



BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014



Impressum

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Gesundheit, Sektion III
Radetzkystraße 2, A-1030 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Priv.Doz.Dr. Pamela Rendi-Wagner, Leiterin der Sektion III, BMG

Titelbild: © Laurence Mouton/ Photo Alto /F1online

Durchführung der Studie und Autorinnen und Autoren:

Daniela Ramelow, Friedrich Teutsch, Felix Hofmann, Rosemarie Felder-Puig,
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research
Untere Donaustraße 47, A-1020 Wien, office@lbihpr.lbg.ac.at

Druck:

Kopierstelle des BMG

Bestellmöglichkeiten:

Telefon: +43-0810/818164 (Ortstarif)

Internet: www.bmg.gv.at

ISBN: 978-3-902611-89-5

Erscheinungsjahr: 2015

© Alle Rechte vorbehalten, jede Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig.

Vorwort

Zu Recht steht die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zunehmend im Zentrum der gesundheitspolitischen Diskussion. Denn obwohl diese Altersgruppe die gesündeste in unserer Bevölkerung ist, wird immer wieder über die Zunahme von gesundheitlichen Störungen und gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen berichtet. Ähnlich wie bei den Erwachsenen ist auch bei Kindern und Jugendlichen ein (wenn auch weniger stark ausgeprägter) Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Situation (der Eltern) und der eigenen Gesundheit bzw. dem Gesundheitsverhalten zu erkennen.



Bild: BMG/Johannes Zinner

Da viele Lebensjahre aufgrund des Lebensstils verloren gehen, wirken die in der Kindheit entwickelten Verhaltensweisen prägend für Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter und haben somit weitreichende Auswirkungen für die Zukunft unserer Gesellschaft. Insbesondere können Alkohol- und Tabakkonsum sowie schlechte Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten identifiziert werden.

Daher ist es mir ein besonderes Anliegen, dass Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung bereits in der frühen Kindheit beginnen und im Schulalter fortgeführt werden.

Um den Entscheidungsträgern Grundlagen für entsprechende Maßnahmen und Strategien zu geben, sind Hintergrundinformationen erforderlich, wie sie durch wissenschaftliche Erhebungen gewonnen werden können. Die Health-Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie, die seit dem Schuljahr 1983/84 alle vier Jahre durchgeführt wird, ist eine der größten Kinder- und Jugendgesundheitsstudien in Europa und liefert nicht nur in Österreich, sondern auch international seit vielen Jahren wichtige Erkenntnisse über die gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen der heranwachsenden Generation.

In Österreich wird die HBSC-Erhebung unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO – Regionalbüro für Europa) vom Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research durchgeführt. Der nunmehr vorliegende Bericht, der auf den Daten der 9. WHO-HBSC-Erhebung im Jahr 2014 basiert, gibt wieder einen umfassenden Überblick über den Gesundheitszustand, das Gesundheits- und Risikoverhalten sowie die sozialen Determinanten von Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schülerinnen und Schüler. Erstmals erhoben wurde auch die Gesundheitskompetenz der 13 – 17-Jährigen, die einen großen Einfluss auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten hat.

Insgesamt sind die beobachteten Entwicklungen durchaus erfreulich. Besonders beim gesundheitsbezogenen Lebensstil von Kinder und Jugendlichen ist ein positiver Trend zu beobachten. Die Erhebung zeigt, dass wir in vielen Bereichen bereits auf einem guten Weg sind. Dafür wünsche ich mir im Interesse unserer Schülerinnen und Schüler und in Umsetzung des „Health in all Policies“-Ansatzes Verbündete in vielen Politikbereichen.



Dr.ⁱⁿ Sabine Oberhauser, MAS
Bundesministerin für Gesundheit

Inhalt

Vorwort.....	I
Zusammenfassung.....	7
Eckdaten zur Studie	7
Zentrale Ergebnisse	7
1 Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern	13
2 Die HBSC-Studie.....	14
3 Der Gesundheitszustand der österreichischen Schülerinnen und Schüler	17
3.1 Subjektiver Gesundheitszustand	17
3.2 Lebenszufriedenheit	19
3.3 Beschwerdelast.....	21
3.4 Body Mass Index und Körperwahrnehmung.....	23
3.5 Zahngesundheit	28
3.6 Gesundheitskompetenz („Health Literacy“)... ..	29
4 Gesundheits- und Risikoverhalten.....	33
4.1 Bewegung und sitzendes Freizeitverhalten.....	34
4.2 Ernährung	38
4.3 Konsum psychoaktiver Substanzen	45
4.4 Gewalt.....	50
4.5 Sexualität und Verhütung.....	54
5 Soziale Determinanten der Gesundheit	57
5.1 Gesprächsklima in der Familie.....	58
5.2 Soziale Unterstützung durch Freundinnen und Freunde	62
5.3 Die Rolle der Schule.....	66
5.4 Sozioökonomische und ethnisch-kulturelle Determinanten.....	75
6 Trends in der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten	87
6.1 Die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler im Trend	88

6.2 Das Gesundheits- und Risikoverhalten der Schülerinnen und Schüler im Trend.....	91
Diskussion.....	98
Literatur.....	103
Anhang A.....	117
Anhang B.....	119

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Das österreichische Sample des 9. HBSC-Survey.....	16
Tabelle 2: BMI-Grenzwerte für Übergewicht und Adipositas nach Cole et al. (2000).....	25
Tabelle 3: Ergebnisse aus der HBSC Health Literacy Befragung der 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen.....	31
Tabelle 4: Relativer Anteil der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, die die WHO-Empfehlung von körperlicher Aktivität im Ausmaß von mindestens 60 Minuten täglich erfüllt, nach Alter und Geschlecht.....	37
Tabelle 5: Eltern-Kind-Kommunikation und subjektive Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio).....	59
Tabelle 6: Eltern-Kind-Kommunikation und Ernährungsverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio).....	61
Tabelle 7: Eltern-Kind-Kommunikation und Konsum psychoaktiver Substanzen der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio).....	62
Tabelle 8: Soziale Unterstützung durch Freundinnen bzw. Freunde und subjektive Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio).....	63
Tabelle 9: Soziale Unterstützung durch Freundinnen bzw. Freunde und Ernährungsverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio).....	65
Tabelle 10: Soziale Unterstützung durch Freundinnen bzw. Freunde und Konsum psychoaktiver Substanzen der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio).....	66
Tabelle 11: Schulische Faktoren und subjektive Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio).....	69
Tabelle 12: Schulische Faktoren und Ernährungsverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio).....	72
Tabelle 13: Schulische Faktoren und Konsum psychoaktiver Substanzen der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio).....	74
Tabelle 14: SES und subjektive Gesundheit der 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio, bei Kontrolle des beidseitigen Migrationshintergrundes).....	82

Tabelle 15: Migrationshintergrund und ausgezeichnete subjektive Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio, bei Kontrolle von FAS).....	82
Tabelle 16: Familienwohlstand und Ernährungsverhalten der 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratios, bei Kontrolle des beidseitigen Migrationshintergrundes).....	85
Tabelle 17: Familienwohlstand und Konsum psychoaktiver Substanzen bei 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n (Odds Ratios, bei Kontrolle des beidseitigen Migrationshintergrundes).....	85
Tabelle 18: Migrationshintergrund bzw. Umgangssprache und Ernährungsverhalten bei 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n (Odds Ratios, bei Kontrolle des Familienwohlstandes).....	86
Tabelle 19: Migrationshintergrund bzw. Umgangssprache und Konsum psychoaktiver Substanzen bei 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n (Odds Ratios, bei Kontrolle des Familienwohlstandes)	86

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Subjektiver Gesundheitszustand der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter	18
Abbildung 2: Ausgezeichnete Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	19
Abbildung 3: Mittlere Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	20
Abbildung 4: Mittlere Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	22
Abbildung 5: Prävalenz von einzelnen Beschwerden (mehrmals pro Woche oder täglich) der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen.....	23
Abbildung 6: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n im Selbstbericht, nach Alter und Geschlecht	26
Abbildung 7: Körperwahrnehmung der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	27
Abbildung 8: Diätverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	27
Abbildung 9: Mehrmals tägliches Zähneputzen der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	29
Abbildung 10: Tage und Stunden, in denen 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler/innen in den letzten 7 Tagen körperlich aktiv waren, nach Alter und Geschlecht.....	36
Abbildung 11: Stunden pro Tag, an denen 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler/innen sitzenden Freizeitaktivitäten nachgehen (Fernsehen, Computernutzung, Handy, u.Ä.), nach Alter und Geschlecht	38
Abbildung 12: Obstkonsum der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	41
Abbildung 13: Gemüsekonsum der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	41

Abbildung 14: Süßigkeitenkonsum der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	42
Abbildung 15: Konsum süßer Limonaden bei 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	42
Abbildung 16: Konsum von Pizza, Burger & Co. der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	43
Abbildung 17: An wie vielen Schultagen in der Woche 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler/innen frühstücken, nach Alter und Geschlecht	43
Abbildung 18: Wie oft pro Woche 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler/innen mit Mutter und/oder Vater frühstücken, nach Alter und Geschlecht	44
Abbildung 19: Wie oft pro Woche 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler/innen mit Mutter und/oder Vater zu Abend essen, nach Alter und Geschlecht	44
Abbildung 20: Raucherstatus der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	47
Abbildung 21: Häufigkeit des Alkoholkonsums der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	48
Abbildung 22: Erfahrung von Betrunkenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	49
Abbildung 23: Cannabiskonsum der 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Geschlecht	49
Abbildung 24: Beteiligung an Raufereien der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, in den letzten 12 Monaten, nach Alter und Geschlecht.....	52
Abbildung 25: Beteiligung an Bullying von Mitschüler/inne/n der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, in den letzten paar Monaten, nach Alter und Geschlecht.....	52
Abbildung 26: Opfer von Bullying-Attacken bei 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n, in den letzten paar Monaten, nach Alter und Geschlecht	53
Abbildung 27: Verteilung der Opfer-Täter-Typologie bei 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n, nach Alter und Geschlecht	53
Abbildung 28: Verhütungsmethoden der 15- und 17-jährigen Schüler/innen beim letzten Geschlechtsverkehr, nach Geschlecht.....	56
Abbildung 29: Eltern-Kind-Kommunikation und Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen	59
Abbildung 30: Eltern-Kind-Kommunikation und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen	60
Abbildung 31: Eltern-Kind-Kommunikation und körperliche Aktivität (in Tagen pro Woche) der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen.....	61
Abbildung 32: Soziale Unterstützung durch Freundinnen bzw. Freunde und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen	64

Abbildung 33: Soziale Unterstützung durch Freundinnen bzw. Freunde und Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen.....	64
Abbildung 34: Soziale Unterstützung durch Freundinnen bzw. Freunde und körperliche Aktivität (in Tagen pro Woche) der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen	65
Abbildung 35: Soziale Unterstützung durch Freundinnen bzw. Freunde und sitzendes Freizeitverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (in Stunden pro Woche)	66
Abbildung 36: Qualität der schulischen Beziehungen und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen	70
Abbildung 37: Schulische Faktoren und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen	70
Abbildung 38: Qualität der schulischen Beziehungen und Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen	71
Abbildung 39: Schulische Faktoren und Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen	71
Abbildung 40: Qualität der schulischen Beziehungen und körperlichen Aktivität (in Tagen pro Woche) der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen.....	72
Abbildung 41: Schulische Faktoren und körperliche Aktivität (in Tagen pro Woche) der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen.....	73
Abbildung 42: Qualität der schulischen Beziehungen und sitzendes Freizeitverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (in Stunden pro Woche)	73
Abbildung 43: Schulische Faktoren und sitzendes Freizeitverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (in Stunden pro Woche).....	74
Abbildung 44: Familienwohlstand der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht.....	77
Abbildung 45: Finanzielle Situation der Familie nach Einschätzung der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht.....	78
Abbildung 46: Umgangssprache der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht.....	80
Abbildung 47: Beidseitiger Migrationshintergrund bei 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n, nach Alter und Geschlecht.....	81
Abbildung 48: Familienwohlstand, Migrationshintergrund und Beschwerdelast bei 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n.....	83
Abbildung 49: Familienwohlstand, Migrationshintergrund und Lebenszufriedenheit bei 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n.....	83
Abbildung 50: Familienwohlstand und körperliche Aktivität (in Tagen pro Woche) bei 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n.....	84

Abbildung 51: Familienwohlstand und sitzendes Freizeitverhalten von 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n (in Stunden pro Woche)	85
Abbildung 52: Ausgezeichneter subjektiver Gesundheitszustand der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 2002, nach Geschlecht	88
Abbildung 53: Mittlere Beschwerdelast der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 1994, nach Alter	89
Abbildung 54: Relativer Anteil an übergewichtigen oder adipösen 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/inne/n, seit 1998, nach Geschlecht.....	89
Abbildung 55: Körperwahrnehmung „ungefähr das richtige Gewicht“ bei 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/inne/n, seit 2002, nach Alter.....	90
Abbildung 56: Diät oder andere Methode der Gewichtsreduktion bei 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/inne/n, seit 2002, nach Alter.....	91
Abbildung 57: Täglicher Obstkonsum der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 2002	91
Abbildung 58: Täglicher Gemüsekonsum der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 2002, nach Geschlecht	92
Abbildung 59: Täglicher Konsum von Süßigkeiten der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 2002	92
Abbildung 60: Täglicher Limonadenkonsum der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 2002, nach Alter	93
Abbildung 61: Wie viele der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen an Schultagen täglich frühstücken, seit 2002	93
Abbildung 62: Körperliche Aktivität (in Tagen pro Woche) der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 2002	94
Abbildung 63: Raucherstatus der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 1994, nach Geschlecht...	94
Abbildung 64: Wöchentlicher Alkoholkonsum unter 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/inne/n, seit 1994, nach Alter	95
Abbildung 65: Bullying-Opfer, zumindest mehrmals pro Monat, unter 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/inne/n, seit 2002	96
Abbildung 66: Bullying-Wiederholungs-Täter/innen, zumindest mehrmals pro Monat, unter 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/inne/n, seit 2002.....	96
Abbildung 67: Beteiligung an Raufereien, mindestens einmal im letzten Jahr, unter 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/inne/n, seit 2002, nach Alter	97

Zusammenfassung

Eckdaten zur Studie

Erhebungszeitraum der HBSC-Studie	Schuljahr 2013/14
Erhebungszeitraum in Österreich	Jänner bis Juli 2014
Population	11-, 13-, 15- und 17-jährige Schülerinnen und Schüler
Erhebungsinstrument	Selbstaufüllerfragebogen (schriftlich und online)
Stichprobe	Zufallsstichprobe aller österreichischen Schulklassen der 5., 7., 9. und 11. Schulstufe (außer sonder- und heilpädagogische Einrichtungen), quotiert nach Alter, Geschlecht, Schultyp und Bundesland; repräsentativ für die Gesamtpopulation der gleichaltrigen österreichischen Schülerinnen und Schüler
Stichprobengröße	5.983 Schülerinnen und Schüler teilgenommen, ausgewertet: 5.617
Teilnahmerate	ca. 65%

Eckdaten zur Studie

Zentrale Ergebnisse

Gesundheitszustand

- 37,3% der Schülerinnen und Schüler bezeichnen ihre Gesundheit als ausgezeichnet und weitere 49,0% als gut.
- Die durchschnittliche Lebenszufriedenheit ist hoch und liegt bei 7,8 auf einer Skala von 0 bis 10.
- Die durchschnittliche Beschwerdelast liegt bei 35,95 auf einer Skala von 0 (keinerlei Beschwerden) bis 100 (höchstmögliche Beschwerdelast).
- Von acht abgefragten physischen und psychischen Beschwerden geben die Schülerinnen und Schüler am häufigsten an, unter Gereiztheit bzw. schlechter Laune und an Einschlafschwierigkeiten zu leiden.
- Wie in den vergangenen HBSC-Erhebungen, sind auch im Jahr 2014 das Alter und das Geschlecht der Schülerinnen und Schüler signifikante Einflussgrößen auf ihren subjektiven Gesundheitszustand, ihre Lebenszufriedenheit und die Beschwerdelast.
- Rund 15% der Kinder und Jugendlichen fühlen sich zu dünn und 39% zu dick.
- Den selbstberichteten Angaben zu Körpergröße und -gewicht zufolge sind jedoch nur rund 15% als übergewichtig oder adipös einzustufen.
- Ca. 37% meinen, abnehmen zu müssen bzw. sind deshalb gerade auf Diät.

zentrale Ergebnisse zum subjektiven Gesundheitszustand der Schüler/innen

- 76,6% der Schülerinnen und Schüler geben an, sich mehrmals täglich die Zähne zu putzen.
- 13- bis 17-jährige Jugendliche zeigen in Bezug auf psychische Probleme relativ wenig Gesundheitskompetenz, während z.B. ihr Verständnis für die Wichtigkeit eines gesunden Lebensstils oder für ärztliche Anweisungen relativ gut ausgeprägt ist.

Gesundheits- und Risikoverhalten

zentrale Ergebnisse zum Gesundheits- und Risikoverhalten der Schüler/innen

- Weniger als ein Fünftel (17,4%) scheinen sich an die WHO-Bewegungsempfehlung von täglicher körperlicher Aktivität im Ausmaß von mindestens 60 Minuten zu halten.
- Berücksichtigt man auch die jeweilige Dauer der täglichen körperlichen Aktivität, ergeben sich durchschnittlich 4,8 Stunden pro Woche. Bei dieser Berechnungsform zeigt sich ein wesentlich geringerer Alterseffekt als bei der WHO-Bewegungsempfehlung für Kinder und Jugendliche.
- Die Schülerinnen und Schüler geben an, rund 5,4 Stunden täglich an Schultagen und 7,5 Stunden an schulfreien Tagen mit sitzendem Freizeitverhalten vor dem Fernseher, Computer, am Handy o.Ä. zu verbringen.
- 43,8% bzw. 30,6% geben an, täglich Obst bzw. Gemüse zu essen. Beides ist bei Mädchen beliebter als bei Burschen.
- 27,9% berichten, täglich Süßigkeiten zu essen. Mädchen sind davon etwas häufiger betroffen als Burschen.
- Ca. 16% geben an, täglich zuckerhaltige Limonaden (Softdrinks) zu trinken, davon deutlich mehr Burschen als Mädchen.
- Ungefähr die Hälfte der Schülerinnen und Schüler berichten, unter der Woche täglich zu frühstücken, während ein Drittel immer ohne Frühstück das Haus verlässt.
- Gemeinsame tägliche Mahlzeiten in der Familie werden laut Angaben der Schülerinnen und Schüler zu 21% in der Früh und zu 36% am Abend eingenommen.
- Rund 16% der Schülerinnen und Schüler aller Altersgruppen zählen sich selbst zu der Gruppe der täglichen oder gelegentlichen Raucherinnen/Raucher.
- Ca. 10% der 15-Jährigen und 16% der 17-Jährigen geben an, täglich zu rauchen.
- 53% der 17-jährigen Burschen und 33% der 17-jährigen Mädchen berichten, zumindest wöchentlich alkoholhaltige Getränke zu trinken.

- Rund 6% der Schülerinnen und Schüler ab 15 Jahren haben nach eigenen Angaben in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Cannabis konsumiert.
- Rund 30% der Kinder und Jugendlichen nennen im letzten Jahr mindestens eine Rauferei, an der sie beteiligt waren.
- 35,0% beteiligten sich laut Selbstbericht in den letzten paar Monaten zumindest einmal am Schikanieren bzw. Bullying von Mitschülerinnen oder Mitschülern. 32,5% berichten, zumindest einmal Opfer von Bullying-Attacken geworden zu sein.
- Wiederholtem Bullying waren nach eigenen Angaben 14,1% der Schülerinnen und Schüler ausgesetzt. 13,2% der Mädchen und Burschen wiederum sind Bullying-Wiederholungs-Täter/innen.
- Über 7,2% der Schülerinnen und Schüler wurden nach eigenen Angaben beleidigende Nachrichten über verschiedene Medien verbreitet und von 4,5% wurden peinliche Fotos aufgenommen und ins Netz gestellt (Cyberbullying).
- Rund 6% der 15- und 17-Jährigen, die angeben, bereits Geschlechtsverkehr gehabt zu haben, berichten, beim letzten Mal nicht verhütet zu haben. Die anderen Jugendlichen nennen vor allem das Kondom und/oder die Antibabypille als die Verhütungsmethode ihrer Wahl.

Soziale Determinanten von Gesundheit

- Bei einer guten Gesprächsbasis zu den Eltern weisen Schülerinnen und Schüler ein signifikant höheres Wohlbefinden (Variablen Gesundheitsstatus, Beschwerdelast und Lebenszufriedenheit) auf. Auf das Gesundheitsverhalten hat das familiäre Gesprächsklima nur teilweise Einfluss, am stärksten noch in Bezug auf Tabak- und Alkoholkonsum.
- Auch die wahrgenommene Unterstützung im Freundeskreis leistet einen Beitrag dazu, dass sich Kinder und Jugendliche gesund und wohl fühlen. Auf den Konsum psychoaktiver Substanzen hat diese jedoch keinen Einfluss.
- Jeder/m Fünften gefällt es in der Schule nicht, rund ein Viertel fühlt sich von der Schule stark belastet.
- Schulische Faktoren spielen eine große Rolle für das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen. Alle schulischen Variablen weisen einen starken Zusammenhang mit der Bewertung der subjektiven Gesundheit auf und spielen auch bei der Lebenszufriedenheit eine große Rolle.
- Auch das Gesundheitsverhalten hängt z.T. mit diesen zusammen. So ist etwa eine als stark empfundene schulische Belastung mit geringerer körperlicher Aktivität assoziiert. Schülerinnen und Schüler mit schlechten Schulleistungen verbringen mehr Zeit mit Fernsehen, Computer

zentrale Ergebnisse zu sozialen Determinanten der Gesundheit der Schüler/innen

spielen u.Ä. Der Tabak- und Alkoholkonsum ist stärker bei jenen Schülerinnen und Schülern ausgeprägt, für die die Schule nicht so positiv besetzt ist.

- Die soziale Lage wirkt, unabhängig von einem vorhandenen Migrationshintergrund, vor allem auf Variablen des Wohlbefindens, während sich bei bestimmten Variablen des Gesundheitsverhaltens stärker kulturelle bzw. religiöse Unterschiede manifestieren. So zeigen Jugendliche mit Migrationshintergrund zwar ein weniger gesundes Ernährungsverhalten, rauchen dafür aber seltener und konsumieren v.a. wenig bis gar keinen Alkohol.

Entwicklungen in der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten

zentrale Ergebnisse zur Entwicklung der subjektiven Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens der Schüler/innen

- Bei den Ergebnissen zum subjektiven Gesundheitszustand ist kein eindeutiger Trend seit 2002 beobachtbar.
- Die Beschwerdelast ist zwischen 1994 und 2006 kontinuierlich gesunken und steigt seitdem wieder an. Diese Entwicklung ist unabhängig von Alter und Geschlecht.
- Der Anteil an übergewichtigen oder adipösen Schülerinnen und Schülern ist laut Selbstbericht seit 1998 bei beiden Geschlechtern gestiegen. Seit 2010 sind die Prävalenzen allerdings nahezu gleich geblieben.
- Seit 2002 geben immer weniger 11- bis 15-Jährige an, genau das richtige Gewicht zu haben.
- Österreichische Schülerinnen und Schüler berichten immer öfter, täglich Obst zu essen. Taten dies 2006 noch ca. ein Drittel aller 11- bis 15-Jährigen, so ist es nun etwa die Hälfte.
- Auch der tägliche Gemüsekonsum ist seit 2006 kontinuierlich im Steigen begriffen. Dies trifft auf beide Geschlechter zu, obwohl zu allen Zeitpunkten Mädchen, absolut gesehen, öfter davon berichten, Gemüse zu sich zu nehmen, als Burschen.
- Der selbstberichtete tägliche Konsum von Süßigkeiten ist seit 2002 leicht gestiegen, wenn auch in geringerem Ausmaß als der Konsum von Obst und Gemüse.
- Der selbstberichtete tägliche Konsum von süßen Limonaden war zwischen 2002 und 2010 konstant und ist seitdem stark gesunken, am deutlichsten bei den 15-Jährigen.
- An der relativen Anzahl an Schülerinnen und Schülern, die angeben, unter der Woche täglich zu frühstücken, hat sich seit 2002 kaum etwas geändert; sie liegt zwischen 50% und 60%.

- 11- bis 15-jährige Schülerinnen und Schüler berichten seit 2002 relativ konstant, durchschnittlich 4 bis 4,5 Tage pro Woche im Ausmaß von mindestens einer Stunde täglich körperlich aktiv zu sein.
- Die Raucher/innenquote unter 11- bis 15-Jährigen im Selbstbericht ist seit 1998 um ca. die Hälfte gesunken.
- Ebenso zurückgegangen ist der selbstberichtete wöchentliche Alkoholkonsum in dieser Altersgruppe.
- Die Rate an Schülerinnen und Schülern, die nach eigenen Angaben in den letzten Monaten mehrmals Opfer von Bullying wurden, liegt seit 2002 bei ungefähr 15%; die Rate an Bullying-Wiederholungstäter/innen schwankt seitdem zwischen 13% und 18%.
- Die selbstberichtete Beteiligung an Raufereien ist seit 2002 vor allem bei 15-Jährigen rückläufig.

1 Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern

Kindheit und Jugend sind entscheidende Lebensphasen. In dieser Zeit werden Fähigkeiten und Verhaltensweisen erlernt, die für die späteren Lebensjahre von hoher Bedeutung sein können. Das betrifft auch die Gesundheitskompetenz und das Gesundheitsverhalten, die die Basis für einen gesunden Lebensstil darstellen (UCL Institute of Health Equity, 2013; BMG, 2013). Es besteht also allgemeiner Konsens, dass Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken bereits in frühen Jahren geprägt werden. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass der Erfolg von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen, auch in Hinblick auf ihr sozialkompensatorisches Potenzial, umso höher ist, je früher sie im Leben ansetzen (Lampert & Richter, 2009). Infolgedessen sind Kinder und Jugendliche eine der wichtigsten Zielgruppen der Gesundheitsförderung.

Seit gut dreißig Jahren gibt es deshalb Bemühungen, die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen zu fördern. Verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen begleiten diesen Prozess, um zu helfen, erfolgreiche Zugänge und unterstützende Rahmenbedingungen zu identifizieren. Die Studie „Health Behaviour in School-Aged Children“ (HBSC) hat sich in diesem Kontext zum Ziel gesetzt, Zusammenhänge zwischen Gesundheitsverhalten, Gesundheit und verschiedenen Indikatoren zu erforschen und zu beschreiben. So soll sie auch die Grundlage für Schwerpunktsetzungen und für die Gestaltung und Weiterentwicklung von (politischen) Interventionen bieten.

Kinder und Jugendliche sind eine der wichtigsten Zielgruppen für Gesundheitsförderung

HBSC-Studie als Unterstützung für Schwerpunktsetzungen in der Gesundheitsförderung

2 Die HBSC-Studie

in der österreichischen HBSC-Studie werden Schüler/innen der 5., 7., 9. und 11. Schulstufe befragt

Dieser Bericht basiert auf den Daten der 9. österreichischen „Health Behaviour in School-aged Children Study“, kurz HBSC-Studie. Die HBSC-Studie ist eine der größten Kinder- und Jugendgesundheitsstudien in Europa. In einem Vierjahresrhythmus werden selbstberichtete Daten über die Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern systematisch und wiederholt beobachtet. Zu diesem Zweck werden Schülerinnen und Schüler der 5., 7. und 9. Schulstufe mittels Fragebogen (in Papier- bzw. Online-Form) befragt. Seit 2010 werden in Österreich, aber nicht international, auch Schülerinnen und Schüler der 11. Schulstufe in die Studie mit eingeschlossen.

die Ergebnisse dieses Berichts basieren auf der HBSC-Datenerhebung im Sommersemester 2014

Der Beginn der HBSC-Studie reicht zurück ins Jahr 1982; die erste Erhebung fand im Schuljahr 1983/84 statt – auch in Österreich. Die Erhebung wurde daraufhin alle vier Jahre wiederholt. Die konkreten Fragen wurden jeweils auf Basis aktueller Forschungsergebnisse adaptiert. Die letzte Erhebung, auf deren Daten auch dieser Bericht basiert, wurde im Sommersemester des Schuljahres 2013/14 durchgeführt. Ungefähr 40 Länder (alle Mitgliedstaaten der EU sowie viele der OECD) beteiligten sich an der Studie.

Ziele der HBSC-Studie

Mit der HBSC-Studie sollen neue Einsichten in und ein gesteigertes Verständnis für die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten sowie den Lebensstil im sozialen Kontext von Kindern und Jugendlichen gewonnen werden. Im speziellen werden folgende Ziele verfolgt (Currie et al., 2014)¹:

- Initiierung und Aufrechterhaltung nationaler und internationaler Forschung zu Gesundheit, Wohlbefinden, Gesundheitsverhalten und dem sozialen Kontext der Gesundheit von Schülerinnen und Schülern;
- theoretische, konzeptuelle und methodische Weiterentwicklung dieser Art von Forschung;
- Monitoring der Gesundheit, des Wohlbefindens, des Gesundheitsverhaltens und des sozialen Kontextes der Gesundheit von Schülerinnen und Schülern;
- Erweiterung des Wissensfundus zu gesundheitsrelevanten Daten, Verbreitung der Ergebnisse;
- Förderung der schulischen Gesundheitsförderung;
- Förderung nationaler Expertise und internationaler Vernetzung im Bereich der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen;
- Anknüpfung an die Ziele der WHO, besonders in Bezug auf die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie;
- Aufbau und Förderung eines internationalen Netzwerks von Expertinnen und Experten in diesem Feld.

¹ Konzeptuelle Überlegungen und Hintergründe zu den verwendeten Methoden der HBSC-Studie wurden den Forschungsprotokollen der HBSC-Erhebung 2013/14 entnommen (Currie et al., 2014) und werden im weiteren Bericht nicht mehr zitiert.

Dementsprechend wird in der internationalen HBSC-Studie ein breites Spektrum relevanter Indikatoren zur Gesundheit, zum Gesundheits- bzw. Risikoverhalten und zu ausgewählten Gesundheitsdeterminanten mittels Selbstausfüller-Fragebogen erhoben. Zur Sicherung der Vergleichbarkeit dieser Daten wurde ein internationales Forschungsprotokoll erstellt, dessen Standards für alle teilnehmenden Länder verpflichtend sind. Eine gekürzte Version des Protokolls steht der Öffentlichkeit zur Verfügung (www.hbsc.org).

Erfassung einer Vielzahl von Indikatoren zu Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsdeterminanten

Der HBSC-Fragebogen setzt sich aus drei Teilen zusammen:

Teile des HBSC-Fragebogens

- aus einem international verpflichtenden Kernteil, der von allen Teilnehmer-Ländern in gleicher Form zum Einsatz kommen muss,
- aus optionalen Teilen, die in einer standardisierten Form in den Fragebogen eingefügt werden und
- aus nationalen Ergänzungen, die nach nationalen Interessen hinzugefügt werden können.

Mit dem österreichischen HBSC-Fragebogen wird ein breites Spektrum an Indikatoren abgebildet. Diese umfassen Informationen zu

Inhalte des österreichischen HBSC-Fragebogens

- Hintergrundfaktoren (Alter, Geschlecht, etc.),
- individuellen und sozialen Ressourcen (Familie, Schule, Freunde, etc.),
- Gesundheits- und Risikoverhalten (Bewegung, Ernährung, Rauchen, etc.),
- subjektiver Gesundheit (subjektiver Gesundheitszustand, Belastung, Lebenszufriedenheit, etc.) und
- Gesundheitskompetenz („Health Literacy“).

In Österreich wird die Studie vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt und finanziert. Die Durchführung der 9. österreichischen HBSC-Erhebung fand unter Leitung von Dr.ⁱⁿ Rosemarie Felder-Puig, MSc vom Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research statt.

Auftraggeber Bundesministerium für Gesundheit

Bei der Erhebung 2014 kam für Österreich erstmals vorrangig ein Onlinefragebogen zum Einsatz. Schulen, die keine Möglichkeit bzw. Kapazität hatten, die Erhebung online durchzuführen, wurden die Fragebögen in Papierform zugesandt. 18% der Schulen nahmen diese Möglichkeit in Anspruch. Die Schulleitungen und die durchführenden Klassenlehrkräfte erhielten detaillierte Informationen zur Durchführung der Studie inkl. Zugangslinks für die Online-Fragebögen sowie eine ausreichende Anzahl von Informationsblättern und Einverständniserklärungen für die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten der teilnehmenden Schülerinnen und Schüler. Schulen, die keine Online-Befragung durchführen konnten, erhielten die ausgedruckten Fragebögen inklusive verschließbarer Kuverts und Rücksendetiketten zugesandt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und anonym. Die Befragung fand in den einzelnen Schulklassen im Rahmen einer Schulstunde statt und wurde organisatorisch von den Klassenlehrkräften abgewickelt. Diese hatten in ihrem Vorgehen genauen Instruktionen zu folgen.

schriftliche, freiwillige und anonyme Befragung in den Klassen; wahlweise Online-Fragebögen oder Fragebögen in Papierform

**Gesamtstichprobe:
5.983; ausgewertet:
5.614; repräsentativ
nach Alter, Geschlecht
und Bundesland für alle
Schultypen außer Be-
rufsschulen und sonder-
und heilpädagogische
Einrichtungen**

Zielgruppe dieser Erhebung waren alle Schülerinnen und Schüler der 5., 7., 9. und 11. Schulstufe, wobei jene aus sonder- und heilpädagogischen Einrichtungen ausgenommen wurden. Die Gesamtstichprobe umfasste 5.983 Mädchen und Burschen. Da die Teilnahmerate von Berufsschülerinnen und -schülern (betrifft vorrangig 17-Jährige) sehr niedrig war, wurden deren Daten aus den Auswertungen nachträglich exkludiert. Somit reduzierte sich die Größe der Gesamtstichprobe auf n=5.614; sie ist nach Alter, Geschlecht, Bundesland und inkludierten Schultypen repräsentativ für die Gesamtpopulation der gleichaltrigen Schülerinnen und Schüler (Tabelle 1). Die Teilnahmerate betrug rund 65% (Ramelow et al., 2014).

Tabelle 1: Das österreichische Sample des 9. HBSC-Survey

Geschlecht		Altersgruppen				Gesamt
		11	13	15	17	
Burschen	n	691	650	708	487	2.536
	%	12,3	11,6	12,6	8,7	45,2
Mädchen	n	711	666	1.004	697	3.078
	%	12,7	11,9	17,9	12,4	54,8
Gesamt	n	1.402	1.316	1.712	1.184	5.614
	%	25,0	23,4	30,5	21,1	100,0

3 Der Gesundheitszustand der österreichischen Schülerinnen und Schüler

Gesundheit wird als ein vielschichtiges Konzept betrachtet (Bundesministerium für Gesundheit, 2009). Um diese Komplexität erfassen zu können, ist nicht nur die physische Unversehrtheit von Bedeutung, sondern es werden auch andere Aspekte wie das psychische Wohlbefinden oder die soziale Integration betrachtet. Deswegen werden in der HBSC-Studie unterschiedliche Indikatoren und Ansätze berücksichtigt, beispielsweise die subjektive Lebenszufriedenheit (Pavot & Diener, 1993; Helliwell, 2008), die Belastung durch psychische und physische Beschwerden (Starfield et al., 1984; Alfvén, 1993) oder die Wahrnehmung des eigenen Körpers (Brausch & Muehlenkamp, 2007; Cho et al., 2012).

Gesundheit ist ein vielschichtiges Konzept

3.1 Subjektiver Gesundheitszustand

Hintergrund

Zur Beschreibung des Gesundheitszustandes werden üblicherweise Daten aus nationalen Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken herangezogen. Diese stellen zwar wichtige Indikatoren dar, bezogen auf das Kindes- und Jugendalter ist ihr Informationswert jedoch gering, da Krankheiten und Todesfälle in dieser Lebensphase selten sind (WHO, 2005). Die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit kann hier einen höheren Informationsgehalt bieten. Studien berichten, dass der subjektive Gesundheitszustand zwar von sozialen Determinanten beeinflusst wird, aber dennoch häufig mit dem tatsächlichen mentalen oder physischen Gesundheitszustand zusammenhängt und so auch Hinweise auf versteckte Morbidität geben kann (Singh-Manoux et al., 2006).

subjektiver Gesundheitszustand als guter Indikator für tatsächliches mentales und physisches Befinden

Methode

Der subjektive Gesundheitszustand wird im HBSC-Fragebogen mit folgender Frage erhoben: „Wie würdest du deinen Gesundheitszustand beschreiben?“. Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten sind „ausgezeichnet“, „gut“, „eher gut“ und „schlecht“ (Itembox 1).

Erfassung des subjektiven Gesundheitszustands mit einer Frage

Dieses Item ist ein gängiges Instrument zur Messung der subjektiven Gesundheit. Studien haben gezeigt, dass es über mehrere Messungen hinweg stabile Ergebnisse liefert und sich verschlechtert, wenn die Befragten sich nicht wohl fühlen, sich im Krankenhaus befinden, eine Behinderung aufweisen oder sich gesundheitsschädlich verhalten (Breadablik et al., 2009; Boardman, 2006).

sehr gute Übereinstimmung mit anderen Gesundheitsmessungen

Itembox 1: Subjektiver Gesundheitszustand

Wie würdest du deinen Gesundheitszustand beschreiben?

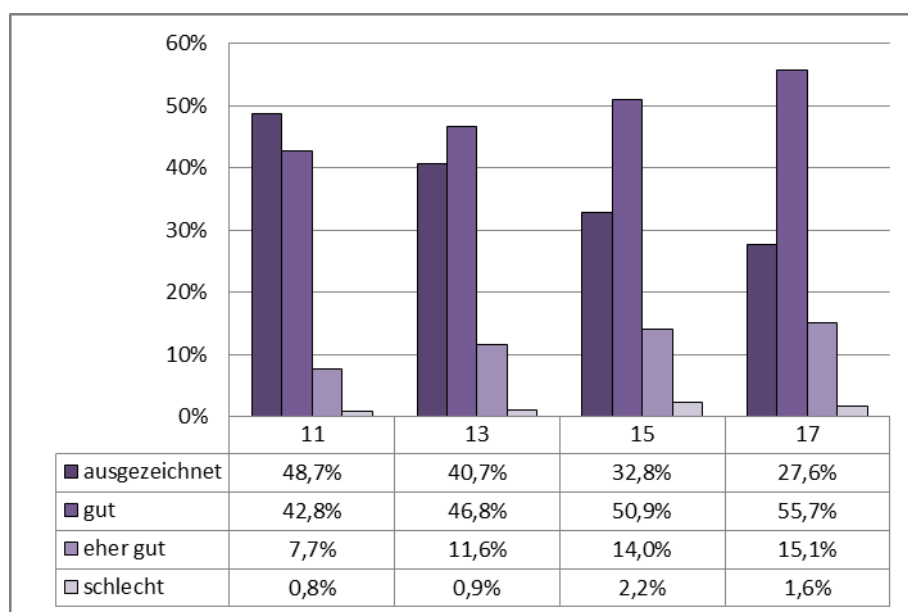
- ausgezeichnet – gut – eher gut – schlecht

Ergebnisse

37% geben einen ausgezeichneten, 49% einen guten Gesundheitszustand an

Insgesamt geben 37,3%² der österreichischen Schülerinnen und Schüler an, über eine ausgezeichnete Gesundheit zu verfügen. Rund die Hälfte (49,0%) schätzt ihre Gesundheit immer noch als „gut“ ein. Weitere 12,1% bezeichnen ihre Gesundheit als „eher gut“ und 1,6% als „schlecht“.

Abbildung 1: Subjektiver Gesundheitszustand der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter



Einschätzung der subjektiven Gesundheit stark abhängig von Geschlecht und Alter

Mädchen schätzen ihre Gesundheit in Summe schlechter ein als Burschen. Während 43,3% der Burschen von einer ausgezeichneten Gesundheit berichten, sind dies bei den Mädchen lediglich 32,4%. Ebenso hängt das Alter stark mit der Einschätzung des Gesundheitszustands zusammen, die sich mit dem Älterwerden deutlich verschlechtert: So sinkt z.B. der Anteil jener, die ihre Gesundheit als „ausgezeichnet“ einstufen, von 48,7% bei den 11-Jährigen auf 27,6% bei den 17-Jährigen. Gegengleich steigen die Anteile in den anderen drei Kategorien konstant an (Abbildung 1).

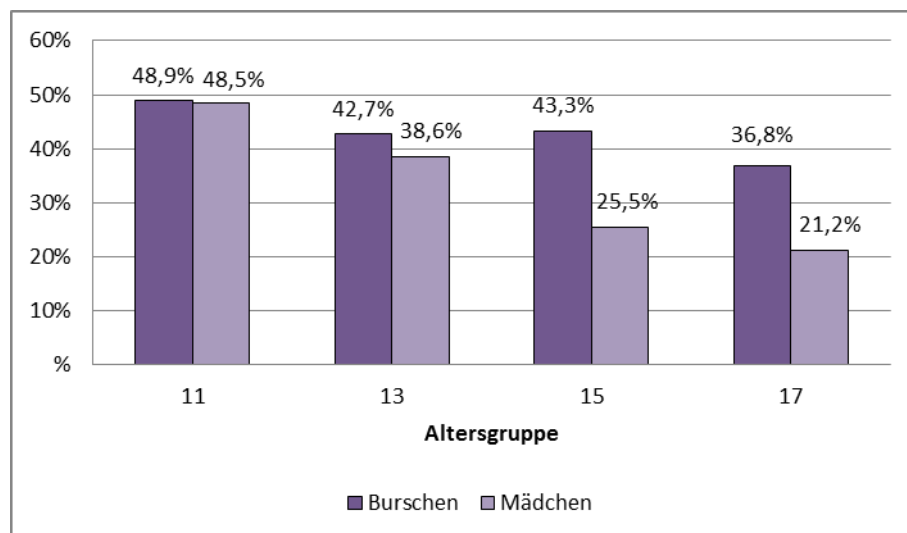
Unterschiede zwischen den Geschlechtern steigen mit dem Alter

Es gibt dabei jedoch Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Während bei den Burschen der Anteil jener, die angeben über eine ausgezeichnete Gesundheit zu verfügen, von 48,9% bei den 11-Jährigen auf 36,8% bei den 17-Jährigen sinkt, kommt es bei den Mädchen im selben Zeitraum zu einem Rückgang von 48,5% auf 21,2% (Abbildung 2). Bei den 11-Jährigen gibt es in der Kategorie „ausgezeichneter Gesundheitszustand“ noch keinen Unter-

² Grafiken werden in diesem Bericht nur zu ausgewählten Analysen dargestellt. Tabellen zu den genauen Daten aller hier dargestellten Variablen finden sich im Anhang, für die Gesamtstichprobe sowie aufgliedert nach Alter und Geschlecht.

schied zwischen Mädchen und Burschen, wohl aber in den anderen Altersgruppen. Bei den 15-Jährigen ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern mit fast 18% am größten.

Abbildung 2: Ausgezeichnete Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



3.2 Lebenszufriedenheit

Hintergrund

Das Konzept der Lebenszufriedenheit bezieht sich auf das Leben als Ganzes und ist somit umfassender als das Konzept der subjektiven Gesundheit. Nach Veenhoven (1996:6) beschreibt Lebenszufriedenheit (life satisfaction) „the degree to which a person positively evaluates the overall quality of his/her life as-a-whole. In other words, how much the person likes the life he/she leads“. Gesundheitliche Probleme werden hier in Relation zum gesamten Leben betrachtet und bewertet.

Die Lebenszufriedenheit eines Menschen hängt mit vielen Bereichen seines Lebens zusammen. Bei Kindern und Jugendlichen wurde oft der Einfluss der Schule auf die allgemeine Lebenszufriedenheit festgestellt (Huebner, 1998). Dieser Zusammenhang wirkt allerdings in beide Richtungen, so dass durchaus auch die Lebenszufriedenheit Einfluss auf das Engagement in der Schule nehmen kann (Lewis et al., 2011). Studien zeigen allerdings noch weitere Zusammenhänge. So konnten beispielsweise Assoziationen mit der Selbstwirksamkeit (Danielson et al., 2009), dem sozioökonomischen Status (Ravens-Sieberer et al., 2009), dem sozialen Interesse sowie der Teilnahme an außerschulischen Aktivitäten (Gilman, 2001) identifiziert werden.

Lebenszufriedenheit bezieht sich auf das Leben als Ganzes

auf die Lebenszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen wirken mannigfache Einflussfaktoren

Methode

Messung der Lebenszufriedenheit mit der „Cantril Ladder“ (Skala von 0 bis 10)

Die Lebenszufriedenheit wird in der HBSC-Studie seit 2002 mit einer leicht adaptierten Form der Cantril Ladder (Cantril, 1965) erhoben. Dabei wird das Bild einer Leiter verwendet, welche die Einschätzung des eigenen Lebens vereinfachen soll. Für die Bewertung soll eine Zahl zwischen null und zehn ausgewählt werden, wobei null für das schlechtest mögliche und zehn für das bestmögliche Leben steht (Itembox 2).

Itembox 2: Lebenszufriedenheit

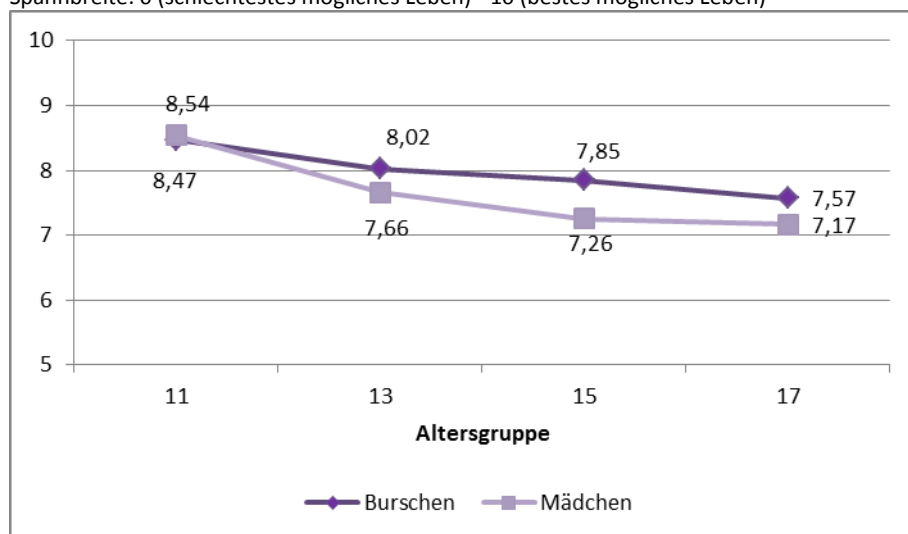
Hier ist das Bild einer Leiter. Die oberste Sprosse der Leiter, „10“, stellt das beste für dich mögliche Leben dar. Der Boden, auf dem die Leiter steht, ist „0“. Er stellt das schlechteste Leben dar, das für dich in deiner Situation möglich wäre. Insgesamt betrachtet: Auf welcher Sprosse der Leiter findest du, dass du derzeit stehst?

- Zahlenwert von 0 bis 10

Ergebnisse

Abbildung 3: Mittlere Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht

Spannbreite: 0 (schlechtestes mögliches Leben) - 10 (bestes mögliches Leben)



durchschnittliche Lebenszufriedenheit = 7,8; schlechtere Lebenszufriedenheit bei Mädchen

Aktuell beträgt die durchschnittliche Lebenszufriedenheit der Schülerinnen und Schüler 7,8 auf einer Skala von null bis zehn. Wie auch bei der subjektiven Gesundheit stufen Mädchen mit durchschnittlich 7,6 ihre Lebenszufriedenheit signifikant schlechter ein als Burschen (8,0). Es handelt sich hierbei um einen leichten Effekt (Cohen's $d^3=0,22$). Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass die Unterschiede in der Einschätzung zwischen Burschen und

³ Cohen's d ist ein Maß für die Effektgröße von Mittelwertsunterschieden zwischen zwei Gruppen, welches zur Beurteilung der praktischen Relevanz eines signifikanten Ergebnisses herangezogen wird. Die in diesem Beitrag vorgenommene Bewertung des Effekts als klein, mittel oder groß folgt gängigen Einteilungen aus der Praxis (Bortz & Schuster, 2010; Sachs & Hedderich, 2006).

Mädchen im Alter von 15 Jahren am größten sind. Mit 13 und 17 Jahren sind sie etwas geringer. Bei den 11-Jährigen lassen sich noch keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern feststellen (Abbildung 3).

Unabhängig vom Geschlecht sinkt die mittlere Lebenszufriedenheit konstant mit dem Alter (von 8,5 auf 7,3). Der Effekt des Alters auf die Lebenszufriedenheit ist als mittelstark zu bezeichnen (Cohen's $d=0,68$).

Effekt des Alters auf die Lebenszufriedenheit ist größer als jener des Geschlechts

3.3 Beschwerdelast

Hintergrund

Neben der subjektiven Gesundheit und der Lebenszufriedenheit, welche eher globale Befindlichkeiten beschreiben, wird in der HBSC-Befragung ergänzend die subjektive Beschwerdelast in Form einzelner Beschwerden zur Erfassung des Gesundheitszustands erhoben. Psychische und physische Beschwerden beeinflussen nicht nur das individuelle Wohlbefinden und die alltägliche und soziale Funktionsfähigkeit, sondern stellen auch Anforderungen an das Gesundheitssystem dar. Es zeigt sich, dass solche Beschwerden bei Jugendlichen öfters vorkommen und meistens eher als Bündel von Beschwerden denn als einzelne Symptome auftreten (Ravens-Sieberer et al., 2008; Ravens-Sieberer et al., 2009; Torsheim et al., 2006) und wiederkehrende Beschwerden bei Jugendlichen möglicherweise mit späteren Gesundheitsproblemen als Erwachsene verbunden sind (Dunn & Goodyer, 2006; Gregory et al., 2008; Kinnunen et al., 2010). Studien ergaben, dass die Erfahrung von mehreren oder wiederkehrenden Gesundheitsbeschwerden in der Jugend assoziiert ist mit eingeschränktem Wohlbefinden und Lebensqualität (Ravens-Sieberer et al., 2009; Erhart et al., 2009), gesteigertem Medikamentenkonsum (Gobina et al., 2011) oder Schulabwesenheit (Saps et al., 2009; Wood et al., 2012).

Erfassung des Gesundheitszustands über die subjektive Beschwerdelast

Die Beschwerdelast umfasst nicht nur körperliche Symptome wie Kopfschmerzen, sondern auch psychische Beschwerden wie Nervosität oder Geiztheit. Es ist allerdings zu beachten, dass es sich hierbei, wie auch bei den beiden vorangegangenen Gesundheitsvariablen, um selbstberichtete Befindlichkeiten handelt, welche nicht mit einer medizinisch-ärztlichen Diagnose gleichzusetzen sind.

umfasst selbstberichtete körperliche und psychische Beschwerden

Methode

Die subjektive Beschwerdelast wird im HBSC-Fragebogen mittels HBSC-SCL (Health Behaviour in School-aged Children Symptom Checklist) erhoben. Diese Fragebatterie erfasst die Häufigkeit des Auftretens von acht weitverbreiteten körperlichen und psychischen Beschwerden (siehe Itembox 3).

HBSC Symptom Checklist

Berechnung eines Index, der die Beschwerdelast ausdrückt, auf einer Skala von 0 (keinerlei Beschwerden) bis 100 (höchstmögliche Beschwerdelast)

Die einzelnen Items können mittels eines von Ravens-Sieberer et al. (2008) entwickelten Algorithmus zu einem Index zusammengefasst werden. Der Index, welcher von 0 „keine Beschwerdelast“ bis 100 „sehr hohe Beschwerdelast“ reicht, stellt ein intervallskaliertes Maß für die individuelle Beschwerdelast dar. Einschlafschwierigkeiten wurden in diesem Index aus psychometrischen Gründen nicht berücksichtigt (Erklärung siehe Ravens-Sieberer et al., 2008). In einer großen internationalen Studie, die zur Entwicklung des Algorithmus diente, betrug der Mittelwert 38,5 und die Standardabweichung 12,1. Werte zwischen 40 und 50 weisen bereits auf eine hohe Beschwerdelast hin.

Itembox 3: Beschwerdelast

Wie oft hattest du in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden:
 Kopfschmerzen, Magen-/Bauchschmerzen, Rücken-/Kreuzschmerzen, Fühle mich allgemein schlecht, Bin gereizt oder schlecht gelaunt, Fühle mich nervös, Kann schlecht einschlafen, Fühle mich benommen, schwindlig

- 5-teilig: fast jeden Tag – mehrmals pro Woche – fast jede Woche – fast jeden Monat – selten oder nie

Ergebnisse

durchschnittliche Beschwerdelast = 35,95

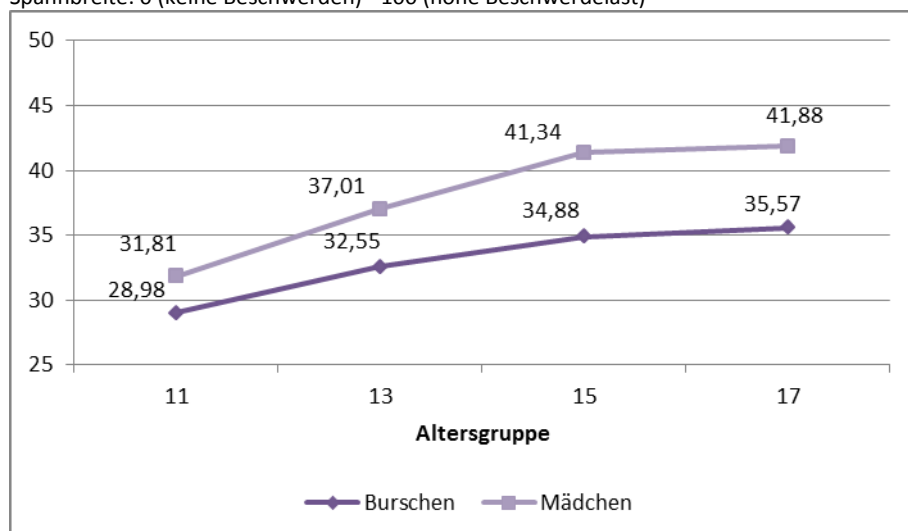
Über alle Altersgruppen hinweg betrug der Mittelwert für die Beschwerdelast 35,95. Die Beschwerdelast steigt mit dem Alter an, wobei sich ein mittelstarker Zuwachs zwischen 11 und 15 Jahren zeigt (Cohen's d= -0,68).

höher bei Mädchen und bei älteren Schüler/innen

Insgesamt berichten Mädchen häufiger von Beschwerden als Burschen. Die Differenz zwischen den Geschlechtern steigt wie der Absolutwert vor allem zwischen 11 bis 15 Jahren stark an und bleibt danach relativ konstant (Abbildung 4).

Abbildung 4: Mittlere Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht

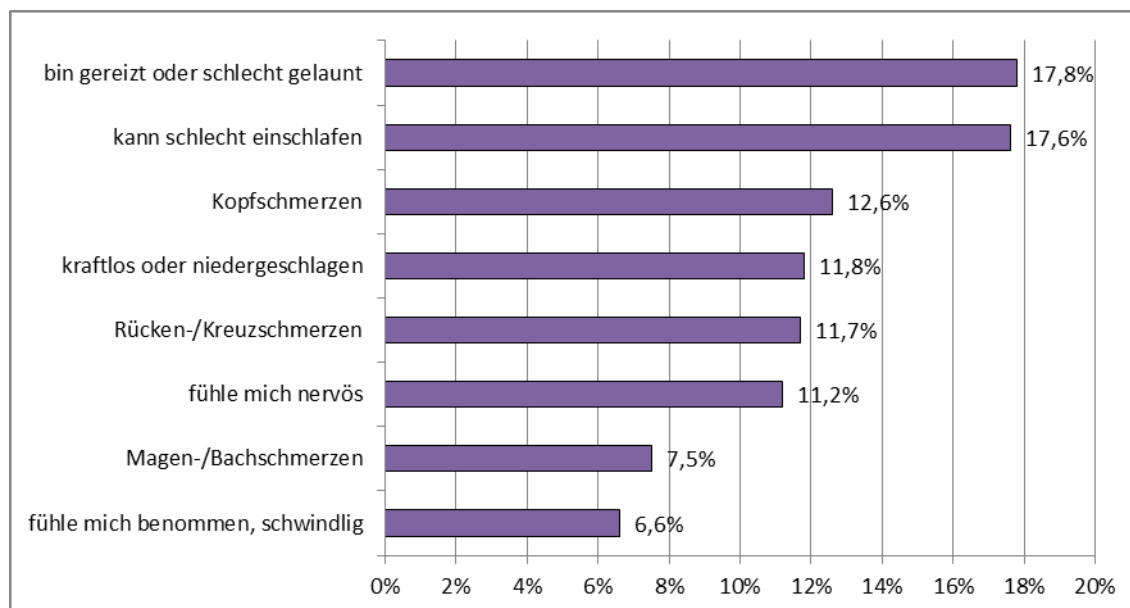
Spannbreite: 0 (keine Beschwerden) - 100 (hohe Beschwerdelast)



In Bezug auf einzelne häufige Beschwerden geben die österreichischen Schülerinnen und Schüler am öftesten an, schlecht gelaunt oder gereizt zu sein (17,8%). Fast ebenso viele (17,6%) berichten von Einschlafschwierigkeiten mehrmals pro Woche oder täglich. Des Weiteren werden von jeweils 12% der Mädchen und Burschen Kopfschmerzen, Niedergeschlagenheit und Rückenschmerzen als häufige Beschwerden genannt. Nur knapp dahinter mit rund 11% rangiert Nervosität. Weniger als 10% der Schülerinnen und Schüler leiden an Magen-/Bauchschmerzen oder Schwindel (Abbildung 5).

am häufigsten: Gereiztheit /schlechte Laune und Einschlafschwierigkeiten

Abbildung 5: Prävalenz von einzelnen Beschwerden (mehrmals pro Woche oder täglich) der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen



3.4 Body Mass Index und Körperwahrnehmung

Hintergrund

Übergewicht und Adipositas sind inzwischen zu einem weltweiten Problem geworden und zählen zu den führenden Risikofaktoren für Morbidität und Mortalität (WHO, 2014). Auch bei Kindern und Jugendlichen haben sich diese Probleme verstärkt, was weitreichende Folgen haben kann: Studien zufolge scheinen Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen die gefährlichsten Prädiktoren für mögliche Gesundheitsprobleme zu sein, die oft auch mit relevanten Gesundheitsproblemen in der Zukunft assoziiert sind (Bronikowski, 2012). Zu den möglichen körperlichen Folgen zählen z.B. eine eingeschränkte Fruchtbarkeit im Erwachsenenalter (Jokela et al., 2008), ein erhöhtes Risiko für Diabetes Typ II oder häufigere kardiovaskuläre Erkrankungen (Katzmarzyk et al., 2003; Lawrence et al., 1991). Daneben können aber auch eine Reihe psychischer Probleme Folge von jugendlicher Adipositas sein: niedriges Selbstwertgefühl (Dietz, 1998), eine eingeschränkte Lebensqualität (Williams et al., 2005) oder Depressionen (Kim & Kim, 2001);

Übergewicht und Adipositas als weltweites Problem mit vielen möglichen physischen und psychischen Folgen

Neumark-Sztainer et al., 2002), wobei Adipositas dabei als einziger Risikofaktor für spätere Depressionen gilt, welcher von den Jugendlichen selbst (ohne professionelle Hilfe) vermieden werden kann (Cairns et al., 2014).

steigende Prävalenz von Übergewicht und Adipositas; unabhängig davon aber auch steigende Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper

Gleichzeitig mit der steigenden Prävalenz von Übergewicht und Adipositas steigt auch die Unzufriedenheit mit dem Körpergewicht und dem Körper insgesamt (Cash et al., 2004), wobei ein negatives Körperselbstbild nicht immer unbedingt mit Übergewicht zusammenhängen muss. Viele leiden an solch einem negativen Selbstbild trotz Normalgewicht und guter Körperproportionen, denn die Körperwahrnehmung wird stark von biologischen, psychologischen, sozialen und kulturellen Faktoren beeinflusst. Sorgen um das eigene Körperbild sind in der Jugend jedenfalls weit verbreitet (Smolak, 2011).

unerwünschte Folgen der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper bzw. einer negativen Körperwahrnehmung

Gesundheitspolitisch ist eine negative Körperwahrnehmung besonders deswegen ein Problem, da diese oft mit Maßnahmen zur Gewichtsreduktion verbunden ist. Zwar gibt es gesunde Ansätze (z.B. Sport, gesunde Ernährung), tatsächlich werden aber oft ungesunde Maßnahmen (z.B. Fasten, Rauchen, extreme Diäten oder extremer Sport) zur Gewichtsreduktion angewandt. Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper ist außerdem assoziiert mit Substanzkonsum (z.B. Kaufman & Augustson, 2008), einem geringen Selbstwertgefühl (z.B. Verplanken & Velsvik, 2008) oder einer eingeschränkten psychischen Gesundheit (z.B. Cho et al., 2012).

Methode

selbstberichtete Angaben von Körpergröße und Gewicht zur Berechnung des BMI

Zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas wurde der Body Mass Index (BMI) berechnet, welcher sich aus Körpergewicht und Körpergröße zusammensetzt ($BMI = \text{kg}/\text{m}^2$). Die berechneten BMI-Werte basieren auf selbstberichteten Angaben der Schülerinnen und Schüler (Itembox 4). Validierungsstudien haben gezeigt, dass die angegebene Körpergröße im Schnitt etwas höher und das Körpergewicht etwas niedriger ist als die tatsächlichen Werte. Dies führt zu einer Unterschätzung des mittleren BMI. Diese Verzerrungen sind stärker bei Mädchen, in höherem Alter und bei höheren BMI-Werten zu finden. Dennoch können die erhobenen Werte eine gute Orientierung, vor allem bezüglich des Trends über die Jahre und in Zusammenhang mit Lebensstilfaktoren, liefern.

