



universität
wien

Magisterarbeit

Titel der Magisterarbeit

Körperkult 2.0 – der Körper als Dauerbaustelle

Wettbewerb, Selbstoptimierung oder Gesundheitskompetenz via Food-, Mood- und Fitness-Apps? Eine Studie über die Rolle des Smartphones für Jugendliche als Ernährungs-, Lifestyle- und Fitness-Coach.

Verfasserin

Petra Michaela Dix, Bakk. phil.

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt
Studienrichtung lt. Studienblatt
Betreuerin

A033 641
Magisterstudium Publizistik- und Kommunikationswissenschaft
Assoc.-Prof. Mag. Dr. Gerit Götzenbrucker

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen, als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt zu haben.

Die aus fremden Quellen – direkt oder indirekt – übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, 20. August 2015

Petra Michaela Dix, Bakk. phil.

Für Nicolas und Conny.

Danke für eure Liebe und Geduld.

INHALT

A. Theoretischer Teil

1 Einleitung 11

2 Problemstellung: Das Selbst als zu gestaltendes Kunstwerk. 13

3 Theoretische Rahmung..... 17

3.1 Kommunikations- und sozialwissenschaftliche Konzepte..... 17

3.1.1 Sozialer Vergleich unter Peers..... 18

3.1.2 Im Zentrum medienpädagogischer Debatten:
Mediensozialisation und Medienkompetenz 23

3.1.3 Mediennutzung aus Sicht des Symbolischen Interaktionismus
und des Uses-and-Gratifications Approach 24

3.2 Gesundheitskonzepte..... 27

3.2.1 Gesundheit: ein komplexer Begriff 27

3.2.2 Gesundheitskompetenz (Health Literacy) 28

3.2.3 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention..... 29

3.2.4 Öffentliche Gesundheitsinformation – Gesundheitsberichterstattung 31

3.2.5 Gesundheitskommunikation und die Rolle der Medien 32

3.2.6 Jugendliche Sinus-Milieus: Jugendliche als Zielgruppe 34

4 Aktueller Forschungsstand zur Nutzung digitaler Gesundheitsinformation
via Internet, Smartphone und Apps von Smartphone und Apps (mHealth) 37

B. Empirischer Teil

5 Forschungsfragen und Thesen..... 45

6 Methodik 46

6.1 Methodenwahl- und begründung 46

6.2 Datenerhebung 49

6.3 Grundreiz..... 51

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei all denjenigen bedanken, die mich während meines Studiums unterstützt und motiviert haben und zum Gelingen meiner Magisterarbeit beigetragen haben.

Ich danke Assoc.-Prof. Mag. Dr. Gerit Götzenbrucker, die mir als Betreuerin wertvolle Impulse gab.

Weiters danke ich den jugendlichen Teilnehmer_innen an den Gruppendiskussionen.

Mein besonderer Dank gilt meinen Eltern, meiner Schwester und ganz besonders Mapa, ohne deren Hilfe und Unterstützung diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

7	Ergebnisdarstellung.....	53
	7.1 An Gesundheit kann man keinen Spaß haben.....	55
	7.2 Ausreichend informiert durch Eltern und Peers.....	64
	7.2.1 Keine Zeit für Apps.....	66
	7.3 Das kann ich besser.....	71
	7.4 Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Gruppendiskussionen.....	73
	7.5 Interpretation.....	74
	7.6 Diskussion der Ergebnisse.....	78
	7.7 Typisierungen.....	80
	7.8 Auswertung des Fragebogens.....	82
8	Resümee und Ausblick.....	83
	8.1 Conclusio.....	83
	8.2 Bewertung der Ergebnisse.....	84
	8.3 Limitationen.....	84
	8.4 Hypothesen für nachfolgende Forschungen.....	85
	8.5 Ausblick.....	86
9	Literatur.....	88
	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	105
	Abkürzungsverzeichnis.....	105
10	Anhang.....	106
	Transkriptionsregeln.....	107
	Teilstandardisierter Diskussionsleitfaden – App-User_innen.....	108
	Interviewleitfaden – Ernährungsberaterinnen.....	110
	Interviewleitfaden – App-Entwickler (Publisher).....	112
	Kategorienschema.....	114
	Fragebogen zur Mediennutzung.....	136
	Lebenslauf.....	143
	Zusammenfassung/Abstract.....	144

Die Audiofiles und die Transkripte der Gruppendiskussionen sowie das Bildmaterial und die Fragebögen werden aus Gründen des Datenschutzes nicht veröffentlicht und liegen bei der Verfasserin auf.

1 Einleitung

„*Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.*“ (Früh, 2014)

Arthur Schopenhauer, 1788-1860

Gesundheit genießt in der aktuellen Gesellschaft einen enorm hohen Stellenwert, so wirbt beispielsweise Michelle Obama seit 2010 intensiv mit ihrer Kampagne „Let’s Move“ (Letsmove, 2015) für ein besseres Ernährungsbewusstsein bei Heranwachsenden: Aktuelle Konzepte der Gesundheitserziehung von Kindern und Jugendlichen fokussieren daher sowohl individuelle als auch kollektive Konzepte der Gesundheitsförderung und sensibilisieren bereits in Kindergärten und Schulen für gesundheitsförderliche Maßnahmen. Denn ein gesunder Körper, Fitness und Wohlbefinden gelten nicht mehr als biologisches Schicksal, sondern können heute durch eine bewusste Lebensweise *erworben* werden, da auch „*soziale, sozioökonomische und gesellschaftliche Faktoren (Gesundheitsdeterminanten)*“ die Gesundheit beeinflussen (BMG, 2013, S. 12; Hackauf, 2002, S. 880). Gesundheitskonzepte richten sich daher bereits an Heranwachsende, mit dem Ziel, sie aktiv zur Steuerung ihrer Gesundheit anzuleiten und sie zu einem „*gesundheitsfördernden Handeln*“ zu motivieren (WieNGS, 2014). Mit Gesundheit eng verknüpft sind Schönheits- und Körperideale: Auf der Suche nach der eigenen Identität wird der zu optimierende Körper für Jugendliche zur Dauerbaustelle.

Auch das österreichische Bundesministerium für Gesundheit hat im Jahr 2011 eine Kindergesundheitsstrategie – später Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie – entwickelt, die der „*nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*“ (BMG, 2014) dient. In einem ersten Schritt wurden dazu Expert_inneninterviews geführt; die Ergebnisse dieser Dialoge führten im Anschluß zur Ausarbeitung eines Maßnahmenkataloges mit „*Handlungsempfehlungen zur Stärkung der Kindergesundheit*“ (BMG, 2014). Die Fokussierung auf die Gesundheitschancen und das Wohlbefinden von Heranwachsenden berücksichtigt somit Kinder und Jugendliche erstmals als eigene Zielgruppe mit speziellen Bedürfnissen, sensibilisiert die Öffentlichkeit für den Gesundheitszustand dieser Altersgruppen und schafft in der Gesellschaft ein Bewusstsein, gemeinsam Verantwortung für ein gesundes Aufwachsen und eine gesunde Lebensweise von Heranwachsenden zu übernehmen. Die Betrachtung von Kindern und Jugendlichen in diesem Zusammenhang hat insofern Relevanz, weil letztendlich der „*Schlüssel zu einer gestünderen Gesellschaft*“ bei ihnen liegt (Huber, 2013, S. 14).

Erklärtes Ziel dieser Gesundheitsstrategien ist es zudem, Heranwachsende in für sie relevante Entscheidungsprozesse einzubinden (BMG, 2013, S. 9) und ihre „*Lebenskompetenz*“ durch die aktive Stärkung sozialer, kognitiver, psychischer und persönlicher Fertigkeiten (BMG, 2013, S. 22f.) zu fördern. Die Maßnahmen, die letztendlich angewendet werden, um Jugendliche zu erreichen, sie zu einer gesunden Lebensweise zu motivieren und sie nachhaltig davon zu überzeugen, sind dabei von zentraler Bedeutung, wenn sie auch wirksam sein sollen.

Da in der Welt von Heranwachsenden Medien eine zentrale Rolle spielen – Schlagwort „*Medienwelten*“ (Baacke/Sander/Vollbrecht, 1990) –, übernehmen sie als Gesundheitsinformanten eine bedeutende Funktion. Neue Technologien, die Konvergenz der Medien und die zunehmende Diversifizierung der Inhalte bieten den Jugendlichen dabei einerseits umfangreiche Möglichkeiten der Information und des Austausches, andererseits verlangen diese nach einer erhöhten Medienkompetenz der Kommunikationspartner_innen, da die vermittelten Inhalte von zunehmender Komplexität gekennzeichnet sind (Fromm et al., 2011, S. 12). Vor diesem Hintergrund müssen Heranwachsende Strategien entwickeln, sich zu informieren, sich zu orientieren und individuelle Gesundheits- und Körperarbeit leisten. Das Smartphone mit seinen mobilen Anwendungen (Apps) bietet den Jugendlichen nicht nur die Möglichkeit, sich die relevanten Informationen zur Erfüllung dieses Anspruchs zu besorgen, sondern sie können auch einen Teil der Kontrolle abgeben, indem sie die omnipräsente (Selbst-)Optimierung ihres Körpers mithilfe von Apps vornehmen. Bequem in den Alltag eingebunden, können die Heranwachsenden mit Kalorienzählern, Ernährungstipps und Fitnessplänen und den entsprechenden Zielvorgaben ihren perfekten Körper 2.0 kreieren.

Dem medialen Angebot für Jugendliche zum Thema Gesundheit ist insofern besondere Aufmerksamkeit zu widmen, weil in dem sich ändernden Gesundheitssystem die Akteur_innen aktiv „*als mündige Partner an ihrer Gesundheit mitwirken*“ (Roski, 2009a, S. V) und Verantwortung für ihre Gesundheit und ihre Lebensführung übernehmen sollen. Der souveräne Mensch, der selbstbestimmt ‚*gesundheitshandeln*‘ kann, wird in der heutigen Gesellschaft demnach positiv betrachtet (Borch/Wagner, 2009, S. 60) und benötigt zur Erfüllung dieses Anspruchs ausreichend Zugang zu relevanten Informationen. Jugendliche brauchen daher „*eine Gesundheitskommunikation, die ihren jeweiligen Bedürfnissen, Einstellungen und Präferenzen, ihren Voraussetzungen, Erwartungen und Ansprüchen, ihren Vorstellungen, Gewohnheiten und ihrem Verhalten gerecht wird*“ (Roski, 2009a, S. V). Das Smartphone „*als Schlüssel einer mediatisierten Gesellschaft*“ (Müller-Lietzkow et al., 2014, S. 283) sowie das Internet, als die Kommunikationsmedien Jugendlicher, müssen folglich – so die Annahme dieser Arbeit – in Überlegungen zur Gestaltung gesundheitsrelevanter Inhalte für Heranwachsende einbezogen werden.

Im Fokus der Erhebung steht daher einerseits das Gesundheitsbewusstsein von Jugendlichen, und andererseits die Analyse des Kommunikationsverhaltens sowie der Informationssuche Heranwachsender in Zusammenhang mit dem Thema Gesundheit, Fitness, Schönheit und Wohlbefinden, vor allem unter dem Aspekt der Smartphone- und (Mobile) App-Nutzung, um jene Strategien zu identifizieren, die Jugendliche im Rahmen ihrer Selbstoptimierung verfolgen. Dadurch sollen jugendliche Bedürfnisse hinsichtlich effektiven Gesundheitsverhaltens und Möglichkeiten zur zukünftigen Gestaltung gesundheitspolitischer Maßnahmen aufgezeigt werden.

Keywords: Gesundheits-/Körperbewusstsein Jugendlicher | Nutzung Neuer Medien für Gesundheitsinformationen | Bedeutung von Smartphone/Apps für Jugendliche | Health Literacy

2 Problemstellung: Das Selbst als zu gestaltendes Kunstwerk. (Scherger, 2000, S. 235)

„Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel.“
(WHO, Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986, S. 1)

Durch Individualisierung, Pluralisierung und Globalisierung ist die Welt fragmentierter und zugleich komplexer geworden. In diesem neuen Umfeld ist der Einzelne aufgerufen, sich permanent neu zu orientieren und individuelle Identitätsarbeit zu leisten. Auch Gesundheit, Fitness und wertvolle Ernährung wird zu einem Teil der eigenen Identität, denn Wohlbefinden und Gesundheit können heute aktiv erworben werden. Vor allem Lebensstilerkrankungen, chronische Entwicklungsstörungen sowie psychosoziale Regulations- und Integrationsstörungen werden damit nicht mehr als schicksalsbedingt betrachtet, sondern als Folgen des Lebenswandels eingeordnet, und sind demnach „*in hohem Ausmaß gesellschaftlich bedingt*“ (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, 2013, S. 17).

Bereits im frühesten Kindesalter erfolgen daher erste Auseinandersetzungen mit dem Thema Gesundheit: Die tägliche Ernährung wird bereits im Kindergarten thematisiert und schon die Jüngsten sollen spielerisch eine gesunde Lebensweise erlernen, wie ausreichende Bewegung oder den ausgiebigen Genuß von Obst sowie den Verzicht auf Süßes. In der Schule werden die Informationen verstärkt, und Kinder und Jugendliche werden gezielt für gesundheitsförderliche Maßnahmen sensibilisiert, indem spezielle Schulaktionen durchgeführt werden: Das „Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen - WieNGS“ – eine Zusammenarbeit zwischen der Pädagogischen Hochschule Wien, dem Stadtschulrat für Wien, der Wiener Gesundheitsförderung und der Wiener Gebietskrankenkasse – hat als Ziel, Heranwachsende im Schulalltag und bei speziellen Projekten aktiv zur Steuerung ihrer Gesundheit anzuleiten und sie zu einem „*gesundheitsfördernde[n] Handeln*“ zu motivieren (WieNGS, 2014), um letztendlich bei den Heranwachsenden ein Bewusstsein zur „*Selbstbestimmung über ihre Gesundheit*“ zu wecken und sie „*zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen*“ (WHO, 1986, S. 1). Dazu werden durch externe Berater_innen Ernährungsworkshops für Schüler_innen, Pädagog_innen und Eltern an den Schulen durchgeführt, die jedoch in erster Linie traditionelle Informationskanäle nutzen; die Einbeziehung neuer Medien ist derzeit nicht geplant (Interview #1, Ba, Transkript Seite 170, Zeile 443-450). Das Bundesministerium für Gesundheit hat zudem ein eigenes Gesundheitsportal im Internet eingerichtet – www.gesundheit.gv.at –, auf der unter dem Schlagwort „Kids und Teens“ Tipps für das psychische, körperliche und soziale Wohlbefinden Jugendlicher zu finden sind, die sich jedoch vorwiegend an Erwachsene richten.

Das aktuelle gesundheitspolitische Rahmenkonzept des WHO-Regionalkomitees für Europa fasst das Thema Gesundheitsverantwortung noch einen Schritt weiter, und sieht die „*Maximierung von Gesundheit in allen Lebensphasen*“ als Grundrecht an (WHO, 2013, S. 8), fokussiert sozioökonomische Motive und unterstreicht damit den Stellenwert von Gesundheit und Wohlbefinden als wertvolle Ressource und von Gesundheitsförderung als notwendiges gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln (WHO, 2013, S. 3ff.).

Ein gesunder Lebensstil, Maßnahmen zur Gesundheitsprävention und vor allem ein subjektives Wohlfühlen übernehmen daher in der aktuellen Gesellschaft eine zentrale Rolle, jedoch variiert die Bedeutung für verschiedene Gruppen stark (Roski/Schikorra, 2009, S. 108): Eingebettet in allgemeine Debatten um zunehmende Risiken in der aktuellen Gesellschaft, dominieren in Zusammenhang mit Jugendgesundheit medial und gesellschaftlich vorwiegend Diskurse um ein erhöhtes Risikoverhalten von Heranwachsenden in Bezug auf Gesundheit, wie beispielsweise Rauchen, übermäßiger Alkoholgenuß, ungesundes Ernährungsverhalten, Suchtmittelkonsum etc. (Spencer, 2013a, S. 449f.). Für Heranwachsende selbst ist das Thema Gesundheit naturgemäß kein vorrangiges Thema, dennoch rangiert die Angst vor einer schweren Krankheit (Krebs, Aids) auf Platz sechs der häufigsten Ängste Jugendlicher (Shell, 2010, S. 119). Damit decken sich die für Jugendliche relevanten Themen mit jenen, die in den Medien am häufigsten thematisiert werden. Die Jugend-Wertstudie 2011 identifiziert in qualitativen Gruppendiskussionen mit Jugendlichen Gesundheit dennoch als zentralen Lebensbereich für Heranwachsende und als „*Basis eines guten Lebens*“ (Heinzlmaier/Ikrath, 2012, S. 43, S. 110), wobei das österreichische Gesundheitssystem besonders gut bewertet wird (Heinzlmaier/Ikrath, 2012, S. 71). Jugendliche zählen neben Freund_innen und Familie, Gesundheit und körperliches Wohlbefinden zu den wichtigsten Dingen im Leben (Heinzlmaier/Ikrath, 2012, S. 110), allerdings spielen Präventivmaßnahmen für sie keine zentrale Rolle: Gesundheitsbewusstes Handeln, wie ein gesundes Ernährungsverhalten, ist in erster Linie eine Frage des Lifestyles und dient zur Abgrenzung gegenüber der Erwachsenengeneration (Großegger, 2014, S. 1). Mit der Gesundheit eng verknüpft sind Schönheits- und Körperideale, der eigene, zu verbessernde Körper wird für Jugendliche zur Dauerherausforderung und zum Vergleichskampf mit Anderen.

Vor diesem Hintergrund kommt einer angemessenen Gesundheitskommunikation für Kinder und Jugendliche zur Förderung ihrer Gesundheit eine besondere Bedeutung zu: Zum einen sind Eltern und ihre Kompetenz ein wichtiger Faktor, zum anderen jedoch haben Bildungssystem und Medien eine entscheidende Funktion und tragen „*Verantwortung für die Vermittlung von Gesundheits- und Lebenskompetenzen an die nächste Generation*“ (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, 2013, S. 17).

Gesundheitsförderung geht dabei primär davon aus, „*dass alle auf kommunikativem Wege [...] gelernte und verarbeitete Erfahrungen auf der körperlichen, seelischen und sozialen Ebene mit dem Entstehen bzw. Nicht-Entstehen und mit der Aufrechterhaltung oder Zerstörung von*

Gesundheit zu tun haben“ (Schnabel, 2009, S. 50), und so müssen gesundheitskommunikative Maßnahmen ebenfalls auf allen Ebenen und in allen Lebensbereichen ansetzen. Das bedeutet jedoch auch, dass positive, erfolgreiche Kommunikation, die sich an Kinder und Jugendliche richten möchte, möglichst früh, bedürfnisorientiert und vor allem mit altersangemessenen Medien arbeiten muss (Schnabel, 2009, S. 50). Erst die Nutzung *aller* zur Verfügung stehenden Kommunikationskanäle zur Verbreitung gesundheitsfördernder Inhalte, auch jene wie Telemedizin und E-Gesundheit, bietet die Basis für eine umfassende Information (WHO, 2013, S. 20). Herkömmliche Konzepte zur Vorbeugung und vor allem abschreckungspädagogische Maßnahmen zeigen allerdings bei Kindern und Jugendlichen kaum Wirkung (Leppin, 1995, S. 235f.).

Für die Wahl geeigneter Kommunikationswege ist folglich von entscheidender Bedeutung, dass Heranwachsende über Kommunikationsmuster verfügen, die sich von jenen der erwachsenen Bevölkerung grundlegend unterscheiden, da ein bedeutender Teil ihrer Kommunikation auf schriftlichem Wege erfolgt und ein wichtiges Kommunikationsmittel das persönliche Smartphone ist. Für den Wissenstransfer an Heranwachsende müssen daher auch neue Informationsquellen abseits der klassischen Medienkanäle genutzt werden, um dem Medienverhalten von Jugendlichen zu entsprechen:

Seit 2004 erhebt die britische Medienaufsichtsbehörde Ofcom (Office of Communications) im „Communications Market Report“ (Ofcom, 2014) regelmäßig die Kommunikationsmuster der britischen Bevölkerung und fokussiert dabei unter anderem den Generationen Gap, der einen signifikanten Unterschied im Gebrauch von Kommunikationsmedien zwischen jugendlichen und erwachsenen Personen offenbart: Der aktuelle Report aus dem Jahr 2014 weist Jugendliche im Alter zwischen 14 und 15 Jahren mit dem höchsten Technologieverständnis aller Altersgruppen aus (Ofcom, 2014, S. 4) und ihr Enthusiasmus für technische Neuerungen, ihr Wissen über aktuelle Angebote sowie die Wahrnehmung innovativer Services, wie Smartphone- oder Tablet-Apps, liegt bei Heranwachsenden mit 77 Prozent – im Vergleich zu Erwachsenen mit 55 Prozent – deutlich höher (Ofcom, 2014, S. 5). Die Verwendung von Smartphones ist in der Altersgruppe 16-24 Jahre mit 88 Prozent am höchsten, im Vergleich zu 14 Prozent bei der Bevölkerung über 65 Jahre (Ofcom, 2014, S. 110). Dreiviertel der Heranwachsenden haben großes Vertrauen in Technologie und „*wouldn't know what to do without technology*“ (Ofcom, 2014, S. 5). Auch wenn das Nutzungsverhalten zwischen den verschiedenen europäischen Ländern durchaus variieren kann, so darf grundsätzlich von auf den österreichischen Markt übertragbaren Zahlen ausgegangen werden. So macht eine Vergleichsstudie aus Österreich – A1 Social Impact Studie – durch das Marktforschungsinstitut GfK Austria im Zeitraum 10. Juli bis 18. Juli 2014 die enorm wichtige Rolle von Smartphones auch für Jugendliche in Österreich deutlich: Bereits 89 Prozent der 12- bis und 29-Jährigen – so die Studie – nutzen ein Smartphone und 56 Prozent aller Befragten verwenden Apps (GfK, 2014). Die JIM Jugendstudie 2013 kommt in ihren Befragungen zu einem deutlich niedrigeren Wert von 72 Prozent Smartphone-Nutzer_innen unter Jugendlichen (MPFS, 2013, S. 7), dennoch machen diese Zahlen die Bedeutung von Smartphones und Apps für Heranwachsende deutlich.

Insgesamt ist das aktuelle Medienangebot von einem starken Anstieg gekennzeichnet, der jedoch die Informationssuche für den Einzelnen komplizierter macht: In einem permanenten Selektionsprozess ist aus dem breiten Angebot gesundheitsbezogener Massenkommunikation – einer Mischung aus Aufklärung, Werbung und Unterhaltung (*Edutainment*) (Schnabel, 2009, S. 46) – die Qualität relevanter, aussagekräftiger Informationen von den unwichtigen, unrichtigen Aussagen zu filtern, sodass unter dieser Informationsüberflutung (*Information Overload*) Aufmerksamkeit und Verarbeitungsleistung leiden (Borch/Wagner, 2009, S. 64).

Vor dem Hintergrund, dass ein bedeutendes, öffentliches Projekt, das sich der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen widmet, weitgehend auf die Einbeziehung neuer Medien verzichtet, fokussiert die Forschungsarbeit das Nutzungsverhalten Jugendlicher hinsichtlich Smartphones und Gesundheits-Apps, um ihre Bedürfnisse aufzuzeigen, und basierend auf den Ergebnissen der Forschung, Empfehlungen für die zukünftige Gestaltung gesundheitspolitischer Maßnahmen zu geben. Zudem fehlen bisher umfangreiche Studien zum Gesundheitsbewusstsein und -wissen von Kindern und Jugendlichen in Österreich (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, 2013, S. 21), sodass mit den Daten, die durch die vorliegende Erhebung generiert werden, eine Forschungslücke verkleinert werden kann.

Grundsätzlich sollen in dieser Arbeit zwei generelle Diskurse in dem Spannungsfeld zwischen Chancen und Risiken betrachtet werden: (1) Aus einem optimistisch positiven Verständnis heraus tragen neue Medien, wie Smartphones und Apps, zum besseren Verständnis und zur Förderung eines Gesundheitsbewusstseins bei Jugendlichen bei und bieten neue Möglichkeiten, um sich in der komplexen Welt einfacher zurechtzufinden, und (2) mangelt es den Heranwachsenden andererseits – so die pessimistische Sichtweise – an nötiger Medienkompetenz, um in dieser Informationsüberflutung Medieninhalte und Apps hinsichtlich Qualität, Seriösität und Aktualität kritisch beurteilen zu können.

Der Aufbau der Arbeit gliedert sich wie folgt: In den nächsten beiden Kapiteln werden wissenschaftliche Konzepte vorgestellt sowie deren zentrale Begriffe erläutert (Kapitel 3) und der aktuelle Stand der Forschung (Kapitel 4) präsentiert. Im Kapitel fünf werden die Forschungsfragen entwickelt und Kapitel sechs widmet sich der Methodenbeschreibung sowie der Erhebungs- und Auswertungsmethode. Im Anschluss daran erfolgt die Ergebnispräsentation und -interpretation in Bezug auf die Forschungsfragen und unter Berücksichtigung der theoretischen Modelle (Kapitel 7). Das letzte Kapitel (Kapitel 8) beinhaltet eine Zusammenfassung und einen Ausblick, sowie die Diskussion der Ergebnisse in Hinblick auf deren gesellschaftliche Relevanz und mögliche zukünftige Forschungsprojekte.

Eine grundsätzliche Auseinandersetzung und Bewertung der Chancen und Risiken von gesundheits-optimierenden Maßnahmen soll an dieser Stelle aus Gründen des Umfangs jedoch nicht erfolgen.

3 Theoretische Rahmung

Als konzeptioneller Rahmen dieser Arbeit dient die *Social Comparison Theory* (Festinger, 1954), die durch die Integration des Modells der *Sinus-Milieus* erweitert wird. Es soll die Rolle des sozialen Vergleichs mit den Peers (offline) sowie in Online-Netzwerken bei der Nutzung von Smartphones und Apps für gesundheitsrelevante Strategien (Fitness, Wohlfühlen, Ernährung) beleuchtet werden. Im Speziellen soll geprüft werden, welche Rolle Peers (online/offline) in der Gesundheitskommunikation übernehmen und inwiefern die eigene Medien-Nutzung von ihnen beeinflusst wird. Wie und vor allem mit wem vergleichen sich Jugendliche? Inwiefern lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen? Welche Zusammenhänge zwischen Körperkonzepten und Vergleichsprozessen – offline/online – lassen sich erkennen? Welche Zusammenhänge zwischen sozialen Vergleichsprozessen und individuellen Persönlichkeitsmerkmalen (*Sinus-Milieus*) bezüglich Gesundheitsverhalten lassen sich identifizieren?

Es wird spekuliert, daß beide Ansätze dazu beitragen, ein erweitertes Verständnis für den Umgang Jugendlicher mit Schönheits- und Körperidealen zu generieren, und Einblicke in Art und Weise zu gewinnen, wie Heranwachsende ihre Smartphones und/oder Apps für gesundheitsrelevante Handlungen einsetzen.

Für das Verständnis der vorliegenden Arbeit sind unterschiedliche kommunikationswissenschaftliche und sozialwissenschaftliche Theorien bedeutsam, daher soll ein knapper Überblick über die wichtigsten Konzepte und deren zentralen Begriffe erfolgen, sofern diese in Relation mit dem vorliegenden Themenbereich stehen.

3.1 Kommunikations- und sozialwissenschaftliche Konzepte

Mediensozialisation und Medienkompetenz sind zwei zentrale Begriffe, wenn es um die Frage geht, warum und wie sich Jugendliche mit Medien beschäftigen. Sie erlangen vor allem durch die Dominanz von Smartphones im jugendlichen Alltag enorme Bedeutung. Der publikumszentrierte Nutzenansatz stellt die aktiven Rezipient_innen, ihre Lebenswelten und ihre individuelle Bedürfnisbefriedigung ins Zentrum der Überlegungen zur Mediennutzung und fusst einerseits auf dem Konzept des *Symbolischen Interaktionismus* und schließt andererseits an den *Uses-and-Gratifications Approach* an, also den erwarteten Nutzen und die erlebte Gratifikation von Bedürfnissen für das Publikum (Maletzke, 1998, S. 118ff.). Die Theorie des *sozialen Vergleichs* (*Social Comparison Theory*) geht davon aus, dass Menschen ihre Selbsteinschätzung im Vergleich mit anderen generieren (Festinger, 1954). Eingebettet werden die Theorien in das Modell der *Sinus-Milieus*, das die Aneignung und Interpretation gesellschaftlicher Leitwerte skizziert.

Der für diese Arbeit zentrale Begriff ‚Jugend‘ wird verschieden verortet, und meint entweder

eine bestimmte Altersgruppe, eine Zeitspanne in der Biografie (zwischen Kindheit und Erwachsenenalter), ein historisches Phänomen oder den Möglichkeitsraum, den die Erwachsenenengesellschaft der Nachfolgeneration einräumt (Villányi et al., 2007, S. 10). Die Entstandardisierung der Lebensmuster und verlängerte Ausbildungszeiten machen eine exakte Grenzziehung zum Erwachsenenalter schwierig.

Dennoch wird in der vorliegenden Arbeit – der Definition der aktuellen JIM-Studie folgend – der Begriff Jugend für eine Personengruppe im Alter zwischen zwölf und neunzehn Jahren verwendet (MPFS, 2013, S. 4). Jugend wird jedenfalls als ausgedehnte, eigenständige Lebensphase mit besonderen soziokulturellen Freiheiten, aber auch mit besonderen Ansprüchen definiert (Hurrelmann/Quenzel, 2012, S. 24f.).

3.1.1 Sozialer Vergleich unter Peers

„Social comparison is a ubiquitous social phenomenon.“
(Buunk/Gibbons, 2007, S. 16)

Menschen vergleichen sich ständig mit anderen. Sie tun dies, um soziale Informationen über sich oder andere zu evaluieren und um die eigenen Fähigkeiten und Leistungen im Vergleich zu anderen Personen und Gruppen einschätzen zu können, wie beispielsweise bei sportlichen Aktivitäten. „Soziale Vergleiche stellen einen der fundamentalsten Prozesse sozialer Informationsverarbeitung dar“ und werden immer dann durchgeführt, wenn Informationen über das Selbst oder Andere verarbeitet werden sollen (Mussweiler, 2006, S. 110).

Die originär von Leon Festinger (1954) entwickelte und kontinuierlich adaptierte Theorie des sozialen Vergleichs (*Social Comparison Theory*) bezieht sich auf ein grundlegendes Bedürfnis von Individuen, die eigenen Situationen, Eigenschaften, Einstellungen und Fähigkeiten im Vergleich mit anderen zur akkuraten Wahrnehmung des Selbst zu evaluieren, vor allem dann, wenn keine objektiven Standards zur Verfügung stehen (Festinger, 1954, S. 117ff.). Festinger stellt die zentrale Hypothese auf, dass sich Menschen bevorzugt mit jenen Individuen vergleichen, die ihnen ähnlich sind. Sind die Merkmale zu unterschiedlich, erfolgt kein Vergleich (Festinger, 1954, S. 120). Personen vergleichen mit anderen Menschen und einzelnen Merkmalen, wie Aussehen, sozialer Status, oder die berufliche oder sportliche Leistungsfähigkeit etc..

In späteren empirischen Untersuchungen konnte die von Festinger postulierte generelle Priorität von objektiven Vergleichsstandards gegenüber dem Vergleich mit anderen Personen jedoch nicht nachgewiesen werden (Mussweiler, 2006, S. 104).

Zu unterscheiden sind grundsätzlich drei Beweggründe für soziale Vergleiche (Simoni et al., 2011, S. 6; Mussweiler, 2006, S. 104), die jedoch nicht immer als zielgerichtete, strategische

Prozesse ablaufen, sondern durchaus auch spontan und automatisch erfolgen können (Mussweiler, 2006, S. 104):

- (1) Selbsterkenntnis: *First, for self-evaluation, the best way for a person to gain insight about his or her performance would be to compare with someone who is perceived to be similar. [...] The greater the similarity of the comparison target [...] the more precise is the evaluation* (Pomery et al., 2012, S. 463).
- (2) Selbstwertgefühl: *A second function of information from others is self-enhancement or selfprotection* (Simoni et al., 2011, S. 6): *through comparison with a less fortunate other (downward comparisons) persons can increase their subjective well-being* (Wills, 1981, S. 245).
- (3) Selbstverbesserung: *Finally, for self-improvement purposes* (Wood, 1989, S. 232), *people may prefer to compare themselves with others doing better (upward comparisons) to inspire hope or learn information that will assist them* (Simoni et al., 2011, S. 6).

Entsprechend der bereits erwähnten Ähnlichkeitshypothese (Festinger, 1954, S. 120) wählen Menschen also in der Regel für die Selbsterkenntnis jene Vergleichsstandards, die „dem Selbst auf der kritischen Dimension ähnlich sind“ (Mussweiler, 2006, S. 105), weil nur Vergleiche mit Personen, die hinsichtlich des interessierenden Merkmals ähnliche Voraussetzungen aufweisen, aussagekräftige Informationen zu Selbsteinschätzung liefern können, andernfalls müssten die Leistungsunterschiede auf andere Faktoren zurückgeführt werden.

Für die Erhöhung des Selbstwertes eignen sich am besten Vergleiche mit hinsichtlich des interessierenden Merkmals unterlegenen Standardpersonen (*downward comparisons*) – der Beweis für die eigene Überlegenheit fördert ein positives Selbstbild. Vor allem Personen, die ihren Selbstwert bedroht sehen, wie beispielsweise schwer erkrankte Personen, wählen diese Form des Vergleiches, um die eigene Situation im Anschluss positiver bewerten zu können.

Stehen Motive der Leistungsverbesserung (*upward comparisons*) im Zentrum, lässt sich dies am ehesten durch Vergleiche mit überlegenen Standardpersonen (zum Beispiel Profi-Sportler_innen) erreichen, die eine Vorbildfunktion übernehmen, wobei auch ein negativer Effekt durch das Nicht-Erreichen eines zu hohen Vergleichsstandards möglich ist (Mussweiler, 2006, S. 106f.).

Insgesamt lässt sich zeigen, dass empirisch als Hauptmotive für soziale Vergleiche primär der Wunsch nach akkurater Selbsteinschätzung, nach einem positiven Selbstbild und nach der Möglichkeit zur Selbstverbesserung theoretisiert wurden, wobei der Zweck des Vergleiches den jeweilige Standard – horizontal, abwärts, aufwärts – bestimmt.

Im Unterschied zu den ursprünglich 1954 formulierten Annahmen von Festinger lassen sich aufgrund späterer Forschungen einige Ergänzungen formulieren (Wood, 1989, S. 231):

- (a) „the individual is not always an unbiased self-evaluator but may seek many goals through social comparison;
 (b) the social environment may not be inactive but may impose unwanted comparisons; and
 (c) the comparison process involves more than selecting a comparison target: It is bidirectional, rather than unidirectional, and it may adopt a variety of forms to meet the individual's goals.“

Soziale Vergleiche üben demnach starken Einfluss auf die Wahrnehmung des Selbst aus: Um jedoch die komplexen Prozesse zu verstehen, lohnt ein Blick auf jenes Wissen, das während eines Vergleichsprozesses aktiviert wird. Das *Selective Accessibility Model* (Mussweiler, 2003) unterscheidet zwei fundamentale Vergleichsprozesse: Ein oberflächlicher Urteilsprozess legt fest, ob auf Ähnlichkeit (Gemeinsamkeiten) oder Unähnlichkeit (Unterschiede) zum Vergleichsstandard überprüft wird. Anschließend werden Informationen gesucht, die die jeweilige Hypothese (Ähnlichkeit oder Unähnlichkeit) bestätigen. Ein Vergleich kann (abhängig von der formulierten Annahme) daher kontrastierende – Entfernung vom Standard – und assimilative – Annäherung an den Standard – Effekte haben:

„If comparers identify with someone superior, then they should feel hopeful that they too can experience that level of success. If they feel similar to a person who is worse off, then they are likely to worry that they, too, will experience the same fate. There are times when the comparison target may be viewed as different from oneself along dimensions important to the comparison. Rather than identifying with the comparison target, comparers in this case will contrast themselves with the target. Contrasting with an upward target will have a negative impact well’, whereas contrasting with a downward target is more likely to have a positive impact.“
 (Pomery et al., 2012, S. 465)

Scheint der Standard hinsichtlich der kritischen Dimension realistisch erreichbar zu sein oder gehören Selbst und der Vergleichsstandard derselben Gruppe an, ist Assimilation wahrscheinlicher, unabhängig davon, ob es sich um einen Aufwärts- oder Abwärtsvergleich handelt. Scheint jedoch der Standard unerreichbar oder handelt es sich um eine Fremdgruppe, sind kontrastierende Effekte wahrscheinlicher. Gehören sowohl die Gruppe als auch der Standard einer Mehrheit an, sind kontrastierende Vergleiche zum Normstandard zu beobachten, während bei Minderheitengruppen assimilative Effekte mit dem In-Group-Standard zu beobachten sind. Die Gruppenzugehörigkeit – Minderheit oder Mehrheit – hat folglich einen entscheidenden Einfluss auf Vergleichsprozesse. Ebenso hat das Wissen bezüglich der einzuschätzenden Dimension Auswirkungen auf die Richtung des Einflusses: Die Evaluation eindeutiger Ziele führt zu Assimilation mit dem Vergleichsstandard, während ein vages Wissen über die einzuschätzenden Dimension eher zu kontrastierenden Effekten führt (Mussweiler, 2003, S. 485f.).

Das *Proxy Model* (Suls/Martin/Wheeler, 1997) beschreibt, wie sozialer Vergleich in neuen Situationen und neuen Aufgabenstellungen für die Frage „*Can I do X?*“ (Suls et al, 2002, S. 151) Anwendung finden kann. Das Modell geht davon aus, dass durch den Vergleich mit anderen Personen (*proxy*), die eine vergleichbare Aufgabe bereits bewältigt haben, die eigene Erfolgswahrscheinlichkeit bei der Bewältigung einer neuen Aufgabe bestimmt wird. Von dem Investment in bereits erfolgreich absolvierte Aufgaben wird auf den wahrscheinlichen Erfolg einer künftigen Vergleichsaufgabe geschlossen. Nicht die Voraussetzungen der Vergleichsperson sind dabei entscheidend, sondern der Erhalt von Informationen über den Aufwand bzw. das Ausmaß der Leistung für eine erfolgreiche Bewältigung der zukünftigen Aufgabe. Sollten verschiedene Fähigkeiten für eine Aufgabe erforderlich sein, können auch mehrere proxies herangezogen werden (Suls et al, 2002, S. 151).

Obwohl es sich bei sozialen Vergleichen um ein universales Phänomen handelt, zeichnen sich die Prozesse durch eine beträchtliche Komplexität und Variabilität aus und werden von zahlreichen persönlichen Einflussfaktoren begleitet, wie beispielsweise dem Geschlecht, das als ein zentraler Faktor identifiziert wird. Zudem vergleichen sich Individuen nicht ausschließlich mit Einzelpersonen, ebenso sind unterschiedliche Vergleiche mit Gruppen, wie oben erwähnt, möglich, und auch Vergleiche mit sich selbst zu einem späteren Zeitpunkt demonstrieren wie flexibel Vergleichsprozesse ablaufen können. (Wood, 1989, S. 243).

Auch Medien spielen eine bedeutende Rolle bei sozialen Vergleichen, denn selbst mit Medienpersonen sind aufwärts-, abwärts- und horizontale Vergleiche möglich, wobei in der Literatur in erster Linie Aufwärtsvergleiche theoretisiert werden. Vor allem idealisierte Körper- und Schönheitsnormen, die medial vermittelt werden, werden in Zusammenhang mit der negativen Beeinflussung des jugendlichen Selbstwertgefühls thematisiert. Negative Medienwirkungen können bei beiden Geschlechtern zur Selbstwertbeeinträchtigung und Körperunzufriedenheit und als Folge davon zu Essstörungen, Depressionen, Sportsucht, Doping etc. führen (Döring, 2013, S. 301f.). Für die vorliegende Arbeit von Interesse ist in diesem Zusammenhang, inwiefern Jugendliche bei der App-Nutzung an medial konstruierte Körper- und Schönheitsbilder anschließen oder diese reflektieren (Medienkompetenz). Eine Studie von Strahan et al. (2006) über die Rolle von Körnernormen für das eigene Selbstbild offenbart zwei interessante Ergebnisse: (1) Werden Individuen attraktive idealisierte kulturelle Körnernormen zur Verfügung gestellt (etwa durch mediale Bilder), dann vergleichen sie sich – entgegen der ursprünglich formulierten These, die den bevorzugten Vergleich mit ähnlichen und relevanten Standards postuliert – mit den präsentierten, eigentlich bedeutungslosen, professionellen Models und nicht mit den eigenen Peers. Stehen jedoch keine dieser Normen zur Verfügung, gewinnen die Peers als relevante Vergleichsstandards wieder an Bedeutung (Strahan et al., 2006, S. 218). (2) Es lässt sich ein Gender-Gap beobachten: Frauen beschreiben ihren Körper negativer als dies Männer tun, und sie vergleichen sich mit überlegenen Standards und unrealistischen Zielen, während Männer unterlegene Standards wählen (Strahan et al., 2006, S. 217).

Die Überlegungen zum sozialen Vergleich sind für die vorliegende Arbeit in mehrfacher Hinsicht interessant: (1) Apps bieten umfangreiche Möglichkeiten der Selbst- und Fremdeinschätzung, (2) Vergleiche werden aus Gründen der Effizienz häufig mit „*Routinestandards*“ (Mussweiler/Rütter, 2003, S. 468), wie beispielsweise guten Freunden der Peer-Group durchgeführt, und (3) spielt der soziale Vergleich im Gesundheitsverhalten eine wichtige Rolle, weil die Beurteilung des eigenen Gesundheitszustands sowie des subjektiven Wohlbefindens und gesundheitsrelevante Entscheidungen (wie etwa die Entscheidung medizinische Hilfe zu suchen) im Vergleich mit anderen erfolgen. Von Interesse sind daher die Konsequenzen, die der Vergleich mit den Leistungen fremder Personen und/oder der Peer-Group für das eigene Selbstbild mit sich bringt.

Vor dem Hintergrund dieser Annahmen lässt sich die Bedeutung der Peer-Group für Jugendliche mit ähnlichen normativen Überzeugungen und Erfahrungen erklären. Einerseits umgeben sich Individuen entsprechend dem Ähnlichkeits-Attraktions-Paradigma gerne mit Menschen, die ihnen ähnlich sind (Byrne, 1971), und andererseits muss man sich mit anderen vergleichen, um zu verstehen, wer man ist und wie man sich verhalten soll. Diese Vergleiche spielen de facto eine so bedeutende Rolle im Leben von Menschen, dass sie relativ automatisch ablaufen müssen, um Menschen nicht zu überfordern. Um daher nicht bei jedem Vergleich eine strategische Auswahl treffen zu müssen, werden routinemäßig geeignete Vergleichsstandards herangezogen: Als Konsequenz wird bei einem neuen Vergleich auf bereits bewährte Standardpersonen zurückgegriffen (Mussweiler/Rütter, 2003, S. 480). Empirisch lässt sich jedenfalls nachweisen, dass die besten Freunde häufig als Routinestandards bei der Selbsteinschätzung dienen (Mussweiler/Rütter, 2003, S. 471).

Die Suche nach der eigenen Identität, nach Selbsterkenntnis, nach Bestätigung der eigenen Einstellungen und Fähigkeiten ist vor allem für Jugendliche eine enorme Herausforderung: Denn mit dem Eintritt in die Pubertät verliert die Eltern-Kind-Beziehung „*in quantitativer Hinsicht an Bedeutung zugunsten der Gleichaltrigengruppe*“ (Ohlbrecht, 2010, S. 148) und Jugendliche beginnen, sich zunehmend vom Elternhaus abzulösen und sich an den Lebensweisen der Freund_innen (Peer-Group) innerhalb eines eigenen Erfahrungs- und Erlebnisraumes zu orientieren. Damit wächst die Eigenverantwortung, aber auch das Risikoverhalten verändert sich durch den Einfluss von Gruppendynamiken (Kern, 2005, S. 3).

Unter Peer-Group versteht man ganz allgemein „*eine Gruppe von Jugendlichen etwa gleichen Alters, weitgehend gleicher Gesinnung und meist auch aus der gleichen sozialen Schicht.*“ (Kern, 2005, S. 3). Peer-Groups übernehmen, wie oben erwähnt, in der Jugendphase verstärkt unterschiedliche Funktionen bei der Entwicklung von Persönlichkeit und Identität sowie bei jugendtypischen Herausforderungen, unter anderem nehmen sie positiven ebenso wie negativen Einfluss auf das gesundheitliche Risikoverhalten ihrer Mitglieder (Kern, 2005, S. 3; Ohlbrecht, 2010, S. 151), da die Jugendlichen in dieser Phase in ihren Peer-Groups neue Verhaltensweisen

trainieren und erproben. Sie tun dies einerseits um sich gegenüber dem Elternhaus abzugrenzen und andererseits als Mittel zur Selbstdarstellung und Anerkennung. Gesundheitliches Risikoverhalten praktizieren Jugendliche überwiegend in ihrer Peer-Group, welche Verhaltensweisen – positive oder negative – sich jedoch stärker durchsetzen, ist von individuellen Ressourcen abhängig (Ohlbrecht, 2010, S. 150f.). Peer-Groups halten jedenfalls Identifikationsangebote und Orientierungsmöglichkeiten bereit, allerdings ist dies oftmals mit einem „*Konformitätsdruck*“ verbunden. Die Solidarität und Akzeptanz in der eigenen Gruppe ist für Jugendliche enorm wichtig und hat Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden, sodass im Falle eines sozialen Ausschlusses oder fehlender Anerkennung negative Auswirkungen auf Wohlbefinden und Gesundheit die Folge sein können (Ohlbrecht, 2010, S. 152). Zudem entwickeln und verändern Jugendliche ihr soziales Verhalten im Vergleich mit der Peer-Group. Freizeit- und Konsumaktivitäten werden von der Freundesgruppe ebenso beeinflusst (Hurrelmann/Quenzel, 2012, S. 172) wie die Mediennutzung. Neben diesen wichtigen Funktionen für die individuelle Persönlichkeitsentwicklung ist ein Nachteil der intensive Druck (*peer pressure*), den Jugendliche auf die Mitglieder der Gleichaltrigengruppe hinsichtlich gruppentypischer Codes ausüben, denn nicht alle Heranwachsende sind diesem gleichermaßen gewachsen (Hurrelmann/Quenzel, 2012, S. 174ff.).

Dem Einfluss von Peers im Jugendalter ist daher besondere Aufmerksamkeit hinsichtlich der Strategien von Gesundheitsförderprogrammen zu widmen, denn das Werte- und Normensystem und die Vorstellungen der Peers hinsichtlich Ernährung, Alkoholkonsum, Bewegung etc. haben Einfluss auf die Lebensführung der Jugendlichen und dementsprechend wird gesundheitsrelevantes Verhalten entwickelt und/oder verändert (Ohlbrecht, 2010, S. 153).

3.1.2 Im Zentrum medienpädagogischer Debatten: Mediensozialisation und Medienkompetenz

Im Umgang von Jugendlichen mit Medien wird Medienkompetenz als ein Schlüsselfaktor betrachtet, denn erst der Erwerb dieser Fähigkeit macht sinnvolle, kritische Mediennutzung möglich. Medienkompetenz ist daher – ebenso wie Gesundheitskompetenz (Kapitel 3.2.2, Seite 28) – ein zentraler Begriff, wenn man jugendliche Mediennutzung in Zusammenhang mit gesundheitsrelevanten Themen verstehen möchte.

