kompetenzen sind wirksame, funktionale Ressourcen, mit denen man sich an die Umgebung anpassen kann [8.22, 8.27]. So werden hohe emotionale Kompetenzen mit weniger psychischen Gesundheitsproblemen und weniger somatischen Beschwerden in Verbindung gebracht; sie sind positiv mit prosozialem Verhalten und negativ mit antisozialem Verhalten assoziiert. Schliesslich weisen Kinder mit hohen emotionalen Kompetenzen bessere Schulleistungen auf [8.28].

Emotionale Kompetenzen sind für die psychologische Entwicklung eines Kindes von entscheidender Bedeutung und sollten in der Schule von den ersten Jahren an explizit erlernt und gelehrt werden [8.29–8.32]. Von den emotionalen Kompetenzen trägt das **«Wissen über Emotionen»** wesentlich zum zukünftigen Erfolg in der Schule und zur adäquaten sozialen Interaktion bei. Bei jüngeren Schülerinnen und Schülern wird das «Wissen über Emotionen» im Allgemeinen als die Fähigkeit definiert, Emotionen zu erkennen, emotionale Gesichtsausdrücke zu benennen und Situationen zu identifizieren, die Emotionen hervorrufen. In einer Längsschnittstudie wurde festgestellt, dass dieses im Alter von 5 Jahren gemessene Wissen über Emotionen die sozialen und schulischen Kompetenzen im Alter von 9 Jahren voraussagte [8.33]. Darüber hinaus kann die **bewegungsmotorische Aktivität**, insbesondere im Kontext des Spielens (siehe unten und [Kapitel 9](#)), auch die Entwicklung der Fähigkeit zum Verständnis von Emotionen, das Sozialverhalten und damit auch die

schulischen Leistungen beeinflussen. Neben den Auswirkungen auf die kognitiven Fähigkeiten und die schulischen Leistungen [8.34] scheint die bewegungsmotorische Aktivität auch die Emotionsregulation bei Kleinkindern zu fördern [8.35]. Neuere Ergebnisse von Kindern im Alter von 3 bis 6 Jahren zeigen, dass hohe Punktzahlen bei Tests, die das Wissen über Emotionen, bewegungsmotorische Aktivitäten und das Sozialverhalten bewerten, mit besseren mathematischen Leistungen korrelieren [8.36].

Angesichts der Bedeutung emotionaler Kompetenzen für die kindliche Entwicklung wurde in mehreren Studien versucht, Programme zum Training emotionaler Kompetenzen zu entwickeln, um die Entwicklung dieser Kompetenzen bei Kindern zu unterstützen [8.37–8.39].

Die Erziehung oder das Unterrichten bringt die **Emotionen der Fachpersonen** (Erziehende, Lehrpersonen), das Verständnis der Emotionen der Lernenden in den Beziehungen, die sie aufbauen, und den Unterricht als Gegenstand des Lernens von Emotionen ins Spiel. Bevor die Lehrkraft jedoch die emotionalen Kompetenzen der Schülerinnen und Schüler wirksam entwickeln kann, muss sie selbst ihre eigenen Kompetenzen in diesem Bereich entwickeln können, insbesondere um den Emotionen Raum zu geben, zu verhindern, dass sie das Lernen stören, um mit Empathie auf die Emotionen zu hören oder um jede Gefühlsansteckung kontrollieren zu können. Lehrpersonen mit höheren sozio-emotionalen Kompetenzen legen eine effektivere Klassenführung an den Tag und setzen emotionale Ausdrucksformen sowie verbale Unterstützung geschickter ein, um die Freude am Lernen zu fördern und das Verhalten der Schülerinnen und Schüler zu steuern. Ganz allgemein könnte die Einführung der Lehrpersonen in sozio-emotionale Kompetenzen die Entwicklung der emotionalen Fähigkeiten von Kindern fördern und die Unterrichtspraxis der Lehrpersonen verbessern [8.29] (siehe auch [Info-Drehscheibe](#)).

B Den Stellenwert der verschiedenen Spielformen stärken

In den letzten Jahrzehnten haben sich die soziokulturellen Lebensbedingungen von Kindern erheblich verändert, wobei vor allem die Zeit, die dem Spielen eingeräumt wird, allmählich abnimmt [8.40]. Der frühe Kontakt mit neuen Informationstechnologien,

der Rückgang der Interaktionen zwischen Kindern unterschiedlichen Alters (was die natürliche Übertragung von Spielaktivitäten von einer Kindergeneration auf die nächste erschwert), die geringere Beteiligung von Erwachsenen an der Kindererziehung und die Zunahme der Zeit, die nach der Schule mit strukturierteren Aktivitäten statt mit freiem Spiel im Freien verbracht wird, sind ebenfalls Erklärungsfaktoren für den Rückgang der Zeit, die dem Spiel eingeräumt wird. Diese Entwicklung wird insbesondere von Wittgenstein für die Zeit der frühen Kindheit in [Kapitel 9](#) dieses Berichts hervorgehoben. Spielen nimmt jedoch einen wichtigen Platz im Leben eines Kleinkindes ein. Diese Art von Aktivität ermöglicht es dem Kind, der Welt um sich herum einen Sinn zu geben und Wissen zu schaffen. Für Wittgenstein unterstützt das Spiel die psychische Gesundheit. Beim Spielen kann das Kind sein Wissen und das, was passiert, steuern [8.40]. Insbesondere auf der Gefühlsebene zeigen Kinder im Alter von 3 bis 5 Jahren ein erhöhtes emotionales Wohlbefinden, wenn sie eine Tätigkeit als Spiel wahrnehmen [8.41]. Die Forschung zeigt einen insgesamt erheblichen Effekt des Spielens auf die kognitive, sprachliche und soziale Entwicklung von Kindern [8.42]. So verbessert das Spielen die Fortschritte in der frühen Entwicklung, weil dadurch Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der schulischen Anpassung, Sprachproblemen oder sozio-emotionalen Schwierigkeiten verringert werden.

Es gibt verschiedene Spielformen mit unterschiedlichen Funktionen, die gesunde Kinder im Laufe der Entwicklung «spontan» einsetzen:

Das **Funktionsspiel** (auf Gegenstände klopfen, sie bewegen, sie fallen lassen, Bewegungen und Geräusche wiederholen usw.) kennzeichnet die präverbale Entwicklungsphase in den ersten beiden Lebensjahren. Dadurch kann das Kind seine Umgebung erkunden und mit Bewegungen experimentieren, wodurch die Entdeckung des eigenen Körpers gefördert wird. Wenn das Spiel mit einer erwachsenen Person durchgeführt wird, lernt das Kind ausserdem, mit dieser zu interagieren, oft auf kooperative Weise.

Die **bewegungsmotorischen Spiele** (Laufen, Fangen, Springen, Klettern, Jagen, Schubsen, Kämpfen usw.), deren Anzahl vom ersten bis zum fünften Lebensjahr allmählich zunimmt, wobei der Höhepunkt im Alter von 4 bis 5 Jahren erreicht wird (insbesondere bei den körperlichen Spielen), können in Gruppen (mit den Eltern oder Gleichaltrigen) oder

allein gespielt werden. Bewegungsmotorische Spiele bieten eine Reihe psychologischer Vorteile, insbesondere das «Kämpfen», für die emotionale Expressivität und die Emotionsregulierung bei Kindern im Vorschulalter.

Beim **Stapeln und Bauen** (häufig bei Kindern im Alter von 3 bis 6 Jahren) geht es um die Verwendung von Material, um ein Objekt zu bauen oder zu gestalten, wie beispielsweise beim Spielen mit Klötzen, Bausteinen, Knetmasse usw. Diese Form des Spiels fördert auch die sensomotorische Entwicklung. Wenn mit mehreren Personen gespielt wird, werden zusätzlich prosoziale Fähigkeiten gefördert.

Das **spielerische Nachahmen**, das neben dem Stapeln und Bauen existiert, bezieht sich in der Regel auf ein simuliertes, nicht wörtliches Verhalten, bei dem das Kind «so tut, als ob». Durch diese Form des Spiels erhalten Handlungen (die Gesten einer Person, die Tee trinkt, nachahmen), Gegenstände (ein Stück Papier wird zur Eintrittskarte für ein Museum) und Verbalisierungen («Ding-Dong» stellt den Klang einer Glocke dar) bildliche Bedeutungen. Das spielerische Nachahmen kann auch eine weiterentwickelte Form annehmen, wenn darin das Rollenspiel und mehrere Teilnehmende involviert sind. Rollenspiele tragen zur Entwicklung der Selbstregulierung bei, erleichtern die Dezentrierung und fördern die Entwicklung kognitiver Funktionen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Planung, geistige Flexibilität). Sie stellen auch einen privilegierten Kontext dar, der es dem Kind ermöglicht, in einem sicheren Rahmen mit komplexen Emotionen sowie sozialen Situationen zu experimentieren, ohne die Konsequenzen der realen Welt erleiden zu müssen. Es werden zahlreiche positive Auswirkungen des spielerischen Nachahmens auf die Entwicklung von Kleinkindern beobachtet, insbesondere auf ihre Fähigkeiten, ihre Emotionen zu regulieren [8.43]. Wenn man das spielerische Nachahmen regelmässig mit einer erfahrenen Spielpartnerin bzw. einem erfahrenen Spielpartner (z. B. einem Elternteil) durchführt, fördert dies insbesondere das Empathievermögen und das emotionale Selbstbewusstsein in den alltäglichen Interaktionen (siehe Beispiel in der folgenden [Box](#)). Die letzte Kategorie ist das **regelbasierte Spielen**. Regeln stellen Symbole dar, die aus sozialen Konventionen hervorgegangen sind. Die Regeln in dieser Art von Spiel werden nicht vom Kind aufgestellt und an seine Spielentwicklung angepasst, wie dies beim spielerischen Nachahmen der Fall ist. Im regel-



basierten Spiel muss das Kind vorgegebene Regeln akzeptieren und sich an diese halten, und es lernt auch, dass Regeln für das Funktionieren der Gesellschaft notwendig sind.

Erwachsene spielen eine wesentliche Rolle dabei, den Stellenwert der verschiedenen Spielformen zu stärken. Erwachsene können auf vier verschiedene Arten in das Spiel eingreifen [8.44, 8.45].

- Die erste Möglichkeit ist «machen lassen»: Die erwachsene Person lässt das Kind etwas tun, steuert die Aktivität, gibt Regeln und Anweisungen vor und ist Schiedsrichter des Spiels.
- Die zweite Interventionsart ist «mitmachen»: Die erwachsene Person spielt mit dem Kind und hat den gleichen Status im Spiel.
- Die dritte Art ist «etwas zum Spielen geben»: Die erwachsene Person zieht sich während des Spiels zurück, nachdem sie alle erforderlichen Materialien bereitgestellt hat. Sie bereitet Spielgruppen und Spielbereiche vor, aber danach steuert sie die Aktivität nicht mehr. Das Kind spielt allein und kommt zurecht.
- Die vierte Art ist «erlauben»: Die erwachsene Person greift nicht ein, ausser um die Sicherheit des Kindes zu gewährleisten.

Die gemeinsame Anwendung dieser vier Interventionen durch Erwachsene ist wesentlich. Die wesentlichen Unterschiede zwischen Erwachsenen liegen in der jeweiligen Dosierung. Diese Dosierung stellt den «Marker» für den Erziehungsstil der Erwachsenen und die Vorstellungen über das sich entwickelnde Kind und seine Fähigkeiten dar. Je nach Alter des Kindes, seiner Entwicklung und dem Kontext ändert sich die Dosierung jeder Interventionskategorie und entwickelt sich mit der Zeit und der Erfahrung der erwachsenen Person weiter.

Beispiel für Interventionsforschung zur Entwicklung sozio-emotionaler Kompetenzen bei 5- bis 6-jährigen Lernenden im schulischen Kontext im Kanton Wallis

Die Auswirkungen eines auf dem spielerischen Nachahmen basierenden Schulungsprogramms zur Förderung der Entwicklung sozio-emotionaler Kompetenzen an Schulen im Kanton Wallis wurden evaluiert [8.46, 8.47]. Das in den Klassen durchgeführte Programm umfasst Sitzungen des spielerischen Nachahmens in Verbindung mit systematisierten Lehr-/Lernphasen mit dem Lernkollektiv rund um spezifisch abgegrenzte sozio-emotionale Kompetenzen. Die Lehrpersonen des Teams, die das Programm umsetzten, wurden rund 20 Stunden lang geschult. Das Programm bestand aus elf Sitzungen von etwa 60 Minuten Dauer, die einmal pro Woche in einer Klasse (Versuchsbedingung) stattfanden, während eine andere Gruppe von Lernenden (Kontrollbedingung) ihren normalen Schulunterricht fortsetzte, der ebenfalls das spielerische Nachahmen von etwas beinhaltete, aber nicht speziell von der Intervention in der Klasse profitierte. Das Programm wurde in drei Schritten ausgewertet:

- 1) Bewertung der Machbarkeit mit einer kleinen Stichprobe [8.46];
- 2) Auswertung der Auswirkungen mit 79 Harmon-Lernenden der zweiten Klasse [8.47];
- 3) Evaluation der Wirkung mit 180 Lernenden und des Umsetzungsgrades im Unterricht [8.48].

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass es möglich ist, Lehrpersonen durch die Implementierung eines validierten Programms in effektiver Weise mit dem Ansatz des spielerischen Nachahmens zu schulen. Die Lehrpersonen in der geschulten Gruppe verbesserten ihre Fähigkeit, Emotionen nach der Intervention zu verstehen, deutlicher als diejenigen, die das Programm nicht absolvierten [8.49].

C Achtsamkeitsbasierte Interventionen (ABI) einsetzen

Seit etwa 15 Jahren wird in Studien untersucht, wie sich achtsamkeitsbasierte Interventionen auf die physische und psychologische Gesundheit, das Wohlbefinden oder auch auf die kognitiven, sozialen oder emotionalen Kompetenzen von Kindern auswirken. Achtsamkeit wird als ein Bewusstseinszustand definiert, der sich daraus ergibt, dass man seine Aufmerksamkeit auf die bewusste Wahrnehmung der gegenwärtigen Erfahrung richtet, wobei eine innere Haltung der Nicht-Bewertung eingenommen wird [8.50]. Die Forschungsgemeinschaft passte die ursprünglich für Erwachsene entwickelten Programme wie die achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (Mindfulness Based Stress Reduction, MBSR) [8.50] und die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (Mindfulness Based Cognitive Therapy, MBCT) an, damit sie auch für Kinder angeboten werden können. Das Programm der Interventionen und die Übungen werden an den psychologischen Entwicklungsstand des Kindes angepasst. In jüngerer Zeit hat sich dieses Interesse auf den Bereich der Schule ausgeweitet, und Studien versuchen, achtsamkeitsbasierte Interventionen für den schulischen Kontext zu entwickeln und in diesen einzubeziehen. Daher wurden mehrere Programme entwickelt und an Schulen implementiert, sowohl in verschiedenen europäischen Ländern (z. B. «Mind-up», «Calme et attentif comme une grenouille») als auch in der Schweiz (z. B. [«MoMento Schulprogramm»](#)). Die Ergebnisse zeigen, dass der Einsatz achtsamkeitsbasierter Interventionen in der Schule relevant für die Prävention verschiedener psychologischer Probleme bei Kindern zu sein scheint, darunter Depressionen und Angstzustände [8.51]. Die meisten Programme zeigen eine positive Wirkung dieser Interventionen auf Angst- und Depressionssymptome bei Schülerinnen und Schülern, aber auch auf die Verringerung von externalisierten Verhaltensweisen wie Aggressionen und eine Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens.

D Selbstwirksamkeit fördern

Selbstwirksamkeit bezieht sich auf die subjektive Überzeugung, dass man gewünschte Handlungen anhand der eigenen Fähigkeiten effektiv ausführen kann [8.52]. Die Selbstwirksamkeit hat einen Einfluss auf die psychische Gesundheit [8.53], denn sie

erfüllt ein wesentliches psychisches Grundbedürfnis – das Kompetenzbedürfnis –, das der selbstbestimmten Motivation zugrunde liegt. Schon in der frühen Kindheit lassen sich vier Faktoren identifizieren, auf denen die Selbstwirksamkeit aufbaut [8.54]. Die Selbstwirksamkeit kann durch diese vier Faktoren (in absteigender Reihenfolge) gesteigert werden:

- **Faktor 1: Eigene Erfahrung (direkte Erfahrung).** Sobald das Kind die persönliche Erfahrung gemacht hat, ein Problem selbst lösen oder eine Herausforderung bewältigen zu können, wird es sich für fähig halten, sich neuen Aufgaben und neuen Herausforderungen zu stellen, die immer komplexer werden.
- **Faktor 2: Beobachtung (stellvertretende Erfahrung).** Zur Einschätzung seiner Fähigkeiten zieht das Kind auch Schlussfolgerungen aus der Beobachtung von Handlungen anderer Personen in einer vergleichbaren Situation [8.55].
- **Faktor 3: Ermutigung und Zuspruch durch andere (symbolische Erfahrung).** Auch die Ermutigung durch andere stärkt das Vertrauen des Kindes in seine Fähigkeiten, insbesondere wenn sie von ihm als glaubhaft eingeschätzt werden.
- **Faktor 4: Körperliche und emotionale Empfindungen.** Die in einer Situation entstehenden Emotionen beeinflussen die Selbstwirksamkeit des Kindes. Sind sie positiv, fördern sie die Selbstwirksamkeit. Sind sie negativ, können sie Verhaltensweisen hemmen und beim Kind das Gefühl entwickeln, dass es die Aufgabe nicht bewältigen kann.



Weiterführende Informationen zum Thema Selbstwirksamkeit

Gesundheitsförderung Schweiz [8.56] gibt Empfehlungen für die Praxis und nennt Projektbeispiele aus der Schweiz, die zeigen, wie Kinder in ihrer [Selbstwirksamkeitserwartung](#) unterstützt werden können.

Publikationen von Gesundheitsförderung Schweiz zum Thema Selbstwirksamkeit:

- Video [Einführung Selbstwirksamkeit](#)
- Video [Förderung der Selbstwirksamkeit bei Kindern](#)
- Broschüre [Selbstwirksamkeit](#)

8.3.2 Externe Ressourcen

A Elternkompetenzen fördern

Das Elternwerden löst bei Müttern und Vätern einen regelrechten psychologischen Umbruch aus. Elternschaft, das heisst die Fähigkeit eines Elternteils, für ein Kind zu sorgen, birgt viele Herausforderungen [8.12]. Daher ist es wichtig, dass Eltern Selbstvertrauen haben und sich in der Lage fühlen, ihre Rolle sowohl im Alltag, bei der Erfüllung gemeinsamer Aufgaben, als auch in der Interaktion mit dem Kleinkind mit allen emotionalen Korrelaten wahrzunehmen: es stimulieren, es anlächeln, die Freude am gemeinsamen Spiel teilen, es trösten, wenn es traurig ist, auf seine Bitten eingehen, ihm Lebensregeln vermitteln und Grenzen setzen. Ein aufgeklärter Umgang mit der psychologischen Entwicklung des Kindes kann Eltern daher helfen, schwierige Momente besser zu verstehen und zu überwinden. Es ist von entscheidender Bedeutung, Eltern und deren Umfeld dabei zu helfen, ihre Elternschaft zu erkunden und auszuüben. Es gibt viele Initiativen in der Schweiz (siehe vollständige Liste in Kapitel 9 des [Obsan-Berichts](#), 2020) und in Europa. [In Frankreich](#) wurden 2021 insgesamt 200 Projekte gestartet, die zur Unterstützung der Erziehungskompetenz beitragen.

Es sind verschiedene Ebenen des Engagements zur Förderung der elterlichen Fähigkeiten zu unterscheiden: Information, Online-Bildung, Präsenzschi- lung, persönliche Vorbereitung und Betreuung.

Informieren/Verbreiten. Es ist wichtig, den Eltern den Stand des Wissens über alle möglichen Medien (Bücher, Broschüren, Dokumentarfilme, soziale Netzwerke usw.) zur Verfügung zu stellen. Dieses Wissen trägt zur Entwicklung der Vorstellungen und Konzepte bei, die Erwachsene – einerseits natürlich die Eltern, aber auch alle anderen, die das Kind betreu- en – von Kindern und ihren Fähigkeiten haben. Angesichts der riesigen Menge an verfügbaren Informationen stellt sich für Eltern die Frage, auf welche sie sich verlassen sollen. Es gibt mehrere Quellen für zuverlässige Informationen, die von Fachpersonen erarbeitet wurden. In der Schweiz ist zum Beispiel das Projekt [Miapas](#) zu nennen, das von Gesundheitsförderung Schweiz lanciert und über die Berufsverbände verbreitet wurde. Es umfasst Empfehlungen insbesondere zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kleinkindern. Auch die [Elternbriefe](#) von Pro Juventute wurden eingeführt.

In Frankreich gibt es seit 2021 eine nationale inter- aktive [Plattform für Eltern](#).

Online-Schulung mit einem MOOC («Massive Open Online Course»). Es handelt sich um kostenlose und frei zugängliche Kurse auf Hochschulniveau. Das angebotene Wissen ist wissenschaftlich fundiert. Die interaktive Online-Schulung steht allen ohne Vorbedingungen offen, ist zeitlich gestaffelt und besteht aus kurzen Videos, Multiple-Choice-Fragen zur Überprüfung der Kenntnisse, praktischen Übungen und gemeinsamen Arbeiten. Bisher gibt es kei- nen MOOC speziell für Eltern zum Thema psychi- sche Gesundheit der Kinder und Elternkompetenzen. Allerdings wird seit September 2019 ein MOOC zum Thema «Psychologische Entwicklung des Kindes» von der Universität Genf angeboten [8.57]. Dieser (auf Französisch abgehaltene) [Kurs](#) behandelt wich- tige Entwicklungsfragen wie emotionale Sicherheit, Selbstbewusstsein und Selbstkontrolle, emotionale Kompetenz, Spiel, Kreativität, Einfühlungsvermögen, moralische Kompetenz und schliesslich Elternschaft. Angesichts der Zahl der Anmeldungen (mehr als 22000 seit zwei Jahren) und der Merkmale der Teil- nehmenden (etwa 50 % sind zwischen 25 und 34 Jah- re alt und etwa 63 % sind keine Studierenden) erfüllt er offensichtlich Bedürfnisse und Erwartungen der Eltern, denn er fördert ihre Erziehungskompetenzen.

Präsenzschi- lungen in der Schweiz. Es gibt auch Präsenzschi- lungen von [Elternbildung CH](#), dem Schweizer Dachverband für Elternbildung, der sich um die Anliegen der Elternbildung kümmert und deren inhaltliche und qualitative Weiterentwicklung fördert.

Vorbereiten und unterstützen. Die Schaffung und Einführung einer Vorbereitung auf die frühe Kind- heit und die Elternschaft entspräche den Empfeh- lungen der WHO [8.58], wonach über die vorgebur- tlichen Vorbereitungssitzungen hinaus auch eine postnatale Betreuung angeboten werden sollte. So wäre es sehr nützlich, die jungen Eltern – wie auch die «Tagesmütter» und Grosseltern [8.59] – darin zu unterstützen, bestimmte psychologische Dimensi- onen anzusprechen, welche die psychische Gesund- heit fördern. Inhaltlich können dies zum Beispiel die positiven Auswirkungen des Spiels sein, die schädlichen Auswirkungen von körperlicher Be- strafung [8.60] oder auch Fragen rund um die Bildschirnmutzung [8.61, 8.62]. Dazu gibt es in der Schweiz mehrere Initiativen, wie [www.jugendund- medien.ch](#) oder [www.actioninnocence.org](#).