Grenzwerte für Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

Von Cole und Kolleg/inn/en (2000) wurden auf Grundlage der Perzentilkurven Grenzwerte für Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen entwickelt (Tabelle 2). Diese Werte werden in diesem Bericht für die Einschätzung der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas der österreichischen Schülerinnen und Schüler herangezogen.

Itembox 4: Body Mass Index, Körperwahrnehmung und Diätverhalten

<p>Wie viel wiegst du ohne Kleidung?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gewicht in kg</i> <p>Wie groß bist du ohne Schuhe?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Größe in cm</i> <p>Glaubst du, dass du ...?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>5-teilig: viel zu dünn bist – ein bisschen zu dünn bist – ungefähr das richtige Gewicht hast – ein bisschen zu dick bist – viel zu dick bist</i> <p>Machst du gerade eine Diät oder tust du etwas anderes, um Gewicht abzunehmen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>4-teilig: nein, mein Gewicht ist gerade richtig – nein, aber eigentlich sollte ich abnehmen – nein, denn ich sollte zunehmen – ja</i>

Tabelle 2: BMI-Grenzwerte für Übergewicht und Adipositas nach Cole et al. (2000)

	Übergewicht Burschen	Adipositas Burschen	Übergewicht Mädchen	Adipositas Mädchen
> 10,5 und < 11,0 Jahre	20,20	24,57	20,29	24,77
> 11,0 und < 11,5 Jahre	20,55	25,10	20,74	25,42
> 11,5 und < 12,0 Jahre	20,89	25,58	21,20	26,05
> 12,0 und < 12,5 Jahre	21,22	26,02	21,68	26,67
> 12,5 und < 13,0 Jahre	21,56	26,43	22,14	27,42
> 13,0 und < 13,5 Jahre	21,91	26,84	22,58	27,76
> 13,5 und < 14,0 Jahre	22,27	27,25	22,98	28,20
> 14,0 und < 14,5 Jahre	22,62	27,63	23,34	28,57
> 14,5 und < 15,0 Jahre	22,96	27,98	23,66	28,87
> 15,0 und < 15,5 Jahre	23,29	28,30	23,94	29,11
> 15,5 und < 16,0 Jahre	23,60	28,60	24,17	29,29
> 16,0 und < 16,5 Jahre	23,90	28,88	24,37	29,43
> 16,5 und < 17,0 Jahre	24,19	29,14	29,54	29,56
> 17,0 und < 17,5 Jahre	24,46	29,41	24,70	29,69
> 17,5 und < 18,0 Jahre	24,73	29,70	24,85	29,84
> 18,0 Jahre	25,00	30,00	25,00	30,00

Die subjektive Körperwahrnehmung wurde mit einem Einzelitem erfasst, welches fragt, ob sich die Schülerin bzw. der Schüler für zu dick oder zu dünn hält, oder der Meinung ist, das richtige Gewicht zu haben (Itembox 4).

Erfassung der Körperwahrnehmung

Des Weiteren wird in diesem Bericht auch das Diätverhalten der Schülerinnen und Schüler dargestellt, welches eng mit der Körperwahrnehmung verbunden ist. Hierfür wird eine Frage vorgegeben, die erhebt, ob die Schülerin oder der Schüler eine Diät macht oder etwas anderes tut, um Gewicht zu verlieren (Itembox 4).

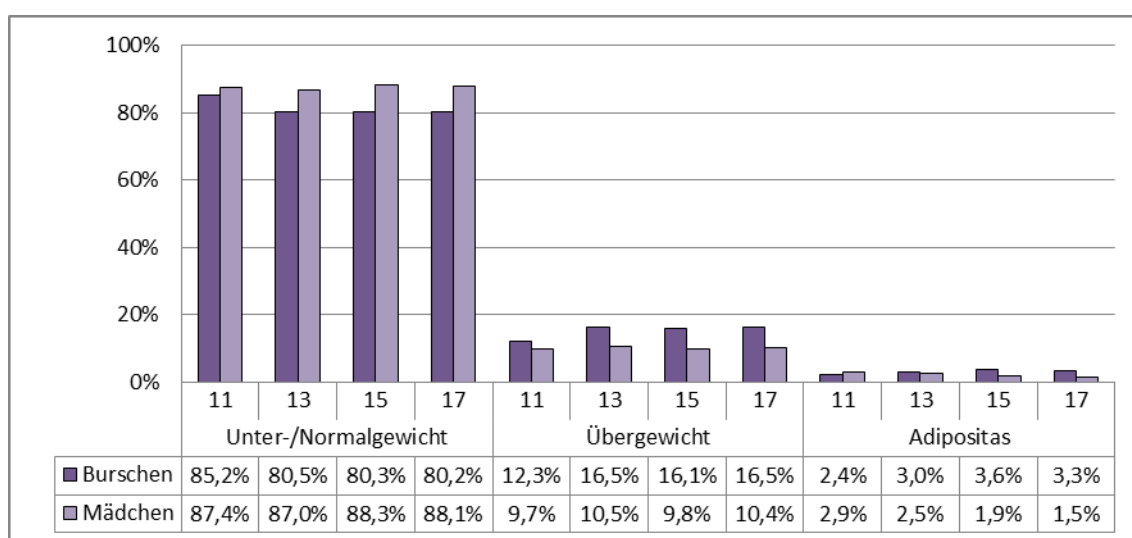
Erfassung des Diätverhaltens

Ergebnisse

12,2% sind laut Selbstbericht übergewichtig, 2,6% adipös; die tatsächlichen Fallzahlen sind aber sicherlich höher

Da die Angaben zu Körpergröße und Körpergewicht nicht gemessen werden, sondern auf selbstberichteten Daten beruhen, sind die Ergebnisse des Body-Mass-Index (BMI) mit Vorsicht zu beurteilen. Laut diesen Angaben sind 85,2% (Mädchen: 88,0%, Burschen: 81,8%) der Schülerinnen und Schüler als unter- oder normalgewichtig, 12,2% (M: 9,9%, B: 15,2%) als übergewichtig und 2,6% (M: 2,2%, B: 3,1%) als adipös einzustufen. Burschen haben in allen Altersgruppen eine höhere Prävalenz von Übergewicht (Abbildung 6). Die Adipositas-Raten sind im Selbstbericht so niedrig, dass kein nennenswerter Unterschied zwischen Burschen und Mädchen festgestellt werden kann.

Abbildung 6: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n im Selbstbericht, nach Alter und Geschlecht



über alle Altersgruppen relativ konstant

Der Anteil an übergewichtigen Kindern und Jugendlichen bleibt – mit Ausnahme eines leichten Zuwachses zwischen 11 und 13 Jahren bei den Burschen – über alle Altersgruppen relativ konstant.

rund 15% fühlen sich zu dünn und 39% zu dick; Unterschiede zwischen Mädchen und Burschen

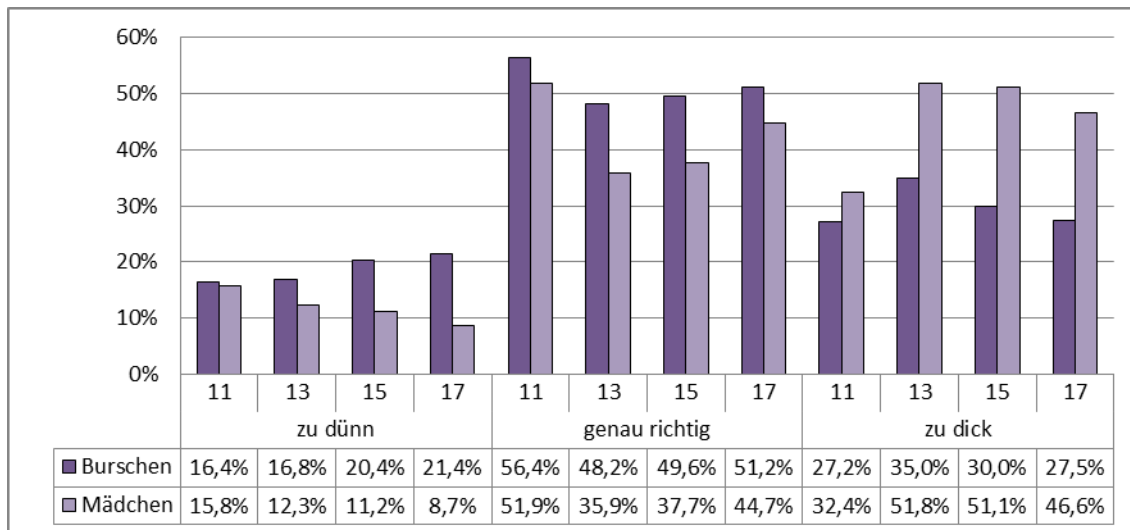
Wie auch in der letzten HBSC-Erhebung gibt es wieder eine starke Diskrepanz zwischen dem BMI aus dem Selbstbericht und der Körperwahrnehmung. Knapp die Hälfte (46,4%) gibt an, „ungefähr das richtige Gewicht“ zu haben. Rund 15% fühlen sich „zu dünn“ und 39% „zu dick“, wobei sich hier große Unterschiede zwischen den Geschlechtern, vor allem ab dem Alter von 13 Jahren, feststellen lassen. Insgesamt ist der Anteil jener, die angeben, „ungefähr das richtige Gewicht“ zu haben, bei Burschen (51,4%) deutlich höher als bei Mädchen (42,2%). Außerdem ist zu beobachten, dass Burschen häufiger die Kategorie „zu dünn“ auswählen (M: 11,9%, B: 18,6%), wohingegen Mädchen sich öfters der Kategorie „zu dick“ zuordnen (M: 46,0%, B: 30,0%).

ab 13 Jahren fühlt sich jedes zweite Mädchen zu dick

Das Gefühl „zu dick“ zu sein nimmt mit dem Älterwerden bei Mädchen zu (Abbildung 7), obwohl der Anteil der Schülerinnen mit einem erhöhten BMI relativ konstant bleibt. Der Anteil jener Mädchen, die sich selbst als „zu

dick“ sehen, steigt von einem guten Drittel (32,4%) bei den 11-Jährigen auf knapp über die Hälfte (51,8%) bei den 13-Jährigen und bleibt dann ungefähr gleich.

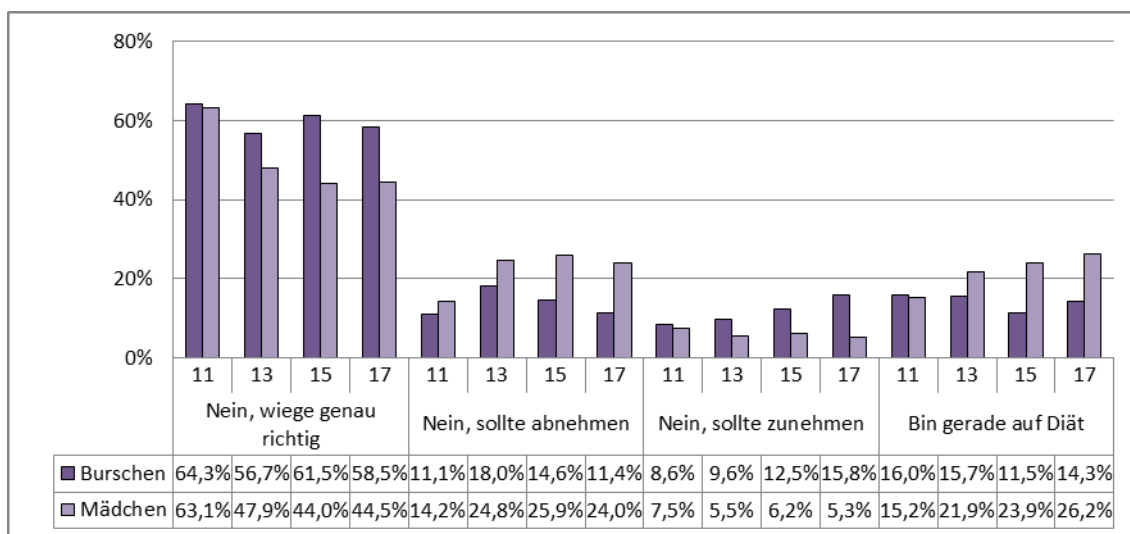
Abbildung 7: Körperwahrnehmung der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



Die logische Konsequenz aus dem Gefühl, zu dick oder zu dünn zu sein, ist der Wunsch, Gewicht zu verlieren bzw. zuzulegen und das Ergreifen entsprechender Maßnahmen, etwa in Form von Diäten. Die HBSC-Befragung 2014 ergab, dass 54,3% aller Schülerinnen und Schüler keine Notwendigkeit sieht, entsprechende Maßnahmen durchzuführen. 8,5% meinen, sie sollten zunehmen und der Rest (ca. 37%) glaubt, abnehmen zu müssen oder ist deswegen gerade auf Diät (Abbildung 8).

ca. 37% der Schüler/innen meinen, abnehmen zu müssen bzw. sind deswegen gerade auf Diät

Abbildung 8: Diätverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



3.5 Zahngesundheit

Hintergrund

Zahngesundheit ist stark assoziiert mit Zahnpflege

Erkrankungen an Zähnen und Zahnfleisch sind weltweit weit verbreitet. Sie verursachen nicht nur Schmerzen, Unbehagen und eine Verringerung der Lebensqualität, sondern kosten auch viel Geld. Die häufigsten Erkrankungen der Mundhöhle, nämlich Karies und Parodontose, können jedoch durch zweimal tägliches Zähneputzen weitgehend verhindert werden (Loe, 2000).

Methode

Erfassung mit einer Frage nach dem Zahnputzverhalten

Die Zahngesundheit wird in der HBSC-Befragung anhand des Indikators Zahnputzverhalten gemessen, der die Regelmäßigkeit, mit der sich die Schülerinnen und Schüler Zähne putzen, erhebt (Itembox 5). Das seit 1986 verwendete Item gilt als reliabel und valide (Honkala et al., 1981; Koivusilta et al., 2003).

Itembox 5: Zahngesundheit

Wie oft putzt du dir die Zähne?

- *5-teilig: mehr als einmal täglich – einmal täglich – mindestens einmal pro Woche, aber nicht täglich – seltener als einmal pro Woche – nie*

Ergebnisse

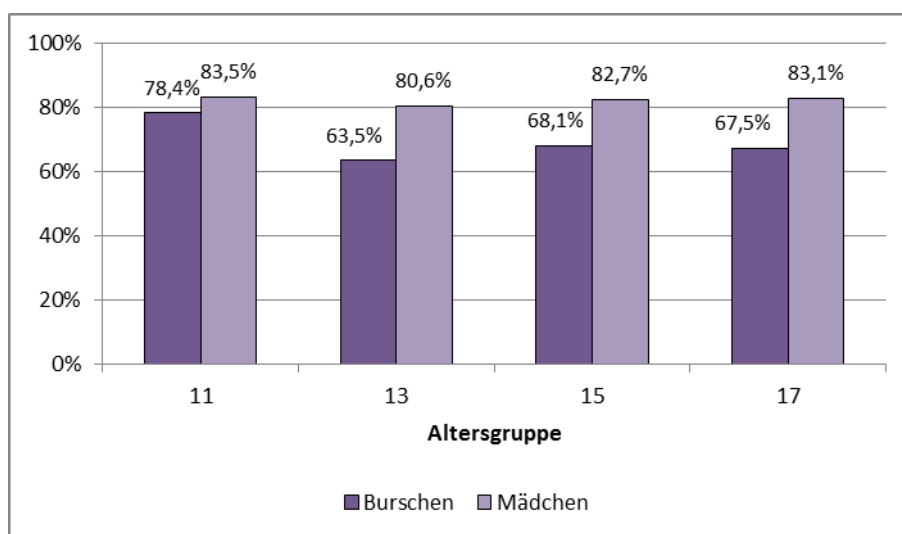
76,6% putzen sich mehrmals täglich die Zähne; Mädchen häufiger als Burschen

Die Mehrheit der österreichischen Schülerinnen und Schüler im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren (76,6%) gibt an, sich mehrmals täglich die Zähne zu putzen. Allerdings trifft das auf Mädchen häufiger zu als auf Burschen (M: 82,6%, B: 69,5%). Umgekehrt führt dieses Ergebnis jedoch auch vor Augen, dass rund ein Viertel der Kinder und Jugendlichen sich nach eigenen Angaben maximal einmal täglich die Zähne putzen und somit eine unzureichende Mund- und Zahnhygiene aufweisen.

Zahnputzverhalten ist über das Alter hinweg bei Mädchen konstant, bei Burschen variabel

Bei den Mädchen bleibt der Anteil jener, die sich mehrmals täglich die Zähne putzen über das Alter hinweg konstant bei über 80%. Bei den Burschen hingegen variiert dieser Prozentsatz leicht zwischen 63,5% und 78,4%, wobei er mit 11 Jahren am höchsten ist und dann bis zum Alter von 13 Jahren stark sinkt. Ab 15 sind es dann wieder etwas mehr Burschen, die angeben, sich mehrmals täglich die Zähne zu putzen. Insgesamt können hier also die Ergebnisse früherer Studien bestätigt werden, dass das Zahnputzverhalten bereits in früher Kindheit erlernt und später beibehalten wird (Abbildung 9).

Abbildung 9: Mehrmals tägliches Zähneputzen der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



3.6 Gesundheitskompetenz („Health Literacy“)

Hintergrund

Die Entwicklung der österreichischen Health Literacy Skala für Jugendliche ab 13 Jahre schließt an den „European Health Literacy Survey“ (HLS-EU Survey) an (HLS-EU Consortium, 2012). „Health Literacy“ bzw. der deutsche Begriff „Gesundheitskompetenz“ wurde dabei, gleich wie im HLS-EU Projekt, folgendermaßen definiert: „Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Literacy (d.h. dem Bildungsniveau, Anm.) und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Domänen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebenslaufs erhalten oder verbessern“ (Sørensen et al., 2012). Ausgehend von dieser Definition wurde ein Instrument erarbeitet in dem vier Dimensionen des Informationsverarbeitungsprozesses (finden, verstehen, beurteilen und anwenden) in jeweils drei unterschiedlichen gesundheitsrelevanten Domänen (Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung) jeweils durch drei bis fünf Items operationalisiert wurden.

Definition von Gesundheitskompetenz, angelehnt an das im „European Health Literacy Survey“ verwendete Konzept

Methode

Aus dem eigentlich 47 Items umfassenden HLS-EU Instrument wurde im Jahr 2012 eine Kurzform, die nur noch aus 16 Items besteht, entwickelt. Sie wurde sowohl an den Daten aller acht HLS-EU Teilnehmerländer (Deutsch-

Entwicklung eines Item-pools zur Messung von Gesundheitskompetenz, einsetzbar ab 13 Jahren

land (NRW), Griechenland, Irland, Niederlande, Österreich, Polen, Rumänien, Spanien) als auch anhand der Daten von 571 in Österreich lebenden Jugendlichen im Alter von 15 Jahren psychometrisch getestet (Röthlin et al., 2013). Die Items dieser Kurzform wurden in der Folge von vier Wissenschaftler/innen sprachlich so überarbeitet, dass sie auch für Jüngere verständlich sein sollten. Die finalen Items sind in Itembox 6 dargestellt. Eine Pilottestung an 72 Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren ergab, dass 11- und teilweise auch 12-Jährige relativ häufig Verständnisprobleme zeigten, weshalb das Instrument erst ab der siebten Schulstufe eingesetzt wurde.

Itembox 6: Gesundheitskompetenz (“Health Literacy”)

<p>Etwas über die Behandlung einer Krankheit, die du hast oder hattest, zu erfahren.</p> <p>Herauszufinden, wer dir – außer deinen Eltern – helfen kann, wenn du dich krank fühlst.</p> <p>Zu verstehen, was ein Arzt dir sagt.</p> <p>Zu verstehen, wenn ein Arzt dir erklärt, wie du ein Medikament einnehmen sollst.</p> <p>Zu verstehen, warum es manchmal, wenn man krank ist, nötig ist, sich die Meinung eines zweiten Arztes anzuhören.</p> <p>Sich mit Hilfe der Informationen, die du von einem Arzt bekommst, richtig zu verhalten.</p> <p>Das zu tun, was dein Arzt dir sagt.</p> <p>Herauszufinden, an wen du dich wenden kannst, wenn es dir psychisch schlecht geht (zum Beispiel, wenn du traurig bist oder Angst hast).</p> <p>Informationen über ungesunde Lebensweisen (zum Beispiel Rauchen oder zu wenig Bewegung) zu verstehen.</p> <p>Zu verstehen, warum du manchmal zu einer Kontrolluntersuchung beim Arzt gehen sollst, auch wenn du dich gesund fühlst.</p> <p>Herauszufinden, ob das richtig ist, was du über Gesundheitsgefährdungen in den Medien (Zeitung, Fernsehen, Internet) liest oder hörst.</p> <p>Durch Informationen aus den Medien herauszufinden, wie du dich vor Krankheiten schützen kannst.</p> <p>Informationen darüber zu finden was du oder andere tun können, damit es dir psychisch gut geht.</p> <p>Gesundheitsratschläge deiner Eltern, Verwandten oder Freunde zu verstehen.</p> <p>Informationen aus den Medien darüber, wie du noch gesünder leben könntest, zu verstehen.</p> <p>Zu verstehen, welche deiner Gewohnheiten einen Einfluss auf deine Gesundheit haben oder haben werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>3-teilig: einfach – schwierig – weiß nicht</i>
--

Ergebnisse

In Tabelle 3 sind die einzelnen Items der Health Literacy Skala für Jugendliche ab 13 Jahren und die dazugehörigen Häufigkeiten für die drei möglichen Antworten gerangreicht abgebildet.

Tabelle 3: Ergebnisse aus der HBSC Health Literacy Befragung der 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen.

Die Rangreihung der Items entspricht den Häufigkeiten in der Kategorie „schwierig“ (Je weiter vorne ein Item sich in der Rangreihung befindet, umso mehr haben auf die jeweilige Frage geantwortet, dass dies schwierig für sie sei).

Bitte sag uns (sagen Sie uns), ob die folgenden Dinge einfach oder schwierig für dich (für Sie) sind:		13-Jährige			15-Jährige			17-Jährige		
		+	-	?	+	-	?	+	-	?
1	Herauszufinden, an wen ich mich wenden kann, wenn es mir psychisch schlecht geht (zum Beispiel, wenn ich traurig bin oder Angst habe).	49,2	24,4	26,4	51,8	23,1	25,1	55,5	24,2	20,2
2	Informationen darüber zu finden, was ich tun kann oder andere tun können, damit es mir psychisch gut geht.	50,0	19,0	31,0	53,8	19,6	26,6	57,2	22,8	20,0
3	Durch Informationen aus den Medien herauszufinden, wie ich mich vor Krankheiten schützen kann.	60,1	15,7	24,2	61,3	16,8	21,8	61,7	20,7	17,6
4	Das zu tun, was mein Arzt mir sagt.	75,0	14,7	10,2	73,4	17,3	9,3	70,4	19,2	10,3
5	Herauszufinden, ob das richtig ist, was ich über Gefahren für meine Gesundheit in den Medien (Zeitung, Fernsehen, Internet) lese oder höre.	60,1	14,6	25,3	56,5	17,0	26,6	58,5	19,8	21,7
6	Zu verstehen, warum ich manchmal zu einer Kontrolluntersuchung beim Arzt gehen soll, auch wenn ich mich gesund fühle.	67,0	15,3	17,7	69,1	14,8	16,1	69,1	19,2	11,2
7	Zu verstehen, warum es manchmal, wenn man krank ist, nötig ist, sich die Meinung eines zweiten Arztes anzuhören.	52,7	16,2	31,0	62,7	13,4	23,9	64,5	12,2	23,3
8	Informationen aus den Medien darüber, wie ich noch gesünder leben kann, zu verstehen.	64,5	13,9	21,6	66,6	13,1	20,3	69,0	14,1	16,9
9	Gesundheitsratschläge meiner Eltern, Verwandten oder Freunde zu verstehen.	74,5	12,6	12,9	75,1	13,0	11,8	79,2	11,6	9,2
10	Mich mit Hilfe der Informationen, die ich von einem Arzt bekomme, richtig zu verhalten.	71,5	11,5	17,0	73,6	11,7	14,6	75,5	13,0	11,5
11	Herauszufinden, wer mir – außer meinen Eltern – helfen kann, wenn ich mich krank fühle.	65,8	12,4	21,8	67,7	12,2	20,0	75,9	9,8	14,2
12	Zu verstehen, was ein Arzt mir sagt.	72,8	13,9	13,3	77,8	11,0	11,3	79,7	9,6	10,7
13	Zu verstehen, welche meiner Gewohnheiten einen Einfluss auf meine Gesundheit haben werden.	61,5	14,3	24,1	71,1	10,9	18,0	80,0	9,2	10,8
14	Etwas über die Behandlung einer Krankheit, die ich habe oder hatte, zu erfahren.	37,3	11,6	51,1	48,8	10,7	40,5	57,1	10,7	32,2
15	Informationen über ungesunde Lebensweisen (zum Beispiel Rauchen oder zu wenig Bewegung) zu verstehen.	71,4	7,2	21,4	83,0	6,1	10,9	90,2	4,4	5,5
16	Zu verstehen, wenn ein Arzt mir erklärt, wie ich ein Medikament einnehmen soll.	82,9	6,8	10,3	89	4,3	6,7	90,7	4,1	5,2

Angaben in %; + = leicht, - = schwer, ? = weiß nicht oder keine Antwort

Ganz vorne rangieren jene Bereiche, in denen sich die Wenigsten, ganz hinten, in denen sie sich die Meisten kompetent fühlen (Tabelle 3). Während insgesamt etwas über 20% der 13- bis 17-Jährigen Schwierigkeiten haben, Hilfe oder hilfreiche Informationen bei psychischen Problemen zu finden (Rangplätze 1 und 2), finden es jeweils nur ca. 5% schwierig, Informationen über ungesunde Lebensweisen zu verstehen oder zu verstehen, wie man ein Medikament einnehmen soll (Rangplätze 15 und 16).

In der Darstellung ist auch ersichtlich, dass relativ viele Jugendliche keine Antwort auf einzelne Fragen finden konnten. Dies ist hauptsächlich damit zu erklären, dass viele noch gar keine Erfahrung mit einer ernsteren Krank-

etwas mehr als ein Fünftel der 13- bis 17-Jährigen finden es schwierig, Hilfe oder hilfreiche Informationen bei psychischen Problemen zu finden

bei manchen Fragen viele fehlende Antworten

heit hatten, deshalb für Gesundheitsinformationen aus den Medien auch kaum Interesse haben und/oder selten eine/n Arzt /Ärztin aufsuchen. Aufgrund dieser häufig fehlenden Antworten wurde auch kein Summscore berechnet, der als Index für die Gesundheitskompetenz der Jugendlichen im Allgemeinen herangezogen werden könnte.

4 Gesundheits- und Risikoverhalten

Unter Gesundheitsverhalten versteht man nach der hier verwendeten Definition „jegliches Verhalten, das die Gesundheit fördert und langfristig erhält, Schäden und Einschränkungen fernhält und die Lebenserwartung verlängert“ (Schmid, 2011). Dementsprechend verhält sich jemand gesund, wenn er oder sie sich z.B. bewusst ernährt oder regelmäßig körperlich aktiv ist, aber auch, wenn er oder sie Risikoverhalten reduziert oder unterlässt.

Risikoverhalten kann als Subkategorie des Gesundheitsverhaltens verstanden werden und umfasst gesundheitsrelevante Handlungen, die die eigene Gesundheit schädigen oder ein vermeidbares Krankheitsrisiko darstellen (Becklas & Klocke, 2011). Beispiele sind der übermäßige Konsum von Alkohol, Tabak und Medikamenten, Drogenmissbrauch, Gewalttätigkeit oder ungeschützter Geschlechtsverkehr.

Während Gewohnheiten mit besonders hohem gesundheitsförderlichen Potenzial, z.B. eine gesundheitsförderliche Ernährungsweise, oft bereits im Kindesalter geformt werden, passiert dies beim Risikoverhalten erst im Jugend- bzw. frühen Erwachsenenalter (Umberson, 2010). Als Grund dafür gilt, dass sich im Laufe der Pubertät der Fokus sozialer Beziehungen von der Familie zur Gruppe der Gleichaltrigen verschiebt (Hanson & Chen, 2007; West, 1997; Viner et al., 2012). Unter ihnen kann Risikoverhalten wichtige Funktionen als soziales Interaktionsmittel erfüllen, z.B. indem es hilft, mit anderen in Kontakt zu kommen, sich einer Gruppe anzuschließen oder sich erwachsen zu fühlen.

Zur Vorbeugung vieler nicht-übertragbarer Krankheiten, die derzeit im mittleren bis höheren Lebensalter auftreten, wäre es jedoch entscheidend, diese früh ausprobierten Verhaltensmuster nicht zum Lebensstil werden zu lassen (Richter & Hurrelmann, 2006; Raithel, 2011). Denn in Österreich wie in ganz Europa gehen viele gesunde Lebensjahre aufgrund des Lebensstils verloren, wobei als wichtigste Ursachen dafür der Tabak- und Alkoholkonsum sowie schlechte Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten identifiziert wurden. Schädliche Umwelteinflüsse (z.B. Luftverschmutzung) sind demgegenüber relativ unbedeutend (WHO, 2012). Das heißt auch, dass ein großer Teil der anteilig am BIP seit Jahrzehnten wachsenden Gesundheitsausgaben (OECD, 2013) viel zu früh für „Reparaturmedizin ausgegeben wird“.

Um diesem Umstand für gesundheitspolitische Schwerpunktsetzungen, die sich an Kinder und Jugendliche richten, Rechnung zu tragen, bildet die HBSC-Studie eine wichtige Informationsgrundlage. Die erhobenen Daten lassen sich auch für die Beobachtung von Verhaltensänderungen über die Zeit verwenden. Die Ergebnisse aus den vergangenen Erhebungen sprechen z.B. dafür, dass regelmäßiger Alkohol- und Tabakkonsum bei Jugendlichen seit Ende der neunziger Jahre zurückgeht (Ramelow et al., 2011; Currie et al., 2012). Die körperliche Aktivität ist leicht gestiegen. Einige Ernährungsgewohnheiten, wie etwa der häufige Konsum von Süßigkeiten und/oder zuckerhaltigen Softdrinks, hatten sich bis 2010 hingegen verschlechtert (Ramelow et al., 2011).

Was ist Gesundheitsverhalten?

Was ist Risikoverhalten?

Gesundheitsverhalten wird meist in der Kindheit, Risikoverhalten im Jugendalter geprägt

ein gesunder Lebensstil zur Prävention vieler nicht-übertragbarer Krankheiten

HBSC-Daten zu Gesundheits- und Risikoverhalten für gesundheitspolitische Schwerpunktsetzungen sowie Monitoring

4.1 Bewegung und sitzendes Freizeitverhalten

Hintergrund

körperliche Aktivität schützt vor Krankheit; Bewegungsmangel ist schwerwiegender Risikofaktor für Entwicklung im Kindes- und Jugendalter

Körperliche Aktivität beeinflusst die physische Konstitution positiv, indem sie die Knochensubstanz bei Jugendlichen stärkt, Bluthochdruck entgegenwirkt sowie Herz-Kreislauferkrankungen, einigen Krebsarten (z.B. in Brust, Prostata und Darm) und Knochenkrankheiten im Alter vorbeugt (WHO, 2010). Bewegungsmangel hingegen stellt einen der schwerwiegendsten Risikofaktoren für die gesundheitliche Entwicklung im Kindes- und Jugendalter dar (Hurrelmann, 2004; Hollmann, 2004). Diese negativen Konsequenzen können auch im Erwachsenenalter meist nicht mehr vollständig rückgängig gemacht werden.

Bewegung auch wichtig für Wohlbefinden

Neben der Verbesserung der körperlichen Parameter werden der Bewegung aber noch weitere Vorteile zugeschrieben: Dementsprechend kann Bewegung (über Erfolgserlebnisse) zu einer Verbesserung des Selbstwertgefühls führen, die soziale Kompetenz fördern oder einfach Spaß machen (Hüther, 2007). Körperliche Aktivität kann auch helfen, Stress zu reduzieren und das psychische Wohlbefinden zu steigern (Sothorn et al., 1999). Außerdem zeigen Studien, dass körperlich aktive Kinder bessere Schulleistungen erbringen und Bewegung einen positiven Einfluss auf kognitive Fähigkeiten hat (Hillman et al., 2008, 2009). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schreibt darum insbesondere der Bewegung im Jugendalter einen hohen Stellenwert zu. Außerdem werden Bewegungsgewohnheiten, die in der Jugend angenommen werden, sehr wahrscheinlich im Erwachsenenalter beibehalten (WHO, 2012).

internationale Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche

Darum empfehlen die WHO wie auch die österreichischen Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche ein Ausmaß an körperlicher Aktivität von mindestens 60 Minuten täglich bei zumindest mittlerer Intensität (WHO, 2012; Titze et al., 2010). Intensives Bewegungsverhalten und Leistungssport können allerdings auch mit einem höheren Verletzungsrisiko einhergehen.

allerdings: Abnahme an Bewegung und Zunahme an sitzenden Tätigkeiten beobachtbar

In der heutigen Zeit lässt sich bereits im frühen Kindesalter eher eine Entwicklung zu einem bewegungsarmen Lebensstil, also eine starke Abnahme an Bewegung und eine zeitgleiche Steigerung an sitzenden Freizeitbeschäftigungen wie beispielsweise Fernsehen oder Computer spielen, feststellen (Nething et al., 2006). Sitzendes Freizeitverhalten und Bewegung schließen einander jedoch nicht unbedingt aus. Studien haben gezeigt, dass sich eine Person ausreichend körperlich betätigen und dennoch viel Zeit mit sitzenden Freizeitaktivitäten, beispielsweise Fernsehen, verbringen kann (Bronikowski, 2012; Ekelund et al., 2012).

Methode

Bei der Untersuchung von körperlicher Aktivität ist es wichtig, zwischen „moderater bis intensiver Aktivität“ und intensivem Sport als Freizeitbeschäftigung bzw. Hobby zu unterscheiden. Ersteres liefert ein umfassendes Bild über die absolute Aktivität einer Person, welche auch für gängige Bewegungsempfehlungen (z.B. WHO, 2012) herangezogen wird. Darum soll Bewegung in diesem Bericht ebenfalls auf diesen Aspekt hin beleuchtet werden.

HBSC fragt nach moderater bis intensiver körperlicher Aktivität

Itembox 7: Bewegung und sitzendes Freizeitverhalten

An wie vielen der vergangenen 7 Tage warst du mindestens für 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv?

- 8-teilig: an 0 Tagen – an 1 Tag – an 2 Tagen – ... – an 7 Tagen

Und wie viele Stunden insgesamt warst du in den vergangenen 7 Tagen körperlich aktiv (in Schule und Freizeit)?

- 6-teilig: überhaupt keine – ungefähr eine halbe Stunde – ungefähr 1 Stunde – ungefähr 2 bis 3 Stunden – ungefähr 4 bis 6 Stunden – 7 Stunden oder mehr

Etwa wie viele Stunden an einem Tag verbringst du normalerweise in deiner Freizeit mit Fernsehen (einschließlich Videos und DVDs)?

- 9-teilig: überhaupt nicht – etwa eine halbe Stunde am Tag – etwa 1 Stunde am Tag – etwa 2 Stunden am Tag – ... – etwa 6 Stunden am Tag – etwa 7 oder mehr Stunden am Tag

Etwa wie viele Stunden am Tag spielst du in deiner Freizeit normalerweise Spiele am Computer, am Handy oder mit einer Spielkonsole (Playstation, Xbox, GameCube etc. mit Ausnahme von Bewegungsspielen)?

- 9-teilig: überhaupt nicht – etwa eine halbe Stunde am Tag – etwa 1 Stunde am Tag – etwa 2 Stunden am Tag – ... – etwa 6 Stunden am Tag – etwa 7 oder mehr Stunden am Tag

Etwa wie viele Stunden am Tag nutzt du in deiner Freizeit normalerweise den Computer, ein iPad oder ein Smartphone zum e-mailen, chatten, Internet surfen, programmieren, Hausübungen machen usw.?

- 9-teilig: überhaupt nicht – etwa eine halbe Stunde am Tag – etwa 1 Stunde am Tag – etwa 2 Stunden am Tag – ... – etwa 6 Stunden am Tag – etwa 7 oder mehr Stunden am Tag

Seit 2002 wird im HBSC-Fragebogen die „moderate bis intensive Aktivität“ mit einem Einzelitem erhoben, indem danach gefragt wird, an wie vielen der vergangenen sieben Tage die Schülerin bzw. der Schüler für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv war (Itembox 7). Körperliche Aktivität wird dabei definiert als „alle körperlichen Betätigungen (...), die deinen Pulsschlag erhöhen und dich für einige Zeit außer Atem kommen lassen. Dazu können Sport und Schulaktivitäten gehören genauso wie das Herumtoben mit Freunden oder zu Fuß zur Schule zu gehen. Einige Beispiele für körperliche Aktivitäten sind Laufen, schnelles Gehen, Rad fahren, Tanzen, Skateboard fahren oder Rollschuh laufen, Schwimmen, Fußball oder ähnliche Sportarten sowie Kampfsport und Reiten“. Die Frage wurde ursprünglich von Prochaska et al. (2001) entwickelt und für die HBSC-Befragung leicht adaptiert. Sie gilt weitgehend als reliabel und valide (vgl. z.B.: Biddle et al., 2011; Liu et al., 2010; Ridgers et al., 2012).

Definition der körperlichen Aktivität im HBSC-Fragebogen und Beispiele, die angeführt sind

sitzendes Freizeitverhalten, das vor dem Fernseher, am Computer, mit dem Handy oder vor einer Spielkonsole stattfindet

Zum sitzenden Freizeitverhalten werden Items zu drei typischen sitzenden Freizeitaktivitäten vorgegeben, nämlich zum Fernsehen, Computer (bzw. Handy oder Spielkonsole) spielen oder allgemeiner Computernutzung, z.B. chatten, e-mailen, Internet surfen, Hausübungen (Itembox 7). Die Antworten werden jeweils getrennt für Schultage und schulfreie Tage erhoben. Zur Vereinfachung der Darstellung werden sie zu je einem Gesamtindex für Schultage und schulfreie Tage verknüpft. Es gilt allerdings zu berücksichtigen, dass mögliche Verzerrungen aufgrund gleichzeitiger Aktivitäten (z.B. zeitgleich Fernsehen und Computer spielen), die zu Überschätzungen führen, nicht ausgeschlossen werden können.

Ergebnisse

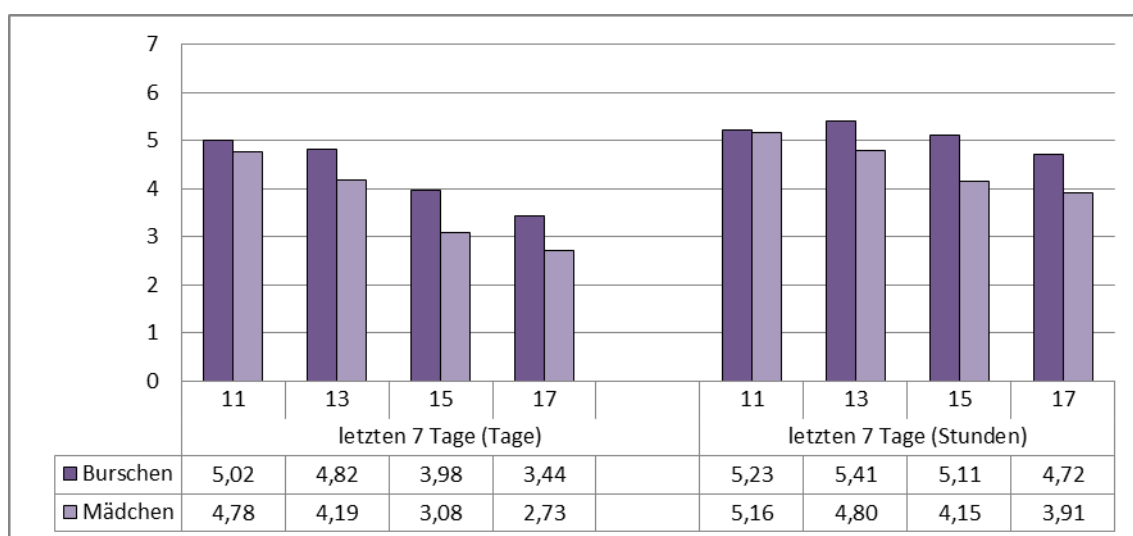
körperliche Aktivität von mindestens 60 Minuten täglich an rund 4 Tagen/Woche bzw. insgesamt durchschnittlich 4,8 Stunden pro Woche

Über alle Altersgruppen hinweg betrachtet sind die österreichischen Schülerinnen und Schüler nach eigenen Angaben an rund vier Tagen pro Woche für zumindest 60 Minuten körperlich aktiv, wobei die durchschnittliche Zeit über diese Tage verteilt 4,8 Stunden beträgt. Burschen sind mit einem Schnitt von 4,4 Tagen bzw. 5,2 Stunden pro Woche etwas aktiver als Mädchen (durchschnittlich 3,6 Tage bzw. 4,5 Stunden). Der Effekt des Geschlechts auf die körperliche Betätigung ist in beiden Fällen gering (Cohen's d (Tage) = 0,37; Cohen's d (Stunden) = 0,30).

Ausmaß an körperlicher Aktivität nimmt mit dem Alter ab; allerdings spielt dabei auch die Berechnungsform eine Rolle

Generell zeigt sich, dass das Ausmaß an körperlicher Aktivität für beide Geschlechter mit dem Alter abnimmt (Cohen's d (Tage) = 0,96; Cohen's d (Stunden) = 0,41). Dies gilt sowohl für die Anzahl der Tage als auch für die Stunden pro Woche. Bei der Berechnungsform, die auf den Stunden pro Woche beruht, fällt der Rückgang der körperlichen Aktivität mit dem Alter jedoch weniger drastisch aus (Abbildung 10). Dies ist möglicherweise damit zu erklären, dass ältere Schülerinnen und Schüler, wenn sie z.B. für eine Sportart intensiver trainieren, zwischendurch Regenerationstage einlegen, an denen sie bewegungsaktiv sind.

Abbildung 10: Tage und Stunden, in denen 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler/innen in den letzten 7 Tagen körperlich aktiv waren, nach Alter und Geschlecht



Insgesamt erfüllen lediglich 17,4% der österreichischen Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren die WHO-Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche von täglich 60 Minuten körperlicher Betätigung mit mittlerer bis hoher Intensität. In Tabelle 4 ist die Aufteilung nach Geschlecht und Alter dargestellt. Zieht man die alternative Berechnungsform heran, so sind 28,5% der 11- bis 17-Jährigen mindestens sieben Stunden pro Woche körperlich aktiv.

17,4% sind täglich mind. 1 Stunde bzw. 28,5% sind wöchentlich mind. 7 Stunden körperlich aktiv

Tabelle 4: Relativer Anteil der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, die die WHO-Empfehlung von körperlicher Aktivität im Ausmaß von mindestens 60 Minuten täglich erfüllen, nach Alter und Geschlecht

Geschlecht	Altersgruppen				Gesamt
	11	13	15	17	
Mädchen	27,5%	14,6%	6,1%	5,2%	12,5%
Burschen	34,1%	29,2%	16,6%	9,5%	23,2%
Gesamt	30,7%	21,8%	10,4%	7,0%	17,4%

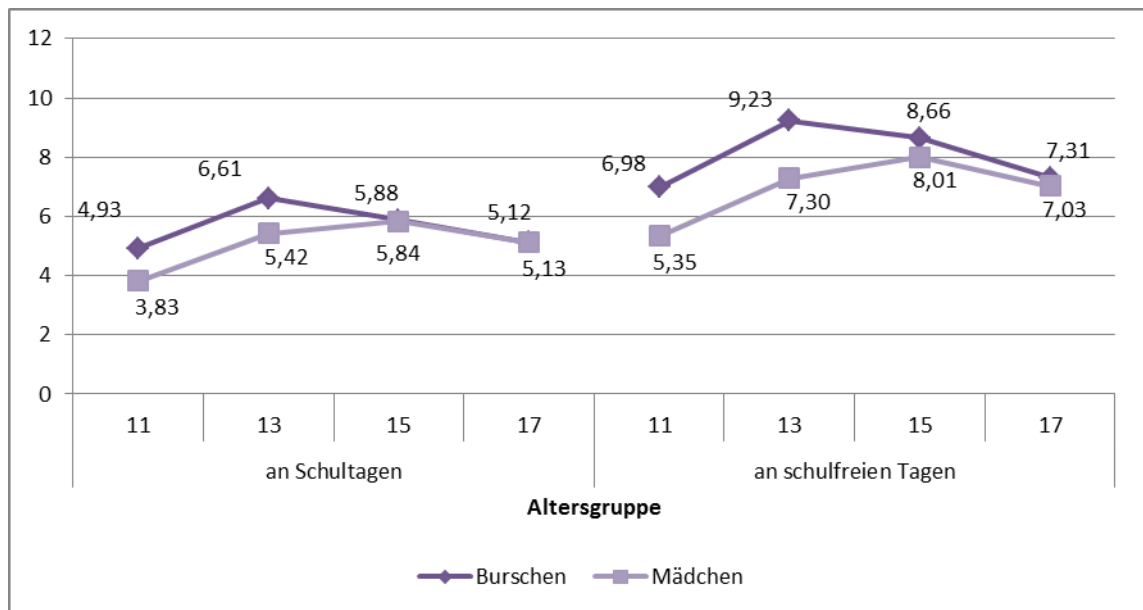
Ein umgekehrtes Bild zeigt sich beim sitzenden Freizeitverhalten. Im Durchschnitt verbringen die österreichischen Kinder und Jugendlichen nach eigenen Angaben täglich 5,4 Stunden an Schultagen und 7,5 Stunden an schulfreien Tagen mit sitzendem Freizeitverhalten vor dem Fernseher oder an Computer, Handy oder Playstation.

durchschnittlich 5,4 Stunden täglich sitzendes Freizeitverhalten an Schultagen

Beim sitzenden Freizeitverhalten unterscheiden sich Mädchen und Burschen nur geringfügig. Obwohl sich Burschen im Schnitt mehr bewegen als Mädchen, verbringen sie sowohl an Schultagen (5,7 vs. 5,2 Stunden) als auch an schulfreien Tagen (8,1 vs. 7,1 Stunden) etwas mehr Zeit in einer sitzenden Freizeitaktivität als Mädchen. Der Effekt des Geschlechts auf das sitzende Freizeitverhalten ist allerdings nur gering (Cohen's d (schul-tags)=0,13; Cohen's d (schulfreie Tage) =0,22). Nach Altersgruppen betrachtet zeigt sich allerdings, dass diese Unterschiede vor allem die 11- und 13-Jährigen betreffen. Bei den 15- bzw. 17-Jährigen sind sie nur noch geringfügig oder gar nicht mehr vorhanden. Das liegt vor allem daran, dass bei Burschen das selbstberichtete Ausmaß an sitzenden Freizeitaktivitäten bereits zwischen 13 und 15 Jahren rückläufig ist, bei den Mädchen in diesem Zeitraum aber noch ansteigt und erst mit 17 Jahren – wie auch bei den Burschen – sinkt (Abbildung 11).

Geschlechtsunterschiede beim sitzenden Freizeitverhalten nur bis zum 15. Lebensjahr

Abbildung 11: Stunden pro Tag, an denen 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler/innen sitzenden Freizeitaktivitäten nachgehen (Fernsehen, Computernutzung, Handy, u.Ä.), nach Alter und Geschlecht



4.2 Ernährung

Hintergrund

Förderung gesunder Essgewohnheiten im Kindesalter

Die meisten Ernährungsgewohnheiten entwickeln sich in der Kindheit. So wird bereits in jungen Jahren das Ernährungsverhalten erlernt und später im Erwachsenenalter beibehalten (Herouvi et al., 2013). Darum ist es wichtig, bereits früh eine gesunde Ernährung zu „erlernen“.

Effekte verschiedener Nahrungsmittel

Es gibt bestimmte Nahrungsmittel, die der Gesundheit besonders zuträglich sind, beispielsweise Obst und Gemüse (Schmid, 2011). Sie versorgen den Körper mit lebenswichtigen Nährstoffen wie Vitaminen, Ballaststoffen und Kalzium. Umgekehrt gibt es Lebensmittel, wie Süßigkeiten und zuckerhaltige Limonaden, die bei hohem Konsum zur Entstehung von ernährungsassoziierten Erkrankungen beitragen können.

negative Folgen einer ungesunden Ernährung

Der durch einen erhöhten Konsum von fett-, zucker- und salzreichen Speisen hervorgerufene Nährstoffmangel hemmt die physische und kognitive Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und begünstigt unmittelbare Gesundheitsprobleme wie Übergewicht oder Anämie (Benoist et al., 2008). Langfristig kann ein ungesundes Ernährungsverhalten außerdem die Entwicklung chronisch-degenerativer Leiden (z.B. Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen) fördern und zum Auftreten bestimmter Krebsarten und Mangelerscheinungen beitragen (U.S.Department of Agriculture & U.S Department of Health and Human Services, 2010; Benoist et al., 2008).

Ernährung auch Effekt auf Geist und Psyche

Neuere Studien zeigen, dass die Ernährungsgewohnheiten auch einen Einfluss auf Kognitionen, Erinnerungsvermögen und die Psyche haben können

(Cooper et al., 2011; Lassek & Gaulin, 2011; Maffei et al., 2012; Sánchez-Villegas et al., 2012).

Das Ernährungsverhalten der Bevölkerung hat sich in den letzten Jahrzehnten verändert. So wird das Frühstück immer öfter ausgelassen und es gibt eine Tendenz zu einem erhöhten Konsum von Snacks. Mahlzeiten werden nur noch selten gemeinsam mit der Familie eingenommen (Poskitt, 1998; Tuttle, 1999; Westenhoefer, 2002). Diese Tendenz, volle Mahlzeiten zu streichen und dafür zwischendurch immer wieder Snacks zu essen, führt oft zu einem Konsum von weniger Obst, Gemüse und Milchprodukten und mehr süßen Limonaden und Fertiggerichten (So et al., 2011). Das Auslassen von Mahlzeiten, besonders des Frühstücks, hat negative Konsequenzen für das Körpergewicht und, speziell bei Kindern, auf Aufmerksamkeit und Erinnerungsvermögen (Kim et al., 2012; Rampersaud et al., 2005; Cooper et al., 2011; Maffei et al., 2012). Ein regulärer Frühstückskonsum ist Studien zufolge mit einer verbesserten Ernährungsqualität während des gesamten Tages sowie mit einem verbesserten Wohlbefinden und allgemeiner Gesundheit verbunden (Giovannini et al., 2010; Reeves et al., 2013).

Als weiterer wichtiger Aspekt in der Ernährung von Kindern und Jugendlichen erwies sich das gemeinsame Essen mit den Eltern. Solche Familienmahlzeiten werden aber immer seltener, da die heutigen Zeitpläne von Eltern und Kindern es zu einer richtigen Herausforderung machen können, solch ein Essen zu planen (Neumark-Sztainer et al., 2003; Bauer et al., 2012). Es hat sich aber in mehreren Studien gezeigt, dass regelmäßige Familienmahlzeiten ebenfalls mit einer gesünderen Ernährung von Kindern und Jugendlichen verbunden sind (Neumark-Sztainer et al., 2003; Gillman et al., 2000; Haapalahti et al., 2003; Utter et al., 2013).

Ernährungsgewohnheiten haben sich verändert; allerdings nicht unbedingt zu Gunsten der Gesundheit

gemeinsam essen und trinken sind auch wichtige soziale Rituale

Methode

Um das Ernährungsverhalten der Kinder und Jugendlichen zu erfassen, ist seit 1986 eine Fragebatterie zur Konsumhäufigkeit bestimmter Lebensmittel (Food Frequency Questionnaire – FFQ) Bestandteil der HBSC-Befragung. Seit 2002 wird nur mehr nach dem Verzehr von Obst, Gemüse, Süßigkeiten und süßen Limonaden gefragt. Zusätzlich wurde in Österreich 2014 erstmals der Konsum von Speisen wie Pizza, Döner oder Burger, also Nahrungsmitteln, die nährstoffarm sind, viel Fett und Salz enthalten und oft als Alternative zu einer ausgewogenen Mahlzeit konsumiert werden, erhoben (Itembox 8). Da sämtliche Ernährungsempfehlungen einen täglichen Konsum von Obst und Gemüse fordern, ist für die Auswertung vor allem interessant, wie viele Schülerinnen und Schüler diese Nahrungsmittel zumindest täglich konsumieren. Deshalb wurden die Antwortkategorien für die Auswertung entsprechend zusammengefasst.

Die Bedeutung des Frühstückens wurde bereits erörtert. Aus diesem Grund soll in diesem Bericht auch dargestellt werden, wie häufig die österreichischen Schülerinnen und Schüler normalerweise frühstücken. Erhoben wurde dies mit einer einzelnen Frage, welche die Häufigkeit an Schultagen erfasst (Itembox 8). Für die Darstellung werden die Antwortmöglichkeiten in

Erfassung des Verzehrs von Obst, Gemüse, Süßigkeiten, süßen Limonaden (Softdrinks) und Pizza, Burger & Co.

Wie oft frühstücken Schüler/innen an Schultagen?

drei Kategorien zusammengefasst: nie – an einem bis vier Schultag(en) – an fünf bis sechs Schultagen.

gemeinsames Essen mit den Eltern

Zusätzlich wurde erhoben, wie oft gemeinsam mit den Eltern gefrühstückt oder zu Abend gegessen wird, da dies – wie oben beschrieben – ebenfalls ein wichtiger Indikator für eine gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen sein kann (Itembox 8). Dargestellt werden die Ergebnisse mit folgenden, zusammengefassten Kategorien: nie bzw. selten – an einem bis vier Tag(en) – an fünf bis sieben Tagen pro Woche.

Itembox 8: Ernährung

Wie oft in der Woche isst oder trinkst du normalerweise die folgenden Dinge?

Obst/Früchte, Gemüse, Süßigkeiten/Schokolade, zuckerhaltige Limonaden (Cola, etc.), Speisen wie Pizza, Döner, Burger, u.a..

- *7-teilig: nie – seltener als einmal in der Woche – einmal wöchentlich – an 2-4 Tagen in der Woche – an 5-6 Tagen in der Woche – einmal täglich – mehrmals täglich*

Wie häufig frühstückst du normalerweise (mehr als nur ein Getränk) an Schultagen?

- *7-teilig: Ich frühstücke nie an Schultagen – an einem Schultag in der Woche – an zwei Schultagen in der Woche – an drei Schultagen in der Woche – an vier Schultagen in der Woche – an fünf Schultagen in der Woche – an sechs Schultagen in der Woche (wenn du samstags Schule hast)*

Wie oft frühstückst du gemeinsam mit deiner Mutter oder deinem Vater?

Wie oft isst du gemeinsam mit deiner Mutter oder deinem Vater zu Abend?

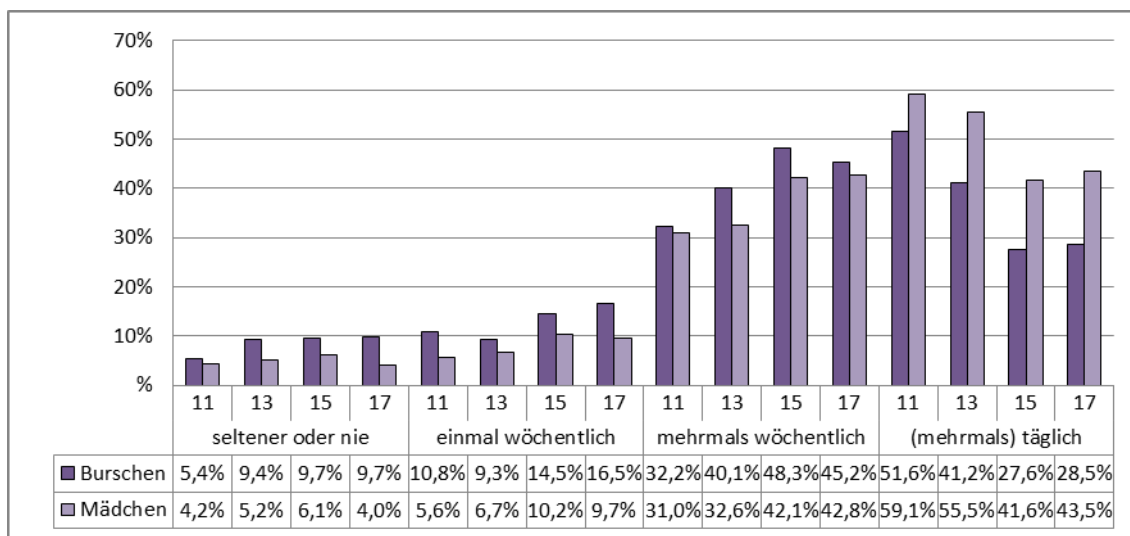
- *6-teilig: nie – seltener als einmal in der Woche – an 1-2 Tagen in der Woche – an 3-4 Tagen in der Woche – an 5-6 Tagen in der Woche – jeden Tag*

Ergebnisse

43,8% essen täglich Obst; mehr Mädchen als Burschen; Rückgang bis zum 15. Lebensjahr, danach wieder leichter Anstieg

Etwas weniger als die Hälfte (43,8%) der österreichischen Schülerinnen und Schüler geben an, täglich Obst oder Früchte zu essen, wobei der Anteil bei Mädchen mit 48,9% höher ist als bei Burschen (37,4%). Mit steigendem Alter werden es zwischen 11 und 15 Jahren jedoch bei beiden Geschlechtern deutlich weniger, die Obst oder Früchte auf täglicher Basis konsumieren. Erst mit 17 Jahren zeigt sich wieder ein sehr leichter Anstieg (Abbildung 12).

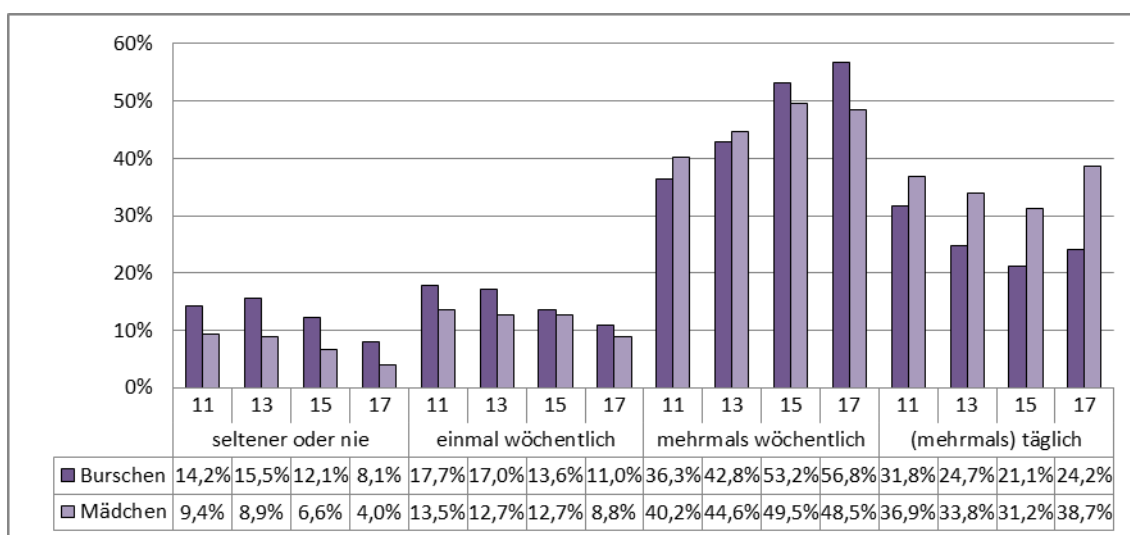
Abbildung 12: Obstkonsum der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



Gemüse wird laut Selbstbericht von österreichischen Kindern und Jugendlichen deutlich weniger häufig gegessen als Obst, nämlich im Schnitt nur von 30,6% täglich, wobei der Anteil bei Burschen (25,4%) wieder geringer ist als bei Mädchen (34,8%). Wie beim Obstkonsum zeigt sich mit dem Alter zwischen 11 und 13 Jahren wieder ein Rückgang, wobei dieser beim Gemüsekonsum etwas weniger stark ausfällt. Der Anstieg zwischen 15 und 17 Jahren ist bei beiden Geschlechtern hingegen stärker als beim Obstkonsum (Abbildung 13).

30,6% essen täglich Gemüse; mehr Mädchen als Burschen; geringerer Alterseffekt als beim Obstkonsum

Abbildung 13: Gemüsekonsum der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht

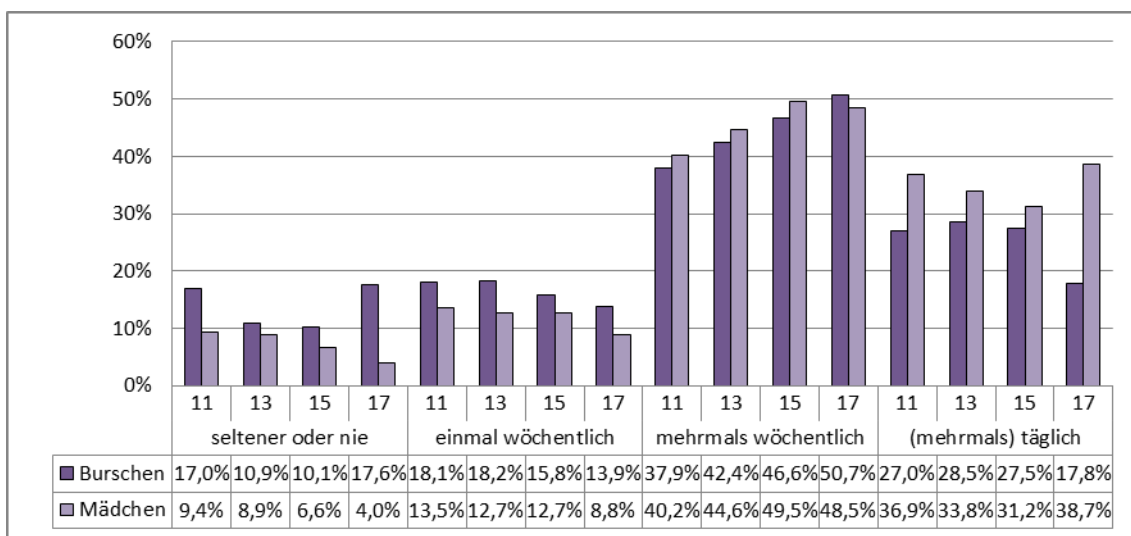


Der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die angeben, täglich Süßigkeiten oder Schokolade zu konsumieren, beträgt 27,9%. Die Ergebnisse zeigen, dass, auch wenn Mädchen häufiger Obst und Gemüse konsumieren, sie ebenso zu etwas häufigerem Naschen (29,6% vs. 25,6%) neigen. Ca. 40-

27,9% konsumieren täglich Süßigkeiten

50%, abhängig von Geschlecht und Alter, essen mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich, Süßigkeiten (Abbildung 14).

