



Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK), Stubenring 1, 1010 Wien ▪ **Verlags- und Herstellungsort:** Wien ▪ **Druck:** Hausdruckerei des Ministeriums ▪ **Autorinnen und Autoren:** Rosemarie Felder-Puig, Friedrich Teutsch, Daniela Ramelow, Gunter Maier ▪ **Stand:** Juli 19

Alle Rechte vorbehalten: Jede Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z.B. Internet oder CD-Rom.

ISBN: 978-3-85010-530-9

Bestellinfos: Kostenlos zu beziehen über das Broschürenservice des Ministeriums unter der Telefonnummer 01 711 00-86 2525 oder per E-Mail unter broschuerenservice@sozialministerium.at.

INHALTSVERZEICHNIS

Inhaltsverzeichnis	3
Zusammenfassung	5
Eckdaten zur Studie	5
Zentrale Ergebnisse	5
1. Die HBSC-Studie	11
2. Darstellung der Ergebnisse	13
3. Gesundheit und Wohlbefinden	15
3.1. Subjektiver Gesundheitszustand	15
3.2. Beschwerdelast	16
3.3. Hören und Sehen.....	18
3.4. Chronische Erkrankung oder Behinderung	19
3.5. Schwerere Verletzungen	20
3.6. Lebenszufriedenheit.....	21
3.7. Emotionales Wohlbefinden.....	22
3.8. Selbstwirksamkeit.....	23
3.9. Body-Mass-Index und Körperselbstbild	24
4. Gesundheits- und Risikoverhalten	28
4.1. Vorsorge Zahngesundheit	28
4.2. Ernährung	29
4.3. Bewegung und sitzende Beschäftigung mit dem Handy.....	34
4.4. Konsum psychoaktiver Substanzen	37
4.5. Nutzung sozialer Netzwerke.....	43
4.6. Sexualität und Verhütung.....	44
4.7. Körperliche und psychische Gewalt	46
5. Faktoren, die Gesundheit und Gesundheitsverhalten beeinflussen können	51
5.1. Sozioökonomischer Status und Migrationshintergrund	51
5.2. Schulische Faktoren.....	52
5.3. Freundschaften.....	56
5.4. Familie	59
5.5. Organisierte Freizeitaktivitäten.....	62
5.6. Gesundheitskompetenz	63
6. Einfluss ausgewählter Gesundheitsdeterminanten	67
7. Trends der letzten 8 Jahre	73
8. Diskussion	96

9. Literatur	101
Itemboxverzeichnis.....	106
Abbildungsverzeichnis	107
Tabellenverzeichnis	112

ZUSAMMENFASSUNG

Eckdaten zur Studie

Erhebungszeitraum der HBSC-Studie

Schuljahr 2017/18

Erhebungszeitraum in Österreich

Jänner bis Juli 2018

Population

Schülerinnen und Schüler der 5., 7., 9. und 11. Schulstufen aller Schultypen mit Ausnahme von Berufsschulen und sonder- und heilpädagogischen Einrichtungen; Stichprobe quotiert nach Alter, Geschlecht, Schultyp und Bundesland

Stichprobe

Nach dem Clearing-Verfahren konnten die Daten von 7.585 Schülerinnen und Schülern ausgewertet werden, davon sind

42,9% aus Mittelschulen, 7,1% aus Polytechnischen Schulen, 20,1% aus Allgemeinbildenden Höheren Schulen und 29,9% aus Berufsbildenden Mittleren und Höheren Schulen;

2,7% aus dem Burgenland, 7,0% aus Kärnten, 19,9% aus Niederösterreich, 22,4% aus Oberösterreich, 7,1% aus Salzburg, 12,5% aus der Steiermark, 11,2% aus Tirol, 5,6% aus Vorarlberg und 11,7% aus Wien.

Zentrale Ergebnisse

Gesundheit und Wohlbefinden

- Fast 90% der Schülerinnen und Schüler bewerten ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet oder gut, wobei Burschen viel öfter die Bewertung „ausgezeichnet“ wählen als Mädchen.
- Die am häufigsten genannten wiederkehrenden Beschwerden sind Gereiztheit und schlechte Laune sowie Einschlafschwierigkeiten. Mädchen erleben eine höhere Beschwerdelast als Burschen.
- Über 10% der Schülerinnen und Schüler ab 15 Jahren meinen, dass sie schlecht hören, und 35% der Schülerinnen und Schüler aller Altersgruppen tragen eine Brille oder Kontaktlinsen.

- 19% aller Schülerinnen und Schüler geben an, an einer chronischen Erkrankung oder Behinderung zu leiden. Die Prävalenz steigt leicht mit zunehmendem Alter.
- Innerhalb eines Jahres hat sich etwas mehr als die Hälfte aller Schülerinnen und Schüler so schwer verletzt, dass diese medizinisch behandelt werden mussten. Bei Burschen ist die Verletzungsrate höher als bei Mädchen.
- Die durchschnittliche Lebenszufriedenheit der Schülerinnen und Schüler beträgt 7,8 auf einer Skala von 0 bis 10. Mädchen sind mit ihrem Leben etwas unzufriedener als Burschen.
- 12% der Burschen und 24% der Mädchen zeigen Anzeichen einer depressiven Verstimmung.
- Die berichtete Selbstwirksamkeit steigt bei Burschen kontinuierlich mit zunehmendem Alter, während sie bei Mädchen bis Schulstufe 9 konstant ist und erst in Schulstufe 11 etwas zunimmt.
- Auf Basis der Angaben über Körpergröße und Gewicht sind 71% der Schülerinnen und Schüler als normalgewichtig, 12% als untergewichtig und 17% als übergewichtig oder adipös einzustufen.
- Nur die Hälfte aller Schülerinnen und Schüler hat ein positives Körperselbstbild. 35% meinen, dass sie zu dick sind und 15% empfinden sich als zu dünn.

Gesundheits- und Risikoverhalten

- 76% aller Schülerinnen und Schüler – mehr Mädchen als Burschen – putzen sich mindestens zweimal täglich die Zähne. 64% der Schülerinnen und Schüler ab Schulstufe 9, die sich mindestens zweimal täglich die Zähne putzen, gehen mindestens einmal jährlich zur zahnärztlichen Kontrolluntersuchung.
- 36% der Burschen und 43% der Mädchen konsumieren täglich mindestens einmal Obst.
- 27% der Burschen und 38% der Mädchen essen täglich mindestens einmal Gemüse.
- Der tägliche Konsum von Süßigkeiten ist bei 23% der Burschen und 29% der Mädchen beliebt.
- Während 10% der Schülerinnen und Schüler nie süße Limonaden (Cola, Fanta, Eistee, etc.) konsumieren, tun dies 16% täglich, und zwar mehr Burschen als Mädchen.
- 20% aller Schülerinnen und Schüler – mehr Burschen als Mädchen – essen mehrmals wöchentlich stark fetthaltige und hochkalorische Speisen mit wenig Nährwert (Kebab, Burger, Pizza, etc.).
- Während 58% aller Schülerinnen und Schüler nie Energydrinks konsumieren, tun dies 7% an mindestens fünf Tagen pro Woche.
- Ein Drittel der Schülerinnen und Schüler aller Altersstufen frühstückt nie vor dem Weg in die Schule.
- Burschen sind im Schnitt 4,5 Tage und Mädchen 3,5 Tage pro Woche für mindestens eine Stunde täglich körperlich aktiv. Etwas mehr als die Hälfte der Burschen und ein Drittel

der Mädchen betreiben intensiv Sport in ihrer Freizeit, und zwar mindestens viermal pro Woche.

- Ein Viertel aller Mädchen und ein Fünftel aller Burschen beschäftigen sich mehr als fünf Stunden täglich im Sitzen oder Liegen mit ihrem Handy.
- Bei den Schülerinnen und Schülern ab Schulstufe 9 gibt es 77% Nichtraucherinnen und 81% Nichtraucher.
- 21% der Schülerinnen und Schüler ab Schulstufe 9 konsumieren E-Zigaretten und/oder Wasserpfeifen. Von diesen raucht ca. die Hälfte auch Zigaretten.
- 32% der Burschen und 26% der Mädchen ab Schulstufe 9 trinken mindestens einmal wöchentlich alkoholische Getränke.
- Aktuelle Cannabiskonsum-Raten ab Schulstufe 9 betragen 12% bei Burschen und 6% bei Mädchen.
- 9% aller Schülerinnen und Schüler – geringfügig mehr Mädchen als Burschen - zeigen eine stark auffällige Nutzung von sozialen Medien.
- 30% der Schülerinnen und Schüler ab Schulstufe 9 hatten bereits Geschlechtsverkehr. Das Kondom ist das am häufigsten benutzte Verhütungsmittel.
- 44% der Burschen und 15% der Mädchen waren im letzten Jahr in mindestens eine Rauferei verwickelt.
- 8% der Schülerinnen und Schüler – etwas mehr Burschen als Mädchen – sind Opfer von Mobbing in der Schule. 7% der Burschen und 3% der Mädchen waren in den letzten paar Monaten wiederholt an Mobbingaktionen gegenüber Mitschülerinnen oder Mitschülern beteiligt.

Faktoren, die Gesundheit und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten beeinflussen können

- Dem Gros der Schülerinnen und Schüler gefällt es zumindest „ganz gut“ in der Schule. Die Begeisterung für die Schule sinkt mit zunehmendem Alter.
- Die Belastung durch die schulischen Anforderungen steigt mit zunehmendem Alter. 35% der Burschen und 48% der Mädchen ab Schulstufe 9 fühlen sich ziemlich oder sehr stark belastet.
- 80% der Schülerinnen und Schüler bezeichnen die Beziehungen zu ihren Mitschülerinnen und Mitschülern als sehr gut oder gut und für 60% der Schülerinnen und Schüler trifft dies auf die Beziehungen zu ihren Lehrerinnen und Lehrern zu.
- Sehr viele Schülerinnen und Schüler sind mehrmals am Tag online mit Freundinnen und Freunden, Eltern und anderen Personen in Kontakt. 10% der Schülerinnen und Schüler fällt es leichter, online über Geheimnisse, Gefühle oder Sorgen zu kommunizieren als im persönlichen Kontakt.
- Das Gros der Schülerinnen und Schüler bezeichnet die Qualität seiner Freundschaften als sehr gut und auch die Unterstützung durch die Familie wird von vielen sehr positiv bewertet.

- 85% der jüngeren Schülerinnen und Schüler und 68% der älteren essen (fast) täglich zumindest einmal gemeinsam mit ihrer Familie.
- Etwas mehr als die Hälfte aller Schülerinnen und Schüler – mehr Burschen als Mädchen – nimmt mindestens zweimal pro Woche in ihrer Freizeit an von Erwachsenen organisierten und/oder angeleiteten Aktivitäten wie Sport, Musikunterricht oder -probe, Theaterprobe, Jungschar- oder Pfadfindertreffen teil.
- Ein Fünftel aller Schülerinnen und Schüler ab Schulstufe 9 verfügt über eine hohe und zwei Drittel über eine durchschnittlich gut ausgeprägte Gesundheitskompetenz.
- Neben dem in diesem Bericht im Detail dargestellten Einfluss von Geschlecht und Alter auf Indikatoren der Gesundheit und des Gesundheits- und Risikoverhaltens zeigen sich in Regressionsanalysen auch signifikante Einflüsse einiger anderer Faktoren wie Unterstützung durch die Familie, familiärer Wohlstand oder schulischer Faktoren in der erwarteten Richtung.

Entwicklungen der letzten 8 Jahre

- Etwas weniger Burschen und weniger jüngere Schülerinnen und Schüler als noch 2010 bezeichnen nun ihren Gesundheitszustand als „ausgezeichnet“.
- Die Beschwerdelast der Schülerinnen und Schüler ist bei beiden Geschlechtern und in allen Schulstufen gestiegen.
- Bei der Lebenszufriedenheit der Schülerinnen und Schüler zeigen sich keine wesentlichen Veränderungen gegenüber 2010 und 2014.
- Im Vergleich zu 2010 gibt es 2018 etwas mehr übergewichtige und adipöse Schülerinnen und Schüler.
- Der Anteil an Burschen mit einem positiven Körperselfbild ist leicht gesunken, jener der Mädchen leicht gestiegen.
- Es gibt 2018 etwas weniger Schülerinnen und Schüler als noch 2010, die ihre Zähne mindestens 2 Mal täglich putzen.
- Nach einer Steigerung des Anteils an Schülerinnen und Schülern, die täglich Obst essen, zwischen 2010 und 2014 ist dieser 2018 wieder etwas gesunken.
- Es gibt 2018 mehr Schülerinnen und Schüler, die täglich Gemüse essen, als noch 2010.
- Im Jahr 2018 konsumieren etwas weniger Schülerinnen und Schüler als noch 2010 täglich Süßigkeiten.
- Der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die täglich süße Limonaden (Cola, Fanta, Eistee, etc.) trinken, hatte sich bereits zwischen 2010 und 2014 verringert. Seit 2014 ist er ungefähr gleich geblieben.
- Deutlich weniger Schülerinnen und Schüler als noch 2010 frühstücken täglich vor dem Weg in die Schule.
- Der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die an mindestens vier Tagen pro Woche für jeweils mindestens eine Stunde körperlich aktiv sind, ist gestiegen, in allen Altersgruppen und bei Mädchen deutlicher als bei Burschen.

- Die Rate an Nichtraucherinnen und Nichtrauchern ist seit 2010 kontinuierlich gestiegen.
- Viel weniger Mädchen und Burschen als noch 2010 konsumieren im Jahr 2018 wöchentlich Alkohol; dies ist aber vor allem auf einen starken Rückgang zwischen 2010 und 2014 zurückzuführen.
- Gegenüber 2010 ist der Anteil an Burschen, die Cannabis konsumieren, gestiegen.
- Die Raten an Mobbing-Opfern, -Tätern und -Täterinnen sind seit 2010 kontinuierlich und stark gesunken.
- Leicht zurückgegangen ist der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die im letzten Jahr in mindestens drei Raufereien verwickelt waren.
- Im Jahr 2018 gibt es weniger Mädchen und Burschen als noch 2010, denen es sehr gut in der Schule gefällt.
- Der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die sich durch die Schule stark belastet fühlen, ist gestiegen, vor allem bei den älteren.
- Der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die eine sehr gute oder gute Beziehung zu ihren Mitschülerinnen und Mitschülern haben, ist gestiegen. Dieser Anstieg fand vor allem zwischen 2010 und 2014 statt.
- Der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die zumindest einen Elternteil haben, mit dem sie persönliche Dinge gut besprechen können, ist gegenüber 2010 gestiegen.

1. DIE HBSC-STUDIE

Die HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)-Studie ist die größte europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie. Sie wird in enger Kooperation mit dem Europabüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO-Europe) von einem interdisziplinären Forschungsnetzwerk aus mittlerweile 46 Ländern im Vier-Jahres-Rhythmus durchgeführt und schafft so eine einzigartige Datengrundlage für die Kinder- und Jugendgesundheit.

In Österreich wird die HBSC-Studie seit vielen Jahren vom Gesundheitsressort beauftragt und finanziert und vom Bildungsressort unterstützt.

Ziel der HBSC-Studie ist es, Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen ab der 5. Schulstufe zu erheben und Entwicklungen aufzuzeigen. Mit Hilfe der Daten lassen sich Zusammenhänge zwischen familiären, schulischen und Freizeitfaktoren auf der einen und der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten der Mädchen und Burschen auf der anderen Seite darstellen. Die Ergebnisse dienen als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen und finden Anwendung als Indikatoren für nationale Gesundheitsziele.

International werden 11-, 13- und 15-jährige Schülerinnen und Schüler in die Studie mit einbezogen. In Österreich und einigen wenigen anderen Ländern sind seit dem Jahr 2010 auch 17-Jährige dabei. Die Stichprobe wird aber über die Schulstufen gezogen, weshalb die Ergebnisse in diesem Bericht nach den Schulstufen 5, 7, 9 und 11 und nicht nach dem Alter der Schülerinnen und Schüler dargestellt sind. Im Durchschnitt sind die Schülerinnen und Schüler der vier Schulstufen 11, 13, 15 und 17 Jahre alt (Teutsch et al., 2018a).

Eine genaue Beschreibung, wie die Akquise der teilnehmenden Schülerinnen und Schüler, die Datensammlung und das Datenclearing in Österreich für die Erhebung 2018 erfolgten, kann in Teutsch et al. (2018a) nachgelesen werden. Alle Daten wurden zwischen Jänner und Juli 2018 unter Einhaltung wissenschaftlicher Standards (Freiwilligkeit, Information an die Erziehungsberechtigten, etc.) und den Bestimmungen des österreichischen Datenschutzgesetzes gesammelt.

Die Begutachtung des HBSC-Studienprotokolls und des HBSC-Fragebogens 2018 war im Juni 2017 von einer Gruppe von Expertinnen und Experten, der Vertreterinnen und Vertreter der Schulpsychologie, der Rechtsabteilung und des Datenschutzes des BMBWF, des schulärztlichen Dienstes, des BMASGK sowie von Eltern und Lehrkräften angehört, durchgeführt worden.

Die Daten wurden in Schulen, die sich freiwillig dazu bereit erklärt hatten, mit einer Klasse teilzunehmen, gesammelt. Nach dem Datenclearing (Teutsch et al., 2018a) umfasste die

finale Stichprobe 7.585 Schülerinnen und Schüler. Wie sich diese auf die Geschlechter und die Schulstufen (Sst) aufteilen, ist in Tabelle 1 und Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 1: Das österreichische Sample der HBSC-Studie 2018 in absoluten Zahlen, nach Geschlecht und Schulstufe

	5.Sst	7.Sst	9.Sst	11.Sst	Gesamt
Burschen	1.048	1.019	827	484	3.378
Mädchen	943	1.070	1.108	1.086	4.207
Gesamt	1.991	2.089	1.935	1.570	7.585

Sst = Schulstufe

Tabelle 2: Prozentuelle Verteilung nach Geschlecht und Schulstufe

	5.Sst	7.Sst	9.Sst	11.Sst	Gesamt
Burschen	13,8%	13,4%	10,9%	6,4%	44,5%
Mädchen	12,4%	14,1%	14,6%	14,3%	55,5%
Gesamt	26,2%	27,5%	25,5%	20,7%	100,0%

Sst = Schulstufe

Die Verteilung von Geschlecht und Schulstufe innerhalb der HBSC Stichprobe 2018 entspricht weitgehend der Verteilung in der Grundgesamtheit. Allerdings sind Schülerinnen und Schüler aus Neuen Mittelschulen sowie Mädchen etwas überrepräsentiert und Schülerinnen und Schüler aus Allgemeinbildenden Höheren Schulen sowie aus Wien etwas unterrepräsentiert. Diese Abweichungen wurden zunächst durch entsprechende Gewichtung der Daten korrigiert (Teutsch et al., 2018a). Da die gewichteten Daten allerdings nur minimale und unwesentliche Unterschiede zu den ungewichteten Daten aufwiesen, wurde in der Folge auf jegliche Gewichtung der Daten verzichtet.

2. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Die Ergebnisse der österreichischen HBSC-Studie 2018 werden wie folgt dargestellt:

- Indikatoren der Gesundheit und des Wohlbefindens, wie subjektiver Gesundheitszustand, Lebenszufriedenheit oder Selbstwirksamkeit werden in Kapitel 3 präsentiert;
- Indikatoren des Gesundheits- oder Risikoverhaltens, wie Ernährung, Konsum von Alkohol oder Vorsorge Zahngesundheit sind in Kapitel 4 zu finden;
- Faktoren, die Gesundheit und Gesundheitsverhalten beeinflussen können, wie sozioökonomischer Status, Migrationshintergrund oder Gesundheitskompetenz, werden in Kapitel 5 präsentiert, und in Kapitel 6 sind die Ergebnisse von Regressionsanalysen mit einigen dieser Faktoren dargestellt;
- Entwicklungen (Trends), die zeigen, bei welchen Indikatoren, die seit 2010 in gleicher Weise erhoben wurden, Veränderungen zu beobachten sind, werden in Kapitel 7 gezeigt.

Alle Fragen und dazugehörigen Antwortoptionen („Items“) des HBSC-Fragebogens sind in sogenannten Itemboxen aufgelistet. Erklärungen, wie es zur Auswahl der Items kam, warum sie als Indikatoren für Gesundheit gelten und welche Gütekriterien sie aufweisen, können im internationalen HBSC-Studienprotokoll (Inchley et al., 2018), das bei der Erstautorin dieses Berichts angefordert werden kann, nachgelesen werden.

Die meisten Items des HBSC-Fragebogens wurden allen Schülerinnen und Schülern vorgegeben. Es gibt jedoch auch einige Fragen, die nur von älteren Schülerinnen und Schülern der Schulstufen 9 und 11 beantwortet werden mussten. Dies deshalb, weil sonst der Fragebogen für die Jüngeren zu lange geworden wäre und weil einige Fragen wie z.B. zum Sexualverhalten oder zum Cannabiskonsum für Jüngere nicht geeignet sind. Sind Fragen in den Itemboxen in der „Sie“-Form formuliert, so bedeutet dies, dass sie nur älteren Schülerinnen und Schülern gestellt wurden.

Da bekannt ist, dass es in der HBSC-Zielgruppe der 11- bis 17-Jährigen oftmals große Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen gibt (Ramelow & Felder-Puig, 2012), werden die meisten Ergebnisse getrennt nach diesen Gruppenmerkmalen dargestellt.

Alle im Text genannten Unterschiede zwischen Subgruppen oder Veränderungen über die Zeit wurden einer statistischen Signifikanzprüfung unterzogen und sind mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\leq 5\%$ statistisch signifikant.

Weitere HBSC-Detailergebnisse und Spezialanalysen zu ausgewählten Themen werden in diesem und den kommenden Jahren in sogenannten „HBSC Factsheets“ präsentiert. Die Lineartabellen, in denen die Ergebnisse zu den einzelnen Variablen der HBSC-Studie 2018 noch detaillierter dargestellt werden, sind in einem separaten Bericht zu finden (Teutsch et al., 2019).

3. GESUNDHEIT UND WOHLBEFINDEN

3.1. Subjektiver Gesundheitszustand

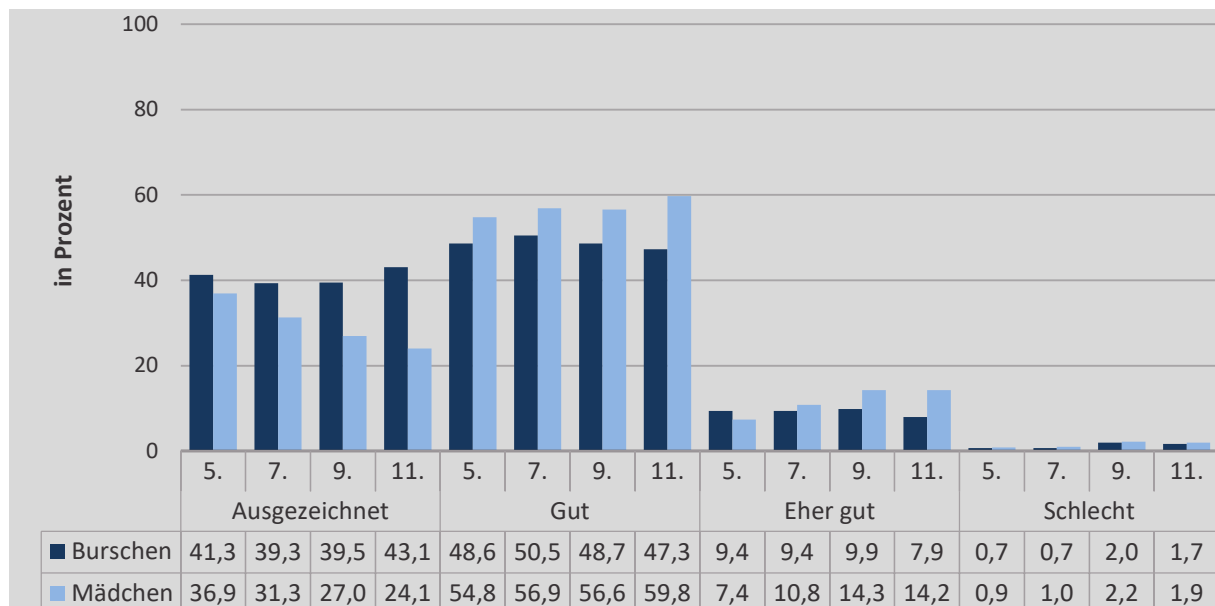
Die Bewertung der eigenen Gesundheit auf Basis einer einzigen Frage (Itembox 1) ist eine gängige Methode, um den mentalen und körperlichen Gesundheitszustand zu messen, weil sich diese subjektive Bewertung in großen Populationsstudien als signifikanter Prädiktor für Morbidität und Mortalität erwiesen hat (Benyamini, 2011). Stellt man diese Frage Jugendlichen, so reflektieren die Antworten ein Konglomerat von physischen, psychischen und sozialen Aspekten des eigenen Wohlbefindens (Boardman, 2006; Bredabliket et al., 2008).