Weiterführende Informationen für Eltern

- Infoblatt [So wird mein Kind seelisch stark!](#)
- Infoblatt [Bleiben Sie als Vater und Mutter seelisch stark!](#)



Weiterführende Informationen für Eltern

- Lerngelegenheiten für Kinder bis 4 ([Kurzvideos](#))
- [Extrabriefe](#) an Eltern von Pro Juventute zu verschiedenen Themen, z. B. Trotzalter, Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- [Wie kann ich die seelische Gesundheit meines Kindes stärken?](#) Für Eltern von Kindern im Alter von 6 bis 12 Jahren!
- [Elternbriefe](#) 4./5./6. Jahr
- [Extrabriefe](#) zu verschiedenen Themen, etwa Teenager, Geld und Konsum, Druck und Stress
- [Kampagne psychische Gesundheit](#)

Institutionen für Elternfragen

- www.projuventute.ch
- www.kinderschutz.ch
- www.elternbildung.ch

In der Schweiz richtet sich das Projekt «Zeppelin 0–3» der Universität Zürich an Familien, die sich bei der Geburt eines Kindes in Schwierigkeiten befinden (auch Familien mit Migrationshintergrund). Speziell ausgebildete Eltern-Kind-Beratende wenden mit diesen Familien das Programm «Parents as Teachers PAT – Mit Eltern Lernen» zur Elternbildung an. Die Familien werden über ein interdisziplinäres Netzwerk (Kinderärztinnen und -ärzte, Eltern-Kind-Beratung, Entbindungsstationen usw.) identifiziert und von PAT-Trainerinnen und -Trainern zuhause betreut. Diese analysieren mithilfe der Familienmitglieder den Alltag der Familie und suchen gemeinsam nach Lösungen für die auftretenden Probleme. Sie helfen den Eltern auch dabei, die ihnen zur Verfügung stehenden Unterstützungsangebote zu nutzen, indem sie sie beispielsweise zu den entsprechenden Stellen begleiten. Die Ergebnisse zeigen unter anderem, dass die Kinder der Interventionsgruppe im Vergleich zu den Kindern der Kontroll-

gruppe einen umfangreicheren Wortschatz und eine bessere Selbstkontrolle aufweisen. Auch bei den Eltern wurden positive Effekte beobachtet, wie beispielsweise ein häufigerer Besuch von Ludotheken oder Bibliotheken [8.63]. Dieses Programm wird auch im Tessin angeboten («PAT – Imparo con i genitori»). Aus einer ähnlichen Präventionsperspektive gibt es andere Programme, die in verschiedenen Kantonen entwickelt wurden, wie das Programm [«schritt:weise»](#).



Orientierungsliste von Gesundheitsförderung Schweiz

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

Auf internationaler Ebene existieren Forschungsarbeiten, welche die Ergebnisse der Elternbildung bewerten. Ziel der untersuchten Programme zur Elternbildung ist es, das Auftreten und die Aufrechterhaltung von Verhaltensstörungen bei Kleinkindern zu verhindern und die Eltern-Kind-Beziehung zu fördern. Es ist nicht ungewöhnlich, dass einige Kleinkinder Verhaltensweisen wie Unruhe, Impulsivität, Aggressivität, Ungehorsam oder Widerstand zeigen [8.64]; das gehört zur typischen Entwicklung eines Kindes. Die Entwicklung kognitiver (wie Sprache), gefühlsbezogener (wie Emotionsregulation) und sozialer Funktionen (wie Erfahrungen in der sozialen Interaktion mit Gleichaltrigen) sowie die elterlichen Erziehungspraktiken spielen eine zentrale Rolle bei der Regulierung und Verringerung dieser Verhaltensstörungen bei Kleinkindern. Kinder, die bis zum Schuleintritt nicht gelernt haben, diese Verhaltensweisen zu regulieren, geraten in einen Teufelskreis negativer Interaktionen, in dem die Ablehnung durch Gleichaltrige zu einer Zunahme aggressiven Verhaltens führt. Diese Auffälligkeiten bleiben tendenziell über die Zeit bestehen, wenn sie nicht behandelt werden, und sind der Faktor, der antisoziales Verhalten in der Adoleszenz am besten voraussagt [8.65]. Diese Verhaltensweisen (siehe [Tabelle 8.1](#))

werden als problematisch angesehen, wenn sie häufig und intensiv auftreten und die Entwicklung und Anpassung des Kindes in seinen verschiedenen Lebensbereichen behindern [8.66]. Die Faktoren, auf welche diese Störungen zurückzuführen sind, sind vielfältig und komplex. Dazu gehören solche, die sich darauf beziehen, wie die Eltern auf die Bedürfnisse des Kindes entsprechend seiner psychischen Entwicklung reagieren [8.66].

Nur vier Programme wurden mithilfe einer experimentellen Methode ausgewertet (Evidence-Based Intervention): «Helping the Noncompliant Child» (HNC) [8.67], «Parent-Child Interaction Therapy» (PCIT) [8.68], «The Incredible Years: Early Childhood BASIC Parent Training Program» (BASIC) [8.69] und «Triple P-Positive Parenting Program» (Triple P) [8.70]. Die Elternbildungsmaßnahmen (PEHP) scheinen wirksame Interventionen für die Betreuung dieser Kleinkinder zu sein [8.71]. Ausserdem weisen sie signifikante präventive Auswirkungen auf das Auftreten späterer problematischer Verhaltensweisen auf. Elternbildungsprogramme haben Auswirkungen auf mehreren Ebenen. Sie helfen Eltern dabei, ihre Erziehungspraktiken im Umgang mit einem verhaltensauffälligen Kind anzupassen, die innerfamiliäre Kommunikation zu verbessern und aggressives Verhalten und Ungehorsam ihrer Kinder zu reduzieren. Sie verringern den elterlichen Stress, steigern das Gefühl der Elternkompetenz und verbessern die Eltern-Kind-Beziehung.

B Chancenungleichheiten abbauen

Wir haben bereits betont, dass das sozioökonomische Umfeld des Kindes, insbesondere der sozioökonomische Status seiner Eltern, eine bedeutende Rolle für seine psychische Gesundheit spielt. Die aktuelle Entwicklung der Einkommensungleichheiten hat Folgen für die Entwicklung der Kinder [8.73]. Tatsächlich gibt es zahlreiche internationale wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Epidemiologie, die Zusammenhänge zwischen dem Grad der Einkommensungleichheit in verschiedenen Ländern (z. B. gemessen an den Unterschieden zwischen den reichsten 20% und den ärmsten 20%) und anderen Indikatoren herstellen, die das Wohlergehen und die Zufriedenheit in unseren Gesellschaften messen (Ernährung, Gesundheit, Lebensstandard, Umwelt, Vertrauen in Menschen, Status der Frauen usw.). Unter diesen zahlreichen Indikatoren beziehen sich mehrere auf die psychologische Entwicklung von

Kindern. Die Daten zeigen Zusammenhänge zwischen dem Grad der Ungleichheit und der Gesundheit wie dem psychischen oder pädagogischen Wohlbefinden von Kindern [8.72]. Diese Ergebnisse gelten sowohl für Industrie- als auch für Entwicklungsländer. Die Verringerung der Ungleichheit ist ein Mittel zur Verbesserung der Qualität des sozialen Umfelds und damit der Lebensqualität von Kindern und im Besonderen ihrer psychischen Gesundheit [8.73].

In der Schweiz stellt ein aktueller Bericht [8.74] Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen vor, welche die Gleichstellung in der psychischen Gesundheit fördern können. Diese Massnahmen beziehen sich auf strukturelle und soziale Determinanten für Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status. Für die Zeit der frühen Kindheit sind Elternunterstützungsprogramme (Gruppensitzungen und/oder Hausbesuche) der wichtigste Ansatz, der positive Auswirkungen auf die pädagogischen Fähigkeiten der Eltern und damit auf das psychische Wohlbefinden von Kindern hat. Erfolgskriterien der Förderprogramme für sozial benachteiligte Eltern sind:

- 1) Beginn des Programms während der Schwangerschaft,
- 2) Anwerbung der Eltern und Durchführung der Massnahme in der Gemeinde,
- 3) Angebot des Programms bei Einschulung der Kinder,
- 4) Anpassung der Programminhalte an die Fortschritte der Zielgruppe,
- 5) frühzeitige Einbindung von Zielgruppenorganisationen in die Erstellung und Anpassung der Programme.

Im Kindesalter haben schulische Interventionen, die das Wissen über psychische Gesundheit erweitern, Meinungen über psychische Gesundheit ändern oder Verhaltensweisen ändern, zusätzlich zu den oben beschriebenen Dimensionen positive Auswirkungen. Diese Ansätze sind auch für Kinder mit niedrigem sozioökonomischem Status bzw. mit Migrationshintergrund erfolgreich. Folgende Erfolgskriterien haben sich bei schulischen Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit benachteiligter Kinder bewährt:

- 1) Realisation durch Peers,
- 2) Fokus auf interaktive Aktivitäten,
- 3) regelmässige Nachuntersuchungen,



- 4) Einbeziehung mehrerer Ebenen (Eltern, Lehrpersonen, Lernende),
- 5) Kombination mehrerer Themen.

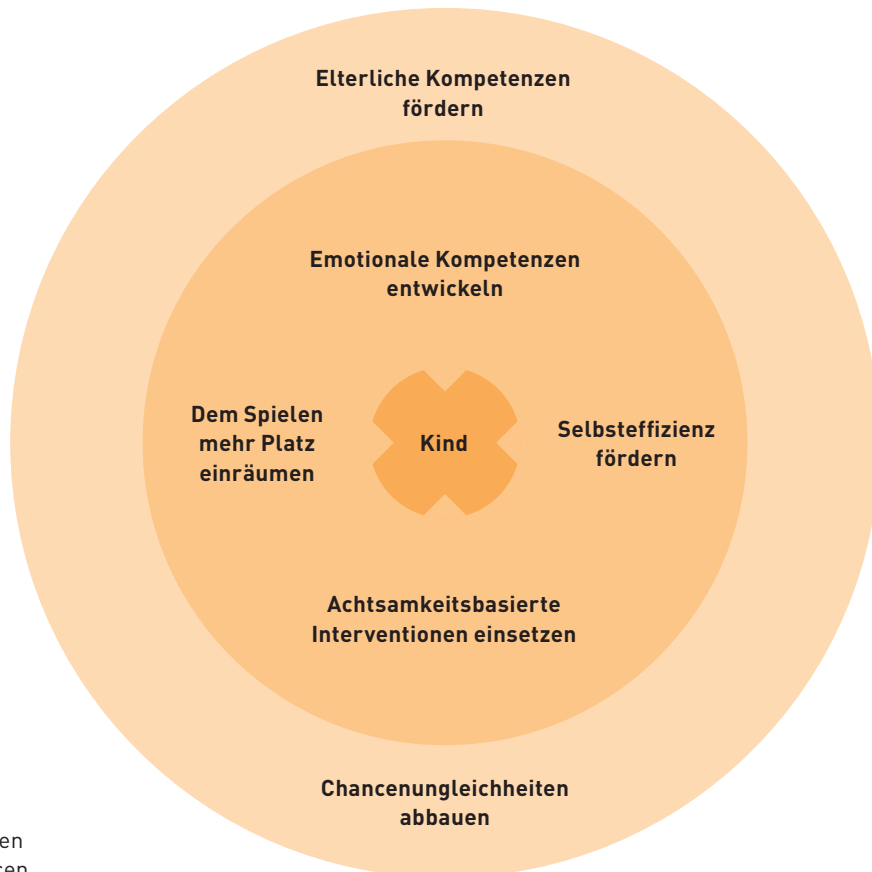
Besonders folgende Themen haben sich allein oder in Kombination bewährt: psychische Gesundheit, aggressives Verhalten, gesunde Ernährung und körperliche Aktivität.

Weiterführende Informationen zum Thema psychische Gesundheit

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

ABBILDUNG 8.1

Dimensionen (durch Forschungsarbeiten validiert), auf die zur Förderung und Stärkung interner (kindspezifischer) und externer Ressourcen (Eltern, Fachkräfte) und damit die psychische Gesundheit von Kindern eingewirkt werden kann



8.4 Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es schwierig ist, genaue, zuverlässige und repräsentative Daten über den psychischen Gesundheitszustand der in der Schweiz lebenden Kinder im Jahr 2020 auszumachen [8.3]. Zwar sind solche Daten nach wie vor sehr komplex und schwer zu erlangen, doch diese Themen verdienen es zweifellos, dass sich die Behörden damit beschäftigen. Die psychische Gesundheit von Kindern zu fördern, psychische Störungen oder Auffälligkeiten frühzeitig zu

erkennen und angemessen zu behandeln, ist nämlich nicht nur für die direkt betroffenen Kinder und ihre Eltern, sondern auch für die gesamte Gesellschaft kurz- und langfristig (siehe [jüngste lokale Initiative](#) in Genf) von entscheidender Bedeutung. Die in diesem Kapitel vorgestellten theoretischen und angewandten Forschungsergebnisse zeigen, dass es mehrere Dimensionen gibt, die miteinander interagieren und auf die man effektiv einwirken kann, um die internen und externen Ressourcen und damit die psychische Gesundheit von Kindern zu fördern und zu stärken.

9 Zusammenspiel von Bewegung, Ernährung und psychischer Gesundheit

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

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

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

9.1 Einführung

Von frühester Kindheit an sind Bewegung und Ernährung eng mit der Qualität der Betreuung verbunden. Sie tragen durch ihre physiologische und metabolische Rolle sowie durch die dadurch hervorgerufenen angenehmen Gefühle und die Beteiligung an Bindungsprozessen und emotionaler Kommunikation zur Entwicklung des Kindes bei [9.2]. Mit der körperlichen und psychischen Möglichkeit, sich an Hindernissen zu messen und eine Vielzahl von Geschmacksrichtungen und Konsistenzen zu entdecken, wird dessen psychische Gesundheit insbesondere durch die Entwicklung von Neugier, Aufmerksamkeit, Regulierungs- und Anpassungsfähigkeit oder Autonomie unterstützt, die auf guter Ernährung und einem fitten, gesunden Körper aufbauen.

9.2 Zusammenhang zwischen Ernährung, Bewegung und psychischer Gesundheit

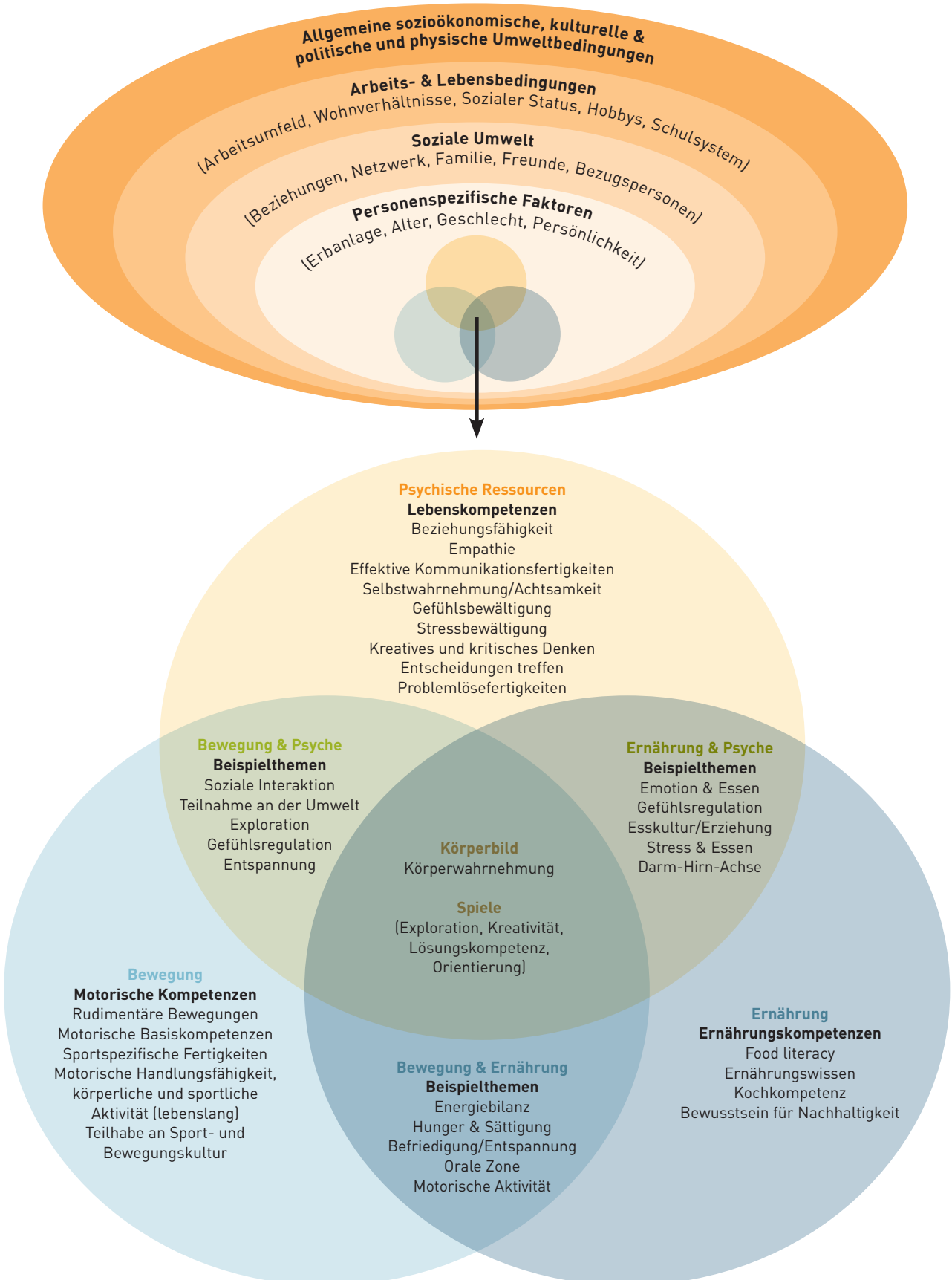
Auf wissenschaftlicher Ebene kann man die Themengebiete Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit verschiedenen Disziplinen zuordnen. Jede Fachrichtung betreibt intensiv Forschung, und auch Fachgesellschaften können sich auf ein Spezialgebiet konzentrieren. Doch die Praxis sieht anders aus, denn eine Isolation der einzelnen Themen ist in der praktischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen nicht sinnvoll. [Abbildung 9.1](#) zeigt, wie diese Themen zusammenhängen und in ein grösseres Gesundheitsverständnis einzubetten sind. Die Schnittmengen, die zwischen den drei Bereichen entstehen, sollen beispielhaft die Wechselwirkungen aufzeigen und das praktische Vorgehen in einem Projekt inspirieren. Im Zentrum der Schnittmengen bildet sich ein Kernthema, das alle Aspekte integriert und sowohl praktisch als auch theoretisch ein Anwendungsthema bietet.

9.2.1 Psychische Gesundheit und Bewegung

Die Auswirkungen körperlicher Aktivität auf das Wohlbefinden werden häufig im Hinblick auf die sportlichen Aktivitäten und insbesondere deren Intensität untersucht [9.3]. Bei Kindern sind Körper und Bewegung jedoch von Beginn an die wesentlichen Faktoren für die Entwicklung ihrer motorischen, emotionalen, sozialen und kognitiven Fähigkeiten [9.4]. Wenn also Säuglinge und Kleinkinder durch Bewegung Energie verbrauchen, ihr physiologisches System stärken, stark, beweglich und gestisch präzise werden und lernen, sich in Zeit und Raum zu orientieren, erfahren sie auch die Intimität des körperlichen Kontakts, die Gegenseitigkeit des Austauschs, Bindung und Offenheit für Entdeckungen sowie soziale Grenzen [9.5]. Die Eltern spielen dabei eine zentrale Rolle, denn sie ebnen dem Kind den Weg, seine motorischen Fähigkeiten zu erforschen, indem sie es ermutigen und ihm helfen, Freude an der Bewegung seines Körpers zu ent-

ABBILDUNG 9.1

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



decken, seine motorischen Fähigkeiten zu trainieren und ihm so die Erfahrung einer gewissen Handlungsfähigkeit sowie die psychische Integration seiner Identität und seiner Andersartigkeit zu ermöglichen. Indem Kinder Zugang zu sicheren Räumen haben, in denen sie sich frei bewegen und Dinge «auf eigene Faust» ausprobieren können, sie Zeit zum Üben haben, ihnen Regeln erklärt und sie bei Bedarf ermutigt und unterstützt werden, ermöglichen ihnen die Eltern den Zugang zu vielen Fähigkeiten, die Teil der [chronologischen Entwicklung der motorischen Kompetenz](#) sind, aber auch die Komplexität des Prozesses der psychomotorischen Entwicklung des Säuglings und Kleinkindes widerspiegeln. Motorisches, kognitives, emotionales und soziales Lernen, an dem der Körper und die Bewegung beteiligt sind, bilden die Grundlage, auf der Körperbewusstsein, Vertrauen in die eigene Umgebung und das eigene Selbstwertgefühl sowie Aufgeschlossenheit gegenüber der Welt aufgebaut werden. Dies sind echte Voraussetzungen für das spätere Lernen, etwa in der Schule. In diesem Lebensabschnitt **ist Bewegung eine Möglichkeit, sich zu behaupten, seinen Platz einzunehmen, sich auszutauschen und Herausforderungen anzunehmen** [9.6].

In dieser Hinsicht sind die Verbindungen zwischen Bewegung und Psyche untrennbar: Die Fluidität und Fülle des einen spiegelt die Mobilität und Flexibilität des anderen wider. Die durch den Körper vermittelten Erfahrungen vermitteln auch ein Wissen über Zeit und Raum. Wenn Kinder also unter Bedingungen aufwachsen können, in denen sie laufen, springen, rutschen, getragen werden, sich verstecken oder sich strecken können, hilft man ihnen zu lernen, ihre Energie zu regulieren, sich zu entspannen, andere zu treffen, ihre Gefühle auszudrücken, ihre Angst zu überwinden oder Bezugs- und Stützpunkte aufzubauen, damit sie sich angesichts des Neuen orientieren können. Das alles sind Gelegenheiten für sie, die Welt zu erkunden und sich zu entwickeln. Diese sensorischen und emotionalen Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Körper können auch als Ausdruck eines interaktiven Tanzes mit dem Gehirn an der Quelle des Bewusstseins und des Selbstempfindens betrachtet werden [9.7].

Dies erinnert an die gleiche Beobachtung, die auch für die Jüngsten gilt: «Bewegung bedeutet Risikobereitschaft. Sich zu bewegen, heisst, einen stabilen Zustand zu verlassen und manchmal aus der Kom-

fortzone herauszukommen. Schon während der ersten freiwilligen Bewegungen entdeckt das Kind, dass sich dadurch reizvolle, aber auch manchmal gefährliche Erkundungsfelder eröffnen. Es ist nur ein kleiner Schritt von einer Beule auf der Strasse zu einer Beule auf der Stirn ...» [9.6].

9.2.2 Bewegung und Ernährung

Von Geburt an sind Ernährung und Bewegung eng miteinander verbunden. Essen bzw. sich ernähren oder ernährt werden ist somit wesentlich für das Wachstum und die Funktion aller Organe, für die Gesundheit im weitesten Sinne des Wortes. Allerdings ist der Mund auch als multisensorischer Integrations-, Erfahrungs-, Beziehungs- und Genussraum zu betrachten, der für die Entwicklung insgesamt, insbesondere aber für die Entwicklung der Körperachse, der tonischen Regulierung und der Bewegung, die ebenfalls zur Vielfalt der Erkundung der Umwelt durch die Kinder beitragen, wesentlich ist. Die Fütterungszeiten decken nicht nur den Nahrungsbedarf der Kinder, sondern erleichtern auch den Hand-Mund-Kontakt und damit die Körperhaltungen, von denen wir wissen, dass sie zu den sensorischen Erfahrungen beitragen, welche die Fähigkeiten und die Neugier der Kinder wecken. Sie stehen buchstäblich im Mittelpunkt des tonischen Dialogs zwischen dem Baby und seinem Umfeld, eines Dialogs, der sich aus emotionaler Unterstützung und der Qualität des Tragens zusammensetzt [9.8, 9.9].