Unter Mediensozialisation bei Heranwachsenden werden all jene Aspekte subsumiert, in denen Medien die psychosoziale Entwicklung Jugendlicher beeinflussen, indem Medien helfen, jene Kompetenzen zu erlernen, die für eine positive Lebensführung erforderlich sind. Jugendliche gestalten ihr Leben folglich aktiv und nutzen Medien zur Verarbeitung belastender Lebenssituationen und für die Bewältigung komplexer Entwicklungsaufgaben; der Erwerb von Medienkompetenz ist eine dieser Aufgaben. Eltern, Pädagogen, die Peer-Group, das Individuum selbst und die (Medien-)Gesellschaft schaffen gemeinsam die Rahmenbedingungen für den Umgang mit Medien (Süss, 2008, S. 362). Baacke beschreibt Medienkompetenz in vier Dimensionen als

die Fähigkeit analytisch, reflexiv und ethisch über Medien nachzudenken (Medienkritik), das Wissen über Mediensysteme (Medienkunde), die Fähigkeit als Anwender und Anbieter Medien zu nutzen (Mediennutzung) und schließlich den kreativen und innovativen Einsatz von Medien (Medien-Gestaltung) (Baacke, 1999, S. 24). Inwiefern die zentrale Stellung der Medien im Leben Heranwachsender aus einer positiv-optimistischen Position als Chance für Jugendliche bewertet wird oder aus einer pessimistisch-skeptischen Sichtweise eine problematische Einschätzung überwiegt, hängt vom Betrachter ab und wird in der Öffentlichkeit heftig und kontrovers diskutiert.

Drei Hauptpositionen sind dabei – auch chronologisch – zu unterscheiden (Süss, 2008, S. 363f.): (1) Der kulturpessimistische Ansatz geht davon aus, dass Heranwachsende als „*Medienopfer*“ zu betrachten sind, weil die Welt primär durch Medien vermittelt und durch den Medienkonsum die psychosoziale Entwicklung Jugendlicher beeinträchtigt wird, indem beispielsweise im Fernsehen ein Übermaß an Gewaltdarstellungen und verzerrten Menschen- und Weltbildern präsentiert wird. (2) Der kritisch-optimistische Ansatz fokussiert die kompetenten, aktiven Mediennutzer_innen, die je nach individuellen Bedürfnislagen und Situationen Medien als wertvolle Ergänzung, und nicht als Ersatz, zu ihren Primärerfahrungen nutzen (Medienkompetenz). (3) Der medieneuphorische Ansatz unterstreicht den positiven Nutzen, den Heranwachsende aus dem Medienkonsum, vor allem Computer und Internet, ziehen, vernachlässigt jedoch die kritische Auseinandersetzung mit den negativen Folgen, wie beispielsweise Mediensuchtverhalten. Primär werden Medien von Heranwachsenden genutzt, um kognitive (Wissen, Lernen), affektive (Stimmungen, Gefühle), sozial-integrative (Sozialkontakte) und integrativ-habituelle Bedürfnisse (Mediennutzungsgewohnheiten) zu befriedigen, wobei die Medieninhalte oft stark verkürzt und Medienfiguren stereotypisch präsentiert werden, und deren Erkennen und Beurteilen von Heranwachsenden bereits eine hohe Medienkompetenz verlangt (Süss, 2008, S. 370).

Eine der aktuellen zentralen Fragestellungen der Medien-Nutzungs- und Wirkungsforschung ist daher, auf welche Weise Jugendliche Medienkompetenz erwerben und welche Nutzungs- und Verhaltensmuster dabei sichtbar werden.

3.1.3 Mediennutzung aus Sicht des Symbolischen Interaktionismus und des Uses-and-Gratifications Approach

Frühe Ideen zum Nutzenansatz (*Uses-and-Gratifications Approach*) mit der zentralen Fragestellung „*What do people do with the media?*“ (Katz, 1959, S. 2) gehen auf Elihu Katz zurück. Der Nutzenansatz stellt nicht die Medienwirkungen, sondern die aktiven Rezipient_innen und ihre Lebenswelten ins Zentrum der Überlegungen zur Mediennutzung. Im Gegensatz dazu betrachtet das bislang gebräuchliche medienzentrierte Stimulus-Response-Modell das Publikum als passiven Reizempfänger in Kommunikationsprozessen, bei dem die Medien einseitig Botschaften an die Rezipient_innen transferieren würden (Renckstorf, 1992, S. 179ff.).

Drei wesentliche Grundannahmen charakterisieren den Nutzenansatz: Erstens, die Rezipient_innen suchen im Erleben von Medienaussagen ihre subjektive Bedürfnisbefriedigung und wählen entsprechende Medien aus, zweitens, sie sind selbstbewußte, aktiv Handelnde, die selbstständig über ihre Mediennutzung und die Medieninhalte entscheiden, und nicht passive Empfänger von Medienbotschaften, und drittens, ist Mediennutzung – als *eine* Möglichkeit unter zahlreichen Handlungsalternativen – als zielgerichtetes und intentionales soziales Handeln zu verstehen. Ausgangspunkt beim publikumszentrierten Nutzenansatz ist demnach das subjektive Handeln von Individuen (Maletzke, 1998, S. 118ff.; Renckstorf, 1992, S. 181)

Der *Uses-and-Gratifications Approach* basiert auf der Annahme, dass sich Individuen aus der Mediennutzung Belohnungen (*Gratifications*) erwarten, die von den subjektiv wahrgenommenen Interessen der Betrachter_innen abhängen und daher inhaltsunabhängig wirksam sind. Zu unterscheiden ist dabei, wie Palmgreen in seinem Erwartungs-Bewertungsmodell ausführt, grundsätzlich zwischen gesuchter und erhaltener Gratifikation (Palmgreen, 1984, S. 56). Das Publikum handelt jedenfalls entsprechend der individuellen Probleme und Bedürfnisse sinnvoll und zielorientiert und wählt mediale Informationsangebote dementsprechend bewusst aus (Burkart, 2002, S. 222f.). In diesem Sinne stellt die Gratifikationsforschung einerseits den persönlichen Nutzen für Menschen bei der Zuwendung zu Medien der Massenkommunikation sowie die individuellen Nutzungsmotive und Absichten in den Mittelpunkt ihrer Fragestellungen, und andererseits sucht sie nach Erklärungen – Ziele, Absichten, Verwendungszusammenhänge und Bedeutungszuweisungen – für den individuellen Umgang mit Medien (Renckstorf, 1992, S. 181).

Das handlungstheoretische Konzept des *Symbolischen Interaktionismus* fokussiert das Denken, Fühlen und Handeln von Individuen als Ergebnis zwischenmenschlicher Beziehungen (Interaktionsprozesse). Für den Nutzenansatz bedeutet dies, dass Medieninhalten subjektive Bedeutungen und Wertungen zugewiesen werden (Burkart, 2002, S. 224f.), diese also ein Produkt menschlicher Interpretationen und Übersetzungen sind, und nicht per se den Medieninhalten innewohnen. Vor allem Herbert Blumer machte ausgehend von den Überlegungen früherer Interaktionist_innen – u.a. George Herbert Mead – den Begriff des symbolischen Interaktionismus für die aktuelle soziologische Forschung fruchtbar. Ausgangspunkt bei Blumer ist das Verstehen menschlicher Erfahrungen.

Blumer (1969) formuliert drei Prämissen, auf denen der symbolische Interaktionismus fusst:

„*The first premise is that human beings act toward things on the basis of the meanings that the things have for them [...]. The second premise is that the meaning of such things is derived from, or arises out of, the social interaction that one has with one's fellows. The third premise is that these meanings are handled in, and modified through, an interpretative process used by the person in dealing with the things he encounters*“ (Blumer, 1969, S. 2)

Dinge (*objects*) haben demnach Bedeutung für Menschen; sie handeln aufgrund dieser Bedeutungszuschreibungen. Diese sind keine fixen Eigenschaften von Objekten, sondern entstehen in sozialen Interaktionen zwischen Individuen, sie sind somit veränderbar und sie werden in neuen Situationen einem Prozess der Interpretation unterworfen (Blumer, 1969, S. 4). Bedeutungen werden demnach „*ausgewählt, überprüft, modifiziert, verworfen oder transformiert*“ (Winter, 2010, S. 83). Blumer konzeptioniert die soziale Welt aus Objekten, die durch und in sozialen Interaktionen entstehen (Blumer, 1969, S. 11). Das einzelne Individuum ist Teil dieses interpretativen Prozesses. Soziale Lebenswelten entstehen also durch das Handeln und Interpretieren von Menschen aufgrund „*gemeinsamer und andauernder sozialer Aktivitäten*“ (Winter, 2010, S. 84). Blumers Überlegungen haben Folgen für methodische Forschungszugänge, denn er spricht sich für eine Rückkehr „*to the empirical social world*“ (Blumer, 1969, S.34) aus. Empirische Untersuchungen sollen ihre Erkenntnisse über das Zustandekommen von Bedeutungen aus Untersuchungen der symbolvermittelten Interaktionen zwischen Menschen in der jeweiligen sozialen Welt gewinnen (Winter, 2010, S. 84). Im Mittelpunkt der Forschung stehen folglich Prozesse der Interaktion und „*wie sich diese Prozesse vollziehen, wie Erfahrungen strukturiert sind und gelebt werden*“ (Winter, 2010, S. 85). Dafür geeignete Forschungsstrategien sind Befragungen, die Analysen biografischer/lebensgeschichtlicher Kontexte oder teilnehmende Beobachtungen. Auch die theoretische Fundierung des Gruppendiskussionsverfahrens, als zentrale Methode dieser Arbeit, liegt im Symbolischen Interaktionismus.

Für die Erforschung von klassischen und neuen Kommunikationsformen, wie dem Internet, sowie deren Verflechtungen und Ausdifferenzierungen, eignet sich das Konzept des Symbolischen Interaktionismus insofern, weil damit aktuelle mediale und kommunikative Veränderungsprozesse (*Mediatisierung*) betrachtet werden können, wie beispielsweise die Ausweitung von Medien auf immer mehr Lebensbereiche (Krotz, 2008, S. 43f.). Krotz differenziert aktuell drei unterschiedliche Kommunikationstypen mit entsprechenden Nutzungs- und Rezeptionsformen:

- (1) *Kommunikation mit inszenierten medialen Inhalten, also Medienrezeption von Websites, Fernsehen oder Büchern, und komplementär, deren Produktion*
- (2) *Kommunikation mit Menschen mittels Medien – [...] SMS, Brief oder Telefon, und*
- (3) *Kommunikation mit „intelligenten“ Computerprogrammen bzw. innerhalb von kommunikativen Rahmen, wie sie durch intelligente Software gegeben sind – also ‚Gespräche‘ mit Softwarerobotern oder intelligenten Anrufbeantwortern, wie man sie im Netz oder in Muds findet, oder manche kommunikative Aktivitäten etwa innerhalb von Computerspielen.* (Krotz, 2008, S. 42f.).

Im Sinne des Kommunikationsverständnisses des Symbolischen Interaktionismus lassen sich gesellschaftliche Entwicklungen und Veränderungen in Zusammenhang mit Medien am konkreten Handeln und Kommunizieren der Menschen und den subjektiven Bedeutungszuweisungen interpretieren.

3.2 Gesundheitskonzepte

Gesundheit ist „*zur treibenden Kraft in der Gesellschaft geworden*“ (Kickbusch, 2006, S. 7) und somit auch ein Schlüsselbegriff in der heutigen Gesellschaft, denn „*Gesundheit ist machbar*“ (Kickbusch, 2006, S. 43) geworden. Für ein umfassendes Verständnis des Terminus und seiner Bedeutung für den Menschen sind einige Begriffsbestimmungen nötig, die im Folgenden in einer möglichst knappen Übersicht dargestellt werden.

3.2.1 Gesundheit: ein komplexer Begriff

Eine oft zitierte, aber ebenso häufig kritisierte Definition des Begriffs Gesundheit der World Health Organisation WHO aus dem Jahr 1946 beschreibt Gesundheit als „*state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*“ (WHO, 2014). Obwohl der WHO mit dieser Definition die Betonung der positiven Aspekte gelang – während beispielsweise die naturwissenschaftlich-medizinische Erklärung traditionell Gesundheit als „*Abwesenheit von Krankheit*“ beschreibt (Signitzer, 2001, S. 27) –, richten sich die Kritikpunkte zum einen auf die Vernachlässigung des Prozesscharakters von Gesundheit und zum anderen auf den Umstand, dass sich auch Menschen, die eine chronische Erkrankung haben, wie beispielsweise Allergiker_innen, Diabetiker_innen, Asthmatiker_innen oder auch Menschen mit eingeschränkter Mobilität, durchaus subjektiv wohlfühlen können und folglich in dem „*Niemandland*“ zwischen Gesundheit und Krankheit über eine „*bedingte Gesundheit*“ verfügen (Schipperges, 1984, S. 82f.). Andererseits wurde beispielsweise bis in die 1980er Jahre eine „*Psychotherapie auch nicht im engeren Sinne als Krankenbehandlung aufgefasst, sondern als Verfahren [...] der Unterstützung einer besseren Lebensbewältigung [...]*“, sodass ein Mensch trotz persönlicher Probleme als gesund galt (Linden, 2013a, S. 249). Aktuell differenzieren Therapeuten zwischen psychischer *Erkrankung* und psychischem *Leiden*, was im ersten Fall die Diagnose Krankheit, im Zweiten jedoch die Diagnose Gesundheit bedeutet (Linden, 2013a, S. 256) und die Schwierigkeit der Qualifizierung als Krankheit oder Gesundheit mehr als deutlich zeigt. Die „*Abgrenzung von gesundem Leiden gegen Krankheit*“ ist demnach auch für Experten ein komplexes Problem (Linden, 2013b, S. 70).

Die rein medizinische Sichtweise mit dem Fokus auf Krankheit (*Pathogenese*) erweiterte Aaron Antonovsky Ende der 1970er Jahre um eine soziologische, gesundheitsorientierte Perspektive, die Gesundheit und deren begünstigende Faktoren in den Mittelpunkt rückte (*Salutogenese*). Der dynamische Gesundheitszustand eines Menschen auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit (*health ease/disease-continuum*) ergibt sich aus einem interaktiven Prozess zwischen belastenden Faktoren und gesundheitsfördernden Faktoren (*Widerstandsressourcen*). Einen positiven Einfluss auf die eigene Gesundheit hat das Kohärenzgefühl (*sense of coherence*), eine subjektive Ressource, sich äußeren Anforderungen gewachsen zu fühlen und mit gesundheitsgefährdenden Faktoren umzugehen. Entscheidende Aspekte sind demnach in-

dividuelle emotionale (*meaningfulness*) und kognitive (*comprehensibility*) Komponenten, also das Leben als sinnvoll und geordnet zu begreifen, sowie persönliche Handlungskomponenten (*manageability*), sich den Erwartungen zu stellen (Fromm et al., 2011, S. 16). Entscheidend bei diesem Ansatz sind die Ergänzungen um subjektive Empfindungen des Einzelnen und um soziale und kulturelle Bedeutungen sowie um den Einschluss der Komponenten Wohlbefinden und Unwohlsein in das Konzept von Gesundheit und Krankheit (Fromm et al., 2011, S. 17). Klaus Hurrelmann und Anja Leppin unterstreichen mit den Begriffen *relative Gesundheit* und *relative Krankheit* den Prozesscharakter von Gesundheit und Krankheit (Hurrelmann/Leppin, 2001, S. 10), wobei gesellschaftliche und kulturelle Faktoren starken Einfluss auf die individuelle Gesundheit nehmen (Fromm et al., 2011, S. 17).

Das Phänomen Gesundheit lässt sich schwer begreifen und beschreiben, da neben den beschriebenen objektiven medizinischen Faktoren (*Expertenkonzepte*) eine Vielzahl an differenzierten subjektiven Empfindungen (*Laienkonzepte*) – in Abhängigkeit von soziodemografischen Faktoren wie Alter, Geschlecht, sozialem Status – die exakte Beschreibung des eigenen Gesundheitszustands beeinflussen. Die repräsentative quantitative Studie von Mildred Blaxter aus den Jahren 1984/85 („Health & lifestyles“, 1998) belegt den Zusammenhang zwischen ökonomischen, ökologischen und sozialen Lebensumständen, Verhalten und Gesundheit in der britischen Bevölkerung und zeigt damit unter anderem den multidimensionalen Aspekt von Gesundheit (Blaxter, 1998, S. 234): So scheint beispielsweise gesundheitsschädigendes/gesundheitsförderliches Verhalten bei Personen mit hohem sozialen Status mehr Auswirkungen auf die eigene Gesundheit zu haben, als sich ein entsprechendes Verhalten bei Personen mit niederem sozialen Status auswirkt (Blaxter, 1998, S. 230). Auch die WHO fokussiert Gesundheit in Zusammenhang mit sozialen Ungleichheiten und stellt eine direkte Verbindung zwischen Bildung und Gesundheit her, indem die Dauer und die Art der Ausbildung als „*der wichtigste mit guter Gesundheit korrelierende Faktor*“ identifiziert wird (WHO, 2013, S. 15).

3.2.2 Gesundheitskompetenz (Health Literacy)

Wie Menschen leben, hat folglich Einfluss auf ihre Gesundheit. Die Informationsfülle macht es für die/den Einzelne/n und im Speziellen für Heranwachsende jedoch immer schwieriger, sich zurechtzufinden, gesundheitsrelevante Informationen zu erkennen und darauf aufbauend im Alltag Entscheidungen zu treffen, die der eigenen Gesundheit förderlich sind.

Gesundheitskompetenz (*Health Literacy*) ist vor diesem Hintergrund, vereinfacht gesagt, die persönliche Fähigkeit der/des Einzelnen, erfolgreiches Gesundheitsmanagement zu betreiben, um positiv auf die eigene Gesundheit und das eigene Wohlbefinden einzuwirken. Dies umfasst den Zugang zu Informationen, das Verstehen und Beurteilen dieser Informationen und den reflexiven Austausch mit Anderen über gesundheitsrelevante Themen. Kickbusch differenziert in fünf Handlungs- und Kompetenzbereiche: (1) Die Persönliche Gesundheit, also das Wissen

über und die Anwendung von gesundheitsförderlichem Verhalten, (2) die Orientierung im Gesundheitssystem, (3) das eigene, gesundheitsförderliche Konsumverhalten, (4) gesundheitspolitisches Handeln und (5) Gesundheitsmaßnahmen in der Arbeitswelt (Kickbusch, 2006, S. 70f.).

„*Health literacy is the capacity to make sound health decisions in the context of every day life – at home, in the community, at the workplace, in the health-care system, in the market place, and in the political arena. It is a critical empowerment strategy to increase people’s control over their health, their ability to seek out information, and their ability to take responsibility.*“ (Kickbusch, 2008, S. 206)

Don Nutbeams Stufenmodell unterscheidet drei Ebenen von Gesundheitskompetenz: (1) Die funktionale Ebene umfasst das Lesen und Verstehen von Texten in alltäglichen Situationen, (2) auf der interaktiven Ebene werden Informationen gesammelt, interpretiert und situativ angewendet, und (3) auf der kritische Ebene erfolgt die kritische Auseinandersetzung mit gesundheitsrelevanten Informationen und deren Anwendung auf die eigenen Lebensumstände (Nutbeam, 2000, S. 263f.).

Internationale Strategiepapiere und weltweite Initiativen – u. a. Literacy Decade der Vereinten Nationen (UN, 2009, S. 12f.), Nairobi Konferenz der WHO (WHO, 2009) – weisen auf die zentrale Rolle von Gesundheitskompetenz in Zusammenhang mit Gesundheitsförderung hin und unterstreichen damit die Bedeutung von Health Literacy als Einflussfaktor für die Gesundheit und als Voraussetzung für Gesundheitsverhalten.

Die Gesundheitskompetenz österreichischer Jugendlicher (n=571) steht im Fokus einer Studie des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV): 58% der Jugendlichen weisen eine limitierte umfassende Gesundheitskompetenz auf. Dieser Wert ist insofern relevant, weil Gesundheitskompetenz „*Auswirkungen auf gesundheitsrelevante Konsequenzen*“ hat (Röthlin et al., 2013, S. 10). Gleichzeitig bringen Jugendliche medialen Informationen mehr Vertrauen entgegen als Erwachsene (Röthlin et al., 2013, S. 20).

Ziel der Arbeit ist es daher auch, die Gesundheitskompetenz österreichischer Jugendlicher in den Blick zu nehmen, da Health Literacy für die Planung von bildungspolitischen Maßnahmen sowie die Umsetzung von öffentlichen Gesundheitszielen ein bedeutender Faktor ist.

3.2.3 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

Interventionen finden grundsätzlich auf zwei Ebenen statt: (1) Maßnahmen der Gesundheitsförderung stellen die Gesundheit und den gesunden Menschen ohne Krankheitserfahrungen in den Mittelpunkt und sind daher bereits von Geburt an möglich. Das Ziel von Gesundheitsförderung ist daher primär die lebenslange Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit und Wohl-

befinden (Schnabel, 2009, S. 43). Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung umfassen demnach Aktivitäten und Maßnahmen, „die [die] gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und Lebensweisen aller Bevölkerungsgruppen zu beeinflussen suchen“ mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz zu stärken (Hurrelmann/Laaser, 2006, S. 753). Zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten zählen beispielsweise nährstoffreiche/regelmäßige Ernährung, körperliche Aktivität, ausreichend Schlaf, gemäßigter Alkoholkonsum sowie Stressvermeidung (Raithel, 2010, S. 162). (2) Der Begriff Krankheitsprävention ist von dem Terminus Gesundheitsförderung schwierig abgrenzbar, zielt jedoch auf zumeist individuelle Maßnahmen zur Verhinderung und Abwendung potenzieller Krankheiten durch Vermeidung von Verhaltensrisiken ab (pathogenetischer Ansatz), wenn bereits „krankheitswertige Risikofaktoren“ (wie beispielsweise Bluthochdruck, Rauchen, cholesterinreiche Ernährung) vorliegen (Schnabel, 2009, S. 43; Hurrelmann/Laaser, 2006, S. 751f.). Ziel ist, das Voranschreiten einer Krankheit in ein späteres Stadium zu verhindern sowie die Vermeidung und Reduktion von Folgeerkrankungen (Hurrelmann/Laaser, 2006, S. 753).

Beide Interventionsformen zielen auf individuellen und kollektiven Gesundheitsgewinn ab: Einerseits durch die Förderung von gesundheitsrelevanten Ressourcen, andererseits durch das Verdrängen von Krankheiten (Hurrelmann/Laaser, 2006, S. 751). Daraus lässt sich eine Zweiteilung von Themenfeldern ableiten: Jene, die für gesunde Menschen interessant sind, und jene, die für krankheitsgefährdete bzw. bereits erkrankte Menschen besonders relevant sind (Roski/Schikorra, 2009, S. 116).

Entsprechend den damit verbundenen unterschiedlichen Ansprüchen und Zielgruppen sind verschiedene Vorgehensweisen nötig. Für die vorliegende Arbeit von Relevanz ist die folgende Tabelle, die Gesundheits-Apps hinsichtlich ihrer Zielsetzungen und Zielgruppen klassifiziert.

Tabelle 1: Gesundheits-Apps nach Zielsetzungen und Zielgruppen (vereinfachte Darstellung)

Zielgruppe	Bereiche	Beispiele
Laien/Gesunde	Gesundheitsförderung Stärkung d. gesundheitl. Ressourcen	Yoga Posen
Laien/Gesunde	Primärprävention: Apps für Gesunde ohne gesundheitl. Risikofaktoren	Vorsorge-Uhr, Impf-Uhr, Alcohol Calculator
Laien/Gesunde	Sekundärprävention: Apps für Gesunde mit gesundheitlichen Risikofaktoren	Raucherstopp
Laien/Betroffene	Tertiärprävention: Apps für bereits (chronisch) Erkrankte	Diabetes-Uhr
Laien/Angehörige Experten	Tertiärprävention: Apps für Angehörige Tertiärprävention: Apps für medizinische und pflegerische Experten	Alzheimer Caregiver Klinikstandards, Leitlinien-App Onkologie

Quelle: Scherenberg/Kramer, 2013, S. 116

Eng mit Präventivmaßnahmen verbunden und für die vorliegende Arbeit von Relevanz ist der Begriff des Risikos: Risikoverhalten ist ein „unsicherheitsbezogenes Verhalten [...], das potenziell zu einer Schädigung führen und einer produktiven Entwicklung entgegenwirken kann“ (Raithel, 2010, S. 161). Bereits identifizierte Risiken sollen im Zuge einer Prävention im besten Fall bereits im Vorfeld der Gefährdung vermindert oder verhindert werden. Risikokompetenz, also ein bewusster Umgang mit Risiken, ist dabei die notwendige Voraussetzung für Risikooptimierung (BMSG, 2003, S. 7). Die Jugendphase gilt grundsätzlich als eine „identitätskritische Phase“, in der Wechselwirkungen von Risiko- und Schutzfaktoren für Heranwachsende schwer einschätzbar sind (Hackauf/Ohlbrecht, 2010, S. 9). Als „Bestimmungselement der jugendlichen Entwicklungsphase“ gehören riskante Verhaltensweisen im Jugendalter jedoch zu einem jugendlichen Normverhalten (Raithel, 2010, S. 160). Funktional dient Risikoverhalten nach Raithel (2010) unter anderem zur Identifikation mit der jugendlichen Subkultur, als Mittel der Selbstdarstellung, als Oppositionssymbol gegenüber konventionellen Normen, als Autonomiesymbol der Grenzüberschreitung zum Erwachsenenstatus sowie als Bewältigungsstrategie (Raithel, 2010, S. 169). Als gesundheitsriskante Verhaltensweisen gelten u. a. restriktives oder exzessives Ernährungsverhalten, Bewegungsmangel aber auch Risikosport, Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum, ungeschütztes Sexualverhalten sowie riskantes Verhalten im Straßenverkehr (Raithel, 2010, S. 162).

Da der Fokus der vorliegenden Arbeit auf Jugendlichen liegt, die zumeist noch über keine Krankheitserfahrungen verfügen, stehen Gesundheitsförderung und die damit verbundenen Strategien sowie jugendliches Risikoverhalten im Mittelpunkt des Interesses.

3.2.4 Öffentliche Gesundheitsinformation – Gesundheitsberichterstattung

Nationale und internationale Gesundheitsberichterstattung ist als Instrument von Gesundheitspolitik zu verstehen, sie informiert alle Akteure der Öffentlichkeit über die gesundheitliche Lage sowie die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung oder einzelner Gruppen und ist politisch orientiert. Aus der Analyse der bestehenden Gesundheitssituation der Bevölkerung werden der zukünftige Handlungsbedarf ermittelt, Ziele bestimmt und deren Erreichung evaluiert (Bardehle/Annuß, 2006, S. 376). Damit gesundheitspolitische Interventionen erfolgreich sein können, braucht es die Vermittlung gesundheitsrelevanter Informationen. Zu unterscheiden sind dabei vier Typen von Informationen (Rosenbrock, 2006, S. 1091f.): (1) Risikoberichterstattung informiert über Gesundheitsbelastungen und Gesundheitsressourcen, (2) Krankheitsberichterstattung (Gesundheits-, Krankheits- und Sterbestatistik) ist ein Instrument zur Beobachtung von Risiken und ermöglicht die Steuerung von Vorsorgemaßnahmen, (3) Vorsorgeberichterstattung informiert über Leistungen diverser Gesundheitseinrichtungen, und (4) Politikberichterstattung berichtet über den Verlauf privater und öffentlicher Gesundheitsinitiativen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. Insgesamt ermöglicht Gesundheitsberichterstattung eine transparente und diskursive Entwicklung von Gesundheitszielen (Rosenbrock, 2006, S. 1092).

3.2.5 Gesundheitskommunikation und die Rolle der Medien

Ebenso wie der Begriff Gesundheit lässt sich das damit eng verbundene Feld der Gesundheitskommunikation schwierig abgrenzen und es existiert bis heute keine „*konsensfähige Definition*“ (Rossmann/Ziegler, 2013, S. 385) des Begriffs: Allein aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive lässt sich ein weites Spektrum an Fragestellungen – ethische, psychologische und soziologische – formulieren, zudem ergeben sich daraus für die Markt- und Werbeforschung relevante Themenspektren und zahlreiche interdisziplinäre Überschneidungsfelder.

Eine sowohl wissenschaftlich anerkannte als auch praxisorientierte Annäherung an den Begriff liefern Gary L. Kreps und Barbara C. Thornton (1984), auch wenn bei ihnen die Rolle der Medien nicht ausreichend berücksichtigt wird: „*Health Communication is an area of study concerned with human interaction in the health care process. It is the way we seek, process, and share health information*“ (Kreps/Thornton, 1992, S. 2). Grundsätzlich versteht man unter Health Communication daher alle jene Analysen, die menschliche Interaktions- und Kommunikationsprozesse fokussieren, die sich zentral mit der Gesundheitsfürsorge und den Möglichkeiten ihrer positiven Beeinflussung beschäftigen. Damit sind in Folge interpersonale (zwischen Ärzt_innen, Patienten und Apotheker_innen), vor allem aber auch (massen-)mediale Kommunikationsprozesse zwischen Experten und/oder Laien gemeint (Fromm et al., 2011, S. 19ff.), wie Hurrelmann und Leppin betonen (2001):

„*Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die als professionelle Dienstleister oder Patienten/Klienten in den Versorgungsprozess einbezogen sind, und/oder als Bürgerinnen und Bürger an Fragen von Gesundheit und Krankheit und öffentlicher Gesundheitspolitik interessiert sind. Dieser Austausch kann direkt-personal [...] erfolgen, oder er kann durch Medien vermittelt sein. Der Prozess der Kommunikation kann dabei mehr oder weniger symmetrisch verlaufen [...]*“ (Hurrelmann/Leppin, 2001, S. 11).

Gesundheitskommunikation ist folglich interpersonale und massenmedial vermittelte Kommunikation über medizinische/gesundheitliche Themen mit unterschiedlichen Strategien in geeigneten Medien. Erfolgreiche Gesundheitskommunikation ermöglicht das Freisetzen individueller und kollektiver Ressourcen, die „für die Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit“ eingesetzt werden können (Schnabel, 2009, S. 39). Obwohl Kommunikation eine bedeutende Rolle für eine gelungene Gesundheitsvorsorge übernimmt, erlangt Gesundheitskommunikation – sowohl als analytisches Konstrukt als auch als reales Phänomen – in der deutschen Gesundheitsforschung dennoch lediglich zögerlich Relevanz (Schnabel/Bödeker, 2012, S. 250).

Systematisch lässt sich Gesundheitskommunikation grob hinsichtlich (1) Zielrichtung,

(2) Kommunikationsebene, (3) Medieninhalte und (4) Kommunikationspartner unterscheiden (Fromm et al., 2011, S. 325ff.): Als Kommunikationsziele können die Vermittlung von Informationen von Expert_innen an Laien (*Informationsansatz*), die Gesundheitsprävention durch die Übertragung der Verantwortung für Problemlösungen auf den Einzelnen und/oder die Gesellschaft (*Persuasionsansatz*) sowie das „*Storytelling*“ durch Laien als Problemlösungsansatz (*narrativer Ansatz*) identifiziert werden (Signitzer, 2001: 26f.). Gleichzeitig ist das Gesundheitswesen nicht nur ein Teil des Sozialsystems, sondern auch wirtschaftliche und politische Ziele des Gesundheitsmarkts wirken zusammen (Roski, 2009b, S. 5). Auf der Kommunikationsebene werden die *intrapersonale*- und die *interpersonale Ebene*, sowie die *Organisations-* und die *Massenkommunikation* unterschieden (Signitzer, 2001, 29ff.; Rossmann/Ziegler, 2013, S. 386). Übertragen auf die mediale Gesundheitskommunikation fragt die intrapersonale Ebene nach den individuellen Prädispositionen, die die Wahrnehmung von medialen Gesundheitsbotschaften beeinflussen, während die interpersonale (dialogische) Ebene die Spezifika der verschiedenen Medien und deren Auswirkungen im Rahmen medialer Kommunikationsprozesse fokussiert. Auf Organisationsebene (systemische Ebene) wird die Rolle von Medien innerhalb und zwischen Organisationen beleuchtet und die Ebene der Massenkommunikation fokussiert Medieninhalte, -nutzung und -wirkungen (medialer Einfluss auf Gesundheitsbewusstsein, Wissen, Einstellungen und Verhalten in Bezug auf Gesundheit) auf der Produktions- und Rezipientenseite. Bei der Betrachtung von Medienbotschaften müssen sowohl die Produzenten- als auch die Rezipientenperspektive berücksichtigt werden, denn Informationen können gesundheitsbezogene Inhalte mit explizitem/implizitem Gesundheits- oder Krankheitsbezug aufweisen (*intendierte Wirkungen*), sie können jedoch auch ohne besondere Absicht seitens der Produzent_innen bei den Rezipient_innen ein entsprechendes gesundheitsbezogenes Verhalten auslösen (*nicht-intendierte Wirkungen*), folglich gesundheitsrelevante Inhalte aufweisen (Fromm et al., 2011, S. 32f.; Rossmann/Ziegler, 2013, S. 386). Die Einteilung der Akteursgruppen erfolgt schließlich in drei Gruppen: Die Gesundheitsexpert_innen und Repräsentant_innen des Gesundheitssystems als Informationsvermittler_innen, die Gesundheitslaien als bewusste/unbewusste Informationsempfänger_innen und die Medienakteure, die für die Auf- und Verbreitung von Gesundheitsthemen sorgen (Fromm et al., 2011, S. 34f.). Eine besondere Erwähnung verdienen die speziellen Selbsthilfegruppen, die vor allem durch die Möglichkeiten, die das Internet bietet, enorm an Bedeutung gewinnen. Für die vorliegende Arbeit von Interesse ist in erster Linie die Gruppe der Gesundheitslaien als Informationsempfänger_innen.

In diesem Zusammenhang lohnt ein Blick auf den Wirkungsaspekt von Gesundheitskommunikation: Zum einen trägt die Sozialisation von Heranwachsenden dazu bei, ein Gesundheitsbewusstsein zu entwickeln, zum anderen sind Botschaften von Gesundheitskommunikationsexpert_innen geeignet, um Menschen zu gesundheitsförderndem (gesündere Lebensweise) oder gesundheitsschädlichem Verhalten (Verdrängung von Risiken) anzuleiten (Schnabel/Bödeker, 2012, S. 139f.; Rossmann/Ziegler, 2013, S. 387) bzw. können sie wirkungslos bleiben (Rossmann/Ziegler, 2013, S. 387). Damit eine Botschaft – direkt oder indirekt – wirken kann und

letztendlich zu einem nachhaltigen positiven Gesundheitsverhalten – zum Beispiel zum Verzicht von Jugendlichen auf das Rauchen – führt, muss jedes Individuum verschiedene Phasen durchlaufen: „*Sorglosigkeit, Bewusstwerdung und Vorbereitung bis hin zur realisierten Verhaltensänderung und deren Stabilisierung*“ sind die Stadien, die absolviert werden müssen, wobei zahlreiche intervenierende Variablen – individuelle ebenso wie systemische – diesen Prozess beeinflussen. Dieses Stufenmodell zeigt deutlich, dass die medialen Angebote „*passgenau*“ sein müssen, um zu wirken, mit anderen Worten müssen die kommunikativen Leistungen aufeinander abgestimmt sein, damit die nächsthöhere Stufe erreicht werden kann (Schnabel/Bödeker, 2012, S. 140f.). Medienwirkungen lassen sich allgemein auf der Mikro- (Individualebene), der Meso- (interpersonale Kommunikation), und der Makroebene (gesellschaftliche Wirkungen) beobachten. Zusätzlich können Medienwirkungen dauerhaft oder lediglich kurzfristig zu einem veränderten Gesundheitsverhalten führen, und auch die Wirkungsfolgen reichen von der Initiierung oder Stabilisierung von gesundheitsförderlichem Verhalten bis zur Verhinderung von gesundheitsschädlichem Verhalten (Rossmann/Ziegler, 2013, S. 388).

3.2.6 Jugendliche Sinus-Milieus: Jugendliche als Zielgruppe

Das Thema Gesundheit hat jedoch für Jugendliche eine grundsätzlich andere Bedeutung als für Erwachsene, daher sind sie weniger stark bereit, bewusst in Gesundheitsförderung zu investieren (Großegger, 2010, S. 254). Sie leben stärker im „Hier und Jetzt“; ein gesunder Lebensstil ist nicht vorrangiger Lebensplan, sondern Mittel zum Zweck, um attraktiv und fit auszusehen. Im Gegenteil: Wichtiger als gesundheitsbewusstes Verhalten sind die situationsbedingten Vorteile, die aus einem Risikoverhalten resultieren, wie beispielsweise exzessiver Alkoholkonsum (Ohlbrecht, 2010, S. 151). Der eigene „*Körper als Selbstdarstellungsmedium*“ [rückt] in der *Jugendzeit stark in den Vordergrund*“ (Ohlbrecht, 2010, S. 153). Allerdings ist den Jugendlichen bewusst, dass Gesundheit in der aktuellen Gesellschaft einen zentralen Stellenwert einnimmt, und in dieser Gemeinschaft wollen sie ebenfalls eine Rolle spielen. Gesundheitsförderliches Verhalten ist für Heranwachsende dann interessant, wenn es mit Spaß verbunden ist und zum Lifestyle-Konzept passt. Sie fokussieren daher verstärkt Gesundheitsangebote, die einerseits Spaß machen, und andererseits wenig Zeit und Geld kosten (Großegger, 2010, S. 259f.). Gesundheit bedeutet für sie in erster Linie ausgewogene Ernährung, ausreichend Schlaf, regelmäßige Bewegung und „Safer Sex“ (Großegger, 2010, S. 261).

Das Institut für Jugendkulturforschung identifiziert in seiner qualitativen Studie „Gesundheitsförderung in der Zielgruppe Jugendliche“ aus dem Jahr 2009 grob drei Gesundheitsmentalitäten Jugendlicher: (1) Für den „Genussmensch“ steht der Spass und die Lust am gesunden Leben im Vordergrund und auch bei gesundheitsförderlichen Aktivitäten ist das Lustprinzip der zentrale Motivationsfaktor. (2) Für den „Körperkapitalist“ stellt der gesunde und gepflegte Körper das Kapital auf den Ausbildungs-, Arbeits- und Beziehungsmärkten dar, sodass dieser betont nutzen- und leistungsorientiert agiert, und (3) für den „Wohlfühltyp“ steht die emotio-

nale Ausgeglichenheit im Vordergrund, wobei das körperliche Wohlbefinden die Basis für ein psychisches Gleichgewicht schafft (Großegger, 2010, S. 259). Zudem unterscheidet die Studie vier Bereiche, die für Jugendliche in Bezug auf Gesundheitskommunikation relevant sind: (1) Jugendliche sind anspruchsvoll hinsichtlich Angebot und Kommunikation, (2) sie sind zahlreichen Alternativangeboten und Ablenkungen ausgesetzt, (3) sie messen Informationen am persönlichen Nutzen und (4) sie erwarten, dass Erwachsene ihre Welt kennen, bevor sie ihnen etwas anbieten (Fonds Gesundes Österreich, 2015). Wenn Gesundheitsstrategien erfolgreich sein sollen, müssen sie adäquate Codes (Zeichen, Symbole, Bilder) verwenden („*On code*“ sein), anderenfalls können Jugendliche nicht erreicht werden (Großegger, 2010, S. 268f). Adressierbar sind Heranwachsende einerseits auf der Nutzen-Ebene und andererseits auf der ästhetisch-expressiven Ebene, weil auf beiden Ebenen persönliche Relevanz bzw. soziale Akzeptanz gegeben sind. Kaum Erfolg versprechend ist die Ansprache auf der Werte-Ebene. Da die Studie aus dem Jahr 2009 stammt, konnten die aktuellen Entwicklungen der jugendlichen Smartphone- und App-Nutzung noch nicht berücksichtigt werden. Gerade diese werden jedoch von Jugendlichen mit einem hohen Spaßfaktor verbunden, sodass deren Nutzung für gesundheitsrelevante Themen auf der Hand liegt. In der Arbeit wird davon ausgegangen, dass die Klassifizierung der drei Gesundheitsmentalitäten darüberhinaus Auswirkungen auf die Gesundheitsstrategien der Jugendlichen in Zusammenhang mit der Smartphone- und App-Nutzung hat, und sich die unterschiedlichen Typen verschiedenen Nutzungsmustern zuordnen lassen.

Die vorliegende Arbeit verbindet die Ergebnisse der oben angeführten Studie mit dem Sinus-Milieumodell für Jugendliche, eine Zielgruppen-Typologie aus der Markt- und Meinungsforschung, die Menschen mit ähnlichen Lebensauffassungen und Lebensweisen über soziodemografische Merkmale hinaus zusammenfasst. Auf Basis grundlegender Wertorientierungen, Alltagspraktiken und -einstellungen zu Arbeit, Familie, Freizeit, Konsum, Medien etc. sowie der sozialen Lage erfolgt eine Lebensweltanalyse der Gesellschaft (Barth/Flaig, 2013, S. 18). Denn Menschen mit ähnlichen Grundorientierungen und Mentalitäten, zeigen auch in Lebensstil und Geschmack Ähnlichkeiten. Eine Studie aus dem Jahr 2012 (Integral, 2012) zeigt, dass auch die Einstellung der österreichischen Gesamtbevölkerung zu Gesundheitsfragen in engem Zusammenhang mit dem eigenen Lebensvollzug steht. Für eine effektive Gesundheitskommunikation bedeutet dies, dass es ein milieuspezifisches Gesundheitsbewusstsein gibt, das eine milieuspezifische Gesundheitsförderung verlangt. Differenzieren lassen sich fünf Grundtypen (Integral, 2012, S. 30):

Performer:	Erhalt der Leistungsfähigkeit
Traditionelle:	Robust sein, nicht klagen, das eigene Schicksal tragen; soziale Funktion von Arztbesuchen und Gespräche über Krankheiten
Bürgerliche Mitte:	Sich selbst/der eigenen Familie gegenüber verantwortlich sein
Hedonisten:	Der Moment zählt, „forever young“
Konsumorientierte Basis:	Leiden und Benachteiligung gehören zum Leben dazu

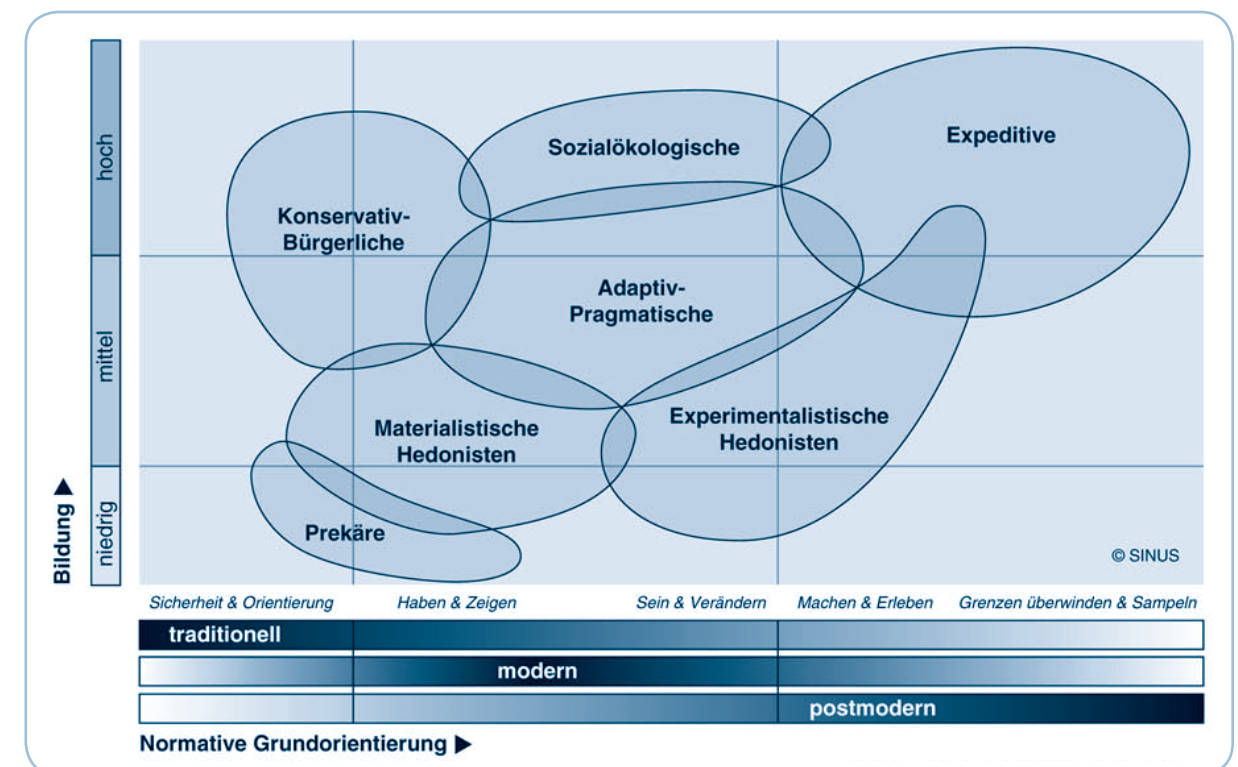
Eine Milieuzugehörigkeit ist demnach mit bestimmten, verhältnismäßig konstanten Werthaltungen verbunden, die sich in spezifischen Alltagspraktiken und Lebensstilen ausdrückt (Thomas/Calmbach, 2013, S. 13). Erste Milieupräferenzen entstehen bereits in der Jugendphase „*im Zusammenspiel zwischen den Ressourcen des Elternhauses [...] und den aktuellen gesellschaftlichen Leitwerten*“ (Thomas/Calmbach, 2013, S. 15), die durch spätere Ereignisse stabilisiert oder revidiert werden, bis sich im jungen Erwachsenenalter eine solide Milieuzugehörigkeit entwickelt. Veränderungen der Milieuzugehörigkeit sind durch gravierende Veränderung der Grundwerte und/oder der sozialen Lage möglich (Thomas/Calmbach, 2013, S. 15f.). Das aktuelle Sinus-Lebensweltmodell u18 nimmt jugendliche Lebenswelten (14- bis 17-Jährige) in den Blick und differenziert zwischen sieben sozialen Milieus, die entlang von drei zentralen normativen Grundorientierungen – traditionell, modern und postmodern – erstellt wurden (Calmbach et al., 2013, S. 38ff.):

„Die traditionelle Grundorientierung steht für Werte, die sich an ‚Sicherheit und Orientierung‘ ausrichten. Der modernen Grundorientierung liegen Werte zugrunde, die auf ‚Haben und Zeigen‘ sowie auf ‚Sein und Verändern‘ abzielen. Die postmoderne Grundorientierung bündelt die Wertedimensionen ‚Machen und Erleben‘ und ‚Grenzen überwinden und Sampeln‘.“

Anhand ihrer Vorstellungen über Werte, kulturelles Interesse, Vergemeinschaftung, Medien und Politik werden Jugendliche zu Gruppen zusammengefasst; ihre Einstellungen zur eigenen Gesundheit oder Gesundheit allgemein werden jedoch nicht gesondert behandelt. Die Kurzcharakteristiken der sieben Lebenswelten werden von Calmbach et al. überblicksartig beschrieben (Calmbach et al, 2013, S. 38ff.):

- (1) Die traditionsbewussten, konservativ-bürgerlichen Jugendlichen mit Familien- und Heimatsinn sind bodenständig, zeigen Verantwortung, aber haben eine geringe Lifestyle-Affinität.
- (2) Sozialökologische Heranwachsende haben eine sozialkritische Grundhaltung sowie Offenheit für alternative Lebensentwürfe und sie erachten Nachhaltigkeit und Gemeinwohl als zentrale Aufgaben in der Gesellschaft.
- (3) Expeditiv Jugendliche sind erfolgs- und lifestyle-orientierte Networker auf der Suche nach neuen Grenzen und unkonventionellen Erfahrungen.
- (4) Der adaptiv-pragmatische Jugendliche ist leistungs- und familienorientiert, anpassungsfähig und folgt dem modernen Mainstream.
- (5) Materialistische Hedonisten gehören der freizeitorientierten Unterschicht an und zeichnen sich durch ein ausgeprägtes Markenbewusstsein aus.
- (6) Experimentalistische Hedonisten sind spaß- und szeneeorientiert: Als Nonkonformisten leben sie im Hier und Jetzt.
- (7) Prekäre Heranwachsende sind auf der Suche nach Orientierung und Teilhabe und müssen ihre schwierigen Startvoraussetzungen meistern.

Tabelle 2: Lebensweltmodell u18



Quelle: Calmbach et al, 2013, S. 39

Eine milieuperspektivische Betrachtung des Gesundheitsverhaltens von Jugendlichen in Zusammenhang mit der Mediennutzung scheint vor allem hinsichtlich Akzeptanz von Gesundheitsbotschaften und Präventionsmaßnahmen sinnvoll.