Itembox 1: Subjektiver Gesundheitszustand

Wie würdest du deinen Gesundheitszustand beschreiben?

Antwortmöglichkeiten: ausgezeichnet - gut - eher gut - schlecht

Abbildung 1: Subjektiver Gesundheitszustand der Schülerinnen und Schüler, nach Geschlecht und Schulstufe



Erwartungsgemäß bewertet die überwiegende Mehrheit der befragten Schülerinnen und Schüler – nämlich fast 90% – ihren Gesundheitszustand als „ausgezeichnet“ oder „gut“. Wie Abbildung 1 zeigt, gibt es hier aber große Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Zur Antwortkategorie „ausgezeichnet“ tendieren Burschen – relativ unabhängig von ihrem Alter – nämlich in weit höherem Ausmaß als Mädchen. Und bei den Mädchen fällt auf, dass – je älter sie werden – sie die Kategorie „ausgezeichnet“ immer seltener für sich wählen.

In den beiden anderen Kategorien – „eher guter“ oder „schlechter“ Gesundheitszustand – sind kaum mehr Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder den Altersgruppen zu sehen.

3.2. Beschwerdelast

Die Anzahl und Intensität von körperlichen und psychischen Beschwerden gilt ebenfalls als wichtiger Indikator für den Gesundheitszustand. Die in der internationalen HBSC-Studie verwendete Liste an Beschwerden umfasst jene, die in Itembox 2 dargestellt sind – mit Ausnahme von Nacken-/Schulterschmerzen und Problemen mit den Augen, die nur in Österreich abgefragt werden.

Die HBSC-Beschwerdeliste wurde in zahlreichen Studien getestet, und es konnte unter anderem gezeigt werden, dass eine hohe Beschwerderate mit Mobbing, schulischem Druck oder niedrigem Sozialstatus zusammenhängen kann (z.B. Hetland et al., 2002; Ravens-Sieberer et al., 2009; Ottova-Jordan et al., 2015).

Itembox 2: Körperliche und psychische Beschwerden

Wie oft hattest du in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden?

Kopfschmerzen, Magen-/Bauchschmerzen, Rücken-/Kreuzschmerzen, habe mich kraftlos oder niedergeschlagen gefühlt, war gereizt oder schlecht gelaunt, war nervös, konnte schlecht einschlafen, habe mich benommen oder schwindlig gefühlt, Nacken- oder Schulterschmerzen, Probleme mit den Augen (z.B. Brennen, Tränen, Jucken, Entzündung)

Antwortmöglichkeiten: fast jeden Tag - mehrmals pro Woche - fast jede Woche - fast jeden Monat - selten oder nie

Welche häufigen Beschwerden bei wie vielen Schülerinnen und Schülern auftreten, ist in Tabelle 3 zu sehen. Diese Beschwerden treten mit einer Prävalenz von ca. 6% bis 30% auf. Am häufigsten kommen schlechte Laune und Gereiztheit vor, gefolgt von Einschlafschwierigkeiten. Die Prävalenz einzelner Beschwerden ist in allen Fällen bei Mädchen höher als bei Burschen. Die nur in Österreich abgefragten Nacken-/Schulterschmerzen und Augenprobleme treten bei jeweils etwa einem Achtel aller Schülerinnen und Schüler häufig auf.

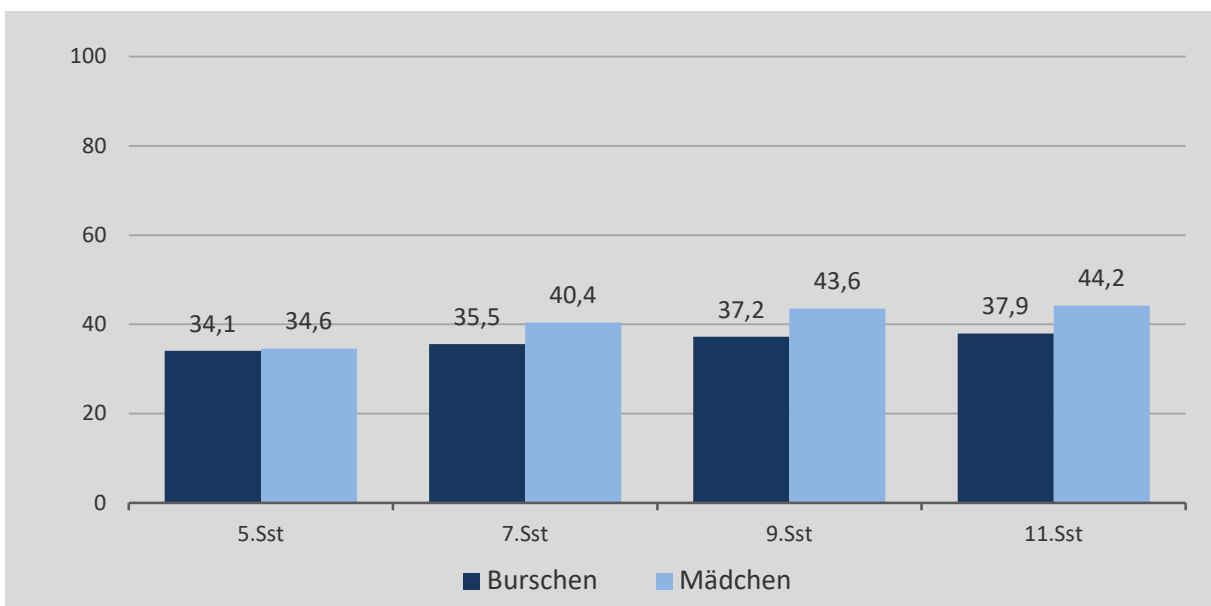
Für die HBSC-Beschwerdeliste existiert auch ein validierter Algorithmus, der es erlaubt, einen Index für die individuelle Beschwerdelast, der die Anzahl einzelner Beschwerden und deren Auftrittshäufigkeit ausdrückt, zu berechnen (Ravens-Sieberer et al., 2008). Dieser

Index liegt theoretisch zwischen 0 (keine Beschwerden) und 100 (höchstmögliche Beschwerdelast).

Tabelle 3: Prävalenz einzelner häufiger Beschwerden (mehrmals pro Woche oder täglich), nach Geschlecht

	Burschen	Mädchen
Gereiztheit, schlechte Laune	19,1%	29,7%
Schwierigkeiten beim Einschlafen	19,0%	26,7%
Nervosität	13,8%	21,1%
Kopfweg	10,6%	22,3%
Niedergeschlagenheit	9,3%	21,1%
Nacken-/Schulterschmerzen	11,1%	16,9%
Rückenschmerzen	9,8%	15,5%
Augenschmerzen	9,2%	14,8%
Bauchweg	6,7%	13,4%
Schwindel	6,4%	11,8%

Abbildung 2: Mittlere Beschwerdelast der Schülerinnen und Schüler, nach Geschlecht und Schulstufe; Spannweite: 0 (keine Beschwerden) bis 100 (höchstmögliche Beschwerdelast)



Sst = Schulstufe

In Abbildung 2 sind die Mittelwerte für den Index, der die Beschwerdelast ausdrückt, dargestellt. Die geringste Beschwerdelast haben Mädchen und Burschen in Schulstufe 5 und die höchste Beschwerdelast haben Mädchen in den Schulstufen 9 und 11. Ab Schulstufe 7 leiden Mädchen an einer höheren Beschwerdelast als Burschen.

3.3. Hören und Sehen

Seit 2018 gibt es in der österreichischen HBSC-Studie auch Fragen zu Hör- und Sehproblemen (Itembox 3).

Itembox 3: Hören und Sehen

Items in der „Sie“-Form wurden nur in den Schulstufen 9 und 11 vorgegeben

Haben Sie das Gefühl, dass Sie schlecht hören?

Antwortmöglichkeiten: nein - ja, aber ich war deswegen noch nicht bei einem Arzt bzw. einer Ärztin - ja, ich war deswegen auch schon bei einem Arzt bzw. einer Ärztin

Trägst du eine Brille oder Kontaktlinsen, um besser zu sehen?

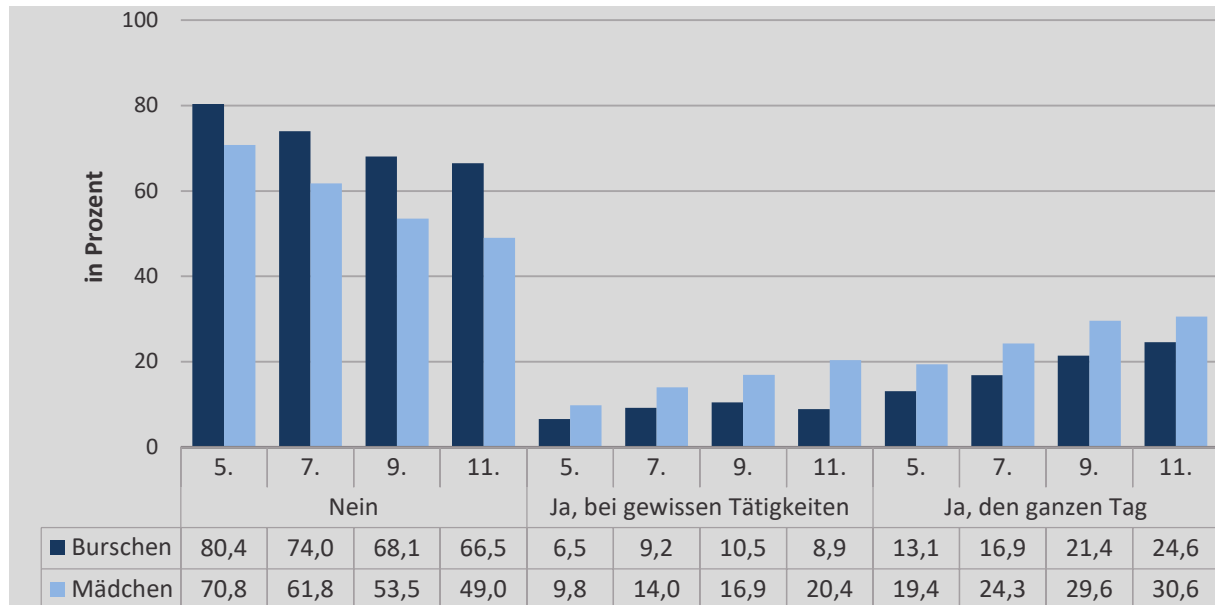
Antwortmöglichkeiten: nein - ja, bei gewissen Tätigkeiten (fernsehen, lesen,...) - ja, den ganzen Tag

Tabelle 4: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die schlecht hören, nach Geschlecht und Schulstufe 9 und 11

	ja, aber noch nicht beim Arzt		ja und beim Arzt	
	9.	11.	9.	11.
Burschen	7,6%	8,7%	3,9%	2,1%
Mädchen	8,5%	8,9%	3,2%	3,2%

Über 10% der Schülerinnen und Schüler ab ca. 15 Jahren meinen, dass sie schlecht hören (Tabelle 4). Zwei von drei waren deshalb aber noch bei keinem Arzt bzw. bei keiner Ärztin. Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt es hier nicht.

Abbildung 3: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die eine Brille oder Kontaktlinsen tragen, nach Geschlecht und Schulstufe



35% der Schülerinnen und Schüler ab Schulstufe 5 tragen eine Brille oder Kontaktlinsen. Die Notwendigkeit dafür steigt bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter (Abbildung 3). In allen Altersgruppen sind es aber mehr Mädchen als Burschen, die eine Brille oder Kontaktlinsen benutzen.

3.4. Chronische Erkrankung oder Behinderung

Mit den Fortschritten der modernen Medizin hat sich zwar die Behandelbarkeit von akuten Erkrankungen oder Unfallfolgen dramatisch verbessert, gleichzeitig haben aber die Fälle von chronischen Leiden, die in vielen Fällen behandelbar, aber nicht heilbar sind, zugenommen (Lohaus & Heinrichs, 2013). Um die entsprechenden Prävalenzen regelmäßig zu erheben, wurde eine entsprechende Frage in den HBSC-Fragebogen inkludiert – siehe Itembox 4.

Itembox 4: Chronische Erkrankung oder Behinderung

Hast du eine lang andauernde bzw. chronische Erkrankung oder Behinderung (z.B. Allergie, Asthma, Diabetes, Darmerkrankung, Depression, ...), die von einem Arzt / einer Ärztin diagnostiziert wurde?

Antwortmöglichkeiten: ja - nein

Tabelle 5: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die an einer chronischen Erkrankung oder Behinderung leiden, nach Geschlecht und Schulstufe

	5. Schulstufe	7. Schulstufe	9. Schulstufe	11. Schulstufe
Burschen	13,5%	14,3%	17,3%	20,2%
Mädchen	16,6%	20,0%	24,2%	24,1%

Etwa ein Fünftel aller Schülerinnen und Schüler gibt an, eine diagnostizierte chronische Erkrankung oder Behinderung zu haben. Die Prävalenz steigt leicht mit zunehmendem Alter und ist bei Mädchen etwas höher als bei Burschen (Tabelle 5).

3.5. Schwerere Verletzungen

Da Verletzungen ein vorrangiges Gesundheitsproblem im Kindes- und Jugendalter darstellen und die Gesundheits- und Sozialsysteme belasten (Valent et al., 2004; Ellsäßer & Albrecht, 2010), ist die Frage nach Verletzungen, die medizinisch behandelt werden müssen, Teil des internationalen HBSC-Protokolls. Die entsprechende Frage ist in Itembox 5 abgebildet.

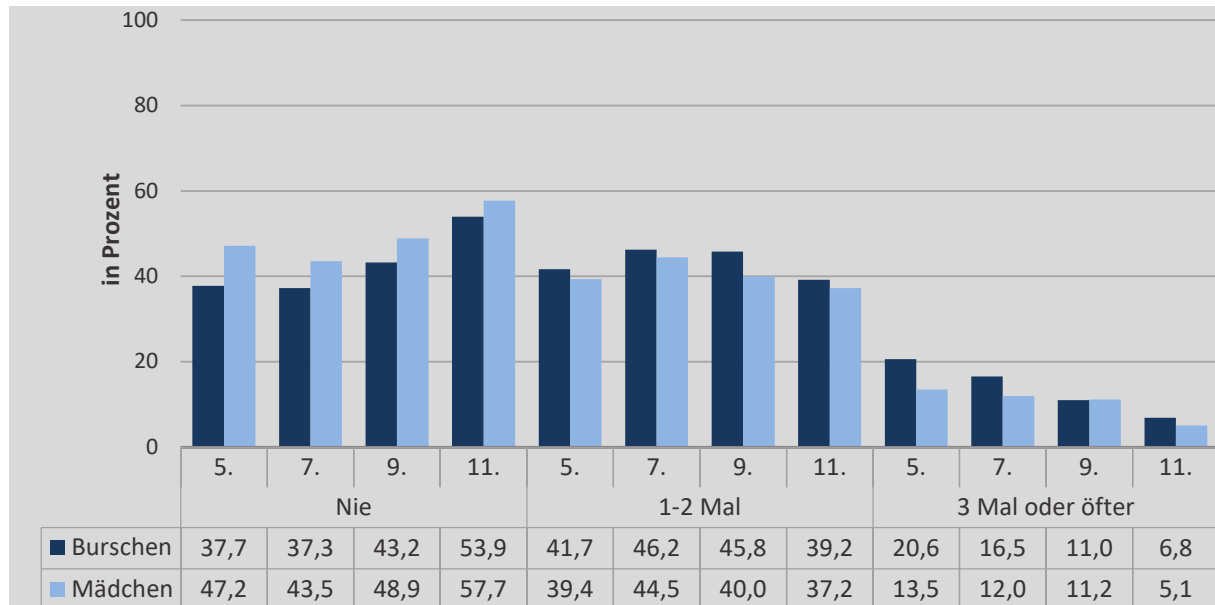
Itembox 5: Zu behandelnde Verletzungen

Wie oft warst du während der letzten 12 Monate so verletzt, dass du medizinisch behandelt werden musstest?

Antwortmöglichkeiten: Ich war in den letzten Monaten nicht verletzt - Ich war 1 Mal verletzt - Ich war 2 Mal verletzt - Ich war 3 Mal verletzt - Ich war 4 Mal oder öfter verletzt

Etwas mehr als die Hälfte der Schülerinnen und Schüler haben sich innerhalb eines Jahres mindestens einmal derart verletzt hat, dass sie behandelt werden mussten. Bei Burschen ist die Verletzungsrate generell höher als bei Mädchen (Abbildung 4). Wiederholte Verletzungen („3 Mal jährlich oder öfter“) kommen eher in jungen Jahren vor und werden mit zunehmendem Alter weniger.

Abbildung 4: Wie viele Schülerinnen und Schüler innerhalb eines Jahres wie oft verletzt waren und behandelt werden mussten, nach Geschlecht und Schulstufe



3.6. Lebenszufriedenheit

Die Lebenszufriedenheit eines Menschen hängt mit vielen Bereichen seines Lebens zusammen, und Gesundheit ist ein wichtiger Teil davon. In Studien zeigte sich, dass die Lebenszufriedenheit von Jugendlichen vor allem von ihren Lebenserfahrungen, den Belastungen, denen sie ausgesetzt sind und ihren Beziehungen bestimmt wird (Antaramian et al., 2008; Rask et al., 2003; Danielsen et al., 2009). Gemessen wird die Lebenszufriedenheit in der HBSC-Studie mit einer leicht adaptierten Form der Cantril-Ladder (Cantril, 1965; Itembox 6).

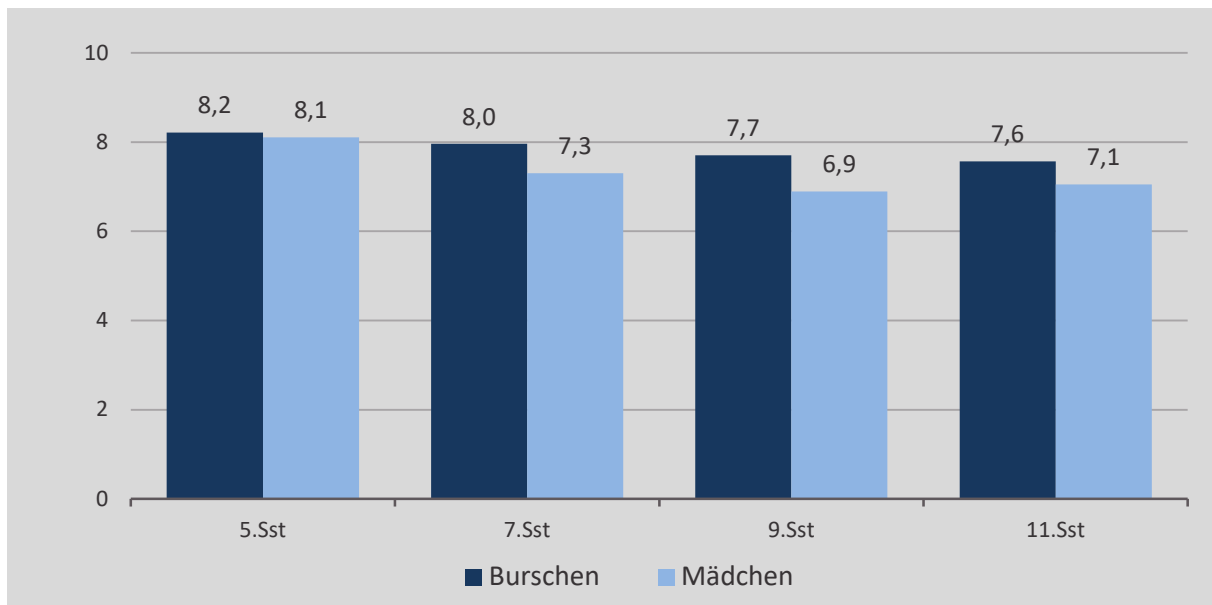
Itembox 6: Lebenszufriedenheit

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, "0", 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?

Antwortmöglichkeiten: Zahlenwerte von 0 bis 10

Die durchschnittliche Lebenszufriedenheit der Schülerinnen und Schüler beträgt 7,8 auf einer Skala von 0 bis 10. Mädchen sind hier ab Schulstufe 7 mit ihrem Leben etwas unzufriedener als Burschen. Am meisten differieren die Einschätzungen in Schulstufe 9. Unabhängig vom Geschlecht sinkt die mittlere Lebenszufriedenheit konstant mit dem Alter.

Abbildung 5: Mittlere Lebenszufriedenheit der Schülerinnen und Schüler, nach Geschlecht und Schulstufe; Spannweite: 0 (schlechteste) bis 10 (bestmögliche Lebenszufriedenheit)



Sst = Schulstufe

3.7. Emotionales Wohlbefinden

Für die Messung von emotionalem Wohlbefinden (englisch: *psychological well-being*) wurde der *World Health Organization Well-Being Index*, der aus fünf Fragen besteht und als WHO-5 bekannt ist, ausgewählt (Itembox 7). Der WHO-5 ist in 30 Sprachen verfügbar und wird weltweit verwendet, unter anderem als Screeninginstrument für Depression (Topp et al., 2015).