So ist es möglich, dass bei bestimmten Kindern, die beispielsweise unter sensorischer Reizbarkeit leiden oder hochsensibel sind, Störungen im Bereich der Gestik, der Haltungsanpassung und der Kommunikation auf eine gestörte archaische Funktion der Oralität zurückzuführen sind [9.4].

Es zeigt sich also, wie Ernährung und Bewegung gemeinsam zur motorischen und psychischen Entwicklung beitragen können, aber auch Bezugspunkte für die Bildung von Verständnishypothesen im Falle von Schwierigkeiten darstellen. In ähnlicher Weise begünstigt die körperliche Aktivität die Integration des Mundbereichs in den Gesamtkörper, und die Auseinandersetzung mit Lebensmitteln bereichert die sensorischen Erfahrungen, die der motorischen Entwicklung förderlich sind [9.10]. Später, in der Schule, werden die Lehrenden so dazu gebracht, die Körpererfahrungen der Lernenden zu unterstützen, damit diese ihren Körper kennenlernen, aber auch,

damit sie dazu angeleitet werden, ihn zu pflegen und ihre physiologischen und ernährungsphysiologischen Anforderungen zu erkennen (Lehrplan 21 [9.11] und Plan d'études cadre romand [9.12]).

Gleichzeitig ermöglicht Nahrung durch die Bereitstellung von Energie die Bewegung, was wiederum die für die körperliche Aktivität notwendigen Stoffwechselfunktionen sowie den Energiestoffwechsel, die Thermogenese (NIT, nutrition-induced thermogenesis), ermöglicht. Die Energiebilanz beschreibt das Gleichgewicht zwischen Energieverbrauch und -bedarf im Sinne der physiologischen Homöostase [9.13].

In diesem Gleichgewicht ist der Zeitpunkt, zu dem die Energie für die Verstoffwechslung verbraucht wird, besonders wichtig, da dies zu einer Entspannung führen kann, in erster Linie wenn der Körper nach einer Mahlzeit in einen entspannten, schläfrigen Zustand übergeht. Das System, das den Körper nach einer Aktivierung entspannt, um Energie zu sparen (parasympathisches Nervensystem), löst in Wirklichkeit eine physiologische Entspannung aus, die unter anderem eine Verringerung der Herzfrequenz, die Produktion von Speichel und die Stimulierung der Verdauungsfunktion in Magen und Darm bewirkt. Die Frage der Energiebilanz hinsichtlich ihres Verbrauchs und ihrer Erhaltung zeigt auch physiologische Formen der Interaktion zwischen Körper und Nahrung, sei es bei körperlicher Betätigung oder Entspannung [9.14].

Fällt dieses Gleichgewicht aus dem Lot, indem zu viel oder auch zu wenig Energie aufgenommen oder verbraucht wird, kann dies zu einer Gewichtsveränderung beitragen. Die Verstoffwechslung und der Bedarf oder Verbrauch an Energie sind höchst individuell und von zahlreichen personen- und umweltspezifischen Faktoren abhängig. Die komplexen Wirkmechanismen rund um die Gewichtsveränderung werden zum Beispiel im **Obesity System Atlas** [9.15] veranschaulicht. Die Autorenschaft zeigt, wie Faktoren aus den Bereichen Ernährung (Lebensmittelproduktion und Konsum), Bewegung (Bewegungsumfeld und individuelles Bewegungsverhalten), Psyche (sozialpsychologische Aspekte und individuelles Erleben und Verhalten) sowie der eigenen Physiologie die Energiebilanz prägen und damit Auswirkungen auf die Gesundheit haben können. Dadurch wird sichtbar, an welchen Punkten die Gesundheitsförderung ansetzen kann und wie Umweltfaktoren massgeblichen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten haben können.

9.2.3 Ernährung und psychische Gesundheit

Vom Hunger getrieben, schreit das Neugeborene nach der Milch, die es gierig trinkt, worauf es wohligh satt und mit einem entspannten Gesichtsausdruck einschläft. Die Befriedigung des Primärbedürfnisses nach Nahrung motiviert das Neugeborene zum Essen [9.16]. Spätestens nach dem Abstillen gewinnen die Sekundärbedürfnisse an Bedeutung. Das Kind wird in eine Kultur und Gesellschaft hineingeboren, die es in der Wahl der Lebensmittel und im gesamten Essverhalten prägt. Gleichzeitig entwickelt es eigene Geschmackspräferenzen, Interessen, persönliche Abneigungen und lernt den eigenen Körper und seine Eigenschaften kennen [9.16, 9.17].

Das individuelle Essverhalten entwickelt sich ein Leben lang und formt sich nicht im stillen Kämmerchen, sondern lässt sich nach dem biopsychosozialen Modell [9.18, 9.19] beschreiben als eine Wechselwirkung von Einflussfaktoren auf der biologischen (z. B. Genetik, Geschlecht, Alter), psychologischen (Wahrnehmung, Prägung, Emotion, Erziehung usw.) und sozialen Ebene (Kultur, sozioökonomischer Status, Digitalisierung usw.) [9.17]. Besonders die Interaktion zwischen den Bereichen Psyche und Ernährung bietet Potenzial für die Arbeit in der Gesundheitsförderung. Denn wo im Alltag lassen sich Ernährung und Psyche denn schon wirklich trennen?

Wie die Psyche das Essverhalten prägt

Emotionales Essen bedeutet «Essen aufgrund von bestimmten emotionalen Zuständen wie zum Beispiel Ärger oder Angst» [9.16]. Um negative Gefühle zu bewältigen, also die psychologische Balance wiederherzustellen, versucht der Mensch, das empfundene Ungleichgewicht mit Essen zu regulieren. Dazu isst er viel und oft sehr kalorienreiche Lebensmittel (z. B. Süßes, Salziges, Fettiges, Comfort-Food) [9.20–9.22]. Das Zusammenspiel von Emotionen und Essen ist wechselwirkend: «Emotionen können das Essen regulieren und Essen kann Emotionen regulieren» [9.23]. Positive Gefühle in Bezug auf Essen erleben wir auch im sozialen Miteinander, dem traditionell geteilten Fondue oder positiv besetzten Ereignissen, die wir mit Essen koppeln, wie der Zuckerwatte auf dem Dorffest. So ist Essen eng mit dem psychischen Erleben verwoben.

Auch Stress kann einen Einfluss auf das Essverhalten haben. So zeigen Untersuchungen rund um frühkindlichen Stress oder negative frühkindliche Erfahrungen, dass sie das Gesundheitsverhalten

beeinflussen können und somit den späteren Gesundheitszustand prägen [9.24].

Auch die Erziehung beeinflusst die individuelle Ernährungsbiografie: Wurde belohnt und bestraft mit Essen? [9.17] Gab es, wenn man brav war, ein Eis, und wenn man nicht folgsam war, keinen Nachtisch? Galt eine Mahlzeit ohne ein richtiges Stück Fleisch als ärmlich? Oder musste man stets den Teller leer essen, obwohl der Körper schon das Signal von Sättigung zeigte? Unser Essverhalten ist ein Resultat aus unserem individuellen Erleben und Verhalten sowie unserem Umfeld.

Das Lernen findet mit Vorbildern statt. Studien konnten zeigen, wie auch das Essen am Modell gelernt wird. Kinder spiegeln speziell stark das Verhalten, das sie von ihren Vorbildern abschauen [9.25, 9.26]. Das gilt sowohl für die Tischkultur als auch für Lebensmittelpräferenzen oder andere Aspekte des Essverhaltens wie beispielsweise Essgeschwindigkeit, Medienkonsum während Mahlzeiten, Einstellungen oder Emotionsregulation über das Essen. Ein gesundheitsförderlicher und entspannter Umgang mit dem Essen wird nicht nur vermittelt, sondern vor allem vorgelebt.

Studien konnten zeigen, dass soziale Medien einen erheblichen Einfluss auf die vermittelten Ernährungs- und Gesundheitsinformationen, auf eine veränderte Nahrungszufuhr oder auf die Zufriedenheit mit dem eigenen Körperbild haben [9.27–9.40] (siehe auch Kapitel 5 im Bericht 9 [Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen](#)). Kinder und Jugendliche brauchen Unterstützung im Umgang mit idealisierten Darstellungen; sie müssen lernen, kritisch zu denken und vermitteltes Wissen zu hinterfragen.

Wenn die Ernährung die Psyche beeinflusst

Die Entstehung des Hungersignals ist ein komplexes Zusammenspiel [9.41] vom Magen-Darm-Trakt, dem Hirn und dem Blutkreislauf; Hunger zeigt sich körperlich (zum Beispiel knurrender Magen, Magenschmerzen, abfallender Blutdruck), psychisch-kognitiv (wie eine erhöhte selektive Aufmerksamkeit allem Essbaren gegenüber, Tunnelblick) [9.41] und emotional (Ungeduld, Überreizung oder sogar Ärger, aber auch positive Gefühle wie Lust und Freude auf das Essen). Der Begriff «hangry» – eine englische Wortneubildung aus den Wörtern hungrig («hungry») und ärgerlich («angry») – beschreibt auf humorvolle Weise dieses physisch ausgelöste psychische Erleben bei Hunger.

In der Ernährungslehre steht die Frage nach dem «Was essen?» im Vordergrund. Es ist jedoch wichtig, auch den Weg vom Teller zur Psyche zu beachten. So kann zum Beispiel eine unausgewogene Ernährung die Entstehung von Depression begünstigen, die wiederum weitere körperliche Erkrankungen nach sich ziehen kann [9.42]. Eine Metaanalyse verschiedener Studien konnte einen gesundheitsförderlichen Einfluss einer Ernährungsintervention auf eine klinische und subklinische Depression verzeichnen [9.43]. Eine mögliche Erklärung dafür bietet die Forschung über die Darm-Hirn-Achse, die Verbindung zwischen dem zentralen Nervensystem und dem gastrointestinalen Trakt, speziell dem Mikrobiom [9.44, 9.45]. Dabei wird die Annahme erhärtet, dass das Mikrobiom einen direkten Einfluss auf die Stimmung, die Kognition, das Schmerzempfinden und das Übergewicht haben könnte [9.44].

9.3 Das Spiel als wichtiges Instrument zur Förderung der psychischen Gesundheit

An der Schnittstelle zwischen Bewegung und Essen ist das Spielen ein universelles Phänomen und spielt bereits in jungen Jahren eine wichtige Rolle in der Entwicklung der psychischen Gesundheit der Kinder. Forschende, klinische und pädagogische Fachpersonen beschreiben seit geraumer Zeit, dass es sich dabei um einen wesentlichen Vermittlungsmechanismus handelt, der an der Entstehung und dem Aufbau von Intelligenz sowie von motorischen, emotionalen, relationalen und sozialen Fähigkeiten beteiligt ist (z. B. Piaget [9.46], Winnicott [9.47], Pikler usw.). Die Erfahrungen, zu denen es führt, sind Quellen des erwachenden Wissens, der Erforschung neuer Strategien, der Aneignung des Körpers, wie auch Gentaz in [Kapitel 8](#) betont, indem er die Bedeutung verschiedener Arten von Spielen als Aktivitäten darstellt, die es dem Kind ermöglichen, die Welt um sich herum besser zu verstehen und sich mit fortschreitender Entwicklung Wissen anzueignen. Natürlich kann auch das Beobachten der Art und Weise, wie sich ein Säugling oder ein Kleinkind körperlich, in seinen Interaktionen im Spiel oder beim Essen verhält, Hinweise auf mögliche Schwierigkeiten geben. Die Frage nach der Beziehung zum Spiel als Ausdruck der Persönlichkeit bleibt bestehen und kann die Hilfe von Spezialisten erfordern. Aber in den meisten Situationen trägt die individuelle oder gemeinsame Freude, die Säuglinge oder Klein-

kinder beim Spielen empfinden, selbst wenn sie sehr ernsthaft spielen, dazu bei, die Motivation zu erhalten und in die Herausforderungen zu investieren, die sich in jedem Alter stellen. Es ist auch die Art und Weise, wie das Kind sein Verständnis der Welt zum Ausdruck bringt, wie es erzählt, was ihm durch den Kopf geht, oder wie es Fragen stellt.

Die Eigenschaften des Spiels sind multisensorisch und tragen zur Integration von Sinneseindrücken, Emotionen und Wahrnehmungen bei. Sie sind auch interaktiv und fördern den Austausch von Emotionen (z. B. Stern [9.48]), die Nachahmung, die gemeinsame Aufmerksamkeit sowie das Erlernen der Zusammenarbeit und der Regelung von Konflikten in zwischenmenschlichen und sozialen Beziehungen mit Gleichaltrigen oder Erwachsenen. In dieser Entwicklungsdynamik spielen die Mahlzeiten eine wesentliche Rolle für das Kind. Abgesehen von der Qualität der Ernährung stellen sie spielerische Orte der Begegnung dar, die eine physiologische und emotionale Regulierung bewirken und die Quelle der ersten emotionalen Vereinbarungen darstellen [9.49–9.51]. Diese Erfahrungen sowie diejenigen des Betreuungsprozesses, in dessen Rahmen sich die Körper begegnen, fördern die Entwicklung von Vertrauen in die Bezugspersonen und auch das Entstehen von Selbstwertgefühl, das ein wesentlicher Faktor für die psychische Gesundheit ist.

Aber was verstehen wir unter dem Begriff «Spiel»? Eine Definition besagt, dass bereits dann von einem Spiel gesprochen werden kann, wenn sich das Kind mit einer Tätigkeit beschäftigt, die es interessiert und die es dazu bringt, die Umwelt weiter zu erkunden (Tait, zitiert von Lejeune, 2020, S. 136 [9.52]). Aber es handelt sich auch um eine Tätigkeit, bei der «Vergnügen, Neugier, Sinn für Humor, Lust an der Herausforderung, Initiative und Spontaneität zusammenkommen.» (Ferland, zitiert von Lejeune 2020, S. 136 [9.52]) Ein Experimentierraum, in dem das Baby und das Kind nach den eigenen Regeln spielen können, zum Beispiel auf dem Boden liegend mit Spielzeug um sich herum, den Umgang mit Gegenständen üben oder, für grössere Kinder, draussen, mit anderen Kindern beim Bau- oder Regelspiel wie von Gentaz in [Kapitel 8](#) beschrieben. Dadurch können sie die ihnen zur Verfügung stehende physische und multisensorische Umgebung wahrnehmen, ihren Körper und verschiedene Bewegungen erforschen, Gegenstände manipulieren und benutzen, sich mit anderen auseinandersetzen und ihren

Drang ausleben, auf die Welt einzuwirken und sie zu verändern. Untersuchungen aus dem Jahr 2014 [9.53] zeigen, dass der emotionale Charakter gemeinsamer Mahlzeiten unter Gleichaltrigen diese Kriterien häufig erfüllt, ebenso wie das freie Spiel im Freien oder in Räumen. In diesen Momenten organisieren sich die Kinder selbst, um von der Rolle des Essens abzulenken, und erfinden zahlreiche spielerische Aktivitäten rund um die Gegenstände auf den Tischen oder um das Essen selbst. All dies sind Möglichkeiten, dem Essen einen Sinn zu geben, der über seine Ernährungsfunktion hinausgeht.

Doch wie wir alle wissen, wird das freie Spielen nicht immer in der zeitlichen Organisation von Familien, Kindergärten, Schulen oder Freizeitaktivitäten berücksichtigt [9.54–9.57]. Der Alltag wird heutzutage immer stärker strukturiert, als wäre er den Vorgaben eines Lebens unterworfen, das durch die von jedem Einzelnen zu verrichtenden Tätigkeiten bestimmt wird. So entstehen Räume für Eltern-Kind-Begegnungen wie Ludotheken, Spielräume im Quartier. Die Lehrenden überdenken die Organisation ihres Unterrichts, Kindertagesstätten überdenken den Platz, welcher der Bewegung eingeräumt wird, Konferenzen bringen Fachpersonen und Familien zu den Themen Kind und Strasse, Spiel und Stadt zusammen, es wird zur Wirkung von Bildschirmen auf Eltern-Kind-Beziehungen, die psychomotorische Entwicklung usw. geforscht. Damit rückt die Frage nach dem Spiel und seiner Rolle bei der Entwicklung sozialer, motorischer und kognitiver Fähigkeiten von Kindern jeden Alters sowie ihrer psychischen Gesundheit in den Vordergrund.

Doch was könnten in diesem Zusammenhang nützliche Empfehlungen für die Gestaltung neuer Projekte zur Förderung der psychischen Gesundheit durch das Spielen sein? Damit soll den Kindern die Möglichkeit gegeben werden, mutiger, selbstbewusster und neugieriger zu agieren, was sich auf viele ihrer Fähigkeiten, motorischen, sozialen und kognitiven Kompetenzen sowie Interessen auswirken wird.

Diese Punkte sind natürlich den Anforderungen der Kinder und ihrem Alter sowie dem gegebenen Rahmen anzupassen: altersgruppenübergreifende Aktivitäten, Eltern-Kind-Aktivitäten usw. Dennoch bleiben sie zentral, wenn es um ein System zur Unterstützung des Projekts geht, das aber vor allem Babys, Kindern und ihren Mitmenschen die Möglichkeit gibt, spielerische Erfahrungen in einem Umfeld zu machen, das ihre Kreativität und ihr Selbstver-

trauen anregt und die Beziehungen zwischen den Spielenden festigt.

Wie sich zeigt, ist Spielen als natürliche und ernst zu nehmende Aktivität für Säuglinge und Kleinkinder die Mediation schlechthin, um Aktivitäten vorzuschlagen, in die sie einbezogen werden können, und um ihre psychische Gesundheit und deren Wechsel-

wirkungen mit Bewegung und Ernährung zu fördern. «Das Spiel zeigt, dass das Kind fähig ist, zu leben und schliesslich ein vollständiger Mensch zu werden. [...] Durch das Spielen, und nur durch das Spielen, ist der Mensch, ob Kind oder Erwachsener, in der Lage, kreativ zu sein und seine ganze Persönlichkeit einzusetzen.» [9.58]

10 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

- **Florian Koch**, Gesundheitsförderung Schweiz
- **Fabienne Amstad**, Gesundheitsförderung Schweiz

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

10.1 Argumente für die Gesundheitsförderung: WARUM

Kindheit = «window of opportunities»

Die Wichtigkeit der Kindheit für die Gesundheitsförderung ist unbestritten. Die Kindheit ist ein sensibles Zeitfenster, um gesundheitsförderliches Verhalten zu stärken und gefährdendes abzuwenden. Eine breite Datenbasis belegt, dass ein gesunder Start ins Leben wie auch eine gesunde Entwicklung sich langfristig bis ins Erwachsenenleben positiv auswirken. Je früher eine Unterstützung stattfindet (Frühe Förderung), desto grösser ist der «Social Return on Investment» (SROI), das heisst, desto besser ist das Verhältnis zwischen investiertem und später eingespartem Geld. Die Frühe Förderung ist in der Schweiz strukturell noch ungenügend ausgebaut.

Kritische Lebensereignisse kumulieren sich für Kinder

In Familien stellt ein kritisches Lebensereignis einer Bezugsperson oft auch ein einschneidendes, kritisches Ereignis für Kinder dar. So trifft zum Beispiel eine psychische Erkrankung eines Elternteils die Kinder oft stark und birgt ein hohes Risiko für die kindliche Gesundheit. Um diese potenziellen Risiken abfedern zu können, ist die intersektorale und

multidisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren im Feld zentral. Die Familie muss im Zentrum von Unterstützungsleistungen stehen, nicht ein einzelnes Individuum.

Entdeckung neuer Lebenswelten als Chance

Kinder machen individuell enorme Entwicklungsschritte. Gleichzeitig erweitern sich ihre Lebenswelten. So erweitern sich beispielsweise ihre Lebenswelten der Familie und Nachbarschaft mit der Schulpflicht automatisch um die Schulwelt. Diese sozialen Lebenswelten bieten die Chance, sich neues Handlungswissen anzueignen und einzuüben.

Unzureichende Datenlage zur Kindergesundheit

In der Schweiz gibt es kaum Daten zur Kindergesundheit. So kennen wir keine repräsentativen Schweizer Daten zur psychischen Gesundheit von Kindern unter 10 Jahren. Wir wissen auch wenig darüber, wie sich Kinder bewegen oder wie sie sich ernähren. Erfreulicherweise gibt es in der Schweiz zahlreiche, nachgewiesen wirksame (d.h. evaluierte), gesundheitsförderliche Projekte für Kinder. Die Orientierungsliste bietet hier einen Überblick.

10.2 Empfehlungen

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

Schwerpunkte für die Gesundheitsförderung: WAS

Selbstwirksamkeit als Schlüssel zur Gesundheit

Die Überzeugung eines Kindes, dass es selbst etwas bewirken kann – das heisst also, die Selbstwirksamkeit eines Kindes – beeinflusst dessen gesundheitsförderliches Verhalten massgeblich. So bestimmt die Selbstwirksamkeit eines Kindes zum Beispiel, wie regelmässig es sich bewegt und wie gesund es sich ernährt, sofern es dies selbst wählen kann.

Lebenskompetenzen fördern = psychische Gesundheit fördern

Lebenskompetenzen ermöglichen es Kindern, ihr Leben zu steuern, ihre Fähigkeiten zu entwickeln und mit Veränderungen in ihrer Umwelt zu leben sowie Veränderungen zu bewirken. Lebenskompetent ist, wer sich selbst kennt und mag, empathisch ist, kritisch und kreativ denkt, kommunizieren und Beziehungen führen kann, durchdachte Entscheidungen trifft, erfolgreich Probleme löst und Gefühle und Stress bewältigen kann. Gerade für kleinere Kinder spielt die emotionale Kompetenz eine Schlüsselrolle.

Regelmässige Bewegung fördert mehr als ein gesundes Körpergewicht

Regelmässige Bewegung steht in direkter Beziehung zum Schulerfolg, zu weniger antisozialem und gewalttätigem Auftreten in der Schule sowie zu besserer physischer Gesundheit im Allgemeinen. Das Denken und Handeln sowie die Sozialisierung eines Kindes werden durch regelmässige Bewegung positiv beeinflusst.

Freude am gemeinsamen Essen

Gesunde Ernährungsgewohnheiten lassen sich nicht allein über eine ausgewogene Ernährung gewährleisten. Ebenso wichtig ist es, Freude am Essen zu zeigen und die Mahlzeiten zu gemeinsamen, genussvollen Erlebnissen zu machen.

Spielen, spielen, spielen ...

Spielen ist ein wichtiges universelles Phänomen für die gesunde Entwicklung von Kindern und muss in allen Settings entsprechend gefördert werden. Im Spiel werden alle drei Themenbereiche Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit angesprochen, sie beeinflussen sich gegenseitig. Die Gesundheit wird so umfassend gestärkt.

Methodisch wichtige Eckpunkte: WIE

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

Intersektorale Verantwortung für die Kindergesundheit

Die primären Lebenswelten von Kindern sind neben der Familie und der Nachbarschaft auch die ausserfamiliären Betreuungsinstitutionen (Kitas), die Schule, Vereine und der öffentliche Raum. Politische Zuständigkeiten für die gesundheitsförderliche Gestaltung der kindlichen Lebenswelten teilen sich somit auf unterschiedliche Bereiche auf: Gesundheit, Soziales, Bildung, Raumplanung usw. Die Gesundheitsdeterminanten von Kindern liegen also nicht nur im Gesundheitsbereich, sondern stehen in einer intersektoralen Verantwortung.