4. Aktueller Forschungsstand zur Nutzung digitaler Gesundheitsinformation via Internet, Smartphone und Apps von Smartphone und Apps (mHealth)

Mediennutzung ist Teil des Alltagshandelns: Der Konsument handelt aktiv, selbstbestimmt und setzt Medien entsprechend der eigenen Motive und Ziele ein (Neverla et al., 2007, S. 27; Borch/Wagner, 2009, S. 67).

Smartphones sind aus dem Leben von Jugendlichen nicht mehr wegzudecken: Sie sind im Vergleich zu herkömmlichen Mobiltelefonen leistungsfähiger (Enste et al., 2010, S. 2) und ermöglichen den jugendlichen Nutzer_innen eine Vielzahl an Funktionen, die für ihren Lebensalltag unverzichtbar geworden sind. Mit den Möglichkeiten dieser Mobilgeräte sowie des Internets und des Web 2.0. hat sich die Gesundheitskommunikation in jüngster Vergangenheit grundlegend verändert: Die/der Einzelne ist durch die neuen technischen Möglichkeiten – Verbreitung von Smartphones, den Ausbau von 3G- und 4G-Netzen sowie durch Lifestyle- und Gesundheits-Apps – nun noch stärker aufgerufen, ihre/seine Gesundheitsfürsorge selbst aktiv in die

Hand zu nehmen und an einer gesunden Lebensweise mitzuwirken; mobile Endgeräte helfen bei der Umsetzung. Unter mobile health (*mHealth*) werden in diesem Sinne jene Praktiken der (öffentlichen) Gesundheitsfürsorge verstanden, die sich auf die Verwendung von Mobilgeräten stützt (Europäische Kommission, 2014, S. 3). Im Rahmen einer Initiative der World Health Organization – Global Observatory for eHealth –, wird mobile health definiert

„as medical and public health practice supported by mobile devices, such as mobile phones, patient monitoring devices, personal digital assistants (PDAs), and other wireless devices.“ (WHO, 2011, S. 6)

Diese Praxis hat Auswirkungen auf Gesundheitsfürsorgesysteme, da die Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Menschen bei Gesundheitsthemen durch Mobile-Health-Lösungen weiter forciert wird (Europäische Kommission, 2014, S. 3). Mobile Apps übernehmen die Speicherung medizinischer und physiologischer Daten, gleichzeitig bieten mobile Geräte Interessierten einen zeit- und ortsunabhängigen Zugang zu allgemeinen Gesundheitsinformationen, aber auch zu ihren individuellen, gespeicherten Daten. Mobile-Health-Dienste ermöglichen somit einerseits Expert_innen genauere Diagnosen und effizientere Behandlungen sowie Vorbeugeleistungen aufgrund der gespeicherten Daten, andererseits können im Internet nun auch Laien Gesundheitstipps geben und aktiv Webinhalte gestalten. Die aktive Rolle verlangt den User_innen jedoch auch mehr Verantwortung ab.

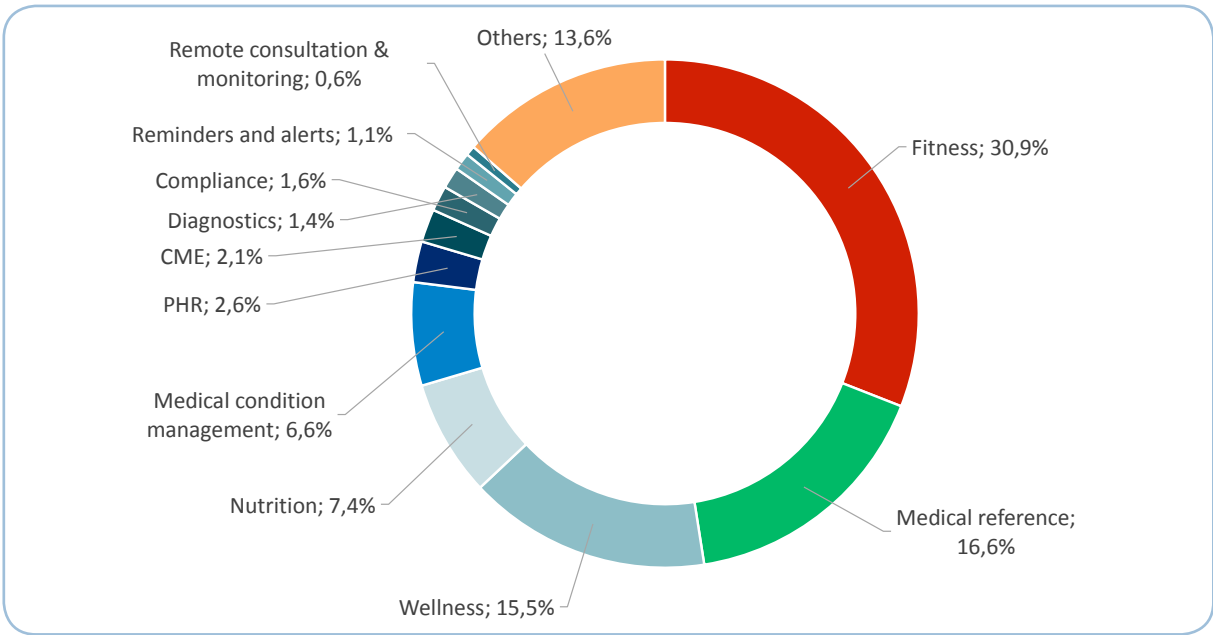
Erst durch den mobilen Internet-Zugang sowie Internetflatrates und vor allem durch die Einrichtung eines zentralen Online-Handels des Unternehmens Apple (Appstore) mit Applikationen (Apps) für mobile Geräte im Jahr 2008, wurden Apps weltweit enorm populär (Enste et al., 2010, S. 2ff.). Die Vorteile dieser Anwendungsprogramme, die auf mobilen Geräten (Smartphones, Tablets) installiert werden können, liegen in den geringen Kosten (zwischen gratis und wenigen Euro), ihrem einfachen Zugang durch den Online-Kauf in eigenen Online-Stores und ihrer unkomplizierten Usability hinsichtlich Installation und Bedienung, sodass sie den Zugang zu relevanten Information aus allen Bereichen – „*There is an App for that*“ (Werbeclaim für Apple-Apps; YouTube, 2009) – für Laien und Expert_innen stark erleichtern können (Enste et al., 2010, S. 6). Zusätzlich verzeichnet die online Suche nach Gesundheitsthemen im Zuge der „*Quantified-Self*“-Bewegung (Wolf, 2014) allgemein einen starken Anstieg: 53,5 Prozent der österreichischen Jugendlichen zwischen 16 und 24 Jahren informierte sich 2013 online über Gesundheitsthemen (Statista, 2015) und 65 Prozent der US Smartphone-User_innen zwischen 18 bis 29 Jahren haben bereits einmal eine App installiert (IMS Health, 2013a, S. 2), sodass infolgedessen das Angebot an gesundheitsbezogenen Applikationen exponentiell steigt.

Allgemein formuliert sollen Gesundheits-Apps „das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden positiv und nachhaltig auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse [...] beeinflussen“ (Scherenberg/Kramer, 2013, S. 115). Android und iOS sind die beiden größten Anbieter für

Apps – die Anzahl der veröffentlichten Gesundheits-Apps auf diesen beiden Plattformen hat sich von 2012 auf 2014 verdoppelt (research2guidance, 2014, S. 6). Im Juli 2015 bietet der App-Store iTunes insgesamt 1.764.715 Apps an, davon entfallen mehr als 130.000 Apps auf Gesundheits- und Wohlfühl-Applikationen aus den Bereichen „*Health & Fitness*“ (50.023 Apps), „*Sports*“ (45.407 Apps) und „*Medical*“ (36.156 Apps) (pocketgamer.biz, 2015). Die Anzahl der Apps des Android-Markets Google Play Store im selben Zeitraum zeigt ähnliche Werte von insgesamt 1.604.096 Apps, davon sind 47.068 „*Health & Fitness*“-Apps, 36.905 „*Sports*“-Apps und 24.041 „*Medical*“-Apps (Appbrain, 2015) – die Download-Rate für Gesundheits-Apps liegt aktuell zwischen 3 und 5 Prozent (Appbrain, 2015). Das Angebot umfasst Schrittzähler, BMI-Rechner, Allergiehelfer, Diätpläne, Stressmanager, Lauftagebücher u. v. m.

Ein Großteil der verfügbaren Gesundheits-Apps verfügt über simple Funktionen und wird vorwiegend für Präventionsmaßnahmen und als Wellness-Manager verwendet. Die Aufgaben dieser Apps reichen von Information, Anleitungen für die Nutzer_innen, Aufzeichnungen von Nutzer_innen-Daten, grafischen Darstellungen der Vitaldaten bis hin zu Erinnerungsfunktionen und mobile Kommunikationsplattformen (IMS Health, 2013a, S. 6ff.), über die die User_innen motivierende Nachrichten und Lob für das Erreichen vereinbarter Ziele erhalten. Derzeit bilden Fitness-Apps mit ungefähr 30 Prozent die größte Gruppe gesundheitsbezogener Applikationen, allerdings werden in naher Zukunft andere Anwendungen bedeutsamer werden, wie eine weltweite Online-Umfrage im Mai 2014 unter Applikation-Entwicklern (n=2.032) ergab: „*The app categories that have the highest expected market potential in the near future are remote monitoring (53%) and consultation apps (38%)*“ (research2guidance, 2014, S. 7).

Tabelle 3: App-Kategorien nach Bedeutung



Quelle: research2guidance, 2014, S. 11 (Basis: 808 Apps der Plattformen Apple App Store, GoolgePlay, BlackBerry App World und Windows Phone Store, März 2014).

App-Designer_innen lassen sich hinsichtlich ihres Schwerpunktes in sechs Hauptgruppen differenzieren: traditional healthcare players, helpers, mobile app specialists, connectors, medical and fitness specialists (research2guidance 2014, S. 6). In diesem unübersichtlichen und rasch wachsenden Markt lassen sich Qualität, Seriosität, Aktualität und der Nutzen von Gesundheits-Apps für Jugendliche jedoch schwer beurteilen, denn derzeit werden Apps vor der Veröffentlichung lediglich hinsichtlich ihrer technischen Standards von den Plattformbetreibern überprüft, nicht jedoch in Bezug auf ihre inhaltliche Qualität. Um den Markt für die Nutzer_innen übersichtlicher zu gestalten, gibt es bereits Organisationen, die Gesundheits-Apps hinsichtlich ihrer Qualität und Vertrauenswürdigkeit anhand definierter Kriterien, wie Autorenschaft, medizinische Richtigkeit, Aktualität, Finanzierungsquellen, Privatsphäre etc. testen (HealthOn, 2012; HealthOn, 2014) und eine eigene App (Medinfo-App), die die Verwaltung guter Gesundheitsinformationen übernimmt (GesundApps, 2014). Gütesiegel und freiwillige Ehrenkodizes sollen für die Nutzer_innen zusätzliche Orientierungshilfen bieten (Scherenberg/Kramer, 2013, S. 117).

In dem großen Feld an mHealth-Apps lassen sich Gesundheits-Applikationen inhaltlich grob in zwei Kategorien einteilen: (1) Applikationen mit starkem medizinischen Bezug für eine spezielle Zielgruppe, wie chronisch Kranke, und (2) Angebote, die die Themen Fitness, Wellness und/oder Ernährung fokussieren (Enste et al., 2010, S. 8). Hinsichtlich Funktion für die Nutzer_innen können vier Bereiche klassifiziert werden: (1) reine Informationen, (2) Dokumentationen wie Tagebücher, Protokolle etc., (3) interaktive Coachinganwendungen, die auf Eingaben der Nutzer_innen reagieren, und (4) die therapeutische Nutzung einzelner Funktionen des Smartphones zur Umsetzung gesundheitsbezogener Apps (Enste et al., 2010, S. 9).

Tabelle 4: Funktion von Gesundheits-Apps

Funktion	Health & Medicine	Health & Lifestyle
Information	Gesundheitslexikon	Ernährungstipps
Dokumentation	Blutdruckprotokolle	Lauftagebücher
Coaching	Diagnoseapps	Ernährungsprogramme
Therapie	Akne-App	Streckenaufzeichnung (GPS)

Quelle: Enste et al., 2010, S. 9

Im Zuge der „Quantified-Self“-Bewegung von Gary Wolf und Kevin Kelly (Wolf, 2014) liegt Selbstvermessung im Trend: Zahlreiche Apps bieten in Kombination mit Wearables, tragbaren Computern wie Armbanduhren zur Pulsmessung, Brillen mit Monitoren, tragbaren Bio-Monitoren etc. die Möglichkeit zum Selfmonitoring und zur Fitness-Optimierung. Bereits 17 Prozent der 18-24 jährigen Amerikaner_innen benutzen solche Geräte, allerdings lässt das Interesse bei den User_innen bereits nach sechs bis vierundzwanzig Monaten Benutzung stark nach (Ledger/McCaffrey, 2014, S. 3f.). Grundsätzlich sind Apps (inkl. angeschlossener Geräte) jedenfalls

dazu geeignet, um persönliche Daten der Nutzer_innen zu messen und zu sammeln (Bewegungsdaten, Werte zum Befinden), die im Sinne einer Gesundheitsförderung und -verbesserung ausgewertet und verwendet werden können: „Already today app users collect several hundred million of vital parameters per month“ (research2guidance, 2014, S. 7).

Die DIVSI Milieu-Studie 2014 zeigte, dass nahezu alle Jugendliche mit dem Internet vertraut sind und es selbstverständlich in ihrem Alltag nutzen, und lediglich zwei Prozent der 14- bis 24-Jährigen das Internet gar nicht nutzen – im Vergleich zu neunzehn Prozent bei den Erwachsenen (DIVSI, 2014, S. 20). Außerdem zeigt sich: „Young people are increasingly using the internet as their source of health information“ (Mulveen & Hepworth 2006) und sie suchen bevorzugt im Internet nach gesundheitsrelevanten Informationen: „(...) young people are more likely to access support on the internet than they are to seek it from teachers, school counsellors, GPs or health professionals“ (Mission Australia 2011). Zudem lässt sich ein Zusammenhang zwischen einem gesundheitsbewussten Lebensstil und der Suche nach Gesundheitsinformationen feststellen: Menschen mit einer sportlichen Lebensweise – ohne Alkohol und Rauchen – scheinen sich mehr für Gesundheit zu interessieren und nutzen daher Medien intensiver für die Suche nach gesundheitsrelevanten Informationen: Empirische Befunde zeigen, dass die „passiven Mediennutzer“ zumeist jung und männlich sind, der Unterschicht angehören, eher gesund sind, aber rauchen, während die „aktiven Mediennutzer“ zwar ebenfalls eher jung und relativ gesund sind, jedoch der Oberschicht angehören und zudem einen gesunden Lebensstil pflegen (Borch/Wagner, 2009, S. 74ff.). Welche Medien im Einzelfall jedoch konkret als Informationsquellen dienen, ist folglich kontext-, situations- und altersabhängig.

Obwohl demnach Smartphones und Gesundheits-Apps aktuell einen bedeutenden Teil im Leben von Jugendlichen einnehmen und generell das Interesse an gesundheitsrelevanten Themen im Web stark zunimmt, erfolgt die Forschung in diesem Bereich eher zögerlich. In der wissenschaftlichen Fachliteratur liegen zu Smartphone-gestützter Gesundheitskommunikation mit mobilen Apps (Anwendungsprogramme für mobile Endgeräte), als Teilgebiete von eHealth und mHealth, bislang vorwiegend Inhaltsanalysen vor, während Nutzungs- und Wirkungsstudien selten sind.

Ein bedeutender Teil der Beiträge evaluiert einzelne oder mehrere Apps hinsichtlich deren inhaltlicher Qualität, wie jene von Breton et al. über Apps zur Gewichtskontrolle (Breton et al., 2011).

Die Evaluierung von 43.689 verbraucherorientierter Gesundheits-Applikationen durch das IMS Institute for Healthcare Informatics im Oktober 2013 zeigte, dass die Mehrheit der Mediziner_innen einen positiven Nutzen von Gesundheits-Apps für Patient_innen und Ärzt_innen sehen, wenn die Apps die Patient_innen stärker beteiligen und sie zu „mehr Verantwortung für [ihre] persönlichen Gesundheitsentscheidungen“ (IMS Health, 2013b, S. 2) motivieren. Die Anzahl

an Downloads teilt sich allerdings auf einige wenige Applikationen auf: Mehr als 50 Prozent aller gesundheitsbezogener Apps erreichen weniger als 500 Downloads und nur 2 Prozent erreichen mehr als 100.000 Downloads (IMS Health, 2013a, S. 28).

Die Ergebnisse der GAPP-Studie 2014 (GAPP = Gesundheits-Apps in der Aufklärung, Prävention und Patientenführung: Chancen, Risiken und Zukunftspotentiale) zur Nutzung von Gesundheits-Apps in Deutschland – eine Kooperation zwischen der Initiative Präventionspartner, der dualen Hochschule Lörrach und der Apollon Hochschule für Gesundheitswirtschaft in Bremen – bestätigten den hohen Stellenwert von Gesundheits-Apps: 58% der Befragten (n=238) haben bereits Gesundheits-Apps auf ihren Smartphones installiert. 96% der Befragten wenden sich bei ihrer Suche nach vertrauenswürdigen Gesundheits-Apps jedoch nicht an Ärzt_innen oder Apotheker_innen, sondern suchen in den App-Stores nach geeigneten Apps. Beurteilungskriterien für die Nutzer_innen sind Downloadraten (36%) und die Bewertungen anderer Nutzer_innen (55%) (GAPP, 2014).

Andere Studien geben einen Überblick über das breite Themenangebot an Gesundheits-Apps, wie Ernährung, Gewichtsreduktion, Allergien, Diabetes etc. (Handel, 2011) oder ermitteln allgemeine Standards von Gesundheits-Apps (Ärzte-Zeitung, 2012). Einige wenige Nutzungsstudien erfassen die Anforderungen einer bestimmten Zielgruppe an Apps, entweder hinsichtlich Motivation zur Verhaltensänderung (Dennison et al., 2013) oder hinsichtlich Sicherheit und Funktionalität (Kenny et al., 2014). Weitere wissenschaftliche Arbeiten widmen sich sehr spezifischen Problembereichen von Jugendgesundheits, beispielsweise welches Potenzial Apps bei Interventionen zur Unterstützung der psychischen Gesundheit Jugendlicher haben (Kenny et al., 2014), oder welche Möglichkeiten Apps bei der Adipositasprävention bieten (Effertz et al., 2015), oder sie fokussieren eine spezielle Bevölkerungsgruppe, wie depressive Jugendliche (Reyes-Portillo et al., 2014) oder Jugendliche mit Selbstmordgedanken in Australien (Shand et al., 2013).

Einige Wirkungsstudien beschäftigen sich mit den positiven Effekten von Apps, wie dem Empowerment kranker User_innen (Wicks/Little, 2013) oder dem Potenzial mobiler Fitness-Apps zur Messung und Beeinflussung körperlicher Aktivität (Bort-Roig et al., 2014) bzw. deren negativen Auswirkungen, wie beispielsweise dem zusätzlichen Leistungsdruck, dem die/der Einzelne ausgesetzt ist (Lupton, 2013).

Welches Verständnis Jugendliche – im Vergleich zu Erwachsenen – generell von Gesundheit haben, beleuchtet eine Studie von Spencer (2013a, 2013b). In Gruppendiskussionen mit 15-16 Jährigen zeigen sich zwei Schlüsselthemen: „*being happy and having fun*“ (Spencer, 2013a, S. 454; Spencer, 2013b, S. 121). Mit einem glücklichen, gesunden Leben verbinden Jugendliche vor allem Spaß mit Freunden, gutes Aussehen und „*knowing I can do something*“ (Spencer, 2013b, S. 121) und unterstreichen damit die Relevanz von Vergnügen für die Ent-

wicklung eines gesunden, positiven Selbst. Vor diesem Hintergrund müssen Jugendliche ihr Vergnügen und die damit verbundenen potenziellen Gesundheitsrisiken, wie beispielsweise Suchtmittelkonsum, verantwortungsvoll managen. Jugendlicher Spaß steht damit naturgemäß in einem gewissen Spannungsverhältnis mit jenem Verständnis, das Erwachsene mit (Gesundheits-)Risiko und Risikobereitschaft verbinden (Spencer, 2013a, S. 454f.). Zudem verbinden Jugendliche problematisches und ungesundes Verhalten oftmals mit Erwachsenen (*risky adult Other*) oder „anderen“ Jugendlichen (*risky young Other*) und weniger mit sich selbst (Spencer, 2013a, S. 458).

Die grundsätzliche Bedeutung des Smartphones und mobiler Apps für Gesundheitsthemen sowie deren Stellenwert in der aktuellen Gesellschaft wird in zahlreichen Studien thematisiert:

Apps mit integrierter Social-Media-Komponente fokussiert Döring (2014) in ihrem Beitrag und verdeutlicht am Beispiel der Fitness-App Runtastic, die sportliche Aktivitäten aufzeichnet, statistisch auswertet und auf der Runtastic-Communityplattform veröffentlicht, die Bedeutung der Community für Austausch, Wettbewerb und sozialen Vergleich (Döring, 2014, S. 301). Im Mittelpunkt ihres Beitrags stehen die Chancen – Motivation und Empowerment – und Risiken – Desinformation, Demotivation und Dis-Empowerment – gesundheitsbezogener Peer-to-Peer-Kommunikation (Döring, 2014, S. 303).

Enste et al. zeigen, dass in der Entwicklung gesundheitsbezogener Apps großes Potenzial liegt, weil vor allem die Anwendungen im Lifestyle- und Wellnessbereich den User_innen durch Anwenderaufzeichnungen und Interaktion zahlreiche neue Möglichkeiten bieten (Enste, 2010, S. 13).

Kötter wirft einen kritischen Blick auf den Körper als *perpetual beta* (Kötter, 2014, S. 2.), als ein im Optimierungsprozess befindliches Produkt, das ständig verbessert werden muss: Durch die „*Messbarkeit des Körpers*“ (Blutdruck, Puls, Gewicht etc.) können die natürlichen Grenzen des Körpers mit Selbstdisziplin überwunden werden – Apps übernehmen dabei eine Beobachtungs- und Kontrollfunktion (Kötter, 2014, S. 2f.). Das auf diese Weise selbst-optimierte Individuum bezeichnet Ulrich Bröckling als „*unternehmerisches Selbst*“ (Bröckling, 2007, S. 61), das selbst Verantwortung für das eigene Leben und die eigene Gesundheit übernimmt – das Smartphone und die darauf zu installierenden Applikationen werden dabei „*zum ständigen Begleiter in Sachen Selbstoptimierung*“ (Schollas, 2014, S. 2).

Eine inhaltsanalytische, qualitative Studie von Lindacher analysierte von März bis August 2012 die Facebook-Chronik einer Stichprobe aus Medizinstudent_innen (n=30) zu präventionsrelevanten Gesundheitsthemen, wie Ernährung, Bewegung, Alkohol und Rauchen, um neue Einblicke in das Kommunikationsverhalten dieser Zielgruppe zu erlangen. Die Ergebnisse zeigen, dass Gesundheitsthemen zu einem Anteil von 6,5 Prozent vorkommen, allerdings wird Risiko-

verhalten stärker thematisiert und idealisiert als gesundheitsförderliches Verhalten (Lindacher, 2012). Interventionsmaßnahmen im öffentlichen Bereich müssen diese Ergebnisse berücksichtigen, ihre Präventionsstrategien auf die Bedürfnisse und das Verhalten einer jugendlichen Zielgruppe abstimmen, und neben den klassischen Kommunikationskanälen auch andere Medien in effektive Gesundheitskommunikation miteinbeziehen.

Praktische Möglichkeiten für die gezielte Stärkung von eHealth Literacy (Gesundheitskompetenz im Internet) der österreichischen Bevölkerung diskutiert eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Fousek et al., 2012). Da die österreichische Bevölkerung im europäischen Vergleich über geringere Fähigkeiten verfügt, „*im täglichen Leben gesundheitskompetente Entscheidungen zu treffen*“ (Fousek et al., 2012, S. 50), beleuchtet der Bericht die gezielte Umsetzung von Maßnahmen zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheitskompetenz, weil ein Zusammenhang zwischen Health Literacy und dem Gesundheitszustand konstatiert wird (Fousek et al., 2012, S.VII). Jugendliche Health Literacy/eHealth Literacy, als Voraussetzung für gesundheitsförderliches Handeln, ist Thema zahlreicher Arbeiten (u. a. Levin-Zamir, 2011; Paek/Hove, 2012; Nutbeam, 2000).

In den letzten Jahren lag der Forschungsfokus erwartungsgemäß auf den mit der Nutzung verbundenen Risiken für die User_innen, vor allem hinsichtlich Datenmissbrauch: Der unbewusste Datentransfer an Dritte, die heimliche Verwendung von Nutzer_innen-Daten sowie die Forderung nach transparenten Datenschutzerklärungen und möglichen Schutzmechanismen sind jene zentralen Themen, um die zahlreiche Artikel kreisen (Bodden et al., 2013; Albrecht et al., 2012; Password, 2014). Problematisiert werden zudem die (Informations-) Qualität bzw. die Schwierigkeit zwischen inhaltlich gleichen Apps zu differenzieren (Boulos et al., 2014) und das Life-Logging bzw. das Life-Tracking, also die App-basierte Aufzeichnung des Alltagsverhaltens (Lupton, 2013).

Mit Stand 12.4.2015 liegen nach gründlicher Recherche keine wissenschaftlichen Arbeiten vor, die sich mit dem Gesundheitsbewusstsein und -wissen von Jugendlichen in Österreich auseinandersetzen und dabei die Bedürfnisse Heranwachsender bei der Nutzung von Smartphones und Apps hinsichtlich gesundheitsrelevanter Inhalte im Blick haben.

Obwohl gerade Jugendliche besonders Technik-affin sind und mobile Technologien überdurchschnittlich stark verwenden, lässt sich auch international ein Mangel beim Fokus jugendliche App-Nutzung für Gesundheitsthemen feststellen: „*[R]esearch on young adults is lacking*“ (Dennison et al., 2013, S. 1; Kenny et al., 2014, S. 1). Gesundheitskommunikation via Smartphones und Apps ist ein enorm dynamischer Sektor (technische Entwicklung) und ebenso verändern sich die Kommunikationsgewohnheiten in diesem Umfeld laufend, sodass Forschungen in diesem Bereich – vor allem der Gebrauch sowie die positiven und/oder negativen Auswirkungen auf die User_innen – sinnvoll sind, um sowohl den derzeit nur „*punktuellen Einblick*“

(Döring, 2014, S. 303) als auch die noch seltenen Forschungen in diesem Bereich (Hurrelmann/Baumann, 2014, S. 28), die sich wenn, dann in „*relatively early stages*“ (Dennison et al., 2013, S. 1) befinden, zu ergänzen. Die zögerliche Forschung in diesem Bereich ist sicherlich auch dem Umstand geschuldet, dass die Adoleszenz grundsätzlich als gesunde Lebensphase gilt und das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer Gesundheitsförderung im Jugendalter erst spät einsetzte (Richter et al., 2010, S. 18f.). Die Verknüpfung der Ergebnisse der Gruppendiskussionen vor dem Hintergrund verschiedener kommunikations- und sozialwissenschaftlicher Theorien sowie der Forschungsfokus gesunde Wiener Jugendliche unterstreicht zudem die Relevanz dieses Forschungsbeitrags.

B. Empirischer Teil

Auf der Basis dieser theoretischen Vorüberlegungen und des aktuellen Forschungsstandes sollen im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit das Gesundheitsbewusstsein sowie die Mediennutzung Jugendlicher – mit dem Fokus Smartphonennutzung – in Zusammenhang mit Gesundheitsinformationen mittels qualitativer Erhebungen untersucht werden.

5 Forschungsfragen und Thesen

Ausgangsthese ist, dass Jugendliche ein gänzlich anderes Verständnis von Gesundheit, Wohlfühlen und Fitness haben als Erwachsene, und sich dem entsprechend ihre Mediennutzung hinsichtlich gesundheitsrelevanter Inhalte stark von jener Erwachsener unterscheidet.

Gruppendiskussionen mit Jugendlichen sollen daher Einblick in folgende Fragen geben: Was bedeutet Gesundheit, Wohlfühlen und Fitness für Jugendliche? Auf welche Art setzen sich Heranwachsende mit dem Thema Gesundheit, Wohlfühlen und Fitness auseinander und welchen Bedeutung hat die Mediennutzung für Jugendliche hinsichtlich gesundheitsrelevanter Inhalte?

[FF1] Was verstehen Jugendliche unter Gesundheit/Wohlfühlen?

- 1.1 Welche Bedeutung hat Gesundheit/Wohlfühlen und Fitness für Jugendliche?
- 1.2 Welche Verhalten definieren Jugendliche als gesund bzw. ungesund?
- 1.3 Welche gesundheitsrelevanten Aktivitäten setzen Jugendliche bewusst?

[FF2] Welche Medien nutzen Jugendliche für Gesundheitsinformationen?

- 2.1 Welchen Stellenwert haben Smartphones und Apps für Heranwachsende bei ihrer Informationssuche zum Thema Gesundheit?

- 2.2 Welche Ziele und Interessen verbinden Jugendliche mit der Nutzung sogenannter Gesundheits- und Fitness-Apps?
- 2.3 Inwiefern lassen sich geschlechterspezifische Unterschiede bei der Nutzung von Gesundheits- und Fitness-Apps identifizieren?

[FF3] Wie und vor allem mit wem vergleichen sich Jugendliche?

- 3.1 Inwiefern kann Peer-Pressure als relevanter Faktor bei der Nutzung von Gesundheits- und Fitness-Apps für soziale Vergleiche identifiziert werden?
- 3.2 Welche Zusammenhänge zwischen Körperkonzepten und Vergleichsprozessen – offline/online – lassen sich erkennen?
- 3.3 Welche Zusammenhänge zwischen sozialen Vergleichsprozessen und individuellen Persönlichkeitsmerkmalen (Sinus-Milieus) bezüglich Gesundheitsverhalten lassen sich identifizieren?
- 3.4 Inwiefern lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede bei Vergleichsprozessen – offline/online – feststellen?

Da explorativ gearbeitet wird, lassen sich keine Hypothesen aufstellen, sondern lediglich forschungsleitende Fragestellungen formulieren. Die Ergebnisse sollen Einblicke in die Gedanken und Gefühle von Heranwachsenden ermöglichen, um Gesundheitsinformationen für diese Zielgruppe effektiver gestalten zu können.

6 Methodik

6.1 Methodenwahl- und begründung

Um sich der Fragestellung bestmöglich anzunähern, wird eine Methodentriangulation verschiedener Verfahren gewählt: (1) Expert_innen-Interviews mit Ernährungsberaterinnen für Jugendliche an Wiener Schulen einerseits, sowie ein Gespräch mit einem App-Designer andererseits, sollen das Feld aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten und das Forschungsgebiet systematisch erschließen. (2) Fünf Gruppendiskussionen (bis zur theoretischen Sättigung) mit Wiener Jugendlichen sollen Einblicke in ihr Gesundheitsbewusstsein, ihre Mediennutzung und Informationssuche zum Thema Gesundheit und Ernährung geben. (3) Mittels Fragebogen werden sozio-demografische und Mediennutzungsdaten der Heranwachsenden ermittelt. Die Verbindung der verschiedenen Verfahren verspricht tiefe Einsichten in die Gedanken- und Gefühlswelt von Jugendlichen und verbindet ihre Wünsche mit den wissenschaftlichen Anforderungen an effektive Gesundheitsprogramme für Jugendliche.

Das Interview mit zwei Ernährungsberaterinnen von WieNGS dient zur Erhebung der methodi-

schen Umsetzung des Programms in den unterschiedlichen Altersgruppen. Dazu wurde im Sinne der Transparenz und Nachvollziehbarkeit ein grober Leitfaden (Anhang, Seite 110) erstellt und das gesamte Interview transkribiert. Durch die geringe Strukturierung und Standardisierung sollte den beiden Interviewten die Möglichkeit gegeben werden, von sich aus zu berichten, wie sie Gesundheitsförderung an Wiener Schulen umsetzen, welche Vorstellungen sie von Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen haben und inwiefern der Einsatz Neuer Medien geplant oder bereits verwirklicht ist.

Das Gespräch mit einem App-Entwickler (Publisher) soll die technischen Möglichkeiten und Grenzen von Applikationen für mobile Geräte aufzeigen und deren Faszination für User_innen transparenter machen. Diese Befragung wurde ebenfalls mit einem Leitfaden (Anhang, Seite 112) grob strukturiert und im Anschluß transkribiert.

Für die Haupterhebung wurde methodisch das qualitative Verfahren der Gruppendiskussion (= *focus group*) gewählt. Primär verfolgt eine Gruppendiskussion das Ziel, Informationen zu einem Thema zu sammeln, das von Diskussionsleiter_innen benannt wird (Lamnek, 2005, S. 408), um dabei Meinungen, Einstellungen und Verhaltensweisen der Teilnehmer_innen zu erforschen (Lamnek, 2005, S. 35). Die theoretische Fundierung des Gruppendiskussionsverfahrens liegt, wie oben erwähnt, im Symbolischen Interaktionismus (Blumer, 1973), der davon ausgeht, dass Menschen aufgrund jener Bedeutungen handeln, die Objekte für sie haben; im Forschungsprozess sollen diese handlungsrelevanten Bedeutungen der Menschen erfasst werden (Lamnek, 2005, S. 37). Die Gruppendiskussion als Verfahren ist für die Fragestellung dieser Arbeit methodologisch begründbar, weil in der Gruppe kollektive Erfahrungen und Einstellungen ermittelt werden können, zu deren Artikulation es der „*wechselseitigen Bezugnahme und Herausforderung im Gruppendiskurs*“ bedarf und die in Einzelinterviews nicht gültig erfasst werden können (Bohnsack, 1997, S. 492). Erst im „*Zusammenspiel der Einzeläußerungen*“ (Bohnsack, 1997, S. 497) während der Konversation in der Gruppe stimmen sich die einzelnen Mitglieder aufeinander ein und in Folge lassen sich kollektive Orientierungsmuster erkennen (Lamnek, 2005, S. 61). Gruppendiskussionen sind demnach „*realistischer und alltagsrelevanter als Einzelinterviews*“ (Lamnek, 2005, S. 68).

Für die vorliegende Gruppendiskussion wurden Teilnehmer_innen ausgewählt, die auch außerhalb der Diskussionssituation als Gruppe existieren: Konkret handelt es sich um eine Realgruppe einander vertrauter Schulkolleg_innen, sodass eine partielle Vertrautheit vorausgesetzt werden kann. Da Geschlecht weiterhin als wichtige Determinante bei gesundheitsrelevantem Handeln gilt und frühere Forschungsergebnisse einige wichtige Unterschiede zwischen den Perspektiven von Jungen und Mädchen auf die Gesundheit zeigen (Rugkasa et al., 2003; Shearer et al., 2005; Charles/Walters, 2008; Alexander et al., 2010), wurden die Jugendlichen in vier bezüglich Genus homogenen Gruppen befragt (zwei Mädchen-, zwei Jungen-Gruppen) befragt. Eine gemischte Gruppe soll die Ergebnisse fundieren.

Zentral für die Methode ist einerseits die homogene Zusammensetzung der Gruppe in Bezug auf die Fragestellung (Lamnek, 2005, S. 55), das bedeutet, die Mitglieder müssen vom Thema betroffen sein, und andererseits die Formulierung der Fragen sowie die Auswahl des Grundreizes. Dieser muss so gestaltet sein, dass er die Diskussion zum Laufen bringen kann. Eine exakte Beschreibung des Grundreizes befindet sich auf Seite 51. Im günstigsten Fall entstehen eine natürliche Gesprächssituation und eine entspannte Atmosphäre, in der die Gruppenmitglieder zu dem vorgegebenen Thema möglichst offen diskutieren können, sodass der Eindruck einer Alltagsunterhaltung entstehen kann.

Der Vorteil dieser Methode liegt in der Gesprächsdynamik, in der die Teilnehmer_innen selbst Themen einbringen und Hemmschwellen abbauen können (Lamnek, 2005, S. 26ff.). Dieser positive Effekt ist zugleich einer der großen Nachteile einer Gruppendiskussion, da sich das Gespräch leicht vom ursprünglichen Thema entfernen kann. Aus diesem Grund wird ein teilstandardisierter Diskussionsleitfaden (im Anhang, Seite 108) mit Rahmenthemen erstellt (*topic guide*), der die zu erhebenden Forschungsfragen präzisiert, mit dem Ziel, dass in der Diskussion alle relevanten Punkte des Leitfadens besprochen werden. Die Vorteile einer groben Strukturierung ohne fixe vorgefertigte Fragen liegen in der Flexibilität der Sprache, die an die Teilnehmer_innen angepasst werden kann und der Spontanität, mit der auf den Diskussionsverlauf reagiert werden kann (Lamnek, 2005, S. 98). Der Nachteil der schwierigeren Vergleichbarkeit mit anderen Diskussionen wird mit der Grobstrukturierung der Leitfragen begegnet.

Der Problematik der Reaktivität, also der Beeinflussung der Proband_innen durch die Forscher_innen, wird im Gruppendiskussionsverfahren positiv begegnet, da eine wechselseitige Beeinflussung der Teilnehmer_innen in der Kommunikation nicht als Störfaktor, sondern als konstruktiver Bestandteil eines Gesprächs erachtet wird (Lamnek, 2005, S. 44). Die von Heinzl bei Gruppendiskussionen mit Kindern thematisierte günstige Forschungskonstellation, in der Kinder zahlenmäßig überwiegen, sodass die Dominanz der erwachsenen Forscherin abgeschwächt wird (Heinzl, 2000, S. 117), kann teilweise auch für Jugendliche angenommen werden.

Die Repräsentativität spielt bei diesem Forschungsdesign keine zentrale Rolle: Aus diesem Grund lassen die präsentierten Ergebnisse nur bedingt Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit zu und erheben nicht den Anspruch repräsentativ zu sein, sondern stellen allenfalls eine mögliche Tendenz der Meinung und Ansichten der Befragten dar.

Als Diskussionsort wurden die den Schüler_innen gut bekannten Räumlichkeiten innerhalb des Instituts gewählt, die eine störungsfreie Diskussion erlaubten. Die konkrete Auswahl des Raumes erfolgte in Abstimmung mit den Gruppen, nach Maßgabe der Verfügbarkeit. Konkret handelte es sich um die Klassenräume der Schüler_innen.

Ethische Implikationen in Relevanz zu dieser Studie ergeben sich – unter Berücksichtigung

der Literatur zu diesem Thema – generell durch die Forschungsarbeit mit jungen Menschen (Alderson/Morrow, 2011). Die Erlaubnis zu dieser Studie wurde daher vom Stadtschulrat der Stadt Wien als auch bei der Schulleitung eingeholt. Sowohl die Teilnehmer_innen als auch deren Eltern wurden im Vorfeld über das Ziel der Studie und die Methode schriftlich informiert (Elternbrief). Die Schüler_innen wurden auf die Freiwilligkeit hingewiesen und hatten jederzeit die Möglichkeit, von einer Teilnahme zurückzutreten, was von einer Schülerin in Anspruch genommen wurde. Alle Namen und identifizierbare Details wurden zum Schutz der Anonymität der Jugendlichen entfernt und geändert.

6.2 Datenerhebung

Die konkrete Auswahl der Teilnehmer_innen der Gruppendiskussionen folgte einem Sampling-Plan (*Theoretical Sampling*) und wurde unter Berücksichtigung der Erkenntnisziele erstellt (Tabelle 5, Seite 50).

Grundsätzlich müssen die Gruppenmitglieder homogen hinsichtlich ihrer Betroffenheit vom Untersuchungsgegenstand sein, das bedeutet, sie müssen zu dem Thema Aussagen machen können und wollen (Lamnek, 2005, S. 104). Im Anschluss an diese Grundüberlegungen musste über weitere Gemeinsamkeiten oder Unterschiede der Teilnehmer_innen entschieden werden und inwiefern diese Faktoren hilfreich beim Ablauf der Diskussion sein konnten. Da bei der Diskussion ein durchaus sensibles Thema reflektiert werden soll, wurde entschieden, dass eine zu starke Heterogenität (beispielsweise eine gemischte Gruppe) den Gesprächsverlauf einengt und eine geschlechts-, alters- und bildungshomogene Gruppe lebhafter diskutiert, vielfältigere und intimere Themen aufgegriffen werden und die Auseinandersetzung fruchtbarer sein könnte.

Als Zielgruppe wurden 15 bis 19-jährige Schüler_innen aus einer Wiener öffentlichen Schule ausgewählt, die eine gewisse Homogenität hinsichtlich Alter, Ethnie und sozialem Status aufweisen. Die Rekrutierung geschah nicht durch eine Zufallsstichprobe: Die Befragten wurden anhand von Vorüberlegungen ausgesucht, weil diese Altersgruppe Ziel zahlreicher Gesundheitsstrategien ist. Im Anschluss wurden sie von ihren Lehrer_innen auf ihre Bereitschaft zur Teilnahme angesprochen. Jene Jugendlichen, die Interesse am Thema hatten und deren Eltern einer Befragung zustimmten (Elternbrief) wurden im Anschluss befragt. Für zwei der insgesamt fünf Diskussionen wurden ausschließlich weibliche Teilnehmerinnen rekrutiert, für weitere zwei ausschließlich männliche Teilnehmer. Eine weitere Gruppe bestand aus Teilnehmer_innen beider Geschlechter. Angestrebt wurde – unter Bezug auf die Literatur (Lamnek, 2005, S. 113) – eine Anzahl von 5-9 Teilnehmer_innen pro Gruppendiskussion. Insgesamt nahmen 27 Jugendliche an den Gesprächen teil. Die Sitzpositionen waren so angeordnet, dass alle Teilnehmer_innen gleich weit voneinander und vom Tisch entfernt saßen.

Die Datenerfassung und Datenerhebung der Interviews erfolgten zeitgleich mittels Aufnahme

Tabelle 5: Sampling-Plan

Proband_in	Geschlecht	Alter	Migrationshintergr.	Wohnort
01	(Gr. 1) m	18	ja	1060 Wien
02	(Gr. 1) m	17	ja	1220 Wien
03	(Gr. 1) m	18	ja (China)	1210 Wien
04	(Gr. 1) m	17	ja (Indien)	1140 Wien
05	(Gr. 1) m	17	ja (Kroatien)	1020 Wien
06	(Gr. 2) m	17	ja (Türkei)	1120 Wien
07	(Gr. 2) m	17	ja (Serbien)	1100 Wien
08	(Gr. 2) m	17	ja (Türkei)	1100 Wien
09	(Gr. 2) m	18	ja	1150 Wien
10	(Gr. 2) m	17	ja (Bulgarien)	1200 Wien
11	(Gr. 3) m	17	ja (Türkei)	1220 Wien
12	(Gr. 3) m	15	ja	1050 Wien
13	(Gr. 3) w	15	ja (Serbien)	1040 Wien
14	(Gr. 3) w	16	ja (Serbein)	1060 Wien
15	(Gr. 3) m	17	ja (Serbein)	1050 Wien
16	(Gr. 3) w	17	ja (Serbein)	1020 Wien
17	(Gr. 3) w	15	ja	1200 Wien
18	(Gr. 3) w	15	ja	1100 Wien
19	(Gr. 3) w	17	ja (Serbein)	1100 Wien
20	(Gr. 4) w	16	ja (Serbein)	1170 Wien
21	(Gr. 4) w	16	ja	1140 Wien
22	(Gr. 4) w	16	ja (Serbien)	1170 Wien
23	(Gr. 4) w	17	ja (Serbien)	1100 Wien
24	(Gr. 5) w	16	ja	1120 Wien
25	(Gr. 5) w	17	ja	1200 Wien
26	(Gr. 5) w	19	ja	1130 Wien
27	(Gr. 5) w	16	ja	1100 Wien

der Gespräche via TASCAM DR-100 Portable Digital Recorder sowie mittels eines Laptops im Juni 2015. Eine zweite Forscherin führte ein Gesprächsprotokoll. Das Datenmaterial liegt im Original als aufgezeichnetes Tondokument (WAV 16 Bit 48kHz) vor und wurde vollständig tran-

skribiert. Die Transkripte – inklusive Transkriptionsregeln – liegen bei der Verfasserin auf und werden aus Gründen der Anonymität und des Datenschutzes nur auszugsweise veröffentlicht.

Ein Pretest (Mai 2015) zeigte einerseits, dass die Jugendlichen nicht selbstständig diskutieren und viele Anregungen durch die Forscherin benötigen, um weiterzusprechen, andererseits ergaben sich bei einigen Fragen Unschärfen, daher wurden die Fragen 1.5.1 bis 1.5.3 sowie die Fragen 2.4 und 2.7 im Vergleich zum ursprünglichen Leitfaden ergänzt. Die Frage 3.4 „*Aus welchen Gründen – glaubt ihr – verwenden andere Leute oder eure Freund_innen Gesundheits-/Fitness-/Lifestyle-Apps?*“ soll jenen Jugendlichen, die keine persönlichen Angaben machen möchten, die Möglichkeit geben, über ihre Vermutungen zu sprechen. Zudem wurde der ursprünglich geplante Stimulus für die Gruppendiskussionen geändert, weil die Jugendlichen Schwierigkeiten hatten, die Aufgabenstellung zu verstehen: Bei der Methode, die in der sprachbiographischen Forschung wurzelt, sollten die Befragten in stilisierte vorgegebene Körpersilhouetten die eigene Gesundheit sowie das Wohlbefinden farblich einzeichnen und anschließend darüber reflektieren. Beim Mediennutzungsbogen wurden einige Formulierungen geändert.

Als Auswertungsmethode der Gruppendiskussion wird in dieser Arbeit die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring angewendet, bei der Texte nach Regeln systematisiert – Paraphrasierung, Generalisierung, zweimalige Reduktion – analysiert werden (Mayring, 2010, S. 602ff.). Das reduzierte Material ist immer noch ein Abbild des Grundmaterials und kann schließlich einer Interpretation in Bezug auf die eigenen Fragestellungen unterzogen werden. Die Aufbereitung der erhobenen Daten erfolgt anhand einer wörtlichen Transkription, wobei auf „*die literarische Umschrift, die auch Dialekt im gebräuchlichen Alphabet wiedergibt*“, zurückgegriffen wird (Mayring, 2002, S. 91). Für die vorliegende Arbeit bilden die kompletten transkribierten Gruppendiskussionen das Datencorpus (=Analysematerial).

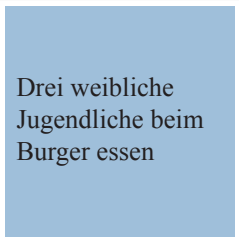
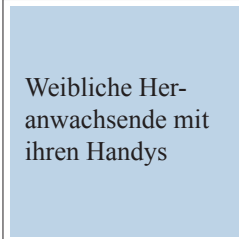
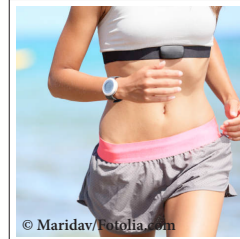
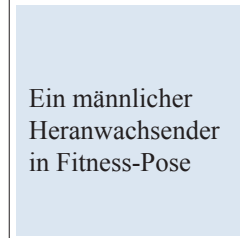
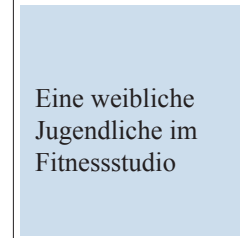
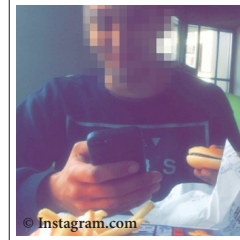
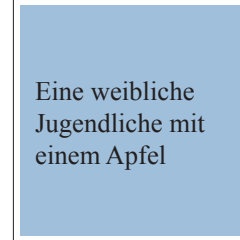
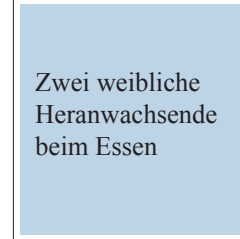
6.3 Grundreiz

Da das Thema Gesundheit für Jugendliche schwer zu fassen ist, sollte ein kreativer Grundreiz die Diskussionsteilnehmer_innen behutsam zur Thematik hinführen. Der Stimulus wird daher mit Hilfe von Bildern gesetzt, die Jugendliche in alltäglichen Situationen zeigen und daher für sie vertraut sind. Die Auswahl der Bilder erfolgte systematisch, indem aus den Top-100-Hashtags (Top-Hashtags, 2015) der populären Fotoplattform Instagram jene ausgewählt wurden, die gesundheitsrelevante Themen behandeln. Die Heranwachsenden sollten diese Fotos später in zwei Gruppen ordnen: (1) „*Das macht man eher nur, um gesund zu sein.*“ (2) „*Das macht man eher nur, um Spaß zu haben.*“ Die Zuordnung nimmt jede_r Jugendliche für sich vor, indem sie/er die vorbereiteten roten Punkte (rot = Spaß) auf die Fotos klebt. Im Anschluss wird ihre Zuordnung diskutiert. Dieser Auswahlprozess ist Teil der Erhebung und fließt in die Analyse ein.