Itembox 7: Emotionales Wohlbefinden

In den letzten 2 Wochen

...war ich froh und guter Laune

...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt

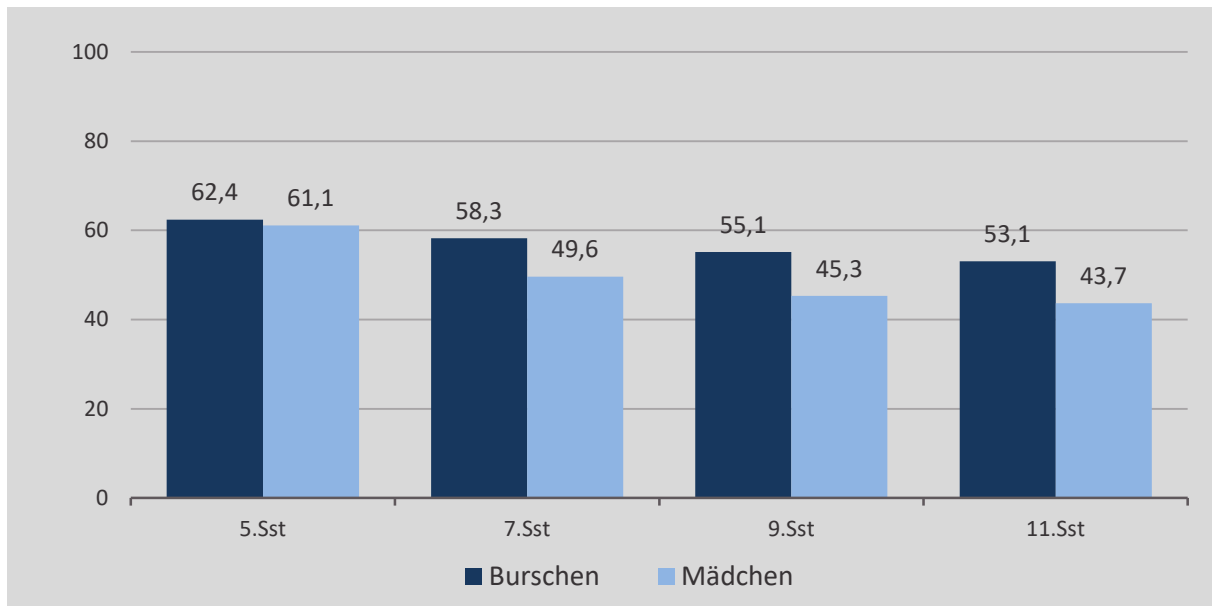
...habe ich mich energiegeladen und aktiv gefühlt

...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt

...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren

Antwortmöglichkeiten: zu keiner Zeit - manchmal - weniger als die Hälfte der Zeit - mehr als die Hälfte der Zeit - meistens - die ganze Zeit

Abbildung 6: Mittleres emotionales Wohlbefinden der Schülerinnen und Schüler, nach Geschlecht und Schulstufe; Spannweite: 0 (schlechtestes) bis 100 (bestmögliches emotionales Wohlbefinden)



Sst = Schulstufe

Abbildung 6 zeigt, dass sich die Schülerinnen und Schüler mit zunehmendem Alter weniger gut und aktiv fühlen. Bei den Mädchen ist ein dramatischer Einbruch ungefähr mit dem Beginn der Pubertät in Schulstufe 7 zu beobachten. Bei den Buben ist dieser weniger stark ausgeprägt, deren emotionales Befinden wird aber trotzdem mit zunehmendem Alter kontinuierlich schlechter.

Nicht in Abbildung 6 zu sehen ist, dass ca. 12% der Burschen und ca. 24% der Mädchen gemäß WHO-5 Auswertungsmanual hier so schlechte Werte zeigen, dass sie möglicherweise an einer depressiven Verstimmung leiden.

3.8. Selbstwirksamkeit

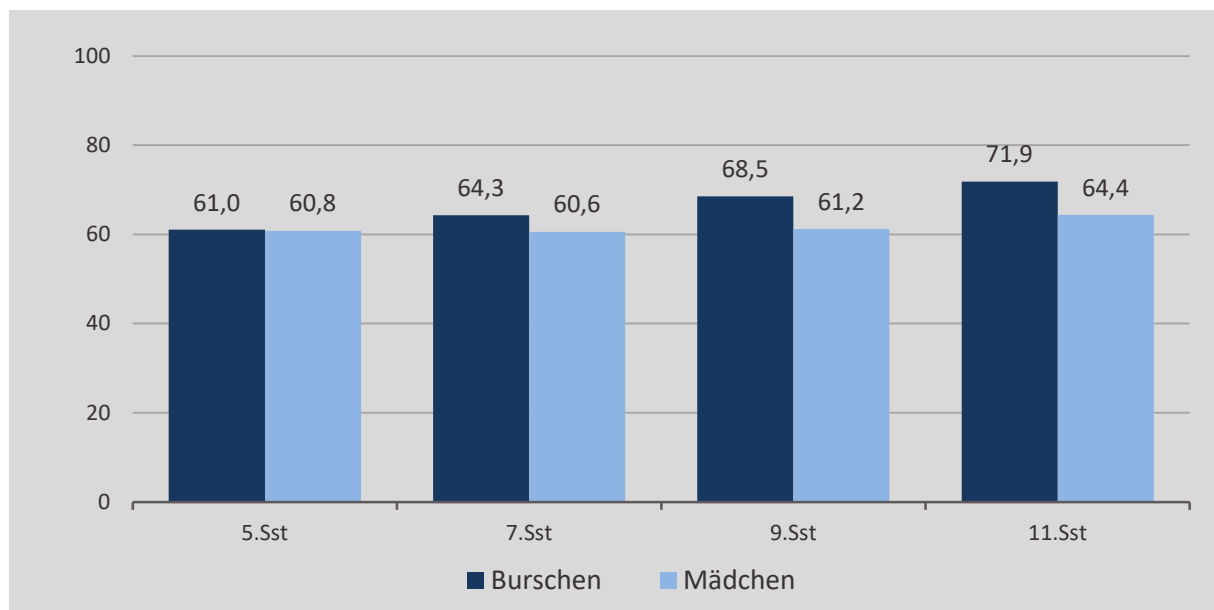
Unter Selbstwirksamkeit versteht die kognitive Psychologie die Überzeugung einer Person, auch schwierige Situationen und Herausforderungen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können (Bandura, 1997). Die Selbstwirksamkeit der Schülerinnen und Schüler wurde an Hand von drei Items erhoben, die messen, inwieweit sie sich zutrauen, Alltagsprobleme mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln zu lösen (Itembox 8).

Itembox 8: Selbstwirksamkeit

In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen. - Die meisten Probleme kann ich aus eigener Kraft gut meistern. - Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel gut lösen.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu - trifft wenig zu - trifft etwas zu - trifft ziemlich zu - trifft voll und ganz zu

Abbildung 7: Mittlere Selbstwirksamkeit der Schülerinnen und Schüler, nach Geschlecht und Schulstufe; Spannweite: 0 (schlechteste) bis 100 (bestmögliche Selbstwirksamkeit)



Sst = Schulstufe

Die Selbstwirksamkeit steigt bei Burschen mit zunehmendem Alter kontinuierlich an, während sie bei Mädchen zwischen Schulstufe 5 und 9 relativ konstant ist und erst in Schulstufe 11 etwas zunimmt (Abbildung 7). Ab Schulstufe 7 verfügen Burschen über eine höhere Selbstwirksamkeit als Mädchen.

3.9. Body-Mass-Index und Körper selbstbild

Übergewicht und Adipositas sind zu einem weltweiten Problem geworden und zählen zu den führenden Risikofaktoren für Morbidität und Mortalität (WHO, 2018). Stark übergewichtige Kinder und Jugendliche haben – zusätzlich zu körperlichen Einschränkungen wie Atembeschwerden, Bluthochdruck oder erhöhtem Frakturrisiko – meist ein niedriges Selbstwertgefühl und ein höheres Risiko, Opfer von Mobbing-Attacken zu werden.

Zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas, Normalgewicht als auch Untergewicht wird in der HBSC-Studie der Body-Mass-Index berechnet, der sich aus Körpergewicht und Körpergröße zusammensetzt ($BMI = \text{kg/m}^2$, Itembox 9). Für Erwachsene sind zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas, wie auch für die Bestimmung von Untergewicht, absolute Grenzwerte festgelegt (Tabelle 1). Für Kinder und Jugendliche, deren körperliche Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist, können diese jedoch nicht herangezogen werden. Auf der Basis von Gewichts- und Größendaten wurden deshalb mit Hilfe von Perzentilkurven dementsprechende Grenzwerte für einzelne Altersgruppen berechnet (Cole et al., 2000; 2007).

Tabelle 6: Grenzwerte für Untergewicht, Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen

	Body-Mass-Index
Untergewicht	weniger als 17 kg/m^2
Übergewicht	mehr als 25 kg/m^2
Adipositas	mehr als 30 kg/m^2

Unter „Körperselbstbild“ wird die Vorstellung verstanden, die sich eine Person von ihrem Körper macht und wie sie glaubt, dass ihr Körper von anderen gesehen wird (Teutsch et al., 2019). Gerade Jugendliche sind mit ihrem Körper oft unzufrieden und leiden unter einem negativen Körperselbstbild. In der HBSC-Studie wird das Körperselbstbild erhoben, indem die Schülerinnen und Schüler gefragt werden, ob sie glauben, ungefähr das richtige Gewicht zu haben (Itembox 9).

Itembox 9: Body-Mass-Index und Körperselbstbild

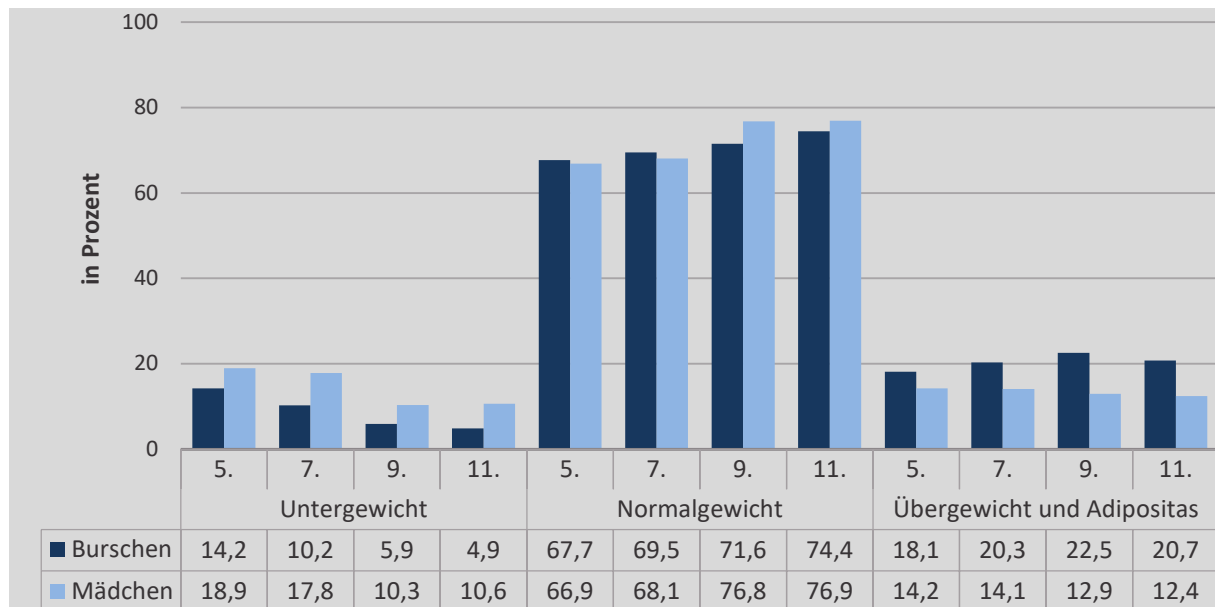
Wie viel wiegst du ohne Kleidung? *Gewicht in kg*

Wie groß bist du ohne Schuhe? *Größe in cm*

Glaubst du, dass du ...?

viel zu dünn bist - ein bisschen zu dünn bist - ungefähr das richtige Gewicht hast - ein bisschen zu dick bist - viel zu dick bist

Abbildung 8: Prävalenz von Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas, nach Geschlecht und Schulstufe

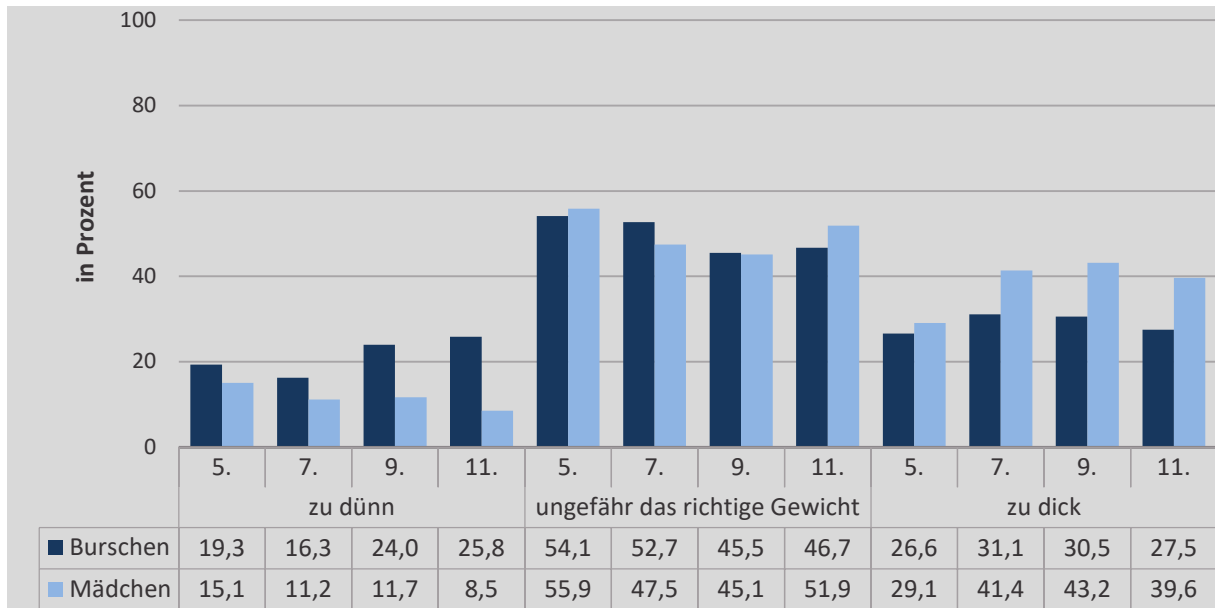


Insgesamt wären auf Basis der selbstberichteten Angaben von Gewicht und Körpergröße ca. 71% der befragten Schülerinnen und Schüler als normalgewichtig, 12% als untergewichtig und 17% als übergewichtig oder adipös einzustufen. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass der auf Basis von Selbstberichten berechnete BMI für die Bestimmung von Übergewicht nicht sehr valide ist, da oft ein zu niedriges Gewicht angegeben wird (Kurth & Ellert, 2010). Gemäß den Ergebnissen dieser Validierungsstudie dürfte die tatsächliche Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in der HBSC-Alterskohorte also bei mindestens 20% liegen.

Von Untergewicht sind mehr Mädchen als Burschen und von Übergewicht mehr Burschen als Mädchen betroffen (Abbildung 8). Mit zunehmendem Alter zeigt sich bei beiden Geschlechtern eine leichte Steigerung des Anteils an normalgewichtigen Schülerinnen und Schülern. Von den Schülerinnen und Schülern mit Übergewicht scheint ungefähr ein Fünftel adipös zu sein (nicht in Abbildung 8 dargestellt).

Beim Körperselbstbild zeigen sich – im Vergleich zu den berechneten BMI-Werten (Abbildung 8) – stark divergierende Ergebnisse. So sind es hier mehr Burschen als Mädchen, die sich als zu dünn empfinden und mehr Mädchen als Burschen, die glauben, dass sie zu dick sind (Abbildung 9). Während gemäß BMI-Werten 71% Normalgewicht haben, meinen insgesamt nur etwa 50% der Schülerinnen und Schüler, ungefähr das richtige Gewicht zu haben. Das Gefühl, zu dick zu sein, nimmt bei Mädchen bis Schulstufe 9 kontinuierlich zu, und erreicht Werte von über 40%. In jedem Fall unterschieden sich die Ergebnisse bei den übergewichtigen bzw. „zu dicken“ Schülerinnen und Schülern, die in Abbildung 8 und Abbildung 9 dargestellt sind, bei Mädchen viel stärker als bei Burschen.

Abbildung 9: Körper selbstbild der Schülerinnen und Schüler, nach Geschlecht und Schulstufe



4. GESUNDHEITS- UND RISIKOVERHALTEN

4.1. Vorsorge Zahngesundheit

Zahngesundheit hat nicht nur eine ästhetische Funktion, sondern ist wichtig für den ganzen Körper. Vorsorgemaßnahmen, wie regelmäßiges Zähneputzen, gesunde Ernährung oder medizinische Kontrolluntersuchungen, wirken nicht nur der Kariesentstehung, sondern auch der Entstehung und Progression von systemischen Erkrankungen entgegen (Jepsen et al., 2011). Die Zahngesundheit der Schülerinnen und Schüler wird in der HBSC-Studie seit vielen Jahren mit der Frage nach ihrem Zahnputzverhalten erhoben (Itembox 10). Dazu kam im Jahr 2018 in Österreich die Frage an ältere Schülerinnen und Schüler, wie oft sie einen Zahnarzt oder eine Zahnärztin für Kontrolluntersuchungen konsultieren (Itembox 10).

Itembox 10: Vorsorgemaßnahmen Zahngesundheit

Items in der "Sie"-Form wurden nur 15- und 17-Jährigen vorgegeben

Wie oft putzt du dir die Zähne?

Antwortmöglichkeiten: mehr als 1 Mal täglich - 1 Mal täglich - mindestens 1 Mal pro Woche, aber nicht täglich - seltener als 1 Mal pro Woche - nie

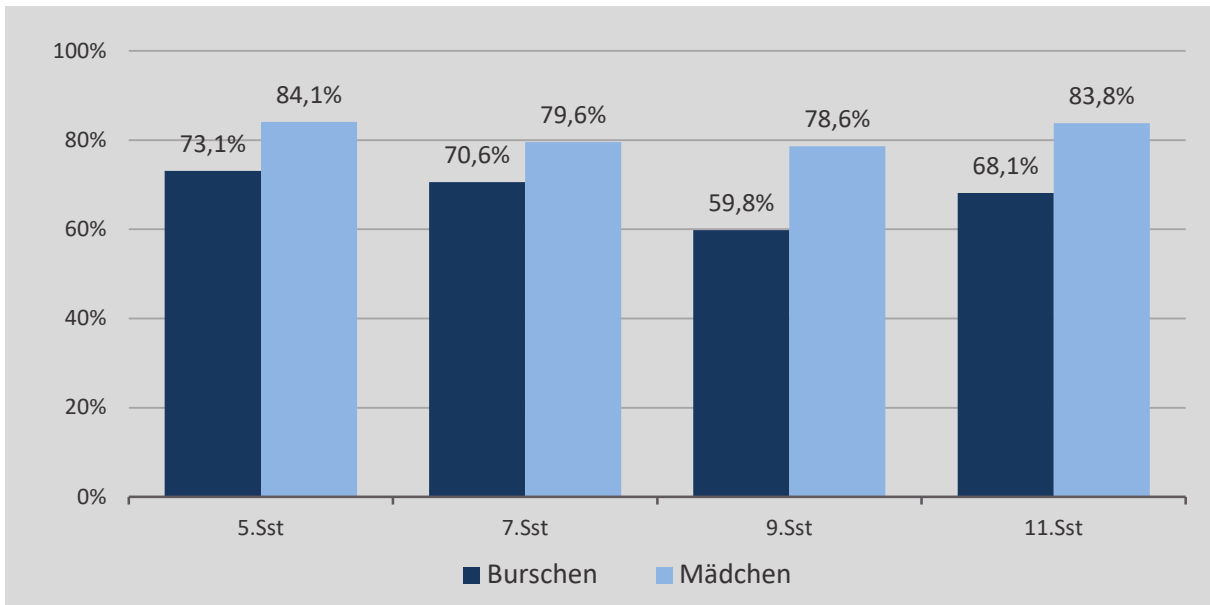
Wie oft gehen Sie für Kontrolluntersuchungen zum Zahnarzt bzw. zur Zahnärztin?

Antwortmöglichkeiten: nie - alle 2 Jahre oder seltener - ungefähr 1 Mal im Jahr - 2 Mal im Jahr oder öfter

Während ungefähr vier von fünf Mädchen in allen Altersgruppen sich mindestens zweimal täglich die Zähne putzen, sind die Burschen etwas weniger auf ihre Zahnpflege bedacht, und es sind auch signifikante Unterschiede zwischen den jüngeren und den älteren Burschen zu sehen (Abbildung 10). Am „nachlässigsten“ sind hier die Burschen aus Schulstufe 9, von denen sich nur drei von fünf die Zähne adäquat reinigen.

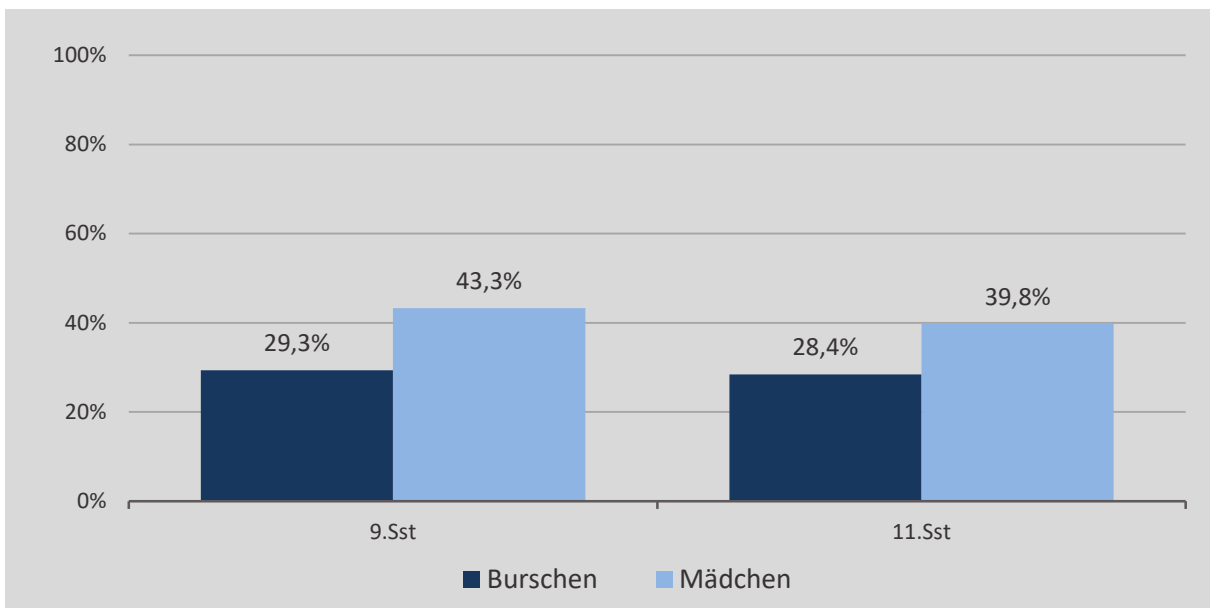
Auch bei der Kombination zweier wichtiger Zahngesundheitsvorsorgemaßnahmen – dem mehrmaligen täglichen Zähneputzen und einer zweimal jährlichen zahnärztlichen Kontrolluntersuchung – sind die Mädchen etwas gesundheitsbewusster als die Burschen (Abbildung 11). In Summe erfüllen ca. 37% der Schülerinnen und Schüler ab Schulstufe 9 diese Empfehlungen. Rechnet man auch jene dazu, die nur einmal jährlich zur zahnärztlichen Untersuchung gehen, sich aber auch mindestens zweimal täglich die Zähne putzen, so sind dies ca. 64% aller Schülerinnen und Schüler ab 15 Jahren (nicht abgebildet).

Abbildung 10: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die sich mindestens zweimal täglich die Zähne putzen, nach Geschlecht und Schulstufe



Sst = Schulstufe

Abbildung 11: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler der Schulstufen 9 und 11, die sich mindestens zweimal täglich die Zähne putzen und sich zweimal jährlich einer zahnärztlichen Kontrolluntersuchung unterziehen, nach Geschlecht und Schulstufe



Sst = Schulstufe

4.2. Ernährung

In der HBSC-Studie werden bestimmte Indikatoren des Ernährungsverhaltens regelmäßig erhoben (Teutsch et al., 2017). Dazu gehören der tägliche Konsum von Obst und Gemüse

und die Einnahme eines Frühstücks als Indikatoren einer gesundheitsförderlichen Ernährungsweise sowie der Konsum von stark zuckerhaltigen Produkten, fetthaltigen Speisen mit wenig Nährwert und Energy Drinks als Indikatoren für ein nicht gesundheitsförderliches Ernährungsverhalten (Itembox 11).