Eltern und Erziehungsberechtigte als wirkungs- volle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Kinder sind von ihren Eltern und weiteren primären Bezugspersonen stark abhängig. Dies bietet die Chance, Eltern und wichtige Bezugspersonen als wirkungsvolle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für gesundheitsförderliche Massnahmen zu gewinnen. Dies zeigt sich eindrucksvoll am Beispiel der Ernährung: Gesund ernährte Eltern bzw. Erziehungsberechtigte ernähren auch ihre Kinder gesund. So bietet sich beispielsweise die Möglichkeit, das elterliche Ernährungsverhalten direkt zu thematisieren, indem sie über ihre Rolle als Eltern angesprochen werden. Elternbildung ist allerdings auch ein Tabuthema, in welchem noch Fortschritte zu erzielen sind.

Soziale Einbettung der gesamten Familie wichtig

Die zentrale Rolle der Eltern für die Gesundheit der Kinder ist mehrfach gut belegt. Damit diese Beeinflussung in einer positiven Weise gelingen kann, ist es wertvoll, die gesamte Familie in ihrem unterstützenden Umfeld zu stärken. Die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie scheint diesbezüglich für die Gesundheit der Kinder weiterhin ein wichtiges Thema zu sein. Ebenso sind die Strukturen der Kinderbetreuung und ihre Qualität zu beachten.

Strukturelle Massnahmen sind wichtig

Die Lebenswelt der Familie hat einen sehr grossen Einfluss darauf, wie gesund ein Kind aufwächst. Sowohl die familiären Verhältnisse wie auch das Verhalten der Eltern beeinflussen die Kinder wesentlich und prägen ihre Verhaltensweisen auf längere Zeit. Um unabhängig von der familiären Lebenswelt Kinder gesundheitsförderlich zu beeinflussen, sind

strukturelle Massnahmen besonders wichtig. Insbesondere aufsuchende Angebote haben sich bewährt und sind in Bezug auf die Chancengleichheit zentral.

Schule als wichtiges Setting

Die Schule bietet ein ideales Setting, um über strukturelle Veränderungen die Gesundheit von Kindern positiv zu beeinflussen. In der Schule kann ausserdem gesundheitsförderndes Verhalten gelernt und eingeübt werden. Dabei ist es wichtig, die gesamte Schule in gesundheitsförderliche Massnahmen einzubinden. Die Schulleitung, Lehrpersonen wie auch Schülerinnen und Schüler gehören genauso dazu wie die schulische Umgebung, das Schulklima und schulische Angebote.

Natürliche Verhaltensweisen nicht einschränken

Kinder haben einen natürlichen Bewegungsdrang und eine natürliche Neugier, Neues zu entdecken. Es gilt daher, diese nach Möglichkeit nicht einzuschränken. Gewährter Handlungsspielraum bietet die Möglichkeit, wertvolle Selbstwirksamkeits-Erfahrungen zu machen. Eltern und Betreuungspersonen müssen dabei als die primäre Lebenswelt von kleinen Kindern stets mitgedacht werden.

Themen integrieren statt separieren

Im Säuglings- oder Kleinkindalter ist es offensichtlich, dass die psychische Gesundheit, die Bewegung und die Ernährung fast nicht voneinander zu trennen sind. Dies zeichnet sich im Säuglingsalter beim Stillen oder «Schöppeln» in den Armen der Mutter oder des Vaters ab; aber auch bei älteren Kindern zeigt sich diese Interaktion am Beispiel des Spielens in Bewegung mit Freundinnen und Freunden.

Chancengleichheit stärken

Gerade im Kindesalter lohnt es sich, die Schnittstellen von verschiedenen sozialen und individuellen Themen wie zum Beispiel Armut, Einelternfamilien, Erkrankung eines Elternteils oder elterlicher Bildungsstatus zu beleuchten (Intersektionalität). Verschiedene Vulnerabilitätsfaktoren können sich leicht unbemerkt bei einem Kind kumulieren.

11 Literaturverzeichnis

Kapitel 2

- [2.1] Ariès, P. (1978). *Geschichte der Kindheit* (C. Neubaur & K. Kersten, Übers.). DTV.
- [2.2] Kelle, H. (2005). Kinder in der Schule: zum Zusammenhang von Schulpädagogik und Kindheitsforschung. In G. Breidenstein & A. Prengel (Hg.), *Studien zur Schul- und Bildungsforschung: Bd. 20. Schulforschung und Kindheitsforschung – ein Gegensatz?* (S. 139–160). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-322-80990-2_8
- [2.3] Schütz, A. & Luckmann, T. (2017). *Strukturen der Lebenswelt*. Hg. von M. Endreß (2. Aufl.). UVK. <https://doi.org/10.36198/9783838548333>
- [2.4] Hartung, S. & Rosenbrock, R. (2015). *Settingansatz – Lebensweltansatz*. BZgA. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/> <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i106-1.0>;
vgl. auch: Pädagogische Hochschule Zürich (PHZH). *Planungshilfen Gesundheitsförderung und Prävention*. <https://phzh.ch/de/Dienstleistungen/materialien-fuers-schulfeld/planungshilfen-gesundheit-praevention/>
- [2.5] Sieber Egger, A. & Unterweger, G. (2019). «Jetzt gilt's richtig ernst»: Eine ethnografische Perspektive auf die Inszenierung des Schulbeginns. In A. Sieber Egger, G. Unterweger, M. Jäger, M. Kuhn & J. Hangartner (Hg.), *Kindheit(en) in formalen, nonformalen und informellen Bildungskontexten: Ethnografische Beiträge aus der Schweiz* (S. 153–174). Springer VS.
- [2.6] Grundmann, M. (2011). Sozialisation – Erziehung – Bildung: Eine kritische Begriffsbestimmung. In R. Becker (Hg.), *Lehrbuch der Bildungssoziologie* (2. Aufl., S. 63–85). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92759-6_3
- [2.7] Suter, S. (2016). *Im Namen der Gesundheit: Gesundheitsförderung an Schulen zwischen Disziplinierung und Ermächtigung*. Eine soziologische Studie. Transcript.
- [2.8] Sieber Egger, A., Unterweger, G., Kaiser, F. & Buser, F. (2022). The mid-morning snack between public discourse health norms, school public and family habits: an ethnographic look at eating situations in kindergarten. In B. Hünersdorf, G. Breidenstein, J. Dinkelaker, O. Schnoor & T. Tyagunova (Hg.), *Going public? Erziehungswissenschaftliche Ethnographie und ihre Öffentlichkeiten* (S. 49–67). Springer VS.
- [2.9] Hitzler, R. & Honer, A. (1988). Der lebensweltliche Forschungsansatz. *Neue Praxis*, 18, 496–501.
- [2.10] Helsper, W., Kramer, R.-T. & Thiersch, S. (2014). *Schülerhabitus: Theoretische und empirische Analysen zum Bourdieuschen Theorem der kulturellen Passung*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-00495-8>
- [2.11] Sieber Egger, A., Unterweger, G. & Kaiser, F. (2021). Snack time in kindergarten as a cultural practice: Implications for processes of subjectivation. *Child Soc*, 35(4), 563–576. <https://doi.org/10.1111/chso.12436>
- [2.12] Corsaro, W. A. (1987). *Friendship and peer culture in the early years* (2. Aufl.) (Language and learning for human service professions). Ablex.

Kapitel 3

- [3.1] Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T., Stock, S., Altgeld, T., Knesebeck, O. von dem, Ottova, V., Ravens-Sieberer, U., Süß, W. & Trojan, A. (Hg.) (2018). *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (5. Aufl.). Hogrefe.
- [3.2] Gollner, E., Szabo, B., Schnabel, F., Schnitzer, B. & Thaller-Schneider, M. (Hg.) (2017). *Gesundheitsförderung konkret: ein forschungsgelitetes Lehrbuch für die Praxis*. Holzhausen.
- [3.3] Jungbauer-Gans, M. & Hackauf, H. (2000). Die Bedeutung von Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. In H. Hackauf & M. Jungbauer-Gans (Hg.), *Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen: Gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Evaluation von Präventionsmaßnahmen* (S. 9–14). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/3-531-90798-0_1
- [3.4] Naidoo, J. & Wills, J. (2019). *Lehrbuch Gesundheitsförderung* (3. Aufl.). Hogrefe.
- [3.5] World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa charter for health promotion*. <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>
- [3.6] Habermann-Horstmeier, L. (2017). *Gesundheitsförderung und Prävention: Kompakte Einführung und Prüfungsvorbereitung für alle interdisziplinären Studienfächer*. Hogrefe.
- [3.7] Renneberg, B. & Hammelstein, P. (2006). *Gesundheitspsychologie*. Springer.
- [3.8] Brinkmann, R. D. (2014). *Angewandte Gesundheitspsychologie*. Pearson.
- [3.9] Michie, S., Stralen, M. M. van & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- [3.10] Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J. & Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med*, 46(1), 81–95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- [3.11] Ischer, P. & Saas, C. (2019). *Partizipation in der Gesundheitsförderung*. GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/arbeitspapiere/Arbeitspapier_048_GFCH_2021-06_-_Partizipation_in_der_Gesundheitsfoerderung.pdf
- [3.12] Weare, K. & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promot Int*, 26(Suppl. 1), i29–69. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar075>
- [3.13] Kaplan, R. S. (2001). Strategic performance measurement and management in nonprofit organizations. *Nonprofit Management Leadership*, 11(3), 353–370. <https://doi.org/10.1002/NML.11308>
- [3.14] Ackermann, G. (2016). *Evaluation und Komplexität: Wirkungskonstruktion in der Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention* [Diss., Universität Basel]. Schweizerische Nationalbibliothek. <https://guenterackermann.ch/wp-content/uploads/2013/02/Ackermann-2016-Evaluation-und-Komplexität.pdf>
- [3.15] Stiftung Zewo (2011). *Wirkungsmessung in der Entwicklungszusammenarbeit: Zewo-Leitfaden für Projekte und Programme*. https://zewo.ch/wp-content/uploads/2020/03/Brosch_Wirkungsmessung.pdf
- [3.16] Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion: progress, problems and solutions. *Health Promot Int*, 13(1), 27–44. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.1.27>
- [3.17] Stocker, D., Jäggi, J., Berset, M., Schläpfer, D., Németh, P., Kaeslin, S. & Goebel, S. (2021). *Junge Erwerbstätige: Arbeitsbedingungen und Gesundheit* (Arbeitspapier 55). https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2021/2021_AP_55_Junge_Erwerbstaetige_Gesundheit_de_web.pdf
- [3.18] Schaefer, I. & Kolip, P. (2010). Unterstützung der Qualitätsentwicklung mit Goal Attainment Scaling (GAS). *Prävention*, 33, 66–69. <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2564478>
- [3.19] Rieder, S. (2003). *Integrierte Leistungs- und Wirkungssteuerung: eine Anleitung zur Formulierung von Leistungen, Zielen und Indikatoren in der Öffentlichen Verwaltung*. Erstellt im Auftrag der Programmleitung FLAG. https://ub.unibas.ch/digi/a125/sachdok/2012/BAU_1_5753021.pdf
- [3.20] Kurz, B. & Kubek, D. (2013). *Kursbuch Wirkung: Das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen*. Phineo; Bertelsmann-Stiftung. <http://www.phineo.org/fuer-organisationen/kursbuch-wirkung>

- [3.21] Fässler, S. & Studer, S. (2019). *Wirkungsevaluation von Interventionen: Leitfaden für Projekte im Bereich Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit* (Arbeitspapier 46). GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [3.22] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2020). *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Nationaler Gesundheitsbericht. www.gesundheitsbericht.ch/de/04-koerperliche-gesundheit-und-entwicklung
- [3.23] Sucht Schweiz (2018). *HBSC Ergebnisse 2018*.
- [3.24] Dratva, J. & Wieber, F. (2021). *Secondary health impact of COVID-19 containment measures in children, adolescents, and young adults*. SSPH; BAG.
- [3.25] Lee, E.-Y. & Yoon, K.-H. (2018). Epidemic obesity in children and adolescents: risk factors and prevention. *Front Med*, 12(6), 658–666. <https://doi.org/10.1007/s11684-018-0640-1>
- [3.26] Stamm, H., Bürgi, R., Lamprecht, M. & Walter, S. *Vergleichendes Monitoring der Gewichtsdaten von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Analyse von Daten aus den Kantonen Aargau, Basel-Stadt, Genf, Graubünden, Jura, Luzern, Obwalden, St. Gallen und Uri sowie den Städten Bern, Freiburg, Winterthur und Zürich* (Arbeitspapier 58). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/arbeitspapiere/Arbeitspapier_058_GFCH_2021-09_-_Vergleichendes_BMI-Monitoring.pdf
- [3.27] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Kinder und Behinderung 2017* [Tabelle]. www.bfs.admin.ch/asset/de/11107565
- [3.28] Bringolf, B., Probst-Hensch, N., Kayser, B. & Suggs, S. (2016). *Schlussbericht zur SOPHYA-Studie*. Swiss TPH. www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/Schlussbericht_SOPHYA.pdf
- [3.29] National Research Council, Institute of Medicine (2004). *Children's health, the nation's wealth: assessing and improving child health*. National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/10886>
- [3.30] Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: is America's youth flourishing? *Am J Orthopsychiatry*, 76(3), 395–402. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.395>
- [3.31] Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *J Adult Dev*, 17(2), 110–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- [3.32] Rigby, M. J., Köhler, L. I., Blair, M. E. & Metchler, R. (2003). Child health indicators for Europe: a priority for a caring society. *Eur J Public Health*, 13(3 Suppl.), 38–46. https://doi.org/10.1093/eurpub/13.suppl_1.38
- [3.33] Korin, M. R. (2016). Introduction: What is health promotion for children and adolescents? In M. R. Korin (Hg.), *Health Promotion for Children and Adolescents* (S. 3–8). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7711-3_1
- [3.34] Nutbeam, D. (1989). *Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories* (3. Aufl.). McGraw-Hill.
- [3.35] World Health Organization (WHO) (2020). *Life skills education school handbook: prevention of noncommunicable diseases*. Introduction. <https://www.who.int/publications/i/item/97-8924-000484-9>
- [3.36] Blair, M. E., Stewart-Brown, S., Waterston, T. & Crowther, R. (2010). *Child public health* (2. Aufl.). Oxford Univ. Press.
- [3.37] World Health Organization (WHO). *Promoting health in the SDGs: all for health, health for all*. Report on the 9th global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259183>
- [3.38] Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Schlupp, S. & Pinheiro, P. (2020). Advancing perspectives on health literacy in childhood and youth. *Health Promot Int*, 35(3), 575–585. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz041>
- [3.39] Okan, O., Bröder, J., Pinheiro, P. & Bauer, U. (2018). Gesundheitsförderung und Health Literacy. In A. Lange, H. Reiter, S. Schutter & C. Steiner (Hg.), *Handbuch Kindheits- und Jugendsoziologie* (S. 635–654). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-04207-3_48
- [3.40] Mouratidi, P.-S., Bonoti, F. & Leondari, A. (2016). Children's perceptions of illness and health: an analysis of drawings. *Health Educ J*, 75(4), 434–447. <https://doi.org/10.1177/0017896915599416>

- [3.41] Piko, B. F. & Bak, J. (2006). Children's perceptions of health and illness: images and lay concepts in preadolescence. *Health Educ Res*, 21(5), 643–653. <https://doi.org/10.1093/her/cyl034>
- [3.42] Burkert, N., Unterleitner, K., Rásky, É. & Sprenger, M. (2020). Health concepts of elementary school pupils in Austria: an explorative study using the draw and write technique. *Wien Med Wochenschr*, 170(9–10), 203–211. <https://doi.org/10.1007/s10354-019-0702-2>
- [3.43] Bir, J. E. & Podmore, V. N. (1990). Children's understanding of health and illness. *Psychol Health*, 4(2), 175–185. <https://doi.org/10.1080/08870449008408151>
- [3.44] Almqvist, L., Hellnäs, P., Stefansson, M. & Granlund, M. (2006). 'I can play!': young children's perceptions of health. *Pediatr Rehabil*, 9(3), 275–284. <https://doi.org/10.1080/13638490500521303>
- [3.45] Dratva, J., Späth, A. & Zemp, E. (2013). *Child and Adolescent Health Monitoring Report for the Federal Office of Statistics*. BFS.
- [3.46] Dratva, J., Grylka, S., Volken, T. & Zysset, A. E. (2019). *Wissenschaftliche Übersichtsarbeit frühe Kindheit (0-4j.) in der Schweiz: Gesundheit und Prävention*. Schlussbericht. ZHAW. <https://www.aramis.admin.ch/Dokument.aspx?DocumentID=50035>
- [3.47] Pro Juventute Schweiz (2021). *Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf Kinder, Jugendliche und ihre Familien in der Schweiz*. Pro Juventute Corona-Report Update. <https://www.aramis.admin.ch/Dokument.aspx?DocumentID=69043>
- [3.48] DeGani, S., Jaks, R., Bieri, U. & Hocher, J. P. (2021). *Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021: Schlussbericht*. BAG; Careum Stiftung.
- [3.49] Jaks, R., Baumann, I., Juvalta, S. & Dratva, J. (2019). Parental digital health information seeking behavior in Switzerland: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19(1), 225. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6524-8>
- [3.50] Waller, G., Suter, L., Bernath, J., Külling, C., Wilemse, I. & Martel, N. (2019). *MIKE – Medien, Interaktion, Kinder, Eltern: Ergebnisbericht zur MIKE-Studie 2019*. ZHAW.
- [3.51] Kolip, P. (2020). *Lebenslagen und Lebensphasen (BZgA-Leitbegriffe)*. BZgA. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i071-2.0>
- [3.52] Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Ezra, S. & Ben Shlomo, Y. (Hg.) (2004). *A life course approach to chronic disease epidemiology*. [Life course approach to adult health series] (2. Aufl.). Oxford Univ. Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198578154.001.0001>
- [3.53] Blaser, M. & Amstad, F. T. (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht*. Bericht 6. GFCH. https://www.prevention.ch/files/publicimages/Bericht_006_GFCH_2016-04_-_Psychische_Gesundheit_ueber_die_Lebensspanne.pdf
- [3.54] World Health Organization (WHO) (2013). *Nurturing human capital along the life course: investing in early child development*. Meeting report WHO, Geneva, Switzerland, 10–11 January 2013. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/87084>
- [3.55] Wieser, S., Kauer, L., Schmidhauser, S., Pletscher, M. & Brügger, U. (2010). *Synthesebericht: Ökonomische Evaluation von Präventionsmassnahmen in der Schweiz*. ZHAW; BAG. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/e-f/evalber-ncd-sucht/2001-2010/2010-oeconomische-evaluation-praevention-synthesebericht-zusammenfassung.pdf>
- [3.56] Bandurska, E., Brzeziński, M., Metelska, P. & Zarzezna-Baran, M. (2020). Cost-effectiveness of an obesity management program for 6- to 15-year-old children in Poland: data from over three thousand participants. *Obes Facts*, 13(5), 487–498. <https://doi.org/10.1159/000509130>
- [3.57] Brown, V., Ananthapavan, J., Sonntag, D., Tan, E. J., Hayes, A. & Moodie, M. (2019). The potential for long-term cost-effectiveness of obesity prevention interventions in the early years of life. *Pediatr Obes*, 14(8), e12517. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12517>
- [3.58] Jacob, V., Chattopadhyay, S. K., Reynolds, J. A., Hopkins, D. P., Morgan, J. A., Brown, D. R., Kochtitzky, C. S., Cuellar, A. E. & Kumanyika, S. K. (2021). Economics of interventions to increase active travel to school: a community guide systematic review. *Am J Prev Med*, 60(1), e27–e40. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.08.002>

- [3.59] Effertz, T., Engel, S., Verheyen, F. & Linder, R. (2016). The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective. *Eur J Health Econ*, 17(9), 1141–1158. <https://doi.org/10.1007/s10198-015-0751-4>
- [3.60] Lobstein, T., Jackson-Leach, R., Moodie, M. L., Hall, K. D., Gortmaker, S. L., Swinburn, B. A., James, W. P. T., Wang, Y. & McPherson, K. (2015). Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet*, 385(9986), 2510–2520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61746-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61746-3)
- [3.61] Jimenez, M. P., DeVille, N. V., Elliott, E. G., Schiff, J. E., Wilt, G. E., Hart, J. E. & James, P. (2021). Associations between nature exposure and health: a review of the evidence. *Int J Environ Res Public Health*, 18(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094790>
- [3.62] Blümel, S., Franzkowiak, P., Kaba-Schönstein, L., Nöcker, G., Plaumann, M. & Trojan, A. (2018). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. BZgA. https://leitbegriffe.bzga.de/fileadmin/user_upload/leitbegriffe/e-Books/E-Book_Leitbegriffe_2018_08.pdf
- [3.63] Laflamme, L., Burrows, S. & Hasselberg, M. (2009). *Socioeconomic differences in injury risks: a review of findings and a discussion of potential countermeasures*. WHO Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350275>
- [3.64] Kim, J. B., Prunicki, M., Haddad, F., Dant, C., Sampath, V., Patel, R., Smith, E., Akdis, C., Balmes, J., Snyder, M. P., Wu, J. C. & Nadeau, K. C. (2020). Cumulative lifetime burden of cardiovascular disease from early exposure to air pollution. *J Am Heart Assoc*, 9(6), e014944. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014944>
- [3.65] Anopa, Y. & Conway, D. I. (2020). Exploring the cost-effectiveness of child dental caries prevention programmes: are we comparing apples and oranges? *Evid Based Dent*, 21(1), 5–7. <https://doi.org/10.1038/s41432-020-0085-7>
- [3.66] Stampler, L. (2014). *Marlboro says these ads definitely don't target kids*. Time. <https://time.com/23820/>
- [3.67] Babor, T. F. (2010). *Alcohol: Research and Public Policy* (2. Aufl.). Oxford Univ. Press.
- [3.68] Calvert, S. L. (2008). Children as consumers: advertising and marketing. *Future Child*, 18(1), 205–234. <https://doi.org/10.1353/foc.0.0001>
- [3.69] Lantz, P. M., Jacobson, P. D., Warner, K. E., Wasserman, J., Pollack, H. A., Berson, J. & Ahlstrom, A. (2000). Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. *Tob Control*, 9(1), 47–63. <https://doi.org/10.1136/tc.9.1.47>
- [3.70] Güntzer, A. (2017). Jugendliche in der Schweiz leiden unter Leistungsdruck und Stress. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 23(2), 38–44. http://www.szh.ch/bausteine.net/f/50990/Guentzer_170238.pdf
- [3.71] Jadambaa, A., Graves, N., Cross, D., Pacella, R., Thomas, H. J., Scott, J. G., Cheng, Q. & Brain, D. (2022). Economic evaluation of an intervention designed to reduce bullying in Australian schools. *Appl Health Econ Health Policy*, 20(1), 79–89. <https://doi.org/10.1007/s40258-021-00676-y>
- [3.72] Zumbrunn, A., Solèr, M. & Kunz, D. (2016). *Umsetzung Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen*. FHNW. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/kinder-und-jugend/umsetzung-gesundheitsfoerderung-praevention-schulen.pdf>
- [3.73] Stamm, H., Ceschi, M., Gebert, A., Guggenbühl, L., Stronski, S., Walter, S. & Würfel, E. (2020). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2019/20 mit Sonderfokus «Oberstufe und Körperbild»* (Faktenblatt 56). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_056_GFCH_2021-05_-_BMI_Monitoring_2019-2020.pdf
- [3.74] Stamm, H., Ceschi, M., Gebert, A., Guggenbühl, L., Stronski, S., Walter, S. & Würfel, E. (2020). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2018/19 mit Sonderfokus «Bewegungsverhalten und Gewicht»* (Faktenblatt 42). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_042_GFCH_2020-05_-_BMI-Monitoring_2018-2019.pdf