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit Bildern/Zeichnungen (*pictorial bzw. iconic turn*) geht

einher mit einer allgemeinen „Hinwendung zum Visuellen“ (Busch, 2010, S. 62). Die Beschäftigung mit Bildern umfasst dabei „das Nachdenken über Bilder als auch das Denken mit Hilfe von Bildern“ (Busch, 2010, S. 62). Weil zudem Visualisierungen einer anderen Logik als verbale Äußerungen folgen, können sie eine wertvolle Ergänzung in der Forschung sein (Busch, 2011, S. 5). Durch die gewählte Methode, werden die Jugendlichen nicht nur befragt, sondern zudem aktiv in den Forschungsprozess miteinbezogen und durch das anschließende Kommentieren in der Gruppe können erste Hürden überwunden werden. Zudem stellt die Beschäftigung mit Bildern als Methode in den Medien- und Kommunikationswissenschaften einen relativ neuen Ansatz dar und rechtfertigt daher die Methode, unter anderem auch, weil Bilder „den überwiegend visuellen Charakter der zeitgenössischen Medien widerspiegeln“ (Gauntlett 2009, S. 264) und sich daher grundsätzlich in der Mediennutzungsforschung als Analyseobjekte gut eignen.

Sechzehn Bilder, die Heranwachsende in unterschiedlichen Alltagssituationen zeigen, wurden den Jugendlichen vorgelegt. Da für die Abbildung der Fotos nur teilweise eine schriftliche Genehmigung für eine Veröffentlichung erhalten wurde, können die Diskussionsstimuli nur auszugsweise und beispielhaft abgebildet werden. Das vollständige Bildmaterial ist bei der Autorin archiviert.

 Drei weibliche Jugendliche beim Burger essen	 Weibliche Heranwachsende mit ihren Handys	 Ein männlicher Jugendlicher in einer Hängematte	
 © Maedchen.de	 © Südkurier	 Ein männlicher Heranwachsender in Fitness-Pose	 Eine weibliche Jugendliche im Fitnessstudio
 © gaviometa/Fotolia.com	 Ein junger männlicher Skateboarder	 © Instagram.com	 Eine weibliche Jugendliche mit einem Apfel
 © Love Krittaya/Wikipedia	 © Anton Gvozdkov/Fotolia.com	 © Edyta Pawlowska/Fotolia.com	 Zwei weibliche Heranwachsende beim Essen

Fotoquellen: Anhang, Seite 104

7 Ergebnisdarstellung

Ziel der Arbeit ist es, ein Gesamtbild über das Gesundheitsbewusstsein von Jugendlichen sowie ihr Kommunikationsverhalten in Zusammenhang mit dem Thema Gesundheit, Wohlbefinden, Fitness und Schönheit mit dem Fokus Smartphone- und App-Nutzung zu präsentieren und die in Kapitel fünf aufgeworfenen Forschungsfragen zu beantworten.

Die Analysedaten wurden in einem mehrstufigen Verfahren generiert, indem zuerst alle Gruppen- und Einzelinterviews transkribiert wurden. In einem zweiten Schritt wurden literaturbasiert für die Gruppendiskussionen deduktiv Kategorien festgelegt und codiert. Danach erfolgte eine thematische Analyse am Material durch das Kategorisieren der Antworten, um weitere relevante Haupt- und Subthemen identifizieren zu können. Bei diesem Vorgang wurde entsprechend den Vorstellungen der Jugendlichen codiert: Das bedeutet, es wurde beispielsweise eine Differenzierung zwischen Gesundheit (K4) und Fitness (K7) vorgenommen, weil die Teilnehmer_innen der Gruppendiskussionen sportliche Aktivitäten nicht zwangsweise als gesundes Verhalten einstufen, beziehungsweise, weil ihre Motivation für gesunde Handlungen eine andere ist, als für sportliche Tätigkeiten. In einem letzten Schritt sollten Muster identifiziert und erklärt werden.

Die beiden Interviews mit den Ernährungsberaterinnen sowie dem App-Entwickler dienten zur Erschließung des Forschungsgebietes und wurden keiner tiefer gehenden Analyse unterzogen. Sie sollen lediglich die professionellen Perspektiven der verschiedenen Expert_innen zum Thema Gesundheit und Gesundheits-Apps verdeutlichen, um diese gegebenenfalls mit den Vorstellungen junger Menschen zu vergleichen.

Der Fokus bei der Befragung lag auf „gesunden“ Jugendlichen, das heißt solchen, die von gesundheitlichen Beeinträchtigungen vordergründig nicht betroffen sind, wobei im Vorfeld keine diesbezügliche Selektion erfolgte. Es sollten daher nicht bestimmte Aspekte von Gesundheit (oder Krankheit) beleuchtet werden, sondern es sollten unterschiedliche, verallgemeinerbare Daten zum Gesundheitsbewusstsein und zum Gesundheitsverhalten Heranwachsender generiert werden.

Die Dauer der Gespräche mit den Jugendlichen bewegte sich zwischen einer halben Stunde und rund fünfzig Minuten, wobei die Teilnehmer_innen zahlreiche Ermutigungen durch die Interviewerin benötigten, um Aussagen zum Thema machen zu können beziehungsweise, um beim Thema zu bleiben. Obwohl sich die Jugendlichen freiwillig für die Gruppendiskussionen meldeten, wurde lediglich in zwei der fünf Diskussionen eine Gesprächssituation erreicht, in der sich die Heranwachsenden selbstständig zum Thema äußerten.

Da aufgrund der Literaturrecherche davon ausgegangen wurde, dass es für junge Menschen

schwierig sein würde, zu dem Thema konkrete Aussagen zu machen (Reinders, 2012), sollte mit dem Bildmaterial eine geeignete Gesprächsgrundlage geschaffen werden und durch die „*Offenheit der Fragestellungen*“ (Reinders, 2012, S. 185) sollten die Jugendlichen als „*Experten des eigenen (Er-)Lebens*“ (Reinders, 2012, S. 184) zu Gesprächsbeiträgen motiviert werden. Vor allem bei jenen Gruppen, die wenig selbstständig diskutierten oder sich mäßig auskunftsbereit zeigten, konnten mithilfe der Bilder dennoch einige wichtige Daten generiert werden, weil die Teilnehmer_innen ihre Auswahl der Fotos untereinander kommentierten und begründeten und dabei ihre individuellen Meinungen und Einstellungen zutage traten. Generell wurde in allen Gesprächen ein freundliches Klima erreicht, in dem die Jugendlichen respektvoll miteinander umgingen.

Die Bilder, die als Grundreiz für die Diskussion dienten („*Das macht man eher nur, um Spaß zu haben.*“), werden nur insofern einer Analyse unterzogen, als festgestellt werden soll, inwiefern sich ein Muster erkennen lässt, welche Tätigkeiten von den Teilnehmer_innen mit Spaß beziehungsweise mit Gesundheit assoziiert werden.

Es zeigt sich, dass erwartungsgemäß das Bild mit dem Jugendlichen in der Hängematte (Reihe 1, Nummer 4), die Abbildung mit der Partystimmung (Reihe 2, Nummer 2) und das Foto, das Heranwachsende beim Computerspielen zeigt (Reihe 4, Nummer 1), für die Jugendlichen mit Spaß verbunden werden. Diese drei Sujets erhalten in allen fünf Gruppendiskussionen Punkte. Für die Forscherin unerwartet werden weder die Jugendlichen auf der Wiese (Reihe 3, Nummer 1) noch die Heranwachsenden, die ihre Handys (Reihe 1, Nummer 2) benutzen, besonders intensiv mit Spaß in Verbindung gebracht. Die Teilnehmer_innen problematisieren stark Verhaltensweisen, die möglicherweise von Erwachsenen als gesundheitsschädlich eingeordnet werden könnten, wie beispielsweise den Konsum von Tabak („*Man kann ja nicht zum Spaß rauchen!*“, B, G2, Zeile 231), Alkohol oder auch lauter Musik. Auf die Nachfrage der Forscherin, ob Computer spielen ausschließlich mit Spaß oder auch mit Gesundheit assoziiert werden kann, zeigt sich eine Teilnehmerin zurückhaltend und erläutert ihre Zweifel: „*Weil man die ganze Zeit sitzt*“ (A, G5, Zeile 87).

Ebenso bemerkenswert ist, dass jene Abbildungen, die Jugendliche bei sportlichen Aktivitäten zeigen, wie beispielsweise die Läuferin (Reihe 1, Nummer 3) und die beiden Jugendlichen, die im Fitnessstudio posieren (Reihe 2, Nummer 3 und 4), mit einigen Punkten markiert wurden: Das bedeutet, die Fotos werden entsprechend der Aufgabenstellung von den Teilnehmer_innen mit Spaß in Relation gesetzt. Diese Einstellung lässt sich in den anschließenden Gesprächen quer durch alle Gruppen nachweisen, wie das Zitat einer Teilnehmerin verdeutlicht: „*Laufen macht Spaß*“ (E, G3, Zeile 217).

Entsprechend der Hauptfragestellung (FF1) soll in einem ersten Schritt festgestellt werden, welche eigenen Vorstellungen Jugendliche von Gesundheit/Wohlfühlen und Fitness entwickelt

haben und welche Bedeutung dieses Thema in ihrem Leben hat. Der Fokus liegt daher erstens auf jenen Aktivitäten, die Heranwachsende mit Gesundheit/Wohlfühlen und Fitness verbinden („*Bitte erzählt, warum ihr die Fotos so zugeordnet habt?*“) und welche sie selbst in ihrer Freizeit ausüben, zweitens auf jenen Tätigkeiten, die sie bewusst als gesundheitsrelevant oder -förderlich wahrnehmen und drittens auf jenen Handlungen, die sie selbst als gesundheitsrisikant problematisieren. Die beiden Fragestellungen „*Was macht ihr, um Spaß zu haben?*“ und „*Was macht ihr, um euch gesund und wohlzufühlen?*“ sollten durch ihre Offenheit Antwort-Bias minimieren, weil sie die Teilnehmer_innen animieren, ihre eigenen Vorstellungen zu dem Thema – abseits der Auffassungen von Erwachsenen – zu verbalisieren. Eine ähnliche Strategie wurde bereits von Spencer (2013a) erfolgreich verwendet und kam in der vorliegenden Arbeit in veränderter Art teilweise zum Einsatz.

7.1 An Gesundheit kann man keinen Spaß haben

„*Gesundheit assoziiert jeder auf jeden Fall mit etwas, was man machen muss, und, dass man nicht Spaß daran haben kann.*“
(E, G2, Zeile 290-292)

Dieses Zitat steht symptomatisch für die Vorstellungen, die die befragten Jugendlichen zum Thema Gesundheit haben. In ihren Redebeiträgen differenzieren sie zwischen Gesundheit, Fitness und Spaß, wobei sie sportliche Aktivitäten wie Rad fahren, schwimmen gehen und Fitness trainieren einerseits als gesunde Handlungen einstufen, dies andererseits jedoch nicht der eigenen Gesundheit zuliebe tun, sondern die Gesundheit eher ein Mittel zum Zweck ist. Ein Jugendlicher äußert sich dazu wie folgt: „*Weil wenn man zum Beispiel Fitness trainiert, dann achtet man auf seine Gesundheit*“ (D, G2, Zeile 461-462). Konkret bezieht er sich dabei auf eine bestimmte Art der Ernährung, die Grundvoraussetzung dafür ist, um Fitness betreiben zu können. Gleichzeitig räumen die Jugendlichen ein, dass Gesundheit auch Teil des eigenen Lifestyles werden kann, und in diesem Fall „*macht das schon Spaß*“.

In den Interviews heben die Jugendlichen den Unterschied deutlich hervor:

I: „*Also, was machst du, um Spaß zu haben?*“

E: „*Also naja, das ist, sich etwas Gönnen.*“

I: „*Und ist es das Gleiche, was du machst, wenn du etwas Gesundes für dich machen möchtest?*“

E: „*Wenn ich etwas Gesundes machen möchte, zum Beispiel Fitness, Rad fahren, schwimmen gehen, oder Training... gesund ernähren. Das ist Standard.*“

(G1, Zeile 89-97)

In Folge ist es für die Teilnehmer_innen schwierig, jene Tätigkeiten, die vorwiegend mit Spaß

assoziiert werden, gleichzeitig als gesundheitsförderliches Verhalten zu klassifizieren. So wird beispielsweise Computer spielen von mehreren Heranwachsenden durchaus gerne und häufig ausgeübt und hinsichtlich Spaß positiv bewertet, dennoch können sie nicht uneingeschränkt zustimmen, dass „Spaß an einer Sache haben“, zudem gleichzeitig gesund sein kann:

„Ich finde das einerseits gesund, weil ich zum Beispiel davon Stress abbaue, aber andererseits ist es ungesund, weil man viel zu lange sitzt und dann vergeht die Zeit auch so schnell.“ (D, G5, Zeile 203-205)

Dennoch werden einige konkrete Tätigkeiten, wie beispielsweise nach vier Stunden Computer spielen zu pausieren, als gesundheitsförderliche Handlungen eingestuft (D, G1, Zeile 733-735). Ebenso wird regelmäßiger Schlaf thematisiert, und positiv mit der eigenen Gesundheit korreliert: *„Dass man regelmäßig acht bis zehn Stunden schläft“* (E, G2, Zeile 480-481). Generell scheint die eigene Gesundheit für die Heranwachsenden jedoch wenig Bedeutung zu haben, einerseits, weil sie *„noch so jung“* (D, G1, Zeile 706) sind, wie ein Jugendlicher von sich aus betont, und andererseits, weil ihnen altersbedingt zumeist Krankheitserfahrungen fehlen. Lediglich eine Jugendliche räumt der eigenen Gesundheit aufgrund ihrer speziellen Lebenssituation einen hohen Stellenwert ein und begründet dies:

„Bei mir steht an erster Stelle die Gesundheit. Weil ich hatte schon, wie ich klein war, Verletzungen, und deswegen steht immer an erster Stelle die Gesundheit.“ (A, G4, Zeile 220-221)

Leichter als gesundes Verhalten zu benennen, fällt es den Jugendlichen den Zusammenhang mit ungesundem Verhalten herzustellen und entsprechend jene Verhaltensweisen aufzuzählen, die „offiziell“ als ungesund gelten, und in Folge als für sich selbst ungesund zu qualifizieren: *„Das ist etwas, das man nicht machen sollte. Rauchen, trinken und was nicht zur Gesundheit gehört“* (E, G2, Zeile 222-223). Anders als bei den Ergebnissen von Spencer (2013a) können die befragten Heranwachsenden mit diesem problematisierten Verhalten keine positiven und angenehmen Aspekte verknüpfen, sondern heben in erster Linie die Gesundheitsrisiken hervor.

Das eigene Wohlbefinden wird in den Gesprächen mit den befragten Jugendlichen selten mit Gesundheit in Verbindung gebracht: Dennoch thematisieren die Heranwachsenden den Zusammenhang zwischen Befinden und Gesundheit. Die Bedeutung der eigenen Verfassung für die (psychische) Gesundheit fassen zwei Jugendliche wie folgt zusammen:

„Wenn man zum Beispiel jeden Tag traurig ist, und immer wieder und immer wieder, dann wird man irgendwann psychisch krank.“ (A, G2, Zeile 1614-1615)

„Ja, ich finde, wenn man psychisch nicht in Ordnung ist, also man fühlt sich nicht gut, und man ist öfters traurig und hat nie Spaß, dann geht das auch auf den Körper und man ist dann nicht mehr so gesund. Weil man eben schon traurig ist und dann isst man irgendwas. Und dann geht das oft auf den Körper und man merkt es körperlich, dass es einem nicht gut geht.“ (D, GD5, Zeile 513-517)

Wohlbefinden ist wichtig für junge Menschen, dennoch können auch auf Nachfragen der Forscherin Heranwachsende schwer erklären, was zu ihrem individuellen Wohlbefinden dazugehört, beziehungsweise, welche konkreten Tätigkeiten oder persönlichen Eigenschaften sie damit verknüpfen:

I: *„Und was macht ihr, damit ihr euch wohlfühlt? Was gehört da dazu?“*
 B: *„Keine Ahnung, immer das, was ich mache.“*
 I: *„Aber immer was? Worauf hast du Lust? Spaß?“*
 B: *„Ich mach‘ was ich will, auf was ich Lust habe.“* (G3, Zeile 580-586)

Ein Jugendlicher versucht, dies zu erläutern:

„Wenn man sich wohlfühlt, dann ist man auch wohl. Auch wenn man alles, was man braucht oder nicht braucht AUCH hat, wenn man sich wohlfühlt, fühlt man sich wohl. Der Rechtsanwalt, wenn er sich nicht wohlfühlt, fühlt er sich halt nicht wohl. Er ist nicht wohl mit seinem Multimillionärs-Geld, so gesagt.“ (B, GD2, Zeile 387-390)

Eine andere Teilnehmerin ruft spontan aus, dass sie sich super fühle (E, G3, Zeile 595), sie kann jedoch im Anschluss ebenso wenig präzisieren, was der Grund dafür ist. Ein weiterer Heranwachsender versucht dies zu erläutern, indem er auf das eigene Selbstbewusstsein verweist: *„Ich akzeptiere mich so, wie bin.“* (A, G3, Zeile 569).

Stärker als mit der Gesundheit wird demnach das eigene Aussehen mit einem positiven Gefühl in Bezug auf das Wohl korreliert. In allen Gruppendiskussionen kommen die Jugendlichen mehr oder weniger selbstständig auf dieses Thema zu sprechen und verdeutlichen damit den hohen Stellenwert, den einerseits das eigene Erscheinungsbild hat, und andererseits, wie wichtig die Optimierung des eigenen Körpers ist. Auch wenn die Jugendlichen betonen, dass ihnen das Aussehen nicht wichtig ist und sich diesbezüglich tolerant präsentieren, so beziehen sie sich damit zumeist auf das Aussehen der anderen, während das eigene Aussehen schon einen zentralen Stellenwert einnimmt: *„Mir ist es egal, wie jemand aussieht. Hauptsache, jeder mag sich selbst.“* (E, G1, Zeile 237). Auch ein zweiter Jugendlicher zeigt sich diesbezüglich betont offen:

„Ich finde, wenn man sich so mag, wie man ist, muss man nichts verändern. Es liegt ja an jedem selbst, ob er besser aussehen will, ob man jetzt so einen Ronaldo will oder nicht. Das liegt ja bei jedem selber. Man darf niemanden verurteilen.“
(A, G3, Zeile 1401-1404)

Gesundheitsbewusstes oder gesundheitsförderliches Verhalten ist folglich dann interessant, wenn es der Verbesserung oder Optimierung des eigenen Aussehens dienlich ist. Primär männliche Jugendliche verbinden mit einem guten Aussehen, einen Körper, der muskulös und kräftig ist: *„Das wäre was für dich. Ein bisschen Masse.“* (E, G1, Zeile 36). Konkret nach Prominenten und Stars als Idole befragt, weisen sie diese Vorbildfunktion zurück, dennoch relativiert sich später diese Aussage, weil vor allem sportlich aktive Teilnehmer ihre Vorbilder im entsprechenden Profisport suchen: *„Fitness-Models, Bodybuilder, Sportler. Zum Beispiel beim Basketball Michael Jordan, beim Fußball Messi, Ronaldo.“* (E, G2, Zeile 595-596). Dies wäre letztendlich die Motivation, selbst Fitness zu betreiben, um irgendwann auch so auszusehen: *„Es macht einen ehrgeizig. Man will auch so sein.“* (B, G2, Zeile 1186).

Fitness ist deswegen das Zauberwort, denn nicht die Gesundheit, sondern Fitness in Zusammenhang mit einem positiven Aussehen nimmt einen zentralen Stellenwert im Leben der befragten Jugendlichen ein. Die Gesundheit ist Nebensache, denn Motivation etwas zu tun, ist ein schöner, fitter Körper, wie ein männlicher Heranwachsender ausführt: *„Naja. dann will ich auch einen schönen Körper haben, wenn ich schwimmen gehe. Das ist doch logisch.“* (B, G2, 334). Auch wenn Sport nicht für alle Teilnehmer_innen gleichermaßen wichtig ist und auch jene Jugendlichen, die sehr sportlich sind, betonen, dass Fitness nicht die oberste Priorität in ihrem Leben hat, äußern sich die Heranwachsenden dennoch immer wieder in diese Richtung. Eine weibliche Jugendliche reflektiert die eigenen sportlichen Aktivitäten und unterstreicht damit, wie wichtig das Körpergefühl für junge Menschen ist: *„Wenn ich esse und wenn ich keinen Sport mache, dann fühle ich mich so ur-voll!“* (E, G3, Zeile 235).

Heranwachsende haben eindeutig definierte Körperideale, die sich entlang den üblichen Schönheitsnormen orientieren. Für männliche Jugendliche ist dies der sportliche, muskulöse Körper, während für weibliche Heranwachsende ein sportlicher, schlanker Körper Wunschbild ist. Junge Menschen haben bestimmte Vorstellungen, wie sie aussehen möchten, beziehungsweise wie sie nicht aussehen möchten, und handeln entsprechend, wie dieser Teilnehmer humorvoll kommentiert: *„Ja, ich wollte nicht so dünn aussehen, wie sagt man? Wie ein Stock!“* (C, G1, Zeile 573). Männliche Jugendliche verknüpfen Fitness einerseits mit ihrer Leistungsfähigkeit sowie ihrem Lebensstandard und betonen andererseits die positiven Auswirkungen auf das Selbstbewusstsein, die qua „Zusatzleistung“ erhalten werden: *„Das wird zu einer psychischen Sache.“* (B, G2, Zeile 383). Eine Teilnehmerin erläutert ihren Beweggrund und bemerkt knapp: *„Motivation. Sommerfigur.“* (G4, C, Zeile 57); für eine andere ist ebenfalls eine bessere Figur der Anlass, sich sportlich zu betätigen: *„(...) für eine gute Figur, aber Laufen macht Spaß.“*

(E, G3, Zeile 217). Neben dem Spaß als Nebeneffekt und in einem konkreten Fall die Möglichkeit zur Selbstverteidigung, wird ebenso der Stressabbau als zusätzlicher Nutzen genannt. Diese Gründe stellen jedoch nicht die primäre Motivation dar, warum überhaupt Sport betrieben wird – viel stärker geben die angestrebten Veränderungen und Verbesserungen am Körper den entscheidenden Impuls. Während in den Beiträgen der männlichen Jugendlichen normierte Körperideale nicht als belastend beschrieben werden, problematisieren die weiblichen Jugendlichen diesen Bereich von sich aus und empfinden die gesellschaftlichen Normen als starken Druck:

„Das Einzige, das ich traurig finde, ist, dass es in der Gesellschaft so Schönheitsideale gibt, und dass sich viele Mädchen da dran halten.“
(D, G5, Zeile 1103-1104)

Trotz der weiter oben angesprochenen Toleranz sind junge Menschen, die den geltenden Idealen nicht entsprechen oder gar bedeutend davon abweichen, sozialen Sanktionen ausgesetzt, sodass sie diesen normativen Vorgaben folgen müssen, wenn sie „dazugehören“ möchten. Eine Jugendliche berichtet von den Folgen, die ein abweichendes Verhalten mit sich bringt: *„(...) zum Beispiel meine beste Freundin ist übergewichtiger und wurde dann früher gemobbt, weil andere das Schönheitsideal verfolgen, und sie aber dem nicht entspricht.“* (D, G5, Zeile 1113-1119).

In jener Gruppe, die aus Teilnehmer_innen beider Geschlechter bestand (G3), thematisierten auch die männlichen Heranwachsenden die geltenden Schönheitsideale von jungen Frauen und zeigten sich dabei tolerant gegenüber Abweichungen und dafür wenig verständnisvoll gegenüber Diäten, die sie für nicht notwendig erachten. Für sie gäbe es ein breites Spektrum an Körperbildern, innerhalb derer sich weibliche Jugendliche wohlfühlen könnten. Allerdings zeigen sich die weiblichen Jugendlichen skeptisch, inwiefern diese Aussage die tatsächlichen Meinungen widerspiegeln, wie der folgende Dialog verdeutlichen soll:

B₂: *„Ja, jeder sagt das immer: Du sollst dich wohlfühlen. Warum gibt es dann keine dicken Models? Warum gibt es keine Models mit schiefer Nase?“*

A: *„Gibt es eh.“*

(...)

B₂: *„Aber es gibt keine normalen! Es gibt ein Schönheitsideal und dem laufen alle hinterher.“*

A: *„Doch. Kennst du Mendéz (Anm.: Plus-Size-Model), nicht? Die wiegt 90 Kilo (...).“*

B₂: *„Glaubst du, dass die sich mit 90 Kilo wohlfühlt?“*

A: *„Ja.“*

B₂: *„Du widersprichst dir ja selber.“*

A: *„Sie fühlt sich ja wohl.“*

(G3, Zeile 1425-1437)

Die Peer-Group übernimmt erwartungsgemäß ebenfalls eine zentrale Funktion, wenn es um Schönheits- und Körperideale geht. Für beide Geschlechter sind die Freund_innen einerseits Vorbilder und andererseits Berater_innen in puncto Aussehen. In ihren Redebeiträgen betonen vor allem weibliche Heranwachsende, die Bedeutung der Freundin, wenn die eigene Figur am Prüfstand steht. In den Gesprächen äußern sich die jungen Frauen dahin gehend, dass sie unterstützend und motivierend aufeinander einwirken, um die Akzeptanz gegenüber dem derzeitigen Aussehen – auch abseits der üblichen Idealmaße – zu erhöhen: *„Also ich finde ihre Figur normal und sie findet, sie ist ein bisschen übergewichtig. Also sie mag ihre Figur nicht so sehr, was ich mir nicht vorstellen kann, weil ich ihre Figur gut finde.“* (D, G5, Zeile 765-767). Auch männliche Jugendliche suchen sich ihre Vorbilder aus dem Bekanntenkreis. Dies können zwar auch Menschen sein, die man über Facebook kennt, aber zumeist sind es Mitglieder der eigenen Peer-Group oder des besuchten Fitness-Klubs:

„Zum Beispiel hat man Freunde, die vom Körper her gut aussehen, oder man sieht zum Beispiel auf Facebook sehr viele Leute, die einfach so gut gebaut sind, dann will man selbst mal in ein Fitnessstudio gehen und es selbst probieren.“ (G2, A, Zeile 551-554)

Neben den Offline-Vorbildern übernimmt YouTube hinsichtlich Körpernormen eine zentrale Rolle, denn zahlreiche Fitness-Kanäle präsentieren entsprechende Ideale. YouTube wird in allen Gruppendiskussionen und von nahezu allen Teilnehmer_innen als Informationsquelle genannt, wobei lediglich einmal diese Quelle problematisiert wird. In der Regel orientieren sich die befragten Jugendlichen stark an den auf dieser Plattform veröffentlichten Inhalten:

„Und jeder YouTuber, der einen Fitness-bezogenen YouTube-Kanal hat und führt und diesen Lifestyle lebt, der benutzt sie [Anm.: Apps]. Er macht das mit Leidenschaft. Wenn man sich solche Leute anschaut, dann bekommt man auch die Motivation dafür, aufzubauen, und dann macht man das auch.“ (E, G2, Zeile 1261-1265)

Beide Geschlechter verbinden die Art der Ernährung mit einem guten Aussehen, allerdings auf unterschiedliche Weise. Während für männliche Jugendliche eine kräftige Statur primäres Ziel einer bewussten Ernährung darstellt, verbinden die Teilnehmerinnen gesunde Ernährung mit dem eigenen Körpergewicht und dem Erscheinungsbild der Haut: *„Ich habe jetzt die letzten Tage total ungesund gegessen und ich merke schon langsam, meine Haut wird wieder ein bisschen unreiner und dann fühle ich mich auch ein bisschen unwohler.“* (D, G5, Zeile 461-465). Eine andere Jugendliche ergänzt: *„(...) oder man ist müde, oder man bekommt ein bisschen Speck an den Hüften. Oder so halt.“* (C, G5, Zeile 450-451). Wie bereits weiter oben diskutiert ist die Motivation, sich gesund zu ernähren und Fitness zu betreiben, das eigene Erscheinungsbild. Abnehmen dient folglich ebenfalls nicht primär der Gesundheit, sondern der Optimierung des Aussehens.

Die befragten Jugendlichen können die Eckpfeiler einer gesunden Ernährung nennen, sie geben jedoch keine detaillierten Auskünfte, wie sie gesunde, bewusste Ernährung umsetzen: *„Das weiß ich auch selber. Zum Beispiel kein Fast Food, das ist nicht gesund. Viel Obst und Gemüse. Viel Wasser trinken. Das weiß man halt.“* (D, G4, Zeile 290-291).

Für jene Jugendliche, die intensiv Sport betreiben, übernimmt die Ernährung eine andere Funktion: Sie dient dann in erster Linie dazu, die sportlichen Leistungen zu optimieren, beziehungsweise unterstützt sie die Ernährung dabei, ihre Trainingsziele zu erreichen. Während in den Gruppendiskussionen für die weiblichen Heranwachsenden Ernährung vordergründig mit Gewichtskontrolle zu tun hat, wird von den männlichen Jugendlichen Ernährung vor allem in Zusammenhang mit dem Muskelaufbau im Zuge des Fitnesstrainings thematisiert:

„(...) viele Freunde von mir haben auch trainiert – und ich habe gefragt, was mit diesen Eiweiß-Shakes ist. Er hat gesagt: nimm es nicht jetzt, sondern später dann, ein paar Monate später, wenn du ins Training reinkommst. Dann immer trinken, damit man so – irgendwas für Stoff – schnellere Muskeldingsda bekommt. Eiweiß halt, weil der Körper Eiweiß braucht.“
(B, G3, Zeile 1208-1213)

Für die Teilnehmerinnen hingegen sind Reduktionsdiäten ein wichtiges Thema und die Probleme, die damit verbunden sind. Die befragten weiblichen Jugendlichen haben bereits mehrfach Erfahrung damit, sie kennen die Nachteile, wie etwa den Jo-Jo-Effekt (erneute, unerwünschte Gewichtszunahme nach einer Diät) und sie reflektieren in ihren Redebeiträgen dieses Thema von sich aus. *„Ich hab diese Stoffwechseldiät gemacht (...). Und dann hab ich mich gewogen, habe zwei Kilo abgenommen. (...) nach vier Tagen hatte ich ein Kilo wieder zugenommen.“* (G, D3, Zeile 535-552).

Generell nimmt eine gesunde Ernährung jedoch keinen besonders hohen Stellenwert im Leben der befragten Jugendlichen ein. Es ist ihnen zwar bewusst, dass man sich gesund ernähren sollte, um positiv auf die Gesundheit einzuwirken, jedoch sind sie wenig ambitioniert, dies ohne zusätzliche Motivation (Reduktionsdiäten, Muskelaufbau) umzusetzen: *„Ich versuche es halt, Gemüse und Obst auch zu essen, aber ich vergesse es oft.“* (B, G5, Zeile 253). Eine Teilnehmerin erklärt, dass für sie gesunde Ernährung nicht wichtig sei, weil sie schlank sei und mehrmals die Woche Kampfsport betreibe: *„(...) ich achte schon auf meine Ernährung, aber jetzt auch nicht so. Weil ich ja jeden Tag Sport mache.“* (C, G4, Zeile 97-98). Eine weibliche Jugendliche fasst die Einstellungen ihrer Kolleginnen zusammen:

„Man versucht es, 50/50 zu machen. Nur man ist nicht streng darin, was man jetzt essen darf und was nicht. Einmal das essen und einmal das.“
(C, G5, Zeile 257-258)

Junge Menschen essen, was die Eltern für sie zubereitet haben oder was sie selbst zuvor im Supermarkt eingekauft haben. Gekauft wird, was günstig ist, unabhängig davon, ob es sich um wertvolle oder qualitativ hochwertige Nahrungsmittel handelt (E, G1, 846-861). Den geringen Stellenwert der Ernährung für die männlichen Jugendlichen verdeutlichen die folgenden Aussagen:

„(...) wir kaufen im Billa und kaufen, was Billa anbietet.“ (D, GD 1, Zeile 109)

„(...) man kauft sich, was schmeckt.“ (E, GD 1, Zeile 807)

„Ich esse alles.“ (B, GD1, Zeile 169)

Lediglich eine Jugendliche beschreibt, dass sie sich fett *fühle*, wenn sie ungesund gegessen habe, auch wenn ihr Gewicht gleichbleibend niedrig ist (D, G5, Zeile 783-788). Dieselbe Teilnehmerin berichtet an einer anderen Stelle, dass sie spezielle Diäten mit ihrer Mutter gemeinsam ausprobiere, dies allerdings auch nur über einen befristeten Zeitraum hinweg: „Aber wir schaffen es nicht so durchgehend, sondern ab und zu.“ (D, G5, Zeile 423-425).

Problemloser als zu Gesundheit und Wohlbefinden, können die befragten Jugendlichen Aussagen machen, welche Bedeutung Spaß für sie hat. Die Vorstellung, die junge Menschen mit „Spaß haben“ verbinden, zeigt ihre Präferenz, ihr Leben und ihre Aktivitäten mit der Peer-Group zu verbringen, denn mit Spaß assoziieren sie in erster Linie Beschäftigungen, die sie mit Freund_innen außerhalb von Schule und Elternhaus ausüben:

„Was mir Spaß macht, ist, mit den Freunden immer zusammen zu sein.

Also egal, was die Tätigkeit ist, ob Sport oder Treffen oder Essen, alles macht Spaß; nur die Leute sind wichtig, also mit wem man was macht.“

(E, G2, Zeile 263-267)

In nahezu allen Gruppendiskussionen heben die Teilnehmer_innen die enorme Bedeutung hervor, die Freund_innen haben, auch wenn schlussendlich zahlreiche Aktivitäten dann dennoch alleine ausgeübt werden. Generell, so verdeutlicht das folgende Zitat, ist nicht das „Was?“, sondern das „Mit wem?“ entscheidend: „Es macht auch sehr Spaß mit den Freunden irgendwohin zu gehen. Spazieren, oder keine Ahnung. Oder man ist irgendwo. Das ist egal wo. Hauptsache man ist gemeinsam“ (E, G1, Zeile 81-82). Denn, so ein anderer Teilnehmer, „(m)it den Menschen, mit denen Sie gewöhnt sind, unterwegs zu sein, macht es mehr Spaß.“ (B, G2, Zeile 278-280). Außerdem scheint es für Jugendliche wichtig zu sein, dass diese Beschäftigungen freiwillig erfolgen, mit anderen Worten, dass sie selbstbestimmt entscheiden können, was sie wann tun. So kann ein und dieselbe Tätigkeit einmal mit positiven Gefühlen verbunden sein und Spaß machen, und bei einer anderen Gelegenheit wird dies als Zwang empfunden: „Also es ist schon Spaß, wenn man es freiwillig macht, aber zum Beispiel, wenn du für die Schule (?) rennst, das ist ja abnormal!“ (F, G3, Zeile 187). Ein Jugendlicher führt dazu weiter aus: „(...) alles

was nicht mit Schule zu tun hat, macht Spaß, der Nachhauseweg macht mehr Spaß!“ (A, G3, Zeile 271-272). Für Jugendliche ist Spaß haben an den eigenen, engen Freundeskreis gekoppelt und findet jedenfalls abseits des schulischen und teilweise auch familiären Umfeldes statt.

Anschließend nennen die Jugendlichen eine Reihe von Aktivitäten, die Spaß machen, wie beispielsweise „chillen, schwimmen gehen, spielen, zocken“ (B, G3, Zeile 590-591), aber auch shoppen: „Das macht unglaublich Spaß, ich liebe einkaufen!“ (A, G3, Zeile 443). Aber auch beim Einkaufen ist es zentral, mit Freund_innen unterwegs zu sein, sich etwas zu erzählen oder zu diskutieren (B, G5, Zeile 200). Häufig und in allen Gesprächen verweisen die Teilnehmer_innen in ihren Redebeiträgen auf sportliche Aktivitäten in Zusammenhang mit Spaß: Fußball spielen, boxen, Kraft- und Fitnesstraining, schwimmen und Rad fahren werden von den Heranwachsenden genannt. Seltener wird spazieren gehen genannt, sportliche Aktivitäten wie Yoga oder Entspannungsübungen werden von den befragten Jugendlichen nicht ausgeübt, beziehungsweise können sie damit wenig anfangen: „Meinen Sie Yoga? Das macht keiner! Nichts.“ (E, G1, Zeile 729). Ein anderer Teilnehmer ergänzt lachend: „In der Früh streckt sich eigentlich jeder, wenn man aufsteht.“ (B, G1, Zeile 731).

Der Schwerpunkt auf ausgedehntem Sport hängt möglicherweise mit dem hohen Stress- und Aggressionsniveau zusammen, das die Jugendlichen von sich aus in den Gesprächen thematisieren. Sowohl in der Schule als auch im Elternhaus wird auf die Heranwachsenden großer Druck ausgeübt, dem sie mit intensivem Körpertraining zu entkommen versuchen: „Da man zum Beispiel in der Schule sehr viel Stress hat, kann man sich den Stress im Fitness abbauen.“ (A, G1, Zeile 69). Denn nach einem Trainingstag fühlen sich die Jugendlichen derart ausgepowert, dass Wut und Aggression (C, G4, Zeile 109-111) vergessen sind: „Ja, man ist, wenn man einen schlechten Tag hat, dann ist man am Abend wieder normal drauf.“ (C, G4, 144-145).

„Man haut die Wut einfach weg. Sozusagen. Man haut die ganze Wut, wenn man auf jemanden wütend ist, oder wenn man nicht gut gelaunt ist, der Sport lenkt einen so extrem ab; das ist nicht normal.“
(B, G2, Zeile 1627-1629)

Ebenso wie ausgedehnter Sport ist ausgiebiges Spielen am Computer ein geeignetes Mittel zum Abbau von Stress und Aggression. Diese Form von Beschäftigung als emotionaler Ausgleich wird von jungen Menschen vor allem in Zusammenhang mit jenem Stress genannt, den sie mit den eigenen Eltern haben: „Wenn die Eltern ein bisschen nerven, kann man spielen und dabei auch Stress abbauen.“ (E, G1, Zeile 76-77). Beim Spielen können die Jugendlichen den Alltag und die Aufregungen des Tages hinter sich lassen: „Wenn ich vom Tag ein bisschen genervt war, dann lasse ich das raus.“ (D, G5, Zeile 217). Eine andere Jugendliche ergänzt: „(...) Wenn ich mich ein bisschen aufgeregt habe.“ (A, G5, Zeile 233-234).

Trotz der positiven Effekte auf das eigene Wohlbefinden, die beispielsweise die Beschäftigungen mit Computerspielen hat, problematisieren die Jugendlichen in Zusammenhang mit Spaß von sich aus jene Tätigkeiten, die allgemein als riskant gelten oder mit riskanten Nebenwirkungen verbunden sind. Dazu gehören neben dem Spielen am Computer der Besuch von Partys, weil dies mit vermehrtem Alkoholkonsum einhergehen könnte oder weil die Musik laut ist. Interessant ist dabei, dass die Heranwachsenden diese Beschäftigungen durchaus gerne ausüben und auch viel Spaß daran haben, gleichzeitig diesen Spaß insofern relativieren, weil sie ihn mit einem exzessiven Verhalten verbinden, was dann keinen Spaß mehr macht (machen darf). Zu relativieren sind diese Aussagen insofern, weil die Jugendlichen möglicherweise die von Erwachsenen problematisierten Verhaltensweisen in diesem Zusammenhang unreflektiert wiedergeben.

7.2 Ausreichend informiert durch Eltern und Peers

Zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage (FF2), woher Jugendliche ihre Gesundheitsinformationen beziehen und welche Relevanz das Smartphone dabei hat, wurden den Teilnehmer_innen konkrete Fragen zu diesen Bereichen gestellt.

Informationen über Gesundheit und Fitness und über jene Themen, die damit verwandt sind, erhalten die Jugendlichen sowohl aus Offline- als auch aus Online-Quellen. An erster Stelle nennen die befragten Jugendlichen die eigene enge Familie beziehungsweise nahe Verwandte als relevante Ratgeber_innen in puncto Gesundheit.

„Wenn ich Informationen über Ernährung oder Sport brauche, gehe ich entweder zu meiner Mutter oder zu meinem Vater.“
(E, G3, Zeile 1173-1174)

„Also durch Erfahrung meiner Eltern.“
(C, G5, Zeile 295)

In erster Linie werden jene Personen aus dem Familien- und Bekanntenkreis um Tipps gebeten, die selbst gesundheits- oder fitnessbewusst leben: *„Von meinem Onkel. Er muss die ganze Zeit fit sein, denn ein Onkel ist Trainer und der Zweite ist Polizist. Die müssen fit sein.“* (E, G1, Zeile 157-159). Vor allem jene Jugendliche, deren Eltern selbst sportlich aktiv sind, geben an, dass sie von den Eltern zum Sport ermuntert werden: *„Sie fördern uns, dass wir Sport machen.“* (E, G2, Zeile 1665). Die eigenen Eltern werden jedoch auch dann um Informationen gebeten, wenn sie sich selbst nicht gesundheitsbewusst verhalten. Die Jugendlichen relativieren in diesem Fall, dass das Wissen und entsprechende Handlungen voneinander abweichen können, dennoch halten sie die Beiträge ihrer Eltern für wertvoll: *„Die Eltern wissen schon, was für sie gut ist, aber sie machen es dann nicht.“* (A, G4, Zeile 390). Ebenso wird thematisiert, wenn die Eltern bereits riskant handeln, weil sie beispielsweise rauchen, oder wenn sie aufgrund ihres

Lebensstils bereits erkrankt sind: *„Ja, zum Beispiel meinem Vater tut das Bein weh, und er sagt fast jeden Tag zu mir, ich soll aufpassen, dass ich nicht auch so werde.“* (D, G1, Zeile 711-712). Lediglich ein Jugendlicher äußert sich kritisch gegenüber den Informationen, die er von seinen Eltern erhalten hat: *„Ja, ich (...) habe das nicht von meinen Eltern, dass ich mich gesund ernähren soll, sondern meine Eltern haben mir gesagt, ich soll essen, was ich am Besten finde.“* (A, G1, Zeile 184-185).

Für jene Jugendlichen, die regelmäßig ein Fitnessstudio besuchen, übernehmen die Fitness-Trainer_innen eine bedeutende Rolle bei der Beratung: *„(...) die haben mir dann alles erklärt. Was gesund ist und was nicht.“* (A, G1, Zeile 186-188), aber auch andere Personen, die bereits länger trainieren, gelten als vertrauenswürdige Quellen (A, G2, Zeile 535).

Die eigenen Freund_innen spielen eine wichtige Rolle im Leben von jungen Menschen und auch punkto Ratschläge rund um Gesundheit und Fitness vertrauen die befragten Jugendlichen auf ihre Peers:

„Ich hab einen Freund, er ist ein Fitnessfreak, P., er weiß wirklich alles über Fitness. Ich frage ihn dann, er sagt mit alles, kennt sich super aus.“ (G, G3, Zeile 1112-1113)

Thematisch drehen sich die Tipps der Freund_innen um die beiden großen Bereiche Ernährung, vor allem in Zusammenhang mit Reduktionsdiäten und Fitness. Die männlichen Heranwachsenden stellen einander erfolgreich ausprobierte Trainingspläne zur Verfügung (C, G2, Zeile 656-660), die weiblichen Jugendlichen versorgen einander mit effektiven Diät-Tipps (D, G3, Zeile 631-632). Tendenziell suchen sich sportliche Jugendliche auch einen sportlichen Freundeskreis, jedoch kommen die Peers nicht zwangsweise aus demselben sportlichen Umfeld: *„Meine Freundin geht eher so in Fitness-Center. Und ich mag Fitness-Center nicht so sehr, ich mache lieber mehr so einen Kampfsport oder einen Teamsport.“* (D, G5, Zeile 366-367). Dennoch heben die Teilnehmer_innen in ihren Beiträgen die Bedeutung der Meinung der Peers hervor, auch wenn sie betonen dass jeder *„selber entscheiden“* kann (C, G5, Zeile 571-574).

Ebenso eine große Rolle spielt erwartungsgemäß das Internet respektive das Smartphone als Gesundheitsassistent: Die befragten Heranwachsenden besitzen zu 100 Prozent Smartphones und nutzen diese in gleicher Weise wie ihre Computer für den Zugang ins Netz. Als *die* Quelle fungiert YouTube, denn dort können junge Menschen zu all jenen Themen, die sie interessieren, anschauliche Videos finden. Auch wenn die Teilnehmer_innen in ihren Äußerungen angeben, ihr Smartphone nicht für Gesundheitsthemen zu nutzen, so lassen sich dennoch Sport und Styling als interessierende gesundheitsrelevante Bereiche identifizieren. Konkret nennen sie einerseits Fitness-Kanäle, auf denen YouTuber ihr Programm vorstellen und andererseits Koch-Videos mit anschaulichen Anleitungen.

Eine Teilnehmerin führt dazu aus:

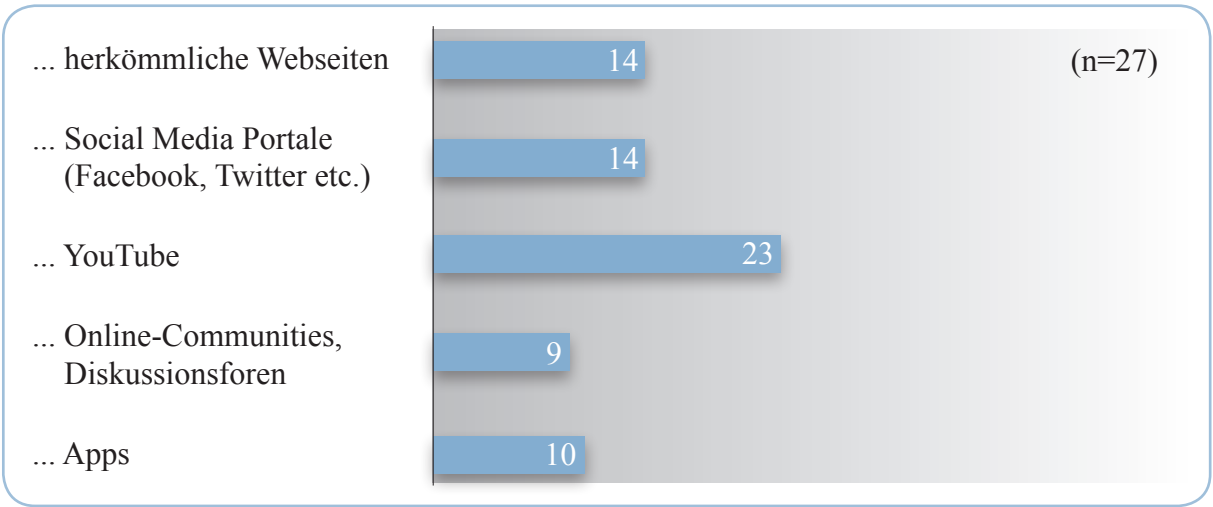
„Ja, egal was dich interessiert, man kann es in Google oder YouTube eintragen und es kommt einfach. Wenn man sich ein paar verschiedene Videos anschaut, dann weiß man eh schon alles.“ (B₂, G3, Zeile 1221-1223)

Eine Jugendliche äußert sich skeptisch gegenüber externen Informationsquellen und hebt die Bedeutung des eigenen Gefühls hervor, wenn es um die Gesundheit oder das Wohlfühlen geht:

„Man sollte das selber wissen, weil man weiß, was für mich gut ist, und was nicht, das weiß ich auch. Das kann ich dann zählen. Wie kann ich aus einem Buch lesen, was dir gut tut und was nicht.“ (A, G4, Zeile 274-276)

Bemerkenswert ist, dass lediglich einmal die Schule in Zusammenhang mit Gesundheitsinformationen genannt wird: „Wir lernen es auch in der Schule.“ (D, G4, Zeile 297).