Itembox 11: Ernährungsverhalten

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

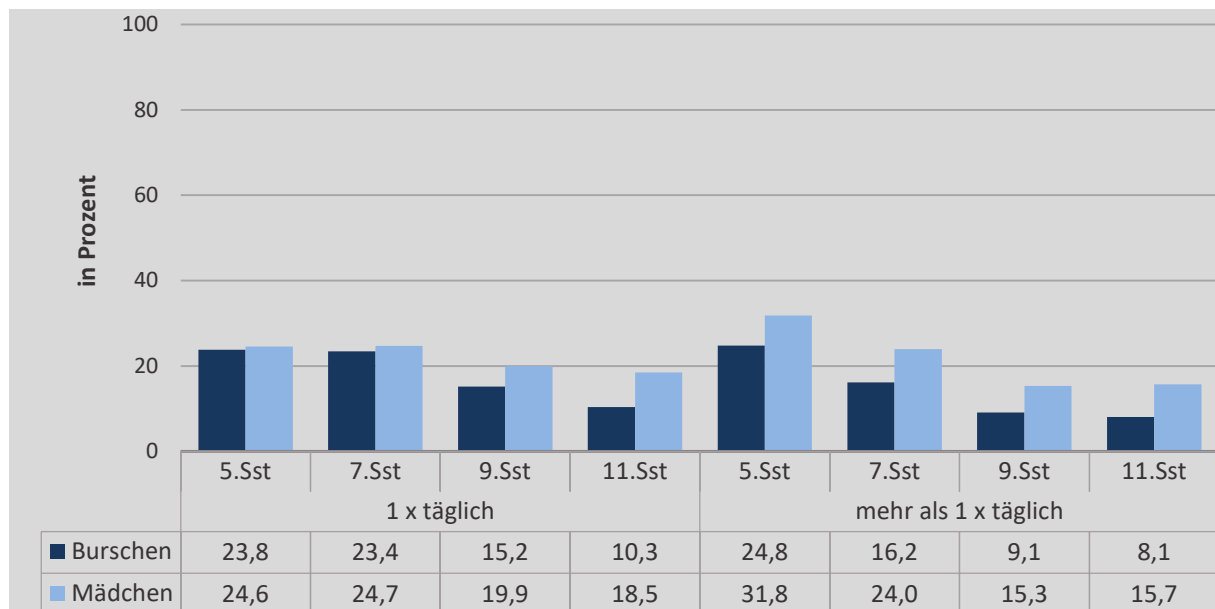
Obst, Früchte - Gemüse, Salat - Süßigkeiten, Schokolade - Cola oder andere Getränke, die Zucker enthalten - "Fast Food" Speisen (Kebab, Burger, Pizza, ...) - Energy Drinks (Red Bull, Monster, Power Horse, Clever,)

Antwortmöglichkeiten: nie - seltener als 1 Mal in der Woche - 1 Mal wöchentlich - an 2-4 Tagen in der Woche - an 5-6 Tagen in der Woche - 1 Mal täglich - mehrmals täglich

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

Antwortmöglichkeiten: an Schultagen: Ich frühstücke nie - an 1 - 2 - 3 - 4 - 5 Schultagen; am Wochenende: Ich frühstücke nie - an 1 - 2 Wochenendtag(en)

Abbildung 12: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich Obst essen, nach Geschlecht und Schulstufe

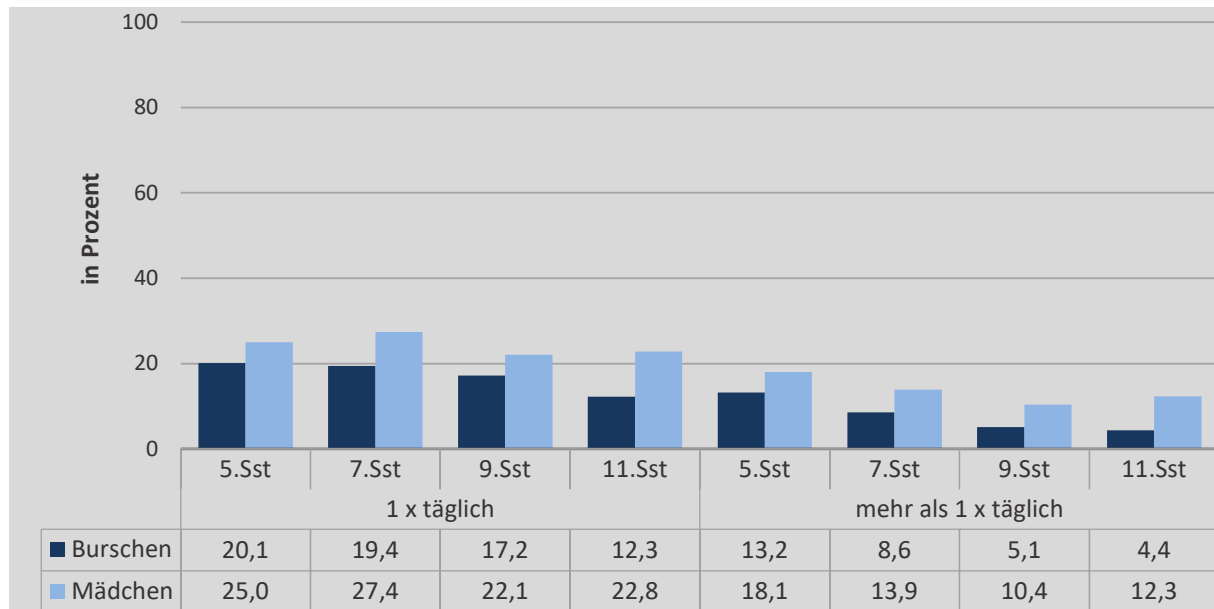


Sst = Schulstufe

Ungefähr 36% der Burschen und 43% der Mädchen konsumieren täglich Obst (Abbildung 12) und jeweils ca. die Hälfte davon tut dies sogar mehr als einmal täglich. Der tägliche

Obstkonsum sinkt bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter, bei Burschen allerdings stärker als bei Mädchen.

Abbildung 13: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich Gemüse essen, nach Geschlecht und Schulstufe



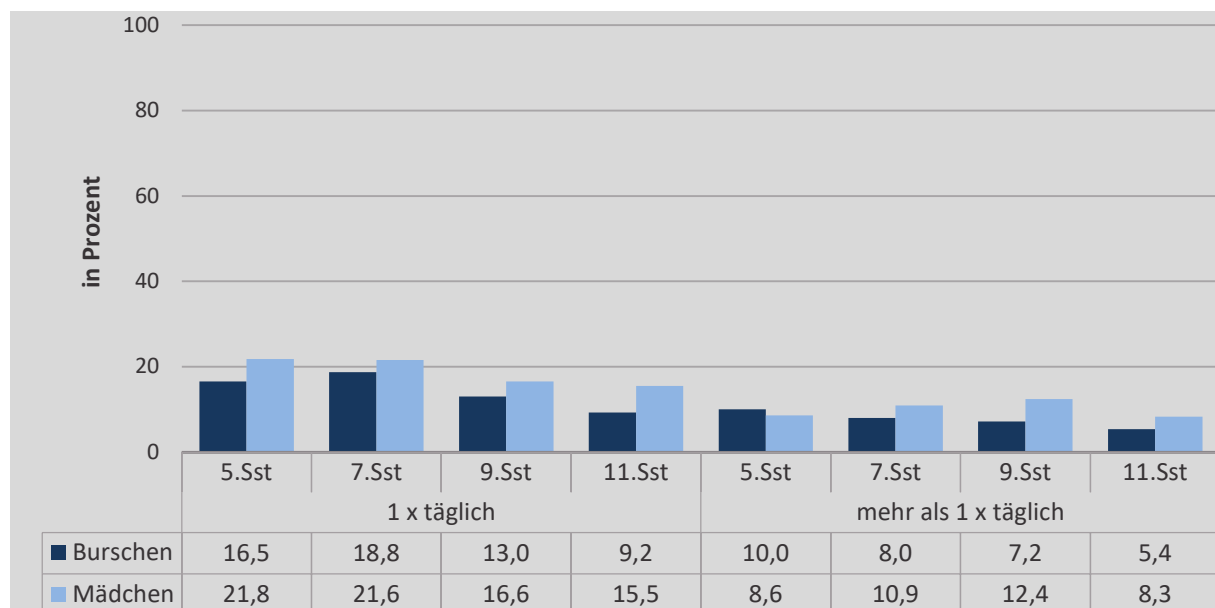
Sst = Schulstufe

Ungefähr 27% der Burschen und 38% der Mädchen essen täglich Gemüse (Abbildung 13) und jeweils ca. ein Drittel davon tut dies mehr als einmal täglich. Der tägliche Gemüsekonsum sinkt bei Burschen linear mit zunehmendem Alter. Bei den Mädchen gibt es unter den Älteren (Schulstufe 9 und 11) weniger, die täglich Gemüse essen, als unter den Jüngeren.

Damit ist erwartungsgemäß Obst bei Mädchen und Burschen etwas beliebter als Gemüse. Wie viele Schülerinnen und Schüler die gängige Ernährungsempfehlung – „Obst und Gemüse mehrmals täglich, und zwar mindestens 3 Portionen Gemüse und 2 Portionen Obst“ (ÖGE, 2017) – einhalten, kann aus den vorliegenden Daten nicht eruiert werden. Ableitbar ist nur, dass ca. 23% aller Schülerinnen und Schüler mindestens einmal täglich Obst und Gemüse essen.

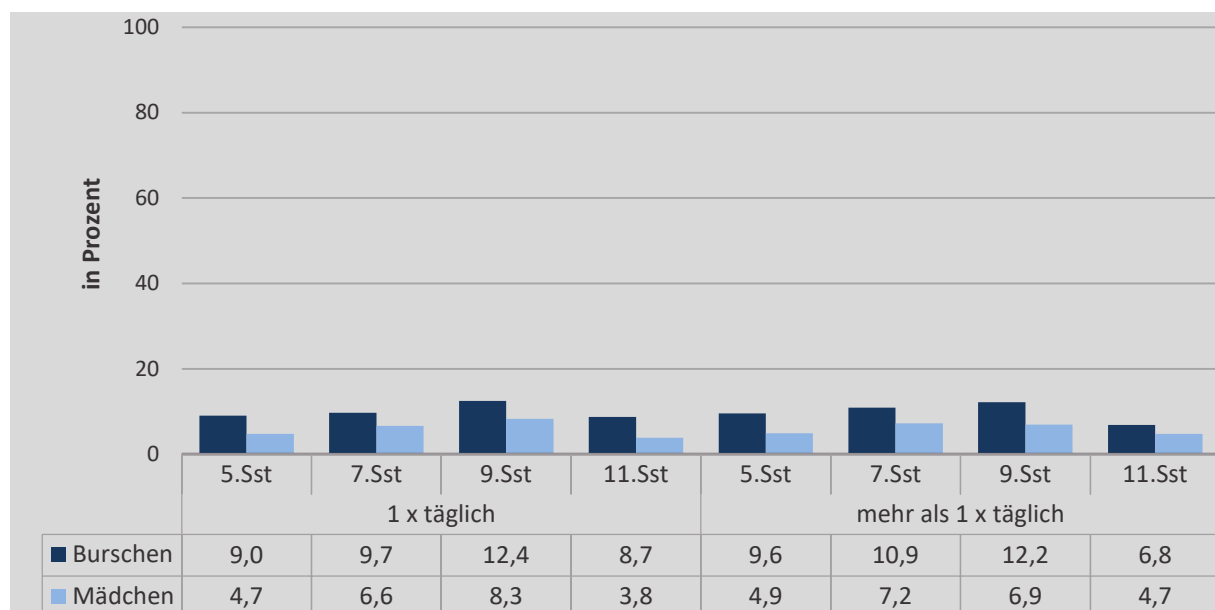
Täglicher Konsum von Süßigkeiten – einmal täglich oder öfter – kommt im Schnitt bei ca. 23% der Burschen und 29% der Mädchen vor. Bei beiden Geschlechtern sinkt er mit zunehmendem Alter (Abbildung 14).

Abbildung 14: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich Süßigkeiten essen, nach Geschlecht und Schulstufe



Sst = Schulstufe

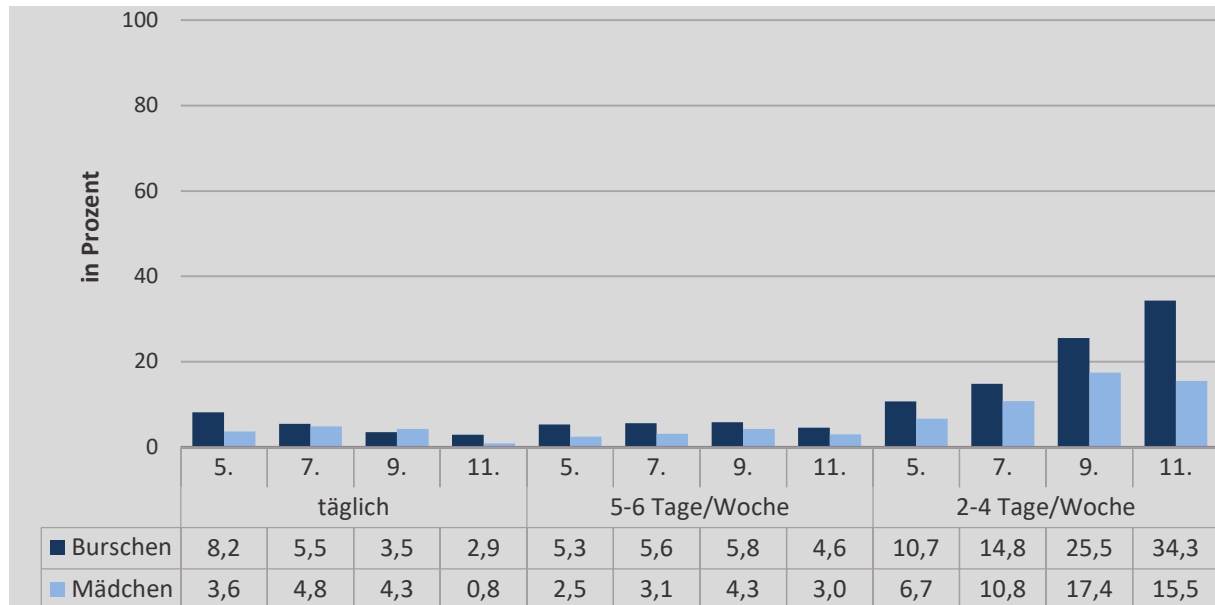
Abbildung 15: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich süße Limonaden (Cola, Fanta, Eistee,...) trinken, nach Geschlecht und Schulstufe



Sst = Schulstufe

Während ca. 10% aller Schülerinnen und Schüler nie sogenannte Softdrinks konsumieren, tun dies im Schnitt ca. 16% täglich, die Hälfte davon sogar öfter als einmal am Tag. Mehr Burschen als Mädchen trinken diese Getränke (mehrmals) täglich (Abbildung 15).

Abbildung 16: Häufigkeit des Konsums von „Fast Food“ Speisen (Kebab, Burger, Pizza, ...), nach Geschlecht und Schulstufe



In Abbildung 16 ist dargestellt, wie oft die Schülerinnen und Schüler stark fetthaltige und hochkalorische Speisen mit wenig Nährwert – in der Umgangssprache als „Fast Food“ bekannt, auch wenn dieser Terminus ernährungswissenschaftlich nicht korrekt ist – essen. Dies tun im Schnitt ca. 4% täglich, weitere 4% an 5 bis 6 Tagen in der Woche und 16% an 2 bis 4 Tagen in der Woche. Burschen konsumieren diese Speisen häufiger als Mädchen.

Abbildung 17: Häufigkeit des Konsums von Energydrinks, nach Geschlecht und Schulstufe

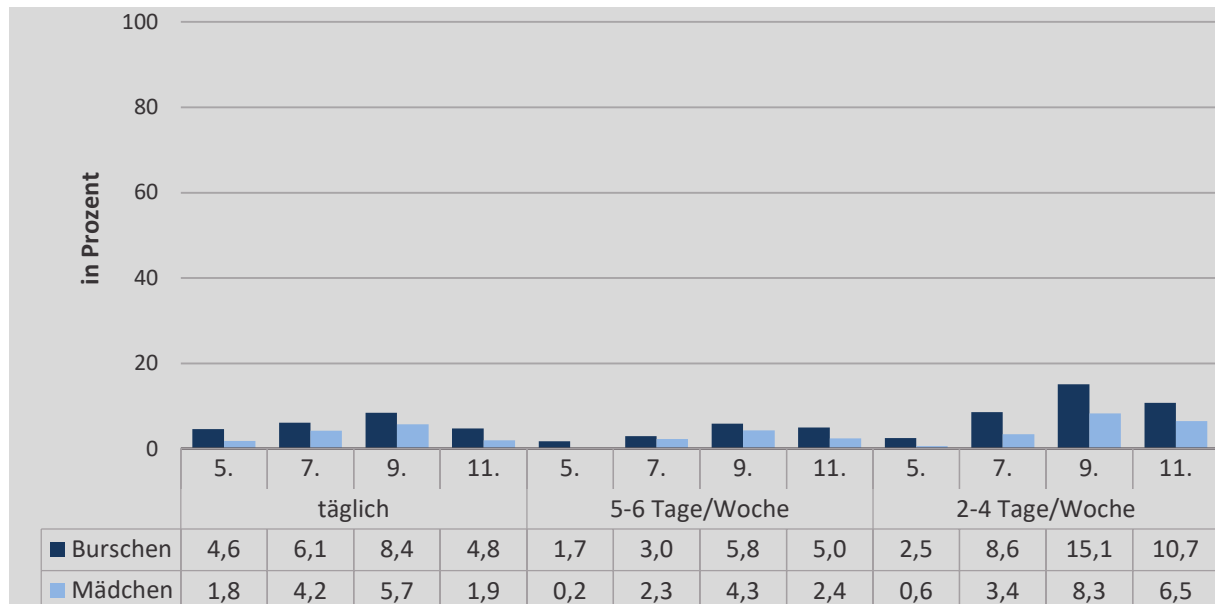
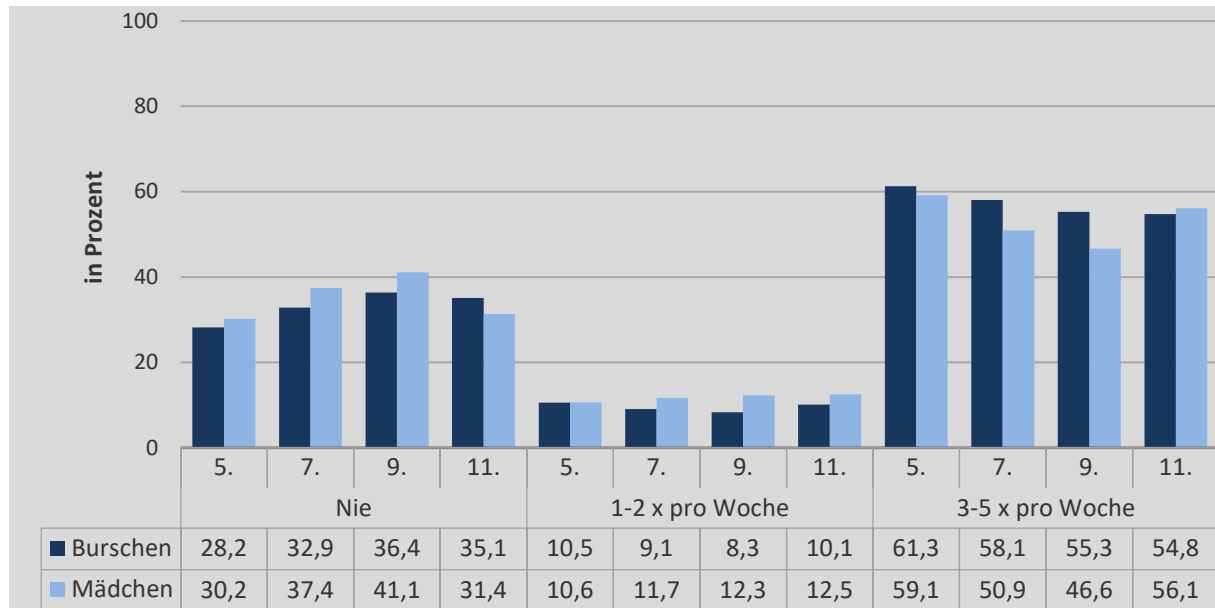


Abbildung 17 zeigt, wie oft die Schülerinnen und Schüler Energydrinks trinken. Dies tun im Schnitt ca. 5% täglich, 3% an 5 bis 6 Tagen in der Woche und 7% an 2 bis 4 Tagen in der Woche. Bei Burschen sind Energydrinks beliebter als bei Mädchen, und erwartungsgemäß trinken ältere Schülerinnen und Schüler diese Getränke häufiger als jüngere. Insgesamt ca. 58% aller Schülerinnen und Schüler konsumieren überhaupt keine Energydrinks (nicht abgebildet).

Abbildung 18: An wie vielen Schultagen in der Woche die Schülerinnen und Schüler frühstücken, nach Geschlecht und Schulstufe



In Summe frühstückt ca. ein Drittel der Schülerinnen und Schüler aller Altersgruppen nie vor dem Weg in die Schule (Abbildung 18). Die Rate an Schülerinnen und Schülern, die unter der Woche täglich frühstücken (nicht abgebildet), beträgt 43%, darunter sind etwas mehr Burschen als Mädchen.

4.3. Bewegung und sitzende Beschäftigung mit dem Handy

Ausreichende körperliche Bewegung ist eine grundlegende Voraussetzung für ein gesundes Heranwachsen und eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (Maier et al., 2017a). Dafür gibt es von der Weltgesundheitsorganisation Leitlinien (WHO, 2010), die in der Auswahl von relevanten Fragen für die HBSC-Studie Berücksichtigung fanden (Itembox 12). Zusätzlich wurde erhoben, wie viel Zeit pro Tag sitzend oder liegend am Handy – der in der Zwischenzeit häufigsten bewegungspassiven Freizeitbeschäftigung der Altersgruppe (Barnett et al., 2018) – verbraucht wird.

Itembox 12: Bewegung und sitzende Beschäftigung mit dem Handy

An wie vielen der letzten 7 Tage warst du mindestens 60 Minuten körperlich aktiv? Bitte zähle dabei die gesamte Zeit zusammen, die du pro Tag körperlich aktiv warst.

Antwortmöglichkeiten: an 0 - 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7 Tag(en)

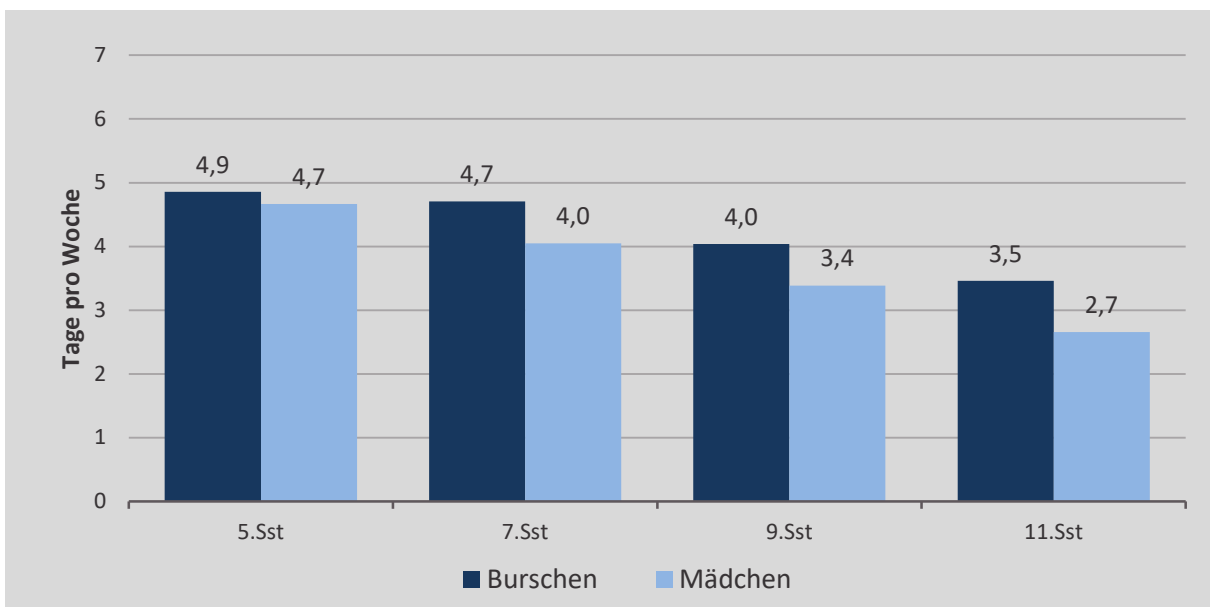
Außerhalb der Schulstunden: Wie häufig bist du normalerweise in deiner Freizeit körperlich so aktiv, dass du dabei außer Atem kommst oder schwitzt?