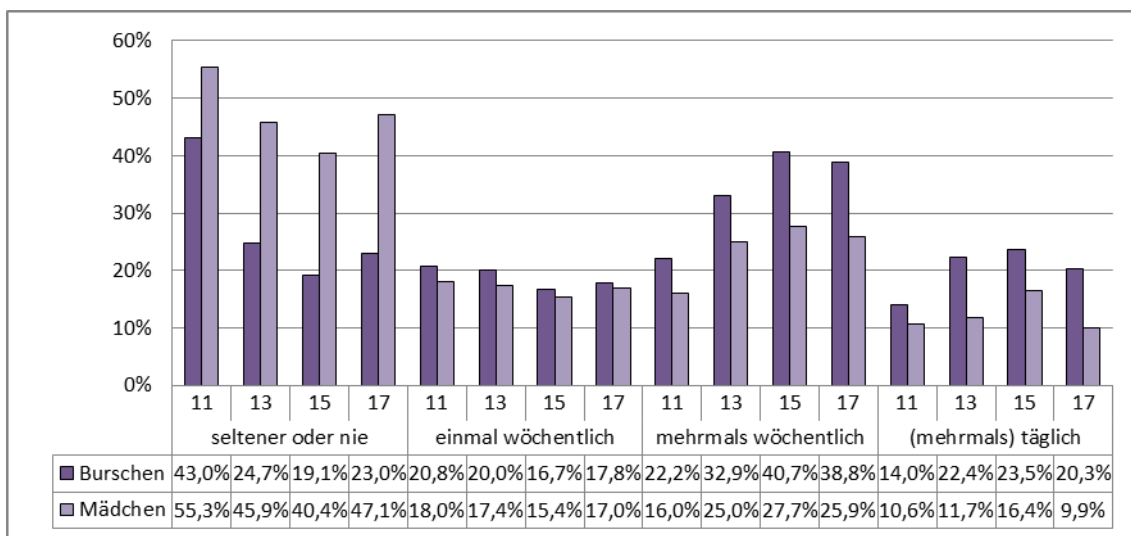
Abbildung 14: Süßigkeitenkonsum der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



ca. 16% trinken täglich zuckerhaltige Limonaden (Softdrinks); deutlich mehr Burschen als Mädchen

Zuckerhaltige Limonaden wie Cola, Fanta, Eistee, etc. werden laut eigenen Angaben im Schnitt von 16% der österreichischen Schülerinnen und Schüler täglich getrunken, wobei es sich dabei um das einzige abgefragte Lebensmittel handelt, welches von Burschen (20,2%) deutlich häufiger konsumiert wird als von Mädchen (12,7%). Sowohl bei Burschen als auch bei Mädchen zeigt sich, in unterschiedlichem Ausmaß, ein Anstieg des Konsums zwischen 11 und 15 Jahren. Danach sinkt er wieder, allerdings bei Mädchen stärker als bei Burschen (Abbildung 15).

Abbildung 15: Konsum süßer Limonaden bei 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



Rund 4% der österreichischen Kinder und Jugendlichen geben an, Speisen wie Pizza, Döner oder Burger täglich zu essen, wobei dies bei Burschen (5,7%) etwas häufiger der Fall ist als bei Mädchen (3,1%). In Summe berichtet fast die Hälfte der österreichischen Schülerinnen und Schüler (48%), zumindest einmal in der Woche solche Nahrungsmittel zu konsumieren. Der wöchentliche Konsum derartiger Nahrungsmittel steigt bis zum Alter von 15 Jahren konstant an (von 37,8% auf 55,1%) und sinkt dann wieder leicht (auf 52,6%) ab (Abbildung 16).

ca. 48% konsumieren mindestens einmal wöchentlich Pizza, Döner, Burger o.Ä., ca. 4% tun es täglich

Abbildung 16: Konsum von Pizza, Burger & Co. der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht

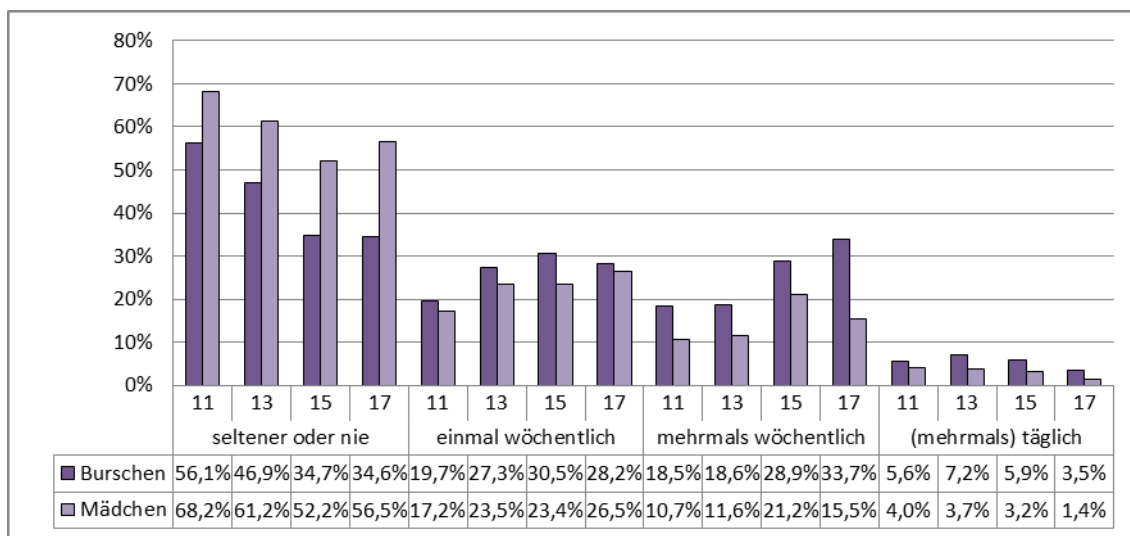
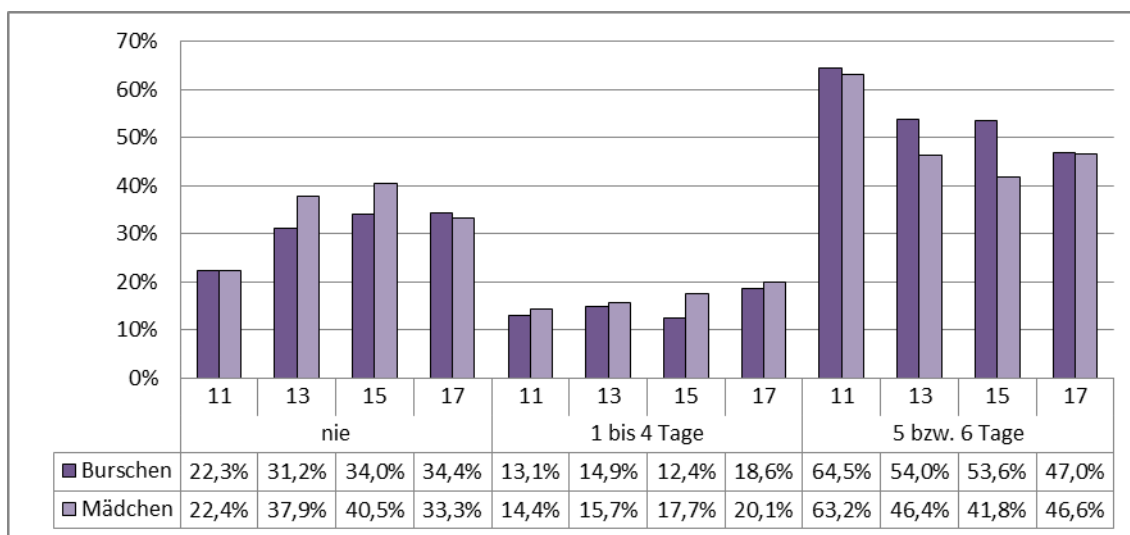


Abbildung 17: An wie vielen Schultagen in der Woche 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler/innen frühstücken, nach Alter und Geschlecht

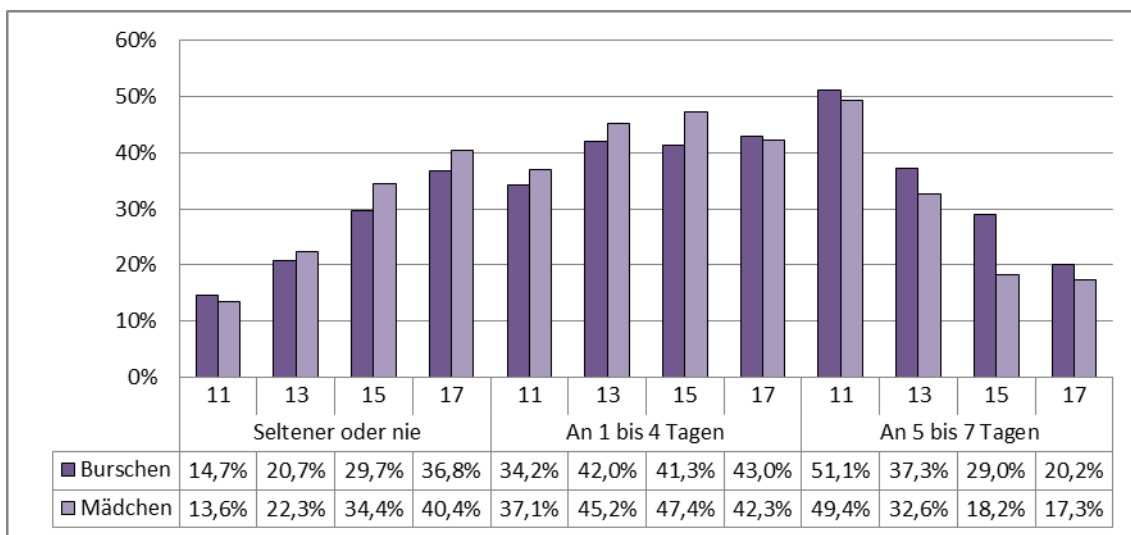


Obwohl Studien die Bedeutung des Frühstücks unterstreichen (siehe Hintergrund), gibt lediglich gut die Hälfte (51,5%) der österreichischen Schülerinnen und Schüler an, an Schultagen täglich zu frühstücken. Im Gegensatz dazu berichtet fast ein Drittel (32,7%) nie zu frühstücken. Burschen frühstü-

ungefähr ein Drittel der Schüler/innen frühstücken nie

cken insgesamt häufiger als Mädchen (54,9% vs. 48,7% an allen Schultagen), wobei dies hauptsächlich auf 13- und 15-Jährige zutrifft. Bei den 11- und 17-Jährigen gibt es keinen Unterschied zwischen Mädchen und Burschen (Abbildung 17).

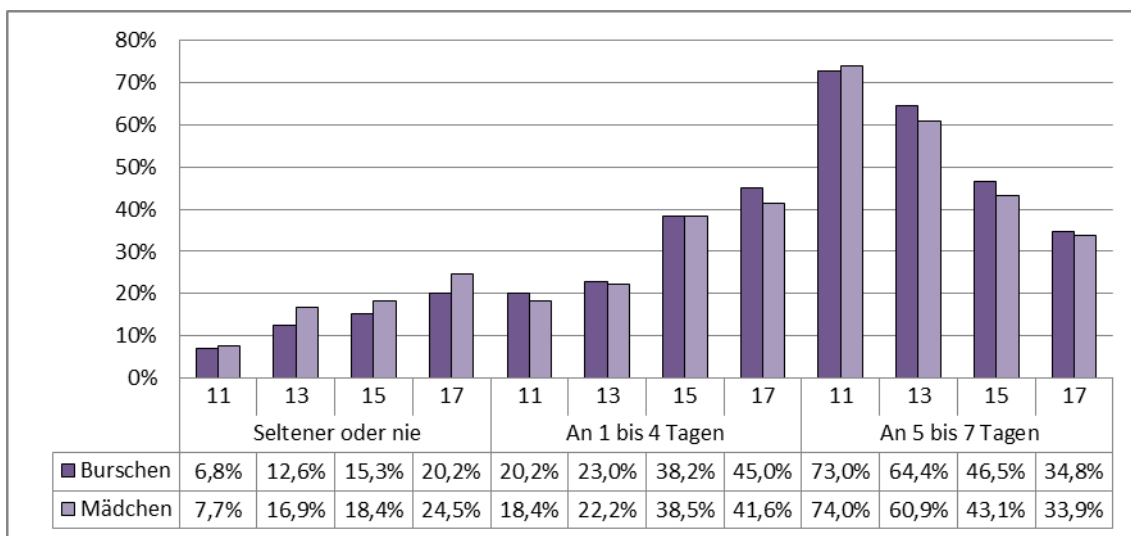
Abbildung 18: Wie oft pro Woche 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler/innen mit Mutter und/oder Vater frühstücken, nach Alter und Geschlecht



ein Fünftel frühstücken mit Mutter und/oder Vater; fallende Tendenz mit steigendem Alter

Gut ein Fünftel (21%) der Kinder und Jugendlichen geben an, täglich mit Mutter und/oder Vater zu frühstücken. Dieser Anteil sinkt mit steigendem Alter deutlich von 38,7% bei den 11-Jährigen auf 9,9% bei den 17-Jährigen ab. Mädchen frühstücken insgesamt seltener mit ihren Eltern als Burschen (18,3% vs. 24,5%), wobei der Unterschied zwischen den Geschlechtern zwischen 11 und 15 Jahren kontinuierlich ansteigt und danach wieder sinkt (Abbildung 18).

Abbildung 19: Wie oft pro Woche 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler/innen mit Mutter und/oder Vater Abend essen, nach Alter und Geschlecht



Das Abendessen ist in Österreich häufiger ein Familienessen als das Frühstück. Insgesamt geben 36,4% der Schülerinnen und Schüler an, täglich mit ihren Eltern zu Abend zu essen. Allerdings sinkt auch hier der Anteil mit dem Alter, nämlich von 57,3% bei den 11-Jährigen auf 18,9% bei den 17-Jährigen. Zwischen den Geschlechtern gibt es hier kaum Unterschiede (Abbildung 19).

etwas mehr als ein Drittel essen täglich mit Mutter und/oder Vater zu Abend

4.3 Konsum psychoaktiver Substanzen

Hintergrund

Der Konsum von psychoaktiven Substanzen wie Alkohol, Tabak oder Cannabis ist unter Jugendlichen weit verbreitet (Donovan & Molina, 2013). Er kann jedoch eine Vielzahl von kurz- oder langfristigen gesundheitlichen Folgen haben. Als Spätfolgen von Rauchen können z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen (chronische Bronchitis, Lungenentzündung, u.a.) und viele Krebsformen (u.a. Lungen-, Rachen-, Kehlkopf-, Speiseröhren-, Gebärmutterhals- und Blasenkrebs) auftreten (U.S. Department of Health and Human Services, 2004; WHO, 2008). Doch auch bereits nach einer relativ kurzen Zeit können gesundheitliche Beeinträchtigungen, wie eine Einschränkung von Lungenwachstum und -funktion, Kurzatmigkeit, Husten und asthmatische Probleme (Keuchen) bei den Jugendlichen festgestellt werden (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

gesundheitliche Folgen des Tabakrauchens

Jene Gesundheitsbeeinträchtigungen, die durch den Konsum von Tabak verursacht werden, können auch durch das Rauchen von Cannabis hervorgerufen werden, da im Rauch eines „Joints“ ähnliche Schadstoffe enthalten sind, davon einige Karzinogene sogar in höherer Konzentration. Es gibt daher Vermutungen, dass krebserregende Wirkungen bei Cannabis-Raucherinnen und -Rauchern in verstärktem Maße auftreten können, allerdings wurde das bisher nur für Lungenkrebs hinreichend bestätigt (Hall & Degenhardt, 2009). Durch das im Cannabis enthaltene Tetrahydrocannabinol (THC) werden zusätzlich Rauschzustände erzeugt, durch welche sich die Unfallgefahr erhöht und die Konzentrations- und Merkfähigkeit verringert (Hall & Degenhardt, 2009; Kalant, 2004).

gesundheitliche Folgen des Konsums von Cannabis

Rein dem übermäßigen Alkoholkonsum zuzuschreibende Krankheiten sind die Alkoholabhängigkeit, die alkoholische Leberzirrhose und die alkoholinduzierte Pankreatitis. Alkoholmissbrauch kann aber auch das Risiko für andere Krankheiten, darunter viele Krebsarten erhöhen (Rehm et al., 2009). Ein gerade bei Jugendlichen oft auftretendes Problem ergibt sich daraus, dass übermäßiger Alkoholkonsum häufig mit anderem Risikoverhalten, wie Gewalttätigkeit, Raserei und ungeschütztem Geschlechtsverkehr einhergeht (Cooper, 2006) und so indirekt auch an der Verursachung weiterer unerwünschter Folgen, wie Verletzungen, Infektionen, etc., beteiligt ist.

Gefahren des übermäßigen Alkoholkonsums

Womit hängt der Konsum psychoaktiver Substanzen zusammen?

Studien ergaben, dass es eine Vielzahl von Merkmalen gibt, die entweder den Konsum von psychoaktiven Substanzen beeinflussen oder davon beeinflusst werden. Beispielsweise bestehen Zusammenhänge mit sozialem Vertrauen, sozialer Verantwortung und Religiosität (Wray-Lake et al., 2012) oder der Verbundenheit mit der Schule (Bond et al., 2007; Henry & Slater, 2007; Maddox & Prinz, 2003). Zu den protektiven Faktoren zählt die Beobachtung durch die Familie, wohingegen Einsamkeit, Schlaflosigkeit oder das Fehlen von Freunden zu einem gesteigerten Konsum führen (Malta et al., 2014). Der Konsum psychoaktiver Substanzen ist außerdem einer der Risikofaktoren für spätere Depressionen, die von den Jugendlichen selbst (ohne professionelle Intervention) vermieden werden könnten (Cairns et al., 2014).

paralleler Konsum verschiedener Substanzen

Der Konsum verschiedener psychoaktiver Substanzen ist oftmals miteinander verknüpft (Becklas & Klocke, 2011; Molcho et al., 2004). Außerdem ergab eine aktuelle Studie, dass der Tabakkonsum im frühen Jugendalter mit risikoreichem Alkohol- und Marihuana-Konsumverhalten als Erwachsener assoziiert ist (Nelsen et al., 2014).

Methoden

Erhebung des Raucherstatus

Das Rauchverhalten wurde mit der Frage erhoben, wie oft die/der Befragte derzeit rauche (Itembox 9). Dieser selbstberichtete Raucherstatus war zuvor mit der biochemisch validierten Raucherprävalenz verglichen worden und hat sich dabei als guter Indikator für das tatsächliche, aktuelle Rauchverhalten erwiesen (Post et al., 2005).

Fragen zum Alkoholkonsum

Zum Alkoholkonsum werden in diesem Bericht drei Variablen dargestellt (Itembox 9). Erstens wurde erfragt, wie oft derzeit bestimmte, einzeln abgefragte alkoholische Getränke konsumiert werden. Der geschätzte absolute wöchentliche Alkoholkonsum kann durch Zusammenfassung dieser Items zu einem Index errechnet werden. Es hat sich nämlich gezeigt, dass es Befragten leichter fällt, sich an ihren tatsächlichen Alkoholkonsum zu erinnern, wenn sie nach bestimmten Getränken als wenn sie allgemein gefragt werden (Gmel & Rhem, 2004). Außerdem wurde erhoben, an wie vielen Tagen Alkohol getrunken wurde. Die dritte Frage bezog sich darauf, ob und, wenn ja, wie oft die/der Befragte schon jemals (im Leben bzw. in den letzten 30 Tagen) betrunken war.

Fragen zum Cannabiskonsum

Der Konsum von Cannabis wurde in der HBSC-Erhebung mit zwei Items aus der European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD, 1995) erhoben, welche die Prävalenz im bisherigen Leben und in den letzten 30 Tagen erfasst (Itembox 9). Diese Differenzierung soll helfen, Schülerinnen und Schüler, die Cannabis lediglich ein- oder zweimal probieren, von jenen zu unterscheiden, die es regelmäßig konsumieren und somit ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Folgen haben. Die Fragen zum Cannabiskonsum wurden nur den 15- und 17-Jährigen gestellt.

Itembox 9: Konsum von psychoaktiven Substanzen

Wie oft rauchst du derzeit Tabak?

- 4-teilig: jeden Tag – einmal oder öfter pro Woche, aber nicht jeden Tag – seltener als einmal pro Woche – ich rauche gar nicht

Wie oft trinkst du derzeit alkoholische Getränke wie Bier, Wein oder Spirituosen? (Denke dabei auch an Gelegenheiten, bei denen du nur kleine Mengen getrunken hast!)
 Bier; Wein, G’spritzter oder Sekt; Spirituosen (Schnaps, Wodka, Gin, Whisky, Rum, etc.); Alkopops (z.B. Smirnoff Ice, Bacardi Breezer, Feigling Eyes); Most; irgendein anderes alkoholisches Getränke

- 5-teilig: täglich – jede Woche – jeden Monat – seltener – nie

An wie vielen Tagen (wenn überhaupt) hast du Alkohol getrunken?
 in deinem Leben, in den letzten 30 Tagen

- 7-teilig: nie – 1-2-mal – 3-5-mal – 6-9-mal – 10-19-mal – 20-29-mal – 30 Tage oder mehr

Hast du jemals so viel Alkohol getrunken, dass du richtig betrunken warst?
 in deinem Leben, in den letzten 30 Tagen

- 5-teilig: nein, nie – ja, einmal – ja, 2-3 mal – ja, 4-10 mal – Ja, öfter als 10 mal

Hast du jemals Cannabis (Haschisch, Marihuana) genommen?
 in deinem Leben, in den letzten 30 Tagen

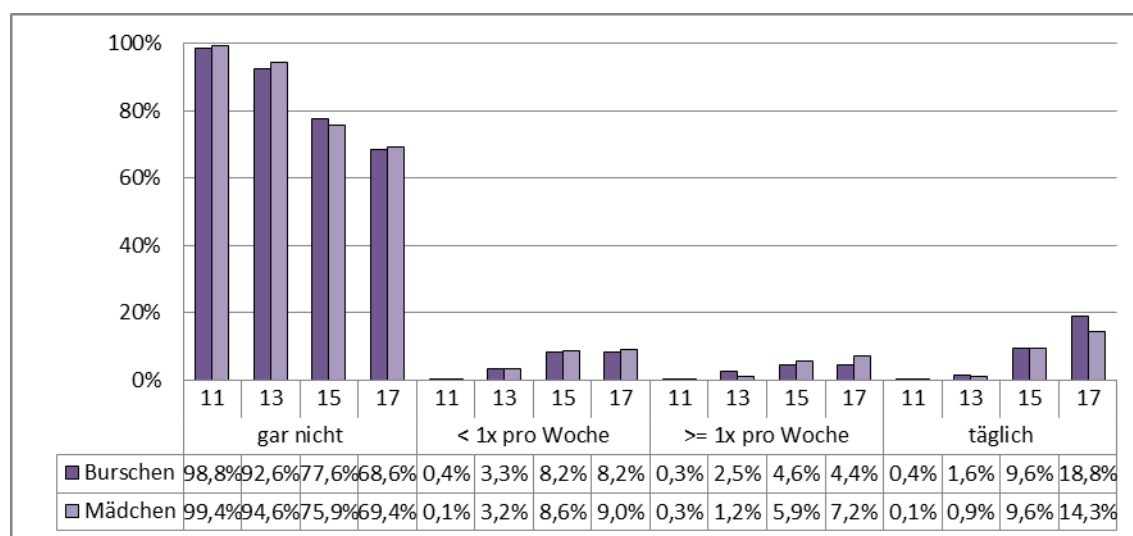
- 7-teilig: nie – 1-2-mal – 2-5-mal – 6-9-mal – 10-19-mal – 20-39-mal – 40 mal oder öfter

Ergebnisse

Rund 16% der österreichischen Schülerinnen und Schüler geben an, derzeit Tabak zu rauchen. Das Rauchverhalten ist erwartungsgemäß stark altersabhängig: Bei den 11-Jährigen liegt der Anteil der Nichtraucherinnen und Nichtraucher noch bei über 99%. Bei den 17-Jährigen berichten rund 69%, gar nicht zu rauchen. Zwischen den Geschlechtern ist der Unterschied geringer. Während von den Burschen 14,9% rauchen, liegt der Anteil der Raucherinnen bei 16,5%.

rund 16% der Schüler/innen aller Altersgruppen rauchen Tabakwaren gelegentlich oder täglich

Abbildung 20: Raucherstatus der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



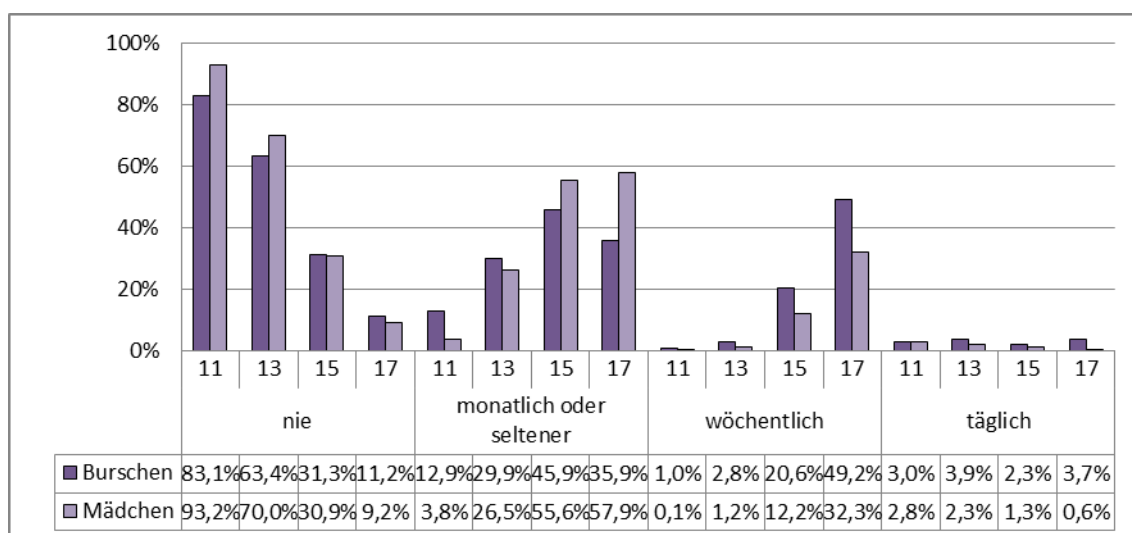
ca. 10% der 15-Jährigen und 16% der 17-Jährigen rauchen täglich

Alkoholkonsum im Alter von 17 Jahren, wöchentlich oder öfter: 53% der Burschen und 33% der Mädchen

Abbildung 20 zeigt, dass der Anteil der täglichen Raucherinnen und Raucher bei den 15-Jährigen jenen bei den 13-Jährigen stark übertrifft. In der Altersgruppe der 17-Jährigen liegt er noch einmal doppelt so hoch (18,8% im Vergleich zu 9,6%). Bei den Mädchen ist dieser Unterschied kleiner, aber dennoch ausgeprägt (ebenfalls 9,6% zu 14,3%).

Rund 16% der österreichischen Schülerinnen und Schüler trinken laut eigenen Angaben regelmäßig, das heißt mindestens einmal pro Woche, Alkohol. Dies trifft auf Burschen etwas häufiger zu als auf Mädchen (B: 19,4%, M: 13,6%). Wie das Rauchen ist auch der Alkoholkonsum stark altersabhängig. Der Unterschied beim wöchentlichen Alkoholkonsum ist zwischen den 15- und den 17-Jährigen am größten (Abbildung 21). Der Anteil jener, die nie Alkohol konsumieren, ist bei den 11- und 13-jährigen Mädchen noch deutlich höher als bei den Burschen. Bei den 15-Jährigen liegen beide Geschlechter in etwa gleich auf. Danach fallen in diese Kategorie etwas mehr Burschen. Die übrigen Burschen tendieren allerdings stärker zu wöchentlichem Alkoholkonsum, wohingegen Mädchen eher monatlich oder seltener Alkohol trinken.

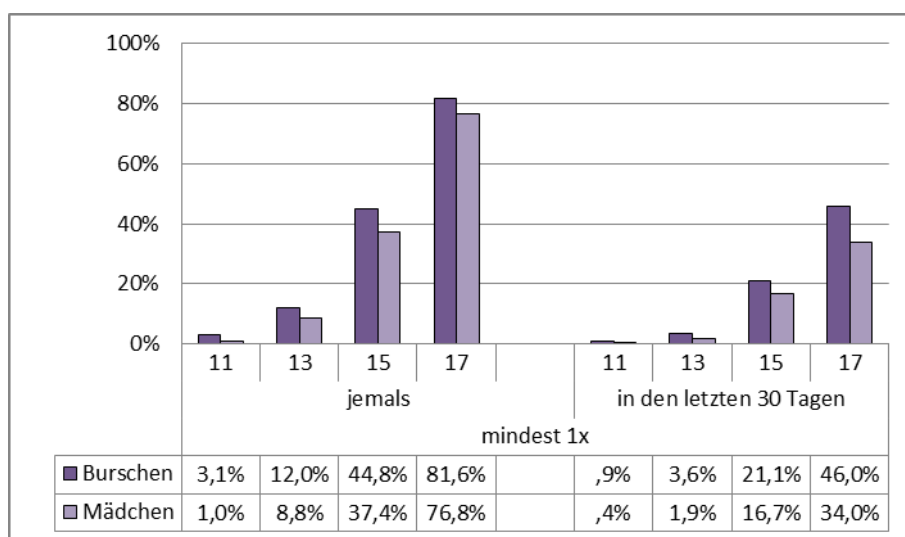
Abbildung 21: Häufigkeit des Alkoholkonsums der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



ca. ein Drittel der 17-Jährigen Mädchen und fast die Hälfte der 17-jährigen Burschen waren im letzten Monat mindestens einmal betrunken

Knapp ein Drittel (32,6%) berichten, bereits mindestens einmal betrunken gewesen zu sein, wobei dies auf Burschen und Mädchen gleich oft zutrifft. Burschen geben in Summe allerdings eine höhere Anzahl an Rauscherfahrungen an als Mädchen. Während Mädchen im Durchschnitt ein- bis dreimal in ihrem Leben betrunken waren, war dies bei Burschen meist häufiger der Fall. Wie beim allgemeinen Alkoholkonsum werden auch die Rauscherfahrungen ab dem Alter von 15 Jahren deutlich häufiger (Abbildung 22). Knapp 15% geben an, in den letzten 30 Tagen betrunken gewesen zu sein, wobei es sich dabei mit 15,8% etwas öfter um Burschen als um Mädchen (13,6%) handelt.

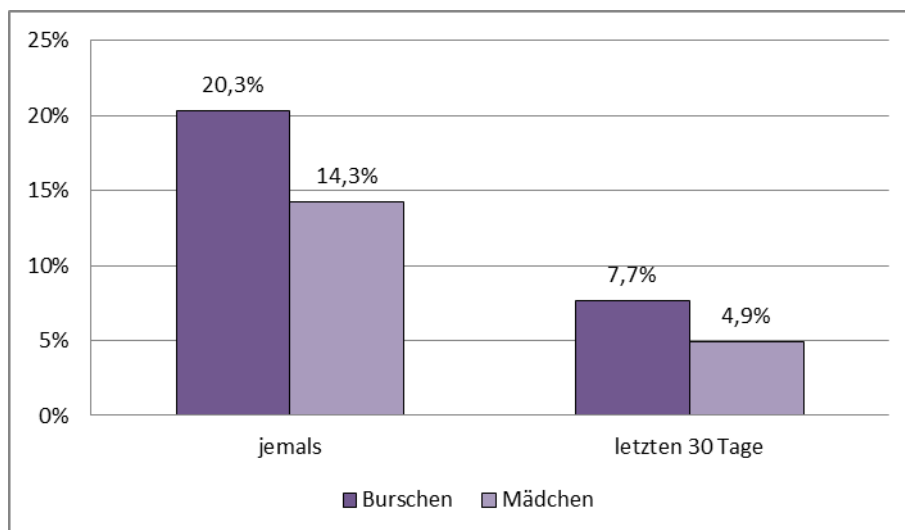
Abbildung 22: Erfahrung von Betrunkenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



Rund 17% der österreichischen Schülerinnen und Schüler ab 15 Jahren haben nach eigenen Angaben bereits zumindest einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert. Von einem Konsum in den letzten 30 Tagen berichten ca. 6%. Insgesamt ist Cannabis unter Burschen weiter verbreitet als unter Mädchen (Abbildung 23).

rund 6% der Schüler/innen ab 15 Jahren haben kürzlich Cannabis konsumiert

Abbildung 23: Cannabiskonsum der 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Geschlecht



4.4 Gewalt

Hintergrund

häufige Beteiligung an Raufereien oft mit anderen Problemen assoziiert

Körperliche Gewalt unter Kindern und Jugendlichen und die Beteiligung an Raufereien ist naturgemäß mit einem erhöhten Risiko für Verletzungen verbunden und gilt als guter Indikator für Risikoverhalten im Allgemeinen oder erhöhten Missbrauch psychoaktiver Substanzen im Speziellen (Sosin et al., 1995). Die Betroffenen sind oft auch weniger mit ihrem Leben zufrieden als andere und haben schlechtere Beziehungen zu Familie und Mitschüler/inne/n (Currie et al., 2012).

Bullying in der Schule und dessen negative Folgen

Psychische Gewalt unter Kindern und Jugendlichen findet in der Schule oft in Form von Bullying statt. Bei Bullying ist eine Schülerin / ein Schüler wiederholten und absichtlichen Aktionen anderer ausgesetzt, mit dem Ziel, ihr oder ihm zu schaden (Smith et al., 1999). Derartigen Formen von Gewalt werden auch negative Folgen auf die Lebensqualität bis ins Erwachsenenalter nachgewiesen (Wolke et al., 2013). Unmittelbare Konsequenzen für die Opfer von Bullying sind ein erhöhtes Risiko für Depression und Angstzustände (Schäfer, 1997).

Opfer und Täter von Bullying leiden

Aber nicht nur die Opfer von Bullying leiden. Jene, die ihre Mitschüler/inne/n absichtlich schikanieren, hänseln, niedermachen u.Ä., haben oft Schwierigkeiten, stabile Sozialkontakte zu entwickeln. Sie zeigen insgesamt ein höheres Risikoverhalten und sind anfälliger für Alkohol, Rauchen und Drogen (Molcho et al., 2004).

Cyberbullying – ein noch wenig erforschtes Phänomen

Cyberbullying ist ein relativ junges Phänomen, dessen Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen noch nicht vollends abzuschätzen sind (Bauman & Bellmore, 2015). Allgemein wird es als eine unauffälligere und leisere Sonderform von Bullying betrachtet. Die Täterinnen und Täter bedienen sich dabei der neuen Medien, um ihre Angriffe auf die Opfer durchzuführen, indem sie etwa für die Opfer peinliche Bilder oder Nachrichten auf sozialen Netzwerken publizieren oder Gerüchte über diese verbreiten. Cyberbullying kennt keine geographischen Grenzen und ist deshalb auch nicht so auf die Schule oder ein anderes Setting beschränkt (Callaghan et al., 2014).

Methode

Beteiligung an Kämpfen oder Raufereien

Seit 2002 wird die Beteiligung an Raufereien in HBSC mit demselben Item erhoben (Brenner et al., 1995; siehe Itembox 10). Dabei wird danach gefragt, wie oft die/der Betroffene im vergangenen Jahr an einem Kampf oder einer Rauferei beteiligt war.

Erfassung der Beteiligung an Bullying als Täter und Opfer

Um zu erfassen, ob und wie Schülerinnen und Schüler an Bullying beteiligt sind, wird seit 1994 ein Item verwendet, das seitdem leicht angepasst wurde (Olweus, 1996). Aus den so gewonnenen Daten lassen sich für die spätere Analyse vier Typen bilden: die Opfer, die Täterinnen bzw. Täter, die Opfer-Täter/innen und jene, die gar nicht an Bullying beteiligt sind.

Zum ersten Mal wurde auch die Beteiligung an Cyberbullying erhoben. Dazu wurden zwei Items entwickelt, mit denen derzeit aber nur ein Opferstatus abgefragt wird.

Erfassung von Cyberbullying

Itembox 10: Gewaltverhalten

Wie oft warst du während der letzten 12 Monate an einem Kampf oder an einer Rauferei beteiligt?

- *5-teilig: ich war in den letzten 12 Monaten an keinem Kampf / keiner Rauferei beteiligt – einmal – zweimal – dreimal – viermal oder öfter*

Hier sind ein paar Fragen zum Thema „Schikanieren“. Wir sagen, dass jemand schikaniert wird, wenn ein/e Schüler/in oder eine Gruppe von Schülern/Schülerinnen ihm/ihr gegenüber unfreundliche oder gemeine Dinge sagt oder tut. Es ist auch „schikaniert werden“, wenn jemand wiederholt mit Dingen geärgert wird, die ihn oder sie stören, oder wenn jemand absichtlich aus der Klassengemeinschaft ausgeschlossen wird. Es ist nicht „Schikanieren“, wenn zwei etwa gleichstarke Schüler/innen miteinander kämpfen oder in Streit geraten. Es ist auch kein „Schikanieren“ wenn das Ärgern in einer verspielten oder freundlichen Art und Weise geschieht.

Wie oft bist du in den letzten paar Monaten in der Schule schikaniert worden?

- *5-teilig: ich wurde in den letzten paar Monaten in der Schule nicht schikaniert – das ist mir nur ein- oder zweimal passiert – zwei- oder dreimal pro Monat – ungefähr einmal pro Woche – mehrmals pro Woche*

Wie oft hast du in den letzten paar Monaten dabei mitgemacht, wenn jemand in der Schule schikaniert wurde?

- *5-teilig: ich habe in den letzten paar Monaten niemanden in der Schule schikaniert – das ist nur ein- oder zweimal passiert – zwei- oder dreimal pro Monat – ungefähr einmal pro Woche – mehrmals pro Woche*

Jemand hat über mich SMS, Postings, E-mails oder Textnachrichten geschickt oder etwas ins Netz gestellt und sich so über mich lustig gemacht.

Jemand nahm beleidigende oder peinliche Fotos von mir auf und stellte sie ins Netz.

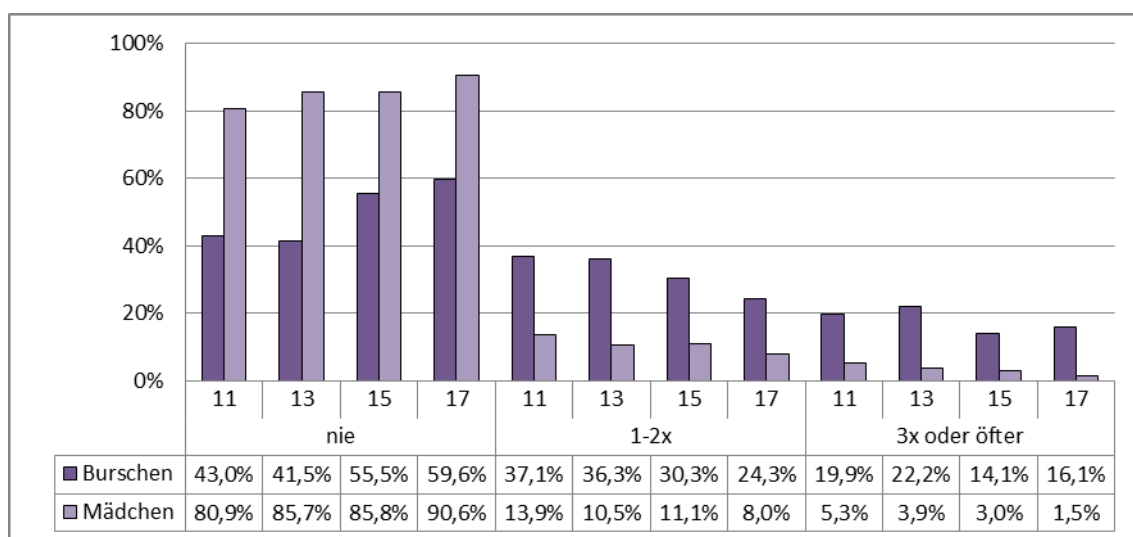
- *5-teilig: wurde in den vergangenen Monaten nicht auf diese Art schikaniert – nur ein- oder zweimal – zwei- oder dreimal im Monat – ungefähr einmal pro Woche – mehrmals pro Woche*

Ergebnisse

Über 30% der Kinder und Jugendlichen berichten, in den letzten 12 Monaten an einer Rauferei beteiligt gewesen zu sein, rund die Hälfte davon einmal, die andere Hälfte öfters. Während über alle Altersgruppen hinweg über 80% der Mädchen an keinen Raufereien oder Kämpfen teilgenommen haben, liegt dieser Anteil bei Burschen immer unter 60%, wobei die meisten Raufereien von 11- und 13-Jährigen berichtet werden (Abbildung 24).

über 30% waren im letzten Jahr an mindestens einer Rauferei beteiligt; betroffen sind v.a. 11- bis 13-jährige Burschen

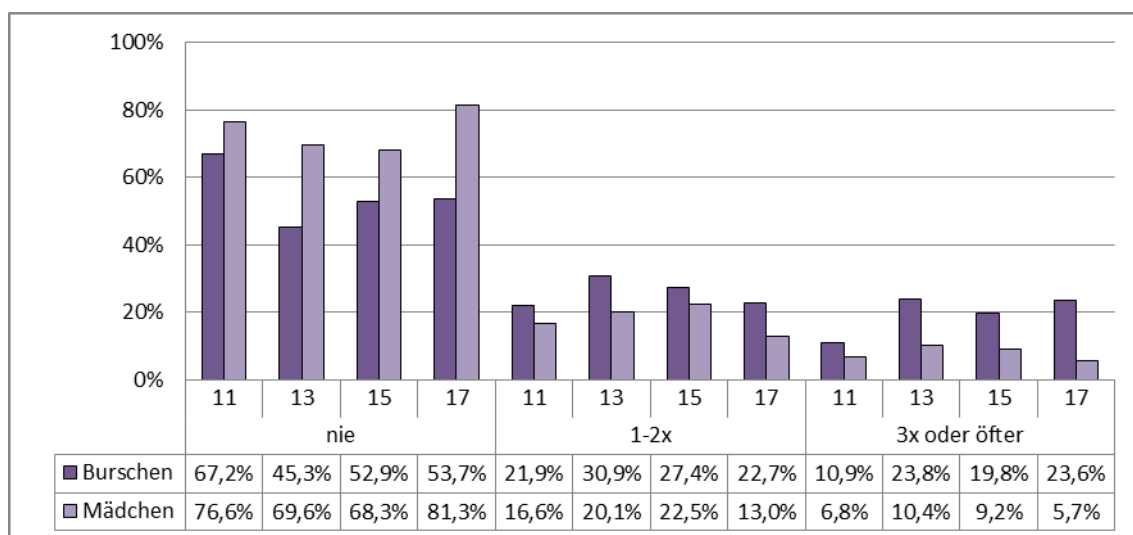
Abbildung 24: Beteiligung an Raufereien der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, in den letzten 12 Monaten, nach Alter und Geschlecht



35% waren in den letzten Monaten zumindest einmal an Bullying von Mitschüler/innen beteiligt; mehr Burschen als Mädchen

Über ein Drittel (35,0%) der österreichischen Schülerinnen und Schüler der untersuchten Altersgruppen geben an, in den letzten paar Monaten an Bullying von Mitschülerinnen oder -schülern beteiligt gewesen zu sein. Burschen sind in allen Altersgruppen häufiger beteiligt als Mädchen, wobei die altersspezifische Entwicklung zwischen den Geschlechtern verschieden ist. Mädchen sind mit zunehmendem Alter immer häufiger Bullying-Täterinnen, mit 17 Jahren kommt es aber wieder zu einem Rückgang. Bei Burschen hingegen ist ein starker Anstieg zwischen 11 und 13 Jahren mit anschließendem Rückgang zu beobachten (Abbildung 25).

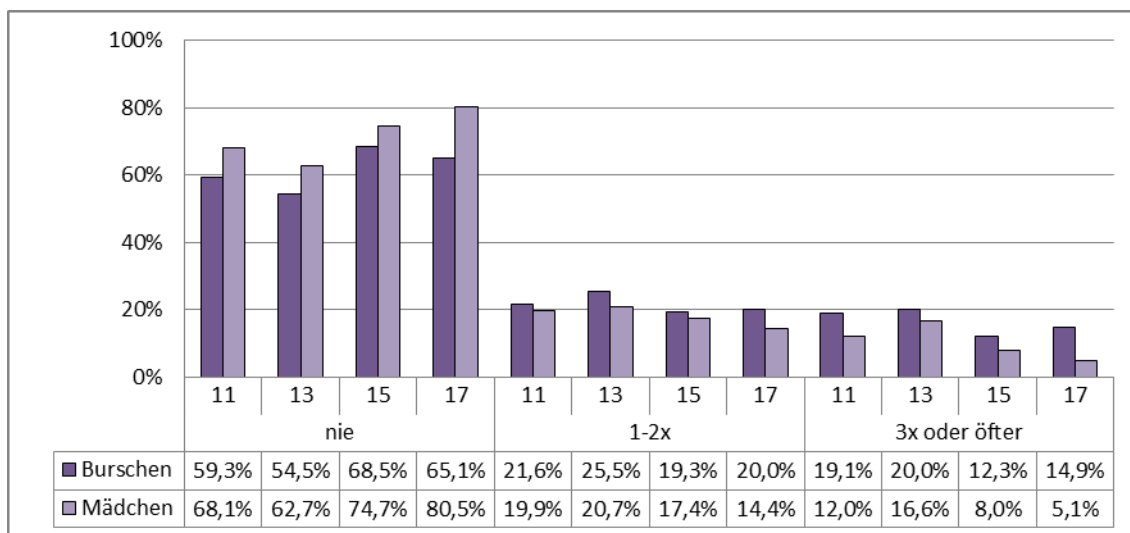
Abbildung 25: Beteiligung an Bullying von Mitschüler/innen der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, in den letzten paar Monaten, nach Alter und Geschlecht



Fast ein Drittel (32,4%) berichtet, in den letzten Monaten Opfer von Bullying geworden zu sein. Wie auch auf Täter/innen-Seite sind mehr Burschen unter den Opfern als Mädchen, allerdings ist hier der Unterschied weniger stark ausgeprägt (B: 32,3%; M: 27,9%). Am häufigsten von Bullying sind Burschen und Mädchen im Alter von 13 Jahren betroffen. Danach ist ein Rückgang zu beobachten (Abbildung 26).

32,5% waren in den letzten Monaten Opfer von Bullying; etwas mehr Burschen als Mädchen; am häufigsten 13-Jährige betroffen

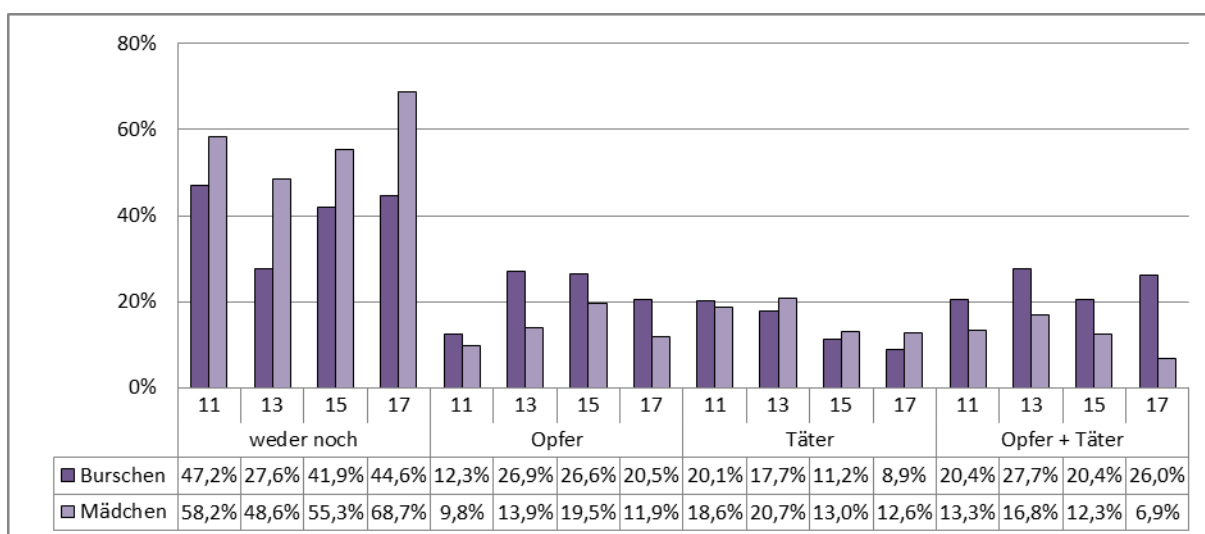
Abbildung 26: Opfer von Bullying-Attacken bei 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n, in den letzten paar Monaten, nach Alter und Geschlecht



Von wiederholtem Bullying, also mehrmals monatlich oder öfter, waren nach eigenen Angaben 14,1% der Schülerinnen und Schüler betroffen. 13,2% wiederum waren mehrmals pro Monat oder öfter als Bullying-Täter/innen aktiv.

Raten für wiederholtes Bullying: 14,1% Opfer, 13,2% Täter/innen

Abbildung 27: Verteilung der Opfer-Täter-Typologie bei 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n, nach Alter und Geschlecht



die Hälfte der Schüler/innen ist weder Opfer noch Täter/in von Bullying

49,9% der Befragten gaben an, in den letzten paar Monaten weder Opfer noch Täter/innen von klassischem Bullying gewesen zu sein, wobei dies stärker auf Mädchen als auf Burschen zutrifft (B: 40,2%, M: 57,7%). Außerdem waren Burschen häufiger nur Opfer (21,8%) oder Opfer und Täter (23,3%) von Bullying (Mädchen: 14,4% bzw. 12,2%). In der Kategorie „nur Täter/innen“ ist das Ausmaß mit rund 15% zwischen den Geschlechtern relativ ausgeglichen (Abbildung 27).

Opfer von Cyberbullying: 7,2% durch beleidigende Nachrichten, 4,5% durch peinliche Fotos

Im Vergleich zu klassischem Bullying berichten nur wenige österreichische Schülerinnen und Schüler davon, Opfer von Cyberbullying, z.B. im Sinne von beleidigenden Nachrichten oder peinlichen Fotos, geworden zu sein, wobei beleidigende Nachrichten etwas häufiger vorkommen als Fotos (7,2% vs. 4,5%). Wer Opfer von Cyberbullying-Attacken ist, ist weitgehend unabhängig von Alter und Geschlecht. Wegen dieser niedrigen Prävalenzen wird auf eine grafische Darstellung verzichtet. Trotzdem sollten die negativen Folgen für die Betroffenen nicht unterschätzt werden.

4.5 Sexualität und Verhütung

Hintergrund

2 Konzepte: „sexual health“ und „healthy sexuality“

Die Entwicklung einer reifen und gesunden Sexualität ist eine der Hauptentwicklungsaufgaben im Jugendalter. Zur Beschreibung des Zusammenhangs zwischen Sexualität und Gesundheit wird zwischen zwei Konzepten unterschieden: „sexual health“ und „healthy sexuality“. „Sexual health“ beschreibt vor allem die Vermeidung von negativen Konsequenzen des Geschlechtsverkehrs wie zum Beispiel die Ansteckung mit einer sexuell übertragbaren Krankheit oder unerwünschte Schwangerschaften. „Healthy sexuality“ hingegen befasst sich mit Einstellungen, Erfahrungen und Wissen zu Sexualität (Doherty et al., 2003).

sexuelles Risikoverhalten im Fokus

Um das Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern in diesem Bereich zu erfassen, beschränkt sich die HBSC-Studie auf das sexuelle Risikoverhalten, dass die emotionale Entwicklung und die Entstehung anderer gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen beeinflussen kann. Demnach kann früher Geschlechtsverkehr die Selbstwahrnehmung, das Wohlbefinden, den sozialen Status und zukünftiges Gesundheitsverhalten verändern (Fergus et al., 2007; Magnusson & Trost, 2006).

Methode

Fragen an 15- und 17-Jährige nach Geschlechtsverkehr und verwendeten Verhütungsmethoden

Zum Themenbereich „Sexualität und Verhütung“ wurde ausschließlich den 15- und 17-Jährigen folgende Frage gestellt: „Haben Sie schon einmal Geschlechtsverkehr gehabt (mit jemandem geschlafen)?“ Diese Frage erhebt einerseits, wie viele 15- und 17-Jährige bereits sexuelle Erfahrungen gemacht haben, andererseits fungiert sie als Filterfrage. Alle Schülerinnen und

Schüler, die diese mit „ja“ beantworteten, wurden zu den gewählten Verhütungsmethoden befragt. Die Frage dazu wurde dem US Youth Risk Behavior Survey (YRBS, Zullig et al., 2006) entnommen und erfasst, welche der üblichen Methoden zur Schwangerschaftsverhütung (siehe Itembox 11) beim letzten Geschlechtsverkehr angewendet wurden.

Itembox 11: Sexualität und Verhütung

Haben Sie schon einmal Geschlechtsverkehr gehabt (mit jemandem geschlafen)?

- 2-teilig: ja - nein

Als Sie das letzte Mal Geschlechtsverkehr hatten (mit jemandem geschlafen haben), haben Sie oder Ihr Partner ein Kondom benutzt?

Als Sie das letzte Mal Geschlechtsverkehr hatten (mit jemandem geschlafen haben), haben Sie oder Ihr Partner die Antibabypille benutzt?

Als Sie das letzte Mal Geschlechtsverkehr hatten (mit jemandem geschlafen haben), haben Sie oder Ihr Partner ein Diaphragma (Scheidenpessar) benutzt?

Als Sie das letzte Mal Geschlechtsverkehr hatten (mit jemandem geschlafen haben), haben Sie oder Ihr Partner irgendeine andere Methode zur Verhütung benutzt?

- 3-teilig: ja - nein - weiß nicht

Ergebnisse

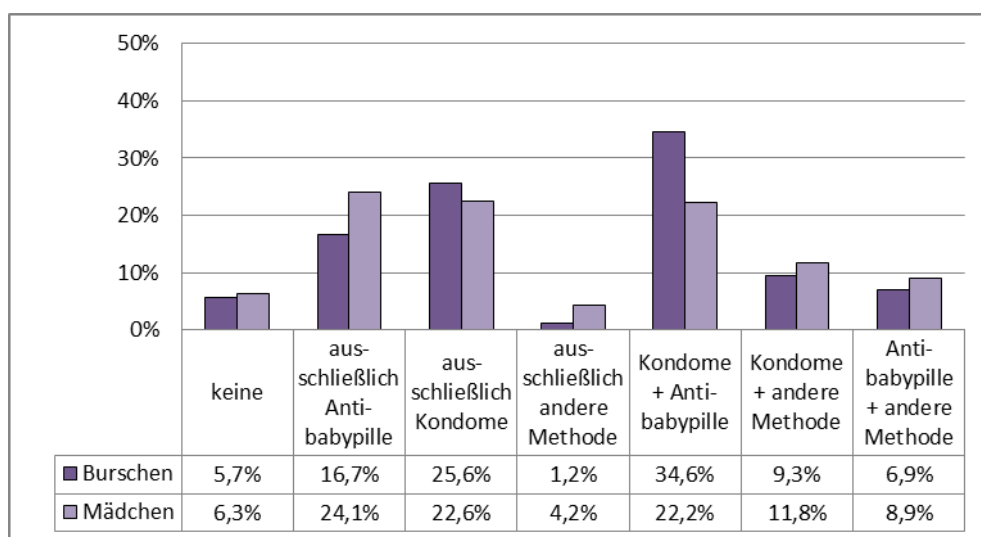
Bei der Interpretation der Auszahlungsergebnisse sollte man zwischen zwei Arten von Verhütungsmethoden unterscheiden, nämlich jenen, die nur der Verhütung von unerwünschten Schwangerschaften dienen (wie Antibabypille, Spirale etc.) und sogenannten „Barrieremethoden“ (wie dem Kondom), die zusätzlichen Schutz gegen sexuell übertragbare Krankheiten bieten. Aus verschiedenen Gründen gelten die Antibabypille und das Kondom, möglichst in ihrer Kombination, als die für Jugendliche am besten geeigneten Schutzmaßnahmen. Abbildung 28 konzentriert sich daher auf die Darstellung dieser beiden Variablen und subsummiert die Verwendung anderer Methoden.

Insgesamt geben rund 36% der 15- und 17-Jährigen an, bereits Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Von diesen haben 62,3% nach eigenen Angaben beim letzten Mal ein Kondom benutzt, wobei Burschen diese Verhütungsmethode deutlich häufiger nennen (B: 69,9%, M: 57,7%). Umgekehrt geben Mädchen etwas häufiger an, beim letzten Geschlechtsverkehr die Antibabypille benutzt zu haben (B: 51,7%, M: 57,4%), insgesamt sind es rund 55%. Eine Kombination aus beiden Verhütungsmethoden nutzen rund 34,6% der Burschen und 22,2% der Mädchen. Andere Methoden werden kaum angewendet und auch der Anteil jener, die angeben, gar nicht zu verhüten, ist mit rund 6% eher gering (Abbildung 28).

Fokus auf Kondom und Antibabypille in der Ergebnisdarstellung, Rest „andere Methoden“

rund 36% der 15- und 17-Jährigen hatten bereits Geschlechtsverkehr; Kondom wird am häufigsten benutzt; ca. 6% verhüten nicht

Abbildung 28: Verhütungsmethoden der 15- und 17-jährigen Schüler/innen beim letzten Geschlechtsverkehr, nach Geschlecht



5 Soziale Determinanten der Gesundheit

Gesundheit ist als Produkt komplexer Lebensumstände zu begreifen, für das die Beziehungen zu Mitmenschen eine zentrale Rolle spielen. Wenn Kinder und Jugendliche sich im Lauf der Sozialisation mit ihrem direkten sozialen Umfeld auseinandersetzen, bilden sie – in Abstimmung mit den von ihren Bezugspersonen vorgelebten Normen und Werten – Eigenschaften, Fähigkeiten und Verhaltensweisen aus und entwickeln diese weiter. Dies betrifft auch ihre gesundheitlichen Ressourcen und ihren Umgang mit Gesundheitsrisiken.

Bestimmte soziale Systeme besitzen im Kindes- und Jugendalter in besonderer Weise die Funktion sozialisierender Instanzen und nehmen als solche großen Einfluss auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten. Die elementarste Bezugsgruppe ist die Familie, später kommen Gleichaltrige (Peers), Schulen, Nachbarschaften und Medien hinzu (Viner et al., 2012).

Eine grundlegende strukturelle Determinante dafür, welche und wie viele materielle, kulturelle und soziale Ressourcen, die die Gesundheit beeinflussen können, weitergegeben werden können, ist die soziale Schichtzugehörigkeit, auch als sozioökonomischer Status bezeichnet (Viner et al. 2012; Bourdieu 1983; Hofmann & Felder-Puig 2014). Zu wichtigen gesundheitsrelevanten Indikatoren zählen auch das Geschlecht, weil damit spezifische Rollenerwartungen und Belastungen verbunden sind, sowie die Zugehörigkeit zu ethnischen oder kulturellen Minderheiten, sei es, weil ihre kulturellen Normen von denen der Mehrheit abweichen oder weil sie diskriminiert werden (Stevens et al., 2014).

Im Rahmen der HBSC-Studie werden sowohl zu den sozialen Beziehungen als auch zu den sozialstrukturellen Indikatoren Daten erhoben. Ihre Auswertung ermöglicht einen Überblick über Zusammenhänge zwischen den sozialen Determinanten und diversen Gesundheitsindikatoren. Das Jugendalter ist auch insofern von besonderem Interesse, weil in dieser Zeit die Stärke einiger Zusammenhänge auffällig von der in anderen Lebensphasen abweicht (Hanson & Chen, 2007; West, 1997).

Gesundheit als Produkt komplexer Lebensumstände

die wichtigsten Bezugsgruppen für Kinder und Jugendliche

strukturelle Determinanten: sozioökonomischer Status, Geschlecht und Zugehörigkeit zu Minderheiten

Zusammenhänge zwischen sozialen Indikatoren und Gesundheit

5.1 Gesprächsklima in der Familie

Hintergrund

Familie als bedeutender Einflussfaktor für die Gesundheit

Die Familie gehört zu den wichtigsten Determinanten für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Neben dem Stellenwert von sozio-ökonomischem Hintergrund der Familie und über die Familie tradierten Risikofaktoren bestätigen Studien den Einfluss der Qualität familiärer Beziehungen auf Gesundheits- und Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen (Song et al., 2013; Gross et al., 2010). Auch der Einfluss von Erziehungsstilen auf späteren Drogen- oder Alkoholkonsum kann gut nachgezeichnet werden (Herrenkohl et al., 2012; Čablova et al., 2014; Varvil-Weld et al., 2012).

offene Kommunikation und soziale Unterstützung innerhalb der Familie besonders wichtig

Eine familiäre Situation, die eine offene Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern ermöglicht und innerhalb derer Kinder und Jugendliche Unterstützung erfahren, ist der psychischen und sozialen Entwicklung besonders zuträglich (Garmiene et al., 2006; Kwon & Wickrama, 2014). Hingegen wird ein familiärer Hintergrund, in dem mit Konflikten nicht produktiv umgegangen wird und in der die Kinder und Jugendlichen nur begrenzt mit Unterstützung rechnen können, mit erhöhtem Risikoverhalten und einer größeren Wahrscheinlichkeit für spätere psychologische Probleme assoziiert (Klineberg et al., 2006; Gulley et al., 2014; Uji et al., 2014).