- [3.75] Stamm, H., Ceschi, M., Fischer, A., Guggenbühl, L., Ledergerber, M., Stronski, S., Walter, S. & Würfel, E. (2019). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2017/18 mit Fokus Wohnumfeld* (Faktenblatt 37). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_037_GFCH_2019-04_-_BMI-Monitoring_2017-2018.pdf
- [3.76] Steiger, D. (2018). *Gesundes Körpergewicht bei Kindern und Jugendlichen: Überprüfung und Aktualisierung der wissenschaftlichen Grundlagen* (Arbeitspapier 45). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/arbeitspapiere/Arbeitspapier_045_GFCH_2018-11_-_Gesundes_Koerpergewicht_bei_Kindern_und_Jugendlichen.pdf
- [3.77] Papandreou, A., Bopp, M., Braun, J., Staub, K. & Fäh, D. (2017). Individual development and potential determinants of excess weight in children and adolescents: a longitudinal study. *Swiss Med Wkly*, 147, w14501. <https://doi.org/10.4414/smw.2017.14501>
- [3.78] Stamm, H., Bürgi, R., Ceschi, M., Felber Dietrich, D., Guggenbühl, L., Ledergerber, M., Stronski, S. & Walter, S. (2022). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2021/22 mit Sonderfokus «Nationaler und internationaler Vergleich»*. (Faktenblatt 69). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_069_GFCH_2022-05_-_BMI_Monitoring_2020-2021.pdf

Kapitel 4

- [4.1] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2018). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen Vergleichszahlen 2005/06 bis 2016/17* (Faktenblatt 33). https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_033_GFCH_2018-04_-_BMI-Monitoring.pdf
- [4.2] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2020). *Früchte- und Gemüsekonsum (Alter: 6–12)*. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/fruechte-und-gemuesekonsum-alter-6-12>
- [4.3] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2021). *Bewegungsverhalten (Alter: 6–16)*. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/bewegungsverhalten-alter-6-16>
- [4.4] Schweizerische Eidgenossenschaft (2015). *Gesundheit von Müttern und Kindern mit Migrationshintergrund*. Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulates Maury Pasquier (12.3966). www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitliche-chancengleichheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/mutter-kind-gesundheit-in-der-migrationsbevoelkerung.html
- [4.5] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2017). *Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Gesundheitsförderung und Prävention: Zielgruppe Kinder und Jugendliche* (Faktenblatt 19). https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/faktenblaetter/Faktenblatt_019_GFCH_2017-02_-_Geschlechtliche_und_sexuelle_Minderheiten.pdf
- [4.6] World Health Organization (WHO) (2018). *Health inequities and their causes*. https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/
- [4.7] World Health Organization (WHO) (2013). *Social determinants of health: Key concepts*. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/
- [4.8] Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. GDK; BAG; GFCH.
- [4.9] WHO Regional Office for Europe (WHO Europe) (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Updated reprint 2014. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf

- [4.10] AG NCD-Strategie Teilprojekt 1 (Hg.) (2015). *Risikofaktoren, nationale Präventionsaktivitäten und Synergien zu krankheitsspezifischen Teilstrategien: Grundlagebericht als Basis für die zur Erarbeitung der nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten* (NCD-Strategie). Unveröffentlichter Bericht.
- [4.11] Homfeldt, H. G. (2010). Gesundheit und Krankheit im Alter. In K. Aner & U. Karl (Hg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 315–320). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92004-7_31
- [4.12] Kowalski, C., Steinhausen, S., Pfaff, H. & Janßen, C. (2008). Sozioökonomische Ungleichheit erfordert zielgruppenspezifische Präventionsprogramme. *Public Health Forum*, 16(2), 29–31. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2008.04.017>
- [4.13] Gittelsohn, J. & Trude, A. (2017). Diabetes and obesity prevention: changing the food environment in low-income settings. *Nutr Rev*, 75(Suppl. 1), 62–69. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuw038>
- [4.14] Weber, D. & Hösli, S. (2020). *Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention: bewährte Ansätze und Erfolgskriterien*. Kurzversion für die Praxis. BAG; GFCH; GDK. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [4.15] Soom Ammann, E. & Salis Gross, C. (2011). *Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen: Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»*. GFCH; BFU. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [4.16] Salis Gross, C., Soom Ammann, E. & El Fehri, V. (2012). Die Rolle sozialer Netzwerke beim Rauchstopp. *Suchtmagazin*(3–4), 26–29. <https://doi.org/10.5167/uzh-74947>
- [4.17] Moret, J. & Dahinden, J. (2009). *Wege zu einer besseren Kommunikation*. EKM. https://www.ekm.admin.ch/dam/ekm/de/data/dokumentation/materialien/mat_wege_kommunikation_d.pdf
- [4.18] Kricheldorf, C. (2010). Bildungsarbeit mit älteren und alten Menschen. In K. Aner & U. Karl (Hg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 99–109). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92004-7_9
- [4.19] Hackl, C. (2007). *Gesundheitsförderung für ältere Menschen, mit dem Schwerpunkt sozial Schwache* [Diplomarbeit, IMC Fachhochschule Krams].
- [4.20] Flor, W. (2019). *Alter(n) und Gesundheitsförderung* (BZgA-Leitbegriffe). <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/altern-und-gesundheitsfoerderung/>
- [4.21] Baxter, S., Johnson, M., Payne, N., Buckley-Woods, H., Blank, L., Hock, E., Daley, A., Taylor, A., Pavey, T., Mountain, G. & Goyder, E. (2016). Promoting and maintaining physical activity in the transition to retirement: a systematic review of interventions for adults around retirement age. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13, 12. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0336-3>
- [4.22] Lood, Q., Häggblom-Kronlöf, G. & Dahlin-Ivanoff, S. (2015). Health promotion programme design and efficacy in relation to ageing persons with culturally and linguistically diverse backgrounds: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*, 15, 560. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1222-4>
- [4.23] Craike, M., Wiesner, G., Hilland, T. A. & Bengoechea, E. G. (2018). Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: an umbrella review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 15(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0676-2>
- [4.24] Olstad, D. L., Ancilotto, R., Teychenne, M., Minaker, L. M., Taber, D. R., Raine, K. D., Nykiforuk, C. I. J. & Ball, K. (2017). Can targeted policies reduce obesity and improve obesity-related behaviours in socioeconomically disadvantaged populations? A systematic review. *Obes Rev*, 18(7), 791–807. <https://doi.org/10.1111/obr.12546>
- [4.25] Abeykoon, A. M. H., Engler-Stringer, R. & Muhajarine, N. (2017). Health-related outcomes of new grocery store interventions: a systematic review. *Public Health Nutr*, 20(12), 2236–2248. <https://doi.org/10.1017/S1368980017000933>
- [4.26] Ball, K., Carver, A., Downing, K., Jackson, M. & O'Rourke, K. (2015). Addressing the social determinants of inequities in physical activity and sedentary behaviours. *Health Promot Int*, 30(Suppl. 2), ii8–19. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav022>

- [4.27] Everson-Hock, E. S., Johnson, M., Jones, R., Woods, H. B., Goyder, E., Payne, N. & Chilcott, J. (2013). Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: a mixed methods systematic review. *Prev Med*, 56(5), 265–272. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.02.023>
- [4.28] Schnyder-Walser, K., Ruflin, R., Grunder, M. & Widmer, P. (2015). *Literaturanalyse «Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts»*. Schlussbericht. BAG. <https://www.aramis.admin.ch/Default?DocumentID=46832>
- [4.29] Riou, J., Panczak, R., Althaus, C. L., Junker, C., Perisa, D., Schneider, K., Criscuolo, N. G., Low, N. & Egger, M. (2021). Socioeconomic position and the COVID-19 care cascade from testing to mortality in Switzerland: a population-based analysis. *Lancet Public Health*, 6(9), e683–e691. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00160-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00160-2)
- [4.30] Webb Hooper, M., Nápoles, A. M. & Pérez-Stable, E. J. (2020). COVID-19 and racial/ethnic disparities. *JAMA*, 323(24), 2466–2467. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.8598>
- [4.31] Mathur, R., Rentsch, C. T., Morton, C. E., Hulme, W. J., Schultze, A., MacKenna, B., Eggo, R. M., Bhaskaran, K., Wong, A. Y. S., Williamson, E. J., Forbes, H., Wing, K., McDonald, H. I., Bates, C., Bacon, S., Walker, A. J., Evans, D., Inglesby, P., Mehrkar, A., ... Goldacre, B. (2021). Ethnic differences in SARS-CoV-2 infection and COVID-19-related hospitalisation, intensive care unit admission, and death in 17 million adults in England: an observational cohort study using the OpenSAFELY platform. *Lancet*, 397(10286), 1711–1724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00634-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00634-6)
- [4.32] Probst, J. & Ruedin, D. (2021). *Littérature en santé relative au covid-19: focus sur la population migrante*. (SFM studies: Bd. 78). <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/gesundheitskompetenz/migrationsbevölkerung-gesundheitskompetenz-und-covid-19.pdf>
- [4.33] Bishop, A. (2020). *Vulnerability amplified: the impact of the COVID-19 pandemic on LGBTIQ people*. OutRight Action International. https://outrightinternational.org/sites/default/files/COVIDsReportDesign_FINAL_LR_0.pdf
- [4.34] M.I.S. TREND (2020). *Etude sur les habitudes alimentaires et l'activité physique de la population en Suisse pendant la période des mesures du Conseil fédéral visant à freiner la propagation du Covid-19 (du 13 mars au 26. avril)*. IRES. <https://www.blv.admin.ch/dam/blv/fr/dokumente/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/ernaehrung-waehrend-lockdown-bericht.pdf>
- [4.35] Höglinger, M. & Heiniger, S. (2020). *Verhaltensänderungen im Lockdown und persönliche Herausforderungen: Auswertungen mit Daten des COVID-19 Social Monitor für Gesundheitsförderung Schweiz*. Schlussbericht. WIG; ZHAW. https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/22546/3/2020_Hoeglinger-Heininger_Covid19-Social-Monitor-Schlussbericht.pdf
- [4.36] Prickett, K. C., Habibi, H. & Carr, P. A. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy and acceptance in a cohort of diverse New Zealanders. *Lancet Reg Health West Pac*, 14, 100241. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100241>
- [4.37] Friemel, T. N. & Geber, S. (2021). *The role of socio-demographics in Covid-19 prevention*. Fachdiskussion Covid-19 Taskforce 12. Jan. 2021. IKMZ. https://covid-norms.ch/wp-content/uploads/2021/03/Covid-Norms_Fachgespraech_20210112_Friemel-Geber_webseite.pdf
- [4.38] Geber, S., Tribelhorn, L. & Friemel, T. N. (2020). *Die Impfbereitschaft in der Schweizer Bevölkerung*. Covid-Norms. <https://covid-norms.ch/impfbereitschaft-schweiz/>
- [4.39] Robertson, E., Reeve, K. S., Niedzwiedz, C. L., Moore, J., Blake, M., Green, M., Katikireddi, S. V. & Benzeval, M. J. (2021). Predictors of COVID-19 vaccine hesitancy in the UK household longitudinal study. *Brain Behav Immun*, 94, 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.03.008>
- [4.40] Chang, T.-H., Chen, Y.-C., Chen, W.-Y., Chen, C.-Y., Hsu, W.-Y., Chou, Y. & Chang, Y.-H. (2021). Weight gain associated with covid-19 lockdown in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 13(10), 3668. <https://doi.org/10.3390/nu13103668>
- [4.41] Lubrecht, J., Arayess, L., Reijnders, D., Hesselink, M. L., Velde, G. ten, Janse, A., Rosenstiel, I. von, Mil, E. G. A. H. van, Verweij, M. & Vreugdenhil, A. C. E. (2022). Weight gain in children during the COVID-19 pandemic and the protective effect of lifestyle intervention in children with obesity. *Obes Facts*, 15(4), 600–608. <https://doi.org/10.1159/000525298>

- [4.42] Vogel, M., Geserick, M., Gausche, R., Beger, C., Poulain, T., Meigen, C., Körner, A., Keller, E., Kiess, W. & Pfäffle, R. (2022). Age- and weight group-specific weight gain patterns in children and adolescents during the 15 years before and during the COVID-19 pandemic. *Int J Obes*, 46(1), 144–152. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00968-2>
- [4.43] Lange, S. J., Kompaniyets, L., Freedman, D. S., Kraus, E. M., Porter, R., Blanck, H. M. & Goodman, A. B. (2021). Longitudinal Trends in Body Mass Index Before and During the COVID-19 Pandemic Among Persons Aged 2–19 Years: United States, 2018–2020. *Morb Mortal Wkly Rep*, 70(37), 1278–1283. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7037a3>
- [4.44] Eneli, I., Xu, J. & Pratt, K. (2022). Change in weight category among youth early in the COVID-19 pandemic. *Clinical Obesity*, 12(3), e12522. <https://doi.org/10.1111/cob.12522>
- [4.45] Bundesamt für Statistik (BFS). *Familien*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/familien.html>
- [4.46] Stutz, H. & Bischof, S. (2018). *Kinder in multilokalen Familienkonstellationen: Sekundärdatenanalyse erstellt im Auftrag der Bildungsdirektion Kanton Zürich*. https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2018/ZH_2018_GetrennteEltern_Schlussbericht.pdf
- [4.47] Stutz, H., Bischof, S., Heusser, C., Guggenbühl, T., Degen, M., Büchler, A. & Simoni, H. (2022, im Druck). *Wenn die Eltern nicht zusammenwohnen: Elternschaft und Kinderalltag*. EKFF.
- [4.48] Golombok, S. & Badger, S. (2010). Children raised in mother-headed families from infancy: a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers, at early adulthood. *Hum Reprod*, 25(1), 150–157. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep345>
- [4.49] Simoni, H. (2012). *Sozialwissenschaftliche Grundlagen zu den Konzepten «Kindeswohl, Familie und Elternschaft» im Fortpflanzungsmedizingesetz*. Gutachten im Auftrag des BAG. MMI. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/biomed/fortpflanzungsmedizin/gutachten-kindeswohl-heidi-simoni.pdf>
- [4.50] Huebner, G., Boothby, N., Aber, J. L., Darmstadt, G. L., Diaz, A., Masten, A. S., Yoshikawa, H., Redlener, I., Emmel, A., Pitt, M., Arnold, L., Barber, B., Berman, B., Blum, R., Canavera, M., Eckerle, J., Fox, N. A., Gibbons, J. L., Hargarten, S. W., ... Zeanah, C. H. (2016). Beyond survival: the case for investing in young children globally. *NAM Perspectives*, 6(6). <https://doi.org/10.31478/201606b> (Discussion Paper).
- [4.51] Caritas Schweiz (2019). *Kinderarmut in der Schweiz überwinden*. <https://www.caritas.ch/de/was-wir-sagen/unsere-aktionen/kinderarmut-in-der-schweiz.html>
- [4.52] Amacker, M., Funke, F. & Wenger, N. (2015). *Alleinerziehende und Armut in der Schweiz*. Caritas Schweiz.
- [4.53] Schöbi, B., Holmer, P. & Schöbi, D. (2020). Bestrafungsverhalten von Eltern in der Schweiz. *undKinder*, 106, 35–48.
- [4.54] Walper, S., Entleitner-Phleps, C. & Langmeyer, A. N. (2020). Betreuungsmodelle in Trennungsfamilien: ein Fokus auf das Wechselmodell. *ZSE*, 40(1), 62–80. <https://content-select.com/de/portal/media/view/5ea1b845-3fcc-4b0b-86fb-1983b0dd2d03>
- [4.55] Brunner, S., Hardegger, K. & Salis, G. von (2020). Konflikte in getrennten Familien: Erfahrungen aus der KET-Beratung. *undKinder*, 105, 29–38. https://www.mmi.ch/uploads/Downloads/mmi_undKinder_105_Konflikte-in-getrennten-Familien.pdf

Kapitel 5

- [5.1] WHO Regional Office for Europe (WHO Europe) (2020). *Framework on early childhood development in the WHO European Region*.
- [5.2] Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2018). *Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit*. www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/kinder-und-jugend/gesundheitsfoerderung-und-praevention-fruehe-kindheit.pdf
- [5.3] Hafen, M. (2014). *'Better Together' – Prävention durch Frühe Förderung: präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren*. Schlussbericht, überarbeitete und erweiterte Version. BAG. https://fen.ch/texte/mh_ff-schlussbericht.pdf
- [5.4] Der Bundesrat (2021). *Politik der frühen Kindheit: Auslegeordnung und Entwicklungsmöglichkeiten auf Bundesebene*. Bericht des Bundesrates. <https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/kinder/berichte-vorstoesse/br-bericht-fruehe-kindheit.pdf>

- [5.5] Hafen, M. (2015). *Zur Bedeutung professioneller Arbeit im Kleinkindbereich: ein Argumentarium mit Blick auf theoretische Überlegungen, empirische Evidenz und erfolgreiche Praxis*. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit; GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/1-kap/fokusthemen/fruehe-foerderung/Grundlagenpapier_zur_Bedeutung_professioneller_Arbeit_im_Kleinkindbereich.pdf
- [5.6] Crandall, A., Miller, J. R., Cheung, A., Novilla, L. K., Glade, R., Novilla, M. L. B., Magnusson, B. M., Leavitt, B. L., Barnes, M. D. & Hanson, C. L. (2019). ACEs and counter-ACEs: how positive and negative childhood experiences influence adult health. *Child Abuse Negl*, 96, 104089. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104089>
- [5.7] Hafen, M. (2017). Stärkung von Lebenskompetenzen in der frühen Kindheit: ein Weg zur Reduktion sozialer Ungleichheit. In F. Hänsenberger-Aebi & U. Schäfer (Hg.), *Teilhabe und Verschiedenheit: Bd. 3. Eltern sein plus! Begleitung von Kindern mit Unterstützungsbedarf* (S. 35–63). Seismo.
- [5.8] Luhmann, N. (1994). *Soziale Systeme: Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Suhrkamp.
- [5.9] Werner, E. E. & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood* (5. Aufl.). Cornell Univ. Press.
- [5.10] Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health: a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children*. (World Health Organization monograph series: Bd. 2).
- [5.11] McLaughlin, K. A., Mackey, A., Bunge, S. A., Fetz Fernandes, G., Brown, K. & Bühler J. C. (2018). *Human brain plasticity: future research directions and implications for children's learning and development*. Jacobs Foundation.
- [5.12] Spork, P. (2017). *Gesundheit ist kein Zufall: Wie das Leben unsere Gene prägt. Die neuesten Erkenntnisse der Epigenetik* (2. Aufl.). Deutsche Verlags-Anstalt.
- [5.13] Hüttenmoser, M. (1995). Children and their living surroundings: empirical investigations into the significance of living surroundings for the everyday life and development of children. *Children's Environments*, 12(4), 403–413. <http://www.jstor.org/stable/41514991>
- [5.14] Marmot, M. (2020). Health equity in England: the Marmot review 10 years on. *BMJ*, 368, m693. <https://doi.org/10.1136/bmj.m693>
- [5.15] Selita, F. & Kovas, Y. (2019). Genes and gini: what inequality means for heritability. *J Biosoc Sci*, 51(1), 18–47. <https://doi.org/10.1017/S0021932017000645>
- [5.16] Heckman, J. J. & Masterov, D. V. (2007). The productivity argument for investing in young children. *Rev Agricultural Economics*, 29(3), 446–493. <https://doi.org/10.1111/J.1467-9353.2007.00359.X>
- [5.17] Rea, D. & Burton, T. (2020). New evidence on the Heckman curve. *J Econ Surv*, 34(2), 241–262. <https://doi.org/10.1111/joes.12353>
- [5.18] Fischer, S. & Stanak, M. (2017). *Social return on investment: outcomes, methods and economic parameters*. Final report (HTA-Projektbericht 96). LBI-HTA. https://eprints.hta.lbg.ac.at/1142/1/HTA-Projektbericht_Nr.96.pdf
- [5.19] BAK Economics AG (2020). *Volkswirtschaftliches Gesamtmodell für die Analyse zur «Politik der frühen Kindheit»: Bericht im Auftrag der Jacobs Foundation*. Executive Summary.
- [5.20] Professor Heckman (2021). *The Heckman Curve*. <https://heckmanequation.org/resource/the-heckman-curve>
- [5.21] Stamm, M. (2009). *Frühkindliche Bildung in der Schweiz: Eine Grundlagenstudie im Auftrag der UNESCO-Kommission Schweiz*. Universität Fribourg.
- [5.22] Stern, S., Schwab Cammarano, S. & Rocchi, A. de (2017). *Kantonale Strategien und Koordinationsansätze im Bereich der FBBE: Bestandsaufnahme bei den Kantonen*. Jacobs Foundation; BSV; Bundesamt für Migration.
- [5.23] Stern, S., Schwab Cammarano, S., Gschwend, E. & Sigrist, D. (2019). *Für eine Politik der frühen Kindheit: eine Investition in die Zukunft*. Schweizerische UNESCO-Kommission.
- [5.24] Chzhen, Y., Gromada, A. & Rees, G. (2019). *Are the world's richest countries family friendly? Policy in the OECD and EU*. UNICEF Office of Research.