Antwortmöglichkeiten: jeden Tag - 4 bis 6 Mal in der Woche - 2 bis 3 Mal in der Woche - 1 Mal in der Woche - 1 Mal im Monat - seltener als 1 Mal im Monat - nie

Wie viel Zeit verbringst du an einem typischen Tag - sitzend oder liegend - am Handy? (z.B. mit Telefonieren, Spielen, Internet surfen, Kontakten auf sozialen Medien, Film schauen, Musik hören, ...)

Antwortmöglichkeiten: weniger als 1 Stunde pro Tag - 1 bis 2 Stunden pro Tag - 3 bis 4 Stunden pro Tag - 5 bis 6 Stunden pro Tag - 7 bis 8 Stunden pro Tag - mehr als 8 Stunden pro Tag

Abbildung 19: Mittlere Anzahl der Tage pro Woche, an denen die Schülerinnen und Schüler für mindestens 60 Minuten täglich körperlich aktiv sind, nach Geschlecht und Schulstufe; Spannweite: 0 bis 7 Tage

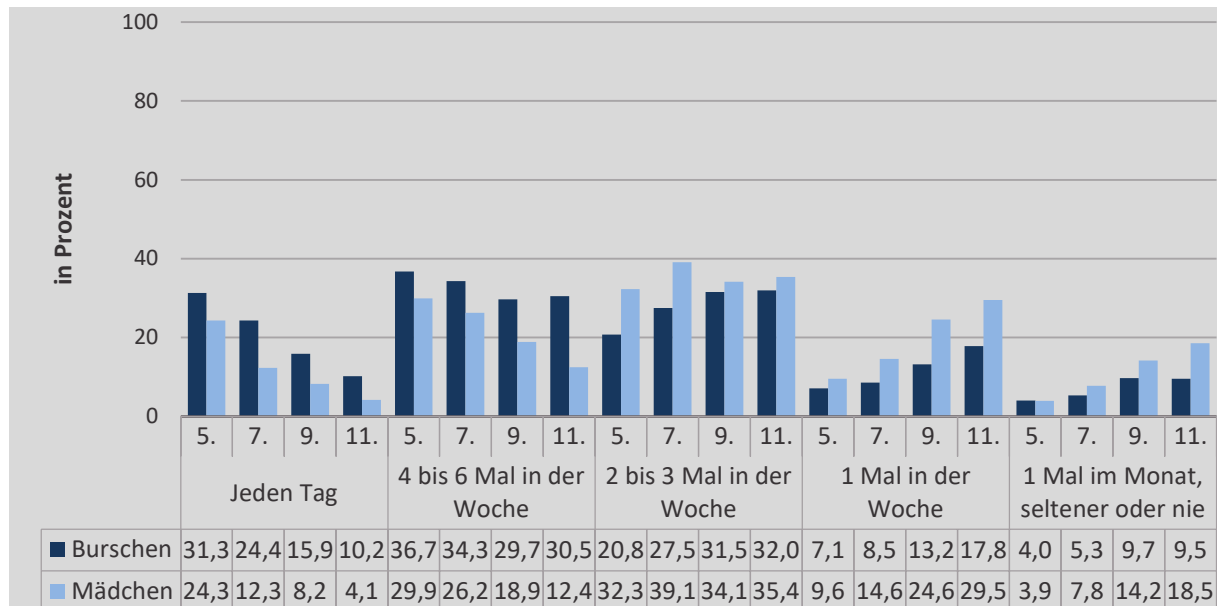


Sst = Schulstufe

Mit zunehmendem Alter erfüllen beide Geschlechter die Bewegungsempfehlungen der WHO für Kinder und Jugendliche (2010) – „7 Tage pro Woche für mindestens 1 Stunde täglich“ –

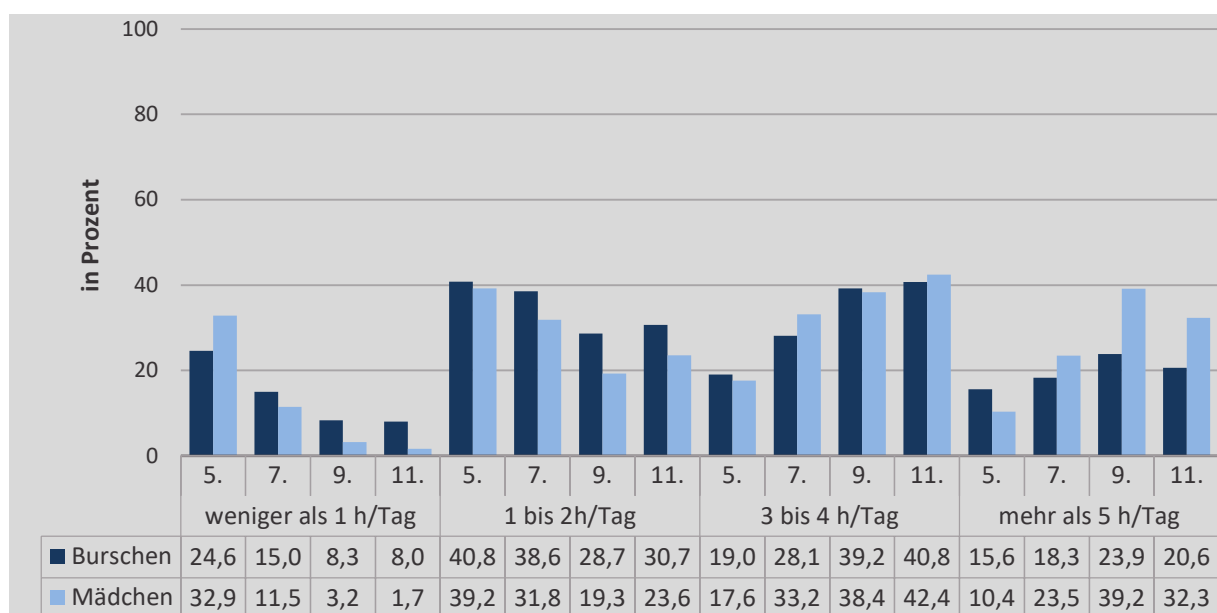
immer weniger (Abbildung 19). Burschen aller Altersgruppen sind im Schnitt mit ca. 4,5 Tagen pro Woche bewegungsfreudiger als Mädchen mit durchschnittlich 3,5 Tagen.

Abbildung 20: Wie häufig Schülerinnen und Schüler in ihrer Freizeit sportlich aktiv sind, nach Geschlecht und Schulstufe



Ungefähr 56% der Burschen betreiben intensiv Sport (mindestens viermal in der Woche, Abbildung 20), während dies nur auf 33% der Mädchen zutrifft. Häufige sportliche Aktivität sinkt mit zunehmendem Alter. Absolute „Sportmuffel“ („1 Mal im Monat, seltener oder nie“ – Abbildung 20) sind ca. 6% der Burschen und 11% der Mädchen.

Abbildung 21: Wie viele Stunden sich Schülerinnen und Schüler täglich im Sitzen oder Liegen mit ihrem Handy beschäftigen, nach Geschlecht und Schulstufe



Dass Kinder und Jugendliche, die sich täglich lange mit ihrem Handy beschäftigen, deshalb auf Bewegung und Sport weitgehend verzichten, ist nicht erwiesen. Dass insgesamt aber viel Zeit für Tätigkeiten mit dem Handy aufgewendet wird, zeigt Abbildung 21. Mehr als fünf Stunden pro Tag am Handy verbringen ca. ein Viertel aller Mädchen und ein Fünftel aller Burschen. Andererseits sind aber die Hälfte aller Burschen und ca. 40% aller Mädchen weniger als drei Stunden pro Tag mit ihrem Handy beschäftigt.

4.4. Konsum psychoaktiver Substanzen

Mit dem Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis wird oft schon im Jugendalter begonnen (Maier et al., 2017b). Mit dem Erreichen des Erwachsenenalters geht der Gebrauch häufig wieder zurück, bei manchen setzt er sich jedoch unvermindert fort. Schwierig wird es speziell dann, wenn der Konsum dieser Substanzen zur Gewohnheit wird und sich als Verhaltensmuster verfestigt.

Mit welchen Fragen der Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis in der HBSC-Studie 2018 erhoben wurde, ist in Itembox 13 dargestellt.

Itembox 13: Rauchen, Alkohol, Cannabis

Items in der "Sie"-Form wurden nur 15- und 17-Jährigen vorgegeben.

Wie oft rauchst du derzeit Zigaretten?

Antwortmöglichkeiten: jeden Tag - 1 Mal oder öfter pro Woche, aber nicht jeden Tag - seltener als 1 Mal pro Woche - ich rauche gar nicht

An wie vielen Tagen (wenn überhaupt) hast du Zigaretten geraucht?

In deinem Leben; In den letzten 30 Tagen

Antwortmöglichkeiten: nie - 1 bis 2 Tage - 3 bis 5 Tage - 6 bis 9 Tage - 10 bis 19 Tage - 20 bis 29 Tage - 30 Tage (oder mehr)

An wie vielen Tagen (wenn überhaupt) haben Sie Wasserpfeife (Shisha) geraucht?

In Ihrem Leben; In den letzten 30 Tagen

Antwortmöglichkeiten: nie - 1 bis 2 Tage - 3 bis 5 Tage - 6 bis 9 Tage - 10 bis 19 Tage - 20 bis 29 Tage - 30 Tage (oder mehr)

Fortsetzung Itembox 13

An wie vielen Tagen (wenn überhaupt) haben Sie elektronische Zigaretten (E-Zigaretten, E-Shishas) benutzt?

In Ihrem Leben; In den letzten 30 Tagen

Antwortmöglichkeiten: nie - 1 bis 2 Tage - 3 bis 5 Tage - 6 bis 9 Tage - 10 bis 19 Tage - 20 bis 29 Tage - 30 Tage (oder mehr)

An wie vielen Tagen (wenn überhaupt) hast du Alkohol getrunken?

In deinem Leben; In den letzten 30 Tagen

Antwortmöglichkeiten: nie - 1 bis 2 Tage - 3 bis 5 Tage - 6 bis 9 Tage - 10 bis 19 Tage - 20 bis 29 Tage - 30 Tage (oder mehr)

Wie oft trinken Sie derzeit alkoholische Getränke wie Bier, Wein oder Spirituosen? (Denken Sie dabei auch an die Gelegenheiten, bei denen Sie nur kleine Mengen getrunken haben.)

Bier - Wein (pur oder gespritzt) oder Sekt - Spirituosen (Schnaps, Wodka, Gin, Whisky, Rum, etc.) - Alkopops (z.B. Smirnoff Ice, Bacardi Breezer, Feigling Eyes) - irgendein anderes alkoholisches Getränk

Antwortmöglichkeiten: täglich - jede Woche - jeden Monat - seltener - nie

Wenn Sie an die letzten 30 Tage denken, bei wie vielen Gelegenheiten (wenn überhaupt) haben Sie mindestens 5 alkoholische Getränke (Bier, Wein, Spirituosen oder Mischgetränke) hintereinander getrunken?

Antwortmöglichkeiten: nie - 1 Mal - 2 Mal - 3 bis 5 Mal - 6 bis 9 Mal - 10 Mal oder öfter

Haben Sie jemals Cannabis (Haschisch, Marihuana) konsumiert?

In Ihrem Leben; In den letzten 30 Tagen

Antwortmöglichkeiten: nie - 1 bis 2 Mal - 3 bis 5 Mal - 6 bis 9 Mal - 10 bis 19 Mal - 20 bis 29 Mal - 30 Mal (oder öfter)

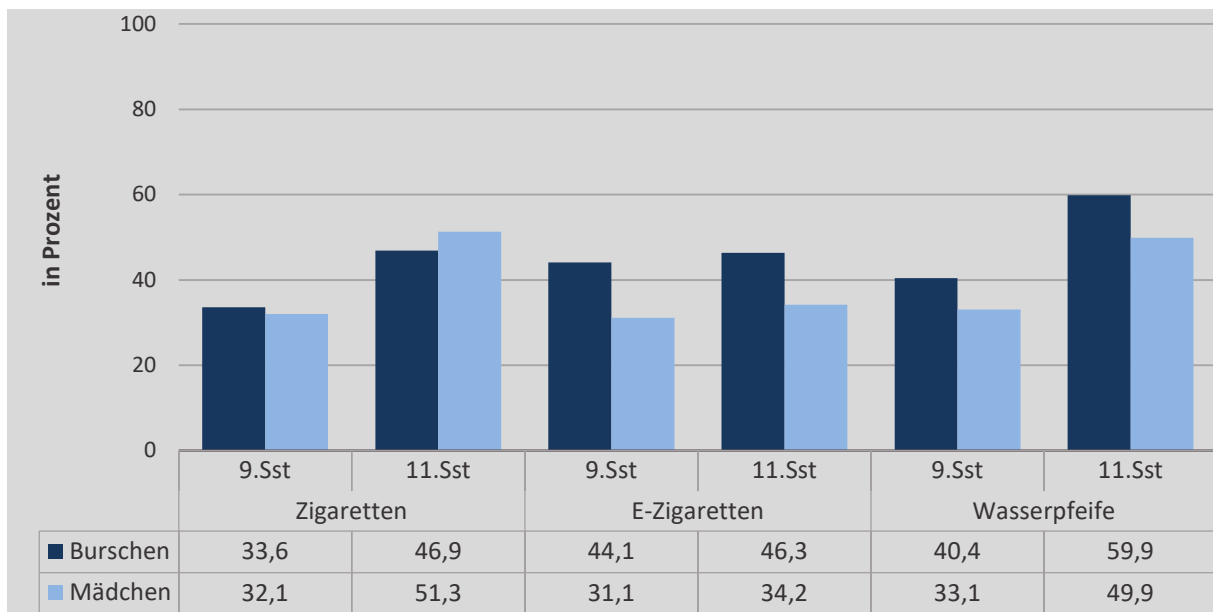
Die Rate der täglichen Zigarettenraucherinnen und -raucher beträgt ca. 4% bei Burschen und ca. 4% bei Mädchen (Tabelle 7). Als „Gelegenheitsraucher- und raucherinnen“ können ca. 5% der Burschen und 9% der Mädchen bezeichnet werden. Insgesamt gibt es in Bezug auf Zigaretten also 91% absolute Nichtraucher und 87% absolute Nichtraucherinnen in den HBSC-Alterskohorten. Berücksichtigt man nur die Ergebnisse für die Schülerinnen und Schüler der Schulstufen 9 und 11, so gibt es 81% Nichtraucher und 77% Nichtraucherinnen. Stellt man die Frage anders und fragt danach, wie oft in den letzten 30 Tagen geraucht

wurde, ergeben sich 79% Nichtraucher und ebenfalls 77% Nichtraucherinnen (siehe auch Abbildung 23).

Tabelle 7: Wie viele Schülerinnen und Schüler aktuell Zigaretten rauchen, nach Geschlecht und Schulstufe

	Burschen				Mädchen			
	5.	7.	9.	11.	5.	7.	9.	11.
täglich	0,5%	1,8%	8,1%	9,6%	0,0%	0,9%	6,7%	8,1%
gelegentlich	0,5%	2,6%	9,3%	12,5%	0,9%	3,7%	12,5%	18,1%

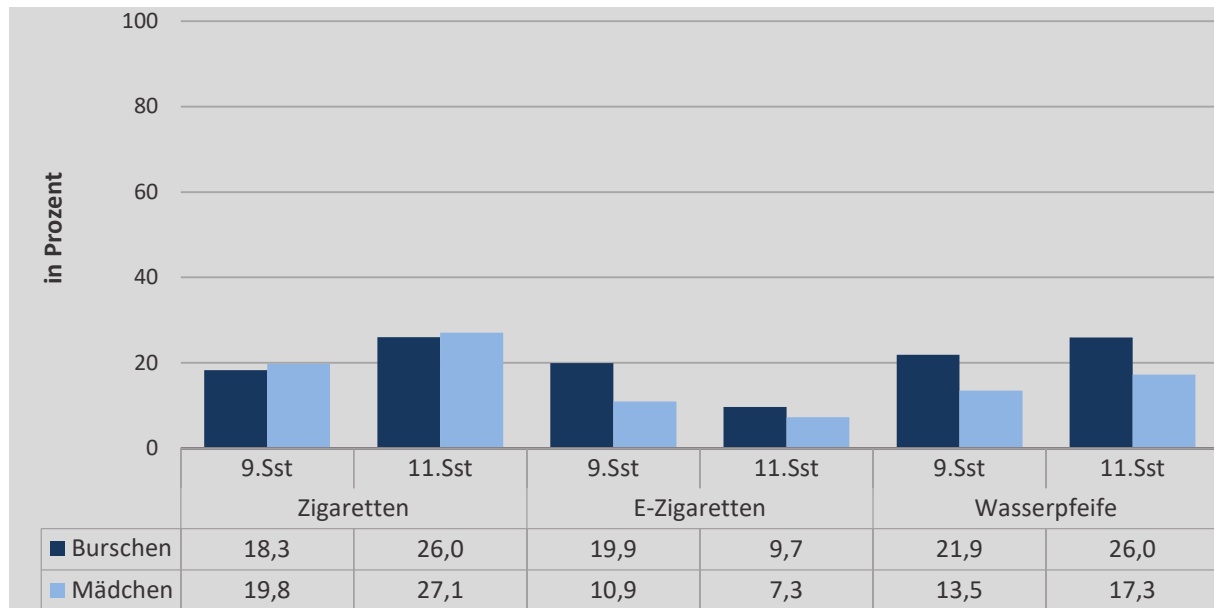
Abbildung 22: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler der Schulstufen 9 und 11, die jemals Zigaretten, E-Zigaretten oder Wasserpfeife geraucht haben, nach Geschlecht und Schulstufe



Sst = Schulstufe

In Abbildung 22 ist dargestellt, wie viele Schülerinnen und Schüler ab ca. 15 Jahren das Rauchen von Zigaretten, E-Zigaretten oder Wasserpfeife probiert haben, unabhängig davon, wie oft sie insgesamt geraucht haben. Relativ große Geschlechtsunterschiede sind bei E-Zigaretten und Wasserpfeife zu sehen, bei Zigaretten hingegen nicht.

Abbildung 23: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler der Schulstufen 9 und 11, die in den letzten 30 Tagen Zigaretten, E-Zigaretten oder Wasserpfeife geraucht haben, nach Geschlecht und Schulstufe



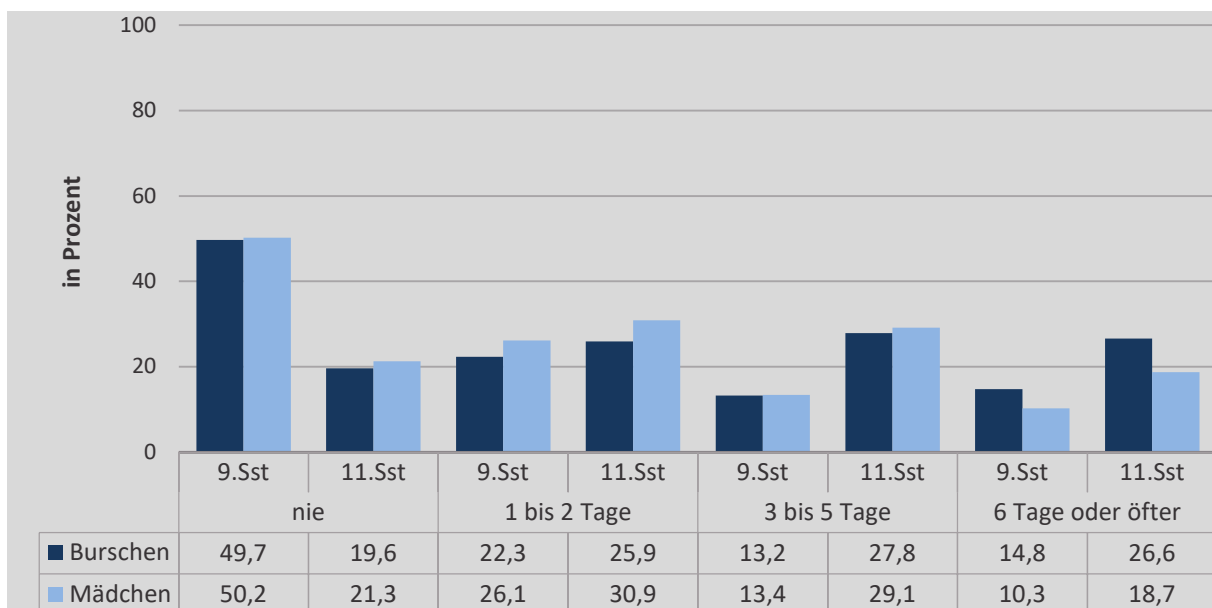
Sst = Schulstufe

Burschen ab ca. 15 Jahren tendieren aktuell in höherem Maß zu Wasserpfeife („Shisha“) und E-Zigaretten als Mädchen (Abbildung 23). Bei Mädchen der dargestellten Schulstufen wiederum ist die „klassische“ Zigarette am beliebtesten. Von jenen, die E-Zigaretten und/oder Wasserpfeife rauchen, raucht ungefähr die Hälfte auch Zigaretten (nicht abgebildet).

Abbildung 24 zeigt, dass ca. 35% der Mädchen und Burschen ab ca. 15 Jahren im letzten Monat gar keinen Alkohol getrunken haben, wobei es relativ große Unterschiede zwischen den beiden Schulstufen 9 und 11 gibt. Geschlechtsspezifische Muster lassen sich nur bei jenen deutlich erkennen, die häufig Alkohol konsumieren.

Bier ist das beliebteste alkoholische Getränk bei Burschen und Wein bei Mädchen (Tabelle 8). Aber auch Spirituosen (Schnaps, Wodka, Gin, etc.) werden von ca. 16% der Burschen und 15% der Mädchen wöchentlich konsumiert.