Methode

Ein zentraler Indikator für die innerfamiliären Beziehungen ist die Frage nach der Gesprächsbasis zu den Eltern. Im HBSC-Fragebogen wird dazu ein Item verwendet, das erfasst, wie leicht oder schwer es den Kindern und Jugendlichen fällt, private Dinge mit Mutter und Vater bzw. den „Patchwork“-Äquivalenten zu besprechen. Das aktuelle Item (siehe Itembox 12) basiert auf dem „Family Dynamics Measure II“ (FDMII), das für alle befragten Altersgruppen zufriedenstellende Gütekriterien aufweist (Tabak & Radiukiewicz, 2009).

Itembox 12: Gesprächsklima in der Familie

Wie leicht oder schwer fällt es dir, mit den folgenden Personen über Dinge zu sprechen, die dir wirklich nahe gehen und dir wichtig sind?

- Vater, Stiefvater (oder Freund der Mutter), Mutter, Stiefmutter (oder Freundin des Vaters)
- 5-teilig: sehr leicht – leicht – schwer – sehr schwer – ich habe oder sehe diese Person nicht

Ergebnisse

Dem Großteil (82,9%) der Schülerinnen und Schüler fällt es nach eigenen Angaben leicht oder sehr leicht mit ihrer Mutter über Dinge zu sprechen, die ihnen wirklich nahe gehen oder wichtig sind. Knapp 13% berichten, dass es ihnen schwer fällt, 4,4% sogar sehr schwer. Die Kommunikation mit dem Vater wird insgesamt als schwieriger eingestuft. Hier berichten nur mehr rund 65%, dass es ihnen leicht oder sehr leicht fällt mit ihrem Vater über Dinge zu sprechen, die ihnen nahe gehen oder wichtig sind. Fast einem Viertel (23,7%) fällt es hingegen schwer, 11,5% sogar sehr schwer.

Es lassen sich deutliche Zusammenhänge zwischen dem Gesprächsklima in der Familie und der subjektiven Gesundheit der Schülerinnen und Schüler feststellen. Dementsprechend ist die Wahrscheinlichkeit, die subjektive Gesundheit als ausgezeichnet einzuschätzen, doppelt so hoch, wenn die Kommunikation mit der Mutter leicht oder sehr leicht fällt. Fällt die Kommunikation mit dem Vater leicht oder sehr leicht, ist diese Wahrscheinlichkeit sogar noch etwas größer (Tabelle 5).

rund 83% bzw. 65% der Schülerinnen und Schüler haben eine gute Gesprächsbasis zur Mutter bzw. zum Vater

deutlicher Zusammenhang zwischen guter Gesprächsbasis zu den Eltern und bester Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes

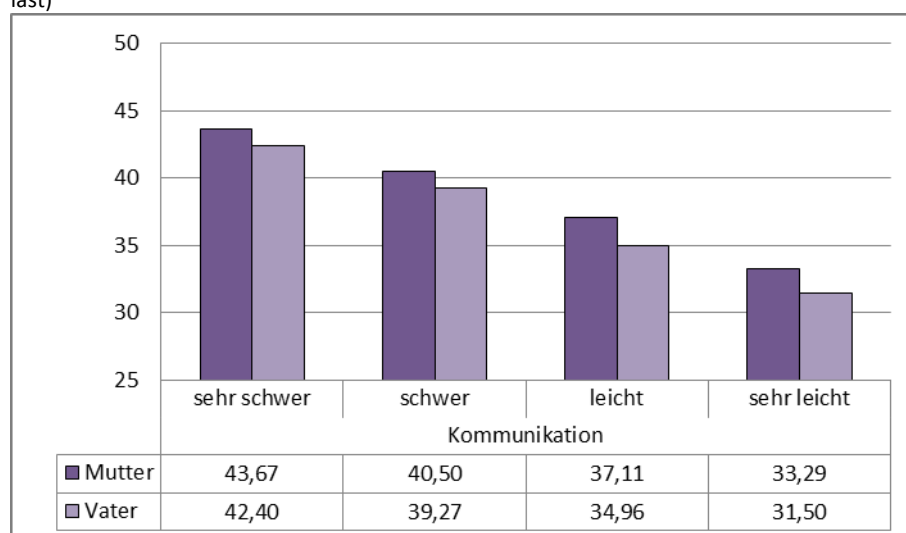
Tabelle 5: Eltern-Kind-Kommunikation und subjektive Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio)

	Subjektive Gesundheit (ausgezeichnet)	
	OR	95% Konfidenzintervall
Kommunikation mit der Mutter (fällt leicht)	2,090 ^{***}	1,774 - 2,462
Kommunikation mit dem Vater (fällt leicht)	2,229 ^{***}	1,962 - 2,525

*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, # n.s.

Abbildung 29: Eltern-Kind-Kommunikation und Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen

Spannbreite für Beschwerdelast: 0 (keine Beschwerden) - 100 (sehr hohe Beschwerdelast)



geringere Beschwerdelast bei guter Eltern-Kind-Kommunikation

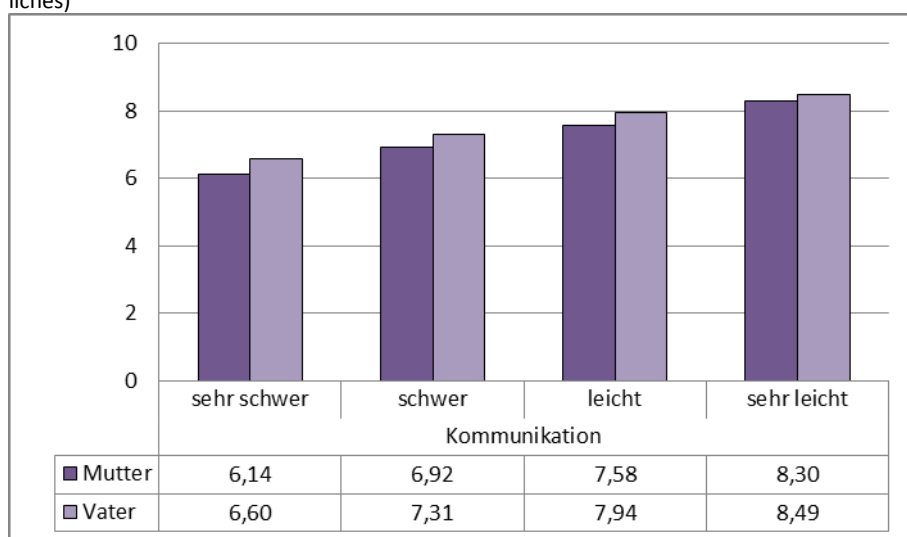
Des Weiteren weist die Eltern-Kind-Kommunikation einen starken Zusammenhang mit der Beschwerdelast der Schülerinnen und Schüler auf. Sowohl was das Gesprächsklima mit der Mutter als auch jenes mit dem Vater betrifft, sinkt die subjektive Beschwerdelast kontinuierlich, je besser die Kommunikationsbasis mit den Eltern wird. Der Effekt ist für beide Elternteile ähnlich stark (Abbildung 29).

höhere Lebenszufriedenheit bei guter Eltern-Kind-Kommunikation

Noch stärker ist der Zusammenhang mit der Lebenszufriedenheit. Diese steigt kontinuierlich mit einer besseren Kommunikation von durchschnittlich 6 auf über 8 Punkte, wenn das Gesprächsklima mit den Eltern als sehr gut statt sehr schlecht eingestuft wird. Es handelt sich hierbei um einen starken Effekt, der sowohl für die Kommunikation mit der Mutter als auch für jene mit dem Vater gilt (Abbildung 30).

Abbildung 30: Eltern-Kind-Kommunikation und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen

Spannbreite für die Lebenszufriedenheit: 0 (schlechtest mögliches Leben) - 10 (bestmögliches)



Gesprächsklima mit den Eltern nur z.T. mit Gesundheitsverhalten assoziiert

Das Gesprächsklima in der Familie ist zum Teil auch mit dem Gesundheits- und Risikoverhalten der österreichischen Schülerinnen und Schüler assoziiert. So zeigt sich, dass zum Beispiel die Wahrscheinlichkeit für täglichen Konsum von Obst oder Gemüse etwas höher ist, wenn die Kommunikation mit Mutter und/oder Vater leicht fällt, wobei hier das Gesprächsklima mit der Mutter einen etwas stärkeren Zusammenhang aufweist. Ebenso sinkt die Wahrscheinlichkeit, nie zu frühstücken deutlich, wenn es der Schülerin bzw. dem Schüler leicht fällt, mit den Eltern über Dinge zu sprechen, die ihr oder ihm nahe gehen oder wichtig sind. Die weiteren untersuchten Ernährungsvariablen zeigen keinen Zusammenhang mit der Eltern-Kind-Kommunikation (Tabelle 6).

Tabelle 6: Eltern-Kind-Kommunikation und Ernährungsverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio)

OR (CI - 95)	Obst (täglich)	Gemüse (täglich)	Süßigkeiten (täglich)	süße Limonaden (täglich)	Pizza, Burger & Co. (täglich)	Frühstück (nie)
Kommunikation mit der Mutter (fällt leicht)	1,525 ^{***} 1,315 - 1,768	1,481 ^{**} 1,256 - 1,746*	0,884 [#] 0,756 - 1,034	0,797 [*] 0,661 - 0,960	0,881 [#] 0,625 - 1,243	0,634 ^{***} 0,548 - 0,734
Kommunikation mit dem Vater (fällt leicht)	1,285 ^{***} 1,145 - 1,442	1,293 ^{***} 1,140 - 1,467	0,989 [#] 0,871 - 1,124	0,922 [#] 0,789 - 1,077	0,972 [#] 0,730 - 1,295	0,680 ^{***} 0,603 - 0,767

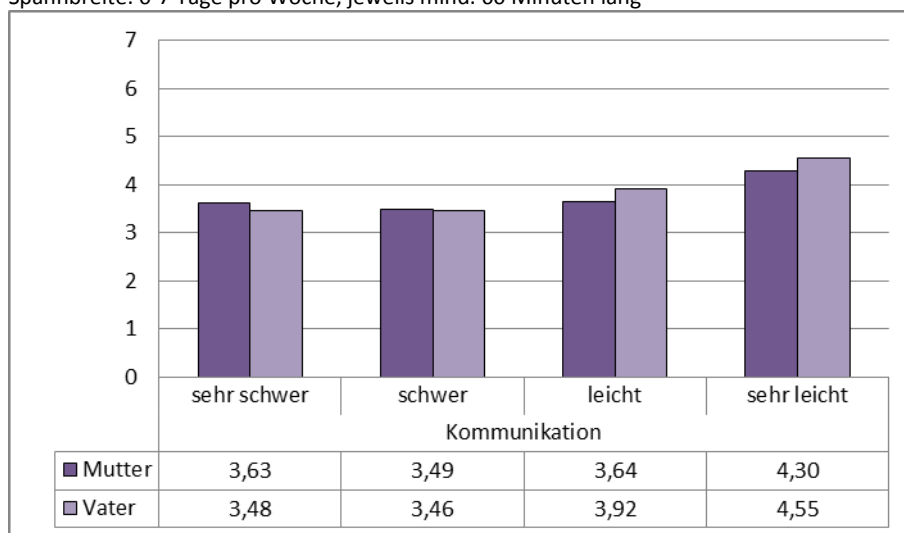
*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, # n.s.

Beim selbstberichteten Bewegungsverhalten der Schülerinnen und Schüler ist der Zusammenhang mit dem Gesprächsklima in der Familie ebenfalls nur leicht. Nur jene, die eine sehr gute Gesprächsbasis zu Mutter oder Vater haben, sind im Durchschnitt körperlich aktiver im Sinne der WHO-Bewegungsempfehlungen. Bei den anderen besteht kein signifikanter Zusammenhang (Abbildung 31).

das Bewegungsverhalten der Schüler/innen ist kaum beeinflusst vom Gesprächsklima in der Familie

Abbildung 31: Eltern-Kind-Kommunikation und körperliche Aktivität (in Tagen pro Woche) der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen

Spannbreite: 0-7 Tage pro Woche, jeweils mind. 60 Minuten lang



Das Risiko, psychoaktive Substanzen zu konsumieren, zeigt wiederum deutliche Zusammenhänge mit dem familiären Gesprächsklima. Dementsprechend ist die Wahrscheinlichkeit, dass die/der Betroffene angibt, nicht zu rauchen, rund doppelt so hoch, wenn die Kommunikation mit den Eltern leicht fällt. Ähnlich verhält es sich mit dem Alkoholkonsum. Nur beim Cannabiskonsum sind die Effekte geringer (Tabelle 7).

starker Zusammenhang zwischen Gesprächsklima in der Familie und Rauchverhalten und Alkoholkonsum

Tabelle 7: Eltern-Kind-Kommunikation und Konsum psychoaktiver Substanzen der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio)

OR (CI - 95)	Raucher (gar nicht)	Alkoholkonsum (wöchentlich)	betrunken (nie)	Cannabis (nie)
Kommunikation mit der Mutter (fällt leicht)	2,096 ^{***} 1,763 - 2,491	0,628 ^{***} 0,526 - 0,749	1,885 ^{***} 1,630 - 2,181	1,495 ^{**} 1,182 - 1,892
Kommunikation mit dem Vater (fällt leicht)	1,947 ^{***} 1,672 - 2,266	0,717 ^{***} 0,617 - 0,833	1,866 ^{***} 1,655 - 2,104	1,258 [*] 1,020 - 1,550

*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, # n.s.

5.2 Soziale Unterstützung durch Freundinnen und Freunde

Hintergrund

wahrgenommene soziale Unterstützung als Indikator für die Qualität von Freundschaften

Die vielen positiven Wirkungen von Freundschaften im Kindes- und Jugendalter sind hinreichend bekannt (Newcomb & Bagwell, 1995; Berndt 2002). Mit der Verbreitung von Internet und sozialen Medien sind Indikatoren wie die Anzahl der Freundschaften oder die Zeit, die mit Freundinnen und/oder Freunden verbracht wird, jedoch unzuverlässig für die Einschätzung der Qualität sozialer Beziehungen geworden. Vielmehr bietet sich an, die wahrgenommene Unterstützung, die Kinder und Jugendliche durch ihre Freundinnen und Freunde erfahren, zu betrachten (Wilkinson, 2004; Corsano et al., 2006).

Methode

4-Item Skala zur Messung der Qualität von Freundschaften

Die wahrgenommene Unterstützung durch Freundinnen und/oder Freunden wurde erstmals verpflichtend in den HBSC-Fragebogen aufgenommen. Für die Messung ausgewählt wurden vier Items (Itembox 13), die aus der „MSPSS – Multidimensional Scale of Perceived Social Support“ (Zimet et al., 1990) stammen. Die MSPSS ist international in vielen Studien verwendet worden und weist zufriedenstellende Gütekriterien auf. Der Mittelwert, gebildet aus der Summe der Antworten auf diese Items, kann als Index für die empfundene soziale Unterstützung durch Freunde herangezogen werden.

Itembox 13: Soziale Unterstützung durch Freunde

Meine Freunde versuchen mir wirklich zu helfen.

Ich kann mich auf meine Freunde verlassen, wenn mal was schief geht.

Ich habe Freunde, mit denen ich Freude und Kummer teilen kann.

Ich kann mit meinen Freunden über Probleme sprechen.

- 7-teilig: *stimmt überhaupt nicht* – ... – *stimmt genau*

Ergebnisse

Insgesamt geben die österreichischen Schülerinnen und Schüler mit 5,7 Punkten auf einer siebenstufigen Skala, auf der eins „sehr wenig“ und sieben „sehr viel“ soziale Unterstützung durch Freundinnen oder Freunde ausdrückt, ein eher hohes Maß an Unterstützung im Freundeskreis an. Zwischen den Altersgruppen gibt es keine Unterschiede. Mädchen schätzen die Unterstützung durch ihren Freundinnen bzw. Freunde in allen Altersgruppen aber etwas höher ein als Burschen.

Die bivariaten Analysen mittels Odds Ratio zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, die subjektive Gesundheit als ausgezeichnet einzustufen, höher ist, wenn auch der Index der sozialen Unterstützung im Freundeskreis hoch ist (Tabelle 8).

Tabelle 8: Soziale Unterstützung durch Freundinnen bzw. Freunde und subjektive Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio)

	Subjektive Gesundheit (ausgezeichnet)	
	OR	95% Konfidenzintervall
Unterstützung durch Freunde (sehr viel)	1,405 ***	1,257 - 1,571

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$, # n.s.

Ebenso konnten die Analysen einen leichten bis mittelstarken Zusammenhang zwischen der empfundenen sozialen Unterstützung durch Freundinnen bzw. Freunde und der Lebenszufriedenheit aufzeigen. Demnach steigt die Einschätzung der Lebenszufriedenheit auf einer Skala von null bis zehn mit einem steigenden Maß an wahrgenommener Unterstützung im Freundeskreis kontinuierlich von 7,3 auf 8,0 an (Abbildung 32)⁴.

im Durchschnitt nehmen die Schüler/innen eine relativ hohe Unterstützung im Freundeskreis wahr

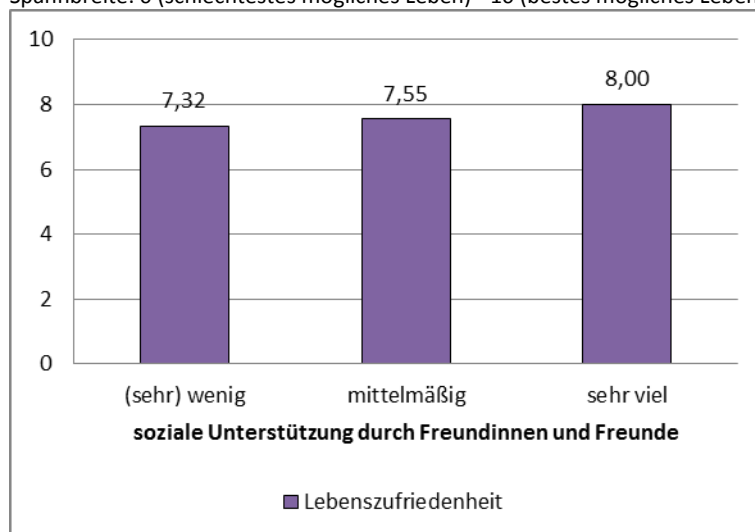
Bewertung des Gesundheitszustandes hängt mit der wahrgenommenen Unterstützung im Freundeskreis zusammen

leichter bis mittelstarker Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und wahrgenommener Unterstützung im Freundeskreis

⁴ Da die Schülerinnen und Schüler prinzipiell zu einer sehr positiven Einschätzung der sozialen Unterstützung im Freundeskreis tendieren, wurden für die weiteren Analysen die Kategorien eins bis drei (entspricht (sehr) wenig) und vier bis sechs (entspricht mittelmäßig) zusammengefasst. Kategorie sieben spiegelt sehr viel Unterstützung wider.

Abbildung 32: Soziale Unterstützung durch Freundinnen bzw. Freunde und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen

Spannbreite: 0 (schlechtestes mögliches Leben) - 10 (bestes mögliches Leben)

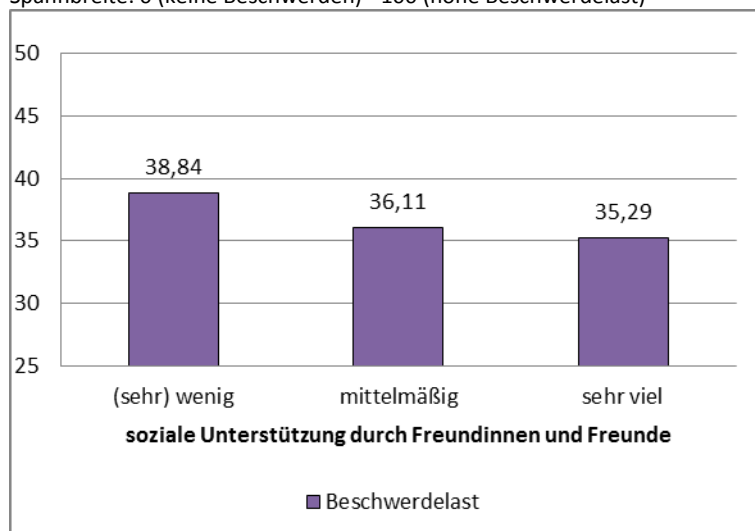


schwächerer Effekt der Unterstützung im Freundeskreis auf Beschwerdelast

Etwas schwächer ist der Effekt auf die berichteten Beschwerden. Die mittlere Beschwerdelast, welche von null bis 100 reichen kann, sinkt von 38,8 bei (sehr) wenig empfundener sozialen Unterstützung im Freundeskreis auf 36,1 bei einem mittelmäßigen und dann noch leicht auf 35,3 bei einem sehr hohen Ausmaß (Abbildung 33).

Abbildung 33: Soziale Unterstützung durch Freundinnen bzw. Freunde und Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen

Spannbreite: 0 (keine Beschwerden) - 100 (hohe Beschwerdelast)



wenige Zusammenhänge zwischen Ernährungsverhalten und Qualität der Freundschaftsbeziehungen

Die soziale Unterstützung durch Freundinnen und/oder Freunde hängt teilweise auch leicht mit dem selbstberichteten Ernährungsverhalten der Schülerinnen und Schüler zusammen. Konkret steigt die Wahrscheinlichkeit eines täglichen Obst- oder Gemüsekonsums, wenn die soziale Unterstützung durch Freunde als sehr hoch empfunden wird. Mit den an-

deren untersuchten Variablen des Ernährungsverhaltens konnten keine Zusammenhänge festgestellt werden (Tabelle 9).

Tabelle 9: Soziale Unterstützung durch Freundinnen bzw. Freunde und Ernährungsverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio)

OR (CI - 95)	Obst (täglich)	Gemüse (täglich)	Süßigkeiten (täglich)	süße Limonaden (täglich)	Pizza, Burger & Co. (täglich)	Frühstück (nie)
Unterstützung durch Freunde (sehr viel)	1,452 ^{***} 1,303 - 1,619	1,344 ^{***} 1,195 - 1,512	0,971 [#] 0,861 - 1,094	0,809 [*] 0,699 - 0,935	0,696 [#] 0,534 - 0,907	0,947 [#] 0,845 - 1,061

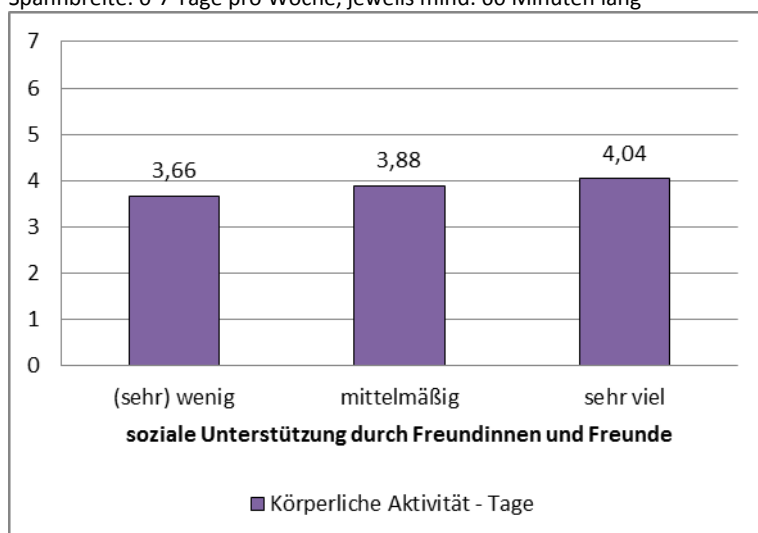
*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, # n.s.

Das berichtete Bewegungsverhalten der Schülerinnen und Schüler zeigt eine minimale Steigerung, je besser die soziale Unterstützung im Freundeskreis eingeschätzt wird. So steigt das Ausmaß von rund 3,7 Tagen pro Woche bei (sehr) wenig Unterstützung kontinuierlich auf ca. 4 Tage bei einem sehr hohen Ausmaß an (Abbildung 34).

wenig Effekt der Unterstützung im Freundeskreis auf Bewegungsverhalten

Abbildung 34: Soziale Unterstützung durch Freundinnen bzw. Freunde und körperliche Aktivität (in Tagen pro Woche) der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen

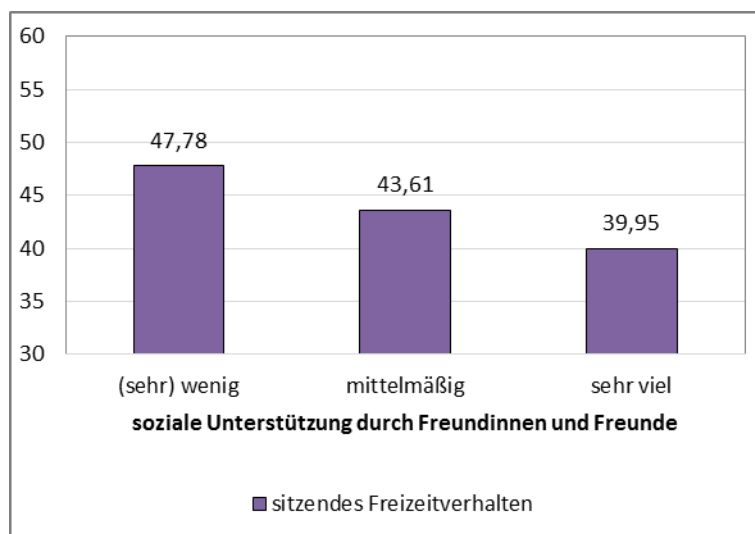
Spannbreite: 0-7 Tage pro Woche, jeweils mind. 60 Minuten lang



Das berichtete sitzende Freizeitverhalten, also Computer spielen, fernsehen, etc., hängt ebenfalls leicht mit der wahrgenommenen sozialen Unterstützung durch Freundinnen und Freunde zusammen: Das wöchentliche Ausmaß an sitzendem Freizeitverhalten nimmt von rund 48 Stunden bei (sehr) wenig auf rund 40 Stunden bei sehr viel Unterstützung ab (Abbildung 35).

leichter Zusammenhang zwischen sitzendem Freizeitverhalten und Qualität der Freundschaftsbeziehungen

Abbildung 35: Soziale Unterstützung durch Freundinnen bzw. Freunde und sitzendes Freizeitverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (in Stunden pro Woche)



kein Zusammenhang mit Konsum psychoaktiver Substanzen

Das Ausmaß an sozialer Unterstützung im Freundeskreis zeigt keine signifikanten Zusammenhänge mit dem selbstberichteten Konsum psychoaktiver Substanzen (Tabelle 10).

Tabelle 10: Soziale Unterstützung durch Freundinnen bzw. Freunde und Konsum psychoaktiver Substanzen der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio)

OR (CI - 95)	Raucher (gar nicht)	Alkoholkonsum (wöchentlich)	Betrunken (nie)	Cannabis (nie)
Unterstützung durch Freunde (sehr viel)	0,883 [#] 0,762 - 1,023	1,009 [#] 0,873 - 1,166	0,938 [#] 0,837 - 1,052	0,962 [#] 0,784 - 1,179

*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, # n.s.

5.3 Die Rolle der Schule

Hintergrund

Schule als wichtige Determinante für Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Die Schule hat als soziale Lernumgebung eine besondere Bedeutung, da sie nicht nur auf die intellektuelle Entwicklung, sondern auch auf die aktuelle und zukünftige Gesundheit und das Wohlbefinden der Schülerinnen und Schüler wirkt (Bond et al., 2007). Sie stellt deshalb ein ideales Setting für Gesundheitsförderung im Sinne der WHO dar (WHO, 1986).

Schule kann sowohl Schutz- als auch Risikofaktor sein

Im positiven Sinne kann Schule deshalb als Schutzfaktor für die aktuelle und zukünftige Gesundheit von Schülerinnen und Schülern betrachtet werden. Im negativen Sinne kann sie jedoch auch zu gesundheitlichen Problemen oder gesundheitsgefährdendem Verhalten führen, denkt man nur an die Versagens- oder Kränkungserfahrungen, die mit Schule assoziiert sein können (Cole et al., 1997; Gore & Aseltine, 1995; Ravens-

Sieberer et al., 2009). Ebenso können schulische Belastungen und schulassoziierter Stress einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität bzw. das Wohlbefinden haben (Roeser et al., 2000; Mortimore, 1998).

Auch wenn entsprechend dem Großteil der Literatur eher davon ausgegangen wird, dass die Schule einen Einfluss auf die Gesundheit ausübt, sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die HBSC-Erhebung keinen Rückschluss auf die Richtung der Kausalität ermöglicht. Vereinzelt Studien weisen darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen schulischen Faktoren und der Gesundheit der Schülerinnen und Schüler auch in umgekehrter Richtung verstanden werden kann (Roeser et al., 2000), nämlich in dem Sinne, dass die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen einen Einfluss auf schulische Faktoren, wie etwa die Schulleistungen, hat.

Zusammenhang zwischen schulischen Faktoren und Gesundheit in beide Richtungen

Methode

Zur Darstellung der Schule als Determinante für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der österreichischen Schülerinnen und Schüler werden in diesem Bericht fünf Indikatoren dargestellt: Schulzufriedenheit, Belastung durch schulische Anforderungen, wahrgenommene Leistungsbeurteilung, die Beziehungen zwischen Schülerinnen untereinander sowie zu den Lehrkräften.

fünf schulische Indikatoren verwendet

Schulzufriedenheit drückt aus, wie gut es der Schülerin bzw. dem Schüler derzeit in der Schule gefällt. Das verwendete Item misst die emotionale und seelische Verbundenheit zur Schule und ist seit 1986 Bestandteil der HBSC-Studie (Itembox 14). Die Belastung durch schulische Anforderungen wurde ebenfalls mit einem Item gemessen. Die Schulleistungen wurden aus Sicht der betroffenen Schülerinnen und Schüler erhoben; eine separate Validierungsstudie hatte gezeigt, dass die Antworten auf die entsprechende Frage sehr gut mit den tatsächlichen Schulnoten übereinstimmen (Felder-Puig et al., 2012).

Schulzufriedenheit, Belastung durch schulische Anforderungen, schulische Leistungen

Die Qualität der Beziehungen, einerseits zwischen den Schülerinnen und Schülern untereinander und andererseits zu den Lehrkräften, wurde jeweils mit einer Reihe von Items erhoben, die zu einem Gesamtwert addiert und durch die Anzahl der Items dividiert werden können. Die errechneten Summenindici können Werte zwischen 1 (sehr positiv) und 5 (sehr negativ) annehmen.

Qualität der Beziehungen zwischen den Schüler/inne/n sowie zwischen Schüler/inne/n und Lehrpersonen

Itembox 14: Schulische Determinanten

Wie gefällt es dir derzeit in der Schule?

- 4-teilig: *es gefällt mir sehr gut – es gefällt mir ganz gut – es gefällt mir nicht so gut – es gefällt mir gar nicht*

Wie stark fühlst du dich durch das belastet, was in der Schule von dir verlangt wird?

- 4-teilig: *überhaupt nicht belastet – ein bisschen belastet – ziemlich stark belastet – sehr stark belastet*

Wie glaubst du, beurteilen deine Lehrer deine Schulleistungen insgesamt im Vergleich zu den Leistungen deiner Mitschüler:

- 4-teilig: *sehr gut – gut – durchschnittlich – unter dem Durchschnitt*

Die Schüler in meiner Klasse sind gerne zusammen.

Die meisten Schüler in meiner Klasse sind nett und hilfsbereit.

Meine Mitschüler akzeptieren mich so wie ich bin.

- 5-teilig: *stimmt genau – stimmt – weder richtig noch falsch – stimmt nicht – stimmt überhaupt nicht*

Ich habe das Gefühl, dass meine Lehrer mich akzeptieren wie ich bin.

Ich habe das Gefühl, dass sich meine Lehrer um mich als Person kümmern.

Ich habe großes Vertrauen in meine Lehrer.

- 5-teilig: *stimmt genau – stimmt – weder richtig noch falsch – stimmt nicht – stimmt überhaupt nicht*

Ergebnisse

ca. jedem/r Fünften gefällt es in der Schule nicht; rund ein Viertel fühlt sich von der Schule stark belastet

Über einem Drittel (36,0%) der österreichischen Schülerinnen und Schüler gefällt es in der Schule sehr gut, fast der Hälfte (45,6%) ganz gut. Fast jedem Fünften (18,8%) gefällt es allerdings nicht so gut oder gar nicht. Deutlich am besten gefällt es den 11-Jährigen in der Schule. Knapp 80% der österreichischen Schülerinnen und Schüler fühlen sich durch die Schule belastet, wobei über die Hälfte (54,6%) ein leichtes Ausmaß an schulischer Belastung angibt. Rund ein Viertel (24,7%) berichtet, ziemlich oder sehr stark an schulischer Belastung zu leiden. Das empfundene Ausmaß steigt mit dem Alter kontinuierlich an, wobei in allen Alterskategorien etwas mehr Burschen von einer Belastung berichten als Mädchen.

die Beurteilung der schulischen Leistungen wird mit zunehmendem Alter der Schüler/innen schlechter

Deutlich am besten fühlen sich die 11-Jährigen durch ihre Lehrkräfte beurteilt. Über drei Viertel dieser Altersgruppe (78,4%) geben an, sehr gut oder gut beurteilt zu werden. Mit einem Alter von 13 Jahren sinkt dieser Anteil auf rund 58% und fällt danach schwächer, aber konstant ab. Am häufigsten wird eine unterdurchschnittliche Bewertung im Alter von 17 Jahren und von Burschen empfunden.

Die Schülerinnen und Schüler geben insgesamt ein sehr gutes bis gutes Verhältnis zu ihren Mitschülerinnen und Mitschülern an. Auf einer fünfstufigen Skala (1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht) erreichen die österreichischen Schüler/innen-Beziehungen einen Mittelwert von 1,9. Prozentuell gesehen geben über 80% an, über sehr gute oder gute Beziehungen zu ihren Mitschülerinnen und Mitschülern zu verfügen. Die Qualität der Schüler/innen-Lehrkräfte-Beziehungen wird von den Kindern und Jugendlichen etwas kritischer eingeschätzt. Im Mittel erreichen diese Beziehungen einen Wert von 2,2 auf der fünfstufigen Skala. Die Beziehung zu den Lehrkräften wird mit zunehmendem Alter der Schülerinnen und Schüler schlechter.

Die schulischen Variablen weisen insgesamt einen starken Zusammenhang mit der subjektiven Gesundheit auf. Am stärksten sind die Assoziationen mit jenen Variablen, die von den Lehrpersonen abhängen, also einerseits die von den Schülerinnen und Schülern bewerteten Beziehungen zu den Lehrkräften und andererseits, wie die Mädchen und Burschen deren Beurteilung ihrer schulischen Leistungen empfinden. Ebenso weisen die Schulzufriedenheit, die empfundene Belastung durch die Schule und die Beziehungen zu den Mitschülerinnen und Mitschülern einen starken Zusammenhang mit der subjektiven Gesundheit auf (Tabelle 11).

Tabelle 11: Schulische Faktoren und subjektive Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio)

	Subjektive Gesundheit (ausgezeichnet)	
	OR	95% Konfidenzintervall
Schüler/innen-Schüler/innen-Beziehungen (sehr gut)	1,917 ^{***}	1,676 - 2,193
Schüler/innen-Lehrer/innen-Beziehungen (sehr gut)	2,407 ^{***}	2,076 - 2,791
Schulzufriedenheit (gefällt mir sehr gut)	2,276 ^{***}	2,033 - 2,549
Schulbelastung (überhaupt nicht)	2,112 ^{***}	1,850 - 2,410
Schulleistung (sehr gut)	2,410 ^{***}	2,101 - 2,763

*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, # n.s.

Auch die Lebenszufriedenheit der Schülerinnen und Schüler hängt mit schulischen Faktoren zusammen (Abbildungen 36 und 37). Den stärksten Einfluss weisen dabei die Schulzufriedenheit und die schulischen Leistungen auf, den schwächsten die sozialen Beziehungen zu den Mitschülerinnen und Mitschülern.

auf Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht) zeigen die Beziehungen der Schüler/innen untereinander einen MW von 1,9 und die Schüler/innen-Lehrpersonen-Beziehungen einen MW von 2,2

alle schulischen Variablen weisen einen starken Zusammenhang mit Bewertung der subjektiven Gesundheit auf

auch bei der Lebenszufriedenheit spielen schulische Faktoren eine große Rolle

Abbildung 36: Qualität der schulischen Beziehungen und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen

Spannbreite: 0 (schlechtestes mögliches Leben) - 10 (bestes mögliches Leben)

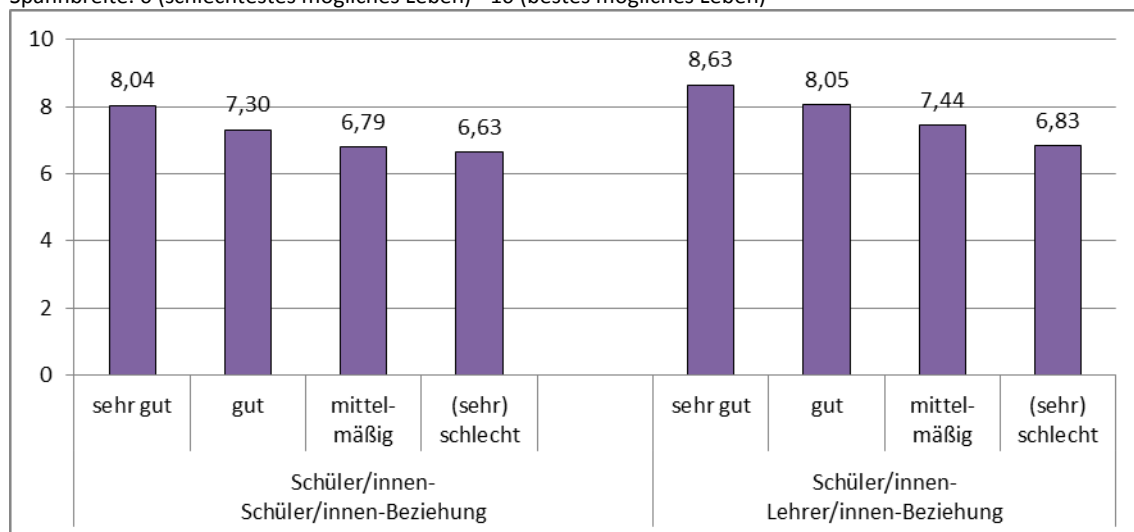
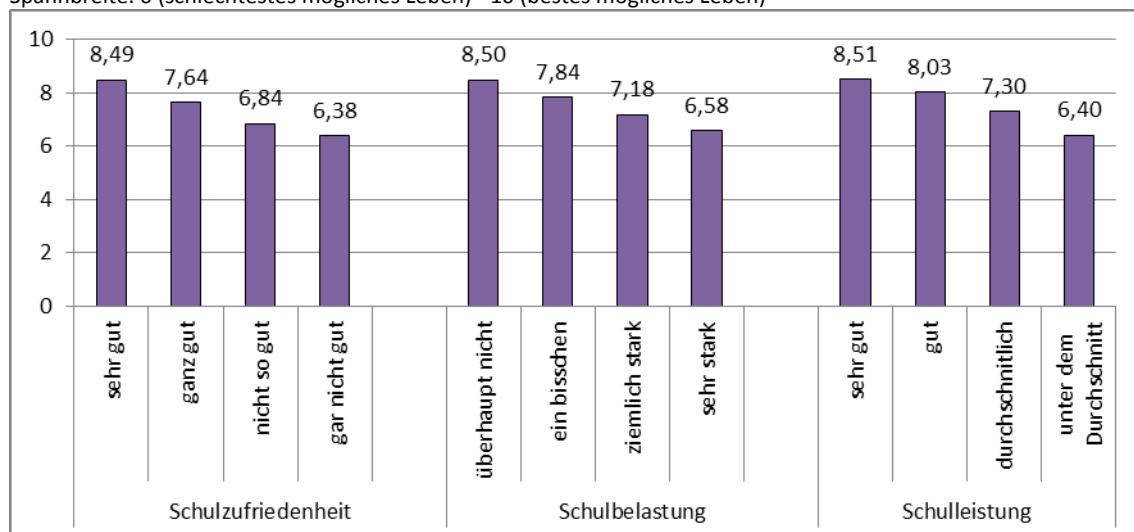


Abbildung 37: Schulische Faktoren und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen

Spannbreite: 0 (schlechtestes mögliches Leben) - 10 (bestes mögliches Leben)



schulische Belastung wirkt am stärksten auf die Anzahl und Intensität von körperlichen und/oder psychischen Beschwerden

Ein ähnlich starker Zusammenhang ergibt sich mit der Beschwerdelast, wobei der Effekt der schulischen Belastung deutlich am stärksten ausgeprägt ist: Hier sinkt die durchschnittliche Beschwerdelast auf einer Skala von 0 (keine Beschwerden) bis 100 (höchste Beschwerdelast) von 45,7 bei einer sehr starken auf 29,6 bei keiner schulischen Belastung. Bei den anderen schulischen Faktoren beträgt die Differenz zwischen den beiden Extremkategorien jeweils zwischen zehn und zwölf Punkten (Abbildungen 38 und 39). Diese Effekte sind allesamt ebenfalls als stark einzuschätzen.

Abbildung 38: Qualität der schulischen Beziehungen und Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen

Spannbreite: 0 (keine Beschwerden) - 100 (höchst mögliche Beschwerdelast)

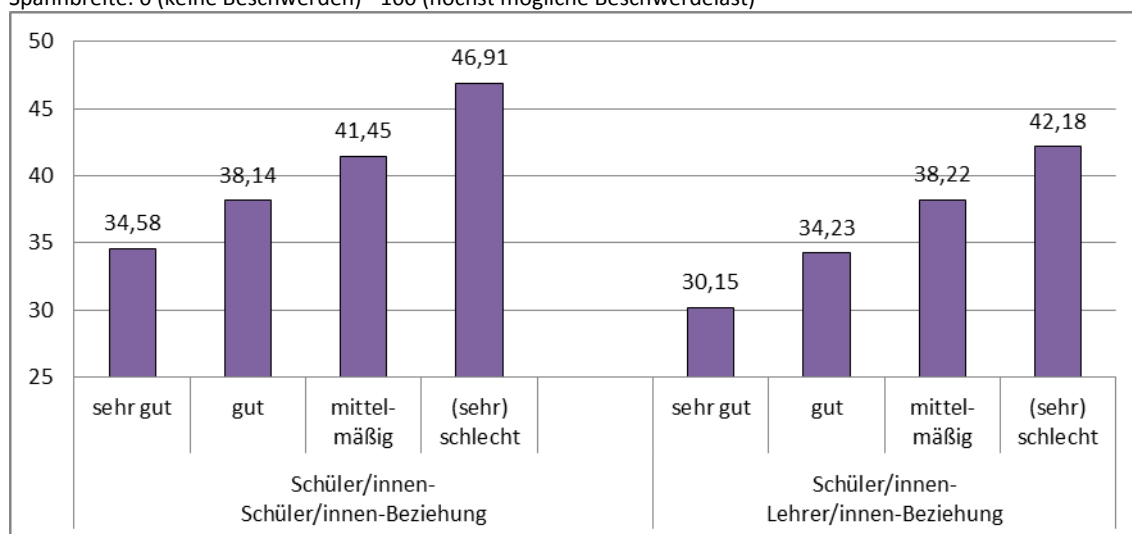
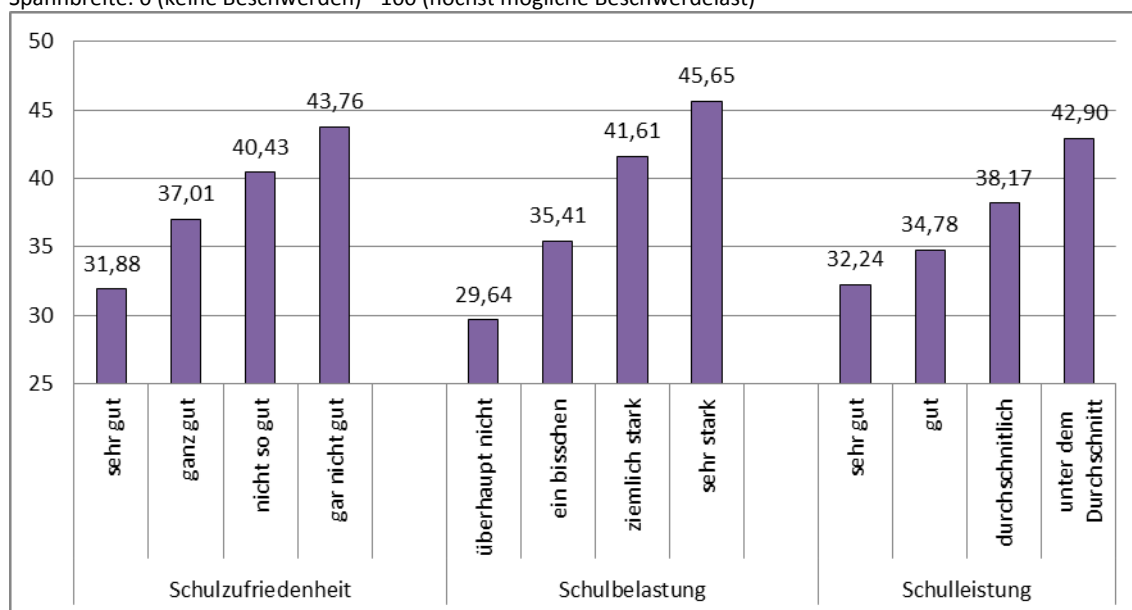


Abbildung 39: Schulische Faktoren und Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen

Spannbreite: 0 (keine Beschwerden) - 100 (höchst mögliche Beschwerdelast)



Neben Gesundheit und Wohlbefinden können schulische Faktoren auch mit dem Gesundheitsverhalten der Schülerinnen und Schüler zusammenhängen. Betrachtet man beispielsweise das Ernährungsverhalten, so zeigt sich, dass Obst- und Gemüsekonsum insgesamt am stärksten mit schulischen Faktoren zusammenhängt. Das Risiko, täglich Süßigkeiten oder Speisen wie Pizza, Burger & Co. zu verzehren, ist nach diesen Analysen weitgehend unabhängig von den untersuchten schulischen Faktoren (Tabelle 12).

Ernährungsverhalten der Schüler/innen hängt nur z.T. mit schulischen Faktoren zusammen

Tabelle 12: Schulische Faktoren und Ernährungsverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio)

OR (CI - 95)	Obst (täglich)	Gemüse (täglich)	Süßigkeiten (täglich)	süße Limonaden (täglich)	Pizza, Burger & Co. (täglich)	Frühstück (nie)
Schüler/innen-Schüler/innen-Beziehungen	1,239** 1,084 - 1,416	1,406*** 1,221 - 1,618	0,941# 0,810 - 1,094	0,869# 0,721 - 1,048	0,908# 0,648 - 1,273	0,856* 0,741 - 0,990
Schüler/innen-Lehrer/innen-Beziehungen (sehr gut)	1,551*** 1,339 - 1,796	1,388*** 1,190 - 1,618	1,140# 0,971 - 1,338	1,004# 0,823 - 1,226	1,136# 0,805 - 1,604	0,652*** 0,552 - 0,770
Schulzufriedenheit (gefällt mir sehr gut)	1,536*** 1,375 - 1,715	1,455*** 1,294 - 1,638	0,889# 0,785 - 1,006	0,806* 0,692 - 0,940	0,835# 0,633 - 1,102	0,686*** 0,608 - 0,773
Schulbelastung (überhaupt nicht)	1,404*** 1,232 - 1,601	1,158* 1,007 - 1,333	0,979# 0,846 - 1,134	1,007# 0,843 - 1,204	1,486** 1,108 - 1,993	0,889# 0,771 - 1,024
Schulleistung (sehr gut)	1,379*** 1,204 - 1,678	1,531*** 1,330 - 1,764	1,078# 0,928 - 1,252	0,564*** 0,456 - 0,698	0,655* 0,449 - 0,957	0,613*** 0,525 - 0,716

*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, # n.s.

stärkere schulische Belastung ist assoziiert mit geringerer körperlicher Aktivität

Die schulischen Faktoren weisen außerdem leichte bis mittelstarke Zusammenhänge mit dem selbstberichteten Bewegungsverhalten der Schülerinnen und Schüler auf. Am augenscheinlichsten zeigt sich dies bei der Belastung durch die Schule: je größer diese ist, umso inaktiver sind auch die Schülerinnen bzw. Schüler (Abbildungen 40 und 41).

Abbildung 40: Qualität der schulischen Beziehungen und körperlichen Aktivität (in Tagen pro Woche) der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen

Spannbreite: 0-7 Tage pro Woche, jeweils mind. 60 Minuten lang

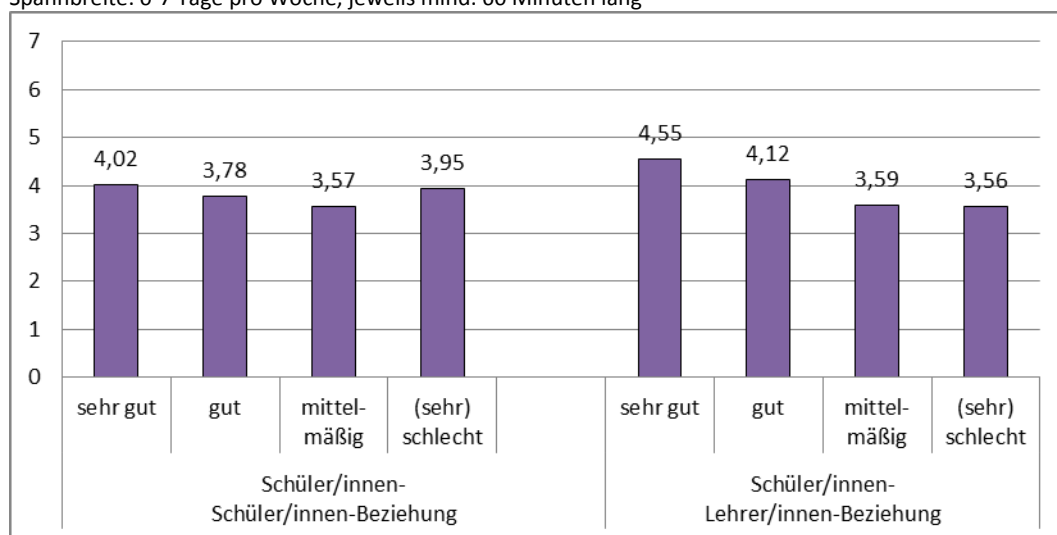
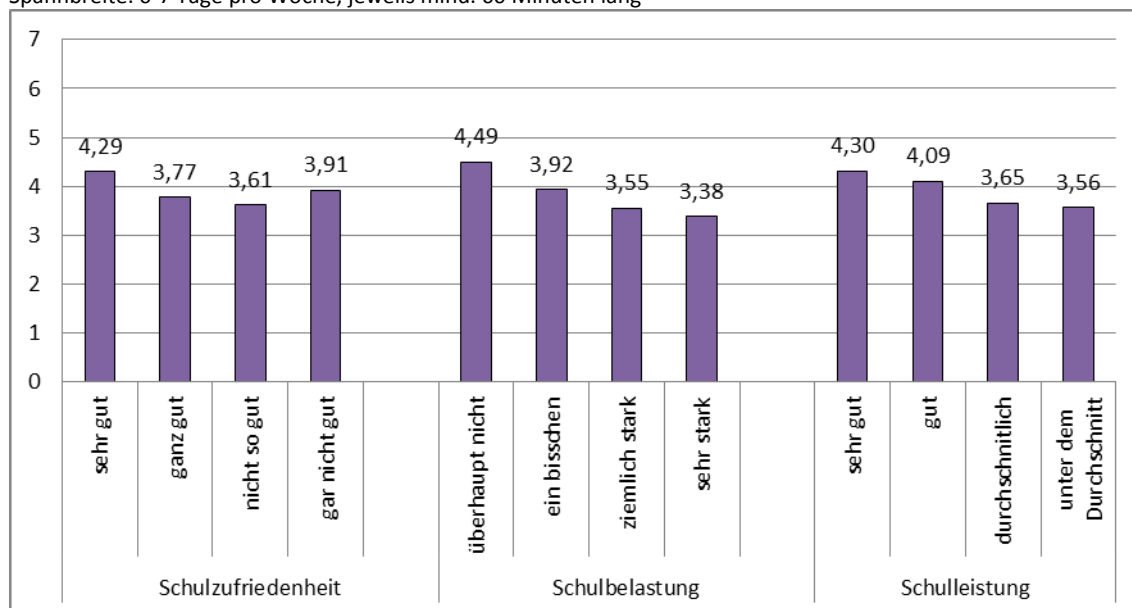


Abbildung 41: Schulische Faktoren und körperliche Aktivität (in Tagen pro Woche) der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen

Spannbreite: 0-7 Tage pro Woche, jeweils mind. 60 Minuten lang



Ein stärkerer Zusammenhang als beim Bewegungsverhalten zeigt sich jedoch beim sitzenden Freizeitverhalten (Computer spielen, Fernsehen, etc.). Am größten ist hier der Zusammenhang mit den schulischen Leistungen (Abbildung 43) im Sinne von: je mehr sitzendes Freizeitverhalten, umso schlechtere Schulleistungen. Des Weiteren zeigen sich mittelstarke Zusammenhänge mit der Schulfriedenheit sowie den sozialen Beziehungen in der Schule. Mit der schulischen Belastung zeigt sich nur ein leichter Zusammenhang (Abbildungen 42 und 43).

je mehr sitzendes Freizeitverhalten, umso schlechtere Schulleistungen und andere Zusammenhänge

Abbildung 42: Qualität der schulischen Beziehungen und sitzendes Freizeitverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (in Stunden pro Woche)

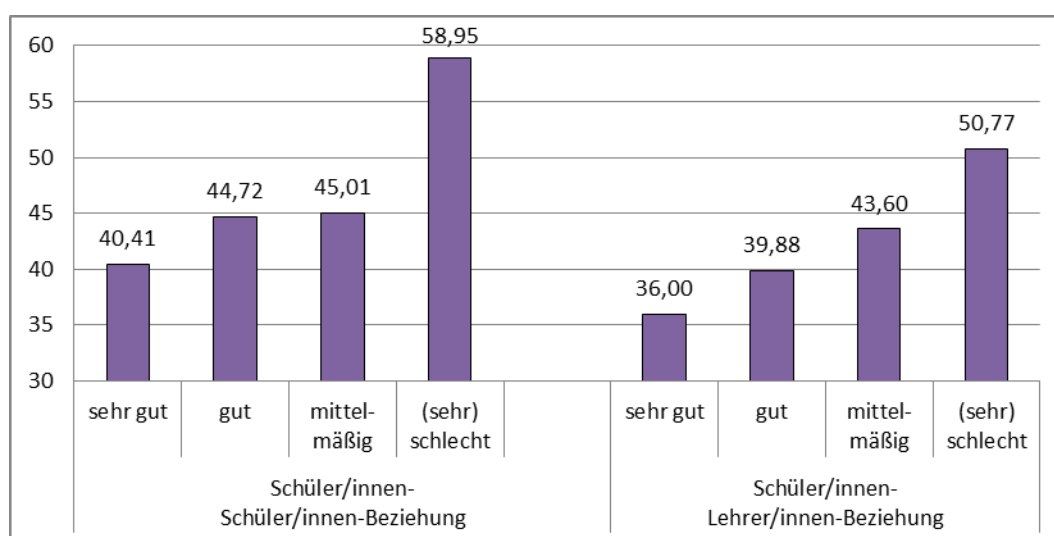
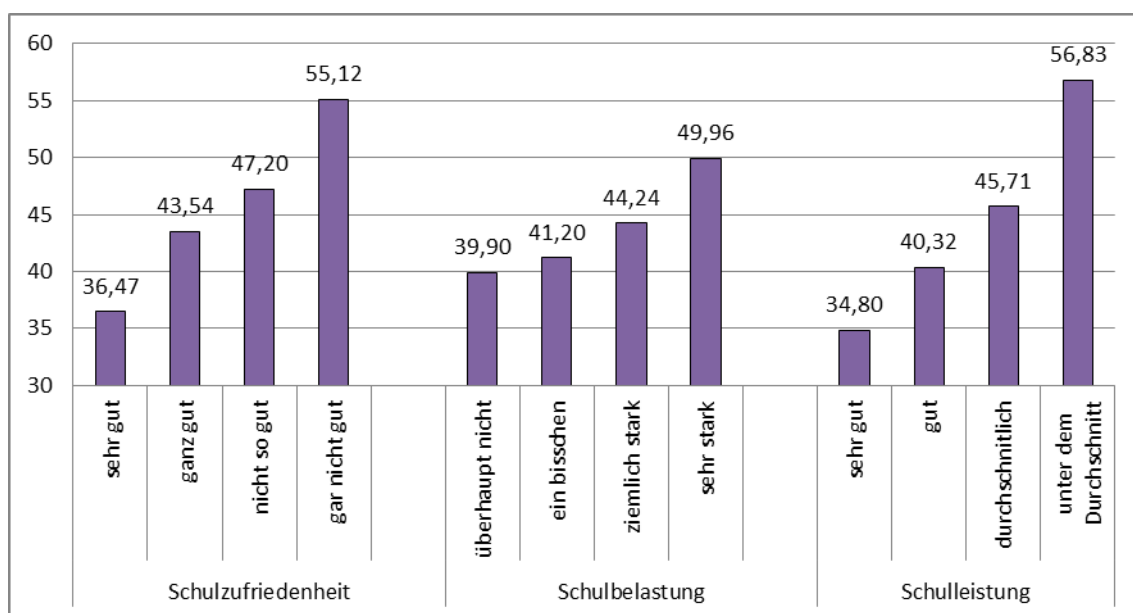


Abbildung 43: Schulische Faktoren und sitzendes Freizeitverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (in Stunden pro Woche)


Tabak- und Alkoholkonsum sind stärker ausgeprägt bei jenen, für die die Schule nicht so positiv besetzt ist

Mit Ausnahme der Beziehungen zu den Mitschülerinnen und Mitschülern weisen alle untersuchten schulischen Determinanten starke Zusammenhänge mit dem selbstberichteten Konsum psychoaktiver Substanzen, v.a. dem Tabak- und Alkoholkonsum, in der erwarteten Richtung auf (Tabelle 13). Lediglich der Cannabiskonsum scheint von schulischen Faktoren wenig beeinflusst zu sein.

Tabelle 13: Schulische Faktoren und Konsum psychoaktiver Substanzen der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio)

OR (CI - 95)	Raucher (gar nicht)	Alkoholkonsum (wöchentlich)	Betrunken (nie)	Cannabis (nie)
Schüler/innen-Schüler/innen-Beziehungen (sehr gut)	1,001 [#] 0,834 - 1,201	1,007 [#] 0,842 - 1,206	1,027 [#] 0,890 - 1,184	1,252 [#] 0,967 - 1,621
Schüler/innen-Lehrer/innen-Beziehungen (sehr gut)	2,540 ^{***} 1,954 - 3,302	0,480 ^{***} 0,376 - 0,611	3,171 ^{***} 2,606 - 3,858	1,359 [#] 0,923 - 2,000
Schulzufriedenheit (gefällt mir sehr gut)	2,110 ^{***} 1,784 - 2,496	0,532 ^{***} 0,452 - 0,625	2,352 ^{***} 2,072 - 2,669	1,671 ^{***} 1,313 - 2,127
Schulbelastung (überhaupt nicht)	1,885 ^{***} 1,531 - 2,321	0,504 ^{***} 0,409 - 0,622	2,498 ^{***} 2,126 - 2,935	0,903 [#] 0,668 - 1,221
Schulleistung (sehr gut)	2,779 ^{***} 2,170 - 3,558	0,632 ^{***} 0,515 - 0,775	2,059 ^{***} 1,752 - 2,419	1,600 [*] 1,162 - 2,202

*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, # n.s.

5.4 Sozioökonomische und ethnisch-kulturelle Determinanten

Hintergrund: Sozioökonomischer Status

Wie erwähnt, kann der sozioökonomische Status als grundlegender struktureller Einflussfaktor auf die Gesundheit angesehen werden. Damit ist gemeint, dass die hierarchische Gliederung menschlicher Gesellschaften, z.B. in den Bereichen Wirtschaft, Arbeit und Bildung, nicht ohne Wirkung auf die Gesundheit von Personen bleibt. Verschiedene Interpretationen und Theorien versuchen die Wirkungsmechanismen hinter diesem Zusammenhang zu erklären (Mackenbach, 2012).

Ein Erklärungsansatz liegt darin, dass Ressourcen, die zur Realisierung von Gesundheitspotenzialen dienen können, in unteren Gesellschaftsschichten nur in geringem Maße zur Verfügung stehen und weitergegeben werden können (Hofmann & Felder-Puig, 2014). Damit sind zum einen finanzielle bzw. materielle Ressourcen gemeint (Lynch et al., 2000), wie sie die HBSC-Indikatoren abbilden (siehe Itembox 15 und 16). Zum anderen gehören im Sinne von Bourdieu (1983) auch kulturelle und soziale Ressourcen dazu, in Form von Bildung, Wissen, Entscheidungskompetenzen, nützlichen Beziehungsnetzwerken, u.a. Eine andere (komplementäre) Erklärung setzt bei psychosozialen Mechanismen an, die auf benachteiligte Gesellschaftsschichten eher negativ wirken (Marmot & Wilkinson, 2001). Ihre Lebensumstände führen in dieser Sichtweise dazu, dass das Verhältnis zur und der Vergleich mit der sozialen Umwelt als belastend und konfliktrichtig empfunden wird, wodurch psychischer Stress entsteht, der auch die körperliche Gesundheit negativ beeinflusst.

Fest steht, dass der Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Gesundheit von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen für etliche Indikatoren gut dokumentiert ist. Was Letztere betrifft, so belegen die im Rahmen der HBSC-Studie publizierten Berichte solche Zusammenhänge immer wieder. Zum Beispiel wurde festgestellt, dass Schülerinnen und Schüler aus weniger wohlhabenden Familien ihre Gesundheit und ihre Lebenszufriedenheit schlechter einschätzen und eine höhere Zahl an körperlichen und psychischen Beschwerden aufweisen (Currie et al., 2008; Currie et al., 2012).