Tabelle 6: Anzahl der Jugendlichen, die für Informationen über Gesundheit, Fitness, Lifestyle im Internet hauptsächlich folgende Quellen nutzen (Mehrfachnennungen möglich)...



7.2.1 Keine Zeit für Apps

Grundsätzlich, so zeigen die Beiträge in den durchgeführten Gruppendiskussionen, sind die Jugendlichen mit Apps aller Art und deren Funktionen vertraut – die meisten von ihnen kennen Fitness- und Gesundheits-Apps oder haben bereits davon gehört.

In den Fragebögen zur Mediennutzung wurde erhoben, wie viele Gesundheits-, Fitness-, Lifestyle-Apps im Vergleich zu allgemeinen Apps die Jugendlichen auf ihren Smartphones instal-

liert haben. Die Ergebnisse bestätigen im Wesentlichen die Aussagen der Jugendlichen in den Gruppendiskussionen.

Tabelle 7: Anzahl der Jugendlichen, die Apps auf ihrem Smartphone installiert haben.

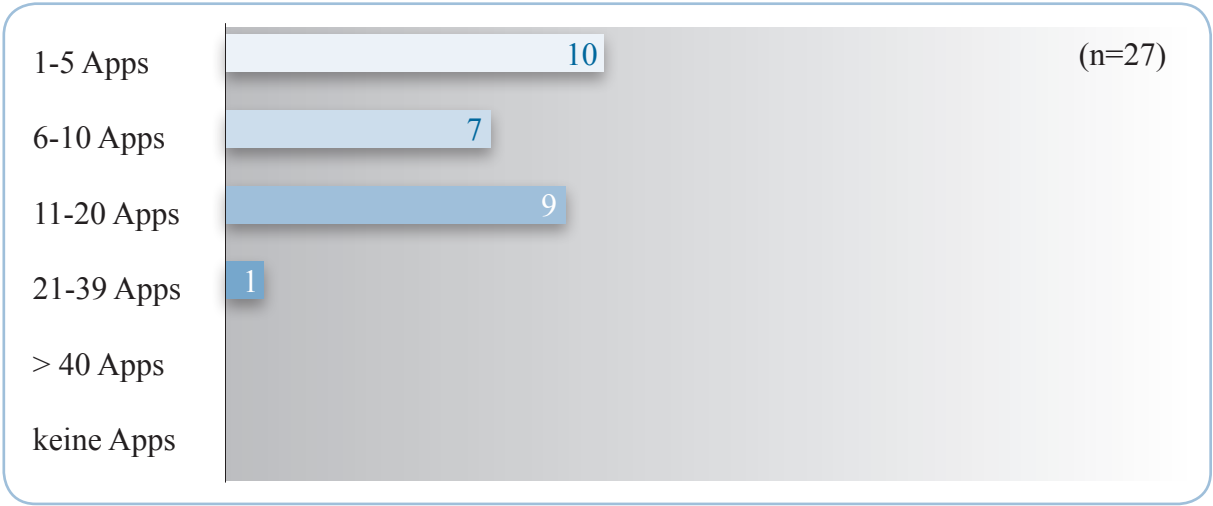
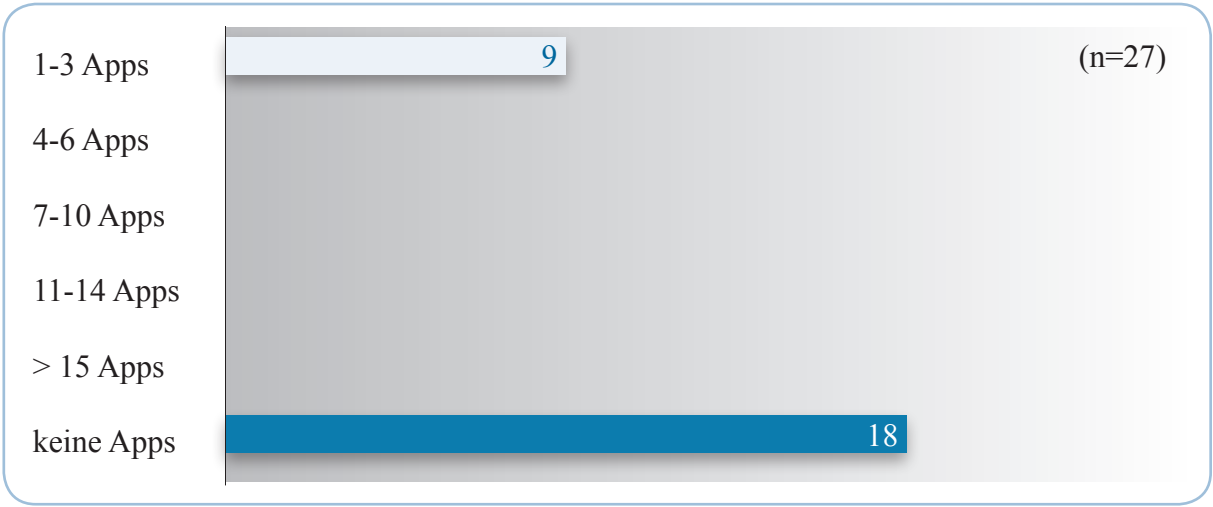


Tabelle 8: Anzahl der Jugendlichen, die Gesundheits-, Fitness-, Lifestyle-Apps auf ihrem Smartphone installiert haben.



Einige Teilnehmer_innen können konkrete Anwendungen beschreiben und ihre Funktionen vage erklären, andere können manche gesundheitsrelevante Apps jedoch so genau beschreiben, dass davon auszugehen ist, dass sie diese nicht nur installiert, sondern zumindest bereits einige Male verwendet haben:

„Ja, man setzt sich als Ziel, zum Beispiel: Man kann sich zehntausend Schritte für den Tag als Ziel setzen. Dann rechnet das [Anm.: die App] wie viel man geht. Wenn man sein Ziel erreicht, ist das gut, wenn nicht, dann nicht.“ (E, G2, Zeile 799-801)

Dennoch präsentieren sich die Heranwachsenden äußerst zurückhaltend hinsichtlich Nutzung und skeptisch hinsichtlich Nutzen von gesundheitsrelevanten Apps und geben an, nur wenige dieser Apps – zwischen ein und bis zu maximal drei – aktiv zu nutzen.

Hinsichtlich Zeitspanne, über die eine App intensiv genutzt wird, geben die Teilnehmer_innen an, dass Fitness- und Gesundheits-Apps bestenfalls eine Zeit lang, höchstens jedoch bis zu drei Monaten in Verwendung sind. Wird beispielsweise zusätzlicher Speicherplatz benötigt, trennen sich die Jugendlichen kurz entschlossen von diesen Applikationen: „(...) *ich habe Speicher gebraucht, also musste ich sie löschen.*“ (A, G3, Zeile 1040-1041).

Die Gründe, warum Fitness- und Gesundheits-Apps so wenig genutzt werden, liegen einerseits in den komplexen Funktionen dieser Programme und andererseits in dem knappen Zeitbudget, das die jungen Menschen nach eigenen Angaben zur Verfügung haben: „*Ja, ich hab keine Zeit*“ (G, G3, Zeile 823).

Zudem sind die Erwartungen hoch, wie der folgende Beitrag zeigt:

„Das sind diese Phasen, wo man glaubt, man will in einem Monat so ein Muskelpaket machen, dann bleibt man gleich dünn und dann macht man Schluss.“
(B, G3, Zeile 1247-1248)

Die befragten Jugendlichen können quer durch alle Gruppendiskussionen bis auf einige Ausnahmen wenige persönliche Vorteile in der Verwendung von Fitness- und Gesundheits-Apps erkennen und problematisieren zahlreiche äußere Umstände, wie beispielsweise den Aufwand, den das aktive Nutzen der angebotenen Möglichkeiten verursacht: „*Keine Ahnung, es war zu viel Arbeit.*“ (B, G3, Zeile 749).

Heranwachsende haben zudem einen dicht strukturierten Alltag, der ihnen nach eigenen Angaben neben der Schule wenig Freizeit lässt, sodass sie die verbleibende Zeit sorgfältig managen müssen, um Eltern, Schule und Freunde unterbringen zu können. Fitness- und Gesundheits-Apps kosten viel Zeit, die sie nicht investieren können oder wollen:

„Ja, es gab so eine Phase, wo ich das wirklich gemacht habe, aber dann hatte ich keine Lust mehr und dann habe ich aufgehört, das zu machen. (...) weil es zu viel Aufwand [war].“
(E, G2, Zeile 1125-1126)

Ein häufig thematisierter Bereich sind die komplexen Funktionen, über die Fitness- und Gesundheits-Apps verfügen, und die weit über die Bedürfnisse der jugendlichen Nutzer_innen hinausgehen: „*Ich habe nur durchgeschaut, was die alles kann, und das war Blödsinn.*“ (G, G3,

Zeile 814). Auch jene Jugendliche, die sich grundsätzlich positiv zur Verwendung von Apps äußern, fühlen sich letztendlich den Anforderungen nicht gewachsen. Dies können sprachliche Hürden sein „(...) *sie war ur-blöd, das war auf Englisch (...).*“ (D, G3, Zeile) oder auch die komplexe Verwaltung der Dateneingabe: „*Einfach weil das mit den Daten war einfach zu kompliziert.*“ (D, G4, Zeile 429). Eine weibliche Jugendliche, die grundsätzlich zu Apps positiv eingestellt ist, berichtet von einer App, die sie für kurze Zeit in Verwendung hatte:

„(...) Und das habe ich probiert, ich finde es irgendwie gut, aber zum Beispiel: du machst jetzt zehn Situps. Dann musste ich immer eines machen, und dann muss ich auf eins drücken, also ich hab schon eins gemacht, das zweite ist das zweite, und das [hat] irgendwie genervt.“
(D, G3, Zeile 843-846).

Es gibt zudem kaum Bereiche, wo der positive Nutzen von Fitness- und Gesundheits-Apps so offensichtlich ist, dass sich der Aufwand für Heranwachsende lohnen würde. Zumeist, so äußern sie in ihren Redebeiträgen, können Apps nichts, was man nicht auch ohne Apps lösen könnte und sie beziehen sich mit diesen Aussagen vor allem auf Fitness- bzw. Ernährungsprogramme. Man könne auch einfach in ein Fitnessstudio gehen, wenn man laufen will, und sich dort erkundigen und „*muss (...) nicht solche Apps haben*“ (A, G3, Zeile 1159-1160).

Dennoch berichten einige Jugendliche auch von erfolgreichen Einsätzen von Fitness- und Gesundheits-Apps. Gute Apps würden sich primär dadurch auszeichnen, dass sie abbildungsreich und einfach verständlich sind, dass sie ihre Funktionen gut erklären und damit eine echte Hilfestellung im Alltag geben, weil sie veranschaulichen, „*wie man es machen muss, wie es eigentlich richtig gehört*“ (C, G4, Zeile 433-435). Dieser Aspekt wird ebenso in einer anderen Wortmeldung als wichtiger Punkt identifiziert: „(...) *es wird gut erklärt, wie man es macht, wie man es auch richtig macht.*“ (D, G5, 714-715). Hinsichtlich Motivation, Fitness- und Gesundheits-Apps zu verwenden, werden drei konkrete Anreize formuliert: Erstens wären Apps durch die Funktion des Kalorienzählens „*die beste Möglichkeit, wie man abnehmen kann*“ (A, G4, Zeile 559), zweitens ermöglichen sie durch die Verwaltung von Fitness-Daten „*einen guten Körper zu haben*“ (C, G4, Zeile 552) und drittens spornen sie zu Höchstleistungen an:

„Ich finde, das war wirklich ur-gut. Und wenn du zum Beispiel aufhören willst, also das beenden, dann kommt immer so ein Text: du sollst nicht aufgeben und so. Ich finde das war schon gut.“ (G, G3, Zeile 856-858)

„Und dann sieht man halt zum Beispiel, wenn es Veränderungen gibt. Und die App zeigt halt, ein bisschen ungenau, aber es zeigt dir an, ob du abgenommen hast und wo du abgenommen hast und das ist, damit du weiter motiviert bleibst.“
(GD5, D, Zeile 875-877)

Eine Vielzahl an Apps können die befragten Jugendlichen namentlich nennen und auch deren Funktionsweisen sowie Anwendungsbereiche relativ detailliert erklären, sodass trotz zahlreicher skeptischer Beiträge davon ausgegangen werden muss, dass die Teilnehmer_innen in der Vergangenheit bereits etliche Erfahrungen mit Fitness- und Gesundheits-Apps gemacht haben. Alle konkret genannten Apps kommen entweder aus dem Fitness- oder dem Ernährungsbereich: Dies sind einerseits Lauf-Apps, die ausrechnen, „*wie viele Kilometer man gelaufen ist und wie viele Kalorien man verbraucht hat*“ (A, G2, Zeile 866-867) sowie Schrittzähler und Pulsmesser, und andererseits Kalorienzähler, die sowohl für Reduktionsdiäten als auch für den Muskelaufbau eingesetzt werden:

*„Ja, zum Beispiel habe ich eine App, die heißt MyFitnessPal.
Von jedem Essen, das einen Barcode hat, kann man den einscannen
und es rechnet dann die Kalorien und die Nahrungsverteilung aus,
also wie viel Protein, Kohlehydrate und Fette das hat.“*
(E, G2, Zeile 712-719)

Auf die Frage der Interviewerin, warum sie keine Fitness- und Gesundheits-Apps benutzen, entgegnet ein Jugendlicher: „*Ja, man weiß ja, was man am Tag gegessen hat.*“ (C, G1, Zeile 441). Die befragten Jugendlichen präsentieren sich insgesamt also wenig App-affin, auch wenn Fitness- und Gesundheits-Apps quer durch alle Gruppendiskussionen bekannt sind und teilweise auch verwendet werden. Dennoch ist die Nutzungsdauer und -intensität insgesamt gering: „*Ich habe die Motivation und dann ist sie wieder weg.*“ (E, G2, 1269). Ein Jugendlicher fasst die Einstellungen zu Apps in einem Wort zusammen: „*Unnötig.*“ (D, G1, Zeile 529). So urteilt ein Jugendlicher übrigens auch über die Apple Watch (C, G1, Zeile 340).

Die problematisierten Bereiche in Zusammenhang mit der App-Nutzung stehen ausschließlich mit Fragen der Anwendung in Verbindung, von sich aus überhaupt nicht thematisiert wird der Bereich der Datensicherheit beziehungsweise der Datenabfrage. Junge Menschen kennen sich aus, sie lesen nur teilweise die Datenschutzbestimmungen – „*(...) das lese ich mir nicht durch, das akzeptiere ich*“ (B, G3, Zeile 1296) – und sie wissen, dass Apps Daten abfragen können. Diesem Umstand messen sie allerdings praktisch keine Bedeutung bei: Es ist ihnen entweder egal oder sie sehen keine Möglichkeit, etwas dagegen zu tun: „*Mir ist es nicht egal. Aber man kann nichts machen.*“ (B, G2, Zeile 1460-1461). Denn werden die Datenschutzbedingungen nicht akzeptiert, kann auch nichts heruntergeladen werden. Zudem ordnen die Jugendlichen ihre Fitness- und Gesundheitsdaten nicht als private Informationen ein und messen folglich dem Wert, den diese Informationen für andere haben könnten, keine Relevanz bei:

„(...) zum Beispiel diese Kalorien, man kann nichts damit anfangen. Das interessiert keinen. Das kann dir keiner wegnehmen oder sich darüber lustig machen.“
(E, G2, Zeile 1465-1467)

Allerdings räumen die Befragten ein, dass es für sie schon einen privaten, durchaus schützenswerten Bereich gäbe: Das sind einerseits ihre persönlichen, privaten Fotos, und andererseits Daten, die sie als sensibel erachten oder wofür die Jugendlichen angreifbar wären. Dazu zählen für einen Teil der weiblichen Jugendlichen zum Beispiel Angaben über das eigene Körpergewicht.

7.3 Das kann ich besser

Ein weiterer Schwerpunkt in der Erhebung (FF3) befasst sich mit sozialen Vergleichsprozessen: Ein Blick auf die diesbezüglichen Einstellungen junger Menschen soll die Relevanz von Offline- und Online-Vergleichen für gesundheitsrelevante Handlungen ermöglichen.

Vordergründig zeigen sich die befragten Jugendlichen wenig an Vergleichen mit anderen interessiert, egal ob diese offline oder online erfolgen, sondern sie haben die eigene Körperoptimierung und Leistungssteigerung im Blick: „*Wenn man mehr Schritte hat, dann hat man einen neuen Rekord. Immer, immer mehr.*“ (B, G2, Zeile 811-812). Der Teilnehmer erinnert sich im Laufe des Gesprächs an eine exakte Zahl, die er seinen Kollegen mitteilt. Auch die Nutzung von Apps erfüllt diese Funktion, wie das Zitat eines Teilnehmers verdeutlicht:

*„Weil so kann man sehen, wie man sich verbessert, wie man sich steigern kann.
Was man dafür machen kann. Wie viel man sich gesteigert hat.“*
(E, G2, Zeile 918-919)

Ein anderer Jugendlicher berichtet von einem Mikrochip, der in seinem Fußballschuh integriert ist, und der, ähnlich wie im Profi-Sport, die Fitness-Daten während eines Spiels aufzeichnet. Allerdings würden diese Daten nirgends veröffentlicht werden, auch nicht innerhalb des Vereins, und dienen demnach nur zu seiner persönlichen Leistungsauszeichnung. Später berichtet er jedoch, dass die Werte des Besten und Schlechtesten genannt wurden und er auch seine eigenen Daten kennt, sodass sich die eigene Leistung sehr wohl in Bezug zu anderen setzen lässt: „*Und dieser Stick hat immer gerechnet, wie schnell mein Antrieb war oder wie schnell ich gebremst habe, wie ich mich halt gefühlt habe.*“ (B, G2, Zeile 883-886). Vergleichbares gäbe es, berichtet ein anderer Jugendlicher, für Basketballschuhe.

Bewusst mit anderen verglichen wird dann, wenn dieselbe Sportart ausgeübt wird, „*weil die anderen interessiert das nicht, oder sie können nichts damit anfangen, weil das ist nicht ihre Sportart.*“ (E, G2, 933-935). Dort, wo es sich lohnt, die eigenen Leistungen zu präsentieren, nehmen dies die – vorwiegend männlichen – Jugendlichen schon in Anspruch, indem sie beispielsweise den interessierten Schulkollegen von den persönlichen Fitnesserfolgen des Vortages berichten: „*Zum Beispiel wenn einer in Fitness geht und er kommt morgen in die Schule und sagt, er hat dreißig Kilo Bankdrücken gemacht.*“ (A, G2, Zeile 930-931). Die Leistungen

der anderen würden sich positiv auf die eigenen Erfolge auswirken, weil sie als motivierend empfunden werden:

*„Man denkt sich: Ich kann das besser machen.
Ich werde das schaffen. Ich werde nicht aufgeben. Ich habe den Willen dazu.
Wieso schaffen die anderen das und nicht ich?“*
(A, G2, Zeile 1323-1324)

„Ich kann das besser als er; zum Beispiel.“ (B, G2, Zeile 1321)

Vor allem für männliche, sportbegeisterte Jugendliche ist der Vergleich ihrer Leistungen wichtig, während weibliche Teilnehmerinnen dies in ihren Äußerungen eher problematisieren. Sie sehen weniger Sinn in Vergleichen, weil jeder anders wäre (C, G5, Zeile 1153-1158).

Die Möglichkeit, ihre Fitness-Daten online zu stellen, nutzen die Jugendlichen nur vereinzelt. Generell bevorzugen sie den Vergleich mit Menschen, die ihnen persönlich bekannt sind, wie beispielsweise Sportkolleg_innen.

„Man könnte das veröffentlichen, aber man muss nicht. (...)
Man kann das für sich alleine machen und nicht mit den anderen teilen.“
(E, G2, Zeile 835-836)

Problematisiert wird, dass das Hochladen der eigenen Erfolge möglicherweise als Angeberei gewertet wird (C, G2, Zeile 847), aber wenn die anderen *„auch das machen, kann man das schon vergleichen.“* (B, G3, Zeile 780).

Einen positiven Aspekt sieht eine Jugendliche in der Beratungsfunktion, die durch das Veröffentlichen der Daten ermöglicht wird. Interessierte könnten mithilfe dieser Werte und weiteren Informationen selbst Verbesserungen vornehmen. Sie verweist auf Sportblogger_innen, die das machen und Auskünfte über ihre Ernährung erteilen (D, G5, Zeile 894-897). Gleichzeitig übt sie heftige Kritik an den Medienpräsentationen im Allgemeinen, weil diese dazu beitragen, durch die Veröffentlichung von Fitness-Daten über Prominente auf Jugendliche starken Druck auszuüben:

*„(...) Aber zum Beispiel in taff oder so, sagen sie,
die hat eine Diät gemacht und hat so und so viel Gewicht
und jetzt hat sie mit der Diät aufgehört und hat wieder diesen
Jo-Jo Effekt und schaut jetzt so aus. Keine Ahnung.
Solche Sachen. Das nehmen sich viele zu Herzen.“*
(D, G5, Zeile 1175-1181)

7.4 Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Gruppendiskussionen

Quer durch alle Gruppendiskussionen zeigt sich, wie schwierig es für Jugendliche ist, Gesundheit in Relation zu den eigenen (gesundheitsrelevanten) Handlungen zu setzen beziehungsweise Spaß mit Gesundheit zu korrelieren. Sie genießen einerseits ihre Freizeitaktivitäten, gleichzeitig thematisieren sie von sich aus Risikoverhalten in Zusammenhang mit ihren Unternehmungen außerhalb von Schule und Elternhaus, wie beispielsweise den Besuch von Partys. Der *zentrale* Motivator für gesundheitsförderliche Handlungen ist für alle befragten Jugendlichen nicht die Gesundheit, sondern das eigene Aussehen: In den Diskussionen kreisen die Gespräche rund um die Themen Fitness und Muskelaufbau sowie Ernährung und Reduktionsdiäten. Die jugendlichen Körperideale bewegen sich entlang der geltenden Schönheitsnormen. Die Familie sowie der Freundeskreis übernehmen eine wichtige Funktion als Vorbilder, Berater_innen und Informationsquellen, ebenso wie das Internet.

Alle befragten Jugendlichen besitzen ein eigenes Mobiltelefon (Smartphone) und haben ohne Ausnahme Zugang zum Internet.

Markante Unterschiede zwischen den einzelnen befragten Gruppen zeigen sich einerseits hinsichtlich ihrer bevorzugten Freizeitaktivitäten und andererseits in Bezug auf ihr Interesse für Fitness- und Gesundheits-Apps: So weist die Gruppe Sport (G2) grundsätzlich ein hohes Wissen über Gesundheits- und Fitness-Apps sowie externe Tracking-Geräte (Wearables) auf, während die Mitglieder der Gruppe Relax (G1) über diese tragbare Technologie weniger wissen und nur vage Angaben dazu machen können. Sie benutzen selbst kaum Gesundheits-Apps, kennen auch keine Freunde, die Apps verwenden, und zeigen tendenziell nur spärlich Interesse an der eigenen Gesundheit. Generell präsentieren sich die Teilnehmer der Gruppe Relax zurückhaltend, wenig sportlich. Die Jugendlichen, die der Gruppe Sport angehören, betreiben im Vergleich dazu viel Sport und wissen über jene Mechanismen, die zur Körperoptimierung geeignet sind, relativ gut Bescheid. Der Anteil der App-Interessierten und Gesundheits-, Fitness-, und Lifestyle-App-Nutzer ist in dieser Gruppe im Vergleich zu den anderen Gruppen besonders hoch, während die Gruppe Relax Gesundheits-, Fitness-, und Lifestyle-Apps überhaupt nicht nutzt (Fragebogen zur Mediennutzung). Beide Gruppen bestehen ausschließlich aus männlichen Mitgliedern.

Die beiden Gruppen Taekwondo (G4) und Zocken (G5) weisen weniger auffallende Unterschiede auf, dennoch lassen sich auch für diese beiden Gruppen verallgemeinerbare Aussagen machen: Die Mitglieder der Gruppe Taekwondo betreiben bis auf eine Ausnahme wenig Sport und zeigen sich in den Gesprächen an bewusster Ernährung oder gesundheitsrelevantem Handeln kaum interessiert. Lediglich jene Jugendliche, die intensiv Kampfsport ausübt, zeigt auch Interesse an Fitness- und Gesundheits-Apps und hat selbst bereits solche Apps ausprobiert. Die Angehörigen der Gruppe Zocken interessieren sich einerseits für Computerspiele und andererseits für Sport

und bewusste Ernährung. Die Mitglieder dieser Gruppe wissen über Gesundheits-, Fitness-, und Lifestyle-Apps Bescheid, allerdings geben sie im Fragebogen zu ihrer Mediennutzung an, keine dieser Apps in Verwendung zu haben, obwohl ein Gruppenmitglied anführt, zwischen 21-39 allgemeinen Apps installiert zu haben und sich damit im Vergleich zu allen anderen Teilnehmer_innen als eine Heavy-Userin positioniert. Auffallend ist, dass in dieser Gruppe gesundheitsriskantes Verhalten stark thematisiert wird. In diesen beiden Gruppen sind ausschließlich weibliche Jugendliche vertreten.

In der Gruppe Ungesund (G3) sind beide Geschlechter vertreten. Die Mitglieder dieser Gruppe präsentieren sich hinsichtlich ihrer Freizeitaktivitäten und Interessen stark heterogen, sodass sich kaum allgemeingültige Feststellungen machen lassen. Die Auswertung der Fragebögen weist sie ebenfalls als App-Wenig-User_innen aus.

7.5 Interpretation

Die vorliegende Arbeit fokussiert das Gesundheitsbewusstsein und die Informationssuche Jugendlicher. Das ist insofern relevant, weil aktuelle Gesundheitskonzepte Kinder und Jugendliche als eigene Zielgruppe betrachten und mit den Strategien, Heranwachsende zu einem verstärkten Gesundheitsbewusstsein und entsprechendem Handeln motiviert werden sollen. Die Stärkung ihrer „Lebenskompetenz“ (BMG, 2013, S. 22) ist dabei ein zentrales Ziel. Damit effektive Maßnahmen erarbeitet werden können, ist es notwendig, das Wissen über das Verständnis junger Menschen von Gesundheit, Wohlfühlen und Fitness zu vergrößern.

Es lässt sich anhand der Diskussionsbeiträge zeigen, dass Jugendliche kaum Interesse an Gesundheit im Allgemeinen und von gesundheitsförderlichen Maßnahmen jedenfalls eine grundsätzlich andere Vorstellung haben, als Erwachsene. Die Befunde schließen damit an frühere Ergebnisse anderer Studien an (Großegger, 2010). Heranwachsende können mit den dominanten Gesundheitsdiskursen wenig anfangen, weil im jugendlichen Alltag andere Aspekte bedeutsam sind. Das Zitat eines Teilnehmers fasst die Vorstellungen in puncto Gesundheit, Wohlfühlen und Fitness zusammen, die von den befragten Jugendlichen quer durch alle Gruppendiskussionen geäußert wurden:

*„Dann müsste ich mich schlecht fühlen,
ich fühle mich eigentlich immer ziemlich gut.“*
(A, G3, Zeile 508)

In den Gruppendiskussionen wird deutlich, dass die Jugendlichen Spaß und Gesundheit nicht miteinander verknüpfen: Spaß und Gesundheit bilden für die befragten Jugendlichen zwei entgegengesetzte Pole, denn gesundes Verhalten verbinden die Jugendlichen mit Zwang (vgl. einleitendes Zitat, Kapitel 7.1, Seite 55) – und das kann naturgemäß nicht gleichzeitig Spaß

machen. Daher korrelieren die Heranwachsenden neben Computer spielen, Freunde treffen und Ausgehen, auch sportliche Aktivitäten nicht mit gesundheitsförderlichem Verhalten, sondern primär mit Spaß.

„Spaß haben“ ist für sie zudem in erster Linie mit Tätigkeiten verbunden, die sie mit dem Freundeskreis ausüben, wobei nicht so sehr wichtig ist, *was* sie tun, sondern *mit wem* sie etwas unternehmen: *„(...) es geht um mehr: dass man mit Freunden unterwegs ist, die dich verstehen. Man versteht sonst nicht, was man macht.“* (B, G2, Zeile 271-272). In diesem Punkt schließen die präsentierten Ergebnisse teilweise an die Ergebnisse früherer Studien an (Spencer 2013a), denn die für diese Arbeit befragten Jugendlichen sehen zwar die positiven Aspekte, die Aktivitäten mit der Peer-Group haben, im Gegensatz zu Spencers Erkenntnissen gelingt es den Teilnehmer_innen der vorliegenden Studie jedoch nicht, den Spaß, den sie dabei haben, als gesundheitsförderliches Verhalten zu identifizieren. Ebenso wie bei Spencer relativieren die Teilnehmer_innen der durchgeführten Gruppendiskussionen von sich aus ihr Vergnügen mit einem von Erwachsenen problematisierten Verhalten, wie beispielsweise rauchen und trinken, aber es fehlt eben der Fokus auf die möglichen gesundheitsförderlichen Aspekte ihrer Aktivitäten.

Weil sie noch so jung sind, wie ein Teilnehmer in seinem Beitrag festhält (D, G1, Zeile 706), ist folglich Gesundheit kein vorrangiges Thema für die befragten Jugendlichen, sondern bildet eher die Grundvoraussetzung dafür, um überhaupt aktiv sein zu können. Aus diesem Grund scheinen aktuelle Gesundheitskonzepte und -strategien wenig Einfluss auf ihr Leben beziehungsweise auf ihre Verhaltensweisen hinsichtlich Gesundheitsförderung zu haben. Hier schließen die Befunde an die Ergebnisse früherer Studien an (Spencer, 2013a).

Auch ihr Wohlbefinden korrelieren die Teilnehmer_innen der vorliegenden Studie nicht primär mit Gesundheit, dafür aber mit ihrem Selbstbewusstsein, das wiederum stark an ein optimiertes Aussehen geknüpft ist. Dabei zeigen sie sich einerseits tolerant gegenüber anderen hinsichtlich Abweichungen vom Schönheitsideal, andererseits folgen sie bei ihren eigenen Körperkonzepten den gesellschaftlichen stereotypischen Schönheitsnormen, auch hinsichtlich der Vorstellungen über Frauen- und Männerkörper. Bewusste Ernährung, so zeigt sich, ist kein vorrangiges Thema der Gesundheit, sondern des eigenen Aussehens, und dient – abhängig vom Geschlecht – entweder dem Muskelaufbau oder zur Gewichtsreduktion. Dieser Aspekt wurde auch in dem Gespräch mit den Ernährungsberaterinnen thematisiert: Die beiden Interviewten berichteten über eindeutig identifizierbare Differenzen zwischen jungen Frauen und jungen Männern hinsichtlich ihrer Diät-Ziele und sehen einerseits Eiweißpräparate und andererseits Diätprogramme als die beiden großen Ernährungsthemen bei ihren Workshops mit Jugendlichen (Interview 1, Zeile 361-411). Wie bereits frühere Studien zeigen, ist daher die Motivation, aktiv etwas zu tun, ein attraktives Äußeres und nicht die eigene Gesundheit (Großegger, 2010; Ohlbrecht, 2010).

Als Informationsquelle und Ratgeber dienen den befragten Jugendlichen die eigenen Eltern und die Freunde sowie das Internet:

Die Relevanz der eigenen Eltern in puncto Gesundheit ist ein wichtiger Befund, denn entgegen jenen Studien, die Erwachsenen wenig Vorbildfunktion zuschreiben beziehungsweise (gesundes) jugendliches Ernährungsverhalten zur Abgrenzung gegenüber der Erwachsenengeneration identifizieren (Großegger, 2014), geben die für diese Arbeit befragten Teilnehmer_innen in ihren Redebeiträgen zu verstehen, dass die elterliche Ernährung nicht hinterfragt wird. Obwohl für die Jugendlichen die Beratungsfunktion der eigenen Eltern bezüglich Gesundheit wichtig ist, thematisieren sie gleichzeitig deren gesundheitsschädliches Verhalten, wie beispielsweise rauchen oder Übergewicht. „*The risky adult Other*“ (Spencer 2013a) wird jedoch von den für diese Studie befragten Jugendlichen nicht problematisiert, im Gegenteil: Trotz abweichendem Verhalten ist die Familie neben dem Freundeskreis und dem Internet als Informationsquelle unumstritten.

Die Peer-Group übernimmt einerseits eine Vorbildfunktion und andererseits eine Beratungsfunktion hinsichtlich Aussehen. Vor allem für weibliche Heranwachsende ist die Meinung der Freundin wichtig, wenn die eigene Figur kritisch betrachtet wird.

Quer durch alle Gruppendiskussionen wird die Online-Plattform YouTube als wichtige Informationsquelle erwähnt. Die zahlreichen Fitness- und Styling-Kanäle halten für die Jugendlichen Tipps und Schönheitsideale bereit, an denen sich die Jugendlichen gerne orientieren. Den Zugang ins Internet verschaffen sich die Jugendlichen entweder über das eigene Smartphone (das alle befragten Jugendlichen besitzen) oder den eigenen Computer.

Trotz ihrer großen Technik-Affinität (Ofcom, 2014) präsentieren sich die befragten Jugendlichen äußerst zurückhaltend hinsichtlich App-Nutzung für gesundheitsrelevante Themen. Aufgrund ihrer Beiträge ist davon auszugehen, dass ein Großteil von ihnen Apps zumindest eine Zeit lang verwendet hat. Zum Befragungszeitpunkt geben die Heranwachsenden an, zwischen ein bis zu maximal drei gesundheitsrelevante Apps aktiv zu nutzen.

Ebenso wie bei Spencer (2013a) thematisieren Heranwachsende ihren strukturierten und eingeschränkten (Schul-)Alltag, der ihnen wenig Zeit für alternative Beschäftigungen lässt.

„Ja, ich hab keine Zeit. Ich gehe nach Hause, erst gegen sechs komme ich aus der Schule und dann muss ich Hausübungen schreiben. Dann muss ich alles für morgen vorbereiten. Dann bin ich müde, dann schlafe ich ein, dann stehe ich auf. Jeden Tag, das ist der Ablauf!“
(G, G3, Zeile 823-826)

Ihr knappes Zeitbudget zwingt junge Menschen zwischen Schule und Freizeit ein ausge-

wogenes Management zu betreiben, sodass für andere Interessen wenig Spielraum bleibt. Ein wichtiger Aspekt bei der Nutzung von Apps für gesundheitsrelevante Themen ist daher folglich der Zeitfaktor, den einige Diskussionsteilnehmer_innen von sich aus thematisierten. Gelingt es daher nicht, die Bedienung und Funktionsweise von Apps so einfach wie möglich zu halten, wird die Nutzung zu komplex und zu aufwendig für die Jugendlichen, wie in zahlreichen Beiträgen formuliert wird.

Eingebettet sind die Resultate in Leon Festingers Theorie des sozialen Vergleichs (*Social Comparison Theory*):

Die befragten Jugendlichen zeigen sich nach eigenen Angaben weder an Offline- noch an Online-Vergleichen stark interessiert. Diese Angaben sind jedoch insofern zu relativieren, weil Vergleiche relativ automatisch ablaufen und daher routinemäßig erfolgen, ohne dass bewusst ein Vergleich hergestellt wird (Mussweiler/Rütter, 2003), denn verglichen wird, um Informationen über das Selbst oder Andere zu verarbeiten. Die besten Freunde als Routinestandards (Mussweiler/Rütter, 2003) lassen sich auch für die befragten Jugendlichen identifizieren, auch wenn sie dies nur indirekt thematisieren, wobei männliche Jugendliche stärker Motive der Leistungsverbesserung im Blick haben, während die Teilnehmerinnen ihr äußeres Erscheinungsbild miteinander vergleichen. Die Heranwachsenden vergleichen sich – entsprechend der Ähnlichkeitshypothese (Festinger, 1954, S. 120) – mit den Peers, weil diese ähnliche Voraussetzungen wie sie selbst aufweisen und nur so Informationen zu Selbsteinschätzung generiert werden können (Mussweiler, 2006). Darüber hinaus vergleichen sich die befragten Jugendlichen mit professionellen Models, wie beispielsweise erfolgreichen YouTuber_innen, wenn diese zur Verfügung stehen (Strahan et al., 2006).

Im Anschluss an Strahan et al. (2006) lässt sich auch in den vorliegen Gruppendiskussionen ein Gender-Gap beobachten:

Weibliche Heranwachsende problematisieren stärker als männliche Jugendliche ihr Äußeres, sie präsentieren sich kritischer hinsichtlich Abweichungen von kulturellen Körnernormen und äußern sich besonders skeptisch gegenüber Vergleichen. Sie erwähnen den Druck, den Schönheitsideale erzeugen und betonen ihre Individualität und Einzigartigkeit, dennoch messen auch sie ihr Erscheinungsbild letztendlich am gesellschaftlichen Idealstandard (*upward comparisons*). Die negativen Folgen, wie beispielsweise Essstörungen, thematisieren die Teilnehmerinnen an den Gruppendiskussionen von sich aus und schließen damit an Döring (2013) an, die die Selbstwertbeeinträchtigung und Körperunzufriedenheit durch idealisierte mediale Körperdarstellungen theoretisiert.

Männliche Jugendliche hingegen, und verstärkt solche, die intensiv Sport betreiben, lassen in ihren Redebeiträgen durchblicken, dass sich ein Vergleich der eigenen Leistungen mit den

Erfolgen von Anderen positiv auf die eigene Motivation auswirken würde, wenn sie dieselbe Sportart ausüben. Die Heranwachsenden sind einerseits stolz auf die eigenen Fähigkeiten beziehungsweise werden sie durch das Können von Anderen zusätzlich angefeuert. Jedoch orientieren sich die befragten männlichen Jugendlichen nicht bevorzugt an unterlegenen Standards (Strahan et al., 2006), sondern wählen ihre Vorbilder aus dem Profisport und aus erfolgreichen YouTubern aus (*upward comparisons*).

Nur wenige Jugendliche sehen einen positiven Nutzen im Wettstreit mit einer Online-Community. Ob dies mit der von Döring (2014) theoretisierten Angst vor Demotivation und Dis-Empowerment zusammenhängt beziehungsweise der Sorge, als Angeber_in klassifiziert zu werden (C, G2, Zeile 847), oder schlicht damit, dass diese Jugendlichen generell wenig gesundheitsrelevante Apps benutzen, soll in ergänzenden Studien beleuchtet werden. Das Online-Stellen ihrer Körper-Daten ist für die befragten Jugendlichen grundsätzlich wenig interessant und für sie vor allem dann problematisch, wenn es um sensible Daten geht, für die sie angreifbar wären.

Es lässt sich jedenfalls ein Gender-Gap bestätigen und das Geschlecht als eine zentrale Variable bei sozialen Vergleichsprozessen identifizieren. Zudem scheinen sportlich aktive Menschen stärker an Vergleichen interessiert, weil dies positiven Einfluss auf die eigene Leistungssteigerung hat. Schlussendlich steht die Motivation, sich zu vergleichen, nicht in Relation zur eigenen Gesundheit, denn gesundheitsbewusste Handlungen sind generell für junge Menschen noch nicht interessant. Da die befragten Heranwachsenden grundsätzlich selten Gesundheits- und Fitness-Apps verwenden, konnte ein Einfluss von Peers auf die App-Nutzung für soziale Vergleiche nicht identifiziert werden.

7.6 Diskussion der Ergebnisse

Aktuelle Gesundheitsstrategien möchten Jugendliche dazu anhalten, selbst Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen und sie zu einem „*gesundheitsfördernde[n] Handeln*“ motivieren (WieNGS, 2014), um sie „*zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen*“ (WHO, 1986, S. 1). Dies kann jedoch nur gelingen, wenn Jugendliche ein Bewusstsein für die eigene Gesundheit entwickeln, gesundheitsförderliche Maßnahmen als solche erkennen und umsetzen lernen und letztendlich den Willen haben, eine gesunde Lebensweise zu verfolgen. Verantwortung für Gesundheit und Lebensführung (gesundheitsförderliches Handeln) kann demnach nur der übernehmen, der über ausreichend Gesundheitskompetenz (Health Literacy) verfügt (u. a. Levin-Zamir, 2011; Paek/Hove, 2012; Nutbeam, 2000).

Wie Befunde früherer Studien zeigen (Spencer, 2013b), müssen Maßnahmen zur Stärkung der Health Literacy junger Menschen in erster Linie berücksichtigen, welche Vorstellungen Jugendliche selbst von ihrer Gesundheit haben, denn ohne diese Einblicke können keine effektiven Strategien entwickelt werden.

Unter Bezugnahme auf die ursprünglich formulierten Thesen lassen sich die gefundenen Ergebnisse wie folgt zusammenfassen:

Was verstehen Jugendliche unter Gesundheit/Wohlfühlen?

Gesundheit spielt eine untergeordnete Rolle im Leben der befragten Jugendlichen und ist bestenfalls eine notwendige Voraussetzung dafür, Freizeitaktivitäten betreiben zu können. Daher können sie die eigenen Verhaltensweisen, auch wenn diese prinzipiell gesundheitsförderliche Aktivitäten sind, nicht in Relation zu einer aktiven Gesundheitsförderung stellen, beziehungsweise hat dies keine Bedeutung für sie. Wenn sie bewusst gesundheitsförderliche Maßnahmen setzen, dann nur, mit dem Ziel, das eigene Erscheinungsbild zu optimieren. „Spaß haben“ ist untrennbar mit der Peer-Group verbunden: Dabei ist es egal, welche Aktivität ausgeübt wird, Hauptsache die Freund_innen sind dabei. Die positiven Effekte, die Spaß haben und Wohlfühlen auf die Gesundheit haben, können die Jugendlichen selbst nicht identifizieren.

Welche Medien nutzen Jugendliche für Gesundheitsinformationen?

Die Familie, die Peer-Group und das Internet sind gleichwertige Informationsquellen für die befragten Jugendlichen, wobei die eigenen Eltern – trotz teilweise ungesundem Verhalten – eine wichtige Ratgeber- und Vorbildfunktion übernehmen, vor allem für sportliche Jugendliche.

Das Smartphone und Apps üben, trotz grundsätzlich starkem Interesse an neuen Technologien und einer hohen Dichte an Smartphones, derzeit noch keinen starken Einfluss auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen der befragten Jugendlichen aus. Die befragten Heranwachsenden nutzen – unabhängig vom Geschlecht – gesundheitsbezogene Applikationen, mit Ausnahme von Kalorien-Apps, aus Zeit- und Komplexitätsgründen derzeit nur in geringem Maß. Inwiefern die Schulbildung als Determinante Einfluss auf das Verständnis komplexer Funktionen und in Folge auf die Nutzungsintensität von Apps hat, wäre in anschließenden Studien zu diskutieren.

Das Smartphone hat insofern dennoch Bedeutung, weil, wie die Fragebögen zur Mediennutzung zeigen, praktisch alle Teilnehmer_innen Smartphones besitzen und diese – neben dem Computer – für die Informationssuche im Internet nutzen. Auch zum Internet haben die befragten Heranwachsenden ausreichend Zugang und sie nutzen diesen intensiv. YouTuber_innen werden in den Beiträgen häufig in Zusammenhang mit gesundheitsrelevanten Informationen genannt und übernehmen für die Jugendlichen eine wichtige Vorbildwirkung.

Jene Jugendliche, die intensiver Sport betreiben, interessieren sich erwartungsgemäß stärker für gesundheitsrelevante Informationen wie Ernährung, Fitness-Tipps etc., sie sind besser über das Angebot und die Funktionen von Gesundheits-, Fitness- und Lifestyle Apps informiert und benutzen oder haben diese auch teilweise konsequenter benutzt. Verallgemeinerba-

re Aussagen über einen Zusammenhang zwischen der Nutzungsintensität allgemeiner Apps und jener von Gesundheits-, Fitness- und Lifestyle Apps sind aufgrund der geringen Fallzahl nicht möglich.

Wie und vor allem mit wem vergleichen sich Jugendliche?

Gesundheit steht in enger Relation zum eigenen äußeren Erscheinungsbild. Verglichen mit Anderen wird bevorzugt die eigene Leistung beziehungsweise das eigene Aussehen.

Vergleichsprozesse sind geschlechtlich konnotiert: Während männliche Jugendliche Motive der Leistungsverbesserung nennen, beispielsweise wenn der Vergleichsstandard denselben Sport ausübt, äußern sich die Teilnehmerinnen diesbezüglich zurückhaltend. Sie bevorzugen stärker individuelle Bewertungskriterien und wünschen sich einen breiteren Akzeptanzspielraum, innerhalb dessen Körper als normal gelten. Auch männliche Jugendliche äußern sich tolerant gegenüber von der Norm abweichenden Körperbildern, folgen aber dennoch bei der Optimierung des eigenen Körpers den geltenden Maßstäben. Eine Individualisierung oder Neujustierung des Konzeptes „normal“ wird von den befragten Jugendlichen zwar gewünscht, aber nicht durchgesetzt. Normative Schönheits- und Körperideale bleiben dominant.

Die Vorbilder für die befragten Jugendlichen stammen aus dem eigenen Freundeskreis oder es handelt sich um erfolgreiche YouTuber_innen, die die Funktion von Medienstars übernehmen.

7.7 Typisierungen

Die qualitativen Befunde der Auswertung der Gruppendiskussionen wurden mit dem Modell der drei jugendlichen Gesundheitsgrundmentalitäten – Genussmensch, Körperkapitalist, Wohlfühltyp (Großegger, 2014) – und den jugendlichen Sinus-Milieus (Calmbach et al., 2013) kombiniert, um eine erste hypothetische, fallübergreifende Typologie an Jugendgesundheitsmilieus erstellen zu können. Aufgrund der kleinen Stichprobe (n=27) und des hinsichtlich soziodemografischer Daten eingeschränkten Personenkreises (eher niedriges bis maximal mittleres Bildungsniveau) handelt es sich bei diesem theoretischen Modell lediglich um eine vorsichtige Annäherung, das für eine Verallgemeinerung in anschließenden Studien einer Prüfung unterzogen und durch weitere Typen ergänzt werden muss.

Aufgrund der durchgeführten Gruppendiskussionen mit Wiener Handelsschüler_innen lassen sich grob folgende Gesundheitsmentalitäten entlang von vier der sieben Lebenswelten jugendlicher identifizieren. Zusammengefasst wurden dabei jene Jugendliche, deren Werte, Lebenseinstellungen und Lebensweisen übereinstimmen und die einander in ihrer Bildung ähnlich sind (Calmbach et al., 2013, S. 38):

(1) Materialistische Hedonisten:

„Man geht eher zu Menschen, die groß rausgekommen sind und Erfolg hatten.“
(B, G2, Zeile 684)

Shoppen, Partys, Spaß und ein „gechilltes Leben haben“ sind die bevorzugten Wünsche dieser Gruppenmitglieder. Die Jugendlichen legen Wert auf das Tragen von Markenkleidung und auf die Repräsentation eines (angestrebten) Status. Sie kämpfen gegen die Langeweile des Alltags. „Haben & zeigen“ sind die beiden Schlagworte, unter denen sich die Angehörigen dieser Kategorie subsumieren lassen. Vorbilder (Stars) sind in dieser Gruppe von großem Interesse – vor allem für weibliche Jugendliche. Materialistische Hedonist_innen orientieren sich stark im Internet, das eigene Handy ist ein Prestigeobjekt (Calmbach et al., 2013, S. 56ff.). Dieser Gruppe lassen sich einerseits Genussmenschen (Großegger, 2014) – gesundes Leben muss Spaß machen – als auch Körperkapitalist_innen (Großegger, 2014) – ein optimierter Körper als Kapital und Motivator – zuordnen. Bei gesundheitsförderlichen Aktivitäten sind der Spaß beziehungsweise die Lust die zentralen Motivationsfaktoren.