Abbildung 24: Wie oft Schülerinnen und Schüler der Schulstufen 9 und 11 in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert haben, nach Geschlecht und Schulstufe

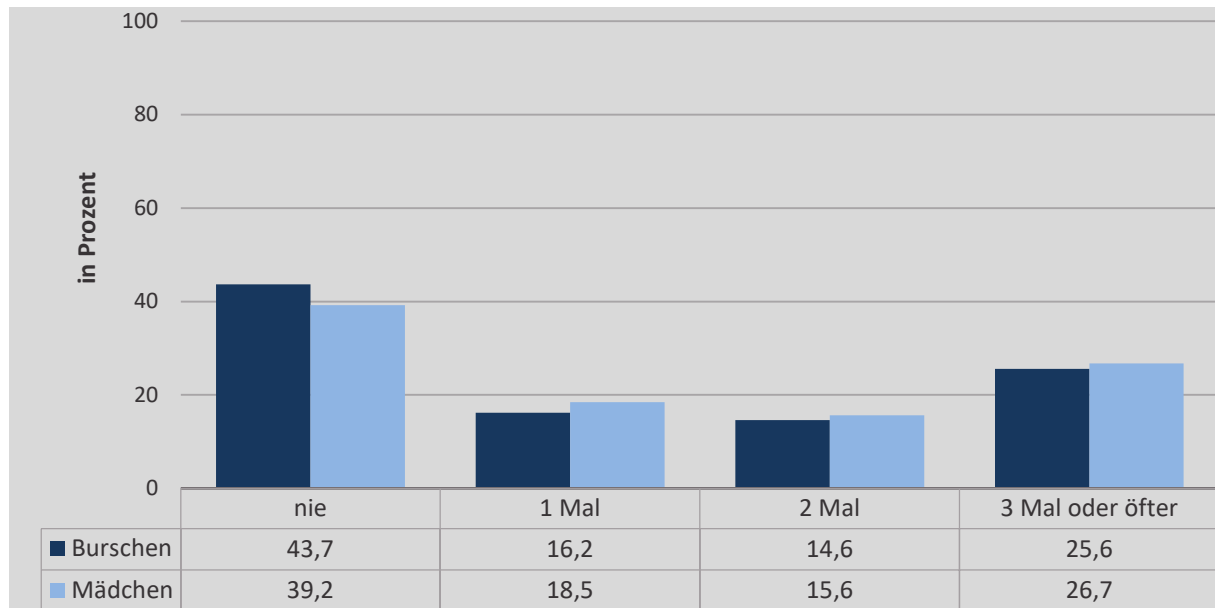


Sst = Schulstufe

Tabelle 8: Welche alkoholischen Getränke Schülerinnen und Schüler der Schulstufen 9 und 11 zumindest einmal wöchentlich trinken

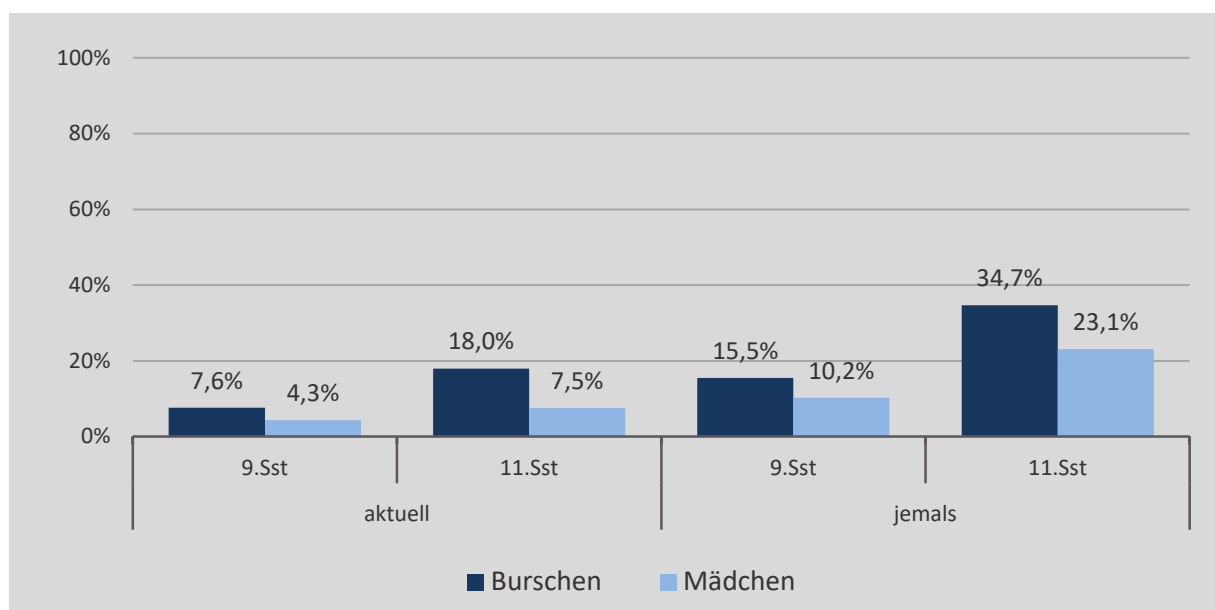
	Burschen		Mädchen	
	9.	11.	9.	11.
Bier	19,4%	39,4%	8,0%	11,8%
Wein	7,8%	18,9%	9,0%	22,9%
Spirituosen	11,2%	23,7%	10,7%	18,8%
Alkopops	9,9%	17,5%	10,0%	16,0%
andere alkoholische Getränke	11,1%	16,6%	10,6%	17,2%

Abbildung 25: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler der Schulstufen 9 und 11, die im letzten Monat mindestens 5 alkoholische Getränke hintereinander getrunken haben, nach Geschlecht



Um einen Indikator für übermäßigen Alkoholkonsum zu bekommen, wurden Schülerinnen und Schüler der 9. und 11. Schulstufe gefragt, wie häufig sie im vergangenen Monat fünf oder mehr alkoholische Getränke getrunken hatten. Ungefähr 40% gaben an, das nie getan zu haben, ca. ein Viertel tat dies dreimal oder öfter (Abbildung 25). In der Kategorie „nie“ sind mehr Burschen als Mädchen zu finden.

Abbildung 26: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler der Schulstufen 9 und 11, die im letzten Monat Cannabis konsumiert haben bzw. das jemals getan haben, nach Geschlecht und Schulstufe



Sst = Schulstufe

Nicht ganz ein Viertel der männlichen und ein Sechstel der weiblichen Jugendlichen haben bereits Cannabis probiert (Abbildung 26). Aktuelle Cannabiskonsum-Raten betragen ca. 12% bei Burschen und 6% bei Mädchen.

4.5. Nutzung sozialer Netzwerke

Jugendliche nutzen soziale Netzwerke häufig und lange. Diese sind prinzipiell sinnvoll für die Identitätsentwicklung. Allerdings können aus Vielnutzern auch Abhängige werden, deren Gedanken sich nur mehr um das, was sich in sozialen Netzwerken abspielt, drehen, die an Entzugserscheinungen leiden, wenn kein Zugang zu den Netzwerken besteht und deshalb Konflikte mit Eltern oder anderen nahestehenden Personen riskieren. Um die Prävalenz einer derartigen Abhängigkeit zu messen, wurde in der HBSC-Studie 2018 erstmals die von Van den Eijnden et al. (2016) entwickelte und validierte Skala für „Social Media Disorder“ verwendet (Itembox 14).

Itembox 14: Zeichen einer „Social Media Disorder“

Wir interessieren uns für deine Erfahrungen mit sozialen Medien. Der Begriff soziale Medien bezieht sich auf soziale Netzwerke (z.B. Facebook, Instagram, Twitter) und Instant-Message-Programme (z.B. WhatsApp, Snapchat, Facebook Messenger). Im vergangenen Jahr hast du ...

...regelmäßig bemerkt, dass du an nichts Anderes denken kannst als an den Moment, in dem du wieder soziale Medien nutzen kannst?

...dich regelmäßig unzufrieden gefühlt, weil du mehr Zeit auf sozialen Medien verbringen wolltest?

...dich oft schlecht gefühlt, wenn du soziale Medien nicht nutzen konntest?

...versucht, weniger Zeit auf sozialen Medien zu verbringen, aber hast es nicht geschafft?

...regelmäßig andere Aktivitäten (z.B. Hobbies, Sport) vernachlässigt, weil du soziale Medien nutzen wolltest?

...regelmäßig Streit mit anderen gehabt wegen deiner Nutzung von sozialen Medien?

...regelmäßig deine Eltern oder Freunde /Freundinnen darüber angelogen, wie viel Zeit du mit sozialen Medien verbringst?

...oft soziale Medien benutzt, um negativen Gefühlen zu entkommen?

...einen ernsthaften Konflikt mit deinen Eltern oder Geschwistern gehabt wegen deiner Nutzung von sozialen Medien?

Antwortmöglichkeiten: nein - ja

Tabelle 9: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler mit einer auffälligen Nutzung sozialer Medien, nach Geschlecht und Schulstufe

	5.Sst	7.Sst	9.Sst	11.Sst
Burschen	10,9%	8,8%	7,4%	3,6%
Mädchen	8,0%	12,5%	11,1%	6,8%

Sst = Schulstufe

Ungefähr 9% aller Schülerinnen und Schüler liegen mit ihren Antworten über dem Schwellenwert der „Social Media Disorder“ Skala (= mindestens 5 von 9 „ja“-Antworten) – geringfügig mehr Mädchen als Burschen – und zeigen damit eine auffällige Nutzung von sozialen Medien (Tabelle 9). Bei Burschen der 11. Schulstufe ist die geringste Rate an Betroffenen zu sehen.

4.6. Sexualität und Verhütung

Sexuelle Gesundheit beschreibt unter anderem die Vermeidung von negativen Konsequenzen des Geschlechtsverkehrs wie Ansteckung mit einer sexuell übertragbaren Krankheit oder eine unerwünschte Schwangerschaft (Doherty et al., 2003). Die Schülerinnen und Schüler werden in der HBSC-Studie gefragt, ob sie bereits Geschlechtsverkehr hatten, wie alt sie beim ersten Mal waren und welche Verhütungsmethoden sie benutzen (Itembox 15). Da aus vergangenen Erhebungen bekannt ist, dass die weithaus am häufigsten angewendeten Verhütungsmethoden in dieser Altersgruppe Antibabypille und Kondom sind, wurde auf die Vorgabe anderer Methoden verzichtet.

Itembox 15: Sexualität und Verhütung

Items in der "Sie"-Form wurden nur 15- und 17-Jährigen vorgegeben.

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

Antwortmöglichkeiten: ja - nein

Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal Geschlechtsverkehr hatten?

Antwortmöglichkeiten: 11 Jahre oder jünger - 12 Jahre - 13 Jahre - 14 Jahre - 15 Jahre - 16 Jahre - 17 Jahre - 18 Jahre oder älter

Fortsetzung Itembox 15

Als Sie das letzte Mal Geschlechtsverkehr hatten, ...

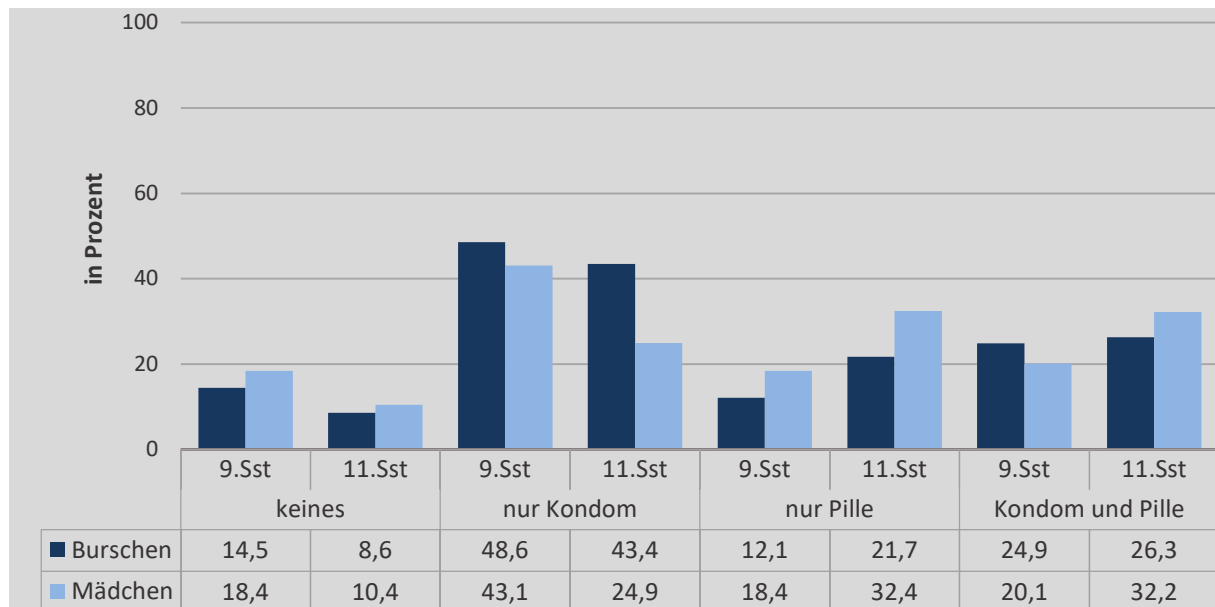
...haben Sie oder hat Ihre Partnerin die Antibabypille benutzt?

...haben Sie oder hat Ihr Partner ein Kondom benutzt?

Antwortmöglichkeiten: ja - nein - weiß nicht

Ca. 30% der Schülerinnen und Schüler der Schulstufen 9 und 11 gaben an, bereits Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Davon waren fast zwei Drittel beim ersten Mal 15 Jahre oder jünger.

Abbildung 27: Wie viele sexuell aktive Schülerinnen und Schüler welches Verhütungsmittel benutzen, nach Geschlecht und Schulstufe



SSt = Schulstufe

Das Kondom ist das am häufigsten genutzte Verhütungsmittel (Abbildung 27). In ca. 33% aller Fälle wird es allein und in 31% gemeinsam mit der Anti-Baby-Pille verwendet. Ungefähr 11% der sexuell aktiven Schülerinnen und Schülern verhüteten beim letzten Verkehr gar nicht oder mit einer anderen Methode. Aus der letzten Erhebung (Ramelow et al., 2015) ist bekannt, dass von jenen rund 15%, die weder Kondom noch Pille verwenden, ungefähr zwei Drittel gar nicht verhüten und ein Drittel eine andere Verhütungsmethode anwendet.

4.7. Körperliche und psychische Gewalt

Gewalt geschieht in unterschiedlichen Ausprägungen und Erscheinungsformen an sozialen Orten, zum Beispiel in der Schule. Die Formen sind vielfältig und reichen von körperlichen Auseinandersetzungen bis zu Mobbing, Cybermobbing, sexuellen Übergriffen, (Mord-) Drohungen und Amokläufen. Dass jede Form von Gewalt gesundheitsschädigende Auswirkungen haben kann, ist bekannt (Felder-Puig et al., 2018a). Die in der HBSC-Studie 2018 verwendeten Fragen zum Thema Gewalt sind in Itembox 16 aufgelistet.

Itembox 16: Beteiligung an Raufereien, Mobbing, Cybermobbing

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

Antwortmöglichkeiten: nie - 1 Mal - 2 Mal - 3 Mal - 4 Mal oder öfter

Hier sind ein paar Fragen zum Thema "Mobbing" (Schikanieren, Hänkeln). Wir sagen, dass eine Person gemobbt wird, wenn eine andere Person oder eine Gruppe von Personen ihm oder ihr gegenüber wiederholt gemeine oder unfreundliche Dinge sagen oder tun. Es ist auch Mobben, wenn eine andere Person mit Dingen geärgert wird, die ihm oder ihr nicht gefallen oder er oder sie absichtlich ausgeschlossen wird. Die Person, die mobbt, hat mehr Macht als die Person, die gemobbt wird, und möchte ihm oder ihr Schaden zufügen. Man spricht nicht von Mobbing, wenn zwei gleich starke Personen miteinander streiten oder kämpfen.

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

Antwortmöglichkeiten: nie - das ist 1 oder 2 Mal passiert - 2 oder 3 Mal pro Monat - ungefähr 1 Mal pro Woche - mehrmals pro Woche

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

Antwortmöglichkeiten: nie - ich habe das 1 oder 2 Mal gemacht - 2 oder 3 Mal pro Monat - ungefähr 1 Mal pro Woche - mehrmals pro Woche

Wie oft bist du in den letzten paar Monaten online gemobbt worden (z.B. wurden über dich gemeine Nachrichten, E-Mails, SMS oder Pinnwand-Postings geschrieben, Internetseiten erstellt, um sich über dich lustig zu machen oder ohne deine Erlaubnis unvorteilhafte Fotos von dir gepostet oder verschickt)?

Antwortmöglichkeiten: nie - das ist 1 oder 2 Mal passiert - 2 oder 3 Mal pro Monat - ungefähr 1 Mal pro Woche - mehrmals pro Woche

Fortsetzung Itembox 16

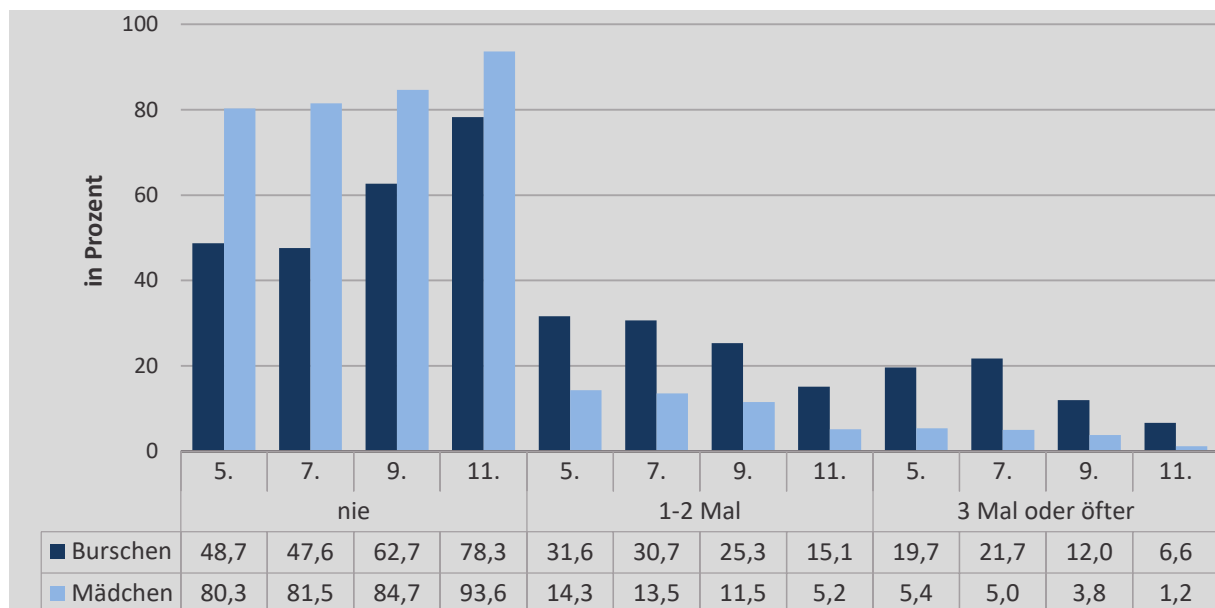
Wie oft hast du in den letzten paar Monaten jemanden online gemobbt (z.B. gemeine Nachrichten, E-Mails, SMS oder Pinnwand-Postings geschrieben, Internetseiten erstellt, um dich über jemanden lustig zu machen oder ohne Erlaubnis unvorteilhafte Fotos von jemandem gepostet oder verschickt)?

Antwortmöglichkeiten: nie - ich habe das 1 oder 2 Mal gemacht - 2 oder 3 Mal pro Monat - ungefähr 1 Mal pro Woche - mehrmals pro Woche

Bist du von Burschen oder von Mädchen gemobbt worden?

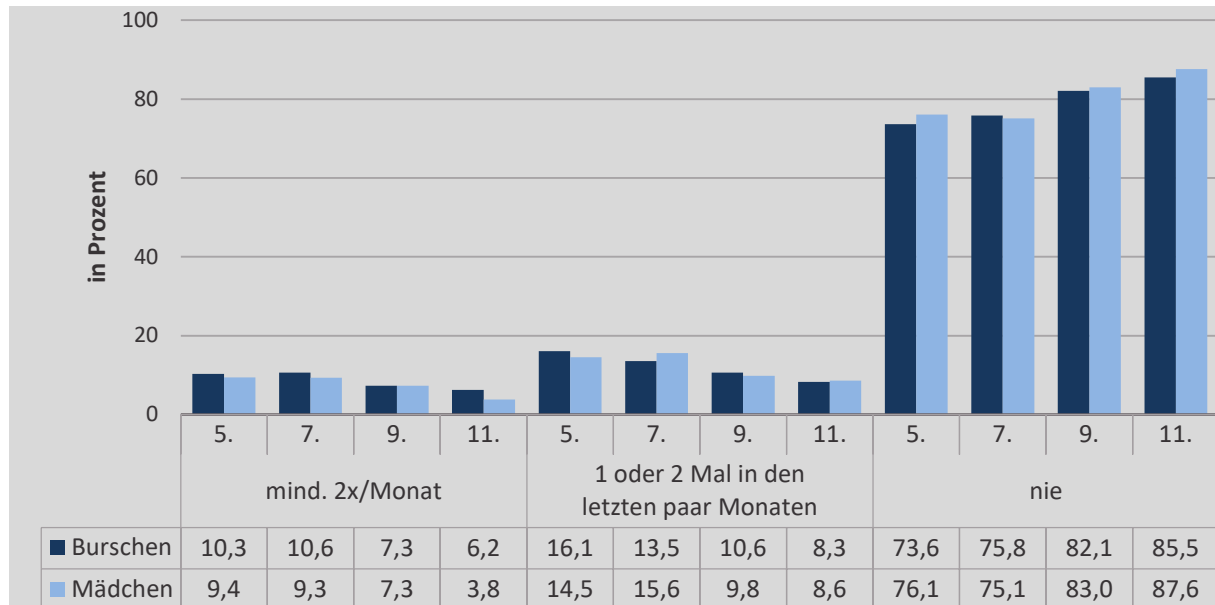
Antwortmöglichkeiten: Ich bin in den letzten paar Monaten von niemandem in der Schule gemobbt worden - vor allem von einem Mädchen - von mehreren Mädchen - vor allem von einem Burschen - von mehreren Burschen - von Burschen und Mädchen

Abbildung 28: Wie oft Schülerinnen und Schüler in den letzten 12 Monaten an Raufereien beteiligt waren, nach Geschlecht und Schulstufe



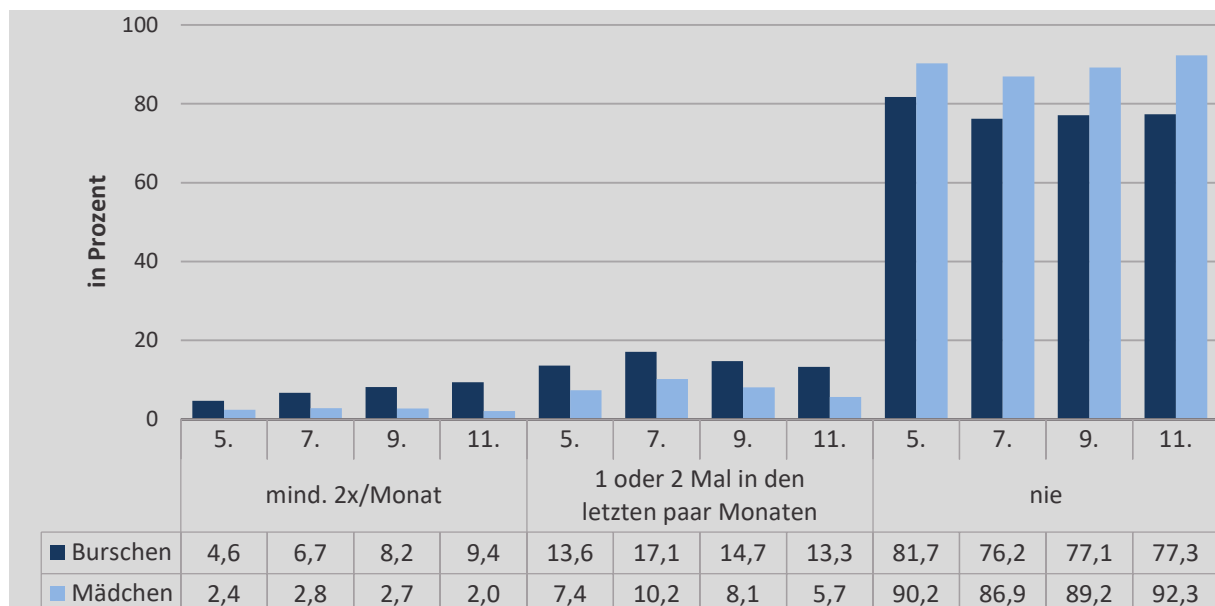
Körperliche Auseinandersetzungen kommen bei Burschen erwartungsgemäß viel häufiger vor als bei Mädchen (Abbildung 28). Insgesamt waren innerhalb eines Jahres ca. 44% der Burschen und ca. 15% der Mädchen in mindestens eine Rauferei verwickelt. Die Beteiligung an Raufereien kommt in den Schulstufen 5 und 7 am öftesten vor und sinkt mit steigendem Alter.