Bei einigen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen fielen die Ergebnisse bisher ebenso eindeutig aus (etwa bei Obstkonsum, Frühstück, Zähneputzen). Insbesondere die Zusammenhangsanalysen zum Risikoverhalten führten jedoch auch zu international uneinheitlichen Ergebnissen, wobei sich teilweise gar keine, teilweise unerwartete Assoziationen ergaben (d.h. höherer Wohlstand „förderte“ mitunter Risikoverhalten). Dies war z.B. beim Fernsehverhalten, beim Limonadenkonsum, sowie beim Rauchen, Alkohol- oder Cannabiskonsum der Fall (Currie et al., 2008; Currie et al. 2012). Diese scheinbaren Widersprüche werden oft damit erklärt, dass in der Pubertät Gleichaltrige und jugendliche Milieus gegenüber der Familie an Einfluss gewinnen, was dazu führe, dass sich das Gesundheitsverhalten Jugendlicher einander angleiche (West, 1997).

sozioökonomischer Status als grundlegender Einflussfaktor auf die Gesundheit

verschiedene Erklärungsansätze

viele Belege für den Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit

dies gilt jedoch nicht unbedingt für den Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheitsverhalten im Jugendalter

Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich diese sozioökonomischen Unterschiede im Erwachsenenalter wieder auftun.

Methode: Sozioökonomischer Status

zur Messung des sozioökonomischen Status wird in der HBSC-Studie die Familienwohlstandsskala („Family Affluence Scale“) verwendet

Studien haben gezeigt, dass es sehr schwierig ist, den sozioökonomischen Status von Schülerinnen und Schülern zu erheben, da viele keine oder nur unzureichende Informationen über die Beschäftigung und den Bildungsstand der Eltern geben können oder wollen (Currie et al., 2008; Currie et al., 1997). Die bei Erwachsenen meist verwendeten Fragen nach Beruf, Einkommen und Bildung weisen bei Kindern und Jugendlichen außerdem eine höhere Non-response-Rate jener auf, die den unteren sozioökonomischen Gruppen zuzurechnen sind (Currie et al., 2008). Um diesen Problemen zu begegnen, wurden von Currie et al. (1997) für die HBSC-Studie die sogenannte Family Affluence Scale (Familienwohlstandsskala) entwickelt. Diese seither mehrfach adaptierte Skala erfasst mit einfach zu beantwortenden Fragen das Sachvermögen der Familie (Itembox 15). Auf individueller Ebene werden die vier Einzelitems zu einem Gesamtindex zusammengeführt und dieser anschließend in drei Wohlstandsgruppen (gering, mittel, hoch) unterteilt (Currie, 2008). Wie eine Validierungsstudie von Boyce et al. (2006) ergab, korreliert dieser auf die nationale Ebene aggregierter Durchschnittswert sehr stark mit dem Bruttonationalprodukt von Staaten. Dies macht ihn zu einem guten Indikator für den absoluten materiellen Wohlstand.

Itembox 15: Familienwohlstandsskala

Wie viele Computer (Laptops, Netbooks) besitzt deine Familie?

- 4-teilig: *keinen – einen – zwei – mehr als zwei*

Besitzt deine Familie ein Auto oder einen Bus (Van)?

- 3-teilig: *nein – ja, eines (einen) – ja, zwei oder mehrere*

Hast du ein eigenes Zimmer?

- 2-teilig: *nein – ja*

Wie häufig bist du in den letzten 12 Monaten mit deiner Familie in den Ferien (im Urlaub) verreist?

- 4-teilig: *überhaupt nicht – einmal – zweimal – öfter als zweimal*

zusätzlich die subjektive Bewertung der finanziellen Situation der Familie erhoben

Zusätzlich wurden die Schülerinnen und Schüler gebeten, eine Einschätzung der derzeitigen finanziellen Situation ihrer Familien abzugeben (Itembox 16). Für die Analysen wurden die fünf vorgegebenen Kategorien zu drei (gut, durchschnittlich, nicht gut) zusammengefasst. Jede der beiden Variablen bildet den sozioökonomischen Status, genaugenommen dessen materielle Dimension, von Kindern und Jugendlichen nur annäherungsweise ab, da die beiden anderen Aspekte des sozioökonomischen Status (Bildung und Beruf) von den Fragen nicht erfasst werden. Dafür sind die methodischen Hindernisse zu groß.

Itembox 16: Finanzielle Situation der Familie

Wie schätzt du insgesamt die Geldsituation deiner Familie ein?

- 5-teilig: sehr gut – ziemlich gut – durchschnittlich – nicht sehr gut – überhaupt nicht gut

Ergebnisse: Sozioökonomischer Status

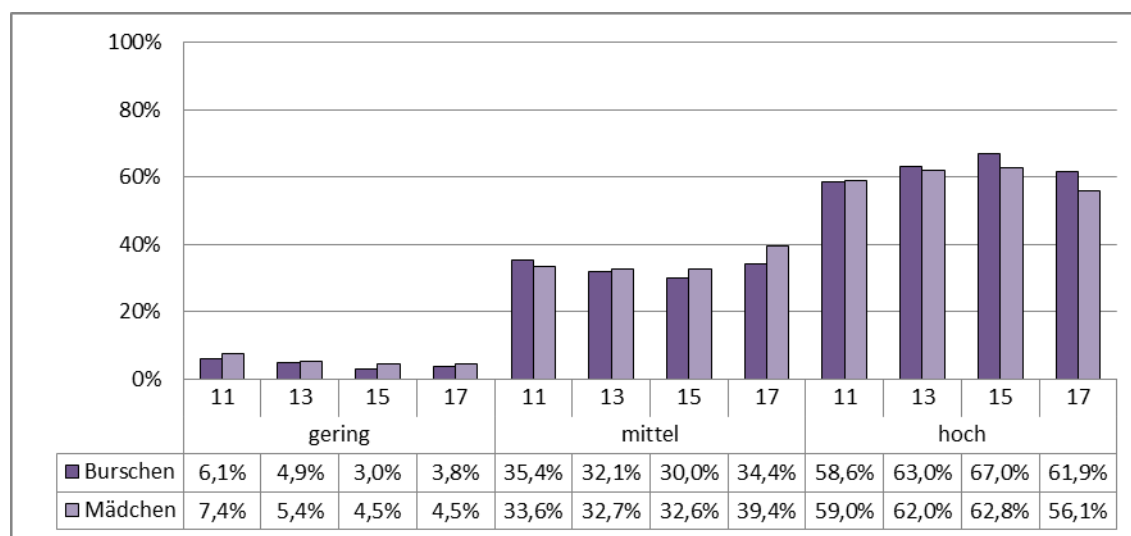
Wie für ein wirtschaftlich hoch entwickeltes Land wie Österreich zu erwarten, befinden sich nur wenige Schülerinnen und Schüler in der untersten Kategorie der Familienwohlstandsskala (Abbildung 44). Je nach Alter und Geschlecht, waren es im Jahr 2014 zwischen 3,0% und 7,4%. Dies ist mit der voran schreitenden wirtschaftlichen und technologischen Entwicklung erklärbar.

3,0% bis 7,4% in unterster Kategorie der Familienwohlstandsskala

Im Gegensatz dazu ist die Gruppe derer, die der höchsten Wohlstandsskala angehören, größer geworden und lag 2014 zwischen 56,1% und 67,0%. Dabei ist zu betonen, dass die Unterschiede nach Alter und Geschlecht gering sind, wenn man bedenkt, dass sich Lebensführung und Konsumverhalten von Schülerinnen und Schülern im Laufe des Erwachsenwerdens ändern, was sich auch in deren materieller Ausstattung niederschlägt.

56,1% bis 67,0% in oberster Kategorie der Familienwohlstandsskala

Abbildung 44: Familienwohlstand der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht

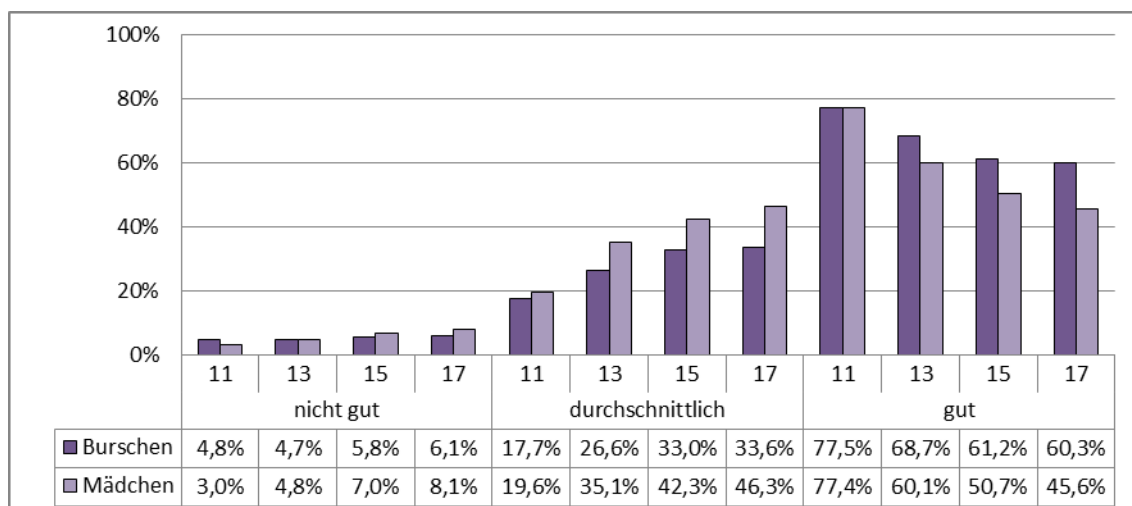


Die Fragen der Familienwohlstandsskala (FAS) fordern die Befragten sehr konkret auf, Auskunft darüber zu geben, welche Dinge sich in Besitz ihrer Familie befinden. Demgegenüber wurden die Schülerinnen und Schüler im Fall der in Abbildung 45 dargestellten Variable in abstrakterer Weise darum gebeten, eine subjektive Einschätzung abzugeben, wie es um die finanzielle Situation ihrer Familie bestellt ist. Auch hier sind die Anteile in der untersten Kategorie „nicht gut“ eher gering und bewegen sich, je nach Alter und Geschlecht, zwischen 3,0% und 8,1%, während sie in der Kategorie „gut“ sehr stark darüber liegen. Bei einem Blick auf die

subjektive Einschätzung der finanziellen Lage der Familie ergeben 3,0% bis 8,1% in der untersten Kategorie

oberste Kategorie fällt jedoch auf, dass die günstige Einschätzung der Familienfinanzen viel stärker vom Alter der Schülerinnen und Schüler abhängt, als dies etwa beim Familienwohlstand der Fall ist, insbesondere bei den Mädchen.

Abbildung 45: Finanzielle Situation der Familie nach Einschätzung der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



Hintergrund: Ethnisch-kulturelle Merkmale

Menschen mit Migrationshintergrund können gesundheitliche Nachteile haben

Anhand verschiedener Merkmale wird versucht, bestimmte Bevölkerungsgruppen als ethnische oder kulturelle Minderheiten zu erfassen. Zunehmende Migrationsprozesse in einer sich globalisierenden Welt erhöhen die Bedeutung dieser Indikatoren in der öffentlichen Diskussion. Migrationsprozesse betreffen heutzutage eine beträchtliche Anzahl von Menschen. Laut Daten von Eurostat leben ca. 9,4% der Bevölkerung der Europäischen Union außerhalb ihres Geburtslandes und 17,2% der 25- bis 54-Jährigen haben einen (ein- oder zweiseitigen) Migrationshintergrund (Vasileva, 2011; Albertinelli et al. 2011). Erfahrungen der Wanderungen zwischen Staaten und Kulturen, die selbst oder von den Vorfahren gemacht wurden, bringen Integrationserfordernisse mit sich. Diese können Belastungen des Fremdseins bzw. Sich-fremd-Fühlens erzeugen, weshalb oft vermutet wird, dass daraus gesundheitliche Nachteile entstehen (Stevens et al., 2014).

niedriger sozioökonomischer Status als ein Erklärungsansatz für gesundheitliche Nachteile von Menschen mit Migrationshintergrund

Solche Belastungen und Schwierigkeiten können durch verschiedene Mechanismen hervorgerufen werden. Eine Erklärung liegt an der Geschichte des Zuzugs der sogenannten Gastarbeiter. Sie wurden meist für Hilfstätigkeiten angeworben und seltener, um hochqualifizierte oder gar führende Positionen zu bekleiden. Dementsprechend gering war im Allgemeinen der sozioökonomische Status der Migrantinnen und Migranten in ihrem Zielland. Die geringe soziale Durchlässigkeit des österreichischen Bildungssystems (Knittler, 2011) trug zur Persistenz dieser Situation über Generationen hinweg bei. Etwaige gesundheitliche Nachteile von Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund wären insofern ursächlich mit ihrem tendenziell geringeren sozioökonomischen

Status zu erklären und müssten sich bei dessen statistischer Kontrolle verringern, ähnlich wie in anderen Untersuchungen zum Thema Gesundheit und Bildung von Migrantinnen und Migranten (Smith-Nielson & Krasnik 2010; Gächter, 2014).

Weiters können kulturelle oder religiöse Unterschiede und im schlimmsten Fall aktive Diskriminierung zur gesundheitlichen Schlechterstellung von Fremden beitragen (Viner et al., 2012). Belastungen entstehen dann z.B. daraus, wenn Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund bzw. ihre Eltern sich in ungewohnter Umgebung schlechter orientieren können, weil sie die Normen und Werte ihrer neuen Heimat nicht gut verstehen. Das führt in verschiedenen Alltagsbereichen, z.B. auf Ämtern, in Schulen, Gesundheits- oder Freizeiteinrichtungen, mitunter zu Unsicherheit, Missverständnissen und Konflikten – Probleme, die sich in Gesellschaften mit hoher Segregation verschärfen. In der zweiten Generation verursachen mitunter auch Identitätskonflikte aufgrund widersprüchlicher Erwartungen der Herkunfts- und Empfängerkultur sowie Gefühle der Zurückweisung durch eine der beiden Stress (Stevens et al., 2014).

Es gibt aber auch Faktoren, die die Gesundheit ethnischer Minderheiten eher begünstigen, etwa bestimmte kulturelle oder religiöse Werte, die Risikoverhalten einschränken (z.B. den Alkoholkonsum). Geht man davon aus, dass es im Allgemeinen eher kräftige, junge und hochmotivierte Menschen sind, welche sich den Strapazen einer Auswanderung unterziehen, so spricht schon ihre Zusammensetzung eher für gesundheitliche Vorteile eines Migrationshintergrunds. In verschiedene Richtungen gehende Effekte sind wohl auch der Grund dafür, dass Studien über ethnisch-kulturelle Unterschiede in puncto Gesundheit oft inkonsistente Ergebnisse liefern (Stevens & Vollebergh, 2008).

andere Erklärungen: kulturelle oder religiöse Unterschiede, Diskriminierung, Identitätskonflikte

Migrationshintergrund kann aber auch mit bestimmten gesundheitlichen Vorteilen assoziiert sein

Methode: Ethnisch-kulturelle Merkmale

Offiziell erfasst werden ethnisch-kulturelle Merkmale mit Hilfe der Indikatoren „Migrationshintergrund“ oder „ausländische Staatsbürgerschaft“. In der HBSC-Erhebung 2014 wurde der Migrationshintergrund nach internationalen Vorgaben ausschließlich für die Gruppe der 15- und 17-Jährigen erhoben. Dies geschah mit Hilfe der in Itembox 17 angeführten Fragen.

Erfassung des Migrationshintergrunds

Itembox 17: Migrationshintergrund

In welchem Land wurde(st) du / deine Mutter / dein Vater geboren?

- 7-teilig: In Österreich – In Deutschland – In der Türkei – In Serbien, Montenegro oder dem Kosovo – In Bosnien-Herzegowina – In Kroatien – In einem anderen Land, nämlich in...

Im österreichischen HBSC-Fragebogen wurde in diesem Jahr zusätzlich eine Frage einbezogen, die eine bessere Annäherung an den Integrationsgrad der nach Österreich Eingewanderten ermöglichen sollte. Sie be-

Erfassung des Integrationsgrads

zog sich auf die in der Familie hauptsächlich gesprochene Sprache (siehe Itembox 18).

Itembox 18: Alltagssprache

Welche Sprache sprichst du zu Hause hauptsächlich?

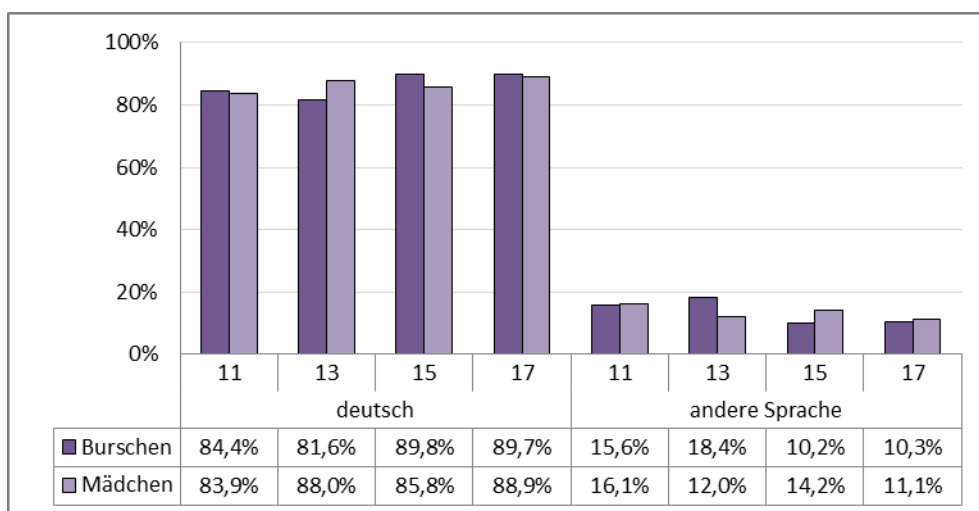
- 8-teilig: deutsch – türkisch – kroatisch – serbisch, bosnisch, mazedonisch – ungarisch – slowenisch – tschechisch – sonstige, nämlich:...

Ergebnisse: Ethnisch-kulturelle Merkmale

über 80% der Schüler/innen sprechen zu Hause deutsch

Die österreichischen Schülerinnen und Schüler geben in deutlicher Mehrheit an, innerhalb ihrer Familie deutsch zu sprechen. In allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern liegt der entsprechende Anteil bei über 80% (Abbildung 46).

Abbildung 46: Umgangssprache der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



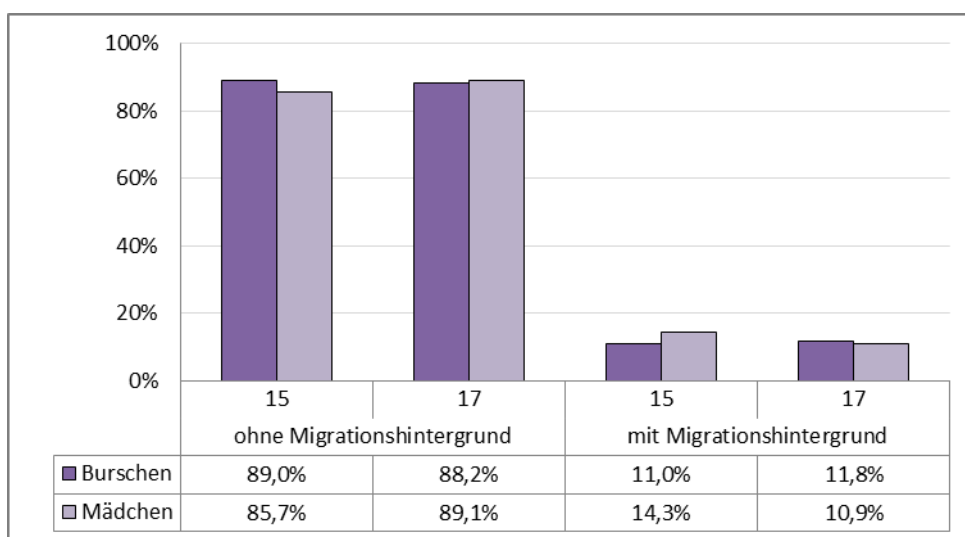
ältere Schüler/innen sprechen zu Hause öfter Deutsch als jüngere; häufigste andere Sprachen: Türkisch und Sprachen des ehemaligen Jugoslawiens

Ältere Schülerinnen und Schüler sprechen zu Hause tendenziell öfter Deutsch als jüngere. Dementsprechend benützen 16,1% der Schülerinnen und 15,6% der Schüler in der jüngsten Altersgruppe im Umgang mit ihrer Familie eine andere Sprache, während es bei den 17-jährigen Mädchen und Burschen mit 11,1% bzw. 10,3% jeweils um ca. fünf Prozentpunkte weniger sind. Nach Deutsch werden Türkisch mit 4,9% und Sprachen des ehemaligen Jugoslawiens mit 4,5% am häufigsten als überwiegende Umgangssprachen genannt.

10,9% bis 14,3% haben einen Migrationshintergrund nach klassischer Definition

Als Antwort auf die Frage, wo sie oder ihre Eltern geboren wurden, geben je nach Alter und Geschlecht zwischen 10,9% und 14,3% der Schülerinnen und Schüler an, dass entweder sie selbst oder beide Elternteile außerhalb Österreichs geboren wurden (Abbildung 47). In diesem Fall liegt ein zweiseitiger Migrationshintergrund vor.

Abbildung 47: Beidseitiger Migrationshintergrund bei 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n, nach Alter und Geschlecht



Wenn man noch jene Familien hinzunimmt, in denen nur ein Elternteil aus dem Ausland nach Österreich zugewandert ist, bewegen sich diese Anteile zwischen 17,1% und 23,6% (nicht dargestellt). Für Zusammenhangsanalysen wird jedoch üblicherweise der beidseitige Migrationshintergrund herangezogen (Anzenberger et al., 2015).

bei 17,1% bis 23,6% ist nur ein Elternteil nach Österreich zugewandert

Der Einfluss sozioökonomischer und ethnisch-kultureller Merkmale auf den Gesundheitszustand

In den folgenden Zusammenhangsanalysen wird der Indikator „Familienwohlstand“ mit dem Indikator „beidseitiger Migrationshintergrund“ kombiniert⁵. Zusammen werden sie als Einflussfaktoren auf verschiedene Outcomes der Bereiche Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten betrachtet. Dieses Vorgehen soll dabei helfen, zu beurteilen, welche von beiden Merkmalen (sozioökonomisch oder ethnisch-kulturell) relativ gesehen die größere Bedeutung besitzt. Ein zweites Ziel besteht darin, mögliche Interaktionen sichtbar zu machen. Solche wären z.B. dann gegeben, wenn sich die Werte von Schülerinnen und Schülern mit und ohne Migrationshintergrund nach Berücksichtigung bzw. Kontrolle des familiären Wohlstandes aneinander annähern.

sozioökonomischer Status und Migrationshintergrund gemeinsam in die Analysen mit einbezogen

⁵ Für die grafische Darstellung war es hier aus Platzgründen notwendig, eine Auswahl zu treffen. Es ging darum einen Indikator des sozioökonomischen Status mit einem zu kombinieren, der auch kulturelle bzw. migrationsspezifische Aspekte umfasst. Der Migrationshintergrund wurde deswegen gewählt, weil er aus Gründen, die in der Diskussion noch erwähnt werden, mit Gesundheit einen stärkeren Zusammenhang aufweist als die Umgangssprache. Die FAS-Skala wurde der „finanziellen Situation“ deswegen vorgezogen, weil sie weniger auf einer subjektiven Einschätzung der Schülerinnen und Schüler beruht.

leichter Zusammenhang zwischen Familienwohlstand und Bewertung des eigenen Gesundheitszustands

Die Ergebnisse in Tabelle 14 zeigen zum Beispiel, dass die Chance, die Gesundheit als „ausgezeichnet“ bezeichnen, bei jenen Schülerinnen und Schülern mit einem hohen Wohlstandsniveau gegenüber jenen mit einem geringen Wohlstand in der Stichprobe um das 1,6-fache erhöht ist. Das Konfidenzintervall ist allerdings sehr weit, die tatsächliche Stärke und Relevanz des Zusammenhangs daher mit großer Unsicherheit verbunden.

Tabelle 14: SES und subjektive Gesundheit der 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio, bei Kontrolle des beidseitigen Migrationshintergrundes)

	Subjektive Gesundheit (ausgezeichnet)	
	OR	95% Konfidenzintervall
Familienwohlstand (hoch/gering)	1,681*	1,033 - 2,735
Familienwohlstand (mittel/gering)	1,197#	0,728 - 1,969

*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, # n.s.

leichter Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und Bewertung des eigenen Gesundheitszustands

Aus Tabelle 15 geht hervor, dass jener Effekt, der nach Berücksichtigung des Familienwohlstandes und in diesem Sinn „ausschließlich“ auf den Migrationshintergrund zurückgeführt werden kann, ebenfalls signifikant ist. Die Wahrscheinlichkeit die eigene Gesundheit als ausgezeichnet einzustufen ist dabei geringer, wenn ein Migrationshintergrund besteht. Durch Umformung ($1/0,685 = 1,46$) zeigt sich, dass der Effekt im Vergleich zu den sozioökonomischen Merkmalen (Tabelle 14) etwas geringer, allerdings mit weniger Unsicherheit verbunden ist.

Tabelle 15: Migrationshintergrund und ausgezeichnete subjektive Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio, bei Kontrolle von FAS)

	Subjektive Gesundheit (ausgezeichnet)	
	OR	95% Konfidenzintervall
Migrationshintergrund (ja/nein)	0,685**	0,522 - 0,898

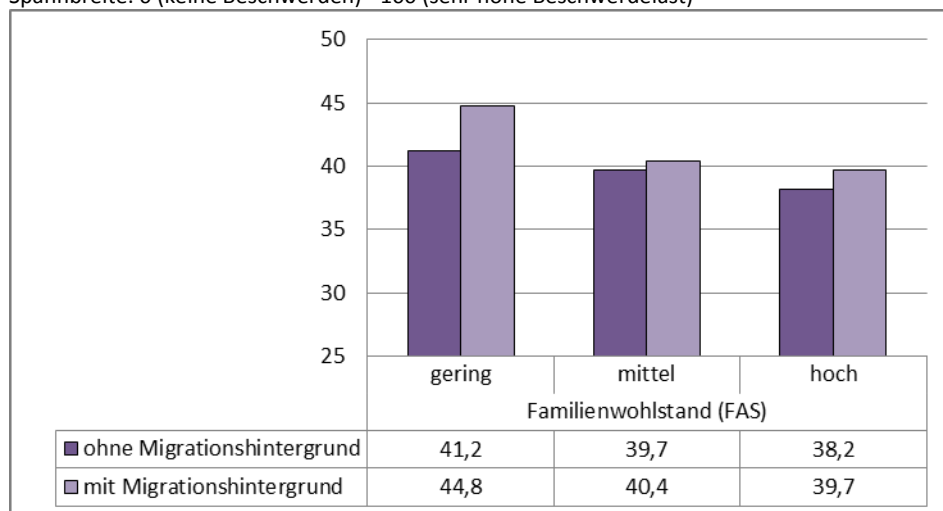
*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, # n.s.

signifikant höhere Beschwerdelast von Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der untersten Wohlstandsgruppe

Wie aus Abbildung 48 ersichtlich, verringert sich mit steigendem Wohlstandsniveau der Familie die Beschwerdelast der Schülerinnen und Schüler. Zudem besteht ein kleiner Unterschied zwischen jenen mit und jenen ohne Migrationshintergrund. Signifikant ist dieser jedoch nur innerhalb der untersten Wohlstandsgruppe (44,8 vs. 41,2).

Abbildung 48: Familienwohlstand, Migrationshintergrund und Beschwerdelast bei 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n

Spannbreite: 0 (keine Beschwerden) - 100 (sehr hohe Beschwerdelast)

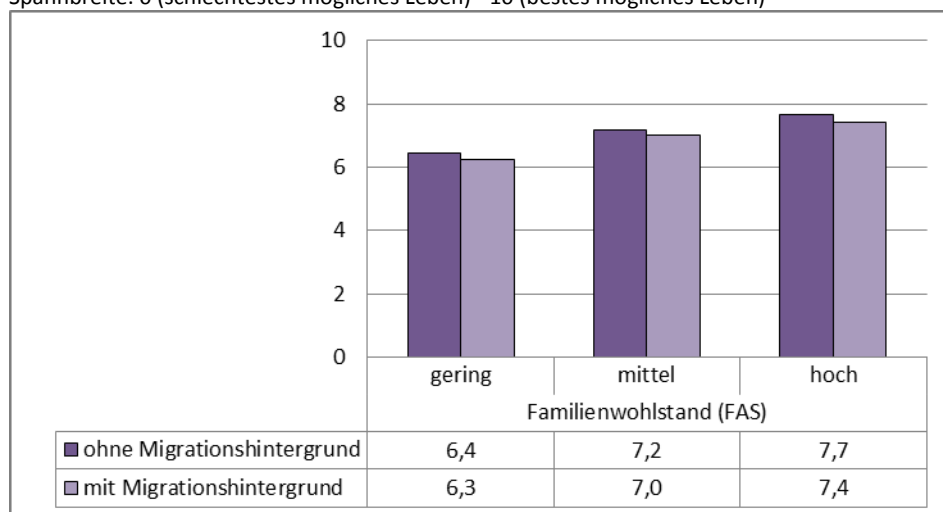


Die Betrachtung des Indikators „Lebenszufriedenheit“ zeigt bei umgekehrten Vorzeichen ein ähnliches Muster, jedoch nur in Bezug auf den sozioökonomischen Status. Die Unterschiede zwischen Schülerinnen und Schülern mit und ohne Migrationshintergrund sind hier unbedeutend. Im Durchschnitt liegt die Lebenszufriedenheit jener der obersten Wohlstandgruppe deutlich über jener der untersten (Abbildung 49).

Lebenszufriedenheit hängt nur mit dem sozioökonomischen Status zusammen, nicht mit dem Migrationshintergrund

Abbildung 49: Familienwohlstand, Migrationshintergrund und Lebenszufriedenheit bei 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n

Spannbreite: 0 (schlechtestes mögliches Leben) - 10 (bestes mögliches Leben)



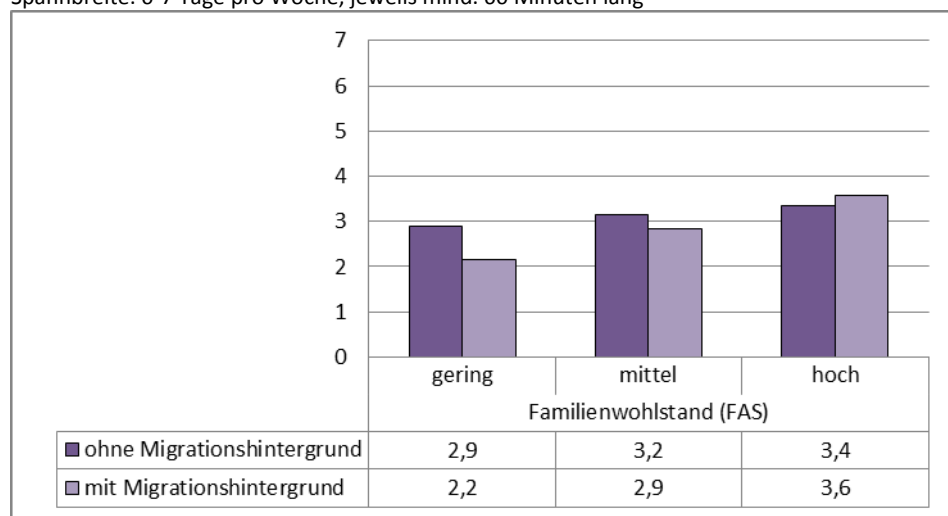
Der Einfluss sozioökonomischer und ethnisch-kultureller Merkmale auf das Gesundheitsverhalten

besonders bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist deren Bewegungsverhalten vom sozioökonomischen Status abhängig

Was die Frage betrifft, an wie vielen Tagen pro Woche die Schülerinnen und Schüler für mindestens eine Stunde körperlich aktiv sind, weisen die Werte in Abbildung 50 auf einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem familiären Wohlstand und dem selbstberichteten Ausmaß an Bewegung hin: Jugendliche im Alter von 15 bis 17 Jahren, die aus wohlhabenderen Familien stammen, bewegen sich öfter als jene aus weniger wohlhabenden Verhältnissen. Dies trifft für Jugendliche mit Migrationshintergrund noch stärker zu als für jene ohne.

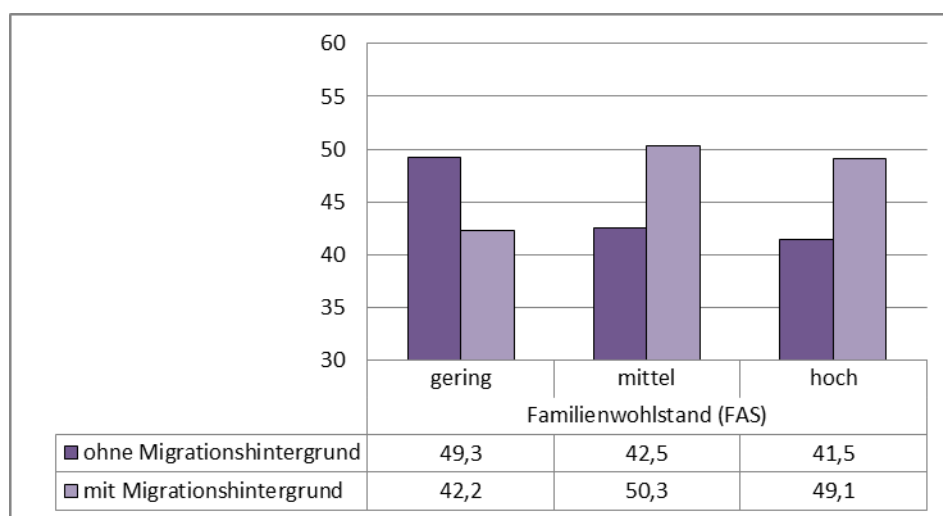
Abbildung 50: Familienwohlstand und körperliche Aktivität (in Tagen pro Woche) bei 15- und 17-jährigen Schüler/innen/n

Spannbreite: 0-7 Tage pro Woche, jeweils mind. 60 Minuten lang



konträres Bild beim sitzenden Freizeitverhalten von Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund in Relation zu ihrem sozioökonomischen Status

Ein anderes Bild zeigt sich bei der Auswertung des Zusammenhangs zwischen sozioökonomischem Status, Migrationshintergrund und Freizeitaktivitäten, für die die Jugendlichen vorwiegend eine sitzende Position einnehmen (Abbildung 51). Während Jugendliche aus der untersten Wohlstandsklasse, die keinen Migrationshintergrund haben, im Schnitt die meisten Stunden mit sitzenden Freizeitaktivitäten verbringen, verhält es sich bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund genau umgekehrt: hier sind es jene aus den mittleren und oberen Wohlstandsgruppen, die mehr Zeit am Computer, mit Fernsehen, an Spielekonsolen, u.Ä. verbringen.

Abbildung 51: Familienwohlstand und sitzendes Freizeitverhalten von 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n (in Stunden pro Woche)


Jugendliche aus wohlhabenderen Familien berichten überproportional öfter Obst und Gemüse zu konsumieren als jene aus der untersten Wohlstandsklasse (Tabelle 16). Gleichzeitig essen sie wesentlich seltener Pizza, Burger oder ähnliches und sind mit etwas höherer Wahrscheinlichkeit auch Nichtraucher/innen (Tabelle 17). Was die restlichen Risikoverhaltensweisen betrifft, so fällt auf, dass die höheren Wohlstandsschichten kein signifikant gesundheitsförderlicheres Verhalten aufweisen, obwohl meist leichte Tendenzen in diese Richtung erkennbar sind (außer beim Alkoholkonsum).

mehr Obst- und Gemüsekonsum, weniger Pizza, Burger & Co., weniger Raucher/innen in der obersten Wohlstandsklasse

Tabelle 16: Familienwohlstand und Ernährungsverhalten der 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratios, bei Kontrolle des beidseitigen Migrationshintergrundes)

OR (CI - 95)	Obst (täglich)	Gemüse (täglich)	Süßigkeiten (täglich)	süße Limonaden (täglich)	Pizza, Burger & Co. (täglich)	Frühstück wochentags (nie)
Familienwohlstand (hoch/gering)	1,86** 1,175 - 2,946	1,748* 1,065 - 2,869	0,765# 0,494 - 1,186	0,666# 0,409 - 1,086	0,253*** 0,127 - 0,502	0,901# 0,593 - 1,369
Familienwohlstand (mittel/gering)	1,415# 0,885 - 2,261	1,439# 0,869 - 2,384	0,636* 0,406 - 0,998	0,656# 0,397 - 1,083	0,205*** 0,097 - 0,432	0,904# 0,589 - 1,386

*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, # n.s.

Tabelle 17: Familienwohlstand und Konsum psychoaktiver Substanzen bei 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n (Odds Ratios, bei Kontrolle des beidseitigen Migrationshintergrundes)

OR (CI - 95)	Raucher (gar nicht)	Alkoholkonsum (wöchentlich)	Betrunken (nie)	Cannabis (nie)
Familienwohlstand (hoch/gering)	1,674* 1,089 - 2,572	1,483# 0,872 - 2,52	0,71# 0,466 - 1,081	1,002# 0,576 - 1,743
Familienwohlstand (mittel/gering)	1,43# 0,922 - 2,217	1,647# 0,961 - 2,823	0,758# 0,493 - 1,166	0,989# 0,563 - 1,74

*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, # n.s.

Jugendliche mit Migrationshintergrund zeigen schlechteres Ernährungsverhalten, aber rauchen seltener und konsumieren weniger Alkohol

Aus den Odds-Ratio-Werten in den Tabellen 16 und 17 lässt sich erkennen, wie groß die Bedeutung des Migrationshintergrundes nach statistischer Kontrolle des Familienwohlstandes (noch) ist. Es ist insbesondere zu sehen, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund öfter berichten, süße Limonaden und Pizza, Burger & Co. zu konsumieren und seltener zu frühstücken (Tabelle 18). Gleichzeitig sind sie aber auch öfter Nichtraucher/innen, regelmäßiger Alkoholkonsum ist bei ihnen seltener und sie sind weniger oft betrunken (Tabelle 19).

Tabelle 18: Migrationshintergrund bzw. Umgangssprache und Ernährungsverhalten bei 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n (Odds Ratios, bei Kontrolle des Familienwohlstandes)

OR (CI - 95)	Obst (täglich)	Gemüse (täglich)	Süßigkeiten (täglich)	süße Limonaden (täglich)	Pizza, Burger & Co. (täglich)	Frühstück (nie)
Migrationshintergrund (ja/nein)	1,119 [#] 0,881 - 1,422	1,207 [#] 0,942 - 1,547	1,168 [#] 0,901 - 1,514	1,425* 1,067 - 1,903	2,680*** 1,608 - 4,466	1,758*** 1,392 - 2,219

*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, # n.s.

Tabelle 19: Migrationshintergrund bzw. Umgangssprache und Konsum psychoaktiver Substanzen bei 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n (Odds Ratios, bei Kontrolle des Familienwohlstandes)

OR (CI - 95)	Raucher (gar nicht)	Alkoholkonsum (wöchentlich)	Betrunken (nie)	Cannabis (nie)
Migrationshintergrund (ja/nein)	1,362* 1,035 - 1,793	0,254*** 0,175 - 0,369	3,074*** 2,41 - 3,922	1,277 [#] 0,917 - 1,779

*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, # n.s.

6 Trends in der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten

In den letzten Jahren hat Gesundheitsförderung nicht zuletzt im Setting Schule immer mehr an Bedeutung gewonnen und es wurden vermehrt Maßnahmen ergriffen, um die Gesundheit bzw. das Gesundheits- und Risikoverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern nachhaltig zu verbessern. Die HBSC-Erhebung bietet aufgrund ihres regelmäßigen Erhebungsrhythmus mit einer Vielzahl an über längeren Zeitraum unveränderten Variablen, die Möglichkeit, Trends über die Zeit darzustellen.

Die Präsentation dieser Trends erfolgt in diesem Bericht anhand ausgewählter Variablen. Die Entwicklungen werden, soweit es die Daten ermöglichen, maximal für die letzten zwei Jahrzehnte, also seit 1994 (entspricht sechs Erhebungen) dargestellt. Einige wichtige Variablen wurden in der Erhebung von 2002 entweder neu eingeführt oder aufgrund neuer Erkenntnisse adaptiert. Darum kann der Trend bei diesen Variablen nur für die letzten vier Erhebungen dargestellt werden.

Die Beschreibungen beziehen sich zunächst auf den allgemeinen Trend in den einzelnen Variablen. Anschließend wird darauf eingegangen, in wie weit sich der Verlauf auf mögliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder zwischen den Altersgruppen zurückführen lässt. Dies sind allerdings nur zwei der möglichen Einflussfaktoren für die Entwicklungen. Weitere, wie beispielsweise der sozioökonomische Status, könnten ebenfalls den Verlauf über die Jahre beeinflussen und lassen somit nur eine eingeschränkte Interpretation der Ergebnisse zu. Da Schülerinnen und Schüler im Alter von 17 Jahren erstmals 2010 in der HBSC-Studie eingeschlossen wurden, wurden die Trenddaten-Auswertungen nur für die 11- bis 15-Jährigen durchgeführt. Die Daten wurden entsprechend der Alters- und Geschlechtsverteilung von 2014 gewichtet, um mögliche Schwankungen aufgrund unterschiedlicher Verteilungen in diesen Variablen entgegenzuwirken.

HBSC erlaubt die Darstellung von Trends, weil bestimmte Variablen über viele Jahre in der gleichen Form erhoben wurden

Trends seit mindestens 2002, tlw. seit 1994, darstellbar

In den Trenddarstellungen wird auf mögliche Unterschiede zwischen Geschlechtern und Altersgruppen eingegangen, sofern vorhanden. Trenddaten gibt es nur für 11- bis 15-Jährige, da 17-Jährige erst 2010 in die HBSC-Studie aufgenommen wurden.

6.1 Die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler im Trend

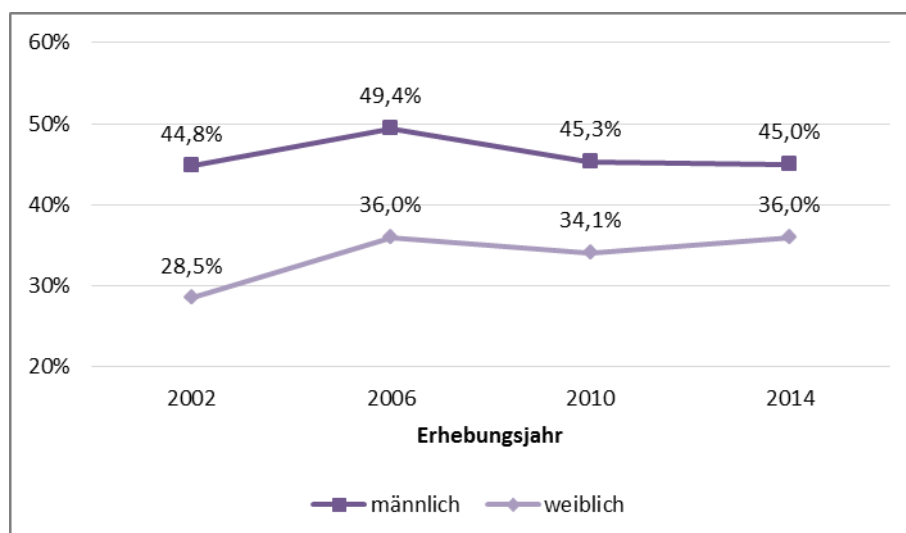
**kein eindeutiger Trend
beim subjektiven Ge-
sundheitszustand**

**Gesundheitszustand:
Unterschied zwischen
Burschen und Mädchen
nimmt kontinuierlich
leicht ab**

Die Frage zur subjektiven Einschätzung der Gesundheit ist seit der 6. österreichischen HBSC-Erhebung von 2002 Teil der Befragung. 2006 haben etwas mehr Schülerinnen und Schüler ihre subjektive Gesundheit als „ausgezeichnet“ eingestuft als 2002. Dieser Wert ist dann aber bei der Erhebung von 2010 wieder etwas gesunken und danach relativ konstant geblieben. In Summe kann demnach kein eindeutiger Trend in dieser Variable abgelesen werden.

Betrachtet man die Ergebnisse getrennt für Burschen und Mädchen, so zeigt sich bei beiden Geschlechtern ein ähnlicher Verlauf. Allerdings nimmt der Unterschied zwischen Burschen und Mädchen kontinuierlich ab (Abbildung 52).

Abbildung 52: Ausgezeichneter subjektiver Gesundheitszustand der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 2002, nach Geschlecht

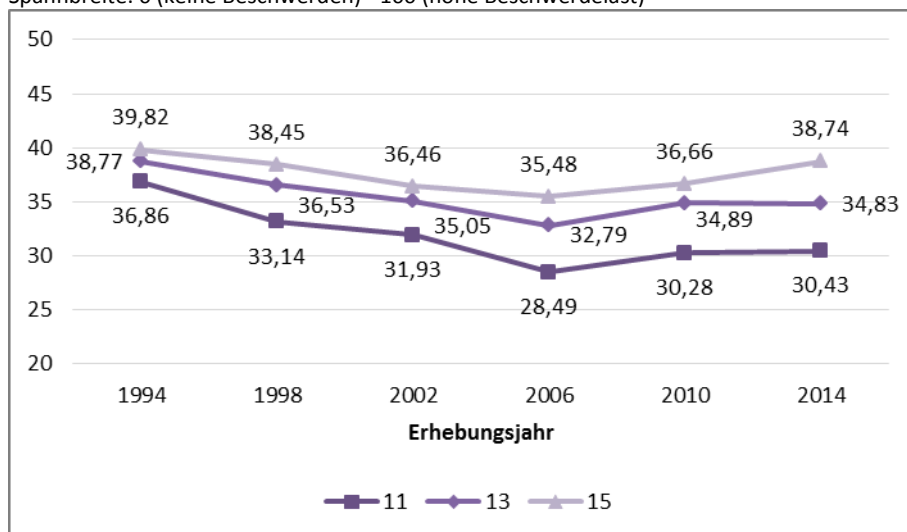


**Beschwerdelast: konti-
nuierliche Verbesserung
zwischen 1994 und
2006, seitdem wieder
leichte Verschlechterung**

Die einzelnen Items, die zur Berechnung der Beschwerdelast herangezogen werden, sind seit 1986 Teil der HBSC-Erhebung. Zwischen 1994 und 2006 ist die mittlere Beschwerdelast bei den österreichischen Schülerinnen und Schülern kontinuierlich gesunken. Seitdem ist sie wieder leicht gestiegen und hat 2014 wieder das Niveau von 2002 erreicht. Zudem zeigt sich bei der Beschwerdelast, dass sich der Unterschied zwischen den Altersgruppen im Laufe der Jahre fast verdreifacht hat. Betrug die Differenz 1994 zwischen den 11-Jährigen und den 15-Jährigen noch knapp drei Punkte, so erreichte sie 2014 ihren vorläufigen Höhepunkt mit über acht Punkten (Abbildung 53). Bezüglich der Geschlechtsunterschiede lassen sich keine eindeutigen Trends ablesen.

Abbildung 53: Mittlere Beschwerdelast der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 1994, nach Alter

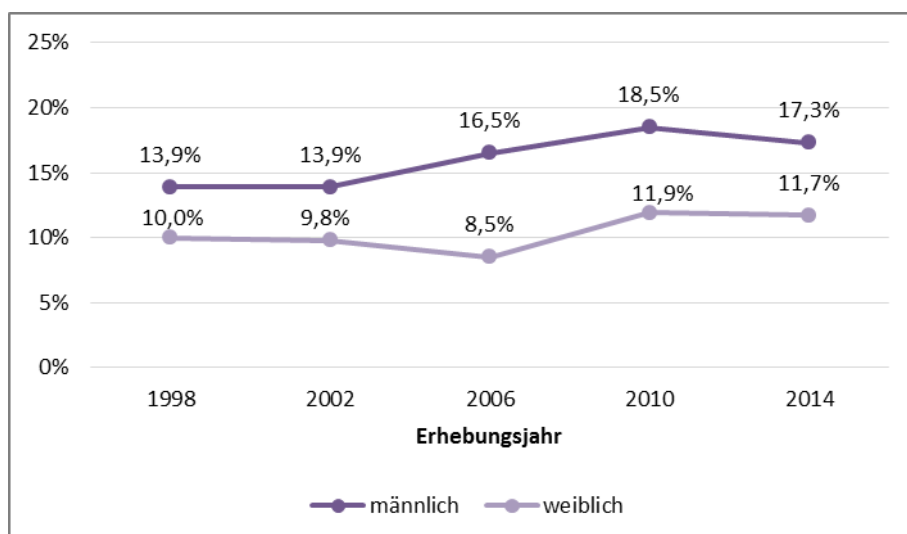
Spannbreite: 0 (keine Beschwerden) - 100 (hohe Beschwerdelast)



Die Maßzahlen, die zur Berechnung des Body Mass Index (BMI) nötig sind (Körpergewicht und Körpergröße), sind seit der Befragung von 1998 Bestandteil der HBSC-Erhebung. Selbst wenn die Werte aufgrund der selbstberichteten Angaben nur mit Vorsicht zu interpretieren sind, können sie dennoch den Verlauf über die Jahre gut abbilden. Insgesamt zeigt sich eine Steigerung zwischen 1998 und 2014. Die geschlechtsspezifischen Ergebnisse weisen darauf hin, dass diese bei den Burschen bereits 2002 eingetreten ist, während sie bei den Mädchen erst seit 2010 beobachtet werden kann (Abbildung 54). Aus den Verläufen für die unterschiedlichen Altersgruppen kann kein eindeutiger Trend abgelesen werden.

Prävalenz von Übergewicht und Adipositas seit 1998 leicht gestiegen

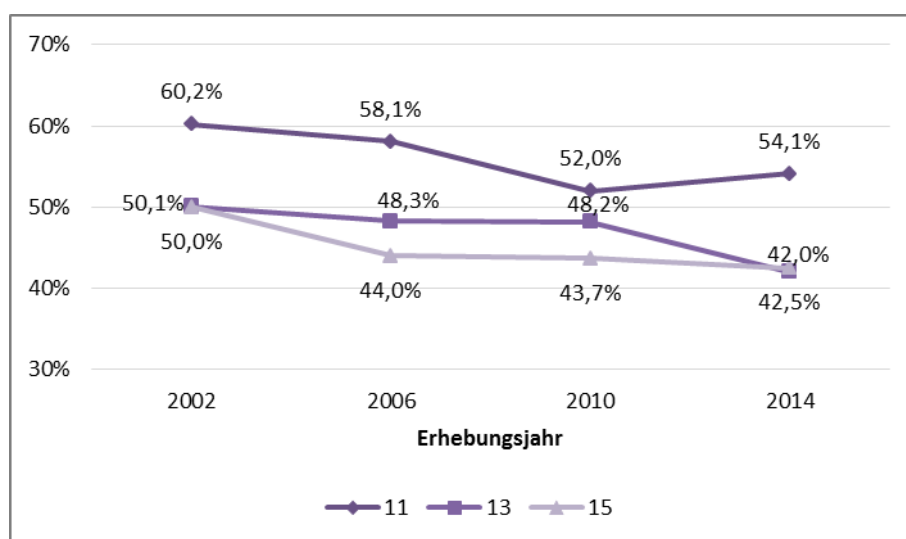
Abbildung 54: Relativer Anteil an übergewichtigen oder adipösen 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen/n, seit 1998, nach Geschlecht



seit 2002 geben immer weniger 11- bis 15-Jährige an, genau das richtige Gewicht zu haben

Die subjektive Körperwahrnehmung wird bereits seit 1994 im HBSC-Fragebogen abgefragt. Allerdings wurden 2002 die Antwortkategorien geändert, weshalb der Trend erst ab diesem Zeitpunkt dargestellt werden kann. Seit 2002 geben immer weniger Kinder und Jugendliche an, genau das richtige Gewicht zu haben (Änderung zwischen 2002 und 2014: 53,2% auf 46,0%). Dieser Rückgang kann in ähnlicher Form sowohl bei Burschen als auch bei Mädchen festgestellt werden. Er gilt auch für die einzelnen Altersgruppen, allerdings ist der Verlauf unterschiedlich (Abbildung 55). Bei den 11- und 15-Jährigen lässt sich bereits seit 2002 ein Rückgang feststellen. Spätestens ab 2010 bleibt der Anteil hier aber konstant. In diesem Zeitraum ist der Rückgang bei den 13-Jährigen gering. Zwischen 2010 und 2014 gibt es eine merkliche Änderung nur mehr bei den 13-Jährigen.

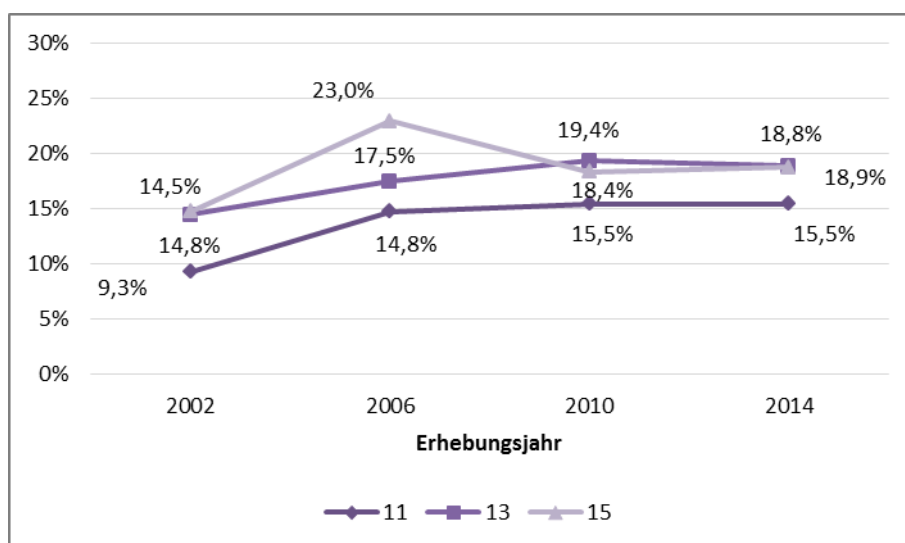
Abbildung 55: Körperwahrnehmung „ungefähr das richtige Gewicht“ bei 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen/n, seit 2002, nach Alter



seit 2006 ist die relative Anzahl der 11- bis 15-Jährigen, die eine Diät zur Gewichtsreduktion machen, relativ konstant

Bereits seit der Erhebung von 1994 ist eine Frage zum Gewichtsreduktionsverhalten Teil der HBSC-Studie. 2002 wurde die Frage jedoch geändert. Die Darstellung des Trends kann daher erst ab diesem Zeitpunkt erfolgen. Zwischen 2002 und 2006 zeigt sich ein Anstieg bei den Schülerinnen und Schülern aller Altersgruppen, die angeben, eine Diät zu machen oder eine andere Methode zur Gewichtsreduktion anzuwenden (Abbildung 56). Seither bleibt die relative Anzahl in fast allen Altersgruppen relativ konstant. Bezüglich des Geschlechts zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede in der Entwicklung dieses Verhaltens.

Abbildung 56: Diät oder andere Methode der Gewichtsreduktion bei 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 2002, nach Alter

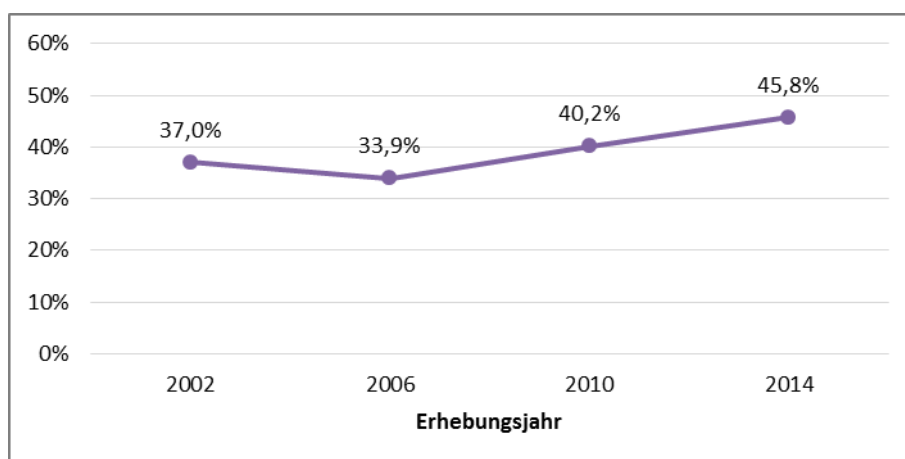


6.2 Das Gesundheits- und Risikoverhalten der Schülerinnen und Schüler im Trend

Ein Food Frequency Questionnaire ist bereits seit 1986 Bestandteil der HBSC Befragung. Er wurde allerdings 2002 geändert und seitdem sind die vier Fragen zum Konsum von Obst, Gemüse, Süßigkeiten und süßen Limonaden in unveränderter Form Teil der Erhebung und können hier dargestellt werden.

Der selbstberichtete, tägliche Obstkonsum erlebt seit 2006 einen kontinuierlichen Anstieg. Statt einem Drittel der Kinder und Jugendlichen im Jahr 2006 nehmen nun fast die Hälfte täglich Obst zu sich (Abbildung 57). Diese Entwicklung ist unabhängig von Alter und Geschlecht.

Abbildung 57: Täglicher Obstkonsum der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 2002



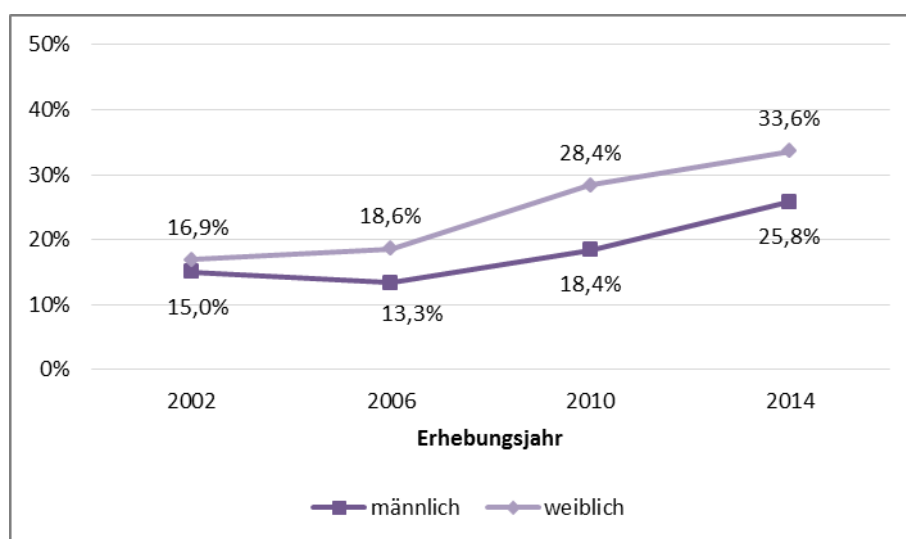
Fragen zum täglichen Konsum von Obst, Gemüse, Süßigkeiten und süßen Limonaden seit 2002

kontinuierlicher Anstieg des täglichen Obstkonsums seit 2006

**kontinuierlicher Anstieg
des täglichen Gemüse-
konsums seit 2006,
allerdings bei Mädchen
stärker als bei Burschen**

Die Analysen des berichteten täglichen Gemüsekonsums der österreichischen Schülerinnen und Schüler zeigen ein ähnliches Bild wie beim täglichen Obstkonsum. Seit 2006 ist er kontinuierlich im Steigen, wobei die Entwicklung für Burschen und Mädchen leicht unterschiedlich verläuft. Bei Mädchen zeigt sich die Zunahme bereits seit 2002, mit einem besonders starken Anstieg zwischen 2006 und 2010. Bei den Burschen sinkt der tägliche Gemüsekonsum zwischen 2002 und 2006 sogar leicht und fängt erst danach wieder zu steigen an, jedoch schwächer als bei den Mädchen. Dementsprechend nimmt auch die Differenz zwischen den beiden Geschlechtern – trotz ähnlicher Ausgangswerte 2002 – stetig zu (Abbildung 58). Bezüglich des Alters lassen sich keine wesentlichen Unterschiede in der Entwicklung über die Jahre feststellen.

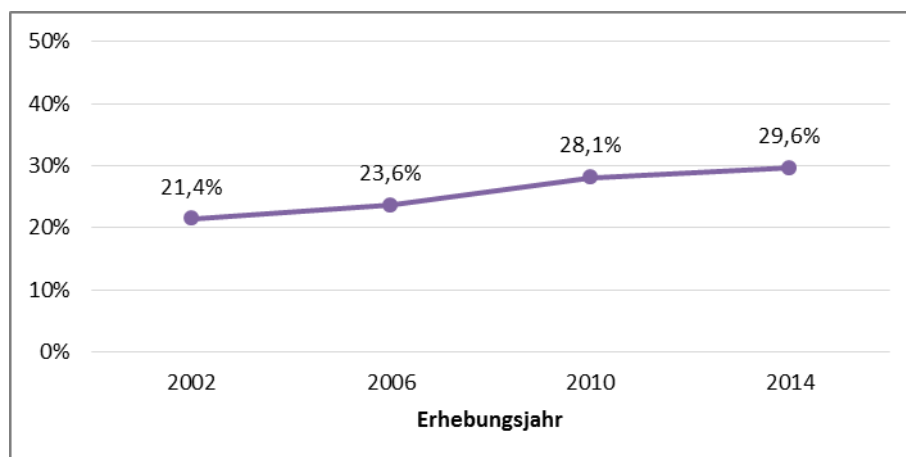
Abbildung 58: Täglicher Gemüsekonsum der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 2002, nach Geschlecht



**leichter Anstieg des
täglichen Konsums von
Süßigkeiten seit 2002**

Betrachtet man den täglichen Konsum von Süßigkeiten, so zeigen die Analysen allerdings auch, dass dieser ebenfalls –in etwas abgeschwächter Form – seit 2002 gestiegen ist (Abbildung 59). Dieser Trend ist von Alter und Geschlecht unabhängig.