(2) Experimentalistische Hedonisten:

„Es ist, sagen wir so, ich habe einen sehr interessanten Lifestyle.“
(A, G3, Zeile 153)

Das Leben in vollen Zügen zu genießen hat für diese Jugendlichen oberste Priorität. Sie leben im Hier und Jetzt – Selbstverwirklichung, Spontaneität, Kreativität, Risikobereitschaft, Spaß und Genuss sind ihre Leitwerte, während langweilige bürgerliche (Mainstream-)Werte und Perspektiven stark abgelehnt werden. Vor allem das Überschreiten von Grenzen, das Missachten von Vorschriften und extreme Verhaltensweisen kennzeichnen das Verhalten dieser Gruppenmitglieder. „Machen & erleben“ sind für diese jungen Menschen zentrale Motive. Experimentalistische Hedonisten präsentieren sich insgesamt eher durchschnittlich von neuer Technik begeistert (Calmbach et al., 2013, S. 59ff.). Der Genussmensch (Großegger, 2014), der für den Spaß bis ans Äußerste geht, repräsentiert diese Kategorie am besten.

(3) Prekäre:

„Ja, ich wollte nicht so dünn aussehen, wie sagt man? Wie ein Stock!“
(C, G1, Zeile 573-574)

Die Angehörigen dieser Gruppe haben im Vergleich zu anderen Heranwachsenden schwierigere Startvoraussetzungen und kämpfen daher in erster Linie um Anerkennung und Teilhabe. Stärke und Mut sind folglich jene Werte, die für diese Jugendlichen am wichtigsten sind – vor

allem für männliche Prekäre, während Lifestyle kaum Bedeutung hat. Aufgrund schwieriger Lebensumstände fehlt diesen Jugendlichen häufig die nötige Kompetenz zur Nutzung technischer Innovationen. Die Angehörigen dieser Kategorie suchen „Sicherheit & Orientierung“ sowie Anerkennung in der Peer-Group (Calmbach et al., 2013, S. 51 ff.). Körperkapitalist_innen (Großegger, 2014) sind in dieser Gruppe anzutreffen, denn der eigene Körper wird zum Kapital. Der Nutzen, den ein optimierter Körper bringt, und folglich die Leistungsorientierung sind für diese Jugendlichen zentral.

(4) *Adaptiv-Pragmatische:*

„Und dann geht das oft auf den Körper und man merkt es körperlich, dass es einem nicht gut geht.“ (D, G5, Zeile 516-517)

Auf der Suche nach einer geordneten, gesicherten Zukunft kombinieren Jugendliche dieser Kategorie bürgerliche Werte, wie Ehrlichkeit, Respekt, Vertrauen etc. mit hedonistischen Werten, wie Freiheit, Unvoreingenommenheit, Spaß etc. Sie zeichnen sich durch eine hohe Kompromissbereitschaft und Anpassungsfähigkeit aus. Adaptiv-pragmatische Heranwachsende planen ihr Leben vorausschauend, sinnvoll und geordnet, denn sie möchten ihre gesetzten Ziele – wie beispielsweise eine Familie, ein schönes Zuhause und ausreichend Geld für ein schönes Leben – mit konsequenter Arbeit erreichen. Der adaptiv-pragmatische Jugendliche ist leistungs- und familienorientiert, verantwortungsbewusst und weiß mit Neuen Medien umzugehen (Calmbach et al., 2013, S. 46ff.). Dieser Gruppe lässt sich der Wohlfühltyp (Großegger, 2014) zuordnen, dem emotionale Balance im Leben wichtig ist.

7.8 Auswertung des Fragebogens

Die Ergebnisse des Fragebogens zur Mediennutzung unterstützen dabei, die in den Gruppendiskussionen gemachten Aussagen zum Nutzungsverhalten (vor allem Häufigkeiten) zu relativieren. Zusätzlich werden sozio-demografische Daten ermittelt. Der inhaltliche Schwerpunkt der Fragestellung liegt auf der Internet- und App-Nutzung (Seiten 66-67, Tabellen 6, 7, 8). Der Fragebogen besteht aus drei großen thematischen Blöcken zu den Bereichen (1) Smartphone-, Internet- und App-Nutzung, (2) Informationssuche hinsichtlich gesundheitsrelevanter Inhalte, und (3) Freizeitverhalten der Jugendlichen sowie demografische Merkmale.

Die ermittelten Werte der Fragebogenerhebung fließen nur insofern in die Ergebnispräsentation ein, als sie in Relation zu den Gruppendiskussionen stehen. Die sozio-demografischen Daten dienen dazu, verbindliche Aussagen über die Verteilung von Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund machen zu können. Die Selbsteinschätzung der Jugendlichen zur Mediennutzung soll einen groben Überblick über die Verwendung von Internet und Apps für gesundheitsrelevante Informationen geben.

8 Resümee und Ausblick

8.1 Conclusio

Die eigene Gesundheit und Gesundheitsvorsorge spielt im Leben junger Menschen keine Rolle.

Grundsätzlich scheinen Jugendliche wenig empfänglich für Informationen rund um ihre Gesundheit zu sein und der Einfluss dieser Botschaften auf ihr Leben ist gering. Unter diesem Aspekt sind auch jene Maßnahmen zu betrachten, die derzeit an Wiener Schulen umgesetzt werden, zumal diese Programme nicht auf Nachhaltigkeit konzipiert sind (Interview 1, Ba, Zeile 303). Zudem erwähnen die für diese Arbeit befragten Jugendlichen die Schule als Informationsquelle in puncto gesundheitsrelevanten Themen lediglich einmal. Viel bedeutsamer sind andere Informationsquellen für sie.

Das Smartphone und vor allem Apps spielen zwar grundsätzlich große Rollen im Leben von jungen Menschen, jedoch reicht die Begeisterung nicht aus, um derzeit für Gesundheitsbotschaften relevant zu sein, beziehungsweise sind die Botschaften in ihrer momentanen Ausgestaltung – zu komplex und/oder zu aufwendig – noch nicht geeignet, Heranwachsende tatsächlich und nachhaltig zu erreichen und zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zu motivieren. Dies trifft für beide Geschlechter zu. Die befragten Jugendlichen vertrauen vielmehr auf die eigenen Eltern und Peers als (Gesundheits-)Ratgeber. Außer der Familie und den Freunden gelingt es lediglich YouTuber_innen, ihre Botschaften entsprechend interessant zu platzieren und die Jugendlichen mit den veröffentlichten Inhalten zu erreichen.

Zentraler Motivator, gesundheitsrelevante Handlungen zu setzen, wie beispielsweise sportliche Aktivitäten und eine gesunde Ernährung, ist die Optimierung des äußeren Erscheinungsbildes, wobei die befragten Jugendlichen den gängigen stereotypischen Vorstellungen von schlanken Frauen- und muskulösen Männerkörpern folgen. Die zu Beginn der Arbeit theoretisierte „Dauerbaustelle Körper“ ist für Heranwachsende Alltag geworden.

Als Vorbilder fungieren Peers und bekannte YouTuber_innen: Die Vergleiche dienen in erster Linie der Selbstverbesserung und sind in der Regel Aufwärtsvergleiche (*upward comparisons*). Die Jugendlichen vergleichen sich nicht bewusst mit diesen (Medien-)Personen, dennoch weisen die Redebeiträge darauf hin, dass sie als Vorbilder insofern relevant sind, als versucht wird, diesem Ideal näher zu kommen. Auch der Vergleich mit den Peers hat Bedeutung, wenngleich die Jugendlichen dies nicht offen zugeben.

Datenschutz und -sicherheit sind keine zentralen Themen, denn die Jugendlichen wissen grundsätzlich Bescheid, dass die Daten ihrer Smartphones abrufbar sind, aber sie messen dem keine Bedeutung zu beziehungsweise sehen sie keine Möglichkeit, sich dem zu entziehen. Daher

werden die Nutzungsbedingungen selten oder gar nicht gelesen, und zumeist sofort akzeptiert, wenn sie eine App laden wollen. Zu sensiblen Daten, die nicht gerne veröffentlicht werden, zählen die befragten Jugendlichen Angaben, für die sie angreifbar wären beziehungsweise Daten, über die sich jemand lächerlich machen könnte – und ihre privaten Fotos.

8.2 Bewertung der Ergebnisse

Die Ergebnisse lassen einen ersten Einblick in das Gesundheitsbewusstsein jugendlicher Wiener Schüler_innen zu.

Gesundheitskommunikation und -strategien sollten, um zu wirken, jugendliche Perspektiven und Bedürfnisse berücksichtigen, denn junge Menschen können nur auf *ihrer* Bedeutungsebene erfolgreich angesprochen werden: Sie sind einerseits über ihr äußeres zu optimierendes Erscheinungsbild adressierbar und andererseits über (emotionale) Bilder, wie die Dominanz von YouTube zeigt, der aktuelle, ebenso wie der künftige, Gesundheitszustand ist für Heranwachsende nicht relevant. Dieses Wissen und ein positives Verständnis für die Welt von Jugendlichen sowie die Kenntnis und der Einsatz jener Medien, die für Heranwachsende wichtig sind, sind entscheidende Voraussetzungen für zukünftige Gesundheitsstrategien – unabhängig davon, ob diese in der Offline- oder Online-Welt passieren.

Die erwartungsgemäß große Bedeutung der Peers und der bemerkenswert hohe Einfluss der eigenen Eltern auf jugendliche Einstellung in puncto Gesundheit soll ebenfalls bei der Planung künftiger Maßnahmen berücksichtigt werden.

Inwiefern die Nutzung gesundheitsrelevanter Apps in Zukunft mehr Bedeutung für Heranwachsende haben wird, muss diskutiert werden. Auszugehen ist dennoch von einer Zunahme der Nutzungsintensität, vor allem dann, wenn es gelingt, Apps mit gesundheitsrelevanten Inhalten für Heranwachsende bedienungsfreundlicher und interessanter zu gestalten.

8.3 Limitationen

Limitationen der vorliegenden Arbeit ergeben sich hinsichtlich der Teilnehmer_innen, weil lediglich ein stark eingeschränkter Personenkreis befragt werden konnte. Konkret handelt es sich um eine Gruppe Jugendlicher einer Wiener Handelsschule mit niedrigem bis mittlerem Bildungsniveau, die zu einem großen Teil aus Personen mit Migrationshintergrund bestand und deren kulturelles Umfeld durch eine gewisse Heterogenität gekennzeichnet ist. Dem Umstand, dass von der WHO die Ausbildung als „*der wichtigste mit guter Gesundheit korrelierende Faktor*“ identifiziert wird (WHO, 2013, S. 15) ist daher insofern Rechnung zu tragen, als in anschließenden Studien auch Jugendliche aus anderen sozialen Schichten befragt werden müssen, um die gefundenen Ergebnisse relativieren zu können.

Zahlreiche frühere Studien thematisieren ebenfalls die Zusammenhänge zwischen sozialen und gesundheitlichen Situationen von Heranwachsenden beziehungsweise die Auswirkungen von Bildungsungleichheit und der beruflichen Stellung der Eltern auf das jugendliche Gesundheitsverhalten (u. a. Lampert/Richter, 2009).

Dem gegenüber offenbaren die Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie (Röthlin et al., 2013) jedoch, dass die Gesundheitskompetenz von jungen Menschen weniger als bei Erwachsenen mit sozialen Determinanten zusammenhängt, denn weder Geschlecht, Herkunft, Schultyp noch Migrations- und Sprachhintergrund zeigen signifikante Effekte auf die Gesundheitskompetenz (Röthlin et al., 2013, S. 51).

Vor allem hinsichtlich Geschlecht präsentieren sich in den Gruppendiskussionen für die vorliegende Arbeit dennoch bedeutende Unterschiede, weil die weiblichen Jugendlichen vor allem Körperkonzepte stärker reflektieren und problematisieren als dies männliche Heranwachsende tun, sodass weitere Befragungen mit dem Fokus auf Genderaspekten sinnvoll scheinen.

Methodische Grenzen ergeben sich hinsichtlich der Auswertung nach Mayring, weil die Tiefenstrukturen von Texten schwierig zu erfassen sind (Mayring, 2010, S. 611). Dies zeigte sich beispielsweise darin, dass sich häufig Zitate verschiedenen Kategorien zuordnen lassen und durch die möglichen unterschiedlichen Interpretationen die Intercoderreliabilität an ihre Grenzen geriet. Das häufig thematisierte Problem von sozialen oder sprachlichen Barrieren sowie das Problem der Meinungsführer_innenschaft bei Gruppendiskussionen (Lamnek, 1998, S. 74) konnte bei der vorliegenden Erhebung nicht beobachtet werden. Lediglich in der Gruppe Ungesund (G3) ließ sich eine starke Gruppendynamik feststellen, sodass einige Jugendliche immer wieder motiviert werden mussten, Gesprächsbeiträge beizusteuern. Dies könnte einerseits an der hohen Teilnehmer_innenzahl gelegen haben, oder an dem Umstand, dass die Gruppe aus Mitgliedern beider Geschlechter bestand.

Zudem ist davon auszugehen, dass die Jugendlichen zumindest teilweise sozial erwünschte Antworten gaben, weil sie einerseits im schulischen Umfeld befragt wurden und andererseits die Forscherin, ebenso wie die Eltern und Lehrer der Befragten – der Erwachsenengeneration angehört und folglich als Autoritätsperson wahrgenommen wurde. Dies wurde – ebenso wie die verschiedenen kulturellen Hintergründe der Befragten – in der Bewertung der Ergebnisse berücksichtigt.

8.4 Hypothesen für nachfolgende Forschungen

Anknüpfend an diese Ergebnisse und auf Basis des bisherigen Wissensstandes lassen sich für künftige Studien folgende Forschungshypothesen formulieren:

1. Gesundheitsinformationen, die mit der Optimierung des äußeren Erscheinungsbildes argumentieren, üben einen stärkeren Einfluss auf Jugendliche aus, als Gesundheitsinformationen, die mit gesundheitsförderlichen Aktivitäten argumentieren.
2. Jugendliche, die sportlich aktiv sind, interessieren sich mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für gesundheitsförderliche Maßnahmen als Heranwachsende, die keinen Sport ausüben.
3. Zwischen der Schulbildung von Jugendlichen und ihrem Interesse für gesundheitsrelevante Handlungen besteht ein positiver Zusammenhang.
4. Zwischen der Schulbildung von Jugendlichen und ihrer Nutzung von Gesundheits-, Fitness- und Lifestyle-Apps besteht ein positiver Zusammenhang.
5. Zwischen der sportlichen Aktivität von Jugendlichen und ihrer Nutzung von Gesundheits-, Fitness- und Lifestyle-Apps besteht ein positiver Zusammenhang.
6. Männliche Jugendliche interessieren sich mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für soziale Vergleichsprozesse als weibliche Heranwachsende.

8.5 Ausblick

In der Arbeit wurden gesundheitsrelevante Praktiken von Jugendlichen in Zusammenhang mit der Smartphone-Nutzung aus Sicht der beiden theoretischen Modelle „*Social Comparison Theory*“ und „*Sinus-Milieus*“ beleuchtet.

Da es sich bei der vorliegenden Studie um eine qualitative Studie handelt, die lediglich einen eingeschränkten Personenkreis berücksichtigt, böten sich einerseits Befragungen mit Jugendlichen aus anderen sozialen Lagen bzw. auch Nicht-Schüler_innen an, um ein breiteres Meinungsspektrum zu erhalten, andererseits könnten alternative Interviewmethoden, wie zum Beispiel *paired interviews*, bei dem zwei (befreundete oder verwandte) Personen gleichzeitig befragt werden (Lohm/Kirpitchenko, 2013), noch weitere Einblicke erlauben.

Gesundheitsbezogene Botschaften für Jugendliche sind von Erwachsenen gemacht und haben derzeit wenig Wirkung auf Jugendliche und ihr Verhalten. Dies gilt ebenso für die gegenwärtige Gestaltung (mobiler) Apps mit gesundheitsbezogenen Inhalten, die, wie die Befragungen zei-

gen, im Augenblick Jugendliche überfordern und daher zum aktuellen Zeitpunkt keinen Beitrag zur Verbesserung ihrer Gesundheitskompetenz leisten können. Wie Harrison (2011) in einer Studie zum Alkoholkonsumverhalten jugendlicher Australier ausführt, ist das zentrale Problem öffentlicher Gesundheitsprogramme, dass Jugendliche ihre Vorstellungen und Bedürfnisse darin nicht berücksichtigt finden und daher ihre Handlungen kontrastierend zu den Intensionen von Gesundheitsstrategien setzen. Dies muss bei allen Maßnahmen, die zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen beitragen sollen, beachtet werden.

Da die Peer-Group einen großen Einfluss auf das Verhalten junger Menschen hat, könnte der Schlüssel zu effektiveren Maßnahmen bei den Jugendlichen selbst liegen: Einerseits könnten Heranwachsende als Gesundheitsbotschafter_innen für die eigene Altersgruppe tätig werden und zu einer erhöhten Gesundheitskompetenz der jugendlichen Bevölkerung beitragen, andererseits könnte eine *partizipative Jugendforschung* (Hackl, 2014), also Forschungsprojekte, in denen junge Menschen andere junge Menschen befragen, tiefere Einblicke in ihre Einstellungen ermöglichen. Ziel partizipativer Forschungsansätze ist die Verbesserung von Forschungsergebnissen sowie die Berücksichtigung der Perspektiven von Jugendlichen durch die (teilweise) Einbeziehung junger Menschen als Co-Forscher_innen.

Im Anschluss an weitere qualitative Befragungen könnte eine quantitative Erhebung, beispielsweise eine Online-Befragung, die Ergebnisse durch eine große Stichprobe ergänzen. Dadurch wäre eine quantitative Überprüfung des hypothetischen Milieu-Modells möglich.

Wenn es in Zukunft verstärkt gelingt, Gesundheitsstrategien so zu planen, dass sie einerseits die Eltern stärker einbeziehen und andererseits den jugendlichen Bedürfnissen eher entsprechen, so wird sich dies positiv auf die Gesundheitskompetenz junger Menschen auswirken. Denn, so soll das abschließende Zitat eines Teilnehmers zeigen, Jugendliche nehmen ihren Körper und ihr Leben als etwas wahr, dass man beeinflussen kann und sie sind ausreichend motiviert, diesbezüglich aktives Management zu betreiben:

„(...) Man kann alles selber beeinflussen. Man kann selber alles machen. Kein anderer zwingt dich dazu oder kein anderer kann das für den anderen machen. Du hast es selber in Kontrolle, sein Leben und seine Gewohnheiten, alles.“
(E, G2, Zeile 407-409)

9 Literatur

Monographien, Sammelbände:

Baacke, D. | Sander, U. | Vollbrecht, R. (1990). *Lebenswelten sind Medienwelten*. Opladen: Leske + Budrich.

Bardehle, D. | Annuß, R. (2006). Gesundheitsberichterstattung. In: Hurrelmann, K. | Laaser, U. [Hg.] (2006). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. S. 375–416. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Barth, B. | Flaig, B. B. (2013). Was sind Sinus-Milieus® ? Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Fundierung und Praxisrelevanz eines Gesellschaftsmodells. In: Thomas, P. M. | Calmbach, M. [Hg.] (2013). *Jugendliche Lebenswelten. Perspektiven für Politik, Pädagogik und Gesellschaft*. S. 11–32. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.

Blaxter, M. (1998). *Health & Lifestyles*. London, New York: Routledge Publication.

Blumer, H. (1969). The methodological position of symbolic interactionism. In: Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism, perspective and method*. S.1-60. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall. [Orig. 1937].

Blumer, H. (1973). Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In: Hora, Eginhard [Red.]. Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen [Hg.] (1973). *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Bd. 1*. S. 80-146. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.

Bohnsack, R. (1997). Gruppendiskussionsverfahren und Milieuforschung. In: Friebertshäuser, Barbara / Langer, Antje / Prengel, Annedore [Hg.] (1997): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. S. 492-502. Weinheim und München: Juventa-Verlag.

Borch, S. / Wagner, S. J. (2009). Motive und Kontext der Suche nach Gesundheitsinformationen – Theoretische Überlegungen und empirische Befunde anhand des telefonischen Gesundheitssurveys. In: Roski, R. [Hg.] (2009a). *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder*. S. 59-88. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH.

Bröckling, U. (2007). *Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform*. Frankfurt/Main: suhrkamp Verlag.

Bundesministerium für Gesundheit, BMG (2013). *Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2013*. Wien: Druckerei des BMF.

Burkart, R. (2002). *Kommunikationswissenschaft. Grundlagen und Problemfelder*. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.

Byrne, D., 1971: *The Attraction Paradigm*. New York: Academic Press.

Calmbach, M. | Borchard, I. | Thomas, P. M. (2013). Wie ticken Jugendliche? Lebenswelten der 14- bis 17-Jährigen in Deutschland 2012. In: Thomas, P. M. | Calmbach, M. [Hg.] (2013). *Jugendliche Lebenswelten. Perspektiven für Politik, Pädagogik und Gesellschaft*. S. 36–76. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.

Döring, N. (2013). Wie Medienpersonen Emotionen und Selbstkonzept der Mediennutzer beeinflussen. Empathie, sozialer Vergleich, parasoziale Beziehung und Identifikation. In: Schweiger, W. | Fahr, A. [Hg.] (2013). *Handbuch Medienwirkungsforschung*. S. 295–310. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Döring, N. (2014). Peer-to-Peer-Gesundheitskommunikation mittels Social Media. In: Hurrelmann, K. | Baumann, E. [Hg.] (2014). *Handbuch Gesundheitskommunikation*. S. 286–305. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Fromm, B. | Baumann, E. | Lampert, C. (2011). *Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Früh, P. (2014): *Die besten Zitate von Arthur Schopenhauer. Die schönsten, witzigsten und treffendsten Zitate und Aphorismen über das Glück, die Menschen und das Leben*. Peter Früh Verlag.

Gauntlett, D. (2009). Neue Forschungsmethoden in der Publikumsforschung. In: Mikos, L. [Hg.] (2009). *Mediennutzung, Identität und Identifikationen. Die Sozialisationsrelevanz der Medien im Selbstfindungsprozess von Jugendlichen*. S. 263-278. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Großegger, B. (2010). „Zu viel Gesundheit ist auch nicht gesund, weil da geht mir etwas ab.“ Jugendliche als Zielgruppe der Gesundheitsförderung. In: Hackauf/Ohlbrecht [Hg.] (2010). *Jugend und Gesundheit: Ein Forschungsüberblick*. S. 252-270. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Hackauf, H. | Ohlbrecht, H. (2010). „Jugend und Gesundheit“. Ein Problemaufriss. In: Hackauf/Ohlbrecht [Hg.] (2010). *Jugend und Gesundheit: Ein Forschungsüberblick*. Weinheim/München: Juventa Verlag. S. 160-177.

Heinzel, F (2000). Kinder in Gruppendiskussionen und Kreisgesprächen. In: Heinzel, F. [Hg.] (2000). *Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive*. S. 117-130. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Hurrelmann, K. / Leppin, A. [Hg.] (2001). *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Bern: Verlag Hans Huber.

Hurrelmann, K. | Laaser, U. (2006): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K. | Laaser, U. [Hg.] (2006). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. S. 749-780. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Hurrelmann, K. | Quenzel, G. (2012). *Lebensphase Jugend – Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Hurrelmann, K. | Baumann, E. (2014). *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Kickbusch, I. (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft: Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Gamburg: G. Conrad, Verlag für Gesundheitsförderung.

Kreps, G. L. | Thornton, B. C. (1992). *Health Communication. Theory And Practice. Second Edition*. Prospect Heights, Illinois: Waveland Press.

Krotz, F. (2008). Handlungstheorien und Symbolischer Interaktionismus als Grundlage kommunikationswissenschaftlicher Forschung. In: Winter, C. | Hepp, A. | Krotz, F. [Hg.] (2008). *Theorien der Kommunikations- und Medienwissenschaft. Grundlegende Diskussionen, Forschungsfelder und Theorieentwicklungen*. S. 29–47. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH.

Lamnek, S. (2005). *Gruppendiskussion. Theorie und Praxis*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Lampert, T. | Richter, M. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter, M. | Hurrelmann, K. [Hg.] (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. S. 209-230. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH.

Leppin, A. (1995). Gesundheitsförderung in der Schule. In: Kolip, P. / Hurrelmann, K. / Schnabel, P.-E. [Hg.]. *Jugend und Gesundheit*. S. 235-250. Weinheim & München. Juventa.

Lohm, D. | Kirpitchenko, L. (2013). Interviewing Pairs: Discussions on Migration and Identity. In: *SAGE research methods cases*. S. 1-18. London. Sage Publications. DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/978144627305013509356>

Maletzke, G. (1998). *Kommunikationswissenschaft im Überblick. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag GmbH.

Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey, G. | Mruck, K. [Hg.]. *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. S. 601–613. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien GmbH.

Müller-Lietzkow, J. | Ganguin, S. | Hoblitz, A. (2014). Jenseits rationaler Entscheidungen: Smartphones als Schlüssel einer mediatisierten Gesellschaft. In: Wimmer, J. | Hartmann, M. [Hg.] (2014). *Medienkommunikation in Bewegung*. S. 283–300. Wiesbaden: Springer Fachmedien. DOI 10.1007/978-3-531-19375-5_16

Mussweiler, T. (2006). Sozialer Vergleich. In: Bierhoff, H. W. | Frey, D. [Hg.] (2006). *Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie*. S. 103–112. Göttingen et al.: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Neverla, I. | Brichta, M. | Lüdecke, D. K. | Kamp, H.-C. (2007). *Wer krank ist, geht ins Netz: Eine empirische Untersuchung zur Medien- und Internetnutzung im Krankheitsverlauf*. München: Reinhard Fischer Verlag.

Ohlbrecht, H. (2010). Die Lebenswelten von Familie und Peers und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. In: Hackauf/Ohlbrecht [Hg.] (2010). *Jugend und Gesundheit: Ein Forschungsüberblick*. S. 136-159. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Pomery, E. A. | Gibbons, F. X. | Stock, M. L. (2012). Social comparison. In: Ramachandran, V. S. [Hg.] (2012). *Encyclopedia of Human Behavior. Second Edition*. S. 463-469. Oxford, U.K.: Elsevier.

Raithel, J. (2010). Gesundheitsrelevantes Risikoverhalten unter Jugendlichen. In: Hackauf/Ohlbrecht [Hg.] (2010). *Jugend und Gesundheit: Ein Forschungsüberblick*. S. 160-177. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Reinders, H. (2012). *Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen: Ein Leitfaden*. München: Oldenbourg Verlag.

Richter, M. | Kruse, C. | Steckling, N. (2010). Ungleiche Gesundheitschancen im Jugendalter. Eine internationale Perspektive. In: Hackauf/Ohlbrecht [Hg.] (2010). *Jugend und Gesundheit: Ein Forschungsüberblick*. S. 18–43. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Rosenbrock, R. (2006). Gesundheitspolitik. In: Hurrelmann, K. | Laaser, U. [Hg.] (2006). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. S. 1079–1116. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Roski, R. [Hg.] (2009a). *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH.

Roski, R. (2009b). Akteure, Ziele und Stakeholder im Gesundheitswesen – Business Marketing, Social Marketing und Zielgruppensegmentierung. In: Roski, R. [Hg.] (2009a). *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder*. S. 3-32. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH.

Roski, R. | Schikorra, S. (2009). Informations- und Medienverhalten von Versicherten und Patienten – Eine Segmentierung von Barmer Versicherten. In: Roski, R. [Hg.] (2009a). *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder*. S. 107–132. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH.

Rossmann, C. | Ziegler, L. (2013). Gesundheitskommunikation: Medienwirkungen im Gesundheitsbereich. In: Schweiger, W. | Fahr, A. [Hg.] (2013). *Handbuch Medienwirkungsforschung*. S. 385-400. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Scherger, S. (2000). Die Kunst der Selbstgestaltung. In: *Was vom Körper übrig bleibt. Körperlichkeit – Identität – Medien*. S. 235–251. Frankfurt/New York: Campus Verlag.

Schnabel, P.-E. (2009). Kommunikation im Gesundheitswesen – Problemfelder und Chancen. In: Roski, R. [Hg.] (2009a). *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder*. S. 33-58. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH.

Schnabel, P.-E. | Bödeker, M. (2012). *Gesundheitskommunikation. Mehr als das Reden über Krankheit*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.

Shell Deutschland Holding GmbH [Hg.] (2010). *Jugend 2010. 16. Shell Jugendstudie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Signitzer, B. (2001). Ansätze und Forschungsfelder der Health Communication. In: Hurrelmann, K. | Leppin, A. [Hg.] (2001). *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. S. 22-35. Bern: Verlag Hans Huber.

Schipperges, H. (1984). *Die Vernunft des Leibes. Gesundheit und Krankheit im Wandel*. Graz/Wien et. al: Verlag Styria.

Süss, D. (2008). Mediensozialisation. In: Batinic, B. | Appel, M. [Hg.] (2008). *Medienpsychologie*. S. 361–378. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Thomas, P. M. | Calmbach, M. [Hg.] (2013). *Jugendliche Lebenswelten. Perspektiven für Politik, Pädagogik und Gesellschaft*. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.

Villányi, D. | Witte, M. D. | Sander, U. (2007). *Globale Jugend und Jugendkulturen: Aufwachsen im Zeitalter der Globalisierung*. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Wicks, P. | Little, M. (2013). The virtuous circle of the quantified self: A human computational approach to improved health outcomes. In P. Michelucci [Hg.] (2013). *Handbook of Human Computation*. S. 105–129. New York: Springer Verlag.

Winter, R. (2010). Symbolischer Interaktionismus. In: Mey, G. | Druck, K. [Hg.] (2010). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. S. 81–93. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien.

Bücher (online):

Alderson, P. | Morrow, V. (2011). *The Ethics of Research with Children and Young People: A Practical Handbook*. London: Sage Publications Ltd. Verfügbar unter https://books.google.at/books?hl=de&lr=&id=ozX2i1u71isC&oi=fnd&pg=PP1&dq=ethics+of+research+morrow&ots=WvG7szRw10&sig=h8z5IEa2P-ahc6_Rw2Lr0bz3br8#v=onepage&q=ethics%20of%20research%20morrow&f=false [10.05.2015]

Baacke, D. (1999). Im Datennetz. Medienkompetenz (nicht nur) für Kinder und Jugendliche als pädagogische Herausforderung. In: GMK [Hg.] (1999). *Ins Netz gegangen. Internet und Multimedia in der außerschulischen Pädagogik*. S. 14–28. Bielefeld: Gesellschaft für Medienpädagogik und Kommunikationskultur (GMK). Verfügbar unter http://www.lmz-bw.de/fileadmin/user_upload/Medienbildung_MCO/fileadmin/bibliothek/baacke_datennetz/baacke_datennetz.pdf [19.02.2015]

Hackauf, H. (2002). Gesundheit und Lebensstile Jugendlicher. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. Vol.45 (11). S. 879-884. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. Verfügbar unter <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00103-002-0495-z>. DOI 10.1007/s00103-002-0495-z [10.05.2015]

Heinzlmaier, B. | Ikrath, P., Institut für Jugendkulturforschung [Hg.] (2012). *Bericht zur Jugend-Wertestudie 2011*. Verfügbar unter Institut für Jugendkulturforschung: http://jugendkultur.at/wp-content/uploads/Bericht_Jugendwertestudie_2011.pdf [19.02.2015]

Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (MPFS) (2013). *JIM 2013. Jugend, Information, (Multi-)Media. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger*. Verfügbar unter Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest: <http://www.mpfs.de/fileadmin/JIM-pdf13/JIMStudie2013.pdf> [19.02.2015]

Berichte (online):

BMSG, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2003). *4. Bericht zur Lage der Jugend in Österreich. Teil B: Prävention in der außerschulischen Jugendarbeit*. Verfügbar unter <http://www.bmfj.gv.at/ministerium/jugendforschung/jugendbericht/vierter-bericht-zur-lage-der-jugend-in-oesterreich-2003.html> [24.04.2015]

Deutsches Institut für Vertrauen und Sicherheit im Internet (DIVSI) (2014). *DIVSI U25-Studie. Kinder. Jugendliche und junge Erwachsene in der digitalen Welt*. Verfügbar unter <https://www.divsi.de/wp-content/uploads/2014/02/DIVSI-U25-Studie.pdf> [19.02.2015]

Europäische Kommission (2014). *Grünbuch über Mobile-Health-Dienste*. Verfügbar unter <http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/green-paper-mobile-health-mhealth>

Fousek, S. | Domittner, B. | Nowak, P. | Bundesministerium für Gesundheit (2012). *Health Literacy – „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“*. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Verfügbar unter <http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/Health-Literacy-Die-Gesundheitskompetenz-der-Bevoelkerung-staerken-2012.html> [31.03.2015]

GAPP | Kramer, U. | Beyer, S. | Scherenberg, V. (2014). *Ergebnisse GAPP-Studie: Gesundheits-Apps zur Aufklärung, Prävention und Patientenführung Derzeitige Nutzung, Chancen, Risiken*.

Hackl, M. | Österreichisches Institut für Kinderrechte und Elternbildung (IKEB) (2014). Methoden partizipativer Forschungsprojekte mit Jugendlichen. Eine Aufarbeitung ausgewählter wissenschaftlicher Artikel in englischsprachigen Fachjournalen. Verfügbar unter <http://www.bmfj.gv.at/ministerium/jugendforschung/partizipative-jugendforschung.html> [11.08.2015]

IMS Health (2013a). *Patient Apps for Improved Healthcare: From Novelty to Mainstream*. Verfügbar unter IMS Health. Reports. Verfügbar unter <http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth/menuitem.762a961826aad98f53c753c71ad8c22a/?vgnextoid=e0f913850c8b1410VgnVCM10000076192ca2RCRD&vgnnextfmt=default> [19.02.2015]

Integral Markt- u. Meinungsforschung | Barth, B. (2012). Gesundheitsbewusstsein und Lebenswelten. Gesundheitsförderung auf der Basis der Sinus-Milieus®. In: Kommunikationsplattform Gesundheit fördert Beschäftigung | ÖSB Consulting GmbH (2012). *3. Konferenz „Gesundheit fördert Beschäftigung“ 2012. Präsentationen aus dem Plenum*. Verfügbar unter http://www.gfb.or.at/uploads/pics/PPP_Konferenz_2012/Plenum_Nr._3_Milieuspezifisches_Gesundheitsbewusstsein_120621_Barth.pdf [12.05.2015]

Mission Australia (2011). *National survey of young Australians 2011. Key and emerging issues*. Verfügbar unter <http://www.actoea.org.au/wp-content/uploads/2012/01/mission-australia-youth-survey-full-results.pdf> [05.04.2015]

Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit | Wolf, M. (2013). *Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2013*. Wien: Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit. Verfügbar unter [http://www.kinderjugendgesundheit.at/uploads/LIGA_Jahresbericht13_72dpi_\(2\).pdf](http://www.kinderjugendgesundheit.at/uploads/LIGA_Jahresbericht13_72dpi_(2).pdf) [19.02.2015]

Ofcom (2014). *The Communications Market Report*. Verfügbar unter http://stakeholders.ofcom.org.uk/binaries/research/cmr/cmr14/2014_UK_CMV.pdf [19.02.2015]

research2guidance (2014). *mHealth App Developer Economics 2014. The State of the Art of mHealth App Publishing*. Verfügbar unter <http://mhealththeconomics.com/mhealth-developer-economics-report/> [19.02.2015]

Röthlin, F. | Pelikan J.M. | Ganahl, K. (2013). *Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVS)*. Wien: Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH. Verfügbar unter http://lbhpr.lbg.ac.at.w8.netz-werk.com/sites/files/lbihpr/attachments/hljugend_bericht.pdf [19.02.2015]

Scherenberg, V. | Kramer, U. (2013). Schöne neue Welt: Gesünder mit Health-Apps? Hintergründe, Handlungsbedarf und schlummernde Potenziale. In: Strahlendorf, P. [Hg.] (2013). *Jahrbuch Healthcare Marketing 2013*. S. 115-119. Wien: New Business Verlag. Verfügbar unter http://www.scherenberg-online.de/mediapool/127/1277638/data/JB_HCM_2013_Apollon.pdf [19.02.2015]

World Health Organization, WHO (1986). Publications. Policy documents. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1 [19.02.2015]

World Health Organization, WHO (2011). *mHealth. New horizons for health through mobile technologies. Based on the findings of the second global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth series - Volume 3*. Verfügbar unter http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf [20.02.2015]

World Health Organization, WHO (2013). Publications. Policy documents. *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/215757/Health2020-Long-Ger.pdf?ua=1 [19.02.2015]

Zeitschriftenartikel (online):

Albrecht, U.-V. | Pramann, O. | Jan, U. | Reichertz, P. L. (2012). Medical-Apps. App-gehört: Datenschutzrisiken. Viele mobile Applikationen übertragen heimlich und teilweise sogar unverschlüsselt Daten der Nutzer an die Softwareanbieter. In: *Deutsches Ärzteblatt* | Jg. 109 | Heft 44 | 2. Verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/archiv/132100/Medical-Apps-App-gehoert-Datenschutzrisiken> [06.04.2015]

Alexander, S. A. C | Frochlich, K. L. | Poland, B. D. | Hainesc, R. J. | Mauleb, C. (2010). “I’m a young student, I’m a girl ... and for some reason they are hard on me for smoking”: The role of gender and social context for smoking behaviour. In: *Critical Public Health* 20(3): 323–338. Verfügbar unter <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09581590903410197>. DOI:10.1080/09581590903410197 [06.04.2015]

Ärzte Zeitung (2012). Standards für Gesundheitsapps. Ärzte Zeitung Nr. 224. S. 22. Verfügbar unter https://www.wiso-net.de:443/document/AEZT__000828372 [19.02.2015]

Bodden, E. | Rasthofer, S. | Richter, P. | Roßnagel, A. (2013). Schutzmaßnahmen gegen datenschutzunfreundliche Smartphone-Apps. Technische Möglichkeiten und rechtliche Zulässigkeit des Selbstdatenschutzes bei Apps. In: *DuD | Datenschutz und Datensicherheit* 11. S. 720–725. Verfügbar unter <http://www.bodden.de/pubs/brr+13schutzmassnahmen.pdf> [06.04.2015]

Boulos, M. N. K. | Brewer, A. C. | Karimkhani, C. | Buller, D. B. | R. P. Dellavalle (2014). Mobile medical and health apps: state of the art, concerns, regulatory control and certification. In: *Online Journal of Public Health Informatics*.5(3):e229. Verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3959919/pdf/ojphi-05-e229.pdf>. DOI: 10.5210/ojphi.v5i3.4814 [07.04.2015]

Bort-Roig, J. | Gilson, N. D. | Puig-Ribera, A. | Contreras, R. S. | Trost, S. G. (2014). Measuring and influencing physical activity with smartphone technology: A systematic review. In: *Sports Medicine. Volume 44, Issue 5*. S. 671-686. Verfügbar unter http://download-v2.springer.com/static/pdf/638/art%253A10.1007%252Fs40279-014-0142-5.pdf?token2=exp=1428315079~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F638%2Fart%25253A10.1007%25252Fs40279-014-0142-5.pdf*~hmac=419f4f59e0036b94b35fe589b206cf3cf8217bb66d28181bad142675098f9be2. DOI 10.1007/s40279-014-0142-5 [06.04.2015]

Busch, B. (2010). Die Macht präbabilonischer Phantasien. Ressourcenorientiertes sprachbiographisches Arbeiten. In: *Zeitschrift für Literaturwissenschaft und Linguistik LiLi* 40 (2010). S. 58-82. Verfügbar unter http://heteroglossia.net/fileadmin/user_upload/busch2010_Lili.pdf [24.02.2015]

Busch, B. (2011). Biographisches Erzählen und Visualisieren in der sprachwissenschaftlichen Forschung. In: *ÖdaF-Mitteilungen* 2/2011. Verfügbar unter http://heteroglossia.net/fileadmin/user_upload/busch_2011_ODaF.pdf [24.02.2015]

Buunk, A.P. | Gibbons, F.X. (2007). Social comparison: The end of a theory and the emergence of a field. In: *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 102 (2007). S. 3–21. Verfügbar unter http://ac.els-cdn.com/S074959780600094X/1-s2.0-S074959780600094X-main.pdf?_tid=99c61446-45aa-11e5-b0e1-00000aab0f27&acdnat=1439903653_715f8ca71fe353a65047b8884dac7e0a. DOI:10.1016/j.obhdp.2006.09.007 [31.03.2015]

Charles, N. | Walters, V. (2008). Men are leavers alone and women are worriers: Gender differences in discourses of health. In: *Health, Risk & Society* 10(2). S. 117–132. Verfügbar unter <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13698570802160954>. DOI: 10.1080/13698570802160954 [02.05.2015]

Dennison, L., Morrison, L., Conway, G. & Yardley, L. (2013). Opportunities and challenges for smartphone applications in supporting health behavior change: Qualitative study. In: *Journal of Medical Internet Research*, 15 (4), e86. Verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3636318/#!po=80.7692>. [31.03.2015]

Effertz, T. | Garlichs, D. | Gerlach, G. | Müller, M. J. | Pötschke-Langer, M. | Prümel-Philippsen, U. | Schaller, K. (2015). Wirkungsvolle Prävention chronischer Krankheiten. Strategiepapier der NCD-Allianz zur Primärprävention. In: *Prävention und Gesundheitsförderung. Volume 10, Issue 1*. S. 95-100 Verfügbar unter <http://link.springer.com/article/10.1007/s11553-014-0483-9> [07.04.2015]

Enste, P. | Merkel, S. | Romanowski, S. (2010). Gesundheit aus der Hosentasche? Chancen und Grenzen gesundheitsbezogener Apps. In: *Forschung Aktuell. No. 13/2010*. Verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0176-201013013> [19.02.2015]

Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. In: *Human Relations* 1954 (7). S. 117–140. Verfügbar unter <http://hum.sagepub.com/content/7/2/117>. DOI: 10.1177/001872675400700202. [06.04.2015]

Handel, M. J. (2011). MHealth (mobile Health)—Using Apps For Health and Wellness. In: *Explore July/August 2011, Vol. 7, No. 4*. S. 256–261. Verfügbar unter http://ac.els-cdn.com/S155083071100108X/1-s2.0-S155083071100108X-main.pdf?_tid=2ab3713a-df5b-11e4-9966-00000aab0f02&acdnat=1428654518_a366512084dba6cabaf84e0996a2e03d [31.03.2015]

Harrison, L. | Kelly, P. | Lindsay, J. | Advocat, J. | Hickey, C. (2011). ‘I don’t know anyone that has two drinks a day’: Young people, alcohol and the government of pleasure. In: *Health, Risk & Society*, 13:5. S. 469-486. Verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1080/13698575.2011.596190>. DOI: 10.1080/13698575.2011.596190 [19.06.2015]

Huber, J. (2013). „Gesundheit sollte auch Spaß machen“. In: *Ärzte Zeitung*. Nr. 148. S. 14. Verfügbar unter http://www.wiso-net.de/webcgi?START=A60&DOKV_DB=ZGEN&DOKV_NO=AEZT000845719&DOKV_HS=0&PP=1 [19.02.2015]

Katz, E. (1959), Mass Communications Research and the Study of Popular Culture. In: *Studies in Public Communication*. Vol. 2. S. 1-6. Verfügbar unter http://repository.upenn.edu/cgi/view-content.cgi?article=1168&context=asc_papers [08.05.15]

Kern, W. (2005). Peer-Education und Suchtprävention. In: *SuchtMagazin* 5/05. Verfügbar unter http://www.suchtmagazin.ch/tl_files/templates/Suchtmagazin/user_upload/Texte/text5-05.pdf [24.04.2015]

IMS Health (2013b). *IMS Health klassifiziert auf Basis internationaler Studie mobile Gesundheits-Apps – erstmalige weltweite Übersicht verfügbar*. Verfügbar unter IMS Health. Medieninformationen. http://www.imshealth.com/deployedfiles/imshealth/Global/EMEA/Germany_Austria/Press%20Room/Press%20releases/Medieninformation%20pdf%202013/Medieninfo_IMS_Institute_apps_report_31_10_2013.pdf [19.02.2015]

Kenny, R. | Dooley, B. | Fitzgerald, A. (2014). Developing mental health mobile apps: Exploring adolescents’ perspectives. In: *Health Informatics Journal*. November 10. Verfügbar unter <http://jhi.sagepub.com/content/early/2014/11/06/1460458214555041.long> [31.03.2015]

Kickbusch, I. | Maag, D. (2008). Health Literacy. In: Kris Heggenhougen, K. | Quah, S. (2008). *International Encyclopedia of Public Health*. First Edition. Vol. 3. S. 204-211. Verfügbar unter <http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/docs/kickbusch-maag.pdf> [19.02.2015]

Kötter, C. (2014). Under Construction. Mit mobilen Diätcoaches und Fitnessapps zum Idealkörper. In: *Onlinejournal Kultur & Geschlecht* #12. Verfügbar unter http://www.ruhr-uni-bochum.de/genderstudies/kulturundgeschlecht/pdf/koetter_under.pdf [31.03.2015]

Ledger, D. | McCaffrey, D. | Endeavour Partners LLC (2014). *Inside Wearables. How the Science of Human Behavior Change. Offers the Secret to Long-Term Engagement*. Verfügbar unter <http://endeavourpartners.net/assets/Wearables-and-the-Science-of-Human-Behavior-Change-EP4.pdf> [19.02.2015]

Levin-Zamir, D. | Lemish, D. | Gofin, R. (2011). Media Health Literacy (MHL): Development and Measurement of the Concept among Adolescents. In: *Health Education Research*, 2011, Vol. 26 (2). S. 323-335. Verfügbar unter <http://her.oxfordjournals.org/content/26/2/323.full.pdf+html> [31.03.2015]

Linden, M. (2013a). Diagnose „Gesundheit“. In: *Psychotherapeut* 3 · 2013. S. 249-256. Verfügbar unter <http://link.springer.com/article/10.1007/s00278-013-0979-3> [19.02.2015]

Linden, M. (2013b). Psychische Gesundheit: Gesundes Leiden - die „Z-Diagnosen“. In: *Deutsches Ärzteblatt*. 3/110. S. 70. Verfügbar unter http://www.wiso-net.de/webcgi?START=A60&DOKV_DB=ZGEN&DOKV_NO=DAE134109&DOKV_HS=0&PP=1 [19.02.2015]

Lupton, D. (2013). Quantifying the body: monitoring and measuring health in the age of mHealth technologies. In: *Critical Public Health*, Vol. 23, No. 4. S. 393–403. Verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1080/09581596.2013.794931> [07.04.2014]

Mulveen, R | Hepworth, J. (2006). An Interpretative Phenomenological Analysis of Participation in a Pro-anorexia Internet Site and its Relationship with Disordered Eating. In: *Journal of Health Psychology*, Vol. 11 (2). S. 283–296. Verfügbar unter <http://hpq.sagepub.com/content/11/2/283.full.pdf+html> [05.04.2015]

Mussweiler, T. (2003). Comparison Processes in Social Judgment: Mechanisms and Consequences. In: *Psychological Review*. Vol. 110. No. 3. S. 472–489. Verfügbar unter http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.15.1b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=MDCOFPANDEDDGLILNCKKHBMCNNAIAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Full%2bText%3dL%257cS.sh.22.23%257c0%257c00006832-200307000-00003%26S%3dMDCOFPANDEDDGLILNCKKHBMCNNAIAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.tx.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPDDNCMCHBILDE00%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv024%2f00006832%2f00006832-200307000-00003.pdf&filename=Comparison+Processes+in+Social+Judgment%3a+Mechanisms+and+Consequences.&pdf_key=FPDDNCMCHBILDE00&pdf_index=/fs047/ovft/live/gv024/00006832/00006832-200307000-00003 [03.05.2015]

Mussweiler, T. | Rüter, K. (2003). What friends are for! The use of routine standards in social comparison. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 85. S. 467–481. Verfügbar unter http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.15.1b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=NLHJFPMOOEDDJLDHNCKKHFDCGIHAAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Full%2bText%3dL%257cS.sh.22.23%257c0%257c00005205-200309000-00006%26S%3dNLHJFPMOOEDDJLDHNCKKHFDCGIHAAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.tx.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPDDNCDCHFDH0E00%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv024%2f00005205%2f00005205-200309000-00006.pdf&filename=What+Friends+Are+For%21%21+The+Use+of+Routine+Standards+in+Social+Comparison.&pdf_key=FPDDNCDCHFDH0E00&pdf_index=/fs047/ovft/live/gv024/00005205/00005205-200309000-00006. DOI: 10.1037/0022-3514.85.3.467 [03.05.2015]

Nutbeam, D. (2000) Health literacy as public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: *Health Promotion International*. Vol. 15. Oxford University Press. S. 259–267. Verfügbar unter <http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/3/259.full.pdf+html> [21.02.2015]

Paek, H.-J. | Hove, T. (2012). Social Cognitive Factors and Perceived Social Influences That Improve Adolescent eHealth Literacy. In: *Health Communication*, 2012, Vol. 27(8). S. 727–737. Verfügbar unter <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=911a2758-0fe2-4fea-b7fd-aad7fb7da46f%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4209>. DOI: 10.1080/10410236.2011.616627. [03.04.2014]

Palmgreen, P. (1984). Der „Uses and Gratifications Approach“. Theoretische Perspektiven und praktische Relevanz. In: *Rundfunk und Fernsehen*, 32. Jg., H. 1/198. S. 51–62.