Abbildung 29: Wie viele Schülerinnen und Schüler in den letzten Monaten Opfer von Mobbing wurden, nach Geschlecht und Schulstufe



Zwischen ca. 74% und 88% aller Schülerinnen und Schüler wurden in den letzten paar Monaten in der Schule nie gemobbt (Abbildung 29). Dies trifft auf ältere Schülerinnen und Schüler in etwas höherem Ausmaß zu als auf jüngere. Von Mobbing, wie es der Definition entspricht („wiederholte Übergriffe“, siehe Felder-Puig et al., 2018a) sind bei den Jüngeren (Schulstufe 5 und 7) ca. 10% als Opfer betroffen, bei den Älteren mit durchschnittlich 6% etwas weniger. Signifikante Geschlechtsunterschiede sind nur in Schulstufe 11 zu sehen, hier gibt es etwas mehr Burschen als Mädchen, die Opfer von Mobbing wurden.

Abbildung 30: Wie viele Schülerinnen und Schüler in den letzten Monaten aktiv am Mobbing von Mitschülerinnen und Mitschülern beteiligt waren, nach Geschlecht und Schulstufe



Zwischen ca. 76% und 92% aller Schülerinnen und Schüler haben ihre Mitschülerinnen und Mitschüler in den letzten paar Monaten nie gemobbt (Abbildung 30). Der Rest, der Mobbing gegenüber Mitschülerinnen oder Mitschülern betrieben hat, sind in höherer Anzahl Burschen als Mädchen. Im Schnitt sind es ungefähr 5% aller Schülerinnen und Schüler, die andere regelmäßig mobben.

Tabelle 10: Wie viele Schülerinnen und Schüler Opfer von Cybermobbing waren oder Cybermobbing betrieben haben, nach Geschlecht und Schulstufe

	1-2 Mal				2-3x/Monat und öfter			
	5.Sst	7.Sst	9.Sst	11. Sst	5.Sst	7.Sst	9.Sst	11. Sst
Burschen (Opfer)	4,7%	3,9%	5,0%	3,5%	2,4%	2,2%	1,9%	2,9%
Mädchen (Opfer)	7,2%	9,6%	7,2%	4,0%	2,9%	3,1%	2,7%	1,3%
Burschen (Täter)	3,4%	4,4%	6,0%	4,6%	2,0%	2,6%	3,5%	5,0%
Mädchen (Täterinnen)	2,9%	5,3%	5,4%	2,8%	1,1%	1,2%	1,5%	0,7%

SSt = Schulstufe

Cybermobbing, das mittels digitaler Medien ausgeführt wird und sowohl in als auch außerhalb der Schule stattfinden kann, kommt mit niedrigerer Prävalenz vor als das „konventionelle“ Mobbing in der Schule (vgl. Tabelle 10 mit Abbildung 29 und Abbildung 30), wobei die Auswirkungen von Cybermobbing aber weitreichender sein können (Kiriakidis & Kavoura, 2010). Mädchen werden hier bis Schulstufe 9 etwas häufiger Opfer als Burschen. Burschen hingegen sind in fast allen Altersgruppen öfter Täter als Mädchen, und die größten Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in Schulstufe 11 zu beobachten.

Tabelle 11: Durch wen Mobbing-Opfer hauptsächlich gemobbt werden, nach Geschlecht und Schulstufe

	v.a. durch Mädchen				v.a. durch Burschen			
	5.	7.	9.	11.	5.	7.	9.	11.
Burschen	16,9%	15,8%	15,7%	16,4%	71,0%	65,0%	67,0%	64,2%
Mädchen	33,2%	33,7%	39,0%	41,1%	48,7%	37,0%	37,0%	38,7%

Aus Tabelle 11 ist ersichtlich, dass Burschen vor allem von ihren Geschlechtsgenossen und Mädchen von beiden Geschlechtern gemobbt werden. Der nicht in Tabelle 11 dargestellte Rest der Mobbing-Opfer wird sowohl von Mädchen als auch von Burschen gemobbt, hier handelt es sich um durchschnittlich 21%.

5. FAKTOREN, DIE GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSVERHALTEN BEEINFLUSSEN KÖNNEN

5.1. Sozioökonomischer Status und Migrationshintergrund

Es gibt zahlreiche empirische Hinweise darauf, dass sich die soziale Lage von Kindern und Jugendlichen auf ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden auswirkt (Hofmann & Felder-Puig, 2014). Dies wird hauptsächlich mit dem unterschiedlichen Zugang zu Ressourcen materieller, sozialer und kultureller Art erklärt, die den Kindern und Jugendlichen und ihren Familien zur Realisierung ihrer Gesundheitspotenziale zur Verfügung stehen. Zwei entsprechende Indikatoren, die in der HBSC-Studie verwendet werden, sind Familienwohlstand und Migrationshintergrund.

Die Messung des Familienwohlstands basiert auf sechs Fragen nach materiellen Ressourcen der Familie, die für die Schülerinnen und Schüler einfacher zu beantworten sind als zum Beispiel Fragen nach dem Einkommen und der Schulbildung ihrer Eltern (Itembox 17). Die Ergebnisse werden mithilfe einer RIDIT (*Relative to an Identified Distribution Integral Transformation*) Kalkulation zusammengefasst, wodurch der Familienwohlstand auf einer normalverteilten Kurve abgebildet werden kann.

Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund sind all jene, die selbst im Ausland geboren wurden wie auch jene, deren beide Elternteile im Ausland geboren sind (Fuchs et al., 2017). In der HBSC-Stichprobe 2018 haben demnach ca. 20% der Schülerinnen und Schüler einen Migrationshintergrund.

„Sozioökonomischer Status“ und „Migrationshintergrund“ sind wichtige Prädiktoren für Indikatoren von Gesundheit und Gesundheitsverhalten. Wie hoch deren Einfluss ist, wird in Zusammenschau mit einigen anderen potentiellen Prädiktoren in Kapitel 6 dargestellt.

Itembox 17: Familienwohlstand und Migrationshintergrund

Besitzt deine Familie ein Auto?

Antwortmöglichkeiten: nein - ja, eines - ja, zwei oder mehrere

Hast du ein eigenes Zimmer?

Antwortmöglichkeiten: nein - ja

Wie viele Computer (inklusive Laptops und Tablets, ohne Spielekonsolen und Smartphones) besitzt deine Familie?

Antwortmöglichkeiten: keinen - einen - zwei - mehr als zwei

Fortsetzung Itembox 17

Wie viele Badezimmer (mit Badewanne und/oder Dusche) habt ihr zu Hause?

Antwortmöglichkeiten: keines - eines - zwei - mehr als zwei

Hat deine Familie einen Geschirrspüler zu Hause?

Antwortmöglichkeiten: nein - ja

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

Antwortmöglichkeiten: überhaupt nicht - 1 Mal - 2 Mal - öfter als 2 Mal

In welchem Land wurdest du geboren? In welchem Land wurde deine Mutter geboren? In welchem Land wurde dein Vater geboren?

Antwortmöglichkeiten: Österreich - Deutschland - Serbien - Türkei - Bosnien und Herzegowina - Rumänien - Kroatien - Ungarn - Polen - Afghanistan, in einem anderen Land, nämlich in:

5.2. Schulische Faktoren

Schule kann sowohl Schutzfaktor als auch Risikofaktor für die Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Schülerinnen und Schüler darstellen (Hascher, 2004). Der Auftrag von Schule lautet, die heranwachsende Generation mit Wissen und Bildung auszustatten, damit sie in der Lage ist, sich in dieser Gesellschaft zurechtzufinden und die Gesellschaft von morgen aktiv und verantwortungsbewusst zu gestalten (Brägger et al., 2008). Gelingt dies und fühlen sich die Schülerinnen und Schüler dabei wohl, unterstützt und gefördert, so ist Schule ein Schutzfaktor. Zum Risikofaktor kann Schule werden, wenn Schülerinnen und Schüler häufig unter starkem Schulstress stehen, wiederholten Versagensgefühlen, Demütigungen oder Mobbing ausgesetzt sind oder andere Formen von Ablehnung oder Ausgrenzung erleiden müssen. Einige dieser Faktoren werden – zusätzlich zu einer allgemeinen Bewertung der schulischen Verbundenheit – in der HBSC-Studie abgefragt (Itembox 18). Die Ergebnisse zum Mobbing in der Schule wurden bereits in Kapitel 4.7 dargestellt.

Itembox 18: Freude an der Schule, schulischer Leistungsdruck, Schulklima

Wie gefällt es dir derzeit in der Schule?

Antwortmöglichkeiten: Es gefällt mir... sehr gut - ganz gut - nicht so gut - gar nicht

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

Antwortmöglichkeiten: überhaupt nicht belastet - ein bisschen belastet - ziemlich stark belastet - sehr stark belastet

Beziehungen zwischen den Schülerinnen und Schülern:

Die Schülerinnen und Schüler in meiner Klasse sind gerne zusammen.

Die meisten Schülerinnen und Schüler in meiner Klasse sind nett und hilfsbereit.

Meine Mitschülerinnen und Mitschüler akzeptieren mich so wie ich bin.

Beziehungen zwischen Schülerinnen /Schülern und Lehrkräften:

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

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

Ich habe großes Vertrauen in meine Lehrerinnen und Lehrer.

Antwortmöglichkeiten: stimmt genau - stimmt - weder richtig noch falsch - stimmt nicht - stimmt überhaupt nicht

Tabelle 12: Wie es den Schülerinnen und Schülern in der Schule gefällt, nach Geschlecht und Schulstufe

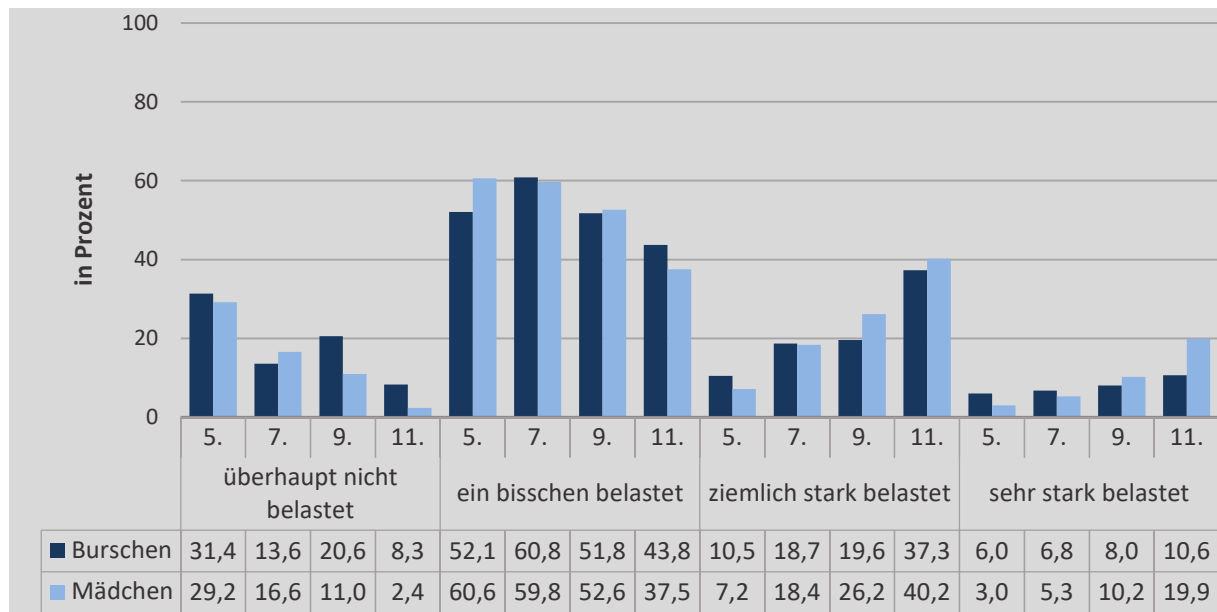
	Burschen				Mädchen			
	5.Sst	7.Sst	9.Sst	11.Sst	5.Sst	7.Sst	9.Sst	11.Sst
sehr gut	50,0%	20,3%	25,5%	19,0%	55,8%	27,6%	22,6%	13,3%
ganz gut	36,5%	55,1%	52,8%	57,3%	37,3%	52,2%	57,2%	58,0%
nicht so gut	8,9%	16,0%	15,3%	18,5%	5,4%	16,2%	13,9%	22,7%
gar nicht	4,6%	8,6%	6,4%	5,2%	1,5%	4,0%	6,3%	6,0%

Sst = Schulstufe

Aus Tabelle 12 ist ersichtlich, dass es mindestens der Hälfte der Schülerinnen und Schüler zu Beginn von Sekundarstufe I (5. Schulstufe) noch „sehr gut“ in der Schule gefällt. Diese Begeisterung ist zwei Jahre später schon ziemlich gedämpft und zeigt bis Schulstufe 11 einen

weiteren Rückgang. Dem Gros der Schülerinnen und Schüler – auch in den höheren Jahrgängen – gefällt es aber zumindest „ganz gut“ in der Schule. Die Rate an Mädchen und Burschen, denen es in der Schule gar nicht gefällt, bewegt sich im einstelligen Prozentbereich.

Abbildung 31: Wie viele Schülerinnen und Schüler sich wie stark durch die Anforderungen der Schule belastet fühlen, nach Geschlecht und Schulstufe



Erwartungsgemäß steigt die Belastung der Schülerinnen und Schüler durch die Anforderungen, die die Schule an sie stellt, mit zunehmendem Alter (Abbildung 31). Während sich die überwältigende Mehrheit der Jüngeren aus Schulstufe 5 und 7 gar nicht oder nur ein bisschen belastet fühlt, geben ca. 36% aller Burschen und ca. 48% aller Mädchen aus Schulstufe 9 und 11 an, ziemlich oder sehr stark durch die Schule belastet zu sein.

Zur Darstellung der Beziehung der Kinder und Jugendlichen zu ihren Mitschülerinnen und Mitschülern wurden auf Basis eines Summenindex Kategorien gebildet, die in Abbildung 32 dargestellt sind. Ungefähr 80% der Schülerinnen und Schüler aller Altersstufen bewerten die Beziehungen zu ihren Mitschülerinnen und Mitschülern als „sehr gut“ oder „gut“, wobei „gut“ die häufigere Kategorie ist als „sehr gut“. Ein konsistenter Unterschied zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen ist hier nicht zu sehen.

Wie die Schülerinnen und Schüler die Beziehung zu ihren Lehrerinnen und Lehrern beurteilen, ist in

Abbildung 33 dargestellt. Während die Jüngsten (Schulstufe 5) hier überwiegend positive Urteile abgeben, werden die Bewertungen ab Schulstufe 7 deutlich negativer. Ab dieser Schulstufe urteilen auch mehr Mädchen als Burschen nicht mehr so gut über ihre Beziehungen zu den Lehrkräften. In Summe bewerten etwas über 60% der Schülerinnen und

Schüler aller Altersgruppen die Beziehung zu ihren Lehrerinnen und Lehrern aber als „sehr gut“ oder „gut“.

Abbildung 32: Wie gut die Beziehungen der Schülerinnen und Schüler untereinander sind, nach Geschlecht und Schulstufe

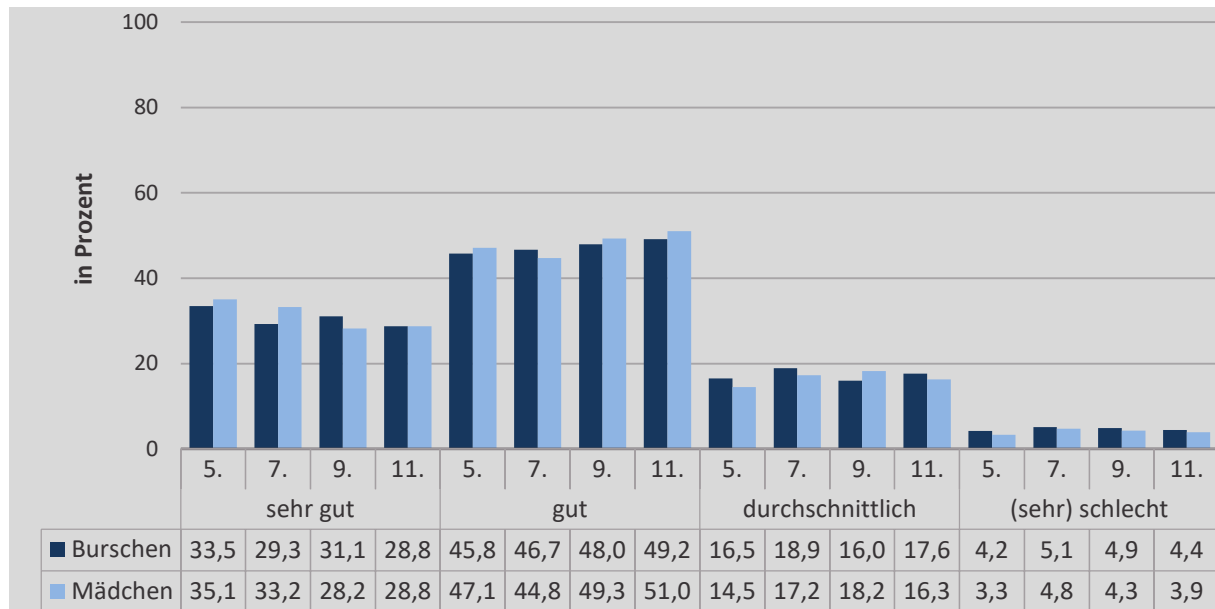
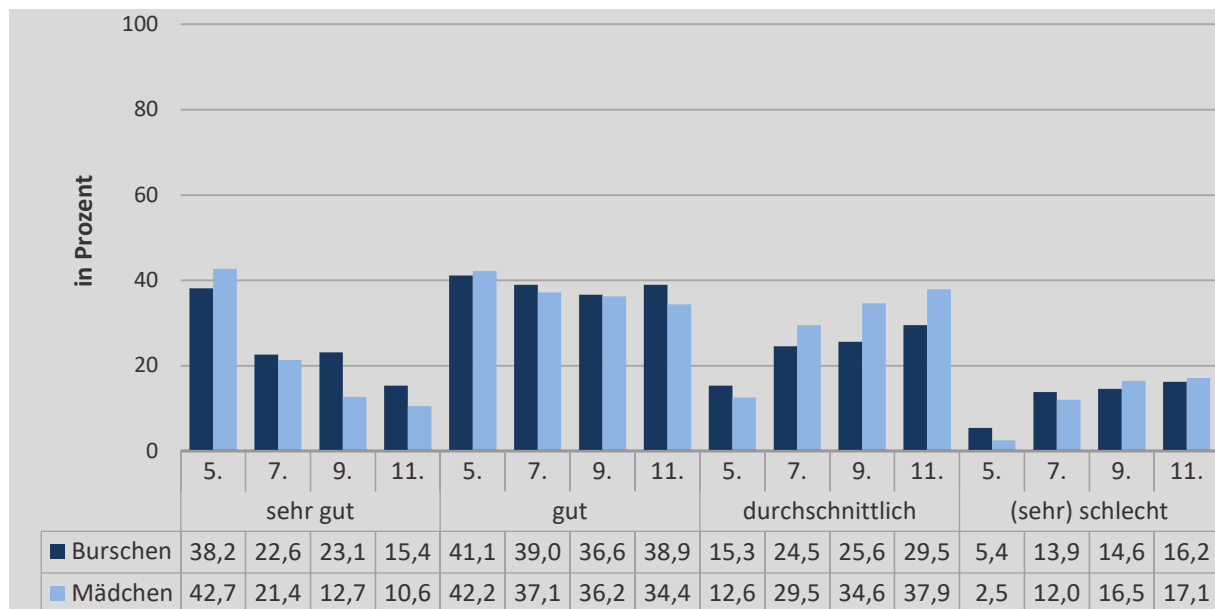


Abbildung 33: Wie gut die Beziehungen der Schülerinnen und Schüler zu ihren Lehrerinnen und Lehrern sind, nach Geschlecht und Schulstufe



5.3. Freundschaften

Mit zunehmendem Alter verbringen Kinder und Jugendliche immer weniger Zeit mit den Mitgliedern der eigenen Familie, und die Beziehung zu Gleichaltrigen wird wichtiger. Freundschaften erfüllen gerade im Jugendalter wichtige Funktionen (Berk, 2005), wie zum Beispiel:

- Sie bieten die Möglichkeit, das eigene Selbst zu entdecken und ein tiefes Verständnis für andere Menschen zu entwickeln.
- Sie bilden die Grundlage für zukünftige intime Beziehungen.
- Sie helfen dabei, mit den Schwierigkeiten der Adoleszenz umzugehen.
- Sie können sich positiv auf die Einstellung zur Schule auswirken.

Die Qualität von Freundschaften in der Adoleszenz, die vor allem auf den Säulen „Loyalität“ (Unterstützung, Verlässlichkeit) und „Intimität“ (Nähe, Vertrauen, Verständnis) beruht (Berk, 2005), ist auch im Zeitalter von Internet und sozialen Medien sehr wichtig. Geändert hat sich möglicherweise, dass Dauer und Frequenz der persönlichen Kontakte und die Zahl der Freundschaften als Indikatoren nicht mehr sehr aussagekräftig sind. Welche Rolle Internet und soziale Medien hier spielen und welche Qualität die Freundschaften der Schülerinnen und Schüler haben, wird in der HBSC-Studie nun mit drei Indikatoren erhoben (Itembox 19).

Itembox 19: Art und Häufigkeit sowie Gründe für Online-Kontakte, Qualität der freundschaftlichen Beziehungen

Wie oft hast du Online-Kontakt mit den folgenden Personen?

Enge Freunde / Freundinnen - Freunde / Freundinnen aus dem größeren Freundeskreis - Freunde / Freundinnen, die du im Internet kennengelernt hast, aber vorher nicht kanntest - Andere Personen (z.B. Eltern, Geschwister, Klassenkameraden, Lehrer / Lehrerinnen)

Antwortmöglichkeiten: weiß nicht /trifft nicht zu - nie oder fast nie - mindestens 1 Mal pro Woche - täglich oder fast täglich - mehrmals am Tag - fast den ganzen Tag über

Im Internet kann ich leichter ...

...über Geheimnisse sprechen als im persönlichen Kontakt.

...über meine Gefühle sprechen als im persönlichen Kontakt.

...über meine Sorgen sprechen als im persönlichen Kontakt.

Antwortmöglichkeiten: stimme überhaupt nicht zu - stimme nicht zu - teils/teils - stimme zu - stimme völlig zu

Fortsetzung Itembox 19

Meine Freunde / Freundinnen...

Meine Freunde / Freundinnen versuchen mir wirklich zu helfen.

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

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

Ich kann mit meinen Freunden / Freundinnen über Probleme sprechen.