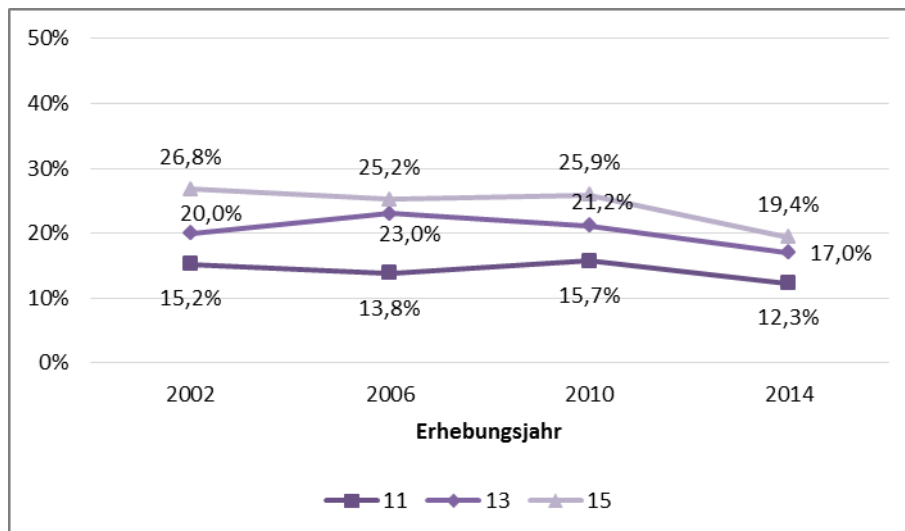
Abbildung 59: Täglicher Konsum von Süßigkeiten der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 2002



Etwas anders sieht die Entwicklung beim täglichen Konsum von süßen Limonaden aus: Hier blieb der Konsum zwischen 2002 und 2010 konstant und ist seitdem gesunken. Diese Entwicklung ist in allen Altersgruppen zu beobachten, bei den 15-Jährigen allerdings am deutlichsten (Abbildung 60). Das Geschlecht zeigt keinen Einfluss auf die Entwicklung.

täglicher Konsum von süßen Limonaden zwischen 2002 und 2010 konstant, seitdem gesunken, am deutlichsten bei den 15-Jährigen

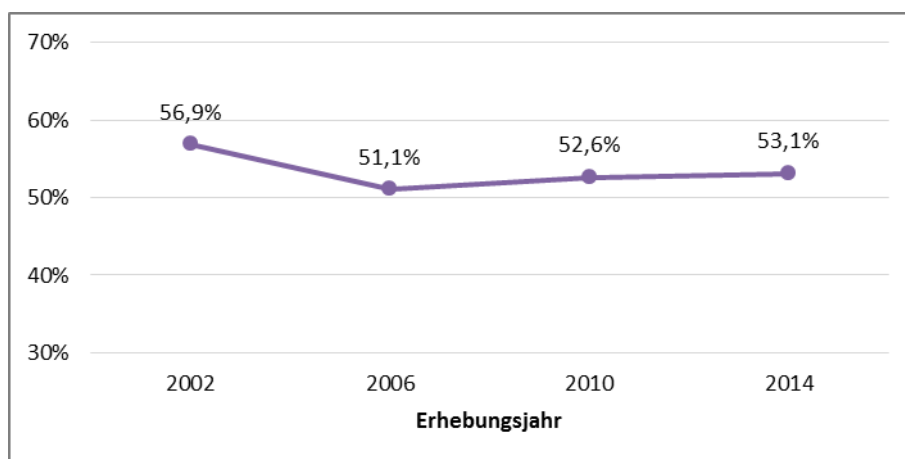
Abbildung 60: Täglicher Limonadenkonsum der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 2002, nach Alter



Die Frage, wie oft an Schultagen gefrühstückt wird, ist seit 2002 in unveränderter Form Teil der HBSC Befragung. Seitdem gaben 50%-60% der Befragten an, täglich zu frühstücken (Abbildung 61). Einen Rückgang beim täglichen Frühstücken gab es vor allem zwischen 2002 und 2006, seitdem ist wieder eine minimale Steigerung zu beobachten. Dieser Trend ist unabhängig von Alter und Geschlecht.

relative Anzahl der 11- bis 15-Jährigen, die täglich frühstücken, seit 2002 immer zwischen 50% und 60%

Abbildung 61: Wie viele der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen an Schultagen täglich frühstücken, seit 2002

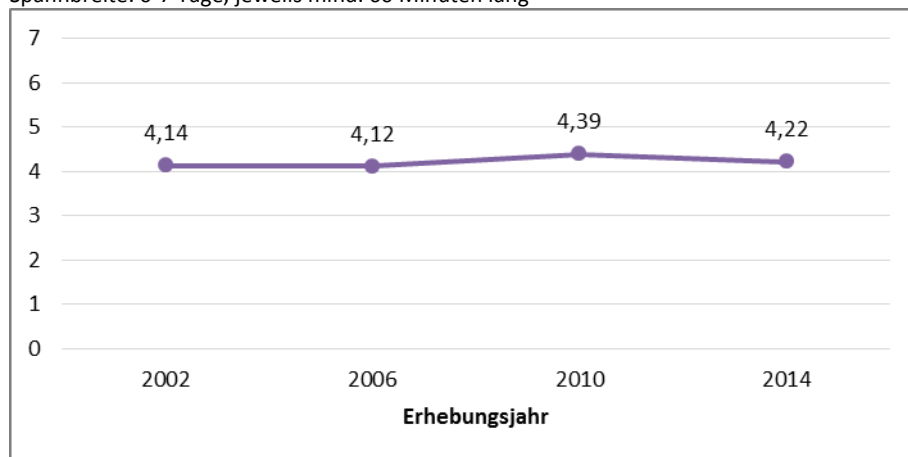


11- bis 15-Jährige sind seit 2002 relativ konstant durchschnittlich 4 bis 4,5 Tage pro Woche körperlich aktiv (im Sinne der WHO-Bewegungsempfehlungen)

Die Frage nach der Anzahl an Tagen, an denen in der vergangenen Woche moderate bis intensive körperliche Bewegung im Ausmaß von mindestens einer Stunde täglich betrieben wurde, kann seit der Erhebung von 2002 zurückverfolgt werden. Die durchschnittlich angegebene Anzahl an Tagen blieb dabei über die Jahre relativ konstant (Abbildung 62). Dieser Trend ist für Burschen und Mädchen sowie alle Altersgruppen nahezu gleich.

Abbildung 62: Körperliche Aktivität (in Tagen pro Woche) der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 2002

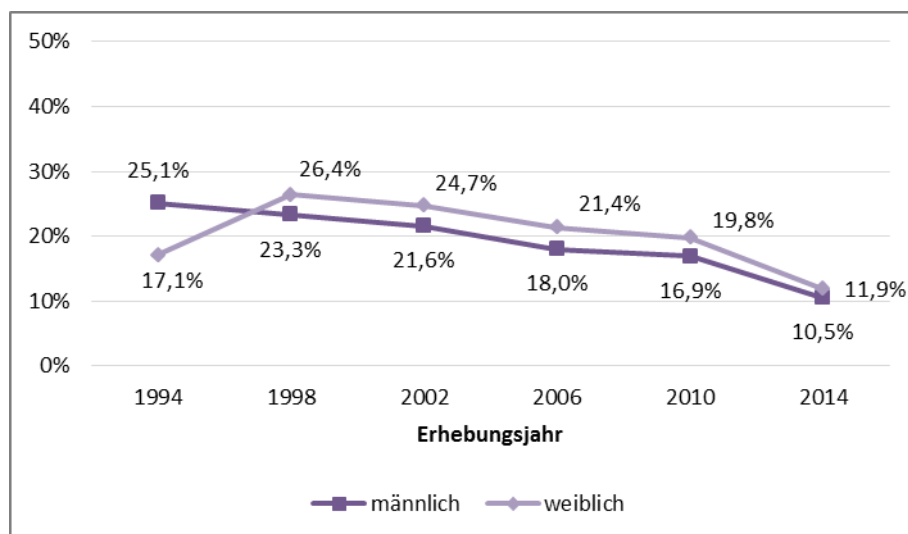
Spannbreite: 0-7 Tage, jeweils mind. 60 Minuten lang



Trends für Rauchen und Alkoholkonsum seit 1994 darstellbar

Der Konsum von psychoaktiven Substanzen lässt sich für die Variablen „Rauchen“ und „Alkoholkonsum“ darstellen. Beide Fragen sind bereits seit 1986 Teil der HBSC Erhebung und werden daher für die letzten zwei Jahrzehnte dargestellt.

Abbildung 63: Raucherstatus der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 1994, nach Geschlecht



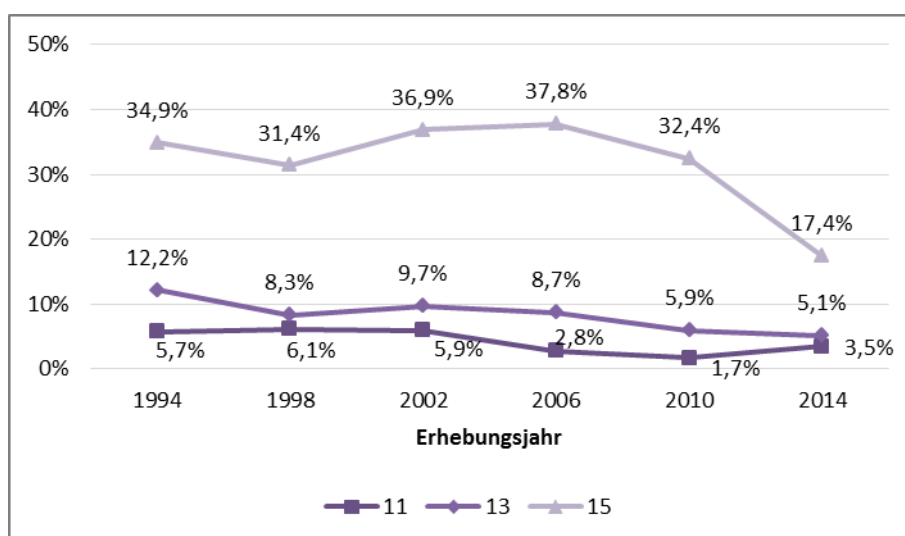
Der Anteil der österreichischen Schülerinnen und Schüler, die angeben zu rauchen (unabhängig davon wie oft), ist zwischen 1994 und 1998 angestiegen und sinkt seither kontinuierlich ab. Die Steigerung zwischen 1994 und 1998 ist auf einen Anstieg der Raucherinnen zurückzuführen, da bei den Burschen das Rauchen bereits zwischen 1994 und 1998 zurückgegangen ist (Abbildung 63). Der Unterschied zwischen Burschen und Mädchen blieb zwischen 1998 und 2010 relativ konstant. 2014 zeigte sich das erste Mal wieder eine Annäherung der beiden Geschlechter. Die Entwicklung ist für alle Altersgruppen – auf unterschiedlichen Niveaus – relativ ähnlich wie für die Gesamtgruppe.

kontinuierlicher Rückgang der Raucher/innenquote zwischen 1998 und 2014

Der selbstberichtete, wöchentliche Konsum von Alkohol ist zwischen 1994 und 1998 bereits einmal gesunken, stieg dann aber bis 2002 erneut an. Seither konnte von Erhebung zu Erhebung ein Rückgang festgestellt werden. Besonders stark war dieser zwischen 2010 und 2014, wo die relative Häufigkeit auf die Hälfte des Ausgangswerts von 1994 (von 18,8% auf 9,4%) fiel. Dies trifft v.a. auf die 15-Jährigen zu, die hier naturgemäß die größte Gruppe stellen. Auch bei den 13-Jährigen kann eine ähnliche Entwicklung beobachtet werden, jedoch in stark abgeschwächter Form (Abbildung 64).

kontinuierlicher Rückgang des wöchentlichen Alkoholkonsums seit 2002

Abbildung 64: Wöchentlicher Alkoholkonsum unter 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen/n, seit 1994, nach Alter



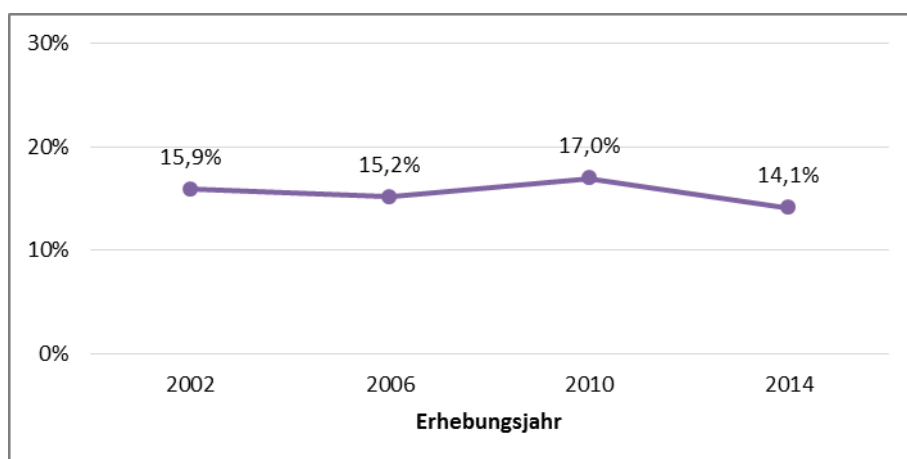
Bei den Fragen, die Gewalt und Bullying erfassen, lassen sich Bullying als Opfer und als Täter sowie die Beteiligung an Raufereien im Trend darstellen. Die ersten beiden sind bereits seit 1994 Bestandteil der HBSC Befragung, wurden allerdings 2002 geändert, um dem Fragebogen nach Olweus (1996) zu entsprechen. Die Frage nach der Beteiligung an Raufereien wurde erst 2002 in den Fragebogen inkludiert.

Trends zum Thema Gewalt: Bullying als Täter oder Opfer, Beteiligung an Raufereien

Die Rate an 11- bis 15-Jährigen, die nach eigenen Angaben in den vergangenen Monaten mehrmals Opfer von Bullying wurden, bewegt sich seit 2002 ungefähr gleichbleibend auf einem Niveau von ca. 15% (Abbildung 65).

ca. 15% Opfer von wiederholtem Bullying seit 2002

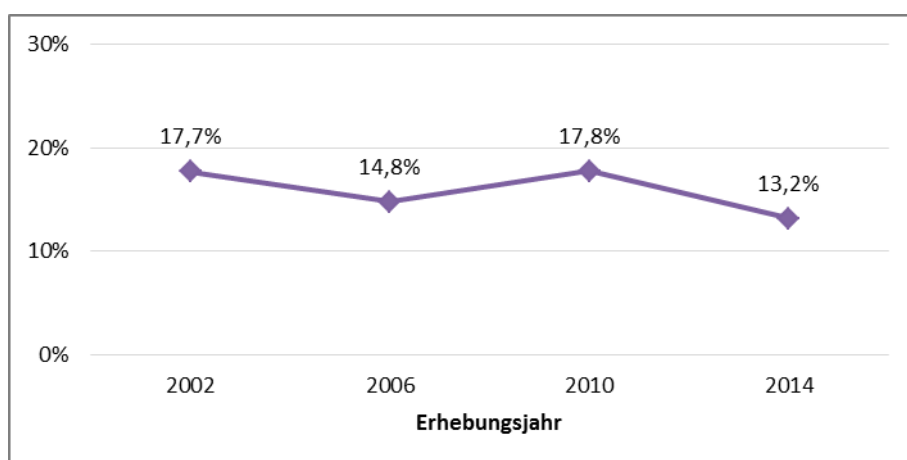
Abbildung 65: Bullying-Opfer, zumindest mehrmals pro Monat, unter 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 2002



Rate an Bullying-Wiederholungs-Täter/innen schwankt seit 2002 zwischen 13% und 18%

Der Anteil der Bullying-Wiederholungs-Täterinnen und -Täter zeigt zwischen 2002 und 2014 keinen klaren Trend, sondern schwankt über die Jahre immer zwischen 13% und 18% (Abbildung 66). Auch bezüglich Alter und Geschlecht lassen sich hier keine eindeutigen Entwicklungen feststellen.

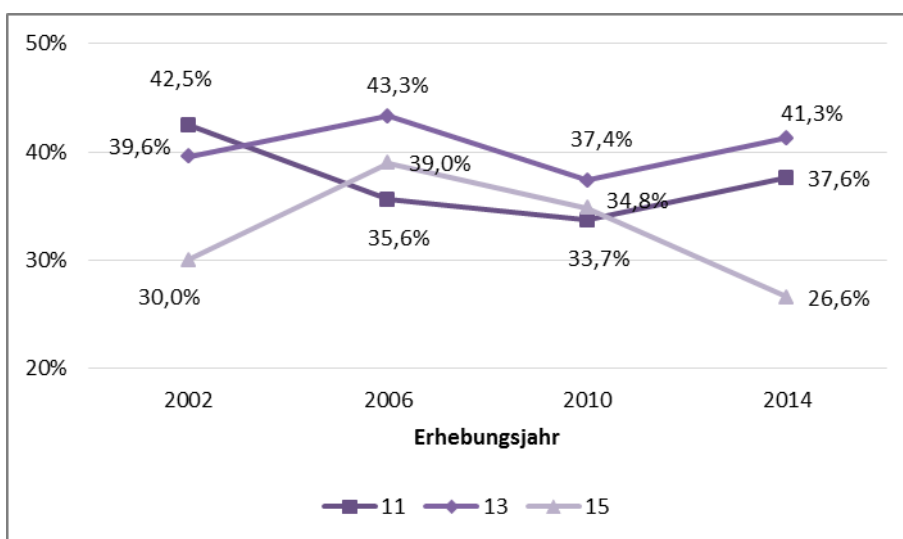
Abbildung 66: Bullying-Wiederholungs-Täter/innen, zumindest mehrmals pro Monat, unter 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 2002



Beteiligung an Raufereien seit 2006 rückläufig, vor allem bei 15-Jährigen

Der Anteil der österreichischen Schülerinnen und Schüler, die angeben, in den letzten 12 Monaten in Raufereien verwickelt gewesen zu sein, ist bis 2006 gestiegen und seither kontinuierlich gesunken. Diese Entwicklung ist für beide Geschlechter annähernd gleich. Nach Altersgruppen getrennt zeigen sich jedoch unterschiedliche Entwicklungen (Abbildung 67). Am stärksten ist der Rückgang bei den 15-Jährigen zu beobachten.

Abbildung 67: Beteiligung an Raufereien, mindestens einmal im letzten Jahr, unter 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen/n, seit 2002, nach Alter



Diskussion

- Schwerpunkte dieses Berichts: deskriptive Darstellungen, Zusammenhangs- und Trendanalysen**
- Der vorliegende Bericht beschäftigt sich mit der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten von 11-, 13-, 15- und 17-jährigen österreichischen Schülerinnen und Schülern auf Grundlage der Daten aus der 9. WHO-HBSC-Erhebung im Jahr 2014. Der Schwerpunkt der durchgeführten Analysen lag – wie bereits im letzten HBSC-Bericht – neben einer deskriptiven Darstellung des Gesundheitszustands, des Gesundheitsverhaltens und der sozialen Einflussfaktoren, auch auf einer Beschreibung der Entwicklung dieser Variablen über die letzten vier bis sechs Erhebungen. Da 17-Jährige erst 2010 in die österreichische HBSC-Studie aufgenommen wurden, können diese Trends allerdings nur für 11- bis 15-Jährige dargestellt werden.
- erfreuliche Entwicklungen beim Lebensstil**
- Insgesamt sind die beobachteten Entwicklungen durchaus erfreulich. Besonders beim gesundheitsbezogenen Lebensstil von Kindern und Jugendlichen ist ein deutlicher Aufwärtstrend zu beobachten.
- Obst- und Gemüsekonsum seit 2006 kontinuierlich gestiegen**
- Aufgrund einer Vielzahl wissenschaftlicher Studien wird einem hohen Obst- und Gemüsekonsum eine relevante Bedeutung für die Krankheitsprävention zugeschrieben (WHO & FAO, 2003). Deshalb wird schon seit längerem versucht, durch lebensweltnahe verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen in Kindergärten, Schulen, Familien und Betrieben den Obst- und Gemüsekonsum zu verbessern. Dies ist auch ein prioritäres Ziel des Nationalen Aktionsplans Ernährung (NAP.e), der 2010 vom BMG initiiert wurde und die Weichenstellungen für die Ernährungspolitik in Österreich vorgibt. Die HBSC-Daten aus der Erhebung 2014 zeigen erfreulicherweise, dass sich diese Bemühungen – zumindest im Kindes- und Jugendalter – zu lohnen scheinen. So ist sowohl der tägliche Obst- als auch Gemüsekonsum bei Schülerinnen und Schülern im Alter von 11 bis 15 Jahren seit 2006 kontinuierlich angestiegen. Dennoch bedarf es weiterer Bestrebungen, den Konsum zu erhöhen, v.a. bei Kindern und Jugendlichen aus unteren sozialen Schichten, die hier, so zeigt es die Prüfung des Impakts der Determinanten, ein ungünstigeres Verhalten aufweisen. Hierzu gehört eine weitere Verbesserung der Verfügbarkeit von Obst und Gemüse in den Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen.
- leichte Steigerung beim Konsum von Süßigkeiten, deutlicher Rückgang bei Softdrinks**
- Eine gesunde Ernährung erschöpft sich jedoch nicht in der Einhaltung der täglichen Obst- und Gemüseempfehlungen. Nach der „Low Fat“ Bewegung, die allgemein zu einer fettärmeren Ernährungsweise geführt hat, steht in jüngster Zeit ein anderer Stoff im Zentrum der Kritik: Zucker (Lustig et al., 2012). Tatsächlich hat sich weltweit der Zuckerkonsum innerhalb von 50 Jahren verdreifacht. Die Werbung der Lebensmittel- und Getränkeindustrie für ihre stark zuckerhaltigen Produkte ist besonders auf junge Menschen ausgerichtet. Wie aus den HBSC-Ergebnissen 2014 ablesbar, ist der tägliche Konsum von Süßigkeiten nach wie vor steigend, wenn auch in geringerem Ausmaß als der Obst- und Gemüsekonsum. Unabhängig von Alter und Geschlecht nimmt ungefähr jede und jeder Dritte im Alter von 11 bis 17 Jahren täglich Süßigkeiten zu sich. Dahingegen scheinen die besonders zuckerhaltigen Softdrinks unpopulärer zu werden, vor allem bei Mädchen. So gibt z.B. die Hälfte der 17-jährigen Schülerinnen an, nie süße Limonaden zu konsumieren, während dies „nur“ 10% täglich tun. Hier scheint sich also die Information, dass Softdrinks mit ihrem

hohen Kaloriengehalt besondere Dickmacher sind, herumgesprochen zu haben.

Ein weiterer Indikator für ein gesundes Ernährungsverhalten ist die regelmäßige Einnahme eines Frühstücks (Hofmann & Felder-Puig, 2012). Dass nur ca. die Hälfte der Schülerinnen und Schüler während der Schulwoche täglich frühstücken, ist ein seit Jahren unverändertes Phänomen, mit sogar leicht steigender Tendenz. Da das Auslassen des Frühstücks für die Konzentrations- und Leistungsfähigkeit in der Schule nicht gerade förderlich ist, bieten manche Schulen das gemeinsame Frühstück sogar als gesundheits- und leistungsförderliche Maßnahme an.

Für die Indikatoren des Gesundheits- bzw. Risikoverhaltens belegen die aktuellen Daten, dass es seit der letzten Erhebung fast ausschließlich zu Verbesserungen gekommen ist. So geben im Vergleich zu 2010 deutlich weniger Schülerinnen und Schüler an, zu rauchen, wöchentlich Alkohol zu trinken oder schon einmal betrunken gewesen zu sein. Dadurch setzen sich die vorwiegend positiven Trends seit Ende der Neunziger Jahre fort. Dies könnte mit einem Wandel in der Jugendkultur zusammenhängen, in der der Aufbau sozialer Kontakte heute eher über soziale Medien erfolgt als über das gemeinsame Ausprobieren von Risikoverhaltensweisen wie Tabak- und Alkoholkonsum (Institut Suchtprävention, 2011). Ähnliches gilt für die Selbstdarstellung der eigenen Person als „erwachsen“. Da auch bei Erwachsenen der Tabakkonsum rückläufig ist, verlieren sie in dieser Hinsicht zusehends ihre negative Vorbildwirkung, die, wie Studien zeigen, das Rauchverhalten Jugendlicher erheblich beeinflusst (Bendtsen, 2014). Die anhand prominenter Krebsfälle und Einschränkungen des Rauchens in Lokalen und öffentlichen Einrichtungen immer kritischer geführte mediale Diskussion über das Thema hat möglicherweise ebenso dazu beigetragen.

Drei Viertel der Schülerinnen und Schüler im Alter von 11 bis 17 Jahren geben an, sich mindestens zweimal täglich die Zähne zu putzen. Dies ist ein gegenüber der Erhebung 2010 unverändertes Ergebnis. Österreich befindet sich, genauso wie seine deutschsprachigen Nachbarländer, hier auf einem im internationalen Vergleich hohen Niveau (Felder-Puig et al., 2014). Etwas mehr Motivation für das Zähneputzen würden die Burschen benötigen, da ihnen die Mädchen hier voraus sind.

Trotz vielfacher Bemühungen, Kinder und Jugendliche zu mehr körperlicher Aktivität zu motivieren, stagniert diese für Schülerinnen und Schüler im Alter von 11 bis 15 Jahren seit 2002 auf einem Niveau von durchschnittlich vier Tagen pro Woche, obwohl die WHO für diese Altersgruppe sieben Tage pro Woche empfiehlt (WHO, 2010). Tägliche körperliche Aktivität im Ausmaß von jeweils mindestens 60 Minuten (laut WHO-Empfehlung) schaffen nur 12,5% der Mädchen und 23,2% der Burschen. Auch die Tatsache, dass sich Österreich bei den jüngeren Schülerinnen und Schülern im letzten Ländervergleich hier auf einem Spitzenplatz befunden hat (Felder-Puig et al., 2014) und in Deutschland noch weniger in der Altersgruppe der 11- bis 17-Jährigen körperlich aktiv sind (Robert Koch Institut, 2014), tröstet wenig darüber hinweg.

Moderne „Feinde“ der täglichen körperlichen Bewegung in den Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen sind die Reduktion von Alltagsbewegungen (Lift benutzen statt Treppen steigen, in die Schule fahren statt zu Fuß gehen etc.)

**„Frühstücksabstinenz“
unverändert hoch**

**deutlicher Rückgang
beim Rauchen und
Alkoholkonsum; mögliche
Erklärungsansätze**

**drei Viertel geben an,
sich mindestens zwei-
mal täglich die Zähne zu
putzen**

**das Ausmaß an täglicher
körperlicher Bewegung
stagniert seit vielen
Jahren**

**geplante Maßnahmen
für mehr Bewegung**

sowie die vielen Möglichkeiten, die Freizeit in sitzender oder liegender Haltung vor dem Fernseher, mit Computer, Handy oder Spielkonsole zu verbringen (WHO, 2010). Unter dem Schlagwort „tägliche Turnstunde“ wollen politische Entscheidungsträger in Zukunft versuchen, hier etwas Abhilfe zu schaffen. Diese tägliche Bewegungseinheit soll in ganztägigen Schulformen eingeführt werden. Gemeint ist damit aber nicht nur der klassische Turnunterricht in Turnhalle oder auf dem Sportplatz. Auch Schulhöfe oder die schulnahe Umgebung (Wald, Wiese, Park, Spielplatz etc.) könnten dafür genutzt werden. Über die Intensität, die notwendig ist, damit zusätzliche Bewegung in der Schule tatsächlich gesundheitswirksam ist, wird aber noch diskutiert werden müssen.

**weltweites Problem
Übergewicht und Adipositas – siehe EU Childhood Obesity Action Plan 2014-2020**

Der im Jahr 2014 veröffentlichte „Childhood Obesity Action Plan“ der Europäischen Union machte zuletzt wieder auf die steigende Zahl an Kindern und Jugendlichen, die übergewichtig oder adipös sind, aufmerksam (EU, 2014). Leider fehlen in Österreich valide Daten darüber, wie viele Kinder und Jugendliche welcher Altersgruppen tatsächlich an Übergewicht oder Adipositas leiden. Die in diesem Bericht präsentierten BMI-Werte beruhen auf Selbstberichten und unterschätzen höchstwahrscheinlich das wahre Ausmaß. Gegenüber 2010 sind die Prävalenzen aber konstant. Auch die Ergebnisse zur subjektiven Körperwahrnehmung – 2014 fühlten sich 15% als zu dünn und 39% als zu dick – entsprechen in etwa jenen aus dem Jahr 2010. Allerdings sind auch diese nur bedingt dazu geeignet, Aussagen über die tatsächliche Prävalenz von Übergewicht und Adipositas zu treffen, denn gerade bei Kindern und Jugendlichen kommt häufig eine Fehlwahrnehmung des eigenen Gewichts vor (Sarafrazi et al., 2014). Dies trifft jedoch nicht nur auf Übergewichtige oder Adipöse, sondern auch auf Normalgewichtige zu. Diese halten sich nicht selten für zu dick und versuchen teilweise mit allen Mitteln abzunehmen, was gesundheits-schädliche Folgen haben kann.

die Beschwerdelast ist gestiegen, v.a. durch psychische Symptome

Die durchschnittliche Beschwerdelast – ein Index für Anzahl und Schweregrad von bestimmten physischen und psychischen Beschwerden – steigt seit 2006 kontinuierlich leicht an. Die häufigsten Beschwerden, die bei fast jedem/r Fünften sogar mehrmals pro Woche oder täglich auftreten, sind psychischer Natur: Gereiztheit/schlechte Laune sowie Einschlafschwierigkeiten. Psychische Probleme und Störungen sind in der Bevölkerung seit einigen Jahren stark im Steigen begriffen. Als Ursachen gelten einerseits die Entstigmatisierung von psychischer Krankheit, was zu einer verstärkten Diagnostik und Inanspruchnahme von Therapien führt und andererseits die modernen Lebensbedingungen, die von Entsolidarisierung, Leistungsdruck, Beschleunigung, chronischer Zeitnot und Reizüberflutung geprägt sind (Ramelow & Felder-Puig, 2013). Auf nationaler Ebene versucht man, diesen Problemen mit verschiedenen Maßnahmen zu begegnen. Die entsprechenden Strategiepläne dafür finden sich in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie, den Strategien zum Schwerpunktthema „Psychische Gesundheit“ und den nationalen Rahmen-Gesundheitszielen (BMG, 2009, 2012, 2013; HV, 2012).

wenig Gesundheitskompetenz betreffend psychischer Probleme

Betrachtet man die Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz („Health Literacy“), die 2014 bei Schülerinnen und Schülern ab 13 Jahren erstmals erhoben wurden, so sieht man, dass diese in Bezug auf psychische Probleme auch relativ wenig Gesundheitskompetenz besitzen, während z.B. ihr Verständnis für die Wichtigkeit eines gesunden Lebensstils oder für ärztliche Anweisungen relativ gut ausgeprägt ist. Es wäre also günstig, Jugendliche besser darin zu schulen,

wie sie mit Stress, Druck, Traurigkeit, Ängstlichkeit oder Beziehungsproblemen umgehen können, wer ihnen dabei helfen kann, u.Ä. bzw. präventive Angebote zu schaffen, damit Jugendliche lernen, wie sie weniger in stressige bzw. anderweitig schwierige Situationen gelangen.

Relativ viel getan wird in Schulen bereits in Sachen soziales Miteinander und Bullyingprävention, auch deshalb, weil Österreich hier im internationalen Vergleich noch Boden gut zu machen hat (Felder-Puig et al., 2014). In der vorliegenden HBSC-Erhebung zeichnete sich zwar kein drastischer, aber immerhin ein leichter Rückgang im Vergleich zu den letzten 12 Jahren ab, vor allem bei der Anzahl der Bullying-Wiederholungstäter/innen. Erstmals erhoben wurde Cyberbullying, ein Thema, das viel mediale Aufmerksamkeit bekommt und dessen Auswirkungen z.T. drastische Folgen für den/die Betroffene/n haben können. Aus anderen Studien ist bekannt, dass die Prävalenz von Cyberbullying mit Fallzahlen von ca. 10% zwar niedriger ist als von herkömmlichem Bullying, oft aber die gleichen Opfer von beiden Arten betroffen sind (Gradinger et al. 2009, Callaghan et al, 2014). Cyberbullying läuft meist subtiler ab und ist für Außenstehende schwieriger zu erkennen. Darüber hinaus macht Cyberbullying nicht am Schultor Halt.

Erwartungsgemäß fielen die Ergebnisse zu den Gesundheitsdeterminanten Familie, Freunde und Schule aus: 83% bzw. 65% der Schülerinnen und Schüler haben eine gute Gesprächsbasis zur Mutter bzw. zum Vater und die meisten fühlen sich gut von ihrem Freundeskreis unterstützt. Ungefähr 20% gefällt es in der Schule nicht, ein Viertel fühlt sich von Schule stark belastet. Die Beziehungen zwischen den Schülerinnen und Schülern untereinander sowie deren Beziehungen zu den Lehrkräften erhalten im Durchschnitt die Note „Gut“. Die Gesundheitsdeterminanten Familie, Freunde und Schule spielen eine große Rolle für das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen. Auf das Gesundheits- und Risikoverhalten haben sie aber nur bedingt Einfluss.

Zu den grundlegenden Lebensumständen gehören die sozioökonomischen Bedingungen, unter denen Schülerinnen und Schüler in ihren Herkunftsfamilien leben. Diese Bedingungen werden im Rahmen der HBSC-Studie annäherungsweise anhand des Familienwohlstands sowie der finanziellen Lage der Familie erfasst. Wie die aktuellen Daten zeigen, sind sie als Determinanten vor allem für den Gesundheitszustand und weniger für das Verhalten relevant – zumindest in den betrachteten Altersgruppen.

Sozioökonomische Umstände haben einen Einfluss darauf, wie viel an bildungs- und damit auch gesundheitsrelevanten Ressourcen Eltern an ihre Kinder weitergeben können. Neben dem offensichtlichen Vorteil ausreichender finanzieller Mittel, die zum Beispiel zur Finanzierung von Nachhilfe eingesetzt werden können, gehören dazu auch „immaterielle“ Ressourcen, wie Wissen, Erfahrungen, soziale Beziehungen und sogar Werthaltungen, die die Motivation beim Lernen und (langfristig) auch ein gesundheitsförderliches Verhalten begünstigen können (Hofmann & Felder-Puig, 2014).

Es wäre utopisch zu erwarten, Schule bzw. Gesundheitsförderung könnten familiär bedingte Unterschiede in den Bildungs- und Gesundheitschancen völlig ausgleichen. Allerdings unterscheidet sich das Ausmaß dieser Ungerechtigkeiten international recht stark. Dies spricht dafür, dass sie durch die spezifische Ausgestaltung von Bildungssystemen zumindest etwas reduzierbar sind.

leichter Rückgang beim Bullying in Schulen; aber Cyberbullying benötigt erhöhte Aufmerksamkeit

Familie, Freunde und Schule sehr wichtig für das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen

sozioökonomischer Status von Kindern und Jugendlichen – relevanter für Gesundheit und Wohlbefinden als für Gesundheitsverhalten

materielle und immaterielle Ressourcen für ein gesundheitsförderliches Verhalten

Ausgleich von familiär bedingten Bildungs- und Gesundheitsungleichheiten

Merkmale, die in diesem Zusammenhang oft als günstig bezeichnet werden, sind eine stark ausgebaute frühkindliche Erziehung und eine späte Erstselektion in verschiedene Schultypen. Zusätzlich kann eine gewisse soziale Staffelung der Schulfinanzierung erfolgen, z.B. indem Mittel für Sonderbedarf an einen Sozialindex gebunden werden, wie dies in Österreich für die Schulsozialarbeit und andere Unterstützungssysteme (Grandy et al., 2015) angedacht ist. Allerdings ist es auch denkbar, so geförderte Schulen autonom über verschiedene Verwendungszwecke, zu denen auch Gesundheitsförderungsmaßnahmen gehören könnten, entscheiden zu lassen.

Migrationshintergrund als Determinante für Gesundheits- und Risikoverhalten

Im Vergleich zu Indikatoren des Gesundheitszustands (Beschwerdelast, Lebenszufriedenheit) scheint, was einige Risikoverhaltensweisen betrifft, der Migrationshintergrund eine etwas wichtigere Rolle zu spielen. Der Indikator hat insbesondere auf den Konsum von Pizza, Burger & Co., den Frühstückskonsum, den wöchentlichen Alkoholkonsum und Erfahrungen mit Trunkenheit unabhängig vom sozioökonomischen Status einen eigenen, relativ starken Effekt. Im Falle des Alkoholkonsums deutet dies auf einen kulturellen Effekt hin, der wahrscheinlich darin begründet liegt, dass in vielen Herkunftsländern, z.B. der Türkei, Alkoholkonsum unter Jugendlichen weniger üblich bzw. sozial akzeptiert ist. Die Erklärung für die höhere Beliebtheit von „Junkfood“ (Pizza, Burger & Co.) bei Migrantenkindern könnte darin liegen, dass es in den Herkunftsländern noch ein besseres Image besitzt als hierzulande und eher als etwas Besonderes, nicht als etwas „Billiges“ und „Minderwertiges“ gilt.

kleiner Effekt des Migrationshintergrunds auf Variablen des Wohlbefindens

Abgesehen vom Risikoverhalten, sind auch die Zusammenhänge des Migrationshintergrundes mit der Beschwerdelast und der Lebenszufriedenheit signifikant, wenn auch im Ausmaß eher klein. Hier dürfte die Erklärung in direkten physischen und psychischen Belastungen liegen, die durch die persönliche Erfahrung einer Auswanderung entstehen (Hofmann & Felder-Puig, 2014). Der alternative ethnisch-kulturelle Indikator Umgangssprache weist im Gegensatz dazu keine entsprechenden Zusammenhänge auf. In der Gruppe mit „nicht-deutscher Muttersprache“ befinden sich nämlich auch Personen, die keine Migrationserfahrungen gemacht haben.

positive Entwicklungen überwiegen; aber es gibt noch viel zu tun

Gemäß dem neuesten OECD-Bericht hat sich die Gesundheit der Bevölkerung in den europäischen Ländern deutlich gebessert (OECD, 2013). Allerdings gibt es nach wie vor große Unterschiede zwischen einzelnen Ländern als auch zwischen bestimmten Gruppen innerhalb eines Landes. Zusätzlich machen bestimmte Entwicklungen wie die steigende Adipositasrate Sorgen. Auch in den in diesem Bericht beschriebenen HBSC-Daten zeigen sich vorwiegend positive oder stabile Entwicklungen. Nur wenige Indikatoren haben sich verschlechtert. Dies gibt Anlass zur Vermutung, dass sich die Bemühungen der letzten Jahre, die Gesundheit der Bevölkerung durch ein koordiniertes Zusammenspiel aller Politikfelder zu stärken, gelohnt haben. Vieles bleibt aber noch zu tun.

Literatur

- Albertinelli, A., Knauth, B., Kraszewska, K. et al. (2011). Migrants in Europe – A statistical portrait of the first and second generation. Luxembourg: Publications Office of the EU.
- Alfvén, G. (1993). The covariation of common psychosomatic symptoms among children from socio-economically differing residential areas. An epidemiological study. *Acta Paediatr.*, 82 (5), 484-487.
- Bauer, K.W., Hearst, M.O., Escoto, K. et al. (2012). Parental employment and work-family stress: associations with family food environments. *Soc Sci Med*, 75 (3), 496-504.
- Bauman, S., & Bellmore, A. (2015). New Directions in Cyberbullying Research. *J. Sch. Violence*, 14 (1), 1-10.
- Becklas, C. & Klocke, A. (2011). Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern. In: Dür, W., Felder-Puig, R. (Eds.), *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung*. Bern: Hans Huber, S. 101-106.
- Bendtsen, P., Damsgaard, M. T., Huckle, T. et al (2014). Adolescent alcohol use: a reflection of national drinking patterns and policy? *Addiction*, 109 (11), 1857-1868.
- Benoist, B., McLean, E., Egli, I. et al. (2008). Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO Global Database on Anaemia. Geneva: WHO.
- Berndt, T.J. (2002). Friendship quality and social development. *Curr.Dir.Psychol.Sci.*, 11 (1), 7-10.
- Biddle, S J., Gorely, T., Pearson, N. et al. (2011). An assessment of self-reported physical activity instruments in young people for population surveillance: Project ALPHA. *Int.J.Behav.Nutr.Phy.*, 8 (1), 1.
- Boardman, J.D. (2006). Self-rated health among U.S. adolescents. *J. Adolescent Health*; 38 (4), 401-408.
- Bond, L., Butler, H., Thomas, L. et al. (2007). Social and School Connectedness in Early Secondary School as Predictors of Late Teenage Substance Use, Mental Health and Academic Outcomes. *J.Adolesc.Health*, 40(4):357.e9-18.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bourdieu, P. (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, R. (Hg) *Soziale Ungleichheiten*. Göttingen: Schwartz, S. 183-198.
- Bowman, S.A. & Vinyard, B.T. (2004). Fast food consumption of U.S. adults: impact on energy and nutrient intakes and overweight status. *J. Am. Coll. Nutr.*, 23 (2), 163-168.

- Boyce, W., Torsheim, T., Currie, C. et al (2006). The Family Affluence Scale as a Measure of National Wealth: Validation of an Adolescent Self-Report Measure. *Soc. Indic. Res.*, 78 (3), 473-487.
- Brausch, A.M. & Muehlenkamp, J.J. (2007). Body image and suicidal ideation in adolescents. *Body Image*, 4(2), 207-212.
- Breidablik, H J., Meland, E., Lydersen, S. (2009). Self-rated health during adolescence: stability and predictors of change (Young-HUNT study, Norway). *Eur.J.Public Health*, 19 (1), 73-78.
- Brener, N.D., Collins, J.L., Kann, L. et al. (1995). Reliability of the youth risk behavior survey questionnaire. *Am. J. Epidemiol*, 141 (6), 575-580.
- Bronikowski, M. (2012). Physical activity interventions in promotion of youth health? In: Kleiner, K. (Hrsg.), *Fachdidaktik "Bewegung und Sport" im Kontext. Zwischen Orientierung und Positionierung* (pp. 153-165). Purkersdorf: Verlag Brüder Hollinek.
- Bundesministerium für Gesundheit (2009). *Gesundheit und Krankheit in Österreich*. Wien: BMG.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012). *Rahmen-Gesundheitsziele – Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich*. Wien: BMG.
- Bundesministerium für Gesundheit (2013). *Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie*. Wien: BMG.
- Čablová, L., Pazderková, K., Miovský, M. (2014). Parenting styles and alcohol use among children and adolescents: A systematic review. *Drug-Educ.Prev.Polic.*, 21 (1), 1-13.
- Cairns, K.E., Yap, M. B., Pilkington, P.D. et al. (2014). Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J.Affect.Disord.*, 169,61-75.
- Callaghan, M., Kelly, C., Molcho, M. (2014). Exploring traditional and cyberbullying among Irish adolescents. *Int. J. Public Health*, 1-8.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Cash, T.F., Morrow, J.A., Hrabosky, J. et al. (2004). How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *J.Consult Clin.Psychol.*, 72 (6), 1081-1089.
- Cho, J.H., Han, S. N., Kim, J.H. et al. (2012). Body image distortion in fifth and sixth grade students may lead to stress, depression, and undesirable dieting behavior. *Nutr. Res. Pract.*, 6 (2), 175-181.
- Cole, D.A., Martin, J.M., Powers, B. (1997). A competency-based model of child depression: a longitudinal study of peer, parent, teacher, and self-evaluations. *J. Child. Psychol. Psych.*, 38 (5), 505-514.

Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M. et al. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *Brit. Med. J.*, 320 (7244), 1240-1243.

Cooper, M.L. (2006). Does drinking promote risky sexual behavior? A complex answer to a simple question. *Curr. Dir. Psychol. Sci.*, 15 (1), 19-23.

Cooper, S.B., Bandelow, S., Nevill, M.E. (2011). Breakfast consumption and cognitive function in adolescent schoolchildren. *Physiol. Behav.*, 103 (5), 431-439.

Corsano, P., Majorano, M., Champretavy, L. (2006). Psychological well-being in adolescence: the contribution of interpersonal relations and experience of being alone. *Adolescence*, 41 (162), 341-353.

Currie, C., Elton, R.A., Todd, J. et al. (1997). Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Educ. Res.*, 12 (3), 385-397.

Currie, C., Inchley, J., Molcho, M. et al. (Eds.) (2014). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol – Background, Methodology and Mandatory Items for the 2013/14 Survey. St. Andrews: CAHRU.

Currie, C., Nic Gabhainn, S., Godeau, E. et al. (Eds.) (2008). Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A. et al. (Eds.) (2012). Social determinants of health and well-being among young people. HBSC international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Danielsen, A.G., Samdal, O., Hetland, J. et al. (2009). School-related social support and students' perceived life satisfaction. *J. Educ. Res.*, 102 (4), 303-318.

Dietz, W.H. (1998). Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 101 (3 Pt 2), 518-525.

Doherty, M., Fortin, C., MacKinnon, D. (2003). Canadian youth, sexual health and HIV/AIDS study: Factors influencing knowledge, attitudes and behaviours. Canada: Council of Ministers of Education.

Donovan, J.E., Molina, B.S.G. (2013). Types of alcohol use experience from childhood through adolescence. *J. Adolescent Health*, 53 (4), 453-459.

Dunn, V., Goodyer, I.M. (2006). Longitudinal investigation into childhood- and adolescence-onset depression: psychiatric outcome in early adulthood. *Brit. J. Psychiat.*, 188 (3), 216-222.

Ekelund, U., Luan, J., Sherar, L.B. et al. (2012). Moderate to vigorous physical activity and sedentary time and cardiometabolic risk factors in children and adolescents. *J. Am. Med. Assoc.*, 307 (7), 704-712.

Erhart, M., Ottova, V., Gaspar, T. et al. (2009). HBSC Positive Health Focus Group. Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the KIDSCREEN-10 Index. *Int. J. Public Health*, 54 (2), 160-166.

EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020 (2014). http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf

Felder-Puig, R., Griebler, R., Samdal, O. et al. (2012). Does the school performance variable used in the International Health Behavior in School-Aged Children (HBSC) Study reflect students' school grades? *J. School Health*, 82 (9), 404-409.

Felder-Puig, R., Teutsch, F., Hofmann, F. (2014). Die österreichischen HBSC-Ergebnisse im internationalen Vergleich. HBSC-Factsheet Nr. 12/2014. Wien: BMG.

Fergus, S., Zimmerman, M. A., Caldwell, C. H. (2007). Growth trajectories of sexual risk behavior in adolescence and young adulthood. *Am.J.Public Health*, 97 (6), 1096-1101.

Gächter A (2014). Quantifizierbare Ursachen von Bildungsungleichheiten in Österreich. Vortrag auf der 3.Jahrestagung der ÖAW zum Thema „Migrations- und Integrationsforschung in Österreich“, 22.-23. 9.2014. http://www.oeaw.ac.at/kmi/Jahrestagung%20Abstracts/2014/Hollomey-gasser_Panel-Vorschlag-%C3%96AW-Tagung_ZEMIT-Bildungsungleichheiten-final.pdf

Garmienė, A., Žemaitienė, N., & Zaborskis, A. (2006). Family time, parental behaviour model and the initiation of smoking and alcohol use by ten-year-old children: an epidemiological study in Kaunas, Lithuania. *BMC Public Health*, 6 (1), 287.

Gillman, M. W., Rifas-Shiman, S. L., Frazier, A. L. et al. (2000). Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Arch. Fam. Med.*, 9 (3), 235-240.

Gilman, R. (2001). The relationship between life satisfaction, social interest, and frequency of extracurricular activities among adolescent students. *J. Youth Adolescence*, 30 (6), 749-767.

Giovannini, M., Agostoni, C., Shamir, R. (2010). Symposium overview: Do we all eat breakfast and is it important? *Crit. Rev. Food Sci. Nutr.*, 50 (2), 97-99.

Gmel, G., Rehm, J. (2004). Measuring alcohol consumption. *Contemp. Drug Probl.*, 31, 467-540.

Gobina, I., Välimaa, R., Tynjälä, J. et al. (2011). The Medicine use and corresponding subjective health complaints among adolescents, a cross-national survey. *Pharmacoepidem. Dr. S.*, 20 (4), 424-331.

Gore, S., Aseltine, R.H. (1995). Protective processes in adolescence: matching stressors with social resources. *Am. J. Commun. Psychol.*, 23 (3), 301-327.

Gradinger, P., Strohmeier, D., Spiel, C. (2009). Traditional Bullying and Cyberbullying. *Z. Psychol.*, 217 (4), 205–213.

- Grandy, S., Bernold-Schrom, D., Hofmann, F., Teutsch, F., Lehner, L., Felder-Puig, R. (2015). Unterstützungssysteme in, für und um die Schule. Wien: LBIHPR Forschungsbericht.
- Gregory, A.M., Van der Ende, J., Willis, T.A. et al. (2008). Parent-reported sleep problems during development and self-reported anxiety/depression, attention problems, and aggressive behavior later in life. *Arch. Pediat. Adol. Med.*, 162 (4), 330-335.
- Gross, S.M., Pollock, E.D., Braun, B. (2010). Family influence: key to fruit and vegetable consumption among fourth- and fifth-grade students. *J. Nutr. Educ. Behav.*, 42 (4), 235–241.
- Gulley, L.D.; Oppenheimer, C.W.; Hankin, B.L. (2014). Associations among negative parenting, attention bias to anger, and social anxiety among youth. *Dev. Psychol.*, 50 (2), 577-585.
- Haapalahti, M., Mykkanen, H., Tikkanen, S. et al. (2003). Meal patterns and food use in 10- to 11-year-old Finnish children. *Public Health Nutr.*, 6 (4), 365-370.
- Hall, W., Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*, 374 (9698), 1383-1391.
- Hanson, M.D., Chen, E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *J. Behav. Med.*, 30 (3), 263-285.
- Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger (2012). Psychische Gesundheit – Strategie der österreichischen Sozialversicherung. Wien: HV.
- Helliwell, J.F. (2007). Well-being and social capital: Does suicide pose a puzzle?. *Soc. Indic. Res.*, 81 (3), 455-496.
- Helliwell, J.F. (2008). Life satisfaction and quality of development. <http://www.nber.org/papers/w14507>.
- Henry, K.L., Slater, M.D. (2007). The contextual effect of school attachment on young adolescents' alcohol use. *J. School Health*, 77 (2), 67-74.
- Herouvi, D., Karanasios, E., Karayianni, C., Karavanaki, K. (2013). Cardiovascular disease in childhood: the role of obesity. *Eur. J. Pediatr.*, 172 (2), 721-732.
- Herrenkohl, T.I., Lee, J.O., Kosterman, R. et al. (2012). Family influences related to adult substance use and mental health problems: a developmental analysis of child and adolescent predictors. *J. Adolescent Health*, 51 (2), 129-135.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T. et al. (1997). The 1995 ESPAD report. Alcohol and other drug use among students in 26 European countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
- Hillman, C.H., Erickson, K.I. & Kramer, A.F. (2008). Be smart, exercise your heart: Exercise effects on brain and cognition. *Nat. Rev. Neurosci.*, 9 (1), 58-65.

Hillman, C.H., Pontifex, M.B., Raine, L B. et al. (2009). The effect of acute treadmill walking on cognitive control and academic achievement in preadolescent children. *Neuroscience*, 159 (3), 1044-1054.

HLS-EU Consortium (2012). Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. Online Publication: <http://www.health-literacy.eu>.

Hofmann, F. & Felder-Puig, R. (2012). HBSC-Factsheet Nr. 03 / 2012: Das Ernährungsverhalten österreichischer Schülerinnen und Schüler: Ergebnisse 2010 und Trends. Wien: BMG.

Hofmann, F., Felder-Puig, R. (2014). Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei österreichischen Schülerinnen und Schülern. HBSC Factsheet Nr. 10/2014, Wien: BMG.

Hollman, W. (2004). Körperliche Aktivität und Gesundheit in Kindheit und Jugend. In: Zimmer, R. & Hunger, I. (Hrsg.), Wahrnehmen-Bewegen-Lernen. Kindheit in Bewegung. Schorndorf: Karl Hofmann Verlag, S. 32-43.

Honkala, E., Rajala, M., Rimpela, M. (1981). Oral hygiene habits among adolescents in Finland. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 9 (2), 61-68.

Huebner, E.S., Laughlin, J.E., Ash, C. et al. (1998). Further validation of the multidimensional students' life satisfaction scale. *J. Psychoeduc. Assess.*, 16 (2), 118-134.

Hurrelmann, K. (2004). Entwicklungs- und Gesundheitsprobleme von Kindern. Warum Bewegungsförderung so wichtig ist. In: Zimmer, R. & Hunger, I. (Hrsg.), Wahrnehmen-Bewegen-Lernen. Kindheit in Bewegung (S. 19-31). Schorndorf: Karl Hofmann Verlag.

Hüther, G. (2007). Sich zu bewegen lernen, heißt fürs Leben lernen! Die erfahrungsabhängige Verankerung sensomotorischer Repräsentanzen und Metakompetenzen während der Hirnentwicklung. In: Hunger, I. & Zimmer, R. (Hrsg.), Bewegung-Bildung-Gesundheit. Entwicklung fördern von Anfang an. Schorndorf: Karl Hofmann Verlag, S. 12-22.

Institut Suchtprävention (2011): Übers Rauchen reden. http://www.praevention.at/upload/products/Uebers_Rauchen_reden_4.pdf.

Jokela, M., Elovainio, M., Kivimaki, M. (2008). Lower fertility associated with obesity and underweight: the US National Longitudinal Survey of Youth. *Am. J. Clin. Nutr.*, 88 (4), 886-893.

Kalant, H. (2004). Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 28 (5), 849-863.

Katzmarzyk, P.T., Tremblay, A., Perusse, L. et al. (2003). The utility of the international child and adolescent overweight guidelines for predicting coronary heart disease risk factors. *J. Clin. Epidemiol.*, 56 (5), 456-462.

- Kaufman, A.R., Augustson, E.M. (2008). Predictors of regular cigarette smoking among adolescent females: does body image matter? *Nicotine. Tob. Res.*, 10 (8), 1301-1309.
- Kim, H.Y., Lee, N.R., Lee, J. S. et al. (2012). Meal skipping relates to food choice, understanding of nutrition labeling, and prevalence of obesity in Korean fifth grade children. *Nutr. Res. Pract.*, 6 (4), 328-333.
- Kim, O., Kim, K. (2001). Body weight, self-esteem, and depression in Korean female. *Adolescence*, 36 (142), 315-322.
- Kinnunen, P., Laukkanen, E., Kylmä, J. (2010). Associations between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood. *Int. J. Nurs. Pract.*, 16 (1), 43-50.
- Klineberg, E., Clark, C., Bhui, K.S. et al. (2006). Social support, ethnicity and mental health in adolescents. *Soc. Psych. Psych. Epid.*, 41 (9), 755-760.
- Knittler, K. (2011). Intergenerationale Bildungsmobilität: Bildungsstruktur junger Erwachsener im Alter von 15 bis 34 Jahren im Vergleich mit jener ihrer Eltern. *Statistische Nachrichten* 4, 252-266.
- Koenne, G. (2013). Cyberbullying/Cybermobbing: Mobbing mit neuen Medien. *Schulverwaltung aktuell Österreich*, 5, 137–139.
- Koivusilta, L., Honkala, S., Honkala, E., Rimpela, A. (2003). Toothbrushing as part of the adolescent lifestyle predicts education level. *J. Dent. Res.*, 82 (5), 361-366.
- Kwon, J.A., Wickrama, K.A.S. (2014). Linking family economic pressure and supportive parenting to adolescent health behaviors: two developmental pathways leading to health promoting and health risk behaviors. *J. Youth Adolesc.*, 43 (7), 1176–1190.
- Lampert, T. & Richter, M. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter, M., & Hurrelmann, K. (Hrsg), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 209-230.
- Lassek, W.D., Gaulin, S.J. (2011). Sex differences in the relationship of dietary fatty acids to cognitive measures in American children. *Front. Evol. Neurosci.*, 3, 5.
- Lawrence, M., Arbeit, M., Johnson, C. C. et al. (1991). Prevention of adult heart disease beginning in childhood: intervention programs. *Cardiovasc. Clin.*, 21 (3), 249-262.
- Lewis, A.D., Huebner, E.S., Malone, P.S., Valois, R.F. (2011). Life Satisfaction and Student Engagement in Adolescents. *J. Youth Adolescence*, 40 (3), 249-262.
- Liu, Y., Wang, M., Tynjala, J. et al. (2010). Test-retest reliability of selected items of Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey questionnaire in Beijing, China. *BMC Med. Res. Methodol.*, 10 (1), 73.

- Loe, H. (2000). Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *Int.Dent.J.*, 50 (3), 129-139.
- Lustig, R.H., Schmidt, L.A., Brindis, C.D. (2012). "The Toxic Truth about Sugar." *Nature* 482, 27-29.
- Lynch, J.W., Davey Smith, G., Kaplan, G.A. et al. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *Brit. Med. J.*, 320 (7243), 1200-1204.
- Mackenbach, J.P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Soc. Sci. Med.*, 75 (4), 761-769.
- Maddox, S.J., Prinz, R.J. (2003). School bonding in children and adolescents: Conceptualization, assessment, and associated variables. *Clin. Child Fam. Psych.*, 6 (1), 31-49.
- Maffei, C., Fornari, E., Surano, M.G. et al. (2012). Breakfast skipping in prepubertal obese children: hormonal, metabolic and cognitive consequences. *Eur J Clin Nutr*, 66 (3), 314-321.
- Magnusson, C. & Trost, K. (2006). Girls experiencing sexual intercourse early: could it play a part in reproductive health in middle adulthood? *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, 27 (4), 237-244.
- Malta, D.C., Oliveira-Campos, M., Prado, R.R. et al. (2014). Psychoactive substance use, family context and mental health among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev. Bras. Epidemiol.*, 17 (1), 46-61.
- Marmot, M. & Wilkinson, R.G. (2001). Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *Brit. Med. J.*, 322 (7296), 1233-1236.
- Molcho, M., Harel, Y., Dina, L.O. (2004). Substance use and youth violence. A study among 6th to 10th grade Israeli school children. *Int. J. Adolesc. Med. Health*, 16 (3), 239-251.
- Mortimore, P. (1998). *The Road to Improvement: Reflections on school effectiveness*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Nelson, S.E., Van Ryzin, M.J., Dishion, T.J. (2014). Alcohol, marijuana, and tobacco use trajectories from age 12 to 24 years: Demographic correlates and young adult substance use problems. *Dev. Psychopathol.*, 14, 1-25.
- Nething, K., Stroth, S., Wabitsch, M. et al. (2006). Primärprävention von Folgeerkrankungen des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen. *Deut. Z. Sportmed.*, 57 (2), 42-45.
- Neumark-Sztainer, D., Croll, J., Story, M. et al. (2002). Ethnic/racial differences in weight-related concerns and behaviors among adolescent girls and boys: findings from Project EAT. *J.Psychosom.Res.*, 53 (5), 963-974.

Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., Story, M. et al. (2003). Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *J. Am. Diet. Assoc.*, 103 (3), 317-22.

Newcomb, A. & Bagwell, C. (1995). Children's friendship relations: a meta-analytic review. *Psychol. Bull.*, 117 (2), 306-347.

OECD (2013). OECD Factbook 2013 - Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing.

Olweus, D. (1996). The revised Olweus Bully/Victim Questionnaire. Mimeo, Norway: Research Center for Health Promotion, University of Bergen.

Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychol. Assessment*, 5 (2), 164.

Poskitt, E.M. (1998). Nutritional problems of preschool children. In: Sadler, M. J., Strain, J.J., Caballero, B. (Eds.), *Encyclopedia of human nutrition*, Vol. 1. San Diego, London: Academic Press.

Post, A., Gilljam, H., Rosendahl, I. et al. (2005). Validity of self reports in a cohort of Swedish adolescent smokers and smokeless tobacco (snus) users. *Tob. Control*; 14 (2), 114-117.

Prochaska, J.J., Sallis, J. F., Long, B. (2001). A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 155 (5), 554-559.

Raithel, J. (2011). Erklärungsmodelle. In *Jugendliches Risikoverhalten* (pp. 47-120). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Ramelow, D., Griebler, R., Hofmann, F. et al. (2011). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern: Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010*. Wien: BMG.

Ramelow, D. & Felder-Puig, R. (2013). *Die psychische Gesundheit von österreichischen Schülerinnen und Schülern: Ergebnisse 2010 und Trends*. HBSC-Factsheet Nr. 07/2013. Wien: BMG.

Ramelow, D., Teutsch, F., Hofmann, F. et al. (2014). *Dokumentation zur 9. österreichischen HBSC Erhebung - Schuljahr 2013/14*. Wien: LBIHPR.

Rampersaud, G.C., Pereira, M. A., Girard, B. L. et al. (2005). Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *J. Am. Diet. Assoc.*, 105 (5), 743-760.

Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Torsheim, T. et al. (2008). An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *Eur. J. Public Health*, 18 (3), 294-299.

Ravens-Sieberer, U., Torsheim, T., Hetland, J. et al. (2009). Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *Int. J. Public Health*, 54 (2), 151-159.

Reeves, S., Halsey, L.G., McMeel, Y. et al. (2013). Breakfast habits, beliefs and measures of health and wellbeing in a nationally representative UK sample. *Appetite*, 60 (1), 51-57.

Rehm, J., Mathers, C., Popova, S. et al. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373 (9682), 2223-2233.

Richter, M., & Hurrelmann, K. (2006). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: Springer.

Ridgers, N.D., Timperio, A., Crawford, D. et al. (2012). Validity of a brief self-report instrument for assessing compliance with physical activity guidelines amongst adolescents. *J. Sci. Med. Sport*, 15 (2), 136-141.

Robert Koch Institut (2014). *Körperliche Aktivität. Faktenblatt zur KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009-2012*. Berlin: RKI.