Password (2014). *Vom Vermessen des eigenen Lebens im Vergleich zu anderen*. Verfügbar unter https://www.wiso-net.de/document?id=PASS__20141210018&src=hitlist [19.02.2015]

Renckstorf, K. | Wester, F. (1992). Die handlungstheoretische Perspektive empirischer (Massen-) Kommunikationsforschung. Theoretischer Ansatz, methodische Implikationen und forschungspraktische Konsequenzen. In: *Communications. Band 17. Heft 2*. S. 177–196. Verfügbar unter <http://www.degruyter.com/view/j/comm.1992.17.issue-2/comm.1992.17.2.177/comm.1992.17.2.177.xml> [08.05.15]

Reyes-Portillo, J. A. | Mufson, L. | Greenhill, L. L. | Gould, M. S. | Fisher, P. W. | Tarlow, N. | Rynn, M. A. (2014). Web-Based Interventions for Youth Internalizing Problems: A Systematic Review. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* Vol. 53 Number 12. S. 1254 –1270. Verfügbar unter http://ac.els-cdn.com/S089085671400656X/1-s2.0-S089085671400656X-main.pdf?_tid=0937f0bc-dd12-11e4-bba8-00000aabb0f26&acdnat=1428403206_2316344f8e5f7ca78ba89c3ea7611cbd [07.04.2015]

Rugkasa, J. | Stewart-Knox, B. | Sittlington, J. | Abaunza, P.S. | Treacy, M.P. (2003). Hard boys, attractive girls: expressions of gender in young people’s conversations on smoking in Northern Ireland. In: *Health Promotion International*, Vol. 18 No. 4. S. 307–14. Verfügbar unter <http://heapro.oxfordjournals.org/content/18/4/307.full.pdf+html> [07.04.2015]

Schollas, S. (2014). „Make it count“: Selbstoptimierte Körper zwischen Gamification und Marketing. In: *Onlinejournal Kultur & Geschlecht* #12. Verfügbar unter http://www.ruhr-uni-bochum.de/genderstudies/kulturundgeschlecht/pdf/schollas_make.pdf [07.04.2015]

Shand, F. | Ridani, R. | Tighe, J. | Christensen, H. (2013). The effectiveness of a suicide prevention app for indigenous Australian youths: study protocol for a randomized controlled trial. In: *Trials*, 2013 Nov 20, Vol. 14. Verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4222891/pdf/1745-6215-14-396.pdf> [03.04.2015]

Shearer, C. | Hosterman, S.J. | Gillen, M.M. | Lefkowitz, E.S. (2005). Are traditional gender role attitudes associated with risky sexual behaviour and condom-related beliefs? In: *Sex Roles*, Vol. 52. No. 5–6. S. 311–24. Verfügbar unter http://download.springer.com/static/pdf/185/art%253A10.1007%252Fs11199-005-2675-4.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs11199-005-2675-4&token2=exp=1436715235~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F185%2Fart%25253A10.1007%25252Fs11199-005-2675-4.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs11199-005-2675-4*~hmac=ceb2095cff2e93385ebbad5dec7c86adb78f580fa97142bb2f152263d89ac4. DOI: 10.1007/s11199-005-2675-4 [03.04.2015]

Simoni, J. M. | Franks, J. C. | Lehavot, K. | Yard, S. S. (2011). Peer Interventions to Promote Health: Conceptual Considerations. In: *Am Journal Orthopsychiatry*. 2011 July ; 81(3): 351–359. DOI:10.1111/j.1939-0025.2011.01103.x. Verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3607369/pdf/nihms445136.pdf> [02.05.2015]

Spencer, G. (2013a). The ‘healthy self’ and ‘risky’ young Other: young people’s interpretations of health and health-related risks. In: *Health, Risk & Society*, 15:5. S. 449–462. Verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1080/13698575.2013.804037>. DOI: 10.1080/13698575.2013.804037 [31.05.2015]

Spencer, G. (2013b). Young people’s perspectives on health: empowerment, or risk? In: *Health Education*, Vol. 113 Iss 2. S. 115–131. Verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1108/09654281311298803>. [31.05.2015]

Strahan, E. J. | Wilson, A. E. | Cressman, K. E. | Buote, V. M. (2006). Comparing to perfection: How cultural norms for appearance affect social comparisons and self-image. In: *Body Image*, 3(3). S. 211–227. Verfügbar unter http://ac.els-cdn.com/S1740144506000647/1-s2.0-S1740144506000647-main.pdf?_tid=07fe0816-f28a-11e4-b4eb-00000aabb0f02&acdnat=1430763718_42f43a73ed9e646e0a6fa9d271f2bda7 [02.05.2015]

Suls, J. | Martin, R. | Wheeler, L. (2002). Social Comparison: Why, With Whom, and With What Effect? In: *American Psychological Society*. Vol. 11. Number 5. S. 159–163. Verfügbar unter <http://cdp.sagepub.com/content/11/5/159.full.pdf+html>. DOI:10.1111/1467-8721.00191 [04.05.2015]

Wills, T. A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. In: *Psychological Bulletin*, 90(2). S. 245–271. Verfügbar unter <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.15.1b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=BKLPFPLCDADDLLHKNCKKDCMCMOJPAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3fMain%2bSearch%2bPage%3d1%26S%3dBKLPFPLCDADDLLHKNCKKDCMCMOJPAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.tx.ovid.com%2fo>

vftpdfs%2fFPDDNCMCDCHKDA00%2ffs046%2fovft%2flive%2fgv023%2f00006823%2f00006823-198109000-00003.pdf&filename=Downward+comparison+principles+in+social+psychology.&navigation_links=NavLinks.S.sh.22.1&link_from=S.sh.22%7c1&pdf_key=FPDDNCMCDCHKDA00&pdf_index=/fs046/ovft/live/gv023/00006823/00006823-198109000-00003&D=ovft&link_set=S.sh.22%7C1%7Cs1_10%7CresultSet%7CS.sh.22.23%7C0 [02.05.2015]

Wood, J. V. (1989). Theory and research concerning social comparisons of personal attributes. In: *Psychological Bulletin*, 106(2). S. 231–248. Verfügbar unter <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.456.7776&rep=rep1&type=pdf> [02.05.2015]
Dissertationen (online):

Lindacher, V. (2012). *Status quo gesundheitsrelevanter Themen im sozialen Online-Netzwerk Facebook: Entwicklung und Anwendung eines Analyseinstruments für Kommunikationsinhalte auf Facebook. (Abstract)*. Verfügbar unter Netzwerk Gesundheitskommunikation. Newsletter-Archiv. Newsletter Nr. 18, 10/2012. Abschlussarbeiten. http://www.netzwerk-gesundheitskommunikation.de/artmedic_newsletter/texte/n18/Lindacher_Abstract.pdf [12.10.2014]

Interviews:

Großegger, B. | Jugendkultur (2014). *Jugend und Gesundheit/Ernährung: Jugend und Ernährung. Interview der Dr. Rainer Wild-Stiftung und der Plattform Ernährung und Bewegung e.V. mit Dr. Beate Großegger im Rahmen des 18. Heidelberger Ernährungsforums*. Verfügbar unter http://www.gesunde-ernaehrung.org/images/Dr_Rainer_Wild_Stiftung/02_Aktivitaeten/Heidelberger_Ernaehrungsforum/18_Jugend/Interview%20Groegger.pdf [20.02.2015]

Websites:

Appbrain (2015). *Android Statistics*. Verfügbar unter <http://www.appbrain.com/stats/android-market-app-categories> [19.02.2015]

Bundesministerium für Gesundheit, BMG (2014). *Gesunde Lebenswelten*. Verfügbar unter <http://www.gesundheit.gv.at> [19.02.2015]

Fonds Gesundes Österreich (2015). *Veranstaltungen. FGÖ Konferenzen und Tagungen / Generationen und Generationenbeziehungen im Wandel - Herausforderungen für die Gesundheitsförderung. Workshop I*. Verfügbar unter http://www.fgoe.org/veranstaltungen/fgoe-konferenzen-und-tagungen/generationen-und-generationenbeziehungen-im-wandel-herausforderungen-fur-die-gesundheitsforderung/WS%201_Dr.%20Beate%20Grossegger.pdf [01.05.2015]

GesundApps (2014). *Medinfo-App*. Verfügbar unter <http://www.gesundapps.com/cms/index.asp?inst=gesundapps&snr=8609&t=Medinfo+App> [19.02.2015]

GfK (2014). *AI Social Impact Studie 2014*. Verfügbar unter <http://www.gfk.com/at/Seiten/default.aspx> [22.09.2014]

HealthOn (2012). *HealthOn-App Ehrenkodex für Gesundheits-Apps*. Verfügbar unter <http://www.healthon.de/ehrenkodex/> [19.02.2015]

HealthOn (2014). *Testberichte*. Verfügbar unter <http://app.healthon.de/testberichte.html> [19.02.2015]

Letsmove (2015). *America's Move to Rise a Healthier Generation of Kids*. Verfügbar unter <http://www.letsmove.gov> [24.04.2015]

pocketgamer.biz (2015). *App Store Metrics*. Verfügbar unter <http://www.pocketgamer.biz/metrics/app-store/app-count/> [19.02.2015]

Statista (2015). *Verbreitung der Nutzung von gesundheitsbezogenen Informationen im Internet in Österreich nach Altersgruppen im Jahr 2013*. Verfügbar unter <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/298441/umfrage/nutzung-von-online-gesundheitsinformationen-in-oesterreich-nach-altersgruppen/> [19.02.2015]

Top-Hashtags (2015). Top HashTags on Instagram. Verfügbar unter <http://top-hashtags.com/instagram/> [30.05.2015]

United Nations, UN (2009). *United Nations Literacy Decade. International Strategic Framework for Action*. Verfügbar unter <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001840/184023e.pdf> [21.02.2015]

YouTube (2009). *iPhone 3g Commercial „There's An App For That“ 2009*. Verfügbar unter <http://www.youtube.com/watch?v=szrsfeyLzyg> [19.02.2015]

WieNGS (2014). *Allgemeine Informationen*. Verfügbar unter <http://www.wiengs.at/startseite/allgemeine-infos/> [19.02.2015]

Wolf, Gary | Quantified Self (2014). *What is The Quantified Self?* Abgerufen von <http://quantifiedself.com/2011/03/what-is-the-quantified-self/> [19.02.2015]

World Health Organization, WHO (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [19.02.2015]

World Health Organization, WHO (2009). *Health literacy and health behaviour*. Verfügbar unter <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/index.html> [21.02.2015]

World Health Organization, WHO (2014). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.* Verfügbar unter <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [19.02.2015]

Abbildungen:

Seite 51, v.l.o.n.r.u.

- 1) <http://www.asrplus.de/cms/2013/06/16/studienfahrt-der-9a-nach-rom/>
- 2) <http://www.zeitenschrift.com/artikel/kinder-jugendliche-bleibende-hirnschaeden-dank-smartphones#.VVXZ84fF-pE>
- 3) Maridav/Fotolia
- 4) http://websta.me/p/996220926196683815_1294374324
- 5) <http://www.maedchen.de/bildergalerien/lass-uns-chillen-75590.html>
- 6) <http://www.suedkurier.de/region/bodenseekreis-oberschwaben/uhldingen-muehlhofen/Jugend-aktiv-Party-mit-8222-Bad-Taste-8220-in-Mehrzweckhalle;art372496,7425117>
- 7) https://scontent.cdninstagram.com/hphotos-xaf1/t51.2885-15/e15/11325219_1586009638319691_523057872_n.jpg
- 8) http://websta.me/p/996232641431263522_192297613
- 9) gavioneta/Fotolia
- 10) <http://pixshark.com/skateboarder-standing.htm>
- 11) https://scontent.cdninstagram.com/hphotos-xaf1/t51.2885-15/e15/11374201_1594689810819611_1289118076_n.jpg
- 12) <http://www.ebalance.de/fachbeitraege/ernaehrung/gesund-essen/jugendliche-vitamine-und-eisen-halten-fit-d02a6a7e-4e9c-4ccb-8afc-51c7096c1a65-3.xhtml>
- 13) http://de.wikipedia.org/wiki/Computerspiel#/media/File:2_men_using_their_computers.jpg
- 14) Anton Gvozdikov/Fotolia
- 15) Edyta Pawlowska/Fotolia
- 16) <http://www.uzh.ch/news/articles/2012/kampf-um-jedes-joghurt.html>

Es wurde versucht, sämtliche Inhaber_innen der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre schriftliche Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei der Autorin.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1:	Stimulus-Bilder	52
Tab. 1:	Gesundheits-Apps nach Zielsetzungen und Zielgruppen.....	30
Tab. 2:	Lebensweltmodell u18	37
Tab. 3:	App-Kategorien nach Bedeutung	39
Tab. 4:	Funktion von Gesundheits-Apps.....	40
Tab. 5:	Sampling-Plan	50
Tab. 6:	Anzahl der Jugendlichen, die für Informationen über Gesundheit, Fitness, Lifestyle im Internet hauptsächlich folgende Quellen nutzen (Mehrfachnennungen möglich).....	66
Tab. 7:	Anzahl der Jugendlichen, die Apps auf ihrem Smartphone installiert haben	67
Tab. 8:	Anzahl der Jugendlichen, die Gesundheits-, Fitness-, Lifestyle-Apps auf ihrem Smartphone installiert haben	67

Abkürzungsverzeichnis

GfK Austria	Gesellschaft für Konsumforschung, Marktforschungsunternehmen
JIM	Jugendstudie: Jugend, Information, (Multi-) Media
(Mobile) App	Abkürzung für den Fachbegriff Applikation, Anwendungssoftware für Mobilgeräte bzw. mobile Betriebssysteme
Ofcom	britisches Office of Communications
Offline	außerhalb des Datennetzes/Internets
Online	aktive Verbindung mit dem Internet, ans Internet angeschlossen
WHO	World Health Organization

10 Anhang

Im Anhang befinden sich:

Transkriptionsregeln 107

Teilstandardisierter Diskussionsleitfaden – App-User_innen 108

Interviewleitfaden – Ernährungsberaterinnen 110

Interviewleitfaden – App-Entwickler (Publisher) 112

Kategorienschema 114

Fragebogen zur Mediennutzung 136

Lebenslauf 143

Zusammenfassung/Abstract 144

Transkriptionsregeln

Die Transkription der Gruppendiskussion erfolgt nach folgenden Regeln:

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden – da sie tw. geschrieben schwer verständlich sind – so weit wie möglich in normales Schriftdeutsch übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt unter Anführungszeichen beibehalten.
2. Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise wird aus „*Er hatte noch so ‘n Buch genannt*“ wird zu „*Er hatte noch so ein Buch genannt*“. Satzbaufehler werden soweit sinnvoll und möglich behoben und der Stil wird geglättet, um die Lesbarkeit zu gewährleisten.
3. Wort- und Satzabbrüche sowie Stottern werden geglättet bzw. ausgelassen, Wortdoppelungen nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „*Das ist mir sehr, sehr wichtig.*“. „Ganze“ Halbsätze, denen nur die Vollendung fehlt, werden jedoch erfasst und mit dem Abbruchzeichen / gekennzeichnet. Kurze, fehlende Wortteile werden in Klammern ergänzt, beispielsweise: Computersp(iel).
4. Nonverbale und parasprachliche Elemente werden nicht zum Gegenstand der Interpretation gemacht, außer, wenn sie wichtig für das Verständnis sind.
5. Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden wie „mhm, aha, ja, genau, ähm“ etc. werden nicht transkribiert. AUSNAHME: Eine Antwort besteht nur aus „mhm“ ohne jegliche weitere Ausführung. Dies wird als „mhm (*zustimmend*)“, oder „mhm (*verneinend*)“ erfasst, je nach Interpretation.
6. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert.
7. Emotionale nonverbale Äußerungen, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern und *kursiv* notiert, eben so längere Sprechpausen (*Pause xx Sekunden*).
8. Unverständliche Wörter werden mit (*unverst.*) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (*unverst., Handy-Störgeräusch*). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt.
9. Unterbrechungen und Sprecherüberlappungen werden mit // gekennzeichnet. Bei Beginn des Einwurfes folgt ein //. Der Text der gleichzeitig gesprochen wird liegt dann innerhalb dieser // und der Einwurf der anderen Person steht in einer separaten Zeile und ist ebenfalls mit // gekennzeichnet.
10. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch GROSSSCHREIBUNG gekennzeichnet. Wörter, die lauter ausgesprochen werden, werden durch **Fettschreibung** gekennzeichnet.

Teilstandardisierter Diskussionsleitfaden – App-User_innen

Den Teilnehmer_innen werden zu Beginn Fotos gereicht, die Jugendliche in für sie typischen Situationen zeigen. Die Heranwachsenden sollen diese Fotos in zwei Gruppen ordnen: (1) „*Das macht man eher nur, um gesund zu sein.*“ (2) „*Das macht man eher nur, um Spaß zu haben.*“ Die Zuordnung nimmt jede_r Jugendliche für sich vor, indem sie/er die vorbereiteten roten Punkte (rot = Spaß) auf die Fotos klebt. Im Anschluss diskutieren sie ihre Zuordnung.

[Komplex 1 : Gesundheit/Fitness- und Lifestyle allgemein]

- 1.1 Bitte erzählt, warum ihr die Fotos so zugeordnet habt?
- 1.2 Was macht **ihr**, um Spaß zu haben? *Beispiele: Partys, Sport, Social-Networking*
- 1.3 Was macht ihr, um euch gesund und wohlfühlen? *Beispiele: nicht Rauchen, Diäten*
- 1.4 Glaubt ihr, ihr könnt aktiv Einfluss auf eure Gesundheit/Fitness/Wohlbefinden nehmen?
- 1.5 Wie/womit nehmt ihr Einfluss auf eure Gesundheit/Fitness/Wohlbefinden?
 - 1.5.1 Gehört Spaß auch zu einem gesunden Leben? *Beispiele abfragen!*
Bp.: mit Freunden abhängen
 - 1.5.2 Gehört gutes Aussehen auch zu einem gesunden Leben? *Beispiele abfragen!*
 - 1.5.3 Gehören Wohlfühlen/gesunder Geist auch zu einem gesunden Leben? *Beispiele abfragen! Bp.: Wissen, dass man etwas erreichen kann; Selbstzufriedenheit*

[Komplex 2 : Kommunikationsverhalten Gesundheit/Fitness- und Lifestyle]

- 2.1 Woher bekommt ihr Informationen und Tipps über Gesundheit/Fitness/Lifestyle?
Beispiele abfragen! Bp.: Internet, Youtube etc.
- 2.3 Tauscht ihr euch auch mit eurer besten Freundin/besten Freund/Freund_innen über das Thema Gesundheit/Fitness/Lifestyle aus?
- 2.4 Welche Informationen tauscht ihr aus? *Beispiele abfragen! Körper-/Idealmaße?*
- 2.5 Leben eure Freundinnen und Freunde gesundheits- und fitnessbewusst?
- 2.6 Tauscht ihr euch mit euren Eltern über Gesundheit/Fitness/Lifestyle aus?
- 2.7 Welche Informationen tauscht ihr aus? *Beispiele abfragen!*
- 2.8 Leben eure Eltern gesundheits- und fitnessbewusst?

[Komplex 3 : Smartphone Nutzung für Gesundheit/Fitness- und Lifestyle]

- 3.1 Verwendet ihr euer Smartphone für Gesundheit/Fitness/Lifestyle Informationen?
- 3.2 Habt ihr/hattet ihr schon Apps, die mit Gesundheit/Fitness/Lifestyle zu tun haben, auf eurem Handy installiert?
Beispiel-Apps: Runtastic Laufen & Fitness, Sleep better, Fitbit, My Mood Tracker, Pose (Fashion-App) oder Makeup?

(Filterfrage)

Bei nein: Warum nicht?

Bei ja:

- 3.2.1 Welche Apps habt ihr?
- 3.2.2 Wie oft benutzt ihr eure installierten Gesundheits-/Fitness-/Lifestyle-Apps?
- 3.2.3 Für welche Anwendungen nutzt ihr eure Gesundheits-/Fitness-/Lifestyle-Apps?
Diäten? Kalorienzählen? Ernährung?
Fitness-/Trainingspläne? Schrittzähler? Pulszähler?
Fashion- und Styling-Tipps?
- 3.2.4 Nach welche Kriterien sucht ihr eure Gesundheits-/Fitness-/Lifestyle-Apps aus?
Bewertungen? Kosten? Downloadrate? Tipps von Freunden?
- 3.2.5 Benutzt ihr auch externe Tracking-Geräte gemeinsam mit Gesundheit-/Fitness-/Lifestyle-Apps?
Beispiele geben: Infrarot-Thermometer, Pulsmesser, Apple-Watch
- 3.3 Welche Gesundheits-/Fitness-/Lifestyle-Apps kennt ihr (unabhängig von eigenen)?
Drinkverhalten? Kalorienzähler?
- 3.4 Aus welchen Gründen – glaubt ihr – verwenden andere Leute oder eure Freund_innen Gesundheits-/Fitness-/Lifestyle-Apps?
Gegenseitiges Messen? Wettbewerb? Persönliche Belohnung?
Optimierung der eigenen Leistung?
Lebensmanagement: Tipps für den Alltag/besseres Leben?
Motivation zu einer gesünderen Lebensweise?
- 3.5 Was macht eurer Meinung nach eine gute Gesundheits-/Fitness-/Lifestyle-App aus?
Kriterien abfragen: Optische? In welcher Sprache? Vertrauenswürdigkeit?
- 3.6 Welche Vorteile/Nachteile – glaubt ihr – haben Gesundheits-/Fitness-/Lifestyle-Apps?
Tipps für ein besseres Leben? Zeitintensiv? Datensicherheit? Stress?
- 3.7 Stellt ihr eure Gesundheits-/Fitness-/Lifestyle-Daten auch online?
- 3.8 Ist euch bewusst, dass diese Daten öffentlich sind?
- 3.9 Welche ist eure älteste App in Benutzung?

[Komplex 4 : Datensicherheit]

- 4.1 Glaubt ihr, können Apps Daten vom Smartphone abrufen?
- 4.2 Wird man beim Download einer App aktiv auf Datenschutzbestimmungen hingewiesen?
- 4.3 Müssen Datenschutzbestimmungen vor dem Download von Apps bestätigt werden?
- 4.4 Gibt es Daten, die ihr auf keinen Fall über Apps/Inertnet verwalten würdet?

[Komplex 5 : Schlussfragen]

- 5.1 Gibt es noch etwas, was ihr zum Thema Gesundheit/Fitness/Lifestyle sagen möchtet?

Interviewleitfaden – Ernährungsberaterinnen

[Komplex 1 : Beratung bei WieNGS allgemein]

- 1.1 Was sind Ihre/eure Aufgaben bei WieNGS?
- 1.2 Was sind die Ziele der Organisation?
- 1.3 Wer gibt den Auftrag zu einer Beratung?
- 1.4 In welchem Umfang sind Beratungen möglich?
- 1.5 Wer sind die Zielgruppen der Beratung?
 - Personen?
 - Altersgruppen?
- 1.6 Welche Themenkomplexe werden allgemein behandelt?
 - Alkohol?
 - Tabak?
 - Drogen?
 - Diäten?
 - Fitness?

[Komplex 2 : Konkrete Beratungsgespräche]

- 2.1 Wie läuft ein Workshop ab?
- 2.2 Welche Methoden/Materialien/Unterlagen/Medien werden verwendet?
- 2.3 Inwiefern ist die Verwendung Neuer Medien in den Workshops üblich?
 - (Filterfrage)
 - Bei nein: Ist der Einsatz in Zukunft geplant?
 - Bei ja: Welche konkreten Neuen Medien werden verwednet?
 - (Internet, Apps)
- 2.4 Inwiefern werden die Pädagoginnen in die Workshops miteinbezogen?
- 2.5 Welche konkreten Inhalte werden in den Workshops zumeist behandelt?
- 2.6 Wie erarbeiten die Jugendlichen die Themen?
- 2.7 Welche Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen gibt es?
 - Themen (Diäten, Sport)?
 - Schwierigkeiten?
 - Unterschiede hinsichtlich Interessen?
- 2.8 Welche Unterschiede zwischen den verschiedenen Geschlechtern gibt es?
 - Themen?
 - Schwierigkeiten?
 - Unterschiede hinsichtlich Interessen?
- 2.9 Inwiefern wird Gesundheitskompetenz (Health Literacy) in den Workshops vermittelt?

[Komplex 3 : Nachhaltigkeit]

- 3.1 Wird die momentane Gesundheits-/Ernährungssituation der Jugendlichen erhoben?
- 3.2 Werden Tipps/Empfehlungen für zukünftige Verhalten gegeben?
- 3.3 Inwiefern ist Ihnen/euch Nachhaltigkeit wichtig?
- 3.4 Konkrete Ziele eines Workshops? Was soll bei den Jugendlichen erreicht werden?
 - Bewusstmachung?
 - Langfristigkeit?
 - Information?
 - Alternative Möglichkeiten aufzeichnen?
 - Konkrete Maßnahmen entwickeln?
- 3.5 Werden Ihrer/eurer Meinung nach die formulierten Ziele des Workshops erreicht?

[Komplex 4 : Integration Neuer Medien]

- 4.1 Gibt es bei WieNGS eine Interesse/Bereitschaft für Neue Medien?
- 4.2 Müssen Sie Ihr/müsst ihr euer Programm offiziell offenlegen?
 - Spielräume? Einschränkungen?
- 4.3 Halten Sie/haltet ihr es für sonnvoll, Neue Medien (mehr) zu integren?
- 4.4 Wie könnte man Neue Medien (mehr) integrieren?

Interviewleitfaden – App-Entwickler (Publisher)

[Komplex 1 : Apps allgemein/technisch]

- 1.1 Was sind Apps technisch im Unterschied zu anderen Anwendungen?
- 1.2 Wofür eignen sich Apps?
- 1.3 Wo/wann kommen Apps zum Einsatz?
- 1.4 Aus welchem Grund gibt es diesen starken Zusammenhang zwischen Apps und Smartphone?
- 1.5 Wodurch unterscheidet sich eine App von einer herkömmlichen Website?
- 1.6 Welche Funktion haben Open-Web-Apps?
- 1.7 Können (Gesundheits-)Apps Daten auch lokal, also ohne Internetzugang, speichern?
- 1.8 Ist es möglich, Statistiken am Handy ohne Internetzugang zu verwalten?
- 1.9 Über welche Kanäle kommuniziert ein Smartphone mit externen Geräten?

[Komplex 2 : App-Design allgemein]

- 2.1 Was ist grundsätzlich bei der Programmierung von Apps zu beachten?
- 2.2 Welche Vorteile/Nachteile haben Apps gegenüber anderen Anwendungen?
- 2.3 Was macht eine App besonders erfolgreich/populär?
Welche Kriterien? Optische? Handhabung? Funktionalität?
- 2.4 Aus welchen Gründen sind Apps bei Jugendlichen beliebt?
- 2.5 Unterscheiden sich Apps in ihrer Funktionalität hinsichtlich Zielgruppen?
Jugendliche/Erwachsene?

[Komplex 3 : Gesundheits-/Fitness-Apps]

- 3.1 Welche Gesundheits-/Fitness-Apps gibt es allgemein?
Drinverhalten? Kalorienzähler?
- 3.2 Welche Funktionen erfüllen Gesundheits-/Fitness-Apps?
Gegenseitiges Messen?
Optimierung der eigenen Leistung?
Wettbewerb?
Tipps für den Alltag?
Lebensmanagement?
- 3.3 Aus welchen Gründen verwenden Menschen Gesundheits-/Fitness-Apps?
Animation zu einer gesünderen Lebensweise?
Persönliche Belohnung?
App als Motivator?

- 3.4 Welche externen Geräte braucht man, um Gesundheits-/Fitness-Apps sinnvoll zu nutzen?
- 3.5 Welche Bedeutung hat der Zeitfaktor bei der Nutzung von Apps?
- 3.6 Haben Sie/hast du selbst Gesundheits-/Fitness-Apps installiert?
(Filterfrage) Bei ja: Welche?
Bei ja: Wie viele?
Bei ja: Wie viele verwenden Sie/verwendest du davon aktiv?
Bei ja: Nach welche Gesichtspunkten erfolgt die Auswahl?
Was sind dabei Orientierungshilfen?
Bewertungen? Kosten? Downloadrate?
(Filterfrage) Bei nein: Warum nicht?

[Komplex 4 : Datensicherheit]

- 4.1 Können Apps Daten vom Smartphone abrufen?
- 4.2 Wird man aktiv auf Datenschutzbestimmungen hingewiesen?
- 4.3 Müssen Datenschutzbestimmungen vor dem Verwenden von Apps gelesen werden/ bestätigt werden?
- 4.4 Sehen Sie/siehst du Probleme bei der Verwaltung von Gesundheitsdaten hinsichtlich Sicherheit?
- 4.5 Wie gehen Sie/gehst du mit den eigenen sensiblen Daten hinsichtlich Sicherheit um?

[Komplex 5 : Fragen zum App-Entwickler]

- 5.1 Wie viele Apps haben Sie/hast du bereits entwickelt?
- 5.2 Welche Gesundheits-/Fitnessapps haben Sie/hast du entwickelt?
- 5.3 Haben Sie/hast du ein Spezialgebiet, eine Vorliebe für ein spezielles Thema?
- 5.4 Was ist Ihre/deine Motivation eine App zu machen?
- 5.5 Haben Sie/hast eine Ausbildung als Programierer?
(Filterfrage) Bei ja: Ist diese Voraussetzung?

Kategorienschema

Nr.	Fall	Zeile	Themen	Oberkategorien	Unterkategorien	Ankerbeispiele
1	G1/E	53-56	K1 Ernährung	Stellenwert	gesund	Zum Beispiel bei mir in der Familie, wenn wir irgendeinen Ausflug haben, ist immer Obst dabei.
2	G1/D	139				Ja, mit der Ernährung.
3	G1/E	142				Auf die Ernährung achten. Zum Beispiel, wenn ich etwas Gesundes esse (...).
4	G2/D	461-462				Man isst nicht alles, man schaut, dass man wenige Kalorien bekommt.
5	G5/B	253				Ich versuche es halt, Gemüse und Obst auch zu essen, aber ich vergesse es oft.
6	G5/C	257-258				Man versucht es, 50/50 zu machen. Nur man ist nicht streng darin, was man jetzt essen darf und was nicht. Einmal das essen und einmal das.
7	G5/D	461-465				(...) Und dann habe ich auch so ein schlechtes Gewissen: So, ich habe jetzt die ganzen Tage schlecht gegessen, und will wieder versuchen, gesünder zu essen. Dann fühle ich mich auch wohler.
8	G1/D	795			neutral	Wir essen, was die Eltern kochen.
9	G1/E	807				Nein, man kauft sich, was schmeckt.
10	G1/D	809				(...) wir kaufen im Billa und kaufen, was Billa anbietet.
11	G1/D	827-828				Also bei mir ist das so: Wir haben ein kleines Lokal. Wir dürfen in einem Lokal Fleisch essen, zu Hause nicht.
12	G1/E	848				I: Und du hast gesagt, du isst einfach, was dir schmeckt? Ja, scharf.
13	G1/C	866				Also nach dem Fitness trinke ich meistens einen Protein-Shake.
14	G3/A	356-357				Ich frühstücke nicht, ich esse fast nichts zu Mittag und dann zu Abend.
15	G4/C	97-98			ungesund	Ja, also ich mache fünfmal die Woche Sport. Kampfsport. Ja daher ... ich achte schon auf meine Ernährung, aber jetzt auch nicht so. Weil ich ja jeden Tag Sport mache
16	G1/B	169				Ich esse alles.
17	G1/E	852				Nein, das ist mir egal. (Anm.: Gesundheit)
18	G1/E	883-886				Das ist für mich zum Beispiel gesundheits-schädlich. Er kann nur so gehen. Er kann sich nicht bewegen.

Kategorienschema

19	G1/B	888	K1 Ernährung	Stellenwert	ungesund	Das sind die, die Anabolika nehmen.
20	G3/C	385				Ich esse viel und mache keinen Sport.
21	G3/D	389				(...) ich esse fast jede Pause irgendwas.
22	G4/D	290-291				Das weiß ich auch selber: Zum Beispiel kein Fast Food, das ist nicht gesund. Viel Obst und Gemüse. Viel Wasser trinken. Das weiß man halt.
23	G5/C	102				Ja, das ist das gleiche. Das (Anm.: Burger) ist auch nicht gesund, wenn man das übertreibt.
24	G5/D	783-788				(...) Auf der Waage wiege ich immer gleich, aber wenn ich dann so ungesund gegessen habe, dann fühle ich mich so fett (...).
25	G1/D	421		Diäten	Kalorienzählen	Das macht man nur, wenn man eine Diät macht.
26	G3/D	471-472			Probleme	Wenn ich eine Diät anfrage, dann, ich kann dann nicht mehr, also ich muss dann irgendwas Süßes essen.
27	G3/E	480-481				Denn ich bin so und so dünn, und wenn ich mich jetzt quasi gesund ernähren würde, wäre ich noch dünner, das will ich nicht.
28	G3/A	483				Außerdem ist es zu teuer, Salat ist viel zu teuer.
29	G3/D	535-552				Ich hab diese Stoffwechseldiät gemacht (...). Und dann hab ich mich gewogen, habe zwei Kilo abgenommen. (...) nach vier Tagen hatte ich ein Kilo wieder zugenommen.
30	G3/E	554-555				Da siehst du, wenn man Diät macht, dann nimmt man gleich zu, wenn du aufhörst mit der Diät.
31	G3/B	559				Du musst es langsam angehen, sonst hast du diesen Jo-Jo Effekt, scheiß Fitness!
32	G1/E	61	K2 Spaß	positive Aktivitäten	Gesunde Ernährung	I: Und machst dir das Spaß? Oder machst du das eher nur, wenn du etwas Gesundes für dich machen möchtest? So und so.
33	G1/E	91			sich etwas Gönnen	Also naja, das ist, sich etwas Gönnen.
34	G2/B	203			Fortgehen	Fortgehen ist Spaß.
35	G2/A	249			Fußball spielen	Ich gehe am Wochenende Fußball spielen.
36	G2/D	257			Auto fahren	Auto fahren. Auto fahren macht auch Spaß.
37	G2/C	259			Fortgehen Laufen	Ich gehe am Wochenende Laufen. Ab und zu gehe ich mit meinem Freund fort.

Kategorienschema

K2 Spaß			positive Aktivitäten	negative Aktivitäten
38	G3/F	187		
39	G2/E	263-267	positive Aktivitäten	negative Aktivitäten
40	G2/B	278-280		
41	G3/F	421		
42	G5/C	113		
43	G3/A	307-309		
44	G3/B	590-591		
45	G5/D	203-205		
46	G3/A	133		
47	G3/A	271-272		
48	G3/E	342		
49	G3/D	437		
50	G3/A	443		
51	G5/B	200		
52	G4/A	52-53		
53	G5/B	377		
54	G2/C	53		

positive Aktivitäten	negative Aktivitäten
Laufen	Also es ist schon Spaß, wenn man es freiwillig macht, aber zum Beispiel, wenn du für die Schule (?) rennst, das ist ja abnormal!
Freunde treffen	Was mir Spaß macht, ist, mit den Freunden immer zusammen zu sein. Also egal, was die Tätigkeit ist, ob Sport oder Treffen oder Essen, alles macht Spaß; nur die Leute sind wichtig, also mit wem man was macht. Mit den Menschen, mit denen Sie gewöhnt sind, unterwegs zu sein, macht es mehr Spaß. Ich gehe meistens raus mit Freunden. Das ist auch Spaß. Freizeit.
Kaffee trinken Spazieren gehen	Ich treffe mich mit einem Freund, wir gehen einen Kaffee trinken und dann gehen wir einfach spazieren
Chillen Schwimmen gehen Computer spielen (zocken)	(...) Freunde treffen, chillen, schwimmen gehen, spielen, zocken. Ich finde das einerseits gesund, weil ich zum Beispiel davon Stress abbaue, aber andererseits ist es ungesund, weil man viel zu lange sitzt und dann vergeht die Zeit auch so schnell.
Rauchen	Doch sicher, nein, es ist ein netter Zeitvertreib, sagen wir mal so.
nicht Schule	(...) alles was nicht mit Schule zu tun hat, macht Spaß, der Nachhauseweg macht mehr Spaß!
Shoppen	Ich geh ab und zu Fitness, aber nur ab und zu, wenn ich Zeit hab. Ich geh einmal die Woche shoppen. Das macht unglaublich Spaß, ich liebe einkaufen. Weil man unter Freunden ist und sich etwas erzählt, diskutiert. Manche mögen es gerne, Sport zu machen.
Sucht	Ich hatte teilweise auch Kraft-Training. Das hat mir auch Spaß gemacht. Das ist aber eine Sucht. Das hat nichts /.

Kategorienschema

55	G5/D	123-125	K2 Spaß	negative Aktivitäten	Sucht	Es ist generell auch nicht gesund, aber wenn man schon mittags anfängt zu trinken, dann kann es passieren, dass man süchtig wird. Weil dann fängt man irgendwann schon in der Früh an ...	
56	G3/F	447				Shoppen	Ich hasse shoppen.
57	G3/A	960-962				Zocken	In dem Stil, in dem ich es mache, ist es sicher nicht gesund, das weiß ich auch, aber ich kann nichts dagegen machen, ich kann wirklich nichts dagegen machen.
58	G5/A	87					Weil man die ganze Zeit sitzt.
59	G5/D	91					Und wegen den Augen.
60	G5/C	150-151				Partybesuche	Aber wenn man auf eine Party geht, dann trinkt man ja auch. Und das kann ja auch dazu führen, dass es schlecht wird.
61	G5/D	348-350				Ich weiß, ich habe früher sehr viel Sport gemacht, aber jetzt habe ich aufgehört damit. (...) Früher hat es mir total Spaß gemacht und jetzt gar nicht mehr.	
62	G1/A	69	K3 Stressabbau	Möglichkeiten	Fitness	Da man zum Beispiel in der Schule sehr viel Stress hat, kann man sich den Stress im Fitness abbauen.	
63	G4/C	109-111				(...) Also wirklich nach einem Trainingstag ist man wirklich fertig. Wenn man zum Beispiel wütend oder aggressiv ist, nach dem Training ist alles weg.	
64	G1/E	76-77			Computer spielen	Wenn die Eltern ein bisschen nerven, kann man spielen und dabei auch Stress abbauen.	
65	G1/C	79				Ja, es ist üblich. Einfach nur so zum Stressabbau.	
66	G5/D	217				Wenn ich vom Tag ein bisschen genervt war, dann lasse ich das raus.	
67	G5/A	233-234				Ja, eigentlich auch wegen dem Stress oder so. Wenn ich mich ein bisschen aufgeregt habe (lacht).	
68	G2/E	263-267			Lesen Filme schauen	Und zum Beispiel beim Stressabbau kann man auch Spaß haben. Zum Beispiel, wenn man Computer spielt, oder etwas liest, oder dass man einen Film schaut, oder so etwas.	

Kategorienschema

69	G1/E	96-97	K4 Gesundheit/Wohlfühlen	Handlungen	positiv	Wenn ich etwas Gesundes machen möchte, zum Beispiel Fitness, Rad fahren, schwimmen gehen, oder Training ... gesund ernähren. Das ist Standard.
70	G1/C	569				Ich gehe fünfmal in der Woche trainieren, also Fitness.
71	G1/D	733-735				Zum Beispiel wenn ich vier Stunden Computer gespielt habe und ich will kurz rausgehen auf den Balkon (...), dann ist das gut für die Augen, wenn man das macht, oder so.
72	G2/E	480-481				Der Lifestyle auch. (...) Dass man regelmäßig acht bis zehn Stunden schläft.
73	G5/D	203-205				Ich finde das (Anm.: Zocken) einerseits gesund, weil ich zum Beispiel davon Stress abbaue, aber andererseits ist es ungesund, weil man viel zu lange sitzt und dann vergeht die Zeit auch so schnell.
74	G1/E	157-159	K4 Gesundheit/Wohlfühlen	Bedeutung	negativ	Die müssen fit sein. Die dürfen nicht – keine Ahnung – saufen oder irgendetwas.
75	G2/E	222-223				Das ist etwas, das man nicht machen sollte. Rauchen, trinken und was nicht zur Gesundheit gehört.
76	G2/B	231				Man kann ja nicht zum Spaß rauchen!
77	G1/C	563			positiv	Also ich mache Pläne. Ich habe einen Trainingsplan.
78	G2/B	457				Eine große Rolle spielt das dabei (Anm.: beim Sport). Das spielt schon eine große Rolle.
79	G2/D	461-462				Weil wenn man zum Beispiel Fitness trainiert, dann achtet man auf seine Gesundheit.
80	G2/A	1614-1615				Wenn man zum Beispiel jeden Tag traurig ist, und immer wieder und immer wieder, dann wird man irgendwann psychisch krank.
81	G3/E	595				Also ich fühle mich super!
82	G3/D	603				Glück.
83	G4/A	220-221				Bei mir steht an erster Stelle die Gesundheit. Weil ich hatte schon, wie ich klein war; Verletzungen, und deswegen steht immer an erster Stelle die Gesundheit.
84	G1/A	556			neutral	Es ist mir nicht egal, aber es ist auch wichtig.
85	G1/D	706				Wir sind noch so jung.

Kategorienschema

86	G2/E	400-401	K4 Gesundheit/Wohlfühlen	Bedeutung	neutral	Jeder kann sich entscheiden, ob er das oder das will. Das eine ist gesund, das andere ist ungesund. Man kann selber entscheiden. Man kann alles selber beeinflussen. Man kann selber alles machen. Kein anderer zwingt dich dazu oder kein anderer kann das für den anderen machen. Du hast es selber in Kontrolle, sein Leben und seine Gewohnheiten, alles.			
87	G2/E	496-499				Ich habe einen Monat lang zu rauchen aufgehört, weil ich mir einfach beweisen wollte, dass ich es eigentlich nicht brauche und im Endeffekt habe ich dann wieder angefangen, weil es mir zu langweilig war; zehn Minuten auf den Bus zu warten und auf mein Handy zu schauen.			
88	G3/A	133-137				Dann müsste ich mich schlecht fühlen, ich fühle mich eigentlich immer ziemlich gut.			
89	G3/A	508				Ja, ich finde, wenn man psychisch nicht in Ordnung ist, also man fühlt sich nicht gut, und man ist öfters traurig und hat nie Spaß, dann geht das auch auf den Körper und man ist dann nicht mehr so gesund. Weil man eben schon traurig ist und dann isst man irgendwas. Und dann geht das oft auf den Körper und man merkt es körperlich, dass es einem nicht gut geht.			
90	G5/D	513-517				Gesundheit assoziiert jeder auf jeden Fall mit etwas, was man machen muss, und dass man nicht Spaß daran haben kann. Aber wenn man das als Lifestyle hat und lebt, dann macht das schon Spaß.			
91	G2/E	290-292	K5 Freizeitverhalten	Sport	negativ	Gesundheit assoziiert jeder auf jeden Fall mit etwas, was man machen muss, und dass man nicht Spaß daran haben kann. Aber wenn man das als Lifestyle hat und lebt, dann macht das schon Spaß.			
92	G1/E	101				I: Gehst du Rad fahren? Eigentlich schon.			
93	G1/E	105				Boxen und Fußball spielen.			
94	G1/B	605				Und Schwimmen tue ich auch gerne.			
95	G1/C	111				Ich mache auch Fitness und spiele ab und zu Fußball.			
96	G1/B	613				Und ich habe auch früher Parkour gemacht.			
97	G2/A	300-301				Ich habe Boxen trainiert und jetzt gehe ich ab und zu.			

Kategorienschema

98	G2/B	303	K5 Freizeitverhalten	Aktivitäten	Sport	Ich habe zur Zeit Fußball-Trainings.		
99	G4/C	102				Ich boxe und mache Taekwondo.		
100	G5/B	317				Ich gehe in Fitness.		
101	G4/B	190			spazieren gehen	Aber ich gehe einfach nur sehr oft spazieren.		
102	G1/E	729				Meinen Sie Yoga? Das macht keiner! Nichts.		
103	G1/B	731	K6 Gesundheits-/Fitness-Informationen	Offline-Quelle	Entspannung	In der Früh streckt sich eigentlich jeder, wenn man aufsteht (lacht).		
104	G1/D	115				kein Sport	Ja, ich spiele ganz selten... Sport und so.	
105	G1/E	157-159			Familie	Von meinem Onkel. Er muss die ganze Zeit fit sein, denn ein Onkel ist Trainer und der Zweite ist Polizist. Die müssen fit sein.		
106	G1/A	184-185				(...) meine Eltern haben mir gesagt, ich soll essen, was ich am Besten finde.		
107	G1/A	254-255				Eher von meiner Schwester: Schwester und Onkel und Cousin.		
108	G1/D	711-712				Ja, zum Beispiel meinem Vater tut das Bein weh, und er sagt fast jeden Tag zu mir; ich soll aufpassen, dass ich nicht auch so werde.		
109	G1/E	714-715				Stimmt schon. Die Eltern sagen immer noch wie man das! Zum Beispiel beim Tragen oder so.		
110	G1/D	795				Wir essen, was die Eltern kochen.		
111	G3/A	932				Meine Eltern oder irgendwelche Freunde oder so.		
112	G3/E	1173-1174				Wenn ich Informationen über Ernährung oder Sport brauche, gehe ich entweder zu meiner Mutter oder zu meinem Vater.		
113	G5/C	295				Also durch Erfahrung meiner Eltern.		
114	G4/A	375				Mit meiner Mutter.		
115	G5/D	421-425			Selbst	Also ich öfters mit ihr (zeigt auf C), aber auch meine Mutter.		
116	G4/A	274-276				Man sollte das selber wissen, weil man weiß, was für mich gut ist, und was nicht, das weiß ich auch. Das kann ich dann zählen. Wie kann ich aus einem Buch lesen, was dir gut tut und was nicht.		
117	G4/D	297				Schule	Wir lernen es auch in der Schule.	
118	G1/C	582			Peer-Group	Ja, durch den Freundeskreis auch.		

Kategorienschema

K6 Gesundheits-/Fitness-Informationen			Offline-Quelle	Peer-Group	
119	G2/B	628-631		(Fitness-)Trainer	Also wenn ich sehe, dass er so aufgebaut ist, dann weiß ich gleich, dass er entweder Fitness oder Boxen trainiert und dann melde ich mich einfach bei Fitness an. Entweder habe ich Freunde, die dorthin gehen und ich trainiere mit denen, oder ich – dort gibt es auch Trainer...
120	G2/C	656-660			Zum Beispiel geht er nach einem Trainingsplan, und ich sage ihm: „Du könntest mir vielleicht auch einen machen.“
121	G3/D	631-632			Das hat mir eine Klassenkameradin gegeben, sie hat mir das halt geschickt, dann hab ich probiert.
122	G3/G	1112-1113			Ich hab einen Freund, er ist ein Fitnessfreak, P., er weiß wirklich alles über Fitness. Ich frage ihn dann, er sagt mit alles, kennt sich super aus.
123	G3/B	1208-1210			Zum Beispiel – viele Freunde von mir haben auch trainiert – und ich habe gefragt, was mit diesen Eiweiß-Shakes ist.
124	G5/D	270-272			Zum Beispiel rede ich mit ihr sehr oft über gesunde Ernährung.
125	G5/D	421-425			Also ich öfters mit ihr (zeigt auf C), aber auch meine Mutter:
126	G5/C	529			Also, vierzig Prozent aus dem Internet und die anderen Prozent durch Freunde.
127	G5/B	537			Aus dem Internet und aus dem Freundeskreis.
128	G5/A	555-556			Die meisten Informationen hole ich eigentlich von meiner besten Freundin, oder halt auch Instagram und Internet einfach.
129	G1/A	186-188			(...) dann habe ich mich durch Fitnesstrainer (...) beraten lassen, und die haben mir dann alles erklärt. Was gesund ist und was nicht.
130	G3/B	1208			Andere Menschen
131	G2/E	533	Man kann überall jeden Menschen fragen...		
132	G2/A	535	Zum Beispiel im Fitness-Center mit den Leuten reden, die länger trainieren.		
133	G1/C	208	Online-Quelle	YouTube	Ja, ja. Es gibt eh viele YouTube, die über Fitness etwas machen.
134	G3/D	1206			Auf YouTube gibt es überall Videos.