- [5.25] Hafen, M. (2019). *Analyse der Frühen Förderung im Kanton Basel-Stadt und Entwicklung einer kantonalen Strategie: Bericht zur SWOT-Analyse*. Erziehungsdepartement Basel-Stadt. https://www.jfs.bs.ch/dam/jcr:4e312083-010c-4b99-8662-67e3d7db4c94/bericht_fruhe_foerderung.pdf
- [5.26] Hafen, M. & Meier Magistretti, C. (2021). *Familienzentrierte Vernetzung in der Schweiz: Eine Vorstudie vor dem Hintergrund der «Frühe Hilfen»-Strategie in Österreich*. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. <https://www.hslu.ch/de-ch/hochschule-luzern/forschung/projekte/detail/?pid=4254>
- [5.27] Infrac, B, S, S, Volkswirtschaftliche Beratung & Jacobs Foundation (2018). *Whitepaper zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf: Zwischen Wunsch und Realität*. https://www.bss.swiss/images/stories/bss-basel/downloads/JacobFoundation_Whitepaper_Elternerwerbstaetigkeit.pdf
- [5.29] Meier Magistretti, C., Walter-Laager, C., Schraner, M. & Schwarz, J. (2019). *Angebote der Frühen Förderung in Schweizer Städten (AFFiS): Kohortenstudie zur Nutzung und zum Nutzen von Angeboten aus Elternsicht*. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- [5.30] Stern, S., Schultheiss, A., Fliedner, J., Iten, R. & Felfe, C. (2015). *Analyse der Vollkosten und der Finanzierung von Krippenplätzen in Deutschland, Frankreich und Österreich im Vergleich zur Schweiz: Schlussbericht*. (Beiträge zur sozialen Sicherheit: 15, Nr. 3). <http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=de&lnr=03/15>
- [5.31] Eidgenössische Kommission für Familienfragen (EKFF) (2019). *Qualitätssteuerung der institutionellen Kinderbetreuung: ein Flickenteppich mit Folgen*. Policy Brief 1.
- [5.32] Hafen, M. (2018). *Einsatz von Nichtprofessionellen in professionellen Kontexten im Frühbereich: ein Grundlagenbericht mit besonderem Fokus auf Programme zur Unterstützung von sozial benachteiligten Familien*. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1402009>
- [5.33] Wustmann Seiler, C. & Simoni, H. (2016). *Orientierungsrahmen für frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung in der Schweiz: Nationales Referenzdokument für Qualität in der frühen Kindheit*. Schweizerische UNESCO-Kommission, Netzwerk Kinderbetreuung Schweiz.
- [5.34] Stern, S., Schultheiss, A., Schwab Cammarano, S. & Angst, V. (2016). *Evaluation Primokiz*. Schlussbericht. Jacobs Foundation.
- [5.35] Becker, R. & Schoch, J. (2018). *Soziale Selektivität: Empfehlungen des Schweizerischen Wissenschaftsrates SWR*. Expertenbericht im Auftrag des SWR. (Politische Analyse: Bd. 3). SWR.
- [5.36] Gnaegi, P. (2019). Karriereunterbrüche: Wirtschaftliche Folgen und Lösungen. *CHSS*, 3, 38–40. https://soziale-sicherheit-chss.ch/wp-content/uploads/2019/09/dCHSS_19-03_Gnaegi_bf.pdf
- [5.37] Eidgenössische Kommission für Familienfragen (EKFF) (2020). *Armut und Existenzsicherung von Familien*. Policy Brief 2.
- [5.38] Gardini, E. S., Schaub, S., Neuhauser, A., Ramseier, E., Villiger, A., Ehlert, U., Lanfranchi, A. & Turecki, G. (2020). Methylation of the glucocorticoid receptor promoter in children: links with parents as teachers, early life stress, and behavior problems. *Dev Psychopathol*, 34(3), 810–822. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001984>
- [5.39] Dreifuss, C. & Lannen, P. (2018). *Bericht zur Evaluation der alternativen Umsetzungsmodelle des Programms schrittweise: Februar 2013 – September 2017*. a:primo; MMI. https://www.a-primo.ch/download/pictures/03/ak2szrc8bdkwp5fqxzwf4gvcb61tkn/bericht_mmi_evaluation_alternative_modelle_schrittweise.pdf
- [5.40] Amsler, F. & Täschler, S. (2019). *Spielgruppen im Kanton Basel-Stadt: Bericht zur 10. Befragung von Spielgruppenleiterinnen*. Schuljahr 2018/19 (Kennzahlen zu Kindern im Obligatorium in Spielgruppen mit Sprachförderung). Erziehungsdepartement Basel-Stadt. https://www.volksschulen.bs.ch/dam/jcr:d7a1cabf-d164-4e93-86d7-08e8976d8644/Bericht_Befragung_SJ_2018_19.pdf
- [5.41] Eberitzsch, S., Brink, I. O. & Lätsch, D. (2020). Angebote für armutsbetroffene Familien mit Vorschulkindern: zur Schnittstelle von materieller Sicherheit, frühkindlicher Bildung und Frühen Hilfen in der Schweiz. In *ISA-Jahrbuch zur Sozialen Arbeit 2020* (S. 192–207): Institut für soziale Arbeit e. V. (ISA).
- [5.42] Haas, S. & Weigl, M. (2017). *Frühe Hilfen: Eckpunkte eines «Idealmodells» für Österreich 2017*. Aktualisierter wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich. <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/294>
- [5.43] Gesundheit Österreich (2019). *Früdok 2.0: Frühe Hilfen*.

Kapitel 6

- [6.1] World Health Organization (WHO) (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656>
- [6.2] World Health Organization (WHO) (o. J.). *Constitution of the World Health Organization*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- [6.3] Poitras, V. J., Gray, C. E., Borghese, M. M., Carson, V., Chaput, J.-P., Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Pate, R. R., Connor Gorber, S., Kho, M. E., Sampson, M. & Tremblay, M. S. (2016). Systematic review of the relationships between objectively measured physical activity and health indicators in school-aged children and youth. *Appl Physiol Nutr Metab*, 41(6 Suppl. 3), S197–S239. <https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0663>
- [6.4] Carson, V., Lee, E.-Y., Hewitt, L., Jennings, C., Hunter, S., Kuzik, N., Stearns, J. A., Unrau, S. P., Poitras, V. J., Gray, C. E., Adamo, K. B., Janssen, I., Okely, A. D., Spence, J. C., Timmons, B. W., Sampson, M. & Tremblay, M. S. (2017). Systematic review of the relationships between physical activity and health indicators in the early years (0–4 years). *BMC Public Health*, 17(Suppl. 5), 854. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4860-0>
- [6.5] Okely, A. D., Ghersi, D., Loughran, S. P., Cliff, D. P., Shilton, T., Jones, R. A., Stanley, R. M., Sherring, J., Toms, N., Eckermann, S., Olds, T. S., Zhang, Z., Parrish, A.-M., Kervin, L., Downie, S., Salmon, J., Bannerman, C., Needham, T., Marshall, E., ... Tremblay, M. S. (2022). A collaborative approach to adopting/adapting guidelines: the Australian 24-hour movement guidelines for children (5–12 years) and young people (13–17 years): an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. Research report. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 19(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01236-2>
- [6.6] Carson, V., Hunter, S., Kuzik, N., Gray, C. E., Poitras, V. J., Chaput, J.-P., Saunders, T. J., Katzmarzyk, P. T., Okely, A. D., Connor Gorber, S., Kho, M. E., Sampson, M., Lee, H. & Tremblay, M. S. (2016). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. *Appl Physiol Nutr Metab*, 41(6 Suppl. 3), S240–S265. <https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0630>
- [6.7] Poitras, V. J., Gray, C. E., Janssen, X., Aubert, S., Carson, V., Faulkner, G., Goldfield, G. S., Reilly, J. J., Sampson, M. & Tremblay, M. S. (2017). Systematic review of the relationships between sedentary behaviour and health indicators in the early years (0–4 years). *BMC Public Health*, 17(Suppl. 5), 868. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4849-8>
- [6.8] Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J. & Payne, W. R. (2013). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 10, 98. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-98>
- [6.9] Mura, G., Vellante, M., Nardi, A. E., Machado, S. & Carta, M. G. (2015). Effects of school-based physical activity interventions on cognition and academic achievement: a systematic review. *CNS Neurol Disord Drug Targets*, 14(9), 1194–1208. <https://doi.org/10.2174/1871527315666151111121536>
- [6.10] Donnelly, J. E., Hillman, C. H., Castelli, D., Etner, J. L., Lee, S., Tomporowski, P., Lambourne, K. & Szabo-Reed, A. N. (2016). Physical activity, fitness, cognitive function, and academic achievement in children: a systematic review. *Med Sci Sports Exerc*, 48(6), 1223–1224. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000966>
- [6.11] LeBlanc, A. G., Spence, J. C., Carson, V., Connor Gorber, S., Dillman, C., Janssen, I., Kho, M. E., Stearns, J. A., Timmons, B. W. & Tremblay, M. S. (2012). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in the early years (aged 0–4 years). *Appl Physiol Nutr Metab*, 37(4), 753–772. <https://doi.org/10.1139/h2012-063>
- [6.12] Timmons, B. W., LeBlanc, A. G., Carson, V., Connor Gorber, S., Dillman, C., Janssen, I., Kho, M. E., Spence, J. C., Stearns, J. A. & Tremblay, M. S. (2012). Systematic review of physical activity and health in the early years (aged 0–4 years). *Appl Physiol Nutr Metab*, 37(4), 773–792. <https://doi.org/10.1139/h2012-070>
- [6.13] Jones, R. A., Hinkley, T., Okely, A. D. & Salmon, J. (2013). Tracking physical activity and sedentary behavior in childhood: a systematic review. *Am J Prev Med*, 44(6), 651–658. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.03.001>

- [6.14] Hayes, G., Dowd, K. P., MacDonncha, C. & Donnelly, A. E. (2019). Tracking of physical activity and sedentary behavior from adolescence to young adulthood: a systematic literature review. *J Adolesc Health, 65*(4), 446–454. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.03.013>
- [6.15] Gruber, R., Laviolette, R., Deluca, P., Monson, E., Cornish, K. & Carrier, J. (2010). Short sleep duration is associated with poor performance on IQ measures in healthy school-age children. *Sleep Med, 11*(3), 289–294. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.09.007>
- [6.16] Gruber, R., Michaelsen, S., Bergmame, L., Frenette, S., Bruni, O., Fontil, L. & Carrier, J. (2012). Short sleep duration is associated with teacher-reported inattention and cognitive problems in healthy school-aged children. *Nat Sci Sleep, 4*, 33–40. <https://doi.org/10.2147/NSS.S24607>
- [6.17] Cappuccio, F. P., Taggart, F. M., Kandala, N.-B., Currie, A., Peile, E., Stranges, S. & Miller, M. A. (2008). Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep, 31*(5), 619–626. <https://doi.org/10.1093/sleep/31.5.619>
- [6.18] Steenari, M.-R., Vuontela, V., Paavonen, E. J., Carlson, S., Fjallberg, M. & Aronen, E. T. (2003). Working memory and sleep in 6- to 13-year-old schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 42*(1), 85–92. <https://doi.org/10.1097/00004583-200301000-00014>
- [6.19] Matricciani, L., Blunden, S., Rigney, G., Williams, M. T. & Olds, T. S. (2013). Children's sleep needs: is there sufficient evidence to recommend optimal sleep for children? *Sleep, 36*(4), 527–534. <https://doi.org/10.5665/sleep.2538>
- [6.20] Schmutz, E. A., Haile, S. R., Leeger-Aschmann, C. S., Kakebeeke, T. H., Zysset, A. E., Messerli-Bürgy, N., Stülb, K., Arhab, A., Meyer, A. H., Munsch, S., Puder, J. J., Jenni, O. G. & Kriemler, S. (2018). Physical activity and sedentary behavior in preschoolers: a longitudinal assessment of trajectories and determinants. *Int J Behav Nutr Phys Act, 15*(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0670-8>
- [6.21] Schmutz, E. A., Leeger-Aschmann, C. S., Radtke, T., Muff, S., Kakebeeke, T. H., Zysset, A. E., Messerli-Bürgy, N., Stülb, K., Arhab, A., Meyer, A. H., Munsch, S., Puder, J. J., Jenni, O. G. & Kriemler, S. (2017). Correlates of preschool children's objectively measured physical activity and sedentary behavior: a cross-sectional analysis of the SPLASHY study. *Int J Behav Nutr Phys Act, 14*(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0456-9>
- [6.22] Lightfoot, J. T., Geus, E. J. C. de, Booth, F. W., Bray, M. S., Hoed, M. den, Kaprio, J., Kelly, S. A., Pomp, D., Saul, M. C., Thomis, M. A., Garland, T. & Bouchard, C. (2018). Biological/genetic regulation of physical activity level: consensus from GenBioPAC. *Med Sci Sports Exerc, 50*(4), 863–873. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001499>
- [6.23] Jenni, O. G. (2021). Bereiche der Entwicklung: die Facetten des Kindes. In O. G. Jenni (Hg.), *Die Kindliche Entwicklung Verstehen: Praxiswissen über Phasen und Störungen* (S. 59–161). Springer.
- [6.24] Bringolf, B., Probst-Hensch, N., Kayser, B. & Suggs, S. (2016). *Schlussbericht zur SOPHYA-Studie*. Swiss TPH. www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/Schlussbericht_SOPHYA.pdf
- [6.25] Corder, K., Sharp, S. J., Atkin, A. J., Andersen, L. B., Cardon, G., Page, A. S., Davey, R., Grøntved, A., Hallal, P. C., Janz, K. F., Kordas, K., Kriemler, S., Puder, J. J., Sardinha, L. B., Ekelund, U. & Sluijs, E. M. F. van (2016). Age-related patterns of vigorous-intensity physical activity in youth: The International Children's Accelerometry Database. *Prev Med Rep, 4*, 17–22. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.05.006>
- [6.26] Wu, S., Cohen, D. A., Shi, Y., Pearson, M., Sturm, R. & Cohen, D. A. (2011). Economic analysis of physical activity interventions. *Am J Prev Med, 40*(2), 149–158. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.10.029>
- [6.27] Craddock, A. L., Barrett, J. L., Kenney, E. L., Giles, C. M., Ward, Z. J., Long, M. W., Resch, S. C., Pipito, A. A., Wei, E. R. & Gortmaker, S. L. (2017). Using cost-effectiveness analysis to prioritize policy and programmatic approaches to physical activity promotion and obesity prevention in childhood. *Prev Med, 95*(Suppl.), S17–S27. <https://doi.org/10.1016/j.yjpm.2016.10.017>
- [6.28] Moore, J. B., Heboyan, V., Oniffrey, T. M., Brinkley, J., Andrews, S. M. & Kolbe, M. B. (2017). Cost-effectiveness of community-based minigrants to increase physical activity in youth. *J Public Health Manag Pract, 23*(4), 364–369. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000486>
- [6.29] Wang, H., Li, T., Siahpush, M., Chen, L.-W. & Huberty, J. (2017). Cost-effectiveness of ready for recess to promote physical activity in children. *J Sch Health, 87*(4), 278–285. <https://doi.org/10.1111/josh.12495>

- [6.30] Burn, E., Marshall, A. L., Miller, Y. D., Barnett, A. G., Fjeldsoe, B. S. & Graves, N. (2015). The cost-effectiveness of the MobileMums intervention to increase physical activity among mothers with young children: a Markov model informed by a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 5(4), e007226. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007226>
- [6.31] Williams, C. M., Lin, C.-W. C. & Jan, S. (2012). Economic analysis of physical activity interventions. *Br J Sports Med*, 46(6), 422–423. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091121>
- [6.32] Lehnert, T., Sonntag, D., Konnopka, A., Riedel-Heller, S. G. & König, H.-H. (2012). The long-term cost-effectiveness of obesity prevention interventions: systematic literature review. *Obes Rev*, 13(6), 537–553. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00980.x>
- [6.33] World Health Organization (WHO) (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour, and sleep for children under 5 years of age*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664>
- [6.34] World Health Organization (WHO) (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014886>
- [6.35] Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (hepa.ch) (2022). *Bewegungsempfehlungen*. <https://www.hepa.ch/de/bewegungsempfehlungen.html>
- [6.36] Steene-Johannessen, J., Hansen, B. H., Dalene, K. E., Kolle, E., Northstone, K., Møller, N. C., Grøntved, A., Wedderkopp, N., Kriemler, S., Page, A. S., Puder, J. J., Reilly, J. J., Sardinha, L. B., Sluijs, E. M. F. van, Andersen, L. B., Ploeg, H. P. van der, Ahrens, W., Flexeder, C., Standl, M., ... Ekelund, U. (2020). Variations in accelerometry measured physical activity and sedentary time across Europe: harmonized analyses of 47,497 children and adolescents. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 17(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00930-x>
- [6.37] Herzig, M., Dössegger, A., Mäder, U., Kriemler, S., Wunderlin, T., Grize, L., Brug, J., Manios, Y., Braun-Fahrlander, C. & Bringolf-Isler, B. (2012). Differences in weight status and energy-balance related behaviors among schoolchildren in German-speaking Switzerland compared to seven countries in Europe. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 9, 139. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-139>
- [6.38] Verloigne, M., Lippevelde, W. van, Maes, L., Yildirim, M., Chinapaw, M., Manios, Y., Androutsos, O., Kovács, E., Bringolf-Isler, B., Brug, J. & Bourdeaudhuij, I. de (2012). Levels of physical activity and sedentary time among 10- to 12-year-old boys and girls across 5 European countries using accelerometers: an observational study within the ENERGY-project. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 9, 34. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-34>
- [6.39] Sucht Schweiz (2021). *Health behaviour in school-aged children (HBSC): WHO collaborative cross-national survey*. https://www.hbsc.ch/de/studie_in_kurze.html
- [6.40] Sauter, D. (2019). *Mobilität von Kindern und Jugendlichen: Veränderungen zwischen 1994 und 2015 – Analyse basierend auf den Mikrozensen «Mobilität und Verkehr» 2004 bis 2015*. ASTRA. www.astra.admin.ch/dam/astra/de/dokumente/langsamverkehr/mobilitaet-kinder-2019.pdf
- [6.41] Kriemler, S., Zahner, L., Schindler, C., Meyer, U., Hartmann, T., Hebestreit, H., Brunner-La Rocca, H.-P., Mechelen, W. van, Puder, J. J. & Brunner-La Rocca, H.-P. (2010). Effect of school based physical activity programme (KISS) on fitness and adiposity in primary schoolchildren: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 340, c785. <https://doi.org/10.1136/bmj.c785>
- [6.42] Meyer, U., Schindler, C., Zahner, L., Ernst, D., Hebestreit, H., Mechelen, W. van, Brunner-La Rocca, H.-P., Probst-Hensch, N., Puder, J. J. & Kriemler, S. (2014). Long-term effect of a school-based physical activity program (KISS) on fitness and adiposity in children: a cluster-randomized controlled trial. *PLoS One*, 9(2), e87929. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087929>
- [6.43] Meyer, U., Schindler, C., Bloesch, T., Schmocker, E., Zahner, L., Puder, J. J. & Kriemler, S. (2014). Combined impact of negative lifestyle factors on cardiovascular risk in children: a randomized prospective study. *J Adolesc Health*, 55(6), 790–795. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.07.007>
- [6.44] Meyer, U., Ernst, D., Zahner, L., Schindler, C., Puder, J. J., Kraenzlin, M., Rizzoli, R. & Kriemler, S. (2013). 3-Year follow-up results of bone mineral content and density after a school-based physical activity randomized intervention trial. *Bone*, 55(1), 16–22. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2013.03.005>

- [6.45] Meyer, U., Roth, R., Zahner, L., Gerber, M., Puder, J. J., Hebestreit, H. & Kriemler, S. (2013). Contribution of physical education to overall physical activity. *Scand J Med Sci Sports*, 23(5), 600–606. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2011.01425.x>
- [6.46] Zahner, L., Muehlbauer, T., Schmid, M., Meyer, U., Puder, J. J. & Kriemler, S. (2009). Association of sports club participation with fitness and fatness in children. *Med Sci Sports Exerc*, 41(2), 344–350. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318186d843>
- [6.47] Thiele, J. (Hg.) (2011). *Tägliche Sportstunde an Grundschulen in NRW: Modelle – Umsetzung – Ergebnisse*. Meyer & Meyer.
- [6.48] Bürgi, F., Meyer, U., Granacher, U., Schindler, C., Marques-Vidal, P., Kriemler, S. & Puder, J. J. (2011). Relationship of physical activity with motor skills, aerobic fitness and body fat in preschool children: a cross-sectional and longitudinal study (Ballabeina). *Int J Obes (Lond)*, 35(7), 937–944. <https://doi.org/10.1038/ijo.2011.54>
- [6.49] Bürgi, F., Meyer, U., Niederer, I., Ebenegger, V., Marques-Vidal, P., Granacher, U., Kriemler, S. & Puder, J. J. (2010). Socio-cultural determinants of adiposity and physical activity in preschool children: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 10, 733. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-733>
- [6.50] Bürgi, F., Niederer, I., Schindler, C., Bodenmann, P., Marques-Vidal, P., Kriemler, S. & Puder, J. J. (2012). Effect of a lifestyle intervention on adiposity and fitness in socially disadvantaged subgroups of preschoolers: a cluster-randomized trial (Ballabeina). *Prev Med*, 54(5), 335–340. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.02.007>
- [6.51] Ebenegger, V., Marques-Vidal, P., Kriemler, S., Nydegger, A., Zahner, L., Niederer, I., Bürgi, F. & Puder, J. J. (2012). Differences in aerobic fitness and lifestyle characteristics in preschoolers according to their weight status and sports club participation. *Obes Facts*, 5(1), 23–33. <https://doi.org/10.1159/000336603>
- [6.52] Niederer, I., Bürgi, F., Ebenegger, V., Marques-Vidal, P., Schindler, C., Nydegger, A., Kriemler, S. & Puder, J. J. (2013). Effects of a lifestyle intervention on adiposity and fitness in overweight or low fit preschoolers (Ballabeina). *Obesity (Silver Spring)*, 21(3), e287–e293. <https://doi.org/10.1002/oby.20119>
- [6.53] Niederer, I., Kriemler, S., Gut, J., Hartmann, T., Schindler, C., Barral, J. & Puder, J. J. (2011). Relationship of aerobic fitness and motor skills with memory and attention in preschoolers (Ballabeina): a cross-sectional and longitudinal study. *BMC Pediatr*, 11, 34. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-11-34>
- [6.54] Puder, J. J., Marques-Vidal, P., Schindler, C., Zahner, L., Niederer, I., Bürgi, F., Ebenegger, V., Nydegger, A. & Kriemler, S. (2011). Effect of multidimensional lifestyle intervention on fitness and adiposity in predominantly migrant preschool children (Ballabeina): cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 343, d6195. <https://doi.org/10.1136/bmj.d6195>
- [6.55] Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Radtke, T., Kakebeeke, T. H., Zysset, A. E., Messerli-Bürgy, N., Stülb, K., Arhab, A., Meyer, A. H., Munsch, S., Jenni, O. G., Puder, J. J. & Kriemler, S. (2016). Regional sociocultural differences as important correlate of physical activity and sedentary behaviour in Swiss preschool children. *Swiss Med Wkly*, 146, w14377. <https://doi.org/10.4414/smw.2016.14377>
- [6.56] Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Zysset, A. E., Kakebeeke, T. H., Messerli-Bürgy, N., Stülb, K., Arhab, A., Meyer, A. H., Munsch, S., Jenni, O. G., Puder, J. J. & Kriemler, S. (2019). Accelerometer-derived physical activity estimation in preschoolers: comparison of cut-point sets incorporating the vector magnitude vs the vertical axis. *BMC Public Health*, 19(1), 513. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6837-7>
- [6.57] Messerli-Bürgy, N., Kakebeeke, T. H., Arhab, A., Stülb, K., Zysset, A. E., Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Fares, F., Meyer, A. H., Munsch, S., Kriemler, S., Jenni, O. G. & Puder, J. J. (2016). The Swiss preschoolers' health study (SPLASHY): objectives and design of a prospective multi-site cohort study assessing psychological and physiological health in young children. *BMC Pediatr*, 16, 85. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0617-7>
- [6.58] Schmutz, E. A., Leeger-Aschmann, C. S., Kakebeeke, T. H., Zysset, A. E., Messerli-Bürgy, N., Stülb, K., Arhab, A., Meyer, A. H., Munsch, S., Puder, J. J., Jenni, O. G. & Kriemler, S. (2020). Motor competence and physical activity in early childhood: stability and relationship. *Front Public Health*, 8, 39. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00039>