Roeser, R.W., Eccles, J. S., Sameroff, A J. (2000). School as a context of early adolescents' academic and socio-emotional development: A summary of research findings. *Elem. School J.*, 100 (5), 443-471.

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*. Wien: LBIHPR Forschungsbericht.

Sachs, L., Hedderich, J. (2006). *Angewandte Statistik. Methodensammlung mit R*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Sánchez-Villegas, A., Toledo, E., de Irala, J. et al. (2012). Fast-food and commercial baked goods consumption and the risk of depression. *Public Health Nutr.*, 15 (3), 424-432.

Saps, M., Seshadri, R., Sztainberg, M. et al. (2009). A prospective school-based study of abdominal pain and other common somatic complaints in children. *J. Pediatr.*, 154 (3), 322-326.

Sarafrazi, N., Hughes, J.P., Borrud, L. et al. (2014). Perception of weight status in U.S. children and adolescents aged 8-15 years, 2005-2012. *NCHS Data Brief*, 158, 1-8.

Schäfer, M. (1997). *Aggressionen unter Schülern (Bullying): Ausmaß, Arten und Prozesse der Stabilisierung - Ein Überblick*. In: Politische Schriften der Hans Seidl Stiftung.

Schmid, H. (2011). *Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern*. In: Dür, W., Felder-Puig, R. (Eds.), *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung* (pp.94-100). Bern: Hans Huber.

Singh-Manoux, A., Martikainen, P., Ferrie, J. et al. (2006). What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. *J. Epidemiol. Commun. H.*, 60 (4), 364-372.

Smith, P.K., Morita, Y., Junger-Tas, J. et al. (Eds.) (1999). *The Nature of School Bullying: A cross-national perspective*. London, New York: Routledge.

Smith-Nielson, S. & Krasnik, A. (2010). Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *Int. J. Public Health*, 55 (5), 357-371

Smolak, L. (2011). Body image development in childhood. In: Cash, T. F., Smolak, L., *Body Image, Second edition: a handbook of science, practice, and prevention*. New York: The Guilford Press, pp. 67-75.

So, H. K., Nelson, E.A., Li, A. M. et al. (2011). Breakfast frequency inversely associated with BMI and body fatness in Hong Kong Chinese children aged 9-18 years. *Br J Nutr*, 106 (5), 742-751.

Song, I.H., Kim, S.A., Park, W.S. (2013). Family factors associated with children's handwashing hygiene behavior. *J. Child Health Care*, 17, 164-73.

Sørensen, K., Van den Brouke, S., Fullam, J. et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12 (1), 80.

Sosin, D.M., Koepsell, T.D., Rivara, F.P. et al. (1995). Fighting as a marker for multiple problem behaviors in adolescents. *J. Adolescent Health*, 16 (3), 209-215.

Sothorn, M. S., Loftin, M., Suskind, R. M. et al. (1999). The health benefits of physical activity in children and adolescents: implications for chronic disease prevention. *Eur. J. Pediatr.*, 158 (4), 271-274..

Starfield, B., Katz, H., Gabriel, A. et al. (1984). Morbidity in childhood--a longitudinal view. *New Engl. J. Med.*, 310 (13), 824-829.

Stevens, G. & Vollebergh, W. (2008). Mental health in migrant children. *J. Child Psychol. Psys.*, 49 (3), 276-294.

Stevens, G., Walsh, S., Due, P. et al. (2014). Migration. In: Currie, C. et al. (eds.): *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol - Background, Methodology and Mandatory Items for the 2013/14 Survey*. St. Andrews: CAHRU. <http://www.hbsc.org>.

Tabak, I., & Radiukiewicz, K. (2009). *Polska rodzina oczami nastolatków i ich rodziców. Adaptacja skali Family Dynamics Measure II (FDM II)*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.

Titze, S., Ring-Dimitriou, S., Schober, P.H. et al. (2010). *Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich.

Torsheim, T., Ravens-Sieberer, U., Hetland, J. et al. (2006). Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Soc. Sci. Med.*, 62 (4), 815-827.

- Tuttle, C. (1999). Childhood and adolescence. In: Mann, J., Truswell, A.S. (Eds.), *Essentials of human nutrition*. Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press, 481-487.
- U.S.Department of Agriculture and U.S Department of Health and Human Services (2010). *Dietary Guidelines for Americans 2010*. Washington: U.S. Government Printing Office.
- U.S.Department of Health and Human Services (Ed.) (2004). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- UCL Institute of Health Equity (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Uji, M., Sakamoto, A., Adachi, K. et al. (2014). The Impact of Authoritative, Authoritarian, and Permissive Parenting Styles on Children's Later Mental Health in Japan: Focusing on Parent and Child Gender. *J. Child Fam. Stud.*, 23 (2), 293–302.
- Umberson, D., Crosnoe, R., Reczek, C. (2010). Social relationships and health behaviour across the life course. *Annu. Rev. Sociol.*, 36, 139-157.
- Utter, J., Denny, S., Robinson, E. et al. (2013). Family meals among New Zealand young people: relationships with eating behaviors and body mass index. *J. Nutr. Educ. Behav.*, 45 (1), 3-11.
- Vartanian, L.R., Schwartz, M.B., Brownell, K.D. (2007). Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *Am. J. Public Health*, 97 (4), 667-675.
- Varvil-Weld, L., Mallett, K.A., Turrisi, R. et al. (2012). Using Parental Profiles to Predict Membership in a Subset of College Students Experiencing Excessive Alcohol Consequences: Findings From a Longitudinal Study. *J. Stud. Alcohol Drugs*, 73 (3), 434–443.
- Vasileva, K. (2011). 6.5% of the EU population are foreigners and 9.4% are born abroad. *Statistics in focus 34/2011*, Luxembourg: Eurostat.
- Veenhoven, R. (1996). *Happy Life-Expectancy. A comprehensive measure of quality-of-life in nations*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Verplanken, B., Velsvik, R. (2008). Habitual negative body image thinking as psychological risk factor in adolescents. *Body Image*, 5 (2), 133-140.
- Viner, R.M., Ozer, E.M., Denny, S. et al. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*, 379 (9826), 1641-1652.
- West, P. (1997). Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Soc. Sci. Med.*, 44 (6), 833-858.

Westenhoefer, J. (2002). Establishing dietary habits during childhood for long-term weight control. *Ann. Nutr. Metab.*, 46, 18-23.

Wilkinson, R.B. (2004). The role of parental and peer attachment in the psychological health and self-esteem of adolescents. *J. Youth Adolescence*, 33 (6), 479-493.

Williams, J., Wake, M., Hesketh, K. et al. (2005). Health-Related Quality of Life of Overweight and Obese Children. *J. Am. Med. Assoc.*, 293 (1), 70-76.

Wolke, D., Copeland, W.E., Angold, A. et al. (2013). Impact of bullying in childhood on adult health, wealth, crime, and social outcomes. *Psychol. Sci.*, 24 (10), 1958-1970.

Wood, J.J., Lynne-Landsman, S.D., Langer, D.A. et al. (2012). School attendance problems and youth psychopathology: structural cross-lagged regression models in three longitudinal data sets. *Child Dev.*, 83 (1), 351-366.

World Health Organization & Food and Agriculture Organization (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. http://libdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf.

World Health Organization (1986). Ottawa Charter. Geneva: WHO.

World Health Organization (2005). European strategy for child and adolescent health and development. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (2010). Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO.

World Health Organization (2012). Social determinants of health and well-being among young people- physical activity, WHO/HBSC Factsheet Series. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (2014). Obesity and overweight, WHO Fact sheet N°311. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (Ed.) (2008). Report on the Global Tobacco Epidemic. Geneva: WHO.

Wray-Lake, L., Maggs, J.L., Johnston, L.D. et al. (2012). Associations between community attachments and adolescent substance use in nationally representative samples. *J. Adolescent Health*, 51 (4), 325-331.

Zimet, G.D., Powell, S. S., Farley, G. K. et al. (1990). Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support. *J. Pers. Assess.*, 55 (3-4), 610-617.

Zullig, K.J., Pun, S., Patton, J.M. et al. (2006). Reliability of the 2005 middle school Youth Risk Behavior Survey. *J. Adolescent Health*, 39 (6), 856-860.

Anhang A

Effektstärken der Gesundheitsdeterminanten auf die Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten der Schülerinnen und Schüler (Cohen's d)

Tabelle 20 Effektstärken der Gesundheitsdeterminanten (Cohen's d)

	Beschwerdelast	Lebens- zufriedenheit	Bewegungs- verhalten in Tagen pro Woche	Bewegungs- verhalten in Stun- den pro Woche	Sitzendes Freizeit- verhalten
Kommunikation mit der Mutter (sehr schwer/sehr leicht)	0,85	-1,02	-0,32	-0,20	0,30
Kommunikation mit dem Vater (sehr schwer/sehr leicht)	0,88	-0,97	-0,52	-0,31	0,37
Soziale Unterstützung durch Freunde (sehr wenig/sehr viel)	0,28	-0,35	-0,18	-0,16	0,20
Schüler/innen-Schüler/innen- Beziehungen (sehr gut/sehr schlecht)	-0,79	0,58	0,67 ⁶	0,19 ⁷	-0,49
Schüler/innen-Lehrer/innen- Beziehungen (sehr gut/sehr schlecht)	-0,97	0,95	0,47	0,21	-0,50
Schulzufriedenheit (sehr gut/gar nicht gut)	-0,91	1,00	0,31 ⁷	0,17 ⁸	-0,58
Schulbelastung (überhaupt nicht/sehr stark)	-1,29	0,91	0,51	0,27	-0,32
Schulleistung (sehr gut/unter dem Durchschnitt)	-0,82	1,05	0,35	0,31	-0,71
Familienwohlstand (hoch/niedrig)	-0,35	0,75	0,36	0,46	-0,20
Migrationshintergrund beidseitig (ja/nein)	0,16	-0,18	n.s	-0,14	0,27

⁶ Effektstärke für den größten Unterschied. Hier zwischen den Kategorien „sehr gut“ und „mittelmäßig“

⁷ Effektstärke für den größten Unterschied. Hier zwischen den Kategorien „sehr gut“ und „nicht so gut“

Anhang B

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
		2.536	3.078	5.614	691	711	1.402
3 Der Gesundheitszustand der österreichischen Schülerinnen und Schüler							
3.1 Subjektiver Gesundheitszustand							
MQ56 Wie würdest du deinen Gesundheitszustand beschreiben?	1 ausgezeichnet	43,3	32,4	37,3	48,9	48,5	48,7
	2 gut	45,1	52,2	49,0	41,7	43,9	42,8
	3 eher gut	10,3	13,5	12,1	8,8	6,6	7,7
	4 schlecht	1,3	1,8	1,6	0,6	1,0	0,8
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.536	3.116	5.661	671	695	1.368
3.2 Lebenszufriedenheit							
MQ57 Hier ist das Bild einer Leiter. Die oberste Sprosse der Leiter, "10", stellt das beste für dich mögliche Leben dar. Der Boden, auf dem die Leiter steht, ist "0". Er stellt das schlechteste Leben dar, das für dich in deiner Situation möglich wäre. Insgesamt betrachtet: Auf welcher Sprosse der Leiter findest du, dass du derzeit stehst?	0 schlechtestes mögliches Leben	0,3	0,1	0,2	0,1	0,3	0,2
	1	0,2	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3
	2	0,6	1,0	0,8	0,1	0,4	0,3
	3	1,1	1,4	1,3	0,9	0,3	0,5
	4	2,1	3,8	3,0	1,5	1,6	1,5
	5	4,2	7,8	6,2	4,3	3,9	4,1
	6	6,9	8,6	7,8	5,8	4,0	4,9
	7	16,3	17,7	17,0	9,6	10,7	10,1
	8	26,1	24,2	25,1	18,3	16,0	17,2
	9	20,9	19,0	19,8	21,6	26,9	24,2
	10 bestes mögliches Leben	21,2	16,0	18,4	37,3	35,7	36,5
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.524	3.104	5.638	667	692	1.361
	Mittelwert	8,01	7,62	7,78	8,47	8,54	8,51
	Standardabweichung	1,71	1,88	1,82	1,72	1,68	1,70
3.3 Beschwerdelast							
Wie oft hattest du in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden:	1 fast jeden Tag	2,5	5,5	4,2	3,6	3,0	3,3
	2 mehrmals pro Woche	4,1	11,9	8,4	3,6	6,8	5,2
MQ55a Kopfschmerzen	3 fast jede Woche	9,0	15,1	12,3	4,7	7,3	6,0
	4 fast jeden Monat	20,0	21,4	20,7	14,1	16,9	15,5
	5 selten oder nie	64,3	46,2	54,3	74,0	66,0	69,9
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.522	3.112	5.644	665	694	1.361
MQ55b Magen-/ Bauchschmerzen	1 fast jeden Tag	1,7	3,6	2,8	2,3	3,5	2,9
	2 mehrmals pro Woche	2,3	6,7	4,7	2,4	4,9	3,7
	3 fast jede Woche	5,6	10,0	8,0	5,6	6,4	6,0
	4 fast jeden Monat	20,3	35,7	28,8	17,6	21,1	19,4
	5 selten oder nie	70,1	44,0	55,7	72,2	64,2	68,1
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.516	3.103	5.629	665	692	1.359
MQ55c Rücken- / Kreuzschmerzen	1 fast jeden Tag	4,1	6,8	5,6	3,1	4,8	3,9
	2 mehrmals pro Woche	5,2	6,7	6,5	2,1	2,0	2,1
	3 fast jede Woche	8,2	10,5	9,5	4,0	3,9	3,9
	4 fast jeden Monat	17,6	18,1	17,9	12,2	11,3	11,8
	5 selten oder nie	64,9	57,8	61,0	78,6	78,0	78,3
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.500	3.102	5.611	655	691	1.348

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
650	666	1.316	708	1.004	1.712	487	697	1.184
42,7	38,6	40,7	43,3	25,5	32,8	36,8	21,2	27,6
45,3	48,4	46,8	44,9	55,2	50,9	49,6	60,0	55,7
10,8	12,4	11,6	10,2	16,6	14,0	12,2	17,1	15,1
1,3	0,6	0,9	1,6	2,6	2,2	1,5	1,7	1,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
640	653	1.296	695	992	1.690	476	690	1.167
0,3	0,2	0,2	0,3	0,1	0,3	0,2	0,0	0,1
0,0	1,1	0,5	0,1	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3
0,5	1,1	0,8	0,6	1,5	1,1	1,3	0,7	0,9
0,9	0,3	0,6	0,9	2,3	1,7	2,1	2,5	2,3
2,7	4,3	3,5	1,7	4,4	3,3	2,5	4,5	3,7
4,7	6,9	5,8	4,5	8,9	7,1	1,9	10,0	6,7
5,7	8,3	7,0	7,6	9,7	8,9	9,3	11,2	10,4
14,6	15,9	15,2	18,2	21,4	20,1	25,6	21,0	22,9
27,5	24,3	25,9	31,0	26,3	28,2	29,6	29,3	29,4
23,2	22,1	22,7	20,5	15,2	17,4	15,9	14,2	14,9
19,9	15,6	17,8	14,6	9,7	11,7	11,4	6,4	8,5
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
637	653	1.293	693	985	1.681	473	690	1.164
8,02	7,66	7,84	7,85	7,26	7,49	7,57	7,17	7,34
1,69	1,90	1,80	1,62	1,85	1,80	1,69	1,73	1,73
2,0	4,7	3,5	2,0	7,1	5,1	2,1	5,8	4,3
3,4	8,9	6,2	4,5	15,9	11,2	4,9	13,4	9,9
9,4	14,7	12,0	10,3	17,4	14,5	12,2	19,9	16,8
20,2	20,0	20,2	23,9	23,5	23,6	23,0	25,1	24,2
64,9	51,7	58,1	59,3	36,1	45,6	57,8	35,8	44,8
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
638	654	1.295	690	992	1.685	474	689	1.164
1,3	4,9	3,2	1,0	3,9	2,9	2,1	1,3	1,6
1,9	7,5	4,7	2,9	7,7	5,7	1,9	6,3	4,5
6,9	8,8	7,8	5,4	12,2	9,4	4,4	11,8	8,8
21,5	31,8	26,7	23,4	43,1	35,0	16,6	44,2	32,9
68,5	47,0	57,5	67,2	33,0	47,0	74,9	36,4	52,2
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
634	651	1.288	687	990	1.680	475	686	1.162
4,3	4,3	4,4	5,0	8,1	6,9	3,6	9,2	6,9
4,1	4,3	4,2	6,1	10,3	8,6	9,3	8,4	8,8
7,4	6,9	7,2	11,8	13,0	12,5	9,7	17,0	14,0
16,1	14,7	15,4	19,6	22,4	21,2	24,7	21,5	22,8
68,0	69,7	68,9	57,5	46,2	50,7	52,6	43,8	47,5
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
632	651	1.286	685	990	1.677	473	687	1.161

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
		2.536	3.078	5.614	691	711	1.402
MQ55d Fühle mich allgemein schlecht	1 fast jeden Tag	2,6	5,9	4,5	3,0	2,3	2,7
	2 mehrmals pro Woche	4,7	9,4	7,3	2,4	3,2	2,8
	3 fast jede Woche	7,6	12,9	10,5	4,6	6,4	5,5
	4 fast jeden Monat	17,5	20,4	19,1	13,2	13,2	13,2
	5 selten oder nie	67,5	51,3	58,6	76,7	74,9	75,8
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.510	3.097	5.617	658	689	1.349
MQ55e Bin gereizt oder schlecht gelaunt	1 fast jeden Tag	4,6	6,9	5,9	3,8	5,1	4,4
	2 mehrmals pro Woche	8,1	15,1	12,0	6,3	9,1	7,7
	3 fast jede Woche	16,3	19,3	18,0	12,5	11,7	12,1
	4 fast jeden Monat	30,3	30,3	30,3	23,3	9,1	25,4
	5 selten oder nie	40,7	28,4	33,9	54,1	5,1	50,3
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.517	3.108	5.635	662	693	1.357
MQ55f Fühle mich nervös	1 fast jeden Tag	3,2	4,4	3,9	3,0	3,8	3,4
	2 mehrmals pro Woche	6,0	8,5	7,4	4,7	6,4	5,5
	3 fast jede Woche	13,5	14,5	14,1	10,1	9,4	9,8
	4 fast jeden Monat	25,7	25,5	25,6	22,4	25,3	23,8
	5 selten oder nie	51,7	47,1	49,1	59,8	55,2	57,4
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.515	3.103	5.628	661	692	1.355
MQ55g Kann schlecht einschlafen	1 fast jeden Tag	8,3	9,9	9,2	9,7	10,4	10,1
	2 mehrmals pro Woche	6,9	9,7	8,4	5,5	7,7	6,6
	3 fast jede Woche	9,7	11,3	10,6	8,6	10,3	9,5
	4 fast jeden Monat	16,7	18,1	17,5	16,2	16,0	16,1
	5 selten oder nie	58,4	51,1	54,3	59,9	55,6	57,7
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.514	3.105	5.629	659	692	1.353
MQ55h Fühle mich benommen, schwindlig	1 fast jeden Tag	1,8	3,4	2,8	1,5	2,5	2,0
	2 mehrmals pro Woche	2,4	5,1	3,9	2,0	2,6	2,3
	3 fast jede Woche	4,8	8,0	6,5	3,8	5,8	4,8
	4 fast jeden Monat	13,5	17,7	15,8	9,0	12,4	10,7
	5 selten oder nie	77,5	65,8	71,0	83,8	76,7	80,2
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.504	3.085	5.598	659	687	1.348
Beschwerdelast (berechnete Variable)	Mittelwert	32,86	38,39	35,95	28,98	31,81	30,43
	Standardabweichung	12,16	11,88	12,34	12,83	12,69	12,83

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
650	666	1.316	708	1.004	1.712	487	697	1.184
1,7	5,2	3,6	3,2	7,3	5,7	2,3	7,6	5,4
5,2	6,7	6,0	4,9	11,1	8,6	7,2	15,7	12,2
4,1	9,4	6,7	10,0	15,1	13,0	12,9	19,5	16,8
17,8	18,7	18,2	18,3	23,9	21,5	21,4	24,6	23,3
71,2	60,0	65,5	63,6	42,6	51,3	56,1	32,6	42,2
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
635	652	1.290	690	987	1.680	472	687	1.160
6,0	7,5	6,7	4,1	7,6	6,3	4,6	6,2	5,6
8,8	15,0	12,0	8,9	18,7	14,7	8,6	16,4	13,2
15,0	17,1	16,1	19,2	22,4	21,0	19,8	25,4	23,1
29,5	32,4	30,9	34,4	29,0	31,2	35,0	34,1	34,5
40,8	28,1	34,3	33,5	22,3	26,8	31,9	17,9	23,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
638	655	1.296	689	988	1.680	474	689	1.164
3,8	5,7	4,7	3,0	4,1	3,7	2,5	3,3	3,0
6,0	9,1	7,6	6,5	8,4	7,6	7,2	10,2	7,4
11,3	12,5	11,9	15,8	16,6	16,3	18,0	18,6	14,1
24,3	24,3	24,3	27,9	26,3	26,9	28,8	26,7	25,7
54,6	48,5	51,6	46,7	44,6	45,5	43,6	41,1	49,2
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
637	650	1.290	689	990	1.162	473	688	5.489
9,4	12,7	11,1	7,4	9,1	8,6	5,7	6,4	6,2
8,0	10,3	9,2	7,3	9,3	8,4	7,2	11,2	9,5
9,1	10,0	9,5	8,9	12,8	11,2	13,1	12,2	12,6
14,4	19,3	16,9	18,0	18,7	18,4	18,8	18,4	18,6
59,1	47,7	53,3	58,5	50,1	53,4	55,2	51,8	53,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
683	652	1.293	689	989	1.681	473	689	1.163
1,7	4,0	2,9	2,0	4,2	3,4	1,5	2,1	1,9
2,5	4,4	3,6	3,5	6,6	5,3	1,7	5,9	4,2
4,1	6,6	5,4	5,2	8,9	7,4	6,6	10,3	8,8
14,5	15,5	15,0	15,0	21,4	18,8	17,0	19,8	18,6
77,1	69,5	73,2	74,2	58,8	65,1	73,2	62,0	66,5
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
633	652	1.288	686	984	1.673	471	681	1.153
32,55	37,01	34,84	34,88	41,34	38,75	35,57	41,88	39,33
11,67	11,76	11,96	11,39	10,56	11,43	11,15	9,31	10,55

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
		2.536	3.078	5.614	691	711	1.402
3.4 Body Mass Index und Körperwahrnehmung							
Übergewicht / Adipositas (berechnete Variable)	1 Unter-/Normalgewicht	81,8	88,0	85,2	85,2	87,4	86,4
	2 Übergewicht	15,2	9,9	12,2	12,3	9,7	11,0
	3 Adipositas	3,1	2,2	2,6	2,4	2,9	2,6
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.374	2.902	5.276	616	629	1.247
MQ9 Glaubst du, dass du ...?	1 viel zu dünn bist	3,1	2,1	2,5	4,1	3,2	3,6
	2 ein bisschen zu dünn bist	15,5	9,8	12,3	12,3	12,6	12,4
	3 ungefähr das richtige Gewicht hast	51,4	42,2	46,4	56,4	51,9	54,1
	4 ein bisschen zu dick bist	26,4	39,2	33,5	24,5	28,2	26,3
	5 viel zu dick bist	3,6	6,8	5,4	2,7	4,2	3,5
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anzahl	2.554	3.109	5.635	658	692	1.352	
MQ8 Machst du gerade eine Diät oder tust du etwas anderes, um Gewicht abzunehmen?	1 nein, mein Gewicht ist gerade richtig	60,3	49,3	54,3	64,3	63,1	63,8
	2 nein, aber eigentlich sollte ich abnehmen	14,2	22,6	18,8	11,1	14,2	12,7
	3 nein, denn ich sollte zunehmen	11,4	6,1	8,5	8,6	7,5	8,0
	4 ja	14,2	22,0	18,5	16,0	15,2	15,5
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.554	3.135	5.698	676	705	1.383
3.5 Zahngesundheit							
MQ12 Wie oft putzt du dir die Zähne?	1 mehr als einmal täglich	69,5	82,6	76,6	87,4	83,5	80,9
	2 einmal täglich	27,0	15,8	20,9	19,1	14,4	16,8
	3 mindestens einmal pro Woche, aber nicht täglich	2,2	1,0	1,6	1,5	1,1	1,3
	4 seltener als einmal pro Woche	0,9	0,2	0,5	0,9	0,7	0,8
	5 nie	0,4	0,3	0,4	0,1	0,3	0,2
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anzahl	2.564	3.147	5.720	680	708	1.390	
3.6 Gesundheitskompetenz ("Health Literacy")							
Bitte sag uns (sagen Sie uns), ob die folgenden Dinge einfach oder schwierig für dich (für Sie) sind:	1 einfach	55,5	41,1	47,3			
	2 schwierig	9,1	12,7	11,1			
	3 weiß nicht	35,5	46,2	41,6			
NAT4a Etwas über die Behandlung einer Krankheit die du hast oder hattest, zu erfahren.	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	1.808	2.392	4.208			
NAT4b Herausfinden, wer dir - außer deinen Eltern - helfen kann, wenn du dich krank fühlst.	1 einfach	69,7	69,0	69,3			
	2 schwierig	11,5	11,9	11,8			
	3 weiß nicht	18,8	19,0	19,0			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
Anzahl	1.803	2.386	4.197				

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
650	666	1.316	708	1.004	1.712	487	697	1.184
80,5	87,0	83,8	80,3	88,3	85,0	80,2	88,1	84,9
16,5	10,5	13,5	16,1	9,8	12,4	16,5	10,4	12,9
3,0	2,5	2,8	3,6	1,9	2,6	3,3	1,5	2,2
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
579	599	1.196	660	910	1.554	455	665	1.120
2,0	2,0	2,0	3,0	1,6	2,2	3,4	1,3	2,1
14,8	10,3	12,5	17,4	9,6	12,8	18,0	7,4	11,7
48,2	35,9	42,0	49,6	37,7	42,5	51,2	44,7	47,4
29,7	42,3	36,1	26,6	43,5	36,6	24,3	41,2	34,3
5,3	9,5	7,4	3,3	7,6	5,9	3,1	5,4	4,4
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
637	652	1.291	691	990	1.683	477	691	1.169
56,7	47,9	52,3	61,5	44,0	51,2	58,5	44,5	50,3
18,0	24,8	21,4	14,6	25,9	21,2	11,4	24,0	18,8
9,6	5,5	7,5	12,5	6,2	8,8	15,8	5,3	9,6
15,7	21,9	18,9	11,5	23,9	18,8	14,3	26,2	21,3
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
644	658	1.305	698	994	1.695	482	692	1.175
63,5	80,6	72,1	68,1	82,7	76,6	67,5	83,1	76,6
32,5	17,6	24,9	28,4	16,1	21,2	29,0	15,9	21,3
2,5	1,7	2,1	2,3	0,8	1,4	2,5	0,7	1,4
1,2	0,0	0,6	0,7	0,1	0,4	0,8	0,1	0,4
0,3	0,2	0,4	0,4	0,3	0,5	0,2	0,1	0,2
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
647	660	1.310	700	999	1.702	483	693	1.177
46,6	29,1	37,7	60,0	40,4	48,3	61,8	53,1	56,6
9,5	12,9	11,2	7,3	13,8	11,2	10,0	10,5	10,4
43,9	58,0	51,0	32,7	45,7	40,6	28,1	36,5	33,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
588	612	1.203	657	962	1.622	469	688	1.158
67,1	64,0	65,6	69,9	66,5	67,8	73,1	76,8	75,3
12,4	12,1	12,2	11,2	13,1	12,3	10,7	10,5	10,6
20,5	23,9	22,2	19,0	20,4	19,9	16,2	12,7	14,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
589	611	1.203	654	961	1.618	469	686	1.156

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
		2.536	3.078	5.614	691	711	1.402
NAT4c Zu verstehen, was dir ein Arzt sagt.	1 einfach	78,7	74,9	76,5			
	2 schwierig	10,4	12,4	11,6			
	3 weiß nicht	10,9	12,7	12,0			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	1.806	2.383	4.197			
NAT4d Zu verstehen, wenn ein Arzt dir erklärt wie du ein Medikament einnehmen sollst.	1 einfach	85,1	89,0	87,3			
	2 schwierig	6,1	4,7	5,3			
	3 weiß nicht	8,8	6,3	7,5			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	1.801	2.380	4.187			
NAT4e Zu verstehen, warum es manchmal, wenn man krank ist, nötig ist, sich die Meinung eines zweiten Arztes anzuhören.	1 einfach	57,4	62,0	60,0			
	2 schwierig	16,3	12,3	14,0			
	3 weiß nicht	26,4	25,7	26,0			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	1.794	2.379	4.181			
NAT4f Sich mit Hilfe der Informationen, die du von einem Arzt bekommst, richtig verhalten.	1 einfach	72,9	73,8	73,4			
	2 schwierig	12,4	11,8	12,0			
	3 weiß nicht	14,8	14,4	14,6			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	1.796	2.379	4.183			
NAT4g Das zu tun, was dein Arzt dir sagt.	1 einfach	72,9	73,2	73,0			
	2 schwierig	17,6	16,5	17,0			
	3 weiß nicht	9,5	10,3	10,0			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	1.808	2.380	4.196			
NAT4h Herauszufinden, an wen du dich wenden kannst, wenn es dir psychisch schlecht geht (zum Beispiel, wenn du traurig bist oder Angst hast).	1 einfach	50,9	53,1	52,2			
	2 schwierig	22,3	24,9	23,7			
	3 weiß nicht	26,8	22,0	24,1			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	1.796	2.382	4.186			
NAT4i Informationen über ungesunde Lebensweisen (zum Beispiel Rauchen oder zu wenig Bewegung) zu verstehen.	1 einfach	79,4	82,5	81,1			
	2 schwierig	6,6	5,4	5,9			
	3 weiß nicht	14,0	12,2	12,9			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	1.777	2.368	4.153			
NAT4j Zu verstehen warum du manchmal zu einer Kontrolluntersuchung zum Arzt gehen sollst, auch wenn du dich gesund fühlst.	1 einfach	67,1	69,5	68,5			
	2 schwierig	17,8	15,0	16,2			
	3 weiß nicht	15,1	15,5	15,3			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	1.777	2.361	4.146			

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
650	666	1.316	708	1.004	1.712	487	697	1.184
74,9	70,4	72,6	80,7	75,4	77,5	81,9	79,5	80,4
11,9	16,0	14,0	9,2	12,2	11,0	9,6	9,9	9,8
13,2	13,6	13,4	10,1	12,3	11,5	8,5	10,6	9,8
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
589	612	1.204	653	956	1.612	469	688	1.158
81,5	85,1	83,3	88,7	89,4	89,0	85,8	93,6	90,4
7,1	5,9	6,5	4,6	4,5	4,5	5,8	3,1	4,2
11,4	9,0	10,2	6,7	6,1	6,5	8,4	3,4	5,4
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
588	610	1.200	653	960	1.615	466	683	1.150
51,3	55,2	53,4	60,2	61,9	61,2	59,5	67,6	64,4
18,1	13,4	15,7	16,2	12,9	14,2	13,7	11,1	12,1
30,6	31,4	30,9	23,6	25,2	24,6	26,8	21,3	23,5
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
585	612	1.200	648	954	1.605	467	686	1.154
72,3	72,2	72,3	72,8	73,3	73,0	74,2	75,8	75,2
10,4	11,2	10,8	12,1	12,3	12,2	14,2	12,7	13,3
17,3	16,6	16,9	15,1	14,5	14,8	11,6	11,5	11,5
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
588	609	1.200	651	955	1.609	466	687	1.154
75,0	76,6	75,9	73,0	72,8	72,7	69,9	70,7	70,4
15,4	12,7	14,0	18,6	16,8	17,5	20,0	20,1	20,1
9,6	10,6	10,1	8,4	10,5	9,7	10,0	9,2	9,5
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
592	612	1.207	655	955	1.613	469	685	1.155
49,9	49,1	49,5	49,9	53,1	51,8	52,2	56,6	55,0
20,6	28,0	24,3	21,3	24,2	23,0	26,9	23,1	24,6
29,5	22,9	26,1	28,8	22,7	25,2	20,7	20,2	20,4
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
587	611	1.201	649	958	1.610	469	687	1.157
71,8	72,0	72,0	81,9	83,8	82,9	87,3	91,3	89,7
6,0	7,1	6,6	7,8	5,1	6,3	5,8	3,6	4,5
22,1	20,9	21,4	10,4	11,0	10,8	6,9	5,1	5,8
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
579	603	1.185	645	952	1.600	466	686	1.153
66,0	68,4	67,3	68,4	68,2	66,2	66,7	71,8	69,8
15,6	15,3	15,4	16,7	14,4	15,4	22,0	16,1	18,5
18,4	16,3	17,3	15,0	17,4	16,4	11,2	12,1	11,8
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
582	601	1.186	642	950	1.595	463	684	1.148

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
		2.536	3.078	5.614	691	711	1.402
NAT4k Herausfinden, ob das richtig ist, was du über Gesundheitsgefährdung in den Medien (Zeitung, Fernsehen, Internet) liest oder hörst.	1 einfach	63,9	53,9	58,2			
	2 schwierig	15,2	18,2	16,9			
	3 weiß nicht	20,9	28,0	24,9			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	1.779	2.363	4.149			
NAT4l Durch Informationen aus den Medien herauszufinden, wie du dich vor Krankheiten schützen kannst.	1 einfach	64,0	59,1	61,1			
	2 schwierig	16,5	18,0	17,4			
	3 weiß nicht	19,5	23,0	21,5			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	1.768	2.352	4.128			
NAT4m Informationen darüber finden, was du oder andere tun können, damit es dir psychisch gut geht.	1 einfach	56,1	51,7	53,6			
	2 schwierig	18,4	21,5	20,2			
	3 weiß nicht	25,4	26,9	26,3			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	1.769	2.361	4.183			
NAT4n Gesundheitsratschläge deiner Eltern, Verwandten oder Freunde zu verstehen.	1 einfach	74,7	76,7	75,8			
	2 schwierig	13,3	12,3	12,7			
	3 weiß nicht	12,0	11,1	11,5			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	1.769	2.366	4.143			
NAT4o Informationen aus den Medien darüber, wie du noch gesünder leben könntest, zu verstehen.	1 einfach	65,2	67,4	66,5			
	2 schwierig	15,0	12,5	13,5			
	3 weiß nicht	19,8	20,1	20,0			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	1.769	2.358	4.135			
NAT4p Zu verstehen, welche deiner Gewohnheiten einen Einfluss auf deine Gesundheit haben oder haben werden.	1 einfach	71,5	69,6	70,4			
	2 schwierig	10,9	11,8	11,4			
	3 weiß nicht	17,6	18,7	18,3			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	1.765	2.363	4.136			
4 Gesundheits- und Risikoverhalten							
4.1 Bewegung und sitzendes Freizeitverhalten							
MQ13 An wie vielen der vergangenen 7 Tage warst du mindestens für 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv?	0 an 0 Tagen	2,5	4,4	3,6	1,3	1,7	1,5
	1 an 1 Tag	7,1	11,7	9,6	3,7	2,7	3,2
	2 an 2 Tagen	11,8	16,6	14,4	7,9	8,1	8,0
	3 an 3 Tagen	15,4	19,3	17,5	10,4	14,4	12,4
	4 an 4 Tagen	14,7	15,1	14,9	14,7	17,2	16,0
	5 an 5 Tagen	13,0	11,9	12,6	13,8	15,5	14,6
	6 an 6 Tagen	12,3	8,4	10,1	14,1	12,9	13,5
	7 an 7 Tagen	23,2	12,5	17,4	34,1	27,5	30,7
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.565	3.132	5.706	681	703	1.386
	Mittelwert	4,37	3,61	3,95	5,02	4,78	4,90
Standardabweichung	2,06	2,01	2,07	1,925,00	1,88	1,90	

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
650	666	1.316	708	1.004	1.712	487	697	1.184
65,6	54,3	59,8	62,8	51,5	56,0	63,0	56,6	59,2
12,9	15,9	14,6	15,7	18,2	17,3	17,8	20,2	19,2
21,5	29,7	25,6	21,5	30,3	26,8	19,3	23,2	21,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
581	602	1.186	642	950	1.594	467	684	1.152
62,0	59,1	60,5	36,9	59,7	61,3	64,5	58,6	60,9
14,5	16,4	15,4	17,0	16,5	16,8	19,7	21,2	20,7
23,5	24,5	24,0	19,2	23,8	22,0	15,8	20,2	18,4
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
579	604	1.186	637	945	1.585	462	679	1.142
52,9	48,5	50,7	57,8	49,9	53,0	56,6	57,6	57,2
18,0	19,0	18,5	16,8	22,2	20,1	22,8	22,5	22,6
29,1	32,5	30,8	25,4	27,9	26,9	20,6	19,9	20,2
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
577	604	1.184	683	950	1.591	465	680	1.146
73,7	76,2	75,1	74,9	75,3	75,0	76,6	79,8	78,5
12,6	11,9	12,2	14,1	12,9	13,5	12,2	11,7	11,9
13,6	11,9	12,7	11,0	11,8	11,5	11,2	8,5	9,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
579	605	1.187	638	950	1.591	466	684	1.151
63,7	65,4	64,7	64,5	67,5	66,2	68,7	70,3	69,7
14,8	12,8	13,7	16,0	10,7	12,9	13,9	14,4	14,2
21,5	21,8	21,6	19,6	21,8	20,9	17,4	15,3	16,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
576	601	1.180	639	950	1.592	466	681	1.148
63,7	60,4	61,9	73,6	69,2	70,9	79,6	79,6	79,6
12,6	15,6	14,1	10,3	11,5	11,0	9,2	9,7	9,5
23,7	24,0	24,0	16,1	19,4	18,1	11,2	10,7	10,9
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
570	604	1.177	641	950	1.594	465	682	1.148
1,9	0,9	1,5	3,0	4,5	4,0	3,7	9,5	7,1
3,3	5,8	4,5	9,0	15,2	12,6	14,9	20,7	18,3
8,1	12,9	10,6	13,6	21,8	18,4	19,6	20,7	20,4
14,0	18,4	16,2	19,7	23,4	21,8	18,0	19,5	18,8
15,4	19,0	17,2	15,4	13,6	14,3	12,8	11,2	11,9
14,4	16,6	15,5	12,0	9,7	10,6	11,2	7,6	9,1
13,8	11,7	12,7	10,8	5,7	7,8	10,3	5,5	7,5
29,2	14,6	21,8	16,5	6,1	10,4	9,5	5,2	7,0
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
644	657	1.304	701	990	1.694	484	694	1.179
4,82	4,19	4,49	3,98	3,08	3,45	3,44	2,73	3,02
1,93	1,81	1,90	2,02	1,80	1,95	1,99	1,89	1,96

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
		2.536	3.078	5.614	691	711	1.402
NAT3 Und wie viele Stunden insgesamt warst du in den vergangenen 7 Tagen körperlich aktiv (in Schule und Freizeit)?	0 überhaupt keine	1,9	2,5	2,3	1,4	1,0	1,2
	1 eine Stunde	4,8	6,0	5,5	6,9	6,7	6,8
	2 zwei Stunden	9,3	12,7	11,1	7,9	7,6	7,7
	3 drei Stunden	12,1	16,8	14,7	11,0	11,4	11,2
	4 vier Stunden	13,7	15,9	14,9	12,4	11,1	11,7
	5 fünf Stunden	12,0	12,8	12,4	12,5	14,6	13,6
	6 sechs Stunden	10,1	10,9	10,6	9,2	14,5	11,9
	7 sieben Stunden	8,9	7,6	8,2	9,8	9,3	9,6
	8 acht Stunden oder mehr	27,1	14,7	20,3	28,9	23,8	26,2
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.503	3.033	5.545	662	685	1.349
	Mittelwert	5,15	4,46	4,77	5,23	5,16	5,19
Standardabweichung	2,64	2,24	2,32	2,40	2,29	2,34	
MQ16a Etwa wie viele Stunden an einem Schultag verbringst du normalerweise in deiner Freizeit mit Fernsehen (einschließlich Videos und DVDs)?	1 überhaupt nicht	10,4	9,0	9,6	9,0	8,1	8,5
	2 etwa eine halbe Stunde am Tag	12,5	16,6	14,8	14,4	23,7	19,2
	3 etwa 1 Stunde am Tag	23,1	24,0	23,6	27,3	26,7	26,9
	4 etwa 2 Stunden am Tag	24,9	24,3		24,5	21,1	22,7
	5 etwa 3 Stunden am Tag	15,0	13,6	14,2	12,3	9,8	11,0
	6 etwa 4 Stunden am Tag	6,8	7,0	6,9	4,9	5,3	5,1
	7 etwa 5 Stunden am Tag	2,8	3,2	3,0	1,6	2,5	2,1
	8 etwa 6 Stunden am Tag	1,1	0,8	1,0	1,3	0,8	1,1
	9 etwa 7 oder mehr Stunden am Tag	3,4	1,4	2,3	4,6	2,2	3,3
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.372	2.992	5.373	611	645	1.258
	Mittelwert	3,79	3,64	3,71	3,72	3,43	3,58
Standardabweichung	1,83	1,67	1,74	1,85	1,68	1,77	
MQ16b Etwa wie viele Stunden an einem schulfreien Tag verbringst du normalerweise in deiner Freizeit mit Fernsehen (einschließlich Videos und DVDs)?	1 überhaupt nicht	5,9	3,7	4,7	5,3	6,3	5,8
	2 etwa eine halbe Stunde am Tag	6,9	7,7	7,3	6,8	11,4	9,1
	3 etwa 1 Stunde am Tag	13,4	15,1	14,3	18,2	23,3	20,9
	4 etwa 2 Stunden am Tag	21,3	22,7	22,1	21,8	21,9	21,8
	5 etwa 3 Stunden am Tag	18,1	18,9	18,6	18,2	14,2	16,1
	6 etwa 4 Stunden am Tag	13,1	13,6	13,4	11,1	8,9	9,9
	7 etwa 5 Stunden am Tag	8,3	8,4	8,3	6,6	3,6	5,1
	8 etwa 6 Stunden am Tag	4,4	4,5	4,4	2,5	3,6	3,0
	9 etwa 7 oder mehr Stunden am Tag	8,6	5,3	6,8	9,7	6,7	8,2
	Gesamt	100,0	4,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.364	2.972	5.345	606	639	1.247
	Mittelwert	4,85	4,74	4,79	4,71	4,26	4,48
Standardabweichung	2,13	1,95	2,03	2,12	2,07	2,10	

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
650	666	1.316	708	1.004	1.712	487	697	1.184
1,6	0,8	1,3	2,1	3,2	2,9	2,5	3,9	3,3
3,3	4,6	4,0	3,8	5,7	4,9	5,3	7,1	6,4
8,0	10,2	9,1	9,2	13,5	11,7	13,5	19,5	17,0
9,9	15,4	12,8	12,9	20,8	17,4	15,6	18,2	17,1
13,4	17,4	15,4	14,7	17,3	16,2	14,2	17,3	16,0
13,2	12,2	12,7	11,4	13,6	12,7	11,0	10,2	10,5
10,9	12,5	11,7	11,9	9,5	10,5	7,8	8,0	7,9
9,9	11,6	10,7	8,9	5,7	7,0	6,1	5,3	5,6
29,7	15,3	22,3	25,1	10,7	16,7	23,9	10,7	16,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
634	648	1.285	682	954	1.639	473	666	1.140
5,41	4,80	5,09	5,11	4,15	4,55	4,72	3,91	4,24
2,28	2,14	2,24	2,31	2,12	2,26	2,42	2,20	2,33
6,9	6,4	6,7	12,7	9,3	10,7	13,6	11,6	12,4
9,8	13,9	11,9	11,5	14,1	13,0	15,4	16,5	16,1
20,7	25,0	22,8	19,9	21,1	20,6	24,3	24,7	24,6
26,1	26,0	26,0	26,3	26,5	26,4	22,3	22,8	22,7
16,6	13,8	15,1	16,2	15,3	15,7	15,0	14,9	14,9
9,8	7,5	8,6	6,9	8,3	7,7	4,9	6,0	5,5
4,1	5,0	4,5	2,8	3,5	3,2	2,7	1,9	2,2
2,3	1,4	1,9	0,5	0,7	0,6	0,0	0,4	0,3
3,8	1,0	2,4	3,2	1,1	2,0	1,8	1,0	1,3
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
610	624	1.237	653	972	1.628	448	671	1.120
4,16	3,82	3,99	3,75	3,74	3,74	3,46	3,47	3,47
1,85	1,65	1,77	1,82	1,66	1,72	1,68	1,60	1,63
4,9	2,4	3,7	6,4	2,5	4,2	6,9	4,3	5,4
6,4	7,8	7,2	5,8	5,9	5,9	9,2	6,4	7,5
10,8	15,2	13,0	10,1	12,7	11,7	15,4	10,3	12,4
20,7	24,3	22,4	21,8	22,0	21,9	20,6	22,8	21,9
17,6	19,4	18,5	19,0	20,0	19,5	18,1	22,2	20,6
12,5	12,0	12,2	14,9	15,8	15,5	14,8	16,9	16,0
9,0	8,4	8,7	10,1	11,2	10,7	6,7	9,0	8,1
6,6	5,8	6,2	4,8	4,6	4,6	3,4	3,6	3,5
11,5	4,7	8,2	7,1	5,4	6,0	4,9	4,5	4,7
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
609	618	1.230	652	967	1.622	447	668	1.116
5,15	4,77	4,96	4,92	4,98	4,95	4,51	4,84	4,71
2,22	1,90	2,08	2,07	1,88	1,96	2,01	1,86	1,93

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
		2.536	3.078	5.614	691	711	1.402
MQ17a Etwa wie viele Stunden am Tag spielst du in deiner Freizeit normalerweise Spiele am Computer, am Handy oder mit einer Spielkonsole (Playstation, Xbox, GameCube etc. mit Ausnahme von Bewegungsspielen), an Schultagen?	1 überhaupt nicht	16,8	32,6	25,6	17,5	21,8	19,7
	2 etwa eine halbe Stunde am Tag	15,3	24,3	20,3	17,8	36,7	27,6
	3 etwa 1 Stunde am Tag	21,5	15,0	17,9	24,1	16,5	20,2
	4 etwa 2 Stunden am Tag	19,2	11,4	14,9	16,7	13,0	14,7
	5 etwa 3 Stunden am Tag	11,0	5,3	7,8	9,3	4,9	7,0
	6 etwa 4 Stunden am Tag	6,7	4,1	5,2	5,6	3,3	4,4
	7 etwa 5 Stunden am Tag	4,0	2,6	3,2	3,4	1,7	2,5
	8 etwa 6 Stunden am Tag	1,4	1,2	1,3	1,0	0,6	0,8
	9 etwa 7 oder mehr Stunden am Tag	4,1	3,5	3,8	4,7	1,4	3,0
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.344	2.969	5.322	594	632	1.228
	Mittelwert	3,60	2,82	3,17	3,46	2,71	3,07
Standardabweichung	2,04	2,05	2,08	2,05	1,65	1,89	
MQ17b Etwa wie viele Stunden am Tag spielst du in deiner Freizeit normalerweise Spiele am Computer, am Handy oder mit einer Spielkonsole (Playstation, Xbox, GameCube etc. mit Ausnahme von Bewegungsspielen), an schulfreien Tagen?	1 überhaupt nicht	9,5	25,2	18,3	9,0	16,5	12,9
	2 etwa eine halbe Stunde am Tag	9,5	19,6	15,2	11,1	26,9	19,3
	3 etwa 1 Stunde am Tag	13,5	17,2	15,6	19,1	22,3	20,7
	4 etwa 2 Stunden am Tag	18,9	11,8	14,9	23,4	12,7	17,8
	5 etwa 3 Stunden am Tag	14,2	7,8	10,6	11,1	8,9	10,0
	6 etwa 4 Stunden am Tag	11,0	5,8	8,1	9,0	4,0	6,4
	7 etwa 5 Stunden am Tag	8,2	3,7	5,7	4,9	3,0	3,9
	8 etwa 6 Stunden am Tag	4,6	3,0	3,7	2,7	1,6	2,1
	9 etwa 7 oder mehr Stunden am Tag	10,4	6,0	7,9	9,6	4,1	6,7
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.328	2.964	5.299	586	629	1.216
	Mittelwert	4,70	3,40	3,97	4,34	3,27	3,79
Standardabweichung	2,36	2,34	2,44	2,26	2,02	2,20	
MQ18a Etwa wie viele Stunden am Tag nutzt du in deiner Freizeit normalerweise den Computer, ein Tablet (z.B. iPad) oder ein Smartphone zum E-mailen, Chatten, Internet-Surfen, Programmieren, Hausübungen-Machen usw., an Schultagen?	1 überhaupt nicht	11,0	10,2	10,6	22,5	22,6	22,5
	2 etwa eine halbe Stunde am Tag	20,7	21,2	21,0	27,1	33,5	30,5
	3 etwa 1 Stunde am Tag	22,9	20,6	21,6	20,4	20,2	20,4
	4 etwa 2 Stunden am Tag	18,3	15,2	16,5	14,1	10,6	12,3
	5 etwa 3 Stunden am Tag	11,2	11,5	11,3	6,4	6,1	6,2
	6 etwa 4 Stunden am Tag	5,5	7,3	6,5	3,1	3,2	3,1
	7 etwa 5 Stunden am Tag	3,7	5,2	4,6	1,9	2,2	2,1
	8 etwa 6 Stunden am Tag	2,0	2,7	2,4	1,7	0,6	1,2
	9 etwa 7 oder mehr Stunden am Tag	4,7	6,1	5,5	2,7	1,0	1,8
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.323	2.940	5.272	582	624	1.208
	Mittelwert	3,67	3,90	3,80	2,97	2,72	2,84
Standardabweichung	2,03	2,19	2,12	1,89	1,63	1,76	

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
650	666	1.316	708	1.004	1.712	487	697	1.184
9,0	19,6	14,4	18,5	37,1	29,6	22,9	47,2	37,5
13,0	23,8	18,4	12,1	20,9	17,4	20,0	18,4	19,0
20,6	18,2	19,3	20,5	12,5	15,7	20,4	14,6	16,9
20,0	16,6	18,4	20,5	10,1	14,3	20,2	8,2	13,0
15,5	6,9	11,1	10,3	5,2	7,2	8,5	3,7	5,6
7,2	5,6	6,4	8,7	4,6	6,2	4,3	2,7	3,3
6,8	2,6	4,7	3,5	3,2	3,3	2,2	2,7	2,5
2,2	1,8	2,0	1,7	1,6	1,6	0,2	0,6	0,4
5,8	4,8	5,3	4,1	4,9	4,6	1,3	1,9	1,7
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
601	621	1.225	653	966	1.622	446	670	1.117
4,14	3,32	3,73	3,65	2,89	3,20	3,02	2,36	2,63
2,09	2,11	2,14	2,08	2,25	2,22	1,72	1,85	1,83
4,8	12,1	8,6	10,5	27,8	20,8	15,2	40,3	30,2
7,5	18,9	13,3	7,5	17,7	13,6	12,4	16,5	14,9
12,3	19,9	16,1	9,8	14,2	12,4	14,3	15,3	14,9
17,0	14,2	15,6	17,4	11,0	13,5	18,6	10,2	13,5
15,5	8,4	11,9	14,9	8,5	11,0	15,2	4,8	8,9
12,7	11,1	11,9	12,9	4,6	8,0	8,6	4,2	5,9
9,5	5,0	7,2	9,8	3,9	6,3	8,4	3,1	5,2
5,8	3,7	4,7	6,3	4,2	5,1	3,2	1,8	2,3
14,8	6,6	10,6	10,8	8,2	9,3	4,3	3,9	4,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
600	619	1.222	650	968	1.620	442	668	1.111
5,25	4,00	4,61	4,93	3,54	4,10	4,07	2,80	3,31
2,34	2,30	2,40	2,40	2,55	2,58	2,20	2,18	2,29
8,1	9,3	8,8	7,1	7,2	7,2	4,5	3,9	4,2
19,3	24,3	21,8	18,6	14,9	16,4	19,0	15,9	17,1
24,8	22,9	23,8	23,6	20,5	21,7	23,3	20,0	21,3
17,3	16,2	16,8	20,9	15,2	17,5	21,0	18,6	19,6
11,2	11,8	11,5	13,0	12,5	12,7	15,2	15,0	15,0
7,0	5,2	6,1	4,9	10,4	8,1	6,1	8,3	7,5
4,4	4,6	4,5	4,0	6,0	5,2	5,0	7,0	6,2
2,0	2,0	2,0	2,5	3,8	3,3	1,6	3,6	2,8
5,9	3,8	4,8	5,5	9,4	8,0	4,3	7,7	6,3
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
596	612	1.211	652	965	1.620	442	661	1.104
3,88	3,63	3,75	3,90	4,42	4,22	3,95	4,42	4,23
2,08	1,98	2,03	2,02	2,31	2,22	1,89	2,15	2,06

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
		2.536	3.078	5.614	691	711	1.402
MQ18b Etwa wie viele Stunden am Tag nutzt du in deiner Freizeit normalerweise den Computer, ein Tablet (z.B. iPad) oder ein Smartphone zum E-mailen, Chatten, Internet-Surfen, Programmieren, Hausübungen-Machen usw., an schulfreien Tagen?	1 überhaupt nicht	10,4	9,1	9,7	19,6	17,5	18,5
	2 etwa eine halbe Stunde am Tag	16,3	17,9	17,2	21,6	32,1	27,1
	3 etwa 1 Stunde am Tag	18,2	17,7	17,9	17,1	17,8	17,5
	4 etwa 2 Stunden am Tag	18,2	14,6	16,2	18,2	12,5	15,2
	5 etwa 3 Stunden am Tag	11,7	11,3	11,5	7,8	8,7	8,2
	6 etwa 4 Stunden am Tag	8,5	9,1	8,8	6,4	5,1	5,7
	7 etwa 5 Stunden am Tag	5,1	6,7	5,9	1,7	2,1	1,9
	8 etwa 6 Stunden am Tag	3,1	4,0	3,6	2,8	1,1	1,9
	9 etwa 7 oder mehr Stunden am Tag	8,6	9,6	9,2	4,8	3,0	3,9
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.313	2.994	5.265	578	623	1.202
	Mittelwert	4,17	4,33	4,26	3,42	3,10	3,26
	Standardabweichung	2,30	2,39	2,35	2,15	1,91	2,03
Sitzendes Freizeitverhalten an Schultagen (berechnete Variable)	Mittelwert	5,69	5,18	5,40	4,93	3,83	4,36
	Standardabweichung	4,15	3,82	3,98	4,26	3,40	3,88
Sitzendes Freizeitverhalten an schulfreien Tagen (berechnete Variable)	Mittelwert	8,13	7,06	7,53	6,98	5,35	6,13
	Standardabweichung	5,00	4,64	4,83	5,01	4,57	4,85
4.2 Ernährung							
Wie oft in der Woche isst oder trinkst du normalerweise die folgenden Dinge?	1 nie	1,7	0,6	1,2	1,6	0,6	1,1
	2 seltener als einmal in der Woche	6,8	4,4	5,5	3,8	3,7	3,7
MQ6a Obst/Früchte	3 einmal wöchentlich	12,7	8,4	10,3	10,8	5,6	8,2
	4 an 2-4 Tagen in der Woche	27,1	22,6	24,6	22,1	15,8	18,9
	5 an 5-6- Tagen in der Woche	14,1	15,1	14,6	10,1	15,2	12,7
	6 einmal täglich	21,0	24,8	23,1	27,0	27,5	27,4
	7 mehrmals täglich	16,4	24,1	20,7	24,6	31,6	28,1
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.574	3.147	5.730	684	709	1.395
MQ6b Gemüse	1 nie	4,0	1,6	2,7	3,4	2,6	3,0
	2 seltener als einmal in der Woche	8,9	5,7	7,1	10,8	6,8	8,7
	3 einmal wöchentlich	15,0	12,0	13,3	17,7	13,5	15,5
	4 an 2-4 Tagen in der Woche	27,8	25,6	26,5	19,8	20,5	20,1
	5 an 5-6- Tagen in der Woche	19,0	20,4	19,7	16,5	19,7	18,2
	6 einmal täglich	17,4	22,0	20,0	19,8	21,9	20,9
	7 mehrmals täglich	8,0	12,8	10,6	12,0	15,1	13,5
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.556	3.134	5.699	677	704	1.383

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
650	666	1.316	708	1.004	1.712	487	697	1.184
6,9	8,6	7,9	5,5	6,5	6,2	9,3	5,3	6,9
14,8	17,1	16,0	15,2	12,2	13,4	13,4	13,5	13,5
17,4	20,4	18,9	20,0	16,8	18,0	19,1	17,4	18,1
16,2	18,4	17,4	18,6	12,2	14,8	20,9	17,0	18,5
12,8	11,1	11,9	12,9	12,3	12,5	13,0	12,3	12,7
10,6	8,5	9,5	8,6	11,8	10,5	8,4	9,8	9,2
6,4	7,0	6,7	5,7	7,8	6,9	6,6	8,7	7,9
4,0	2,9	3,5	3,4	5,5	4,6	1,6	5,4	3,9
10,8	6,0	8,4	10,1	14,7	13,0	7,7	10,5	9,4
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
593	614	1.209	651	964	1.618	440	665	1.106
4,56	4,10	4,32	4,44	4,94	4,74	4,21	4,72	4,52
2,36	2,17	2,28	2,28	2,50	2,43	2,19	2,34	2,29
6,61	5,42	6,00	5,88	5,84	5,86	5,12	5,13	5,13
4,48	3,99	4,28	4,04	3,95	3,99	3,35	3,38	3,36
9,23	7,30	8,24	8,66	8,01	8,28	7,31	7,03	7,14
5,21	4,70	5,05	4,91	4,70	4,79	4,28	4,02	4,13
1,9	0,5	1,2	1,7	0,5	1,1	1,2	0,6	0,8
7,6	4,7	6,1	8,0	5,6	6,6	8,5	3,5	5,5
9,3	6,7	7,9	14,5	10,2	12,0	16,5	9,7	12,5
27,0	21,1	24,0	29,5	26,3	27,6	31,0	25,6	27,8
13,1	11,5	12,3	18,8	15,8	17,1	14,3	17,1	15,9
23,9	29,9	26,9	17,0	23,1	20,6	15,7	20,2	18,3
17,3	25,6	21,5	10,5	18,4	15,1	12,8	23,3	19,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
648	659	1.310	704	998	1.705	484	694	1.179
5,0	1,5	3,3	4,4	1,2	2,7	2,7	0,7	1,5
10,5	7,4	8,9	7,7	5,4	6,4	5,4	3,3	4,2
17,0	12,7	14,8	13,6	12,7	13,0	11,0	8,8	9,7
23,3	24,7	23,9	32,2	29,8	30,7	37,2	25,8	30,4
19,5	19,9	19,7	21,0	19,7	20,2	19,6	22,7	21,4
17,0	20,8	19,0	15,5	20,3	18,4	17,8	25,3	22,2
7,7	13,0	10,4	5,6	10,9	8,7	6,4	13,4	10,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
640	653	1.296	701	994	1.698	484	695	1.180

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
		2.536	3.078	5.614	691	711	1.402
MQ6c Süßigkeiten / Schokolade	1 nie	2,1	1,3	1,7	2,2	1,6	1,9
	2 seltener als einmal in der Woche	11,8	10,4	11,0	14,7	14,2	14,5
	3 einmal wöchentlich	16,8	15,2	15,9	18,1	19,7	18,9
	4 an 2-4 Tagen in der Woche	28,5	28,5	28,5	24,6	24,3	24,5
	5 an 5-6- Tagen in der Woche	15,3	14,9	15,0	13,3	12,9	13,1
	6 einmal täglich	16,1	19,5	18,0	18,1	19,7	18,9
	7 mehrmals täglich	9,5	10,1	9,9	8,8	7,7	8,2
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.560	3.136	5.704	678	705	1.384
MQ6d Zuckerhaltige Limonaden (Cola, etc.)	1 nie	6,8	12,7	10,0	9,0	16,0	12,6
	2 seltener als einmal in der Woche	21,2	33,9	28,2	34,0	39,3	36,7
	3 einmal wöchentlich	18,8	16,8	17,7	20,8	18,0	19,4
	4 an 2-4 Tagen in der Woche	21,7	17,8	19,6	16,1	11,9	13,9
	5 an 5-6- Tagen in der Woche	11,4	6,1	8,5	6,1	4,1	5,1
	6 einmal täglich	9,8	6,7	8,0	7,7	6,2	6,9
	7 mehrmals täglich	10,4	6,0	8,0	6,4	4,4	5,3
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.559	3.139	5.707	677	705	1.384
MQ6e Junkfood (z.B. Pizza, Döner, Burger, etc.)	1 nie	4,0	5,8	5,0	7,1	8,2	7,7
	2 seltener als einmal in der Woche	39,7	53,0	47,0	49,0	59,9	54,6
	3 einmal wöchentlich	26,3	22,5	24,2	19,7	17,2	18,5
	4 an 2-4 Tagen in der Woche	19,0	12,9	15,6	12,0	8,1	10,0
	5 an 5-6 Tagen in der Woche	5,4	2,7	3,9	6,5	2,6	4,5
	6 einmal täglich	3,0	1,9	2,4	2,4	2,4	2,4
	7 mehrmals täglich	2,7	1,2	1,9	3,3	1,6	2,4
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.551	3.132	5.692	675	704	1.381
MQ5a Wie häufig frühstückst du normalerweise (mehr als nur ein Getränk) an Schultagen?	1 ich frühstücke nie an Schultagen	30,6	34,3	32,7	22,3	22,4	22,3
	2 an einem Schultag in der Woche	3,5	4,0	3,8	4,4	3,3	3,8
	3 an zwei Schultagen in der Woche	3,2	4,0	3,6	3,1	3,3	3,2
	4 an 3 Schultagen in der Woche	4,0	5,0	4,5	2,7	3,8	3,3
	5 an 4 Schultagen in der Woche	3,7	4,0	3,9	3,0	4,0	3,5
	6 an 5 Schultagen in der Woche	50,5	45,4	47,7	58,6	57,8	58,3
	7 an sechs Schultagen in der Woche (wenn du samstags Schule hast)	4,4	3,3	3,8	5,9	5,4	5,6
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.562	3.139	5.709	677	702	1.381
MQ7a Wie oft frühstückst du gemeinsam mit deiner Mutter oder deinem Vater?	1 nie	13,1	14,7	14,0	6,6	5,0	5,8
	2 seltener als einmal in der Woche	11,9	13,9	13,0	8,1	8,6	8,3
	3 an 1-2 Tagen in der Woche	30,9	35,1	33,2	24,7	26,5	25,7
	4 an 3-4 Tagen in der Woche	9,2	8,2	8,7	9,5	10,6	10,0
	5 an 5-6 Tagen in der Woche	10,5	9,7	10,1	10,0	13,0	11,5
	6 jeden Tag	24,5	18,3	21,0	41,1	36,4	38,7
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.566	3.142	5.717	681	701	1.384