Kategorienschema

135	G5/C	295-297	K6 Gesundheits-/Fitness-Informationen	Online-Quelle	YouTube	Also ich koche gerne und da schaue ich mir auch Koch-Videos oder Shows an, und da lernt man auch vieles. Und man liest auch darüber und /.
136	G1/B	196			Internet	Manchmal schaue ich im Internet/Fernsehen nach. (...) Man muss sich dafür wirklich interessieren! Es gibt Medien wie Youtube, Internet, man kann überall nachschauen. Internet. Beides, aber meistens Handy. Laptop. Wenn ich Informationen suche, dann nur über Computer. (...) ich suche im Internet nur, wenn ich unbedingt etwas brauche, ansonsten frage ich irgendwen. Ja, egal was dich interessiert, man kann es in Google oder YouTube eintragen und es kommt einfach. Wenn man sich ein paar verschiedene Videos anschaut dann weiß man eh schon alles. Also, vierzig Prozent aus dem Internet und die anderen Prozent durch Freunde. Aus dem Internet und aus dem Freundeskreis.
137	G2/E	528			Instagram Facebook	Aber auch so Freundeskreis. Es gibt auch viele Postings. Viele posten das zum Beispiel auf Instagram oder Facebook.
138	G3/A	665			WeChat	I: Und informierst du sich da selber über Gesundheit? Oder über Fitness? Ja, schon. Über die Werbungen.
139	G3/B	676			Werbung	Shake zu machen. Irgendwelche Anleitungen.
140	G3/D	678			Ernährung	Schminkvideos suchen.
141	G3/D	683			Styling	Auch halt was Sport angeht.
142	G3/A	927-928			Sport	
143	G3/B2	1221-1223			Inhalte	
144	G5/C	529				
145	G5/B	537				
146	G4/D	320-321				
147	G1/D	287				
148	G4/A	314				
149	G4/C	463				
150	G4/C	467				
151	G4/C	471				
152	G1/A	163	K7 Fitness (≠ Gesundheit)	Bedeutung	wichtig	Schon wichtig, schon wichtig.
153	G1/B	169			neutral	Normal.
154	G2/E	504-506				Zum Beispiel machen wir Fitness, aber das diktiert nicht unser Leben. Das sollte nicht unsere erste Priorität sein. Das sollte eine Zusatzpriorität sein.

Kategorienschema

155	G2/E	1407	K7 Fitness (≠ Gesundheit)	Bedeutung	neutral	Das ist einfach ein Hobby.
156	G2/D	1435				Für uns ist das Zusatz.
157	G3/E	235				Wenn ich esse und wenn ich keinen Sport mache, dann fühle ich mich so ur-voll!
158	G1/C	573		Motivation	Aussehen	Ja, ich wollte nicht so dünn aussehen, wie sagt man? Wie ein Stock!
159	G1/A	578				Bei mir ist es das Gleiche. Ich wollte auch nicht so dünn sein.
160	G2/B	334				Naja, dann will ich auch einen schönen Körper haben, wenn ich schwimmen gehe. Das ist doch logisch.
161	G2/E	681-682				Naja, man sieht dann an den Erfolgen, an ihrem Körper, dass es funktioniert für ihn. Und man will das auch nachmachen.
162	G2/E	1146				Ja, aber Fotos nur von erfolgreichen Leuten.
163	G2/B	1186				Es macht einen ehrgeizig. Man will auch so sein.
164	G3/E	217				Nee, für eine gute Figur, aber Laufen macht Spaß
165	G4/C	57				Motivation. Sommerfigur.
166	G4/C	142-148				Der Vorteil von Kampfsport ist, dass man sich auf jeden Fall verteidigen kann, man hat keine Probleme mit den abnehmen, aber ich habe es eh nicht nötig abzunehmen (lacht).
167	G5/B	797				Ich will eigentlich auch abnehmen.
168	G2/B	341			Leistungsfähigkeit	(...) fit zu bleiben.
169	G2/E	343			Lebensstandard	// den Lebensstandard zu verbessern. Um sich besser zu fühlen. Um besser auszusehen.
170	G2/E	347-349			Spaß Optimierung Disziplin	Und weil es auch sehr viel Spaß macht. Es macht einfach Spaß zu trainieren. Ich hab mit einem Freund trainiert, um Verbesserungen zu sehen, dass man sich entwickelt und ja diszipliniert.
171	G2/B	351			Hygiene	Ich finde, ein Mensch, der regelmäßig trainiert, duscht auch regelmäßig
172	G2/B	383			Selbstbewusstsein	Das wird zu einer psychischen Sache.
173	G2/B	387-390			Wohlfühlen	Wenn man sich wohlfühlt, dann ist man auch wohl. Auch wenn man alles, was man braucht oder nicht braucht AUCH hat, wenn man sich wohlfühlt, fühlt man sich wohl.

Kategorienschema

174	G2/E	427	K7 Fitness (≠ Gesundheit)	Motivation	Persönlichkeit	Einfach die Natur der Person, sein Charakter: Und welcher Sport es ist.	
175	G5/D	366-367				Meine Freundin geht eher so in Fitness-Center: Und ich mag Fitness-Center nicht so sehr; ich mache lieber mehr so einen Kampfsport oder einen Teamsport.	
176	G2/E	1623				Stessabbau	Ja, und Sport baut Stress ab, und man fühlt sich dann immer besser.
177	G4/C	142-148				Verteidigung	Der Vorteil von Kampfsport ist, dass man sich auf jeden Fall verteidigen kann (...).
178	G5/A	810				Langeweile	Nein, wenn mir langweilig ist, eigentlich.
179	G1/E	36	K8 Aussehen	Körperideale	positiv	Das wäre was für dich. Ein bisschen Masse.	
180	G3/A	569			neutral	Ich akzeptiere mich so, wie bin.	
181	G3/A	1401-1404				Ich finde, wenn man sich so mag, wie man ist, muss man nichts verändern. Es liegt ja an jedem selbst, ob er besser aussehen will, ob man jetzt so einen Ronaldo will oder nicht. Das liegt ja bei jedem selber. Man darf niemanden verurteilen.	
182	G4/A	241				Ja, dass man sich pflegt und so.	
183	G5/C	744-746				Gewicht ist mir eigentlich egal. Aber wenn man sich im Spiegel anschaut! Man kann ja auch 70 Kilo wiegen, aber eine gute Figur haben. Und es kommt darauf an, wie du aussiehst. Gewicht spielt nicht so eine wichtige Rolle. Finde ich.	
184	G5/C	750-751				Und wenn man sich dann gut fühlt, dann ist es egal, wie viel man wiegt oder ein bisschen Speck an den Hüften hat.	
185	G3/G	613 619			negativ	Sie hat oft Komplexe. (...) Dass du abnehmen musst, obwohl du eh /.	
186	G5/D	1103-1104				Das Einzige, das ich traurig finde, ist, dass es in der Gesellschaft so Schönheitsideale gibt, und dass sich viele Mädchen da dran halten.	
187	G5/D	1113-1119				(...) zum Beispiel meine beste Freundin ist übergewichtiger und wurde dann früher gemobbt, weil andere das Schönheitsideal verfolgen, und sie aber dem nicht entspricht. Sie wurde deswegen gemobbt und fühlte sich dann total unsicher (...).	
188	G1/A	231			Vorbilder	Stars (–)	I: Und wo orientiert ihr euch da? Stars? Nein.

Kategorienschema

189	G1/B	233	K8 Aussehen	Vorbilder	Stars (–)	Stars, nein.
190	G1/E	237				Mir ist es egal, wie jemand aussieht. Hauptsache, jeder mag sich selbst.
191	G2/E	590-591			Stars (+)	Die Vorbilder kommen von den Leuten, die das begonnen haben. Die diese Bewegung begonnen haben. Die die Besten in dieser Sportart sind.
192	G2/B	593				Die Bodybuilder zum Beispiel.
193	G2/E	595-596				Fitness-Models, Bodybuilder, Sportler; Zum Beispiel beim Basketball Michael Jordan, beim Fußball Messi, Ronaldo.
194	G2/B	1186				Es macht einen ehrgeizig. Man will auch so sein.
195	G3/B ₂	1412-1413			Models	Ja, jeder sagt das immer: Du sollst dich wohlfühlen. Warum gibt es dann keine dicken Models? Warum gibt es keine Models mit schiefer Nase?
196	G3/B ₂	1425-1426				Aber es gibt keine normalen! Es gibt ein Schönheitsideal und dem laufen alle hinterher.
197	G1/B	264			Peer-Group	Ja, von den Freunden.
198	G2/A	551-554				Ja, das wollte ich sagen. Zum Beispiel hat man Freunde, die vom Körper her gut aussehen, oder man sieht zum Beispiel auf Facebook sehr viele Leute, die einfach so gut gebaut sind, dann will man selbst mal in ein Fitnessstudio gehen und es selbst probieren.
199	G2/A	573-572				Also am meisten im echten Leben. Wenn man draußen auf der Straße ist, oder im Fitness sieht man auch sehr viele Leute und man denkt sich, man will das auch.
200	G5/D	765-767				Also ich finde ihre Figur normal und sie findet, sie ist ein bisschen übergewichtig. Also sie mag ihre Figur nicht so sehr, was ich mir nicht vorstellen kann, weil ich ihre Figur gut finde.
201	G5/C	775-776				Ja, sie sagt manchmal, ich bin fatter geworden. Da sage ich dann, wo bist du fatter geworden? Sie wiegt gar nichts! Und wenn du fett bist, was bin ich dann?
202	G2/A	551-554			Facebook	Zum Beispiel hat man Freunde, die vom Körper her gut aussehen, oder man sieht zum Beispiel auf Facebook sehr viele Leute, die einfach so gut gebaut sind, dann will man selbst mal in ein Fitnessstudio gehen und es selbst probieren.

Kategorienschema

203	G2/E	1261-1265	K8 Aussehen	Vorbilder	YouTube	Man nimmt sich diese Beispiele, diese Vorbilder: Zum Beispiel schaue ich mir viel YouTube an. Und jeder YouTube, der einen Fitness-bezogenen YouTube-Kanal hat und führt und diesen Lifestyle lebt, der benutzt sie. Er macht das mit Leidenschaft. Wenn man sich solche Leute anschaut, dann bekommt man auch die Motivation dafür, aufzubauen, und dann macht man das auch.
204	G1/D	281-283			WeChat	Also ich habe so eine App, so wie Facebook, man postet etwas und vielleicht interessiert es irgendwen, keine Ahnung, und der schaut es.
205	G1/A	224		Auswirkung	Ernährung	I: Gehört das Aussehen auch [zur Gesundheit] dazu? Natürlich.
206	G5/A	440-441				(...) eigentlich hat Aussehen für mich schon mehr etwas mit Styling zu tun als mit gesunder Ernährung.
207	G5/C	445-446				Aber man versucht sich ja gut zu ernähren, damit man ein gutes Aussehen hat. Zum Beispiel, wenn man sich schlecht ernährt oder so, bekommt man mehr Pickel
208	G5/C	450-451				(...) oder man ist müde, oder man bekommt ein bisschen Speck an den Hüften. Oder so halt.
209	G5/D	461-465				Bei mir ist das aber auch so: Ich habe jetzt die letzten Tage total ungesund gegessen und ich merke schon langsam, meine Haut wird wieder ein bisschen unreiner und dann fühle ich mich auch ein bisschen unwohler.

Kategorienschema

K9 Gesundheits-/Fitness-Apps			Bekanntheit	allgemein	Ich hatte ur-viele, ich wusste nicht was das ist, ich hab dann auch alles /. Es gibt so eine Gesundheits-App. Da kann man eintippen, was man alles gegessen hat und so. Man gibt sein Essen ein und das Programm wertet dann aus, wie viele Kalorien das insgesamt hat, und da steht dann, wie viel einer zu sich nehmen darf. Ich kenne eine App, aber ich weiß nicht genau, wie sie heißt. Da ist es so: Da stellen Leute zum Beispiel, also machen Fotos, wenn sie Sport gemacht haben, oder wenn sie etwas Gesundes gegessen haben. Ja, es gibt zum Beispiel auch so eine App, das kannst du dir so am Arm hingeben, da gibt es auch so Sachen zu kaufen. Und dann ist es so wie ein Impulsmesser: Es sagt, wie lange du gerannt bist und wie viel Puls du hast. Runtastic I: Ah, kennt ihr die Runtastic? Ein Jugendlicher nickt. Oder es gibt auch, keine Ahnung, Runtastic. Das zeigt wie viele Kilometer man gelaufen ist und wie viele Kalorien man verbraucht hat. Und wie viele Stunden man gelaufen ist. Sleep Better I: Sleep Better. Kennt das wer? Nie gehört.
			Wirkung/Funktion	Ernährung	Ja, zum Beispiel habe ich eine App, die heißt MyFitnessPal. Von jedem Essen, das einen Barcode hat, kann man den einscannen und es rechnet dann die Kalorien und die Nahrungsverteilung aus, also wie viel Protein, Kohlehydrate und Fette das hat. Man kann auch buchen, wie viel Wasser man am Tag trinkt. (...) Man gibt dann immer ein, was man isst und das zeigt dann an, wie viele Kalorien man an diesem Tag noch zu sich nehmen kann. Und dann habe ich noch eine, da kommt jede zehn Minuten „Wasser trinken, Wasser trinken“ Weil ich abnehmen wollte.
				Fitness	Zum Beispiel Schritzzähler: Das gibt's für Samsung. Am Abend, wenn man ins Bett geht, schaut man schon nach.

Kategorienschema

231	G2/E	799-801	K9 Gesundheits-/Fitness-Apps	Wirkung/Funktion	Fitness	Ja, man setzt sich als Ziel, zum Beispiel: Man kann sich zehntausend Schritte für den Tag als Ziel setzen.
232	G3/B	764-765				Dort kann man so reingeben, was man an dem Tag gemacht hat, und das sagt dann ungefähr, wie viel man noch machen soll oder wie viel man noch machen darf.
233	G3/D	834-835				Zum Beispiel, du gibst ein, wie viel du läufst, und du muss irgendwas einschalten im Handy, ich kann mich nicht mehr erinnern.
234	G4/C	203-204				Also ich habe es einmal versucht: Bauchübungen und halt Training so wie Kniebeugen für den Hintern.
235	G4/C	409-411				Ja, also es war eine 30-Tage-Challenge.
236	G3/D	856-858	Nutzung	positiv		Ich finde, das war wirklich ur-gut. Und wenn du zum Beispiel aufhören willst, also das beenden, dann kommt immer so ein Text: du sollst nicht aufgegeben und so. Ich finde das war schon gut.
237	G4/C	433-435				(...) Es gibt aber auch Gute! Wo die Erklärung in Bilder da ist, wie man es machen muss, wie es eigentlich richtig gehört.
238	G4/D	550				Um gesund zu sein.
239	G4/C	552				Um einen guten Körper zu haben.
240	G4/A	559				Das ist die beste Möglichkeit, wie man abnehmen kann.
241	G5/D	714-718				Also ich finde die App gut. Ich habe Workouts gemacht, und es wird gut erklärt, wie man es macht, wie man es auch richtig macht.
242	G1/C	383			neutral	Nein. Ich verwende überhaupt keine Apps.
243	G1/E	423				Aber nicht mit einer App (Anm.: Diät).
244	G1/D	430				I: Hast du so etwas schon einmal gemacht? Nein. Ich habe gesehen, wie man das macht.
245	G2/E	1269				Ich habe die Motivation und dann ist sie wieder weg.
246	G3/A	1034-1035				Aber auch nicht so jetzt, die ist halt da, aber keine Ahnung, ich schau nicht wirklich drauf, meine Freunde jetzt auch nicht wirklich.
247	G4/D	199				Nein, ich habe das noch nicht probiert.
248	G1/C	435				Das ist unnötig.

Kategorienschema

K9 Gesundheits-/Fitness-Apps			Nutzung	negativ	
249	G1/A	441			(...) man weiß ja, was man am Tag gegessen hat.
250	G1/D	529			Unnötig.
251	G2/E	1125-1126			Ja, es gab so eine Phase, wo ich das wirklich gemacht habe, aber dann hatte ich keine Lust mehr und dann habe ich aufgehört, das zu machen. (...) weil es zu viel Aufwand!.
252	G3/B	749			Keine Ahnung, es war zu viel Arbeit.
253	G3/D	805-806			Nein, ich habe sie gehabt aber sie war ur-blöd, das war auf Englisch, das war ur-nicht-hilfreich, ich habe es dann nach zehn Minuten gelöscht.
254	G3/G	814			Ich habe nur durchgeschaut, was die alles kann, und das war Blödsinn.
255	G3/G	823			Ja, ich hab keine Zeit.
256	G3/D	843-846			(...) Und das habe ich probiert, ich finde es irgendwie gut, aber zum Beispiel: du machst jetzt zehn Situps, Dann musste ich immer eines machen, und dann muss ich auf eins drücken, also ich hab schon eins gemacht, das zweite ist das zweite, und das irgendwie genervt.
257	G3/A	1070-1074			Aber jetzt Schrittzähler und Fitness und Diäten, ich glaub das hat jeder anders. (...) Weil wir haben einfach keine Zeit, um irgendwelche Sachen auf dem Handy zu spielen, weil wir eh die ganze Zeit zusammen sind und was zusammen machen. Ich weiß nicht, solche Diät-Apps, ich halte nicht wirklich viel davon.
258	G3/A	1143-1149			Dafür braucht man wirklich kein App mehr; du gehst einfach hin und dir wird das gesagt.
259	G3/E	1159-1160			Man muss aber auch nicht solche Apps haben. Man kann auch, wenn man Laufen gehen will, in ein Fitnessstudio gehen und fragen (...).
260	G3/B	1167			Es interessiert die meisten eigentlich nicht.
261	G3/B	1171			Oder vielleicht, weil es anstrengend ist.
262	G4/D	429			Einfach weil das mit den Daten war einfach zu kompliziert.
263	G4/C	588-590			Wenn ich zu Beispiel Urlaub bin, und ich dann keinen WLAN Zugang, also keinen Internet Zugang habe, und die App dann ohne Internet nicht geht, dann %nützt sie nichts!.
264	G2/B	1059	Anzahl	Eine	Ich habe nur eine.

Kategorienschema

265	G2/A	1072	K9 Gesundheits-/Fitness-Apps	Anzahl	Eine	Ich habe nur Runtastic.	
266	G2/B	1087					Ich habe zum Beispiel das: Sleep Better. Das benütze ich sogar, aber beim alten Handy.
267	G2/C	1061			keine	Gelöscht.	
268	G2/E	1067-1068			zwei, drei Stück	Ich habe eine auf dem Handy normal, und eine habe ich herunter geladen und ich glaube noch eine. Also zwei, drei.	
269	G2/E	1278-1283		Intensität/Dauer	intensiv	Ich habe einen Freund, der das wirklich intensiv verwendet. Er will zunehmen und wenn er das nicht macht, wenn er das nicht trackt, wenn er nicht alles in Beobachtung hat, dann wird er nicht zunehmen. Wenn er das nicht macht, dann kann er seine Ziele nicht erreichen. Und aus diesem Grund macht er das.	
270	G3/B	741				zwei, drei Monate	Zwei, drei Monate.
271	G3/A	1040-1041				eine zeitlang	Ich hatte sie eine zeitlang, aber ich habe Speicher gebraucht, also musste ich sie löschen.
272	G3/B	1247-1248					Das sind diese Phasen, wo man glaubt, man will in einem Monat so ein Muskelpaket machen, dann bleibt man gleich dünn und dann macht man Schluss.
273	G1/B	356	K10 Smartphone	Nutzung	allgemein	I: Habt ihr auch Smartphones? Ja.	
274	G1/A	360					Wir haben Nokia.
275	G1/B	363				für Gesundheit	Eigentlich nicht.
276	G1/E	312-313	K11 Apple Watch	Bedeutung	positiv	(...) das ist einfach eine Uhr. Es gibt sie für Sport, für gutes Aussehen	
277	G1/C	340				negativ	Das ist unnötig.
278	G1/C	405	K12 Apps (allgemein)	Nutzung	Facebook	Ja, Facebook zum Beispiel.	
279	G1/B	407				WhatsApp.	WhatsApp.
280	G1/D	413				Facebook Messenger	Messenger.

Kategorienschema

281	G3/A	1064-1066	K12 Apps (allgemein)	Nutzung	YouTube Telegramm	Ich hab genau fünf Apps auf meinem Handy und das sind WhatsApp, YouTube, Telegramm (weil ich WhatsApp nicht mehr traue), Facebook und den Facebook Messenger, das sind meine fünf Apps, die verwende ich täglich.
282	G3/G	1085-1086				Tipico Live Score Flash Score
283	G1/A	455	K13 Tracking-Geräte	Nutzung	keine	I: Benutzt ihr externe Tracking-Geräte?
284	G1/E	479				Kopfhörer; Lautsprecher:
285	G1/C	481				Eigentlich nicht.
286	G5/B	693				Ach so, nein.
287	G2/B	883-886				Ja, ich weiß. Ich habe das eh einmal gesehen, aber ich brauche das nicht.
					aktiv	Ich hatte zum Beispiel Fußballschuhe, darunter war so ein Stick unter meinem Schuh. Und das hat berechnet, was ich so in einem Spiel geleistet habe.
288	G2/B	1211-1213				Aber nur wegen Fußball. Also ich musste das machen. Wir sind zu einem Camp nach Ungarn gefahren und unsere Leistungen mussten getestet werden, bevor die Meisterschaft angefangen hat.
289	G2/B	213	K14 Lifestyle	Aktivitäten	Laufen Yoga	Zum Beispiel das ist Lifestyle (Anm.: Laufen, Yoga).
290	G2/E	296			Sport	Ja, ja, wir sind alle Sportler.
291	G2/D	1636	K15 Eltern	Bedeutung	positiv	Mein Vater trainiert auf Masse.
292	G2/B	1638				Mein Vater zwingt mich Sport zu machen.
293	G2/E	1641				Die Eltern finden es auch wichtig, dass wir Sport betreiben.
294	G2/E	1665				Ja. Sie fördern uns, dass wir Sport machen.
295	G4/C	381				Nicht so. Also meine Mutter raucht.
296	G4/A	390				Die Eltern wissen schon, was für sie gut ist, aber sie machen es dann nicht.

Kategorienschema

K16 Peer-Group			Aktivitäten	gemeinsam	Sind die auch sportlich? Ja. Hast du auch einen sportlichen Freundeskreis? Ja, schon. Jeder macht, was er will. Meine Freundin geht eher so in Fitness-Center: Und ich mag Fitness-Center nicht so sehr, ich mache lieber mehr so einen Kampfsport oder einen Teamsport. Ich mache es alleine.
297	G1/C	586	Bedeutung	alleine	Also egal, was die Tätigkeit ist (...): nur die Leute sind wichtig, also mit wem man was macht. Es geht nicht um den Spaß, sondern es geht um mehr: Dass man mit Freunden unterwegs ist, die dich verstehen. Man versteht sonst nicht, was man macht. Das (Anm.: Aussehen der Freunde) beeindruckt einen Menschen und /// ja, es motiviert. Ja, es bewirkt wirklich Motivation. Wenn man sich viel bewegt, dann bewegt man sich auch unter anderen Menschen, die sich viel bewegen. Man sucht sich immer solche Freundeskreise. Ist das wichtig, was die Freundinnen da sagen und finden? Ja, schon. Nicht immer. Also man hat seine eigene Meinung, aber man möchte auch von den Freunden her /. Was einem jetzt gefällt oder nicht, das kann er selber entscheiden. Also zum Beispiel weiß ich eine Sache, aber ich frage sie zum Beispiel darüber, nur um ihre Meinung zu wissen. Ob ich bei diesem Thema falsch liege oder so.
298	G1/A	590			
299	G1/A	595			
300	G5/D	366-367			
301	G5/B	372			
302	G2/E	263-267			
303	G2/B	271-274			
304	G2/E	556-560			
305	G2/D	563			
306	G2/E	689-692			
307	G5/A	567	unwichtig		
308	G5/C	571-574			
K17 Datensicherheit			Datenabruf	Kenntnis	Ob ihr zum Beispiel wisst, ob Apps Daten von eurem Telefon abrufen können? Ja, das ist normal. Ja, sicher. Sie scannen dein Handy. Ja, Fotos auch.
309	G1/A	659			
310	G2/C	1450			
311	G2/A	1454			
312	G2/E	1456			

Kategorienschema

313	G3/A	1281	K17 Datensicherheit	Datenabruf	Kenntnis	<i>Ja, ich weiß es. Ich lese die Benützerbedingungen.</i>
314	G4/B	612				<i>Zum Beispiel gibt es manche, die fragen, ob sie auf die Kamera zugreifen darf.</i>
315	G5/D	995				I: Glaubst ihr, dass Apps Daten von eurem Smartphone abrufen können? Das steht ja auch.
316	G1/D	672				<i>Es ist eigentlich egal. Es ist auch nicht so [geheim].</i>
317	G2/B	1460-1461				<i>Mir ist es nicht egal. Aber man kann nichts machen.</i>
318	G2/E	1465-1467				<i>Zum Beispiel für so etwas, was man teilen möchte, zum Beispiel diese Kalorien, man kann nichts damit anfangen. Das interessiert keinen. Das kann dir keiner wegnehmen oder sich darüber lustig machen.</i>
319	G2/E	1472				<i>Ja, sollen sie ruhig machen.</i>
320	G3/B	1376				<i>Es gibt Sachen, über die rede ich nicht mal übers Handy.</i>
321	G3/A	1390				<i>(...) ich hab einfach keine Lust, dass irgendwer damit wirbt.</i>
322	G4/A	631				I: Gibt es Daten, wo ihr sagt, okay, das möchte ich auf keinen Fall, dass das im Internet ist? Fotos.
323	G5/C	1043-1044				<i>Überhaupt so Sachen, wo es so um Details geht. Das würd man nicht ins Internet stellen.</i>
324	G5/A	1053				I: Würdet ihr euer Gewicht online stellen? Nein.
325	G5/D	1057				<i>Das (Anm.: Gewicht) wäre mir egal.</i>
326	G5/B	1065				I: Deinen Trainingsplan zum Beispiel, würdest du den online stellen? Das ist eh nichts Schlimmes.
327	G5/C	1067-1068				<i>Aber wenn es um so Sachen privat geht, was einen angreifen würde, das würde man nicht ins Internet stellen.</i>
328	G1/E	689-691		Datenschutz-Bedingungen	Kenntnis	<i>Man ladet eine App herunter, zum Beispiel, und wenn die App das Mikrophon verwenden kann, dann fragt es erst. Also es braucht dann die Genehmigung.</i>
329	G1/B	687			Bedeutung	<i>Es liest nur meistens keiner!</i>
330	G2/A	1481				<i>Ja, schon, aber man schaut sie nicht an.</i>

Kategorienschema

331	G2/B	1521-1523	K17 Datensicherheit	Datenschutz-Bedingungen	Bedeutung	Wenn ich nicht akzeptiere, kann ich nichts herunter laden.
332	G3/B	1296				Ja, das lese ich mir nicht durch, das akzeptiere ich.
333	G3/A	1323				Ich glaube, wenn sie alle lesen würden, würde keiner mehr Apps verwenden!
334	G5/D	1007				Man muss sie akzeptieren.
335	G5/A	1011				I: Muss man sie auch lesen? Man sollte.
336	G2/B	811-812	K18 Vergleich	offline	mit sich selbst	Wenn man mehr Schritte hat, dann hat man einen neuen Rekord. Immer, immer mehr.
337	G2/E	835-836				Man könnte das veröffentlichten, aber man muss nicht. (...) Man kann das für sich alleine machen und nicht mit den anderen teilen.
338	G2/B	883-886				Und dieser Stick hat immer gerechnet, wie schnell mein Antrieb war oder wie schnell ich gebremst habe, wie ich mich halt gefühlt habe.
339	G2/E	918-919				Weil so kann man sehen, wie man sich verbessert, wie man sich steigern kann. Was man dafür machen kann. Wie viel man sich gesteigert hat.
340	G2/E	1295				Nein, er misst sich nicht mit anderen.
341	G2/C	818			mit den Peers	Meiner ist 54.000.
342	G2/A	930-931				Zum Beispiel wenn einer in Fitness geht und er kommt morgen in die Schule und sagt, er hat dreißig Kilo Bankdrücken gemacht.
343	G2/E	933-935				Aber das erzählt er nur den Leuten, die auch in ein Fitnessstudio gehen, weil die anderen interessiert das nicht, oder sie können nichts damit anfangen, weil das ist nicht ihre Sportart.
344	G2/B	1321				Ich kann das besser als er, zum Beispiel.
345	G2/A	1323-1324				Man denkt sich: Ich kann das besser machen. Ich werde das schaffen. Ich werde nicht aufgeben. Ich habe den Willen dazu. Wieso schaffen die anderen das und nicht ich?
346	G3/B	780				Wenn die auch das machen, kann man das schon vergleichen.
347	G5/C	1153-1158				(...) Aber ich finde es schlimm, wenn sich jemand mit jemand anderen vergleicht. Weil jeder ist anders! (...)

Kategorienschema

348	G2/C	847	K18 Vergleich	online	negativ	Wenn man zum Beispiel so etwas hochladen oder postet, dann denkt jeder: Angeber.	
349	G2/E	1355				Es interessiert nicht.	
350	G2/A	1357				Unnötig ist das.	
351	G5/D	894-897				positiv	Dann kann man sich mit anderen Leuten beraten. Und andere sagen auch: Was hast du alles gemacht, dass das so geworden ist? Man kann sich davon Tipps holen. Es gibt auch so Sportblogger, die das machen und dann sagen sie, was sie gegessen haben oder so, und was sie heute essen.
352	G5/D	1175-1181				Stars/Medien	negativ

Fragebogen zur Mediennutzung

[F 01] Besitzt du ein eigenes Handy?

ja ☐

nein ☐

[F 02] Wie viele Stunden pro Tag nutzt du dein Handy?

	0 - 1 Std.	2-3 Std.	4-5 Std.	6-7 Std.	mehr als 8 Stunden
Tägliche Zeit in Stunden (ungefähr)	☐	☐	☐	☐	☐
Weiß ich nicht, zu unregelmäßig					☐

[F 03] Wozu nutzt du hauptsächlich dein Handy?

(Mehrfachnennungen sind möglich)

telefonieren ☐

SMS/MMS ☐

fotografieren ☐

Videos sehen ☐

Musik hören ☐

Kalender/Adressbuch ☐

Spiele ☐

E-Mail schreiben ☐

Chats ☐

Instant Messaging ☐

Internet surfen ☐

Online Communities ☐

Twitter ☐

Zu etwas anderem, und zwar: _____ ☐

[F 04] Hast du Zugang zum Internet?

ja ☐

nein ☐

[F 05] Wie viele Stunden pro Tag bist du im Internet?

	0 - 1 Std.	2-3 Std.	4-5 Std.	6-7 Std.	mehr als 8 Stunden
Tägliche Zeit in Stunden (ungefähr)	☐	☐	☐	☐	☐
Weiß ich nicht, zu unregelmäßig					☐

[F 06] Was machst du hauptsächlich im Internet?

(Mehrfachnennungen sind möglich)

E-Mails senden ☐

Online Communities (Facebook etc.) nutzen ☐

Mich informieren ☐

Dinge einkaufen ☐

Gezielt nach etwas suchen ☐

Computerspiele ☐

Videos anschauen/herunterladen ☐

Musik herunterladen ☐

Einfach drauflossurfen ☐

Etwas anderes, und zwar: _____ ☐

[F 07] Wenn du bestimmte Informationen suchst, wo informierst du dich?

(Mehrfachnennungen sind möglich)

	Fernsehen	Radio	Zeitungen	Computer	Handy
Bildung, Forschung, Wissen	☐	☐	☐	☐	☐
Gesundheit, Fitness, Lifestyle	☐	☐	☐	☐	☐
Nachrichten	☐	☐	☐	☐	☐
Politik	☐	☐	☐	☐	☐
Reisen	☐	☐	☐	☐	☐
Sport	☐	☐	☐	☐	☐
Unterhaltung, Veranstaltungen	☐	☐	☐	☐	☐
Wetter	☐	☐	☐	☐	☐
Wirtschaft	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Themen, und zwar: _____	☐	☐	☐	☐	☐

[F 08] Für Informationen über Gesundheit, Fitness, Lifestyle im Internet nutze ich hauptsächlich..

(Mehrfachnennungen sind möglich)

... herkömmliche Webseiten ☐

... Social Media Portale (Facebook, Twitter etc.) ☐

... Youtube ☐

... Online-Communities, Diskussionsforen ☐

... Apps ☐

[F 09] Wie viele Apps – allgemein – hast du auf deinem Smartphone installiert?

Bitte wähle aus:

	1-5 Apps	6-10 Apps	11-20 Apps	21-39 Apps	40+ Apps
Ich habe	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe keine Apps					☐

[F 10] Wie viele Gesundheits-, Fitness-, Lifestyle-Apps hast du auf deinem Smartphone installiert?

Bitte wähle aus:

	1-3 Apps	4-6 Apps	7-10 Apps	11-14 Apps	15+ Apps
Ich habe	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe keine Apps					☐

Bitte nur ausfüllen, wenn du Gesundheits-, Fitness-, Lifestyle-Apps nutzt:

[F 11] Wie suchst du für dich geeignete Gesundheits-, Fitness-, Lifestyle-Apps aus?

(Mehrfachnennungen sind möglich)

Ich frage Fachleute, zum Beispiel Ärzt_innen, Fitnesstrainer_innen. ☐

Ich frage meine Freund_innen oder Bekannte. ☐

Ich frage meine Eltern/Lehr_innen. ☐

Ich informiere mich selbst im Internet. ☐

Ich suche im App-Store nach Stichworten. ☐

Ich folge den Empfehlungen der App-Stores. ☐

Ich orientiere mich an den Downloadraten. ☐

Ich achte auf die Bewertungen und Kommentare. ☐

Ich lade nur preiswerte oder kostenlose Apps. ☐

Ich lade nur Apps, die einen coolen Namen haben. ☐

Ich achte darauf, wer die App anbietet. ☐

Ich achte auf etwas anderes, und zwar: _____ ☐

Bitte nur ausfüllen, wenn du Gesundheits-, Fitness-, Lifestyle-Apps nutzt:

[F 12] Was macht für dich eine gute Gesundheits-, Fitness-, Lifestyle-App aus?

Bitte entscheide, in welchem Ausmaß die Aussage auf dich zutrifft oder nicht zutrifft.

Es gibt fünf verschiedene Antwortmöglichkeiten:
Die Aussage trifft völlig zu (1), trifft eher zu (2), unentschieden (3), trifft eher nicht zu (4) und trifft überhaupt nicht zu (5).

(1 = trifft völlig zu, 5 = trifft überhaupt nicht zu)

	1	2	3	4	5
Einfache Bedienbarkeit und gute Funktion	☐	☐	☐	☐	☐
Alle Informationen sind verständlich	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann erkennen, wer den Text verfasst hat	☐	☐	☐	☐	☐
Die Informationen sind aktuell	☐	☐	☐	☐	☐
Die Informationen stammen von Expert_innen	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Daten werden vertraulich behandelt	☐	☐	☐	☐	☐
Kontaktmöglichkeiten zur Verfasserin/ zum Verfasser sind vorhanden	☐	☐	☐	☐	☐
Das Icon sieht cool aus	☐	☐	☐	☐	☐
Man erkennt, wer die App finanziert (Werbung)	☐	☐	☐	☐	☐
Die App erklärt, wofür sie die erforderlichen Zugriffsrechte braucht	☐	☐	☐	☐	☐
Ein anderer Grund, und zwar: _____					

Bitte nur ausfüllen, wenn du Gesundheits-, Fitness-, Lifestyle-Apps nutzt:

[F 13] Gesundheits-, Fitness-, Lifestyle-Apps verwende ich...

Bitte entscheide, in welchem Ausmaß die Aussage auf dich zutrifft oder nicht zutrifft.

(1 = trifft völlig zu, 5 = trifft überhaupt nicht zu)

	1	2	3	4	5
...um sportlicher zu sein	☐	☐	☐	☐	☐
...zur besseren Bewältigung meines Alltags	☐	☐	☐	☐	☐
...um mich im Alltag wohler zu fühlen	☐	☐	☐	☐	☐
...um mich gesünder/bewusster zu ernähren	☐	☐	☐	☐	☐
...um mein Gewicht zu halten	☐	☐	☐	☐	☐
...zur Selbstkontrolle meiner persönlichen Fitness-/Gesundheitsdaten (Selftracking)	☐	☐	☐	☐	☐
...um mich mit anderen/mir selbst zu messen	☐	☐	☐	☐	☐
...zur Beratung mit Fachleuten	☐	☐	☐	☐	☐
...um positiv auf Gesundheit, Fitness, Lifestyle einzuwirken	☐	☐	☐	☐	☐
...um mich besser präsentieren zu können	☐	☐	☐	☐	☐
...zum Datenaustausch auf Plattformen	☐	☐	☐	☐	☐
...als Erinnerungsfunktion	☐	☐	☐	☐	☐
...nur zum Spaß	☐	☐	☐	☐	☐
...für etwas anderes, und zwar: _____					

[F 14] Welche Schwierigkeiten gibt es deiner Meinung nach beim Verwenden von Gesundheits-, Fitness-, Lifestyle-Apps?

Bitte entscheide, in welchem Ausmaß die Aussage auf dich zutrifft oder nicht zutrifft.

(1 = trifft völlig zu, 5 = trifft überhaupt nicht zu)

	1	2	3	4	5
Das Eintragen der Daten ist zu aufwendig	☐	☐	☐	☐	☐
Die Anwendung ist zu kompliziert	☐	☐	☐	☐	☐
Die Nutzung der Apps ist zu zeitintensiv	☐	☐	☐	☐	☐
Die User_innen haben Angst vor Datenmissbrauch	☐	☐	☐	☐	☐
Andere, und zwar: _____					

[F 15] Welche Maßnahmen würden deiner Meinung nach helfen, Gesundheits-, Fitness-, Lifestyle-Apps zu verbessern?

Bitte entscheide, in welchem Ausmaß die Aussage auf dich zutrifft oder nicht zutrifft.

(1 = trifft völlig zu, 5 = trifft überhaupt nicht zu)

	1	2	3	4	5
Festlegung einheitlicher Qualitätskriterien	☐	☐	☐	☐	☐
nur geprüfte Apps auf Google Play und App Store	☐	☐	☐	☐	☐
Kennzeichnung durch Qualitätssiegel	☐	☐	☐	☐	☐
Überprüfung durch offizielle Behörden	☐	☐	☐	☐	☐
mehr Datenschutz für die Nutzer_innen	☐	☐	☐	☐	☐
Gesundheits-/Fitness-Apps auf Rezept	☐	☐	☐	☐	☐
mehr Aufklärung/Information in Schulen	☐	☐	☐	☐	☐

[F 16] Wenn du nicht im Internet bist, was machst du gerne in deiner Freizeit?

Bitte nenne die Aktivitäten, die Du am häufigsten innerhalb einer Woche ausführst.
(Mehrfachnennungen sind möglich)

Musik machen	☐
Nichts tun, rumhängen, ausruhen	☐
Bücher lesen	☐
Ins Kino gehen	☐
Club/Party/Freunde/Jugendzentren besuchen	☐
Playstation/Computerspiele	☐
Sportliche Aktivitäten	☐
Tätigkeit in einem Verein	☐
Aktivitäten mit der Familie	☐
Shoppen	☐
Kreative, künstlerische Tätigkeiten	☐
Etwas anderes, und zwar: _____	

[F 17] Du bist...

... weiblich	☐
... männlich	☐

[F 18] Dein Alter...

... in Jahren	_____
---------------	-------

[F 19] Deine Nationalität

[F 20] Deine Ausbildung

Welche Schulform besuchst du?	_____
-------------------------------	-------

[F 21] Dein Wohnort

Bitte gib deine Postleitzahl und/oder deinen Wohnort an	_____
---	-------

Vielen Dank für deine Zeit und deine Offenheit! Du hilfst mit deinen Antworten, die Qualität von gesundheitsrelevanten Informationen und Angeboten für Jugendliche zu verbessern.

SPSS Auswertung Fragebogen [F 08]

Häufigkeiten

Statistiken					
		Informationssuche_Gesundheit_Webseiten	Informationssuche_Gesundheit_Social_Media	Informationssuche_Gesundheit_YouTube	Informationssuche_Gesundheit_Online_Community
N	Gültig	27	27	27	27
	Fehlend	0	0	0	0

Häufigkeitstabelle

Informationssuche_Gesundheit_Webseiten				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Ja	14	51,9	51,9
	Nein	13	48,1	100,0
	Gesamt	27	100,0	100,0

Informationssuche_Gesundheit_Social_Media				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Ja	14	51,9	51,9
	Nein	13	48,1	100,0
	Gesamt	27	100,0	100,0

Informationssuche_Gesundheit_YouTube				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Ja	23	85,2	85,2
	Nein	4	14,8	100,0
	Gesamt	27	100,0	100,0

Informationssuche_Gesundheit_Online_Community				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Ja	9	33,3	33,3
	Nein	18	66,7	100,0
	Gesamt	27	100,0	100,0

Informationssuche_Gesundheit_Apps				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Ja	10	37,0	37,0
	Nein	17	63,0	100,0
	Gesamt	27	100,0	100,0

SPSS Auswertung Fragebogen [F 09]

Häufigkeiten

Statistiken		
Menge_Apps_Allg		
N	Gültig	27
	Fehlend	0

Menge_Apps_Allg					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1-5 Apps	10	37,0	37,0	37,0
	6-10 Apps	7	25,9	25,9	63,0
	11-20 Apps	9	33,3	33,3	96,3
	21-39 Apps	1	3,7	3,7	100,0
	Gesamt	27	100,0	100,0	

SPSS Auswertung Fragebogen [F 10]

Häufigkeiten

Statistiken		
Menge_Apps_Gesundheit		
N	Gültig	27
	Fehlend	0

Menge_Apps_Gesundheit				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	1-3 Apps	9	33,3	33,3
	Keine	18	66,7	66,7
	Gesamt	27	100,0	100,0

Lebenslauf

Studium

seit März 2014	Magisterstudium Publizistik in Wien
	Masterstudium Gender Studies (Version 2013) in Wien
Okt 2011 – Feb 2014	Bakkalaureatsstudium Publizistik in Wien
	Schwerpunkte: feministische & historische Kommunikationsforschung

Schule

1986 – 1988	Werbeakademie
Juni 1986	AHS-Matura
1978 – 1986	Bundesrealgymnasium in Wien

Berufserfahrung

Sep 1988 – Juni 1989	Jugendmagazin Rennbahn-Express (Wien), Mitarbeit
Juli 1989 – Aug 1991	Magazin Basta (Wien), Assistentin der Art-Direction
Sept 1991 – Dez. 1994	Krone Bunt (Wien), Art-Direction
Jän. 1995 – Apr. 1999	Werbeagentur Headquarter (Wien), Art-Direction
seit 1999	selbstständige Grafikerin

Auslandspraktika

Okt. 1997	Sprachreise Eurocentres, Madrid, Spanien
Jän. 1999	Sprachreise Eurocentres, Buenos Aires, Argentinien

Kenntnisse

Deutsch (Muttersprache)
Französisch, Englisch und Spanisch – fließend in Wort und Schrift
Textverarbeitung
Microsoft Office, Photoshop, Indesign, Illustrator
SPSS

Zusammenfassung

Schlagwörter: Gesundheits-/Körperbewusstsein Jugendlicher | Nutzung Neuer Medien für Gesundheitsinformationen | Bedeutung von Smartphone/Apps für Jugendliche | Health Literacy

Hintergrund der Studie: Aktuelle Gesundheitskonzepte möchten Jugendliche aktiv zur Steuerung ihrer Gesundheit anleiten und sie zu einem gesundheitsfördernden Handeln motivieren. Das Smartphone und gesundheitsrelevante mobile Applikationen (Apps) sowie das Internet, als *die* Kommunikationsmedien Jugendlicher, müssen daher in Überlegungen zur Gestaltung gesundheitsrelevanter Inhalte für Heranwachsende einbezogen werden. Bisher fehlen zudem umfangreiche Studien zum Gesundheitsbewusstsein von Jugendlichen in Österreich.

Ziel der Studie: Das primäre Ziel der vorliegenden Arbeit ist ein Blick auf das Gesundheitsbewusstsein von Jugendlichen, um einerseits Einblicke in die Vorstellungen von Jugendlichen zum Thema Gesundheit, Fitness, Schönheit und Wohlbefinden zu erlangen, und um andererseits, gesundheitsrelevante Praktiken von Jugendlichen in Zusammenhang mit der Smartphone-Nutzung aus Sicht der beiden theoretischen Modelle *Social Comparison Theory* und *Sinus-Milieus* zu identifizieren. Mit den Befunden sollen Anforderungen an künftige effektive Gesundheitsbotschaften für Heranwachsende formuliert werden.

Methode: Die Haupterhebung besteht aus fünf Gruppendiskussionen mit insgesamt 27 Jugendlichen, die Anfang Juni 2015 an einer Wiener Schule mit Genehmigung des Wiener Stadtschulrates durchgeführt wurden. Ergänzt werden diese durch zwei Expert_innen-Interviews, die das Feld aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten, und das Forschungsgebiet systematisch erschließen sollen.

Ergebnisse: Die eigene Gesundheit hat im Leben junger Menschen kaum Bedeutung. Zentraler Motivator für gesundheitsrelevante Handlungen ist die Optimierung des äußeren Erscheinungsbildes. Zu Selbsteinschätzung vergleichen sich Jugendliche einerseits mit den Peers und andererseits mit erfolgreichen YouTuber_innen (*upward comparisons*). Das Smartphone und Apps spielen zwar grundsätzlich eine große Rolle im Leben von Heranwachsenden, jedoch sind die Botschaften zu komplex und/oder zu aufwendig, um Jugendliche zu erreichen und sie zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zu motivieren. Datenschutz und -sicherheit sind keine zentralen Themen für Heranwachsende.

Implikationen: Effiziente Gesundheitskommunikation sollte verstärkt jugendliche Perspektiven und Bedürfnisse berücksichtigen und sie auf ihrer Werteebene über ihr äußeres Erscheinungsbild adressieren. Die künftige Bedeutung gesundheitsrelevanter Apps für Heranwachsende muss anhand von Befunden aus anschließenden Studien diskutiert werden.

Abstract

Keywords: Health and body awareness of adolescents | use of new media to gain health information | importance of smartphones/apps for adolescents | health literacy

Background: Current health concepts aim to actively instruct adolescents in managing their health and motivate them to act in ways beneficial to their health. Smartphones, health-relevant mobile applications (apps) and the internet are acting as the main information sources for adolescents nowadays and therefore have to be considered when planning the design of health-relevant content for children and young adults. So far no comprehensive studies on the health awareness of adolescents in Austria have been conducted.

Purpose: The primary purpose of this paper is an overview of the health awareness of adolescents to gain insights into the views of adolescents regarding the topics health, fitness, beauty, and well-being and furthermore to identify health-relevant practices of adolescents in connection with smartphone usage from the viewpoint of both of the theoretical models of Social Comparison Theory and Sinus-Milieus. The findings shall then be used to devise requirements for effective health messages to adolescents in the future.

Methods: The main assessment consists of 5 group discussions with 27 adolescents in total conducted in early June 2015 in a Viennese school in accordance with the Vienna school board. Additionally two interviews with experts viewing the field from different perspectives have been conducted to systematically explore this field of studies.

Results: The own health has little to no meaning in the lives of young people. Central motivator for health-relevant actions is the optimization of the outward appearance. For self-evaluation adolescents compare themselves with their peers on one hand and successful YouTubers (*upward comparisons*) on the other hand. While smartphones and apps do play a substantially important part in their lives the messages used are too complex and/or extensive to reach adolescents and motivate them to act in health-beneficial ways. Data privacy and security are no major themes for adolescents.

Conclusions: Efficient health communication must take into consideration the perspectives and needs of adolescents and address them on their value level via their outward appearance. The future importance of health-relevant apps for adolescents must further be discussed using the results of subsequent studies.