- [6.59] Arhab, A., Messerli-Bürgy, N., Kakebeeke, T. H., Lanzi, S., Stülb, K., Zysset, A. E., Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Meyer, A. H., Munsch, S., Kriemler, S., Jenni, O. G. & Puder, J. J. (2018). Childcare correlates of physical activity, sedentary behavior, and adiposity in preschool children: a cross-sectional analysis of the SPLASHY study. *J Environ Public Health*, 2018, 9157194. <https://doi.org/10.1155/2018/9157194>
- [6.60] Arhab, A., Messerli-Bürgy, N., Kakebeeke, T. H., Stülb, K., Zysset, A. E., Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Meyer, A. H., Munsch, S., Kriemler, S., Jenni, O. G. & Puder, J. J. (2019). Association of physical activity with adiposity in preschoolers using different clinical adiposity measures: a cross-sectional study. *BMC Pediatr*, 19(1), 397. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1764-4>
- [6.61] Herzig, D., Eser, P., Radtke, T., Wenger, A., Rusterholz, T., Wilhelm, M., Achermann, P., Arhab, A., Jenni, O. G., Kakebeeke, T. H., Leeger-Aschmann, C. S., Messerli-Bürgy, N., Meyer, A. H., Munsch, S., Puder, J. J., Schmutz, E. A., Stülb, K., Zysset, A. E. & Kriemler, S. (2017). Relation of heart rate and its variability during sleep with age, Physical Activity, and Body Composition in Young Children. *Front Physiol*, 8, 109. <https://doi.org/10.3389/fphys.2017.00109>
- [6.62] MOBAK (2021). *Motorische Basiskompetenzen*. <http://mobak.info/>
- [6.63] Herrmann, C., Gerlach, E. & Seelig, H. (2015). Development and Validation of a Test Instrument for the Assessment of Basic Motor Competencies in Primary School. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 19(2), 80–90. <https://doi.org/10.1080/1091367X.2014.998821>
- [6.64] Herrmann, C., Bretz, K. & Kühnis, J. *Motorische Basiskompetenzen im Kindergarten: Monitoring und Zusammenhänge mit Geschlecht, Alter, Gewichtsstatus und bewegungsförderndem Kindergarten*. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_055_GFCH_2021-05_-_Mobak.pdf
- [6.65] Barker, D. J. (1995). Fetal origins of coronary heart disease. *BMJ*, 311(6998), 171–174. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.6998.171>
- [6.66] Gluckman, P. D., Hanson, M. A., Buklijas, T., Low, F. M. & Beedle, A. S. (2009). Epigenetic mechanisms that underpin metabolic and cardiovascular diseases. *Nat Rev Endocrinol*, 5(7), 401–408. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2009.102>
- [6.67] Coe, D. P. (2020). Means of optimizing physical activity in the preschool environment. *Am J Lifestyle Med*, 14(1), 16–23. <https://doi.org/10.1177/1559827618818419>
- [6.68] Fyfe-Johnson, A. L., Hazlehurst, M. F., Perrins, S. P., Bratman, G. N., Thomas, R., Garrett, K. A., Hafferty, K. R., Cullaz, T. M., Marcuse, E. K. & Tandon, P. S. (2021). Nature and children's health: a systematic review. *Pediatrics*, 148(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049155>
- [6.69] Matos, R., Monteiro, D., Amaro, N., Antunes, R., Coelho, L., Mendes, D. & Arufe-Giráldez, V. (2021). Parents' and children's (6–12 years old) physical activity association: a systematic review from 2001 to 2020. *Int J Environ Res Public Health*, 18(23), 6–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312651>
- [6.70] Mavilidi, M. F., Drew, R., Morgan, P. J., Lubans, D. R., Schmidt, M. & Riley, N. (2020). Effects of different types of classroom physical activity breaks on children's on-task behaviour, academic achievement and cognition. *Acta Paediatr*, 109(1), 158–165. <https://doi.org/10.1111/apa.14892>
- [6.71] Egger, F., Benzing, V., Conzelmann, A. & Schmidt, M. (2019). Boost your brain, while having a break! The effects of long-term cognitively engaging physical activity breaks on children's executive functions and academic achievement. *PLoS One*, 14(3), e0212482. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212482>
- [6.72] Kriemler, S., Meyer, U. & Martin-Diener, E. (2014). Schulbasierte Interventionsprogramme zur Verbesserung der körperlichen Aktivität und der Fitness von Kindern und Jugendlichen. In S. Kriemler, W. Lawrenz, P. Schober, C. Dorner, C. Graf, S. Titze & G. Samitz (Hg.), *Körperliche Aktivität und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter: Grundlagen – Empfehlungen – Praxis* (S. 134–145). Marseille.
- [6.73] Resaland, G. K., Aadland, E., Moe, V. F., Aadland, K. N., Skrede, T., Stavnsbo, M., Suominen, L., Steene-Johannessen, J., Glosvik, Ø., Andersen, J. R., Kvalheim, O. M., Engelsrud, G., Andersen, L. B., Holme, I. M., Ommundsen, Y., Kriemler, S., Mechelen, W. van, McKay, H. A., Ekelund, U. & Anderssen, S. A. (2016). Effects of physical activity on schoolchildren's academic performance: the Active Smarter Kids (ASK) cluster-randomized controlled trial. *Prev Med*, 91, 322–328. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.09.005>

- [6.74] Zürcher Kantonalverband für Sport (ZKS) & Sportamt des Kantons Zürich (2014). *Von der Schule in den Sportverein: Der freiwillige Schulsport im Kanton Zürich* (Dossier Sportkanton Zürich). https://www.zks-zuerich.ch/sites/default/files/files/downloads/publikationen/themendossiers/2014_dossier_sportkanton_zuerich_2014_von_der_schule_in_den_sportverein_einzelseiten.pdf
- [6.75] Mears, R. & Jago, R. (2016). Effectiveness of after-school interventions at increasing moderate-to-vigorous physical activity levels in 5- to 18-year olds: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*, 50(21), 1315–1324. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-094976>
- [6.76] Hillman, C. H., Erickson, K. I. & Kramer, A. F. (2008). Be smart, exercise your heart: exercise effects on brain and cognition. *Nat Rev Neurosci*, 9(1), 58–65. <https://doi.org/10.1038/nrn2298>
- [6.77] Hillman, C. H., Kamijo, K. & Scudder, M. (2011). A review of chronic and acute physical activity participation on neuroelectric measures of brain health and cognition during childhood. *Prev Med*, 52(Suppl. 1), S21–S28. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.01.024>
- [6.78] Morrow, J. R., Martin, S. B., Welk, G. J., Zhu, W. & Meredith, M. D. (2010). Overview of the Texas Youth Fitness Study. *Res Q Exerc Sport*, 81(3 Suppl.), S1–S5. <https://doi.org/10.1080/02701367.2010.10599688>
- [6.79] Bailey, R. (2006). Physical education and sport in schools: a review of benefits and outcomes. *J Sch Health*, 76(8), 397–401. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2006.00132.x>
- [6.80] Kriemler, S., Hebestreit, H. & Radtke, T. (2021). Einfluss von Bewegung und Sport auf die Gesundheit und Entwicklung. In I. Menrath, C. Graf, U. Granacher & S. Kriemler (Hg.), *Pädiatrische Sportmedizin: Kompendium für Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte und Sportärzte* (S. 35–50). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61588-1_4
- [6.81] Telama, R. (2009). Tracking of physical activity from childhood to adulthood: a review. *Obes Facts*, 2(3), 187–195. <https://doi.org/10.1159/000222244>
- [6.82] [o. V.] (2013). Ready, set, go for physical activity. *Lancet*, 381(9882), 1960. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61185-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61185-X)
- [6.83] Nogrady, B. (2017). Childhood obesity: a growing concern. *Nature*, 551(S96). <https://doi.org/10.1038/d41586-017-05868-y>

Kapitel 7

- [7.1] Marczak, L., O'Rourke, K. & Shepard, D. (2016). When and why people die in the United States, 1990–2013. *JAMA*, 315(3), 241. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.17599>
- [7.2] Dyke, N. van & Drinkwater, E. J. (2014). Relationships between intuitive eating and health indicators: literature review. *Public Health Nutr*, 17(8), 1757–1766. <https://doi.org/10.1017/S1368980013002139>
- [7.3] Société Suisse de Nutrition (SSN). *Disque alimentaire suisse*. www.sge-ssn.ch/fr/disque-de-l'alimentation/
- [7.4] Rangelov, N., Nogueira Avelar e Silva, R. & Suggs, L. S. (2021). Policy and food consumption: what nutrition guidelines are Swiss children meeting and what determines adherence? *Front Nutr*, 8, 641799. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.641799>
- [7.5] Suggs, L. S., Della Bella, S. & Marques-Vidal, P. (2016). Low adherence of Swiss children to national dietary guidelines. *Prev Med Rep*, 3, 244–249. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.03.004>
- [7.6] Gross, K., Späth, A., Dratva, J. & Stutz, E. Z. (2014). *SWIFS – Swiss Infant Feeding Study: étude nationale sur l'alimentation des nourrissons et la santé infantile durant la première année de vie*. Swiss TPH.
- [7.7] Contento, I. R. (2016). *Nutrition education: linking research, theory, and practice* (3. Aufl.). Jones & Barlett Learning.
- [7.8] Birch, L. L. & Davison, K. K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatr Clin North Am*, 48(4), 893–907. [https://doi.org/10.1016/s0031-3955\(05\)70347-3](https://doi.org/10.1016/s0031-3955(05)70347-3)
- [7.9] Ranjit, N., Wilkinson, A. V., Lytle, L. M., Evans, A. E., Saxton, D. & Hoelscher, D. M. (2015). Socioeconomic inequalities in children's diet: the role of the home food environment. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 12(Suppl. 1), S4. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-12-S1-S4>
- [7.10] Vidgen, H. A. & Gallegos, D. (2014). Defining food literacy and its components. *Appetite*, 76, 50–59. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.010>

- [7.11] Cotton, W., Dudley, D., Peralta, L. & Werkhoven, T. (2020). The effect of teacher-delivered nutrition education programs on elementary-aged students: an updated systematic review and meta-analysis. *Prev Med Rep*, 20, 101178. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101178>
- [7.12] Nekitsing, C., Blundell-Birtill, P., Cockcroft, J. E. & Hetherington, M. M. (2018). Systematic review and meta-analysis of strategies to increase vegetable consumption in preschool children aged 2–5 years. *Appetite*, 127, 138–154. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.04.019>
- [7.13] Danford, C. A., Schultz, C. & Marvicsin, D. (2015). Parental roles in the development of obesity in children: challenges and opportunities. *RRB*, 6, 39–53. <https://doi.org/10.2147/RRB.S75369>
- [7.14] Blaine, R. E., Kachurak, A., Davison, K. K., Klabunde, R. & Fisher, J. O. (2017). Food parenting and child snacking: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 14(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0593-9>
- [7.15] DeCosta, P., Møller, P., Frøst, M. B. & Olsen, A. (2017). Changing children's eating behaviour: a review of experimental research. *Appetite*, 113, 327–357. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.03.004>
- [7.16] Rochira, A., Tedesco, D., Ubiali, A., Fantini, M. P. & Gori, D. (2020). School gardening activities aimed at obesity prevention improve body mass index and waist circumference parameters in school-aged children: a systematic review and meta-analysis. *Child Obes*, 16(3), 154–173. <https://doi.org/10.1089/chi.2019.0253>
- [7.17] Robinson, C. W. & Zajicek, J. M. (2005). Growing Minds: The effects of a one-year school garden program on six constructs of life skills of elementary school children. *horttech*, 15(3), 453–457. <https://doi.org/10.21273/HORTTECH.15.3.0453>
- [7.18] Bailey, C. J., Drummond, M. J. & Ward, P. R. (2019). Food literacy programmes in secondary schools: a systematic literature review and narrative synthesis of quantitative and qualitative evidence. *Public Health Nutr*, 22(15), 2891–2913. <https://doi.org/10.1017/S1368980019001666>
- [7.19] Muzaffar, H., Metcalfe, J. J. & Fiese, B. (2018). Narrative review of culinary interventions with children in schools to promote healthy eating: directions for future research and practice. *Curr Dev Nutr*, 2(6), nzy016. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzy016>
- [7.20] Hasan, B., Thompson, W. G., Almasri, J., Wang, Z., Lakis, S., Prokop, L. J., Hensrud, D. D., Frie, K. S., Wirtz, M. J., Murad, A. L., Ewoldt, J. S. & Murad, M. H. (2019). The effect of culinary interventions (cooking classes) on dietary intake and behavioral change: a systematic review and evidence map. *BMC Nutr*, 5, 29. <https://doi.org/10.1186/s40795-019-0293-8>
- [7.21] Horst, K. van der, Ferrage, A. & Rytz, A. (2014). Involving children in meal preparation: effects on food intake. *Appetite*, 79, 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.03.030>
- [7.22] Hagmann, D., Siegrist, M. & Hartmann, C. (2020). Acquisition of cooking skills and associations with healthy eating in Swiss adults. *J Nutr Educ Behav*, 52(5), 483–491. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2019.12.016>
- [7.23] Micha, R., Karageorgou, D., Bakogianni, I., Trichia, E., Whitsel, L. P., Story, M., Peñalvo, J. L. & Mozaffarian, D. (2018). Effectiveness of school food environment policies on children's dietary behaviors: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 13(3), e0194555. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194555>
- [7.24] Raine, K. D., Atkey, K., Olstad, D. L., Ferdinands, A. R., Beaulieu, D., Buhler, S., Campbell, N., Cook, B., L'Abbé, M., Lederer, A., Mowat, D., Maharaj, J., Nykiforuk, C., Shelley, J. & Street, J. (2018). Approvisionnement en aliments sains et normes nutritionnelles dans les établissements publics: synthèse des données probantes et recommandations stratégiques consensuelles [Healthy food procurement and nutrition standards in public facilities: evidence synthesis and consensus policy recommendations]. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*, 38(1), 6–17. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.1.03>
- [7.25] Bucher Della Torre, S., Fabbi, S. & Carrard, I. (2021). Healthy snacks in school: how do regulations work? A mixed-design study. *J Sch Health*, 91(9), 697–705. <https://doi.org/10.1111/josh.13061>
- [7.26] Bucher Della Torre, S., Moullet, C. & Jotterand Chaparro, C. (2021). Impact of measures aiming to reduce sugars intake in the general population and their implementation in Europe: a scoping review. *Int J Public Health*, 66, 1604108. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604108>

- [7.27] Bere, E., Velde, S. J. te, Småstuen, M. C., Twisk, J. & Klepp, K.-I. (2015). One year of free school fruit in Norway: 7 years of follow-up. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 12, 139. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0301-6>
- [7.28] Carrard, I., Bucher Della Torre, S. & Levine, M. (2019). La promotion d'une image corporelle positive chez les jeunes [Promoting a positive body image in young people]. *Santé publique*, 31(4), 507–515. <https://doi.org/10.3917/spub.194.0507>
- [7.29] Wilksch, S. M. & Wade, T. D. (2015). Media Literacy in the Prevention of Eating Disorders. In L. Smolak & M. P. Levine (Hg.), *The Wiley handbook of eating disorders, vol. 2: Assessment, Prevention, Treatment, Policy, and Future Directions* (S. 610–624). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118574089.ch45>
- [7.30] Dalrymple, K. V., Vogel, C., Godfrey, K. M., Baird, J., Harvey, N. C., Hanson, M. A., Cooper, C., Inskip, H. M. & Crozier, S. R. (2022). Longitudinal dietary trajectories from preconception to mid-childhood in women and children in the Southampton Women's Survey and their relation to offspring adiposity: a group-based trajectory modelling approach. *Int J Obes (Lond)*, 46(4), 758–766. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-01047-2>
- [7.31] Louise, J., Poprzeczny, A. J., Deussen, A. R., Vinter, C., Tanvig, M., Jensen, D. M., Bogaerts, A., Devlieger, R., McAuliffe, F. M., Renault, K. M., Carlsen, E., Geiker, N., Poston, L., Briley, A., Thangaratinam, S. & Dodd, J. M. (2021). The effects of dietary and lifestyle interventions among pregnant women with overweight or obesity on early childhood outcomes: an individual participant data meta-analysis from randomised trials. *BMC Med*, 19(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12916-021-01995-6>
- [7.32] Walker, R., Bennett, C., Blumfield, M., Gwini, S., Ma, J., Wang, F., Wan, Y. & Truby, H. (2018). Attenuating pregnancy weight gain – what works and why: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 10(7). <https://doi.org/10.3390/nu10070944>
- [7.33] Fair, F. & Soltani, H. (2021). A meta-review of systematic reviews of lifestyle interventions for reducing gestational weight gain in women with overweight or obesity. *Obes Rev*, 22(5), e13199. <https://doi.org/10.1111/obr.13199>
- [7.34] McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., Veitch, E., Rennie, A. M., Crowther, S. A., Neiman, S. & MacGillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD001141. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
- [7.35] Chaudhary, A., Sudzina, F. & Mikkelsen, B. E. (2020). Promoting healthy eating among young people: a review of the evidence of the impact of school-based interventions. *Nutrients*, 12(9). <https://doi.org/10.3390/nu12092894>
- [7.36] Hodder, R. K., O'Brien, K. M., Tzelepis, F., Wyse, R. J. & Wolfenden, L. (2020). Interventions for increasing fruit and vegetable consumption in children aged five years and under. *Cochrane Database Syst Rev*, 5, CD008552. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008552.pub7>
- [7.37] Lasserre, A. M., Chioloro, A., Cachat, F., Paccaud, F. & Bovet, P. (2007). Overweight in Swiss children and associations with children's and parents' characteristics. *Obesity (Silver Spring)*, 15(12), 2912–2919. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.347>
- [7.38] Mestral, C. de, Chatelan, A., Marques-Vidal, P., Stringhini, S. & Bochud, M. (2019). The contribution of diet quality to socioeconomic inequalities in obesity: a population-based study of Swiss adults. *Nutrients*, 11(7). <https://doi.org/10.3390/nu11071573>
- [7.39] Amstutz, D., Gonçalves, D., Hudelson, P., Stringhini, S., Durieux-Paillard, S. & Rolet, S. (2020). Nutritional status and obstacles to healthy eating among refugees in Geneva. *J Immigr Minor Health*, 22(6), 1126–1134. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01085-4>
- [7.40] Weber, D. (2020). *Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse: Définition, introduction théorique, recommandations pratiques*. Rapport de base. GDK; GFCH.
- [7.41] Berge, J. M., Fertig, A. R., Trofholz, A., Neumark-Sztainer, D., Rogers, E. & Loth, K. (2020). Associations between parental stress, parent feeding practices, and child eating behaviors within the context of food insecurity. *Prev Med Rep*, 19, 101146. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101146>

- [7.42] Marshall, H. & Albin, J. (2021). Food as medicine: a pilot nutrition and cooking curriculum for children of participants in a community-based culinary medicine class. *Matern Child Health J*, 25(1), 54–58. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03031-0>
- [7.43] McCabe, C. F., O'Brien-Combs, A. & Anderson, O. S. (2020). Cultural Competency Training and Evaluation Methods Across Dietetics Education: A Narrative Review. *J Acad Nutr Diet*, 120(7), 1198–1209. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2020.01.014>
- [7.44] Slater, J., Falkenberg, T., Rutherford, J. & Colatruglio, S. (2018). Food literacy competencies: A conceptual framework for youth transitioning to adulthood. *Int J Consum Stud*, 42(5), 547–556. <https://doi.org/10.1111/ijcs.12471>
- [7.45] Kamimura, A., Higham, R., Panahi, S., Lee, E., Griffin, R. J., Sundrud, J. & Lucero, M. (2022). How food insecurity and financial difficulty relate to emotional well-being and social functioning. *South Med J*, 115(1), 1–7. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000001342>
- [7.46] Haines, J., Haycraft, E., Lytle, L. M., Nicklaus, S., Kok, F. J., Merdji, M., Fisberg, M., Moreno, L. A., Goulet, O. & Hughes, S. O. (2019). Nurturing children's healthy eating: position statement. *Appetite*, 137, 124–133. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.02.007>
- [7.47] Satter, E. (2007). Eating competence: Nutrition education with the Satter Eating Competence Model. *J Nutr Educ Behav*, 39(5 Suppl.), 189–94. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2007.04.177>

Kapitel 8

- [8.1] WHO Regional Office for Europe (WHO Europe) (2019). *Aide-mémoire – santé mentale*. <https://who-sandbox.squiz.cloud/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources/fact-sheet-mental-health-2019>
- [8.2] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Enquête suisse sur la santé 2017: Statistiques de la santé 2019*. Rapport.
- [8.3] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2020). *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Nationaler Gesundheitsbericht. www.gesundheitsbericht.ch/de/04-koerperliche-gesundheit-und-entwicklung
- [8.4] Stülb, K., Messerli-Bürgy, N., Kakebeeke, T. H., Arhab, A., Zysset, A. E., Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Meyer, A. H., Kriemler, S., Jenni, O. G., Puder, J. J. & Munsch, S. (2019). Prevalence and Predictors of Behavioral Problems in Healthy Swiss Preschool Children Over a One Year Period. *Child Psychiatry Hum Dev*, 50(3), 439–448. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0849-x>
- [8.5] Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P. & Künzi, K. (2021). *Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz: Schlussbericht*. BAG. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/psychische-gesundheit/covid-19/covid-19-psychische-gesundheit-schlussbericht.pdf>
- [8.6] Pro Juventute Suisse (2021). *Rapport de Pro Juventute sur le coronavirus: Impacts de la pandémie de Covid-19 sur les enfants, les jeunes et leurs familles en Suisse*. Pro Juventute Corona-Report Update. <https://www.aramis.admin.ch/Dokument.aspx?DocumentID=69044>
- [8.7] Fournieret, P. & Gentaz, É. (Hg.) (2022). *Le développement neurocognitif de la naissance à l'adolescence*. Elsevier Masson.
- [8.8] Blakemore, S.-J. (2019). *Adolescence and mental health*. *Lancet*, 393(10185), 2030–2031. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31013-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31013-X)
- [8.9] Meredith, R. M. (2015). Sensitive and critical periods during neurotypical and aberrant neurodevelopment: a framework for neurodevelopmental disorders. *Neurosci Biobehav Rev*, 50, 180–188. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.12.001>
- [8.10] Bear, M. F., Connors, B. W. & Paradiso, M. A. (2007). *Neuroscience: Exploring the brain* (3. Aufl.). Lippincott Williams & Wilkins.
- [8.11] Gentaz, É., Denervaud, S. & Vannetzel, L. (2016). *La vie secrète des enfants: Comprendre son enfant pour mieux accompagner son développement*. Odile Jacob.
- [8.12] Favez, N. (2017). *Psychologie de la coparentalité: concepts, modèles et outils*. Dunod.