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
650	666	1.316	708	1.004	1.712	487	697	1.184
1,1	0,8	0,9	1,1	1,1	1,1	3,5	2,0	2,6
9,8	10,0	9,9	9,0	7,7	8,2	14,1	10,4	11,9
18,2	13,4	15,8	15,8	14,2	14,8	13,9	14,6	14,3
27,4	24,9	26,2	30,5	29,8	30,1	32,7	33,7	33,3
15,0	14,7	14,8	16,1	16,5	16,4	18,0	15,3	16,4
16,4	24,0	20,2	17,0	20,3	18,9	11,8	14,7	13,5
12,1	12,3	12,3	10,5	10,4	10,5	6,0	9,4	8,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
642	659	1.304	702	992	1.697	483	694	1.178
5,6	8,7	7,1	4,6	10,7	8,2	7,9	16,3	12,8
19,1	37,2	28,3	14,6	29,7	23,4	15,1	30,8	24,4
20,0	17,4	18,6	16,7	15,4	15,9	17,8	17,0	17,3
21,1	17,2	19,1	25,2	20,0	22,2	26,3	21,2	23,3
11,8	7,8	9,7	15,4	7,7	10,9	12,4	4,8	7,9
9,6	5,3	7,4	12,4	9,2	10,5	9,3	4,6	6,5
12,7	6,4	9,6	11,1	7,2	8,9	11,0	5,3	7,7
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
644	656	1.303	701	997	1.701	482	694	1.177
3,0	5,6	4,3	2,7	5,4	4,3	2,3	3,8	3,2
43,9	55,6	49,8	31,9	46,8	40,6	32,3	52,8	44,3
27,3	23,5	25,4	30,5	23,4	26,3	28,2	26,5	27,2
13,9	9,5	11,6	24,2	17,4	20,2	27,7	13,9	19,6
4,7	2,1	3,4	4,7	3,8	4,2	6,0	1,6	3,4
3,9	2,1	3,0	3,4	2,1	2,7	2,1	1,2	1,5
3,3	1,5	2,5	2,4	1,1	1,7	1,4	0,3	0,9
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
640	655	1.298	698	996	1.697	483	690	1.174
31,2	37,9	34,6	34,0	40,5	37,9	34,4	33,3	33,7
3,4	4,6	4,0	2,6	3,6	3,2	3,7	4,6	4,2
2,3	3,0	2,7	3,4	4,6	4,1	4,3	4,6	4,5
4,5	4,6	4,5	3,8	5,6	4,9	5,2	6,1	5,7
4,7	3,5	4,1	2,6	3,9	3,3	5,4	4,8	5,0
48,5	43,7	46,1	49,3	38,9	43,2	45,5	45,0	45,3
5,4	2,7	4,1	4,3	2,9	3,5	1,4	1,6	1,5
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
645	657	1.305	702	1.000	1.704	483	693	1.177
11,0	12,0	11,7	14,9	18,0	16,8	20,8	21,3	21,2
9,8	10,3	10,0	14,8	16,4	15,7	16,0	19,1	17,8
29,4	36,1	32,7	33,9	40,0	37,4	36,4	35,7	35,9
12,5	9,1	10,8	7,4	7,4	7,4	6,7	6,6	6,6
9,8	11,2	10,5	13,4	7,6	10,0	8,9	8,3	8,6
27,6	21,4	24,4	15,6	10,6	12,7	11,2	8,9	9,9
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
646	660	1.309	703	1.000	1.706	481	695	1.177

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
		2.536	3.078	5.614	691	711	1.402
MQ7b Wie oft isst du gemeinsam mit deiner Mutter oder deinem Vater zu Abend?	1 nie	6,1	7,8	7,1	2,2	2,7	2,5
	2 seltener als einmal in der Woche	7,4	9,5	8,6	4,6	4,9	4,8
	3 an 1-2 Tagen in der Woche	14,3	14,6	14,5	7,7	7,2	7,5
	4 an 3-4 Tagen in der Woche	16,5	16,4	16,4	12,5	11,1	11,8
	5 an 5-6 Tagen in der Woche	18,3	16,2	17,1	16,6	15,6	16,1
	6 jeden Tag	37,5	35,5	36,4	56,3	58,3	57,3
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.552	3.125	5.686	673	691	1.366
4.3 Konsum psychoaktiver Substanzen							
MQ20 Wie oft rauchst du derzeit Tabak?	1 jeden Tag	7,1	7,0	7,1	0,4	0,1	0,3
	2 einmal oder öfter pro Woche, aber nicht jeden Tag	2,9	4,0	3,5	0,3	0,3	0,3
	3 seltener als einmal pro Woche	4,9	5,5	5,2	0,4	0,1	0,3
	4 ich rauche gar nicht	85,1	83,5	84,2	98,8	99,4	99,1
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.539	3.113	5.661	678	699	1.379
Wie oft trinkst du derzeit alkoholische Getränke, wie Bier, Wein oder Spirituosen? (Denke dabei auch an Gelegenheiten, bei denen du nur kleine Mengen getrunken hast!)	1 täglich	2,3	1,3	1,8	2,4	2,3	2,3
	2 jede Woche	13,1	3,7	7,9	0,1	0,0	0,1
	3 jeden Monat	8,1	5,4	6,6	0,9	0,1	0,5
	4 seltener	14,8	11,4	12,9	5,4	1,0	3,1
	5 nie	61,6	78,2	70,8	91,2	96,6	93,9
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
MQ23a Bier	Anzahl	2.536	3.117	5.661	669	700	1.371
MQ23b Wein, G'spritzter, Sekt	1 täglich	1,6	1,2	1,4	1,9	2,4	2,2
	2 jede Woche	4,2	4,7	4,5	0,3	0,0	0,1
	3 jeden Monat	6,0	9,8	8,1	0,3	0,3	0,3
	4 seltener	18,6	21,2	20,1	4,0	1,4	2,8
	5 nie	69,6	63,1	65,9	93,4	95,8	94,6
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.519	3.101	5.629	667	697	1.366
MQ23c Spirituosen (Schnaps, Wodka, Gin, Whiskey, Rum, etc.)	1 täglich	1,6	1,4	1,5	2,3	2,3	2,3
	2 jede Woche	7,7	6,7	7,1	0,2	0,0	0,1
	3 jeden Monat	10,5	12,8	11,7	0,5	0,1	0,3
	4 seltener	13,3	15,2	14,3	1,2	0,4	0,8
	5 nie	66,9	63,9	65,2	95,9	97,1	96,6
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.512	3.101	5.620	665	698	1.365
MQ23d Alkopops (z.B. Smirnoff Ice, Bacardi Breezer, Feigling Eyes)	1 täglich	1,8	1,4	1,6	2,1	2,3	2,2
	2 jede Woche	6,1	5,5	5,7	0,0	0,0	0,0
	3 jeden Monat	7,7	10,9	9,5	0,3	0,1	0,2
	4 seltener	12,6	15,0	13,9	0,9	0,0	0,4
	5 nie	71,9	67,1	69,3	96,7	97,5	97,1
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.512	3.098	5.618	663	693	1.358

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
650	666	1.316	708	1.004	1.712	487	697	1.184
6,2	8,1	7,2	7,1	8,5	8,1	8,3	10,5	9,7
6,4	8,8	7,7	8,1	9,8	9,1	11,9	14,0	13,1
7,5	8,8	8,1	18,7	17,9	18,2	26,3	22,4	23,9
15,5	13,4	14,4	19,5	20,7	20,2	18,8	19,2	19,0
21,4	17,2	19,2	18,4	17,3	17,7	17,1	14,1	15,3
43,0	43,8	43,3	28,1	25,9	26,7	17,7	19,8	18,9
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
644	658	1.305	701	997	1.701	480	693	1.174
1,6	0,9	1,4	9,6	9,6	9,7	18,8	14,3	16,2
2,5	1,2	1,9	4,6	5,9	5,4	4,4	7,2	6,1
3,3	3,2	3,3	8,2	8,6	8,4	8,2	9,0	8,6
92,6	94,6	93,5	77,6	75,9	76,5	68,6	69,4	69,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
637	649	1.289	691	988	1.682	478	690	1.169
2,7	1,8	2,3	1,6	0,6	1,1	2,7	0,4	1,4
0,9	0,5	0,7	16,9	2,8	8,7	41,8	11,4	23,8
2,0	1,4	1,8	13,9	6,8	9,7	17,4	12,4	14,4
13,8	7,1	10,4	22,4	14,4	17,7	17,8	21,5	20,0
80,6	89,3	84,8	45,2	75,3	62,8	20,3	54,3	40,4
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
638	652	1.293	697	985	1.684	478	693	1.172
2,4	1,5	2,0	1,0	0,6	0,9	0,9	0,3	0,5
0,6	0,3	0,5	3,0	3,8	3,5	16,0	14,8	15,3
1,9	1,4	1,7	7,2	10,6	9,2	17,0	25,4	22,0
13,6	12,8	13,2	27,8	32,2	30,3	32,6	33,7	33,3
81,5	84,0	82,6	60,9	52,9	56,1	33,6	25,7	28,9
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
638	648	1.289	691	982	1.676	470	688	1.159
2,4	1,9	2,2	0,9	0,9	1,0	0,6	0,3	0,4
0,5	0,3	0,4	7,7	6,5	7,0	28,3	19,8	23,2
2,2	1,6	2,0	15,6	15,0	15,2	27,6	32,5	30,5
8,9	5,7	7,3	22,1	23,4	22,8	22,6	25,9	24,5
86,1	90,5	88,2	53,8	54,2	54,0	20,9	21,5	21,3
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
631	645	1.279	688	984	1.673	474	687	1.162
2,9	2,0	2,5	0,9	1,0	1,0	0,8	0,3	0,5
0,8	0,3	0,5	7,0	6,0	6,4	20,3	15,2	17,3
1,6	0,9	1,3	12,5	14,9	13,9	19,1	25,3	22,8
6,7	4,5	5,6	20,2	19,8	20,0	25,8	31,5	29,2
88,1	92,2	90,1	59,5	58,3	58,8	34,0	27,6	30,3
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
630	645	1.278	689	983	1.674	477	691	1.169

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
		2.536	3.078	5.614	691	711	1.402
MQ23e Most	1 täglich	2,0	1,4	1,7	2,1	2,4	2,3
	2 jede Woche	1,1	0,3	0,7	0,6	0,0	0,3
	3 jeden Monat	3,8	1,3	2,4	0,5	0,3	0,4
	4 seltener	15,7	11,3	13,3	4,5	1,4	3,0
	5 nie	77,4	85,7	82,0	92,3	95,8	94,0
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.502	3.090	5.600	661	698	1.361
MQ23f irgendein anderes alkoholisches Getränk	1 täglich	2,0	1,5	1,7	2,1	2,3	2,2
	2 jede Woche	5,5	3,9	4,6	0,2	0,3	0,2
	3 jeden Monat	7,2	9,4	8,4	0,9	0,3	0,6
	4 seltener	16,6	18,9	17,9	3,2	0,7	1,9
	5 nie	68,7	66,4	67,4	93,7	96,4	95,1
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	26	3.083	5.600	665	697	1.364
Alkoholkonsum insgesamt (berechnete Variable)	1 täglich	3,2	1,8	2,5	3,0	2,8	2,9
	2 jede Woche	16,2	11,8	13,8	1,0	0,1	0,6
	3 jeden Monat	11,8	16,7	14,5	1,9	0,4	1,2
	4 seltener	19,3	21,6	20,6	10,9	3,4	7,2
	5 nie	49,4	48,1	48,7	83,1	93,2	88,2
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.557	3.132	5.698	676	703	1.381
An wie vielen Tagen (wenn überhaupt) hast du Alkohol getrunken? MQ22a in deinem Leben	1 nie	51,3	48,8	49,9	90,3	96,9	93,6
	2 1-2 Tage	11,9	10,9	11,3	6,6	1,9	4,2
	3 3-5 Tage	6,3	5,7	6,0	1,3	0,6	0,9
	4 6-9 Tage	4,2	5,5	4,9	0,1	0,4	0,3
	5 10-19 Tage	6,2	6,3	6,3	0,6	0,3	0,4
	6 20-29 Tage	3,1	5,9	4,6	0,4	0,0	0,2
	7 30 Tage oder mehr	16,8	17,0	16,9	0,6	0,0	0,3
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Anzahl	2.520	3.097	6.525	668,0	699	1.369	
MQ22b in den letzten 30 Tagen	1 nie	65,3	61,3	63,1	96,0	99,1	97,6
	2 1-2 Tage	15,4	19,6	17,7	3,2	0,6	1,9
	3 3-5 Tage	9,0	11,2	10,2	0,3	0,1	0,2
	4 6-9 Tage	5,6	5,3	5,4	0,0	0,1	0,1
	5 10-19 Tage	2,9	1,7	2,3	0,2	0,0	0,1
	6 20-29 Tage	0,6	0,2	0,4	0,2	0,0	0,1
	7 30 Tage oder mehr	1,2	0,7	1,0	0,2	0,0	0,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Anzahl	2.447	3.039	5.493	648	688	1.337	

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
650	666	1.316	708	1.004	1.712	487	697	1.184
3,2	2,2	2,7	1,2	0,7	0,9	1,5	0,4	0,9
1,4	0,0	0,7	1,0	0,4	0,7	1,7	0,7	1,1
2,4	0,3	1,4	5,1	1,6	3,1	8,3	3,1	5,2
11,9	7,3	9,5	19,2	12,0	15,0	30,9	23,5	26,5
81,2	90,2	85,6	73,5	85,2	80,4	57,6	72,3	66,3
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
632	644	1.279	687	976	1.665	469	685	1.155
2,8	2,0	2,5	1,5	1,0	1,3	1,1	0,3	0,6
1,3	0,9	1,1	7,5	4,8	5,9	16,3	9,4	12,2
3,3	2,9	3,2	10,0	12,2	11,3	17,1	19,9	18,7
14,3	12,0	13,1	24,1	27,4	26,1	28,1	31,5	30,1
78,3	82,2	80,1	56,9	54,5	55,4	37,5	39,0	38,3
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
635	650	1.288	689	980	1.671	467	670	1.138
3,9	2,3	3,1	2,3	1,3	1,8	3,7	0,6	1,9
2,8	1,2	2,0	20,6	12,2	15,6	49,2	32,3	39,2
5,4	4,0	4,8	18,7	21,4	20,3	23,9	37,6	31,9
24,5	22,5	23,4	27,1	34,2	31,3	12,0	20,3	17,0
63,4	70,0	66,7	31,3	30,9	31,0	11,2	9,2	10,0
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
645	654	1.302	700	994	1.697	482	694	1.177
70,7	73,8	72,2	26,8	27,6	27,2	7,5	8,9	8,4
15,4	15,4	15,3	17,2	17,3	17,3	6,8	6,5	6,6
5,5	4,5	5,0	12,3	11,0	11,5	6,0	4,8	5,3
1,7	2,8	2,2	11,1	11,1	11,1	3,0	5,7	4,6
3,3	1,5	2,4	10,9	11,7	11,4	11,9	8,9	10,2
1,1	1,1	1,1	5,5	9,4	7,8	6,2	11,0	9,0
2,4	0,9	1,8	16,2	11,8	13,7	58,6	54,1	55,9
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
638	649	1.290	691	981	1.674	469	682	1.152
87,0	89,0	87,9	48,3	48,1	48,2	18,7	17,5	18,0
8,6	7,6	8,1	27,7	29,9	29,0	23,6	35,0	30,3
2,4	2,1	2,2	12,3	13,2	12,8	24,7	27,1	26,1
1,0	0,3	0,6	6,7	4,9	5,6	18,0	16,1	16,9
0,8	0,0	0,4	3,0	2,5	2,7	9,4	3,9	6,1
0,0	0,3	0,2	0,4	0,3	0,4	2,1	0,1	10,0
0,2	0,6	0,6	1,5	1,1	1,3	3,4	0,3	1,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
614	629	1.246	667	964	1.633	466	675	1.142

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
		2.536	3.078	5.614	691	711	1.402
Hast du jemals so viel Alkohol getrunken, dass du richtig betrunken warst? MQ25a in deinem Leben	1 nein, nie	67,4	67,4	67,4	96,9	99,0	98,0
	2 ja, einmal	9,6	10,8	10,3	2,1	0,6	1,3
	3 ja, 2-3 Mal	8,6	11,1	10,0	0,1	0,3	0,2
	4 ja, 4-10 Mal	6,3	6,2	6,2	0,6	0,0	0,3
	5 ja, öfter als 10 Mal	8,0	4,5	6,1	0,3	0,1	0,2
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.536	3.116	5.659	671	699	1.372
MQ25b in den letzten 30 Tagen	1 nein, nie	84,3	86,3	85,4	99,1	99,7	99,4
	2 ja, einmal	8,8	9,3	9,1	0,6	0,1	0,4
	3 ja, 2-3 Mal	4,8	3,3	4,0	0,0	0,0	0,0
	4 ja, 4-10 Mal	1,5	0,8	1,1	0,2	0,0	0,1
	5 ja, öfter als 10 Mal	0,7	0,2	0,5	0,2	0,1	0,2
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.428	3.001	5.438	646,0	685	1.333
Hast Du jemals Cannabis (Haschisch, Marihuana) genommen? MQ27a in deinem Leben	1 nie	79,7	85,7	83,3			
	2 1-2 Mal	7,3	6,5	6,9			
	3 3-5 Mal	4,3	2,8	3,4			
	4 6-9 Mal	1,9	1,6	1,7			
	5 10-19 Mal	2,1	1,4	1,7			
	6 20-29 Mal	1,0	0,2	0,5			
	7 30 Mal oder öfter	3,7	1,7	2,5			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
Anzahl	1.131	1.680	2.814				
MQ27b in den letzten 30 Tagen	1 nie	92,3	95,1	93,9			
	2 1-2 Mal	3,2	3,3	3,2			
	3 3-5 Mal	1,4	0,4	0,8			
	4 6-9 Mal	0,5	0,4	0,5			
	5 10-19 Mal	0,8	0,4	0,5			
	6 20-29 Mal	0,6	0,1	0,3			
	7 30 Mal oder öfter	1,1	0,4	0,7			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
Anzahl	1.107	1.653	2.763				
4.4 Gewalt							
MQ39 Wie oft warst du während der letzten 12 Monate an einem Kampf oder an einer Rauferei beteiligt?	1 ich war in den letzten 12 Monaten an keinem Kampf / keiner Rauferei beteiligt	49,7	85,7	69,6	43,0	80,9	62,4
	2 einmal	22,0	8,1	14,3	25,1	10,2	17,5
	3 zweimal	10,4	2,8	6,2	11,9	3,6	7,8
	4 dreimal	6,9	1,1	3,7	7,8	1,9	4,8
	5 viermal oder öfter	11,1	2,3	6,2	12,1	3,4	7,6
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.510	3.093	5.602	653	685	1.340

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
650	666	1.316	708	1.004	1.712	487	697	1.184
88,0	91,2	89,5	55,2	62,6	59,6	18,4	23,2	21,3
7,2	6,2	6,6	17,3	15,9	16,5	11,7	18,3	15,6
3,4	1,7	2,6	13,0	14,2	13,7	21,1	25,7	23,8
0,3	0,5	0,4	8,8	4,5	6,3	18,4	18,8	18,6
1,1	0,5	0,9	5,6	2,7	3,9	30,3	14,1	20,7
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
641	650	1.294	692	990	1.683	478	690	1.169
96,9	98,1	97,4	79,3	83,6	81,7	54,1	66,1	61,3
2,5	1,4	1,9	13,3	12,0	12,5	21,9	21,8	21,8
0,5	0,0	0,2	5,5	3,8	4,5	16,3	9,3	12,1
0,2	0,2	0,2	1,2	0,5	0,8	5,8	2,6	3,9
0,0	0,3	0,3	0,7	0,0	0,4	1,8	0,2	0,8
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
612,0	637	1.252	671	941	1.615	447	655	1.103
			86,8	92,0	89,9	70,3	78,2	75,0
			5,1	4,8	4,9	10,2	8,9	9,4
			2,8	1,6	2,1	5,8	4,5	5,0
			1,0	0,8	0,9	3,1	2,4	2,7
			0,8	0,3	0,5	4,2	2,9	3,4
			0,3	0,0	0,1	2,0	0,6	1,2
			3,1	0,6	1,7	4,4	2,6	3,3
			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			608	901	1.511	451	666	1.118
			94,3	97,9	96,3	89,4	92,1	91,0
			2,4	1,5	1,8	4,5	5,6	5,2
			0,8	0,1	0,4	2,5	0,8	1,5
			0,7	0,0	0,3	0,5	0,9	0,7
			0,5	0,2	0,3	1,4	0,6	0,9
			0,3	0,0	0,1	0,9	0,0	0,4
			1,0	0,3	0,7	0,9	0,0	0,4
			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			594	885	1.481	442	657	1.100
41,5	85,7	63,7	55,5	85,8	73,4	59,6	90,6	78,0
24,5	8,8	16,5	19,4	7,9	12,6	18,4	5,5	10,8
11,8	1,7	6,7	10,9	3,2	6,4	5,9	2,5	3,9
8,2	0,5	4,3	5,2	1,4	3,0	6,8	0,6	3,1
14,0	3,4	8,8	8,9	1,6	4,6	9,3	0,9	4,3
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
636	649	1.288	686	988	1.676	473	688	1.162

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
		2.536	3.078	5.614	691	711	1.402
MQ41 Wie oft bist du in den letzten paar Monaten in der Schule schikaniert worden?	1 Ich wurde in den letzten paar Monaten in der Schule nicht schikaniert	62,0	72,1	67,6	59,3	68,1	63,8
	2 das ist ein- oder zweimal passiert	21,5	17,8	19,5	21,6	19,9	20,7
	3 zwei- oder dreimal pro Monat	5,4	3,1	4,1	7,3	3,8	5,5
	4 ungefähr einmal pro Woche	5,7	3,8	4,6	5,5	3,9	4,7
	5 mehrmals pro Woche	5,4	3,2	4,2	6,3	4,2	5,2
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.505	3.093	5.604	656	684	1.341
MQ40 Wie oft hast du in den letzten paar Monaten dabei mitgemacht, wenn jemand in der Schule schikaniert wurde?	1 Ich habe in den letzten paar Monaten niemanden in der Schule schikaniert	54,8	73,4	65,0	67,2	76,6	72,0
	2 das ist ein- oder zweimal passiert	25,8	18,5	21,7	21,9	16,6	19,2
	3 zwei- oder dreimal pro Monat	7,3	3,5	5,2	4,4	2,9	3,7
	4 ungefähr einmal pro Woche	5,8	2,5	4,0	3,1	2,2	2,6
	5 mehrmals pro Woche	6,3	2,1	4,1	3,4	1,7	2,5
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.498	3.091	5.599	652	687	1.341
Wie oft wurdest du in der Schule auf folgende Art schikaniert? MQ42a Jemand hat über mich SMS, Postings, E-mails oder Textnachrichten geschickt oder etwas ins Netz gestellt und sich so über mich lustig gemacht.	1 wurde in den vergangenen Monaten nicht auf diese Art schikaniert	93,1	92,7	92,9	92,2	91,3	91,7
	2 ein oder zwei Mal	4,9	5,7	5,4	5,7	7,2	6,5
	3 zwei oder drei Mal im Monat	0,7	0,6	0,7	0,3	0,1	0,2
	4 ungefähr ein Mal pro Woche	0,4	0,3	0,3	0,6	0,1	0,4
	5 mehrmals pro Woche	0,9	0,6	0,8	1,2	1,2	1,2
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.480	3.083	5.573	650	676	1.328
MQ42b Jemand nahm beleidigende oder peinliche Fotos von mir auf und stellte sie ins Netz.	1 wurde in den vergangenen Monaten nicht auf diese Art schikaniert	94,6	96,3	95,5	93,8	97,2	95,5
	2 ein oder zwei Mal	3,7	2,8	3,2	3,9	1,6	2,7
	3 zwei oder drei Mal im Monat	0,7	0,2	0,5	1,1	0,1	0,6
	4 ungefähr ein Mal pro Woche	0,1	0,2	0,1	0,0	0,3	0,2
	5 mehrmals pro Woche	0,9	0,5	0,7	1,2	0,7	1,0
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.460	3.062	5.531	643	676	1.321
Opfer-Täter-Typologie (berechnete Variable)	1 Weder Opfer noch Täter	40,2	57,7	49,9	47,2	58,2	52,8
	2 Opfer	21,8	14,4	17,7	12,3	9,8	11,0
	3 Täter	14,7	15,7	15,2	20,1	18,6	19,3
	4 Sowohl Opfer als auch Täter	23,3	12,2	17,2	20,4	13,3	16,8
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.490	3.078	5.574	651	682	1.334
4.5 Sexualität und Verhütung							
MQ29 Hast du schon einmal Geschlechtsverkehr gehabt (mit jemanden geschlafen)?	1 ja	36,6	35,7	36,1			
	2 nein	63,4	64,3	63,9			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	1.043	1.626	2.674			

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
650	666	1.316	708	1.004	1.712	487	697	1.184
54,5	62,7	58,7	68,5	74,7	72,1	65,1	80,5	74,2
25,5	20,7	23,1	19,3	17,4	18,2	20,0	14,4	16,7
5,5	3,7	4,6	4,7	3,1	3,8	4,0	2,0	2,8
7,4	6,7	7,0	4,1	2,8	3,3	6,3	2,0	3,8
7,1	6,2	6,6	3,5	2,0	2,7	4,6	1,0	2,5
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
635	646	1.283	685	991	1.678	475	687	1.163
45,3	69,6	57,5	52,9	68,3	61,9	53,7	81,3	70,0
30,9	20,1	25,4	27,4	22,5	24,4	22,7	13,0	17,0
9,1	3,4	6,2	8,1	4,2	5,8	6,9	2,9	4,6
7,3	3,9	5,5	5,7	2,2	3,6	7,2	2,3	4,3
7,4	3,1	5,4	6,0	2,8	4,2	9,5	0,4	4,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
634	647	1.284	683	987	1.673	475	685	1.161
91,7	92,2	91,9	94,1	92,1	92,8	94,5	96,1	95,4
5,0	5,4	5,2	4,2	6,3	5,4	5,1	3,6	4,2
1,6	1,1	1,3	0,4	1,1	0,8	0,4	0,1	0,3
0,2	0,6	0,4	0,4	0,2	0,3	0,0	0,1	0,1
1,4	0,8	1,1	0,7	0,3	0,6	0,0	0,0	0,0
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
624	650	1.277	683	987	1.673	472	686	1.159
94,7	94,2	94,5	94,4	96,6	95,5	96,0	97,1	96,6
3,6	4,4	4,0	4,3	2,9	3,5	3,2	2,8	2,9
0,6	0,3	0,5	0,6	0,3	0,4	0,6	0,0	0,3
0,2	0,3	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
1,0	0,8	0,9	0,6	0,2	0,5	0,2	0,0	0,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
618	643	1.264	676	978	1.657	472	682	1.155
27,6	48,6	38,1	41,9	55,3	49,7	44,6	68,7	58,9
26,9	13,9	20,5	26,6	19,5	22,3	20,5	11,9	15,4
17,7	20,7	19,2	11,2	13,0	12,2	8,9	12,6	11,1
27,7	16,8	22,2	20,4	12,3	15,7	26,0	6,9	14,7
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
631	642	1.275	681	986	1.669	473	683	1.157
			24,2	19,4	21,4	52,5	56,3	54,8
			75,8	80,6	78,6	47,5	43,6	45,2
			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			571	882	1.456	419	645	1.065

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
		2.536	3.078	5.614	691	711	1.402
MQ30 Als du das letzte Mal Geschlechtsverkehr hattest (mit jemanden geschlafen hast), hast du oder dein Partner ein Kondom benutzt?	1 ja	69,8	57,7	62,3			
	2 nein	21,5	39,4	32,4			
	3 weiß nicht	8,8	2,9	5,3			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	377	591	971			
MQ31 Als du das letzte Mal Geschlechtsverkehr hattest (mit jemanden geschlafen hast), hast du oder deine Partnerin die Antibabypille benutzt?	1 ja	51,7	57,4	55,1			
	2 nein	29,1	40,9	36,3			
	3 weiß nicht	19,2	1,7	8,6			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	375	587	965			
MQ32 Als du das letzte Mal Geschlechtsverkehr hattest (mit jemanden geschlafen hast), hast du oder deine Partnerin ein Diaphragma (Scheidenpessar) benutzt?	1 ja	2,1	1,7	1,9			
	2 nein	68,9	91,8	82,8			
	3 weiß nicht	29,0	6,5	15,3			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	373	584	960			
MQ33 Als du das letzte Mal Geschlechtsverkehr hattest (mit jemanden geschlafen hast), hast du oder dein Partner irgendeine andere Methode zur Verhütung benutzt?	1 ja	29,7	29,4	29,4			
	2 nein	55,4	64,5	61,0			
	3 weiß nicht	15,0	6,1	9,6			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	381	592	976			
5 Soziale Determinanten der Gesundheit							
5.1 Gesprächsklima in der Familie							
Wie leicht oder schwer fällt es dir, mit den folgenden Personen über Dinge zu sprechen, die dir wirklich nahe gehen und dir wichtig sind? MQ44a Vater	1 sehr leicht	37,0	19,5	27,2	49,4	34,3	41,5
	2 leicht	33,3	34,9	34,2	30,1	38,9	34,8
	3 schwer	16,8	26,5	22,2	10,3	16,2	13,3
	4 sehr schwer	8,0	12,1	10,2	5,6	6,0	5,8
	5 ich habe oder sehe diese Person nicht	4,9	7,0	6,1	4,6	4,6	4,6
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anzahl	2.377	3.003	5.390	611	653	1.266	
MQ44b Stiefvater (oder Freund der Mutter)	1 sehr leicht	5,8	2,6	4,0	8,6	5,4	7,0
	2 leicht	9,5	4,6	6,8	12,1	5,8	9,0
	3 schwer	6,7	5,4	6,0	8,8	4,3	6,5
	4 sehr schwer	4,3	6,2	5,4	3,7	4,5	4,1
	5 ich habe oder sehe diese Person nicht	73,7	81,2	77,8	66,7	80,1	73,5
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anzahl	2.011	2.531	4.550	511	538	1.050	
Kommunikation mit dem Vater (berechnete Variable)	1 Sehr schwer	8,5	14,0	11,5	5,8	6,8	6,3
	2 Schwer	17,9	28,3	23,7	11,7	16,9	14,3
	3 Leicht	34,9	37,1	36,2	31,3	40,6	36,2
	4 Sehr leicht	38,7	20,6	28,6	51,2	35,7	43,2
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.317	2.895	5.219	600	633	1.235

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
650	666	1.316	708	1.004	1.712	487	697	1.184
			72,0	70,4	70,7	70,5	53,4	59,6
			12,6	25,1	19,8	24,3	44,7	37,3
			15,4	4,5	9,6	5,2	1,9	3,1
			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			143	179	324	210	367	577
			44,3	47,2	45,6	55,0	63,4	60,3
			34,3	49,4	42,8	25,6	36,1	32,2
			21,4	3,4	11,6	19,4	0,5	7,5
			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			140	176	318	211	366	577
			2,9	4,0	3,4	1,9	0,6	1,1
			63,6	85,3	75,5	71,3	94,8	86,2
			33,6	10,7	21,0	26,8	4,7	12,8
			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			140	177	319	209	362	571
			29,7	25,3	27,1	30,6	31,6	31,3
			48,0	65,4	57,5	59,3	63,2	61,8
			22,3	9,3	15,4	10,0	5,2	6,9
			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			148	182	332	209	367	576
38,6	18,0	28,3	31,3	12,3	19,8	27,5	17,2	21,4
34,0	35,0	34,4	37,0	33,9	35,1	32,2	32,9	32,7
15,3	28,1	21,8	18,0	30,8	25,6	25,2	28,9	27,4
7,9	12,4	10,1	9,1	14,6	12,4	8,1	13,5	11,3
4,3	6,6	5,4	4,6	8,4	7,1	7,0	7,5	7,3
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
609	623	1.235	649	971	1.623	457	675	1.133
7,5	2,0	4,7	3,2	1,8	2,4	3,0	1,8	2,4
11,2	4,6	7,8	7,4	4,5	5,7	7,1	4,0	5,3
7,5	6,8	7,3	4,7	5,4	5,1	5,2	5,5	5,4
3,7	6,0	4,9	4,0	7,6	6,2	5,7	6,1	5,9
70,1	80,7	75,3	80,7	80,7	80,7	79,0	82,5	81,0
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
536	548	1.086	555	838	1.396	366	544	911
8,2	14,3	11,2	9,6	17,3	14,2	9,5	15,5	13,1
16,6	29,7	23,2	18,7	33,0	27,2	26,4	31,4	29,3
35,3	37,0	36,0	38,9	36,6	37,5	34,5	35,1	34,9
40,0	19,1	29,6	32,9	13,1	21,1	29,5	18,1	22,7
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
598	603	1.204	627	930	1.557	440	653	1.049

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
		2.536	3.078	5.614	691	711	1.402
MQ44c Mutter	1 sehr leicht	49,9	44,8	47,0	65,6	63,7	64,6
	2 leicht	32,9	36,8	35,1	25,1	26,5	25,9
	3 schwer	11,5	12,9	12,3	4,4	5,7	5,0
	4 sehr schwer	4,5	4,1	4,3	3,3	2,8	3,0
	5 ich habe oder sehe diese Person nicht	1,3	1,4	1,4	1,6	1,4	1,5
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.376	2.999	5.383	614	652	1.268
MQ44d Stiefmutter (oder Freundin des Vaters)	1 sehr leicht	4,4	2,4	3,3	6,8	4,3	5,5
	2 leicht	6,9	4,4	5,5	11,2	5,2	8,2
	3 schwer	6,2	3,9	5,0	7,2	3,7	5,4
	4 sehr schwer	4,4	4,0	4,2	3,8	3,5	3,7
	5 ich habe oder sehe diese Person nicht	78,1	85,3	82,1	70,9	83,2	77,2
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	1.976	2.498	4.481	499	537	1.037
Kommunikation mit der Mutter (berechnete Variable)	1 Sehr schwer	4,5	4,3	4,4	3,3	2,9	3,1
	2 Schwer	12,0	13,3	12,7	4,5	6,0	5,3
	3 Leicht	33,1	37,3	35,5	25,4	27,0	26,3
	4 Sehr leicht	50,4	45,1	47,4	66,8	64,1	65,4
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.360	2.986	5.352	606	649	1.257
5.2 Soziale Unterstützung durch Freundinnen und Freunde							
Wir wollen wissen, wie du zu den folgenden Aussagen stehst. MQ47a Meine Freunde versuchen wirklich mir zu helfen.	1 stimmt überhaupt nicht	6,4	4,7	5,5	5,4	3,0	4,2
	2	5,3	3,6	4,4	5,7	3,3	4,5
	3	4,4	3,1	3,7	5,6	3,3	4,4
	4	7,8	5,0	6,2	8,2	5,7	6,9
	5	15,0	9,8	12,1	9,6	6,4	8,0
	6	24,2	21,1	22,5	16,1	18,8	17,5
	7 stimmt genau	36,9	52,7	45,6	49,3	59,7	54,5
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.465	3.056	5.530	645	672	1.319
MQ47b Ich kann mich auf meine Freunde verlassen, wenn mal was schief geht.	1 stimmt überhaupt nicht	6,9	5,2	6,0	6,4	3,1	4,7
	2	5,4	3,5	4,4	6,7	4,2	5,5
	3	5,0	3,4	4,1	5,1	2,2	3,7
	4	7,3	4,4	5,7	7,8	5,4	6,5
	5	12,0	6,9	9,2	6,7	5,7	6,2
	6	21,0	18,1	19,4	18,6	15,8	17,2
	7 stimmt genau	42,4	58,4	51,3	48,7	63,7	56,3
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.460	3.055	5.523	641	672	1.315

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
650	666	1.316	708	1.004	1.712	487	697	1.184
55,4	45,6	50,5	37,6	35,5	36,3	38,5	39,7	39,2
28,4	35,8	32,2	40,9	41,7	41,4	38,2	40,5	39,6
10,8	13,9	12,3	15,9	15,9	15,8	16,3	14,9	15,5
4,2	3,5	3,9	4,5	5,6	5,1	5,7	3,8	4,6
1,1	1,1	1,1	1,1	1,3	1,4	1,3	1,0	1,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
612	620	1.234	643	971	1.617	455	677	1.132
6,3	2,6	4,4	2,7	1,7	2,1	0,8	1,7	1,3
5,7	5,0	5,3	5,3	3,8	4,4	5,3	3,6	4,3
7,0	4,1	5,7	5,4	3,9	4,5	5,1	3,6	4,2
3,8	4,1	3,9	3,6	4,4	4,1	6,5	3,6	4,7
77,2	84,3	80,7	83,0	86,2	84,9	82,3	87,6	85,5
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
527	543	1.072	552	819	1.374	356	533	890
4,3	3,7	4,0	4,5	5,8	5,3	5,8	4,0	4,7
11,2	14,2	12,7	16,5	16,1	16,3	17,0	15,3	16,0
28,7	36,2	32,5	41,1	42,3	41,8	38,5	40,8	39,9
55,8	45,9	50,8	37,9	35,8	36,6	38,7	39,9	39,4
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
607	619	1.228	643	967	1.611	452	674	1.126
6,0	4,7	5,3	6,8	4,7	5,6	7,2	6,3	6,7
5,1	3,0	4,0	5,7	4,0	4,7	4,4	3,7	4,0
4,4	3,3	3,9	3,3	2,4	2,8	3,8	3,4	3,5
9,5	6,7	8,2	8,0	4,2	5,7	4,7	3,8	4,2
16,3	10,0	13,1	17,3	11,9	14,1	17,8	9,4	12,8
24,1	21,8	22,9	29,4	20,3	23,9	28,2	23,8	25,5
34,5	50,5	42,6	29,6	52,5	43,2	33,9	49,7	43,3
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
631	638	1.272	666	982	1.651	472	682	1.155
5,7	5,6	5,7	7,8	5,2	6,4	7,4	6,3	6,8
5,5	2,3	3,9	4,4	3,9	4,1	5,1	3,4	4,1
6,8	4,4	5,6	4,7	3,5	3,9	2,8	3,1	2,9
7,8	4,8	6,1	7,5	3,5	5,1	5,1	4,3	4,6
13,6	6,6	10,1	13,5	8,3	10,4	14,9	6,3	9,8
20,3	19,1	19,6	23,4	17,1	19,6	22,3	21,4	21,8
40,3	57,2	48,7	38,7	58,6	50,5	42,5	55,2	50,0
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
631	640	1.273	666	981	1.650	471	681	1.153

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
		2.536	3.078	5.614	691	711	1.402
MQ47c Ich habe Freunde, mit denen ich Freude und Kummer teilen kann.	1 stimmt überhaupt nicht	9,4	6,3	7,7	9,7	4,9	7,3
	2	6,0	3,5	4,6	5,5	3,4	4,4
	3	5,9	2,7	4,1	6,1	3,1	4,6
	4	9,0	3,0	5,7	10,0	3,0	6,6
	5	11,1	5,4	7,9	7,7	5,7	6,6
	6	16,7	12,8	14,5	14,6	11,6	13,1
	7 stimmt genau	41,9	66,2	55,4	46,4	68,2	57,5
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.454	3.048	3.025	638	670	1.310
MQ47 Ich kann mit meinen Freunden über Probleme sprechen	1 stimmt überhaupt nicht	10,5	7,1	8,6	13,4	6,0	9,6
	2	7,0	3,0	4,7	9,1	3,1	6,0
	3	5,8	3,6	4,6	6,4	4,2	5,4
	4	8,6	3,8	5,9	8,0	4,0	6,0
	5	11,0	5,8	8,1	6,4	5,2	5,8
	6	17,5	13,4	15,2	15,1	12,4	13,7
	7 stimmt genau	39,6	63,5	52,9	41,5	65,0	53,5
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.442	3.040	5.491	636	669	1.307
soziale Unterstützung von Freunden (berechnete Variable)	1 (sehr) wenig	14,1	10,1	11,9	15,2	7,4	11,3
	2 mittelmäßig	43,1	23,4	32,2	39,4	24,5	31,8
	3 sehr viel	42,8	66,5	55,9	45,4	68,1	57,0
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.429	3.024	5.461	630	662	1.294
	Mittelwert	5,31	5,93	5,66	5,32	6,05	5,69
	Standardabweichung	1,75	1,65	1,72	1,77	1,50	1,68
5.3 Die Rolle der Schule							
MQ58 Wie gefällt es dir derzeit in der Schule?	1 es gefällt mir sehr gut	36,5	35,5	36,0	56,0	62,5	59,4
	2 es gefällt mir ganz gut	44,4	46,7	45,6	34,0	30,5	32,2
	3 es gefällt mir nicht so gut	13,4	13,4	13,4	7,4	5,8	6,5
	4 es gefällt mir gar nicht	5,6	4,5	5,0	2,6	1,2	1,9
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.486	3.068	5.563	653	675	1.330
MQ59 Wie stark fühlst du dich durch das belastet, was in der Schule von dir verlangt wird?	1 überhaupt nicht belastet	24,4	17,7	20,7	38,4	36,9	37,6
	2 ein bisschen belastet	53,3	55,7	54,6	51,6	53,2	52,4
	3 ziemlich stark belastet	16,3	20,0	18,3	7,4	7,3	7,3
	4 sehr stark belastet	6,0	6,6	6,4	2,7	2,5	2,6
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.454	3.050	5.513	638	667	1.307
MQ60 Wie glaubst du, beurteilen deine Lehrer deine Schulleistungen insgesamt im Vergleich zu den Leistungen deiner Mitschülern?	1 sehr gut	19,0	18,4	18,7	27,4	27,6	27,5
	2 gut	38,8	41,4	40,3	48,6	53,3	50,9
	3 durchschnittlich	35,6	36,1	35,8	21,4	17,2	19,3
	4 unter dem Durchschnitt	6,5	4,1	5,2	2,6	1,9	2,3
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.490	3.067	5.565	654	674	1.330

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
650	666	1.316	708	1.004	1.712	487	697	1.184
9,8	6,4	8,1	9,6	6,0	7,6	7,7	7,5	7,6
6,5	3,6	5,0	7,4	3,1	4,8	4,5	3,8	4,1
7,0	1,7	4,3	5,4	3,3	4,1	5,3	2,3	3,6
8,9	3,0	5,9	9,0	3,0	5,4	7,5	2,5	4,5
10,1	3,8	6,9	13,1	6,3	9,0	14,3	5,6	9,1
16,5	15,1	15,7	18,8	10,9	14,1	17,3	14,7	15,7
41,2	66,4	54,0	36,7	67,4	54,9	43,5	63,6	55,4
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
631	637	1.271	665	979	1.647	469	681	1.151
10,7	7,7	9,2	8,8	6,6	7,6	8,4	7,9	8,1
6,2	2,8	4,5	7,3	2,7	4,5	5,1	3,2	4,0
6,2	3,3	4,7	6,9	3,8	4,6	4,5	2,8	3,5
8,9	3,8	6,3	8,5	3,5	5,5	9,2	3,8	6,0
12,1	6,8	9,4	14,4	5,6	9,1	12,0	5,6	8,2
15,2	14,0	14,5	20,1	13,0	15,8	19,1	14,4	16,3
40,7	61,7	51,4	35,1	64,9	52,8	41,8	62,3	54,0
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
627	637	1.267	661	972	1.636	467	681	1.149
15,0	9,6	12,3	13,2	10,5	11,7	12,3	12,1	12,2
43,0	25,1	34,0	48,6	21,3	32,3	40,9	23,0	30,3
41,9	65,2	53,7	39,1	68,2	56,0	46,9	64,8	57,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
625	663	1.260	658	971	1.632	465	677	1.143
5,26	5,92	5,59	5,26	5,95	5,67	5,43	5,87	5,69
1,74	1,63	1,71	1,73	1,66	1,73	1,73	1,74	1,75
25,0	31,5	28,4	35,5	33,2	34,1	26,2	17,0	20,8
46,8	50,6	48,6	48,2	51,5	50,1	50,4	53,3	52,1
17,6	12,3	14,9	12,3	11,0	11,5	17,7	23,7	21,2
10,4	5,6	8,0	4,1	4,4	4,4	5,7	6,0	5,9
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
632	642	1.277	677	985	1.665	474	683	1.158
26,6	19,3	23,0	18,5	12,0	14,6	10,9	5,6	7,7
52,9	61,9	57,3	53,9	59,9	57,4	54,9	46,7	50,1
14,7	15,2	14,9	20,7	21,0	20,9	24,7	35,0	30,8
5,8	3,6	4,7	6,9	7,0	7,1	9,6	12,6	11,4
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
624	638	1.265	671	981	1.655	470	681	1.152
16,4	18,8	17,6	16,9	14,6	15,6	14,1	14,8	14,5
39,6	41,8	40,7	34,7	37,9	36,5	30,4	36,2	33,9
37,6	35,5	36,5	41,8	42,0	41,8	43,7	44,8	44,3
6,4	3,9	5,2	6,7	5,5	6,1	11,8	4,2	7,3
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
636	643	1.281	675	984	1.662	474	683	1.158

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
		2.536	3.078	5.614	691	711	1.402
Hier sind einige Aussagen über die Schüler in deiner Klasse. MQ61a Die Schüler in meiner Klasse sind gerne zusammen.	1 stimmt genau	34,0	31,1	32,4	37,2	33,4	35,3
	2 stimmt	42,5	40,2	41,2	38,1	40,9	39,5
	3 weder richtig noch falsch	18,5	23,0	21,0	19,5	21,5	20,6
	4 stimmt nicht	2,6	3,7	3,2	2,5	3,0	2,7
	5 stimmt überhaupt nicht	2,5	2,0	2,3	2,6	1,2	1,9
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.472	3.061	5.542	645	673	1.320
MQ61b Die meisten Schüler in meiner Klasse sind nett und hilfsbereit.	1 stimmt genau	32,5	38,8	36,0	38,8	48,3	43,6
	2 stimmt	40,9	40,2	40,5	36,4	34,6	35,5
	3 weder richtig noch falsch	19,3	15,5	17,1	18,8	13,2	16,0
	4 stimmt nicht	4,6	4,0	4,3	3,4	2,1	2,7
	5 stimmt überhaupt nicht	2,6	1,5	2,1	2,6	1,8	2,2
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.466	3.065	5.540	645	673	1.320
MQ61c Meine Mitschüler akzeptieren mich so wie ich bin.	1 stimmt genau	46,3	45,3	45,7	48,7	53,0	51,0
	2 stimmt	35,3	36,3	35,8	32,4	31,1	31,7
	3 weder richtig noch falsch	12,2	13,0	12,7	11,8	10,7	11,2
	4 stimmt nicht	3,9	3,3	3,5	4,4	2,7	3,5
	5 stimmt überhaupt nicht	2,3	2,2	2,2	2,7	2,5	2,6
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.458	3.061	5.528	636	673	1.311
SchülerInnen-SchülerInnen-Beziehung (berechnete Variable)	1 sehr gut	31,4	33,7	32,7	34,8	38,2	36,6
	2 gut	48,9	47,2	47,9	46,0	46,8	46,3
	3 mittelmäßig	15,9	15,3	15,6	15,3	12,4	13,9
	4 schlecht	2,7	3,3	3,0	3,0	2,5	2,8
	5 sehr schlecht	1,1	0,6	0,8	0,9	0,0	0,5
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.442	3.048	5.490	633	667	1.302
	Mittelwert	1,94	1,92	1,93	1,90	1,81	1,86
Standardabweichung	0,78	0,76	0,77	0,78	0,69	0,73	
Hier sind einige Aussagen zu deinen Lehrern. MQ62a Ich habe das Gefühl, dass meine Lehrer mich akzeptieren wie ich bin.	1 stimmt genau	42,2	38,2	40,0	55,5	59,2	57,5
	2 stimmt	37,4	40,9	39,3	33,2	32,3	32,7
	3 weder richtig noch falsch	13,4	15,8	14,7	7,4	6,1	6,7
	4 stimmt nicht	3,7	3,1	3,4	2,3	0,9	1,6
	5 stimmt überhaupt nicht	3,4	2,0	2,7	1,5	1,5	1,5
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.471	3.063	5.543	650	674	1.326
MQ62b Ich habe das Gefühl, dass sich meine Lehrer um mich als Person kümmern.	1 stimmt genau	27,5	23,8	25,5	41,7	42,3	42,0
	2 stimmt	36,9	36,5	36,7	36,9	39,0	37,9
	3 weder richtig noch falsch	23,7	27,6	25,8	15,4	15,1	15,3
	4 stimmt nicht	6,8	8,0	7,5	3,3	1,6	2,5
	5 stimmt überhaupt nicht	5,0	4,0	4,5	2,7	1,9	2,3
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.448	3.046	550	636	667	1.305

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
650	666	1.316	708	1.004	1.712	487	697	1.184
30,3	33,9	32,1	33,4	31,9	32,5	34,7	26,0	29,6
40,1	38,4	39,2	49,2	42,2	45,0	42,6	39,3	40,6
23,5	22,6	23,1	13,2	20,6	17,6	18,2	27,2	23,5
2,5	3,0	2,7	2,7	3,9	3,4	2,5	4,8	3,9
3,5	2,2	2,9	1,5	1,3	1,6	1,9	2,6	2,3
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
633	643	1.279	673	980	1.656	472	684	1.157
27,6	36,1	31,8	32,1	39,8	36,6	31,4	31,6	31,6
38,4	35,9	37,1	44,9	40,7	42,3	45,1	48,6	47,1
23,0	20,7	21,8	16,9	15,1	15,8	18,2	13,3	15,3
7,0	5,6	6,3	4,5	3,5	3,9	3,6	4,7	4,2
4,1	1,7	3,1	1,6	1,0	1,4	1,7	1,8	1,7
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
631	643	1.277	670	983	1.656	472	683	1.156
45,8	44,1	44,9	46,8	43,0	44,5	41,7	43,1	42,6
32,6	34,3	33,4	37,0	39,2	38,3	40,6	39,0	39,7
13,0	14,8	14,0	11,4	13,0	12,4	13,6	13,2	13,3
5,6	3,6	4,6	3,1	3,8	3,5	2,6	2,6	2,6
3,0	3,3	3,1	1,6	1,0	1,4	1,5	2,0	1,8
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
629	642	1.274	675	979	1.657	470	684	1.155
26,9	32,8	29,8	33,1	34,4	33,8	30,3	30,0	30,2
48,2	45,8	46,9	50,4	47,4	48,5	51,8	48,6	49,9
19,2	16,9	18,1	13,8	14,9	14,4	15,8	17,0	16,5
3,7	3,9	3,9	2,2	3,0	2,7	1,3	3,5	2,6
2,1	0,6	1,3	0,4	0,3	0,5	0,9	0,9	0,9
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
625	640	1.268	668	977	1.648	469	683	1.153
2,06	1,96	2,01	1,88	1,89	1,89	1,91	1,99	1,96
0,84	0,80	0,82	73.076,00	0,74	0,74	0,73	0,79	7.661,00
40,6	37,4	38,9	38,7	33,3	35,4	31,1	25,6	27,9
34,1	41,0	37,6	41,0	43,3	42,3	42,1	46,0	44,4
15,2	16,7	16,0	13,7	17,9	16,2	18,5	21,7	20,4
4,4	2,2	3,3	3,6	3,9	3,8	4,7	4,7	4,7
5,6	2,7	4,2	3,0	1,6	2,2	3,6	2,0	2,7
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
630	641	1.274	671	982	1.656	470	683	1.154
27,2	26,0	26,6	20,7	17,8	19,0	19,1	12,9	15,6
36,0	40,0	38,1	40,7	36,2	37,9	31,5	32,1	31,8
23,4	22,6	22,9	26,0	32,1	29,6	32,3	37,2	35,2
7,5	7,1	7,3	7,0	9,3	8,4	10,4	13,4	12,2
5,9	4,4	5,1	5,5	4,7	5,1	6,6	4,4	5,3
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
625	683	1.266	668	979	1.650	470	680	1.151

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
		2.536	3.078	5.614	691	711	1.402
MQ62c Ich habe großes Vertrauen in meine Lehrer.	1 stimmt genau	30,4	22,3	25,9	55,0	53,1	54,1
	2 stimmt	30,8	28,2	29,3	32,2	29,9	30,9
	3 weder richtig noch falsch	23,3	31,9	28,1	9,2	13,6	11,4
	4 stimmt nicht	7,5	10,0	8,9	1,6	1,6	1,6
	5 stimmt überhaupt nicht	8,0	7,5	7,8	2,1	1,8	1,9
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.444	3.050	5.503	631	670	1.303
SchülerInnen-LehrerInnen-Beziehung (berechnete Variable)	1 sehr gut	28,4	23,7	25,9	46,4	47,1	46,8
	2 gut	40,6	39,2	39,8	40,7	40,9	40,8
	3 mittelmäßig	21,6	27,6	24,9	9,6	9,9	9,7
	4 schlecht	6,5	7,8	7,2	2,6	1,4	1,9
	5 sehr schlecht	2,9	1,6	2,2	0,8	0,8	0,8
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.430	3.038	5.468	627	665	1.294
	Mittelwert	2,15	2,25	2,21	1,71	1,69	1,70
Standardabweichung	0,96	0,91	0,93	0,75	0,71	0,73	
5.4 Sozioökonomische und ethnisch-kulturelle Determinanten							
MQ66 Wie viele Computer (inkl. Laptops, Netbooks etc.) besitzt deine Familie?	1 keinen	1,0	0,7	0,9	2,1	1,4	1,7
	2 einen	13,6	14,5	14,1	20,4	24,3	22,4
	3 zwei	27,8	32,0	30,1	31,5	33,9	32,7
	4 mehr als zwei	57,6	52,9	55,0	46,0	40,4	43,2
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.424	3.029	5.463	632	666	1.300
MQ64 Besitzt deine Familie ein Auto?	1 nein	3,6	3,0	3,3	4,1	4,1	4,1
	2 ja, eines	31,2	31,9	31,5	36,9	35,9	36,3
	3 ja, zwei oder mehrere	65,2	65,2	65,2	59,0	60,1	59,6
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.394	2.997	5.401	634	666	1.302
MQ65 Hast du ein eigenes Zimmer?	1 nein	11,2	13,5	12,5	17,1	21,4	19,3
	2 ja	88,8	86,5	87,5	82,9	78,6	80,7
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.437	3.034	5.481	637	669	1.308
MQ69 Wie häufig bist du in den letzten 12 Monaten mit deiner Familie in den Ferien (im Urlaub) verreist?	1 überhaupt nicht	15,6	16,9	16,5	12,4	10,4	11,5
	2 einamtl	31,7	34,1	33,0	30,7	28,0	29,3
	3 zweimal	27,3	26,1	26,6	24,3	29,3	26,8
	4 öfter als zweimal	25,4	22,9	24,0	32,6	32,3	32,5
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.429	3.042	5.481	635	672	1.309

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
650	666	1.316	708	1.004	1.712	487	697	1.184
27,5	20,6	24,0	20,2	11,4	14,9	16,2	9,7	12,4
28,6	32,7	30,6	30,2	27,7	28,7	31,5	23,4	26,7
12,0	29,0	26,1	30,7	38,0	35,0	33,0	43,3	39,0
8,9	9,6	9,2	9,6	12,6	11,4	10,2	14,4	12,7
12,0	8,2	10,1	9,3	10,2	9,9	9,1	9,1	9,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
626	637	1.266	668	983	1.654	470	679	1.150
27,3	25,0	26,1	21,6	15,6	18,0	16,2	11,8	13,7
38,4	40,0	39,2	42,0	40,7	41,2	40,6	34,8	37,1
22,1	26,3	24,3	26,7	32,2	29,9	29,9	39,6	35,6
7,1	6,8	6,9	7,3	9,9	8,9	9,6	11,6	10,8
5,2	1,9	3,5	2,4	1,5	1,9	3,6	2,2	2,8
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
620	635	1.258	667	978	1.648	468	679	1.148
2,26	2,23	2,24	2,28	2,43	2,37	2,42	2,55	2,50
1,05	0,90	0,98	0,92	0,88	0,90	0,95	0,86	0,90
0,6	0,8	0,8	0,2	0,5	0,5	0,9	0,0	0,4
17,8	17,2	17,6	8,4	10,6	9,7	5,7	8,4	7,3
27,3	35,3	31,2	28,1	30,3	29,4	24,0	29,4	27,2
54,3	46,7	50,3	63,4	58,6	60,4	69,5	62,2	65,2
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
623	632	1.258	658	973	1.634	459	677	1.137
4,3	2,6	3,4	2,3	2,5	2,6	3,0	2,5	2,7
30,9	29,8	30,4	28,6	33,5	31,5	26,7	28,5	27,8
64,8	67,5	66,2	69,1	64,0	65,9	70,2	69,0	69,4
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
608	607	1.218	640	965	1.608	460	678	1.139
13,1	15,8	14,4	7,6	11,2	9,9	5,2	7,6	6,6
86,9	84,2	85,6	92,4	88,8	90,1	94,8	92,4	93,4
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
626	631	1.260	660	979	1.642	462	675	1.138
12,4	13,2	13,0	15,5	15,1	15,4	22,8	28,4	26,1
29,8	36,5	33,1	32,1	35,5	34,1	34,6	35,5	35,2
29,8	27,9	28,8	30,4	26,2	27,8	24,9	21,4	22,8
27,9	22,4	25,1	22,0	23,1	22,6	17,7	14,8	15,9
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
627	635	1.265	658	977	1.638	457	677	1.135

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
		2.536	3.078	5.614	691	711	1.402
MQ70 Wie schätzt du insgesamt die Geldsituation deiner Familie ein?	1 sehr gut	28,4	19,8	23,6	42,2	35,9	38,9
	2 ziemlich gut	38,7	37,5	38,0	35,3	41,5	38,5
	3 durchschnittlich	27,5	36,7	32,6	17,7	19,6	18,7
	4 nicht sehr gut	4,4	5,4	5,0	3,5	2,4	3,0
	5 überhaupt nicht gut	1,0	0,6	0,8	1,3	0,6	0,9
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.403	3.005	5.418	621	658	1.281
Familienwohlstand (berechnete Variable)							
	1 gering	4,7	5,3	5,1	6,1	7,4	6,8
	2 mittel	33,1	34,6	34,0	35,4	33,6	34,5
	3 hoch	62,2	60,1	60,9	58,6	59,0	58,8
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.356	2.952	5.318	625	658	1.285
5.5 Migrationshintergrund und Gesundheit							
NAT1 Welche Sprache sprichst du zu Hause hauptsächlich?	1 Deutsch	86,1	86,7	86,4	84,7	84,8	84,8
	2 Türkisch	4,5	4,9	4,7	4,7	4,1	4,4
	3 Kroatisch	3,6	3,3	3,4	4,7	4,8	4,8
	4 Serbisch, Bosnisch oder Mazedonisch	0,8	1,0	0,9	0,6	1,2	0,9
	5 Ungarisch	0,7	0,6	0,6	1,2	0,7	1,0
	6 Sowenisch	0,7	0,7	0,7	1,0	1,3	1,2
	7 Tschechisch	0,5	0,6	0,6	0,3	0,6	0,4
	8 sonstige	3,1	2,2	2,6	2,7	2,5	2,6
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.517	3.071	5.594	674	684	1.360

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
650	666	1.316	708	1.004	1.712	487	697	1.184
30,0	18,8	24,3	21,3	15,2	17,6	18,3	12,4	14,8
38,6	41,3	40,0	39,9	35,5	37,2	41,9	33,1	36,7
26,6	35,1	30,9	33,0	42,3	38,5	33,6	46,3	41,2
4,1	4,3	4,2	5,0	6,5	6,0	5,2	7,2	6,4
0,6	0,5	0,6	0,8	0,5	0,7	0,9	0,9	0,9
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
616	624	1.243	657	967	1.627	458	676	1.135
4,9	5,4	5,3	3,0	4,5	4,1	3,8	4,5	4,2
32,1	32,7	32,3	30,0	32,6	31,5	34,4	39,4	37,4
63,0	62,0	62,4	67,0	62,8	64,4	61,9	56,1	58,4
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
595	594	1.192	633	950	1.586	451	670	1.122
82,5	88,4	85,4	88,8	86,1	87,2	90,1	88,9	89,4
7,1	3,6	5,3	2,8	5,8	4,5	2,7	5,5	4,4
4,4	3,7	4,1	2,6	3,2	3,0	2,3	1,6	1,9
0,6	1,5	1,1	0,9	0,7	0,8	0,8	0,7	0,8
0,9	0,5	0,7	0,4	0,5	0,5	0,2	0,3	0,3
0,8	0,2	0,5	0,6	0,9	0,8	0,0	0,1	0,1
1,1	0,6	0,9	0,3	0,5	0,4	0,4	0,7	0,6
2,5	1,5	2,0	3,6	2,3	2,8	3,4	2,0	2,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
633	647	1.282	686	973	1.660	743	686	1.160

www.bmg.gv.at

Der vorliegende Bericht beschäftigt sich mit der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten von 11-, 13-, 15- und 17-jährigen österreichischen Schülerinnen und Schülern auf Grundlage der Daten aus der 9. WHO-HBSC-Erhebung im Jahr 2014. Er beinhaltet die Darstellung einer Vielzahl von Indikatoren des Gesundheitszustands und –verhaltens und deren Entwicklung über die letzten vier bis sechs Erhebungen. Erstmals wurden auch Fragen zur Gesundheitskompetenz der Jugendlichen gestellt.