- [8.13] Adamson, P. (2008). *La transition en cours dans la garde et l'éducation de l'enfant: Tableau de classement des services de garde et d'éducation des jeunes enfants dans les pays économiquement avancés* (Bilan Innocenti 8). UNICEF. https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc8_fre.pdf
- [8.14] Schärer, M. & Zottos, E. (2014). *A petits pas ...: Histoire des crèches à Genève 1874–1990*. (Cahiers de l'EESP: Bd. 51). Editions EESP.
- [8.15] SRED (2014). *Observatoire cantonal de la petite enfance (OCPE)*. Focus no 1 à 8, 2014/2015.
- [8.16] Organisation for Economic Cooperation Development (OECD) (2012). *Starting Strong II: early childhood education and care*. <http://www.oecd.org/edu/school/49325825.pdf>
- [8.17] UNESCO; Education for All (2007). *Strong foundations: Early childhood care and education*. (EFA global monitoring report: Bd. 5). UNESCO. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000147794>
- [8.18] Buholzer, A. (2012). *Encouragement de l'intégration dans le domaine préscolaire: Rapport d'évaluation (version succincte)*. Haute Ecole Pédagogique de Suisse centrale. www.rhf.admin.ch/dam/ekm/de/data/projekte/eval_frueh_f_kurz.pdf
- [8.19] Godeau, E., Spilka, S., Ehlinger, V., Sentenac, M. & Alfaro, D. P. (2018). *Comportements de santé et de bien être des élèves de 11, 13 & 15 ans dans 45 pays et ou régions d'Europe et au Canada: Résultats de l'enquête internationale Health Behavior in School-aged Children*. HSBC; EnCLASS France. www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Comparaisons-internationales-comportements-de-sante-HBSC-EnCLASS-2018-synthese.pdf
- [8.20] Piketty, T. (2013). *La capital au XXI siècle*. Paris : Seuil.
- [8.21] Guggisberg, M., Häni, S. & Berger, L. (2016). *Armut und materielle Entbehrung von Kindern: Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) 2014* (Wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung 20). BFS. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/1365790>
- [8.22] Mikolajczak, M. (Hg.) (2014). *Les compétences émotionnelles*. (Psycho Sup). Dunod.
- [8.23] Bayet, L., Pascalis, O. & Gentaz, É. (2014). Le développement de la discrimination des expressions faciales émotionnelles chez les nourrissons dans la première année. *Annee Psychol*, 114(3), 469–500. <https://doi.org/10.3917/anpsy.143.0469>
- [8.24] Theurel, A., Witt, A., Malsert, J., Lejeune, F., Fiorentini, C., Barisnikov, K. & Gentaz, É. (2016). The integration of visual context information in facial emotion recognition in 5- to 15-year-olds. *J Exp Child Psychol*, 150, 252–271. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2016.06.004>
- [8.25] Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- [8.26] Theurel, A. & Gentaz, É. (2018). The regulation of emotions in adolescents: Age differences and emotion-specific patterns. *PLoS One*, 13(6), e0195501. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195501>
- [8.27] Housieux, M. & Lahaye, M. (2013). Les compétences émotionnelles chez l'enfant. In O. Luminet (Hg.), *Psychologie des émotions: Confrontation et évitement* (S. 177–208). De Boeck.
- [8.28] MacCann, C., Jiang, Y., Brown, L. E. R., Double, K. S., Bucich, M. & Minbashian, A. (2020). Emotional intelligence predicts academic performance: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 146(2), 150–186. <https://doi.org/10.1037/bul0000219>
- [8.29] Richard, S., Gay, P. & Gentaz, É. (2021). Pourquoi et comment soutenir le développement des compétences émotionnelles chez les élèves âgés de 4 à 7 ans et chez leur enseignant.e ? Apports des sciences cognitives. *Raisons éducatives*, 25(1), 261–287. <https://doi.org/10.3917/raised.025.0261>
- [8.30] Pekrun, R. & Linnenbrink-Garcia, L. (Hg.) (2014). *International handbook of emotion in education*. Routledge.
- [8.31] Gentaz, É. (2015). Apprentissages, cognition et émotion: de la théorie à la pratique. *ANAE*, 139.
- [8.32] Denham, S. A., Bassett, H. H., Zinsser, K. & Wyatt, T. M. (2014). How preschoolers' social-emotional learning predicts their early school success: developing theory-promoting, competency-based assessments. *Inf Child Dev*, 23(4), 426–454. <https://doi.org/10.1002/icd.1840>
- [8.33] Izard, C., Fine, S., Schultz, D., Mostow, A., Ackerman, B. & Youngstrom, E. (2001). Emotion knowledge as a predictor of social behavior and academic competence in children at risk. *Psychol Sci*, 12(1), 18–23. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00304>

- [8.34] Pellegrini, A. D. & Smith, P. K. (1998). Physical activity play: the nature and function of a neglected aspect of playing. *Child Dev*, 69(3), 577–598.
- [8.35] Lindsey, E. W. & Colwell, M. J. (2013). Pretend and physical play: links to preschoolers' affective social competence. *Merrill-Palmer Quarterly*, 59(3), 330–360.
<https://doi.org/10.13110/merrpalmquar1982.59.3.0330>
- [8.36] Cavadini, T., Richard, S., Dalla-Libera, N. & Gentaz, É. (2021). Emotion knowledge, social behaviour and locomotor activity predict the mathematic performance in 706 preschool children. *Sci Rep*, 11(1), 14399. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-93706-7>
- [8.37] Sprung, M., Münch, H. M., Harris, P. L., Ebesutani, C. & Hofmann, S. G. (2015). Children's emotion understanding: A meta-analysis of training studies. *Dev Rev*, 37, 41–65.
<https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.05.001>
- [8.38] Theurel, A. & Gentaz, É. (2015). Entraîner les compétences émotionnelles à l'école. *ANAE*, 139, 545–555.
- [8.39] Lamboy, B., Shankland, R. & Williamson, M.-O. (2021). *Les compétences psychosociales: Manuel de développement*. De Boeck Supérieur.
- [8.40] Richard, S. & Gentaz, É. (Hg.) (2020). *Le jeu et ses effets sur le développement et les apprentissages: regards multiples*. (A.N.A.E.: Bd. 165).
- [8.41] Howard, J. & McInnes, K. (2013). The impact of children's perception of an activity as play rather than not play on emotional well-being. *Child*, 39(5), 737–742.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2012.01405.x>
- [8.42] Fisher, E. P. (1992). The impact of play on development: a meta-analysis. *Play & Culture*, 5, 159–181.
<https://psycnet.apa.org/record/1992-42498-001>
- [8.43] Galyer, K. T. & Evans, I. M. (2001). Pretend Play and the Development of Emotion Regulation in Preschool Children. *Early Child Development and Care*, 166(1), 93–108.
<https://doi.org/10.1080/0300443011660108>
- [8.44] Richard, S. & Gentaz, É. (2019). Jeux d'enfants et règles de société. In C. Courtet, M. Besson, F. Lavocat & A. Viala (Hg.), *Le jeu et la règle* (S. 87–100). CNRS Éditions.
- [8.45] Richard, S., Clerc-Georgy, A. & Gentaz, É. (2019). Les effets bénéfiques du jeu sur le développement de l'enfant. *Médecine et enfance*, 5–6, 137–143. <http://hdl.handle.net/20.500.12162/5437>
- [8.46] Richard, S., Gay, P., Clerc-Georgy, A. & Gentaz, É. (2019). Évaluation d'un entraînement basé sur le jeu de faire semblant destiné à favoriser le développement des compétences socio-émotionnelles chez les enfants de cinq ans: étude exploratoire. *Annee Psychol*, 119(3), 291–332.
<https://doi.org/10.3917/anpsy1.193.0291>
- [8.47] Richard, S., Baud-Bovy, G., Clerc-Georgy, A. & Gentaz, É. (2021). The effects of a 'pretend play-based training' designed to promote the development of emotion comprehension, emotion regulation, and prosocial behaviour in 5- to 6-year-old Swiss children. *Br J Psychol*, 112(3), 690–719.
<https://doi.org/10.1111/bjop.12484>
- [8.48] Richard, S., Baud-Bovy, G., Clerc-Georgy, A. & Gentaz, É. (2021). The effects of a 'pretend play-based training' designed to promote the development of emotion comprehension, emotion regulation, and prosocial behaviour in 5- to 6-year-old Swiss children. *Br J Psychol*, 112(3), 690–719.
<https://doi.org/10.1111/bjop.12484>
- [8.49] Gentaz, E. & Richard, S. (2022). *Efficacité des interventions conduites dans les classes : la nécessité de l'évaluation de leur implémentation*. Paris : Cnesco-Cnam.
- [8.50] Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- [8.51] Theurel, A., Gimbert, F. & Gentaz, É. (2005). Quels sont les bénéfices académiques, cognitifs, socio-émotionnels et psychologiques des interventions basées sur la pleine conscience en milieu scolaire? Une synthèse des 39 études quantitatives publiées entre 2005 et 2017. *ANAE*, 154, 337–352.
<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01924530>
- [8.52] Bandura, A. (1978). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Advances in behaviour research and therapy*, 1(4), 139–161. [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(78\)90002-4](https://doi.org/10.1016/0146-6402(78)90002-4)

- [8.53] Ashford, S., Edmunds, J. & French, D. P. (2010). What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. *Br J Health Psychol*, 15(2), 265–288. <https://doi.org/10.1348/135910709X461752>
- [8.54] Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Worth.
- [8.55] Bandura, A. (1980). *L'apprentissage social*. Margada.
- [8.56] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2019). *Auto-efficacité: Une brochure destinée aux responsables de projets et de programmes des programmes d'action cantonaux en vue d'encourager l'auto-efficacité et les compétences de vie*. <https://promotionsante.ch/programmes-daction-cantonaux/sante-psychique/enfants-et-adolescents/themes-cles/auto-efficacite.html>
- [8.57] Gentaz, É. (2019). *Le développement psychologique de l'enfant*. Université de Genève. <https://www.coursera.org/learn/enfant-developpement>
- [8.58] WHO Regional Office for Europe (WHO Europe) (2002). *Essential antenatal, perinatal and postpartum care: training modules*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107482>
- [8.59] Kitzmann, M. (2016). *Le rôle et le recours aux grands-parents dans la prise en charge des enfants en bas âge: entre pratiques, normes et inégalités*. Rapport final – projet «Grands-parentalités». DREES. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/grands_parents_gemass_.pdf
- [8.60] Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. *Psychol Bull*, 128(4), 539–579. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.4.539>
- [8.61] McDaniel, B. T. & Radesky, J. S. (2018). Technoference: parent distraction with technology and associations with child behavior problems. *Child Dev*, 89(1), 100–109. <https://doi.org/10.1111/cdev.12822>
- [8.62] Pappas, S. (2020). What do we really know about kids and screens. *Monitor*, 51(3), 42. www.apa.org/monitor/2020/04/cover-kids-screens
- [8.63] Jungmann, T., Dähne, V., Sierau, S., Serbati, S., Dugravier, R. & Lanfranchi, A. (2017). Effectiveness of four early intervention programs in Europe: How do the results inform program development and dissemination? *Res Rev J Nurs Health Sci*, 3(3). www.rroij.com/open-access/effectiveness.php?aid=86357
- [8.64] Clément, C. (2013). *Conditionnement, apprentissage et comportement humain*. Dunod.
- [8.65] Broidy, L. M., Nagin, D. S., Tremblay, R. E., Bates, J. E., Brame, B., Dodge, K. A., Fergusson, D., Horwood, J. L., Loeber, R., Laird, R., Lynam, D. R., Moffitt, T. E., Pettit, G. S. & Vitaro, F. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six-site, cross-national study. *Dev Psychol*, 39(2), 222–245. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.39.2.222>
- [8.66] Roskam, I., Kinoo, P. & Nassogne, M.-C. (2007). L'enfant avec troubles externalisés du comportement: approche épigénétique et développementale. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 55(4), 204–213. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.01.005>
- [8.67] Forehand, R., Rogers, T., McMahon, R. J., Wells, K. C. & Griest, D. L. (1981). Teaching parents to modify child behavior problems: an examination of some follow-up data. *J Pediatr Psychol*, 6(3), 313–322. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/6.3.313>
- [8.68] Eyberg, S. M. & Robinson, E. A. (1982). Parent-child interaction training: Effects on family functioning. *J Clin Child Psychol*, 11(2), 130–137. <https://doi.org/10.1080/15374418209533076>
- [8.69] Webster-Stratton, C. H. & Reid, M. J. (2010). The Incredible Years program for children from infancy to pre-adolescence: prevention and treatment of behavior problems. In R. C. Murrihy, A. D. Kidman & T. H. Ollendick (Hg.), *Clinical Handbook of Assessing and Treating Conduct Problems in Youth* (S. 117–138). Springer Science+Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6297-3_5
- [8.70] Sanders, M. R. & Mazzucchelli, T. G. (2017). *The power of positive parenting: transforming the lives of children, parents, and communities using the Triple P System*. Oxford Univ. Press.
- [8.71] Maignet, G., Lejeune, F. & Gentaz, É. (2021). Les effets des programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) destinés à prévenir l'apparition et le maintien des troubles du comportement chez les jeunes enfants: une revue critique. *Revue de Neuropsychologie*, 13(4), 245–255.
- [8.72] Twenge, J. M. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952–1993. *J Pers Soc Psychol*, 79(6), 1952–1993. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.79.6.1007>

- [8.73] Wilkinson, R. & Pickett, K. (2013). *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*. Les petits matins.
- [8.74] Weber, D. (2020). *Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse: Définition, introduction théorique, recommandations pratiques*. Rapport de base. GDK; GFCH.

Kapitel 9

- [9.1] Mann-Luoma, R., Goldapp, C., Khaschei, M., Lamersm, L. & Milinski, B. (2002). Integrierte Ansätze zu Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 45(12), 952–959. <https://doi.org/10.1007/s00103-002-0514-0>
- [9.2] Borghini, A. (2015). Approche sensorimotrice et théorie de l'attachement: au cœur du dialogue tonique. *Enfance*, 4(4), 501–512. <https://doi.org/10.4074/S0013754515004115>
- [9.3] Walther, T. (2016). *Une étude exploratoire des facteurs psychologiques en lien avec la pratique de l'activité physique et le bien-être: Motivation, auto-efficacité, estime de soi et barrières perçues*. Université de Fribourg.
- [9.4] Vasseur, R. & Delion, P. (2010). *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*. Érès. <https://doi.org/10.3917/ERES.VASSE.2010.01>
- [9.5] Livoir-Petersen, M.-F. (2008). Le dialogue tonico-émotionnel: un gué permettant au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme. *Contraste*, 28–29(1), 41–70. <https://doi.org/10.3917/CONT.028.0041>
- [9.6] Schoch, A. *Confiance en soi, Oser les défis. Youp'la Bouge, L'idée du mois: Ressources pour des structures préscolaires actives*. <https://www.youplabouge.ch/activites/>
- [9.7] Damasio, A. R. (2014). *L'autre moi-même: les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions*. Odile Jacob.
- [9.8] Ajuriaguerra, J. de (1962). L'enfant et son corps. *Revue suisse de psychologie, pure et appliquée*, XXI, 1137–1157.
- [9.9] Kloeckner, A. (2011). Modalités d'appropriation de l'approche sensori-motrice et incidences cliniques dans la pratique psychomotrice. *Contraste*, 34–35(1), 133–155. <https://doi.org/10.3917/CONT.034.0133>
- [9.10] Lobbé, J. (2019). Neurodéveloppement et stimulation de la zone orale. In É. W. Pireyre (Hg.), *Autisme, corps et psychomotricité: Approches plurielles* (S. 77–81). Dunod.
- [9.11] Lehrplan 21. *Identität, Körper, Gesundheit: sich kennen und sich Sorge tragen*. D-EDK. <https://v-ef.lehrplan.ch/index.php?code=bl6111>
- [9.12] Plan d'études cadre romand (PER) (2010). *Corps et mouvement-Education physique* [CIIP 2010–2022]. www.plandetudes.ch/web/guest/education-physique
- [9.13] Holling, A. (2015). Energiebedarfsermittlung. In C. Römer-Lüthi & S. Theobald (Hg.), *Ernährungstherapie: Ein evidenzbasiertes Kompaktlehrbuch* (S. 349–358). UTB; Haupt.
- [9.14] Harnish, M. J., Greenleaf, S. R. & Orr, W. C. (1998). A comparison of feeding to cephalic stimulation on postprandial sleepiness. *Physiol Behav*, 64(1), 93–96. [https://doi.org/10.1016/s0031-9384\(98\)00025-0](https://doi.org/10.1016/s0031-9384(98)00025-0)
- [9.15] Vandenbroeck, P., Goossens, J. & Clemens, M. (2007). *Tackling obesities: Future Choices – Obesity System Atlas*. UK Government Office for Science. <https://www.foresightfordevelopment.org/sobipro/54/1231-tackling-obesities-future-choices-obesity-system-atlas>
- [9.16] Pudél, V. & Westenhöfer, J. (2003). *Ernährungspsychologie: eine Einführung* (3. Aufl.). Hogrefe. <https://elibrary.hogrefe.de/book/99.110005/9783840909122>
- [9.17] Klotter, J. C. (2014). *Einführung Ernährungspsychologie* (2. Aufl.) (PsychoMed compact: Bd. 2). Reinhardt.
- [9.18] Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- [9.19] Leiß, O. (2020). Engels biopsychosoziales Modell 40 Jahre später: eine Bestandsaufnahme. In O. Leiß (Hg.), *Konzepte und Modelle Integrierter Medizin: zur Aktualität Thure von Uexkülls (1908–2004)* (S. 233–256). Transcript.
- [9.20] Grunert, S. C. (1993). *Essen und Emotionen: die Selbstregulierung von Emotionen durch das Essverhalten*. Beltz, Psychologie-Verlagsunion.

- [9.21] Macht, M. (2005). Essen und Emotion. *Ernährungs-Umschau*, 52(8), 304–308. https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2005/08_2005/EU08_304_308.pdf
- [9.22] Torres, S. J. & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23(11–12), 887–894. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2007.08.008>
- [9.23] Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>
- [9.24] Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- [9.25] Bandura, A. (1965). Vicarious processes: a case of no-trial learning. *Advances In Experimental Social Psychology*, 2(C), 1–55. <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10243893>
- [9.26] Rodgers, R. F. & Melioli, T. (2016). The relationship between body image concerns, eating disorders and internet use, part I: a review of empirical support. *Adolesc Res Rev*, 1(2), 95–119. <https://doi.org/10.1007/s40894-015-0016-6>
- [9.27] Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A.-J., Martinez-Jimenez, M. P., Redel-Macías, M. D., Pagliari, C. & Vaquero-Abellan, M. (2019). Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: an exploratory analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 16(21), 4177. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214177>
- [9.28] Holmberg, C., Chaplin, J. E., Hillman, T. & Berg, C. (2016). Adolescents' presentation of food in social media: An explorative study. *Appetite*, 99, 121–129. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.009>
- [9.29] Rossi, C. D. & Adam, S. (2021). #food in Social Media: Trends und ihre möglichen Wirkungen auf das Essverhalten. *Ernährung im Fokus*(1), 16–21.
- [9.30] Rounsefell, K., Gibson, S., McLean, S. A., Blair, M., Molenaar, A., Brennan, L., Truby, H. & McCaffrey, T. A. (2020). Social media, body image and food choices in healthy young adults: a mixed methods systematic review. *Nutr Diet*, 77(1), 19–40. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12581>
- [9.31] Alruwaily, A., Mangold, C., Greene, T., Arshonsky, J., Cassidy, O., Pomeranz, J. L. & Bragg, M. (2020). Child social media influencers and unhealthy food product placement. *Pediatrics*, 146(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-4057>
- [9.32] Coates, A. E., Hardman, C. A., Halford, J. C. G., Christiansen, P. & Boyland, E. J. (2019). Social media influencer marketing and children's food intake: a randomized trial. *Pediatrics*, 143(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2554>
- [9.33] McGloin, A. F. & Eslami, S. (2015). Digital and social media opportunities for dietary behaviour change. *Proc Nutr Soc*, 74(2), 139–148. <https://doi.org/10.1017/S0029665114001505>
- [9.34] Nguyen, Q. C., Meng, H., Li, D., Kath, S., McCullough, M., Paul, D., Kanokvimankul, P., Nguyen, T. X. & Li, F. (2017). Social media indicators of the food environment and state health outcomes. *Public Health*, 148, 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.03.013>
- [9.35] Wilksch, S. M., O'Shea, A., Ho, P., Byrne, S. & Wade, T. D. (2020). The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. *Int J Eat Disord*, 53(1), 96–106. <https://doi.org/10.1002/eat.23198>
- [9.36] Carrotte, E. R., Prichard, I. & Lim, M. S. C. (2017). «Fitspiration» on social media: a content analysis of gendered images. *J Med Internet Res*, 19(3), e95. <https://doi.org/10.2196/jmir.6368>
- [9.37] Gentile, A., Servidio, R., Caci, B. & Boca, S. (2021). Social stigma and self-esteem as mediators of the relationship between Body Mass Index and Internet addiction disorder: An exploratory study. *Curr Psychol*, 40(3), 1262–1270. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0054-x>
- [9.38] Jarman, H. K., Marques, M. D., McLean, S. A., Slater, A. & Paxton, S. J. (2021). Social media, body satisfaction and well-being among adolescents: a mediation model of appearance-ideal internalization and comparison. *Body Image*, 36, 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.11.005>
- [9.39] Marengo, D., Longobardi, C., Fabris, M. A. & Settanni, M. (2018). Highly-visual social media and internalizing symptoms in adolescence: the mediating role of body image concerns. *Computers in Human Behavior*, 82, 63–69. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.01.003>

- [9.40] Turner, J. S. (2014). Negotiating a media effects model: addendums and adjustments to perloff's framework for social media's impact on body image concerns. *Sex Roles*, 71(11–12), 393–406. <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0431-3>
- [9.41] Herpertz, S., Zwaan, M. de & Zipfel, S. (Hg.) (2015). *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Aufl.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-54573-3>
- [9.42] Lang, U. E. & Walter, M. (2017). Depression in the context of medical disorders: new pharmacological pathways revisited. *Neurosignals*, 25(1), 54–73. <https://doi.org/10.1159/000482001>
- [9.43] Firth, J., Marx, W., Dash, S., Carney, R., Teasdale, S. B., Solmi, M., Stubbs, B., Schuch, F. B., Carvalho, A. F., Jacka, F. & Sarris, J. (2019). The effects of dietary improvement on symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychosom Med*, 81(3), 265–280. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000673>
- [9.44] Burokas, A., Moloney, R. D., Dinan, T. G. & Cryan, J. F. (2015). Microbiota regulation of the Mammalian gut-brain axis. *Adv Appl Microbiol*, 91, 1–62. <https://doi.org/10.1016/bs.aambs.2015.02.001>
- [9.45] David, L. A., Maurice, C. F., Carmody, R. N., Gootenberg, D. B., Button, J. E., Wolfe, B. E., Ling, A. V., Devlin, A. S., Varma, Y., Fischbach, M. A., Biddinger, S. B., Dutton, R. J. & Turnbaugh, P. J. (2014). Diet rapidly and reproducibly alters the human gut microbiome. *Nature*, 505(7484), 559–563. <https://doi.org/10.1038/nature12820>
- [9.46] Piaget, J. (1936). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Delachaux & Niestlé S.A.
- [9.47] Winnicott, D. W. (1980). Pourquoi les enfants jouent-ils? In D. W. Winnicott (Hg.), *Petite bibliothèque Payot. L'enfant et le monde extérieur* (S. 123–128).
- [9.48] Stern, D. N. (1983). Le but et la structure du jeu mère-nourrisson. *Psychiatrie de l'enfant*, XXVI(1), 193–216.
- [9.49] Altmann de Litvan, M. (2002). Jeu et régulation affective. *Spirale*, 24(4), 138–149. <https://doi.org/10.3917/spi.024.0138>
- [9.50] Marcelli, D. & Raffeneau, F. (2012). Le bébé et le jeu. *Le Journal des psychologues*, 299(6), 18–23. <https://doi.org/10.3917/jdp.299.0018>
- [9.51] Cascales, T. (2015). Le repas du nourrisson dans tous ses états. *Empan*, 97(1), 134–140. <https://doi.org/10.3917/empa.097.0134>
- [9.52] Lejeune, F. (2020). Le jeu chez le tout petit. *ANAE*, 165(32, II), 135–143.
- [9.53] Comoretto, G. (2014). Des usages du jeu à la cantine. *Ethnologie française*, 44(4), 707–717. <https://doi.org/10.3917/ETHN.144.0707>
- [9.54] Kovacs, I. (2012). «Et si on jouait à rien?» Dans les institutions de la petite enfance subventionnées par la Ville de Genève (Les Cahiers pédagogiques du SDPE 1). Service de la petite enfance de la Ville de Genève. <https://www.reiso.org/articles/themes/enfance-et-jeunesse?task=export.export&id=118>
- [9.55] Legendre, A. (2011). Les lieux de jeux extérieurs des enfants d'âge scolaire: des espaces de proximité aux espaces publics urbains. *Pratiques Psychologiques*, 17(1), 31–48. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2010.01.005>
- [9.56] Blinkert, B. & Höfflin, P. (2016). *Freiraum für Kinder Ergebnisse einer Umfrage im Rahmen der Freiraumkampagne der Stiftung Pro Juventute*. Pro Juventute Suisse.
- [9.57] Gehri, M. (2017). Le jeu: petite revue de promotion de la santé pour l'enfant et sa famille. *Revue Médicale Suisse*, 13(569), 1343–1348. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2017.13.569.1343>
- [9.58] Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Gallimard.

Wankdorfallee 5, CH-3014 Bern
Tel. +41 31 350 04 04
office.bern@promotionsante.ch

Avenue de la Gare 52, CH-1003 Lausanne
Tel. +41 21 345 15 15
office.lausanne@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch
www.promotionsante.ch
www.promozionesalute.ch