Antwortmöglichkeiten: 7-stellig von 1 (stimmt überhaupt nicht) bis 7 (stimmt genau)

Tabelle 13: Wie viele Schülerinnen und Schüler mehrmals am Tag mit wem Online-Kontakt haben, nach Geschlecht und Schulstufe

	Burschen				Mädchen			
	5.Sst	7.Sst	9.Sst	11.Sst	5.Sst	7.Sst	9.Sst	11.Sst
enge Freund/innen	42,1%	50,0%	62,2%	68,8%	44,3%	56,6%	72,5%	69,1%
Freund/innen aus dem größeren Freundeskreis	35,4%	33,5%	36,3%	28,7%	31,2%	33,5%	35,9%	27,1%
Freund/innen, die sie im Internet kennengelernt haben	24,7%	25,0%	23,1%	19,1%	23,2%	23,4%	20,4%	14,5%
andere Personen (Eltern, Geschwister, Lehrer/innen u.a.)	39,3%	35,0%	33,0%	29,8%	34,0%	32,3%	37,4%	32,7%

Sst = Schulstufe

Die wichtigste Gruppe an Menschen, mit denen Mädchen und Burschen aller Altersgruppen mehrmals am Tag online in Kontakt treten, sind erwartungsgemäß ihre Freundinnen und Freunde. Je enger die Freundschaft ist, umso intensiver ist auch der Online-Kontakt (Tabelle 13). Mit anderen Personen, darunter fallen Eltern, Geschwister, Lehrkräfte und andere, tauscht ca. ein Drittel der Schülerinnen und Schüler aller Altersgruppen mehrmals täglich online Nachrichten aus.

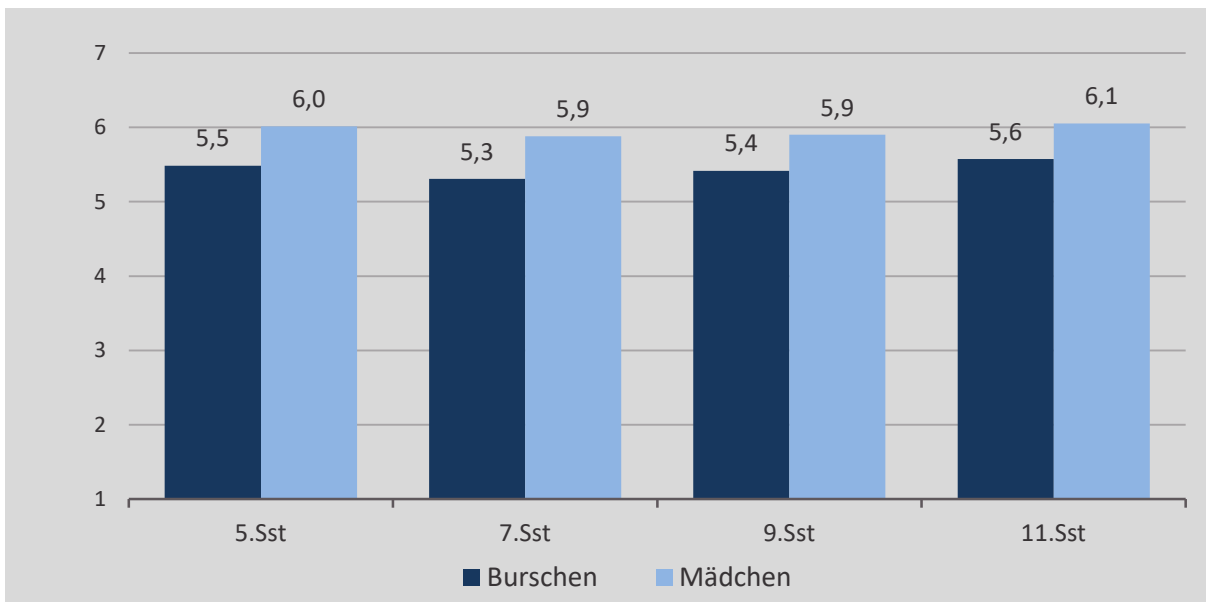
Tabelle 14: Wie vielen Schülerinnen und Schülern es leichter fällt, sich online jemandem anzuvertrauen als im persönlichen Kontakt, nach Geschlecht und Schulstufe

	Burschen				Mädchen			
	5.Sst	7.Sst	9.Sst	11.Sst	5.Sst	7.Sst	9.Sst	11.Sst
Leichter über Geheimnisse sprechen	12,0%	12,3%	12,2%	7,8%	6,1%	8,8%	8,7%	7,1%
Leichter über meine Gefühle sprechen	10,8%	13,2%	14,1%	9,9%	7,8%	13,9%	15,2%	12,0%
Leichter über meine Sorgen sprechen	8,9%	11,3%	12,7%	9,6%	5,8%	11,0%	12,3%	9,6%

Sst = Schulstufe

Online-Kontakte sind manchmal von Vorteil, wenn es darum geht, über „heikle“ Angelegenheiten, wie Geheimnisse, Gefühle oder Sorgen, zu kommunizieren. Ca. 10% aller Schülerinnen und Schüler fällt dies leichter, als „face-to-face“ darüber zu sprechen (Tabelle 14). Auffällige Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen gibt es dabei nicht.

Abbildung 34: Die Qualität der Freundschaften der Schülerinnen und Schüler, nach Geschlecht und Schulstufe; dargestellt sind Mittelwerte; Spannweite: 1 (schlechteste) bis 7 (beste Qualität)



Sst = Schulstufe

Das Gros der Schülerinnen und Schüler bewertet die Qualität der Freundschaften, die sie haben, als sehr gut (Abbildung 34). Mädchen sind diesbezüglich in allen Altersgruppen etwas

positiver eingestellt als Burschen. Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind nicht zu sehen.

5.4. Familie

Kinder brauchen, besonders wenn sie in die Pubertät kommen, Freiheit, um experimentieren zu können. Sie benötigen aber auch Führung durch die Eltern und manchmal sogar Schutz vor gefährlichen Situationen. Elterliche Wärme und Akzeptanz in Verbindung mit einer konsequenten, aber nicht allzu einschränkenden Aufsicht über die Aktivitäten des oder der heranwachsenden Jugendlichen korrelieren unter anderem mit einem guten Selbstwertgefühl, Selbständigkeit, guten schulischen Leistungen und einer allgemeinen Arbeitsorientiertheit (Berk, 2005). In der HBSC-Studie wird die Beziehung, die die Schülerinnen und Schüler zu ihrer Familie haben, mit drei Indikatoren gemessen, die in Itembox 20 abgebildet sind.

Itembox 20: Kommunikation und Unterstützung innerhalb der Familie, gemeinsame Mahlzeiten mit 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?

Mutter - Vater - Stiefmutter, Partnerin oder Partner des Vaters - Stiefvater, Partner oder Partnerin der Mutter

Antwortmöglichkeiten: sehr leicht - leicht - schwer - sehr schwer - ich habe oder sehe diese Person nicht

Unterstützung durch Familie

Meine Familie versucht mir wirklich zu helfen.

Ich bekomme die seelische Unterstützung, die ich brauche, von meiner Familie.

Ich kann mit meiner Familie über Probleme sprechen.

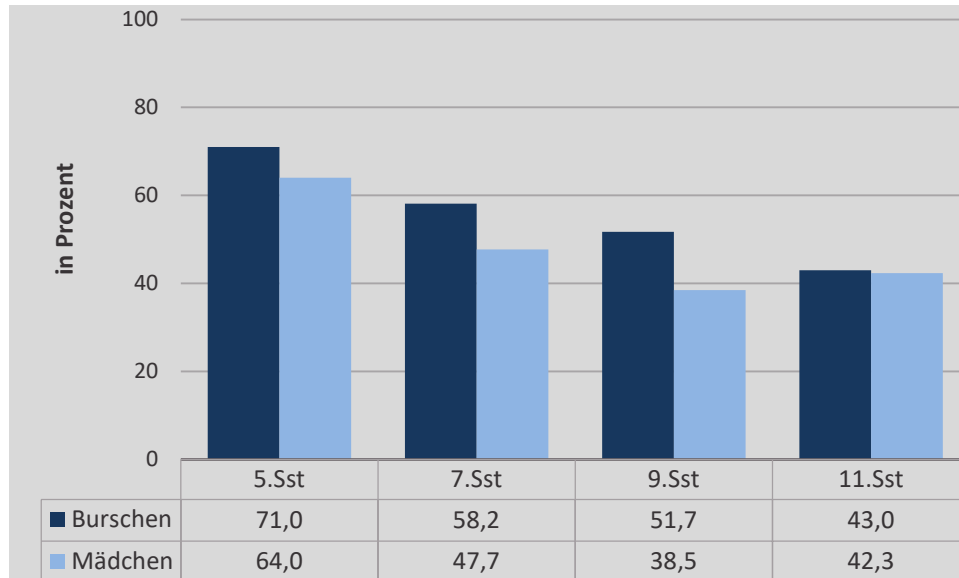
Meine Familie will mich bei Entscheidungen unterstützen.

Antwortmöglichkeiten: 7-stellig von 1 (stimmt überhaupt nicht) bis 7 (stimmt genau)

Wie oft isst du normalerweise zusammen mit deiner Familie?

Antwortmöglichkeiten: jeden Tag - fast jeden Tag - ungefähr 1 Mal die Woche - seltener - nie

Abbildung 35: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die zumindest einen Elternteil haben, mit dem es ihnen sehr leicht fällt, persönliche Dinge zu besprechen, nach Geschlecht und Schulstufe



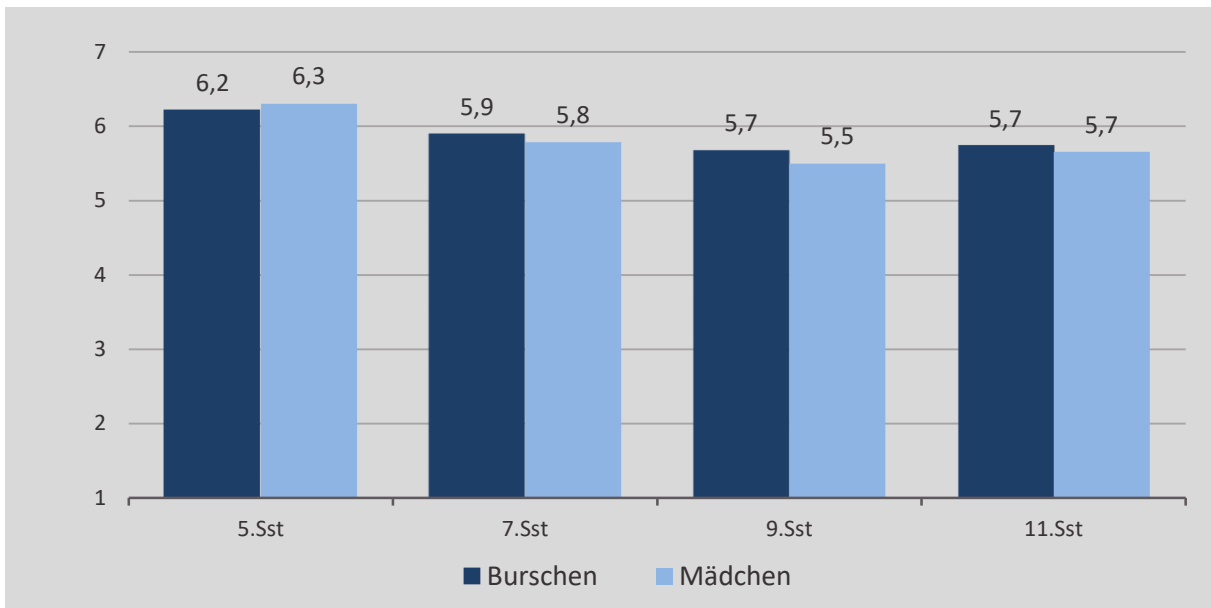
Sst = Schulstufe

Mit zunehmendem Alter besprechen immer weniger Schülerinnen und Schüler persönliche Dinge mit ihren Eltern (Abbildung 35). Dies ist bei Mädchen noch stärker ausgeprägt als bei Burschen. Dass dies nicht unbedingt mit der Qualität der familiären Beziehungen zu tun haben muss, zeigen die in Abbildung 36 dargestellten Ergebnisse.

Die Unterstützung durch Familienmitglieder bewerten viele Schülerinnen und Schüler sehr positiv (Abbildung 36). Geschlechtsunterschiede sind hier keine zu finden. Geringfügig bessere Ergebnisse sind bei den Jüngsten zu beobachten.

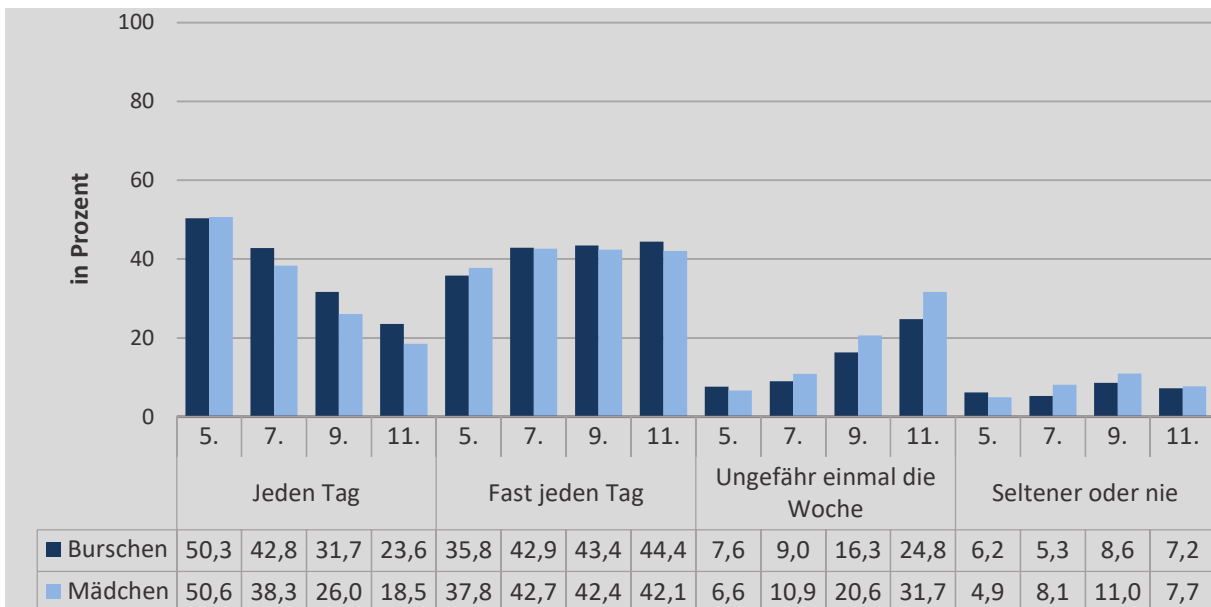
Die Mehrheit der Schülerinnen und Schüler isst (fast) täglich gemeinsam mit der Familie (Abbildung 37). Bei den Jüngsten sind das ungefähr 87%, bei den Ältesten ca. 63%. Ab Schulstufe 7 gibt es etwas mehr Burschen als Mädchen, die (fast) täglich an zumindest einer Familienmahlzeit teilnehmen. Zwischen ca. 5% und 11% nehmen selten oder nie eine Mahlzeit gemeinsam mit ihrer Familie ein.

Abbildung 36: Unterstützung durch die Familie, nach Geschlecht und Schulstufe; dargestellt sind Mittelwerte; Spannweite: 1 (schlechteste) bis 7 (bestmögliche Unterstützung)



Sst = Schulstufe

Abbildung 37: Wie oft Schülerinnen und Schüler gemeinsam mit ihrer Familie Mahlzeiten einnehmen, nach Geschlecht und Schulstufe



5.5. Organisierte Freizeitaktivitäten

Organisierte Freizeitaktivitäten sind im HBSC-Kontext Hobbies, denen Kinder und Jugendliche nachgehen und die folgende Charakteristika aufweisen (Felder-Puig & Teutsch, 2013):

- Sie sind von Erwachsenen organisiert und strukturiert;
- Lernen, Üben, Trainieren und das Ziel, etwas zu „vollbringen“, sind wesentliche Elemente;
- Sie sind freiwillig wählbar;
- Sie bieten Gelegenheit zu sozialen Interaktionen, mit Lehrkräften oder Trainern und Trainerinnen, aber vielfach auch in der Gruppe;
- Sie können zu Erfolgs- und Misserfolgserlebnissen führen;
- Sie bieten Beachtung, Applaus, Anerkennung, z.B. durch Angehörige bei Wettbewerben, Aufführungen, Veranstaltungen.

Die abgefragten Freizeitaktivitäten sind in Itembox 21 gelistet.

Itembox 21: Organisierte Freizeitaktivitäten

**Welche dieser organisierten Aktivitäten machst du normalerweise in deiner Freizeit?
Mit organisierten Aktivitäten meinen wir Aktivitäten, die du in einem Sportverein oder in einem anderen Verein, Klub oder in einer anderen Einrichtung machst.**

Organisierte Teamsportaktivitäten (z.B. Fußball, Handball, Basketball, Eishockey)

Organisierte sportliche Einzelaktivitäten (z.B. Schwimmen, Radfahren, Leichtathletik, Gymnastik)

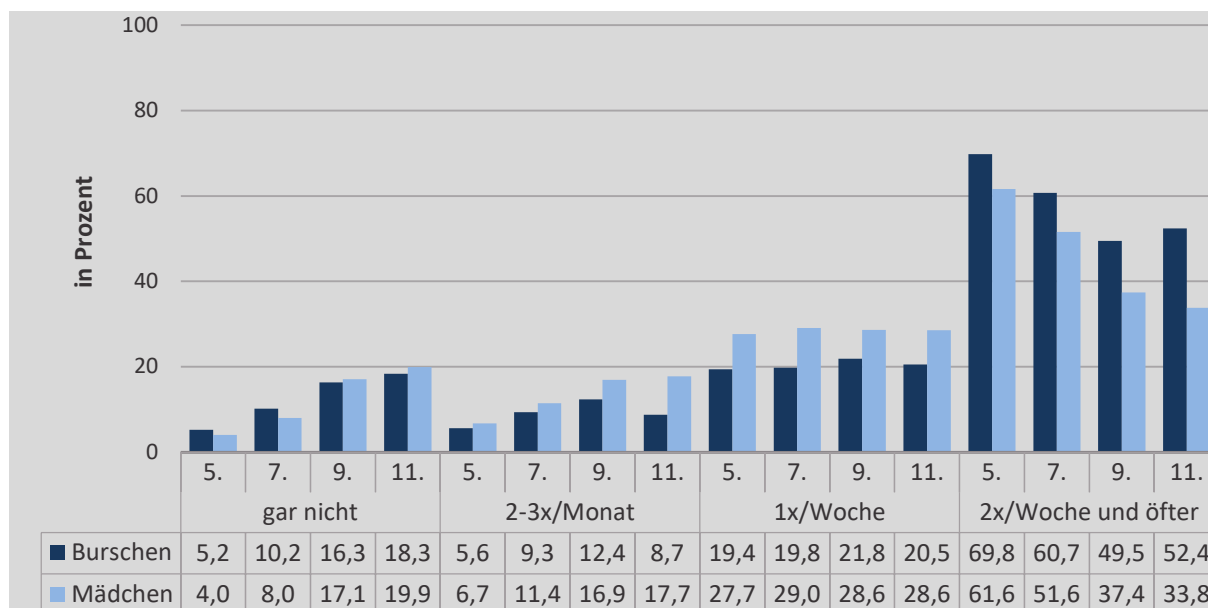
Organisierte Musik- oder Theateraktivitäten in der Gruppe (z.B. Chor, Blasmusik, Orchester, Theatergruppe)

Organisierte musikalische Einzelaktivitäten (z.B. ein Instrument spielen, Musikstunden nehmen)

Andere organisierte Gruppenaktivitäten (z.B. Jungschar, Pfadfinder)

Antwortmöglichkeiten: Ich übe diese Aktivität nicht aus - 2 bis 3 Mal im Monat oder seltener - ungefähr 1 Mal pro Woche - 2 Mal pro Woche oder öfter

Abbildung 38: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die organisierten Freizeitaktivitäten nachgehen, nach Geschlecht und Schulstufe



Ca. 52% der Schülerinnen und Schüler nehmen mindestens zweimal pro Woche in ihrer Freizeit an von Erwachsenen organisierten und/oder angeleiteten Aktivitäten wie Sport, Musikunterricht oder –probe, Theaterprobe oder Gruppenaktivitäten wie Jungschar oder Pfadfinder teil (Abbildung 38). Dies trifft auf wesentlich mehr Burschen als Mädchen zu, obwohl auch viele Mädchen hier aktiv sind, allerdings mit niedrigerer Frequenz, was auch mit der Art der gewählten Aktivität zu tun hat (Burschen mehr Teamsport, Mädchen mehr künstlerische Aktivitäten). 12% aller Schülerinnen und Schüler unternehmen nichts in dieser Richtung, wobei der Grad der Inaktivität mit zunehmendem Alter steigt und keine Geschlechtsunterschiede zeigt.

5.6. Gesundheitskompetenz

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu steigern ist ein wichtiges Ziel der österreichischen Gesundheitspolitik (Felder-Puig & Maier, 2017). Dies wird seit einigen Jahren mit zahlreichen Projekten und Maßnahmen unterstützt. Um zu überprüfen, ob diese Bemühungen auch Früchte tragen, wird die Gesundheitskompetenz verschiedener Bevölkerungsgruppen wiederholt gemessen, unter anderem auch innerhalb der HBSC-Studie.

Dafür wurde die *Health Literacy for School-Aged Children* Skala, die von finnischen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftern, die auch zum internationalen HBSC-Netzwerk gehören, entwickelt und validiert wurde, verwendet (Paakkari et al., 2016). Diese Skala besteht aus 10 Items und wurde in der österreichischen HBSC-Studie 2018 bei Schülerinnen und Schülern ab Schulstufe 9 verwendet (Itembox 22). Pro Item werden 1 bis 4 Punkte

vergeben, womit der theoretische Summenscore zwischen 10 und 40 liegt. Gemäß Auswertungsalgorithmus stehen Summenscores zwischen 10 und 25 für eine „niedrige“, zwischen 26 und 35 für eine „mittlere“ und zwischen 36 und 40 für eine „hohe“ Gesundheitskompetenz.

Zusätzlich wurden den Schülerinnen und Schülern aller Altersstufen ausgewählte Items jenes Instruments, das für die HBSC-Studie 2014 in Anlehnung an das Konzept des *European Health Literacy Survey* (Soerensen et al., 2012) entwickelt wurde, vorgegeben (Itembox 22). Indem diese Items, die auch für Jüngere relativ einfach zu beantworten sind, in den zukünftigen Erhebungen vorgegeben werden, wird es möglich sein, Veränderungen über die Zeit abzubilden.

Itembox 22: Gesundheitskompetenz

Items in der "Sie"-Form wurden nur 15- und 17-Jährigen vorgegeben

Wie stehen Sie zu folgenden Aussagen? Ich bin ziemlich sicher, dass ich...

...gute Informationen über Gesundheit habe.

...leicht gesundheitsbezogene Informationen finde, die ich verstehen kann.

...ermessen kann, inwiefern meine eigenen Handlungen meine Umwelt beeinflussen.

...leicht Beispiele anführen kann, die gesundheitsfördernd sind.

...den Anweisungen von Personal aus dem Gesundheitswesen (z.B. Krankenschwester oder -pfleger, Arzt / Ärztin, etc.) folgen kann.

...Begründungen anführen kann, die mein Gesundheitsverhalten erklären.

...wenn es notwendig erscheint, gesundheitsfördernde Inhalte meiner unmittelbaren Umgebung (Familie, Freunde / Freundinnen, Leute aus dem Ort, etc.) vermitteln kann.

...für gewöhnlich rausfinden kann, welche gesundheitsbezogenen Informationen richtig oder falsch sind.

...ermessen kann, inwiefern meine Verhaltensweisen meine Gesundheit beeinflussen.

...gesundheitsbezogene Informationen aus unterschiedlichen Quellen vergleichen kann.

Antwortmöglichkeiten: stimmte überhaupt nicht zu - stimme nicht zu - stimme eher zu - stimme voll und ganz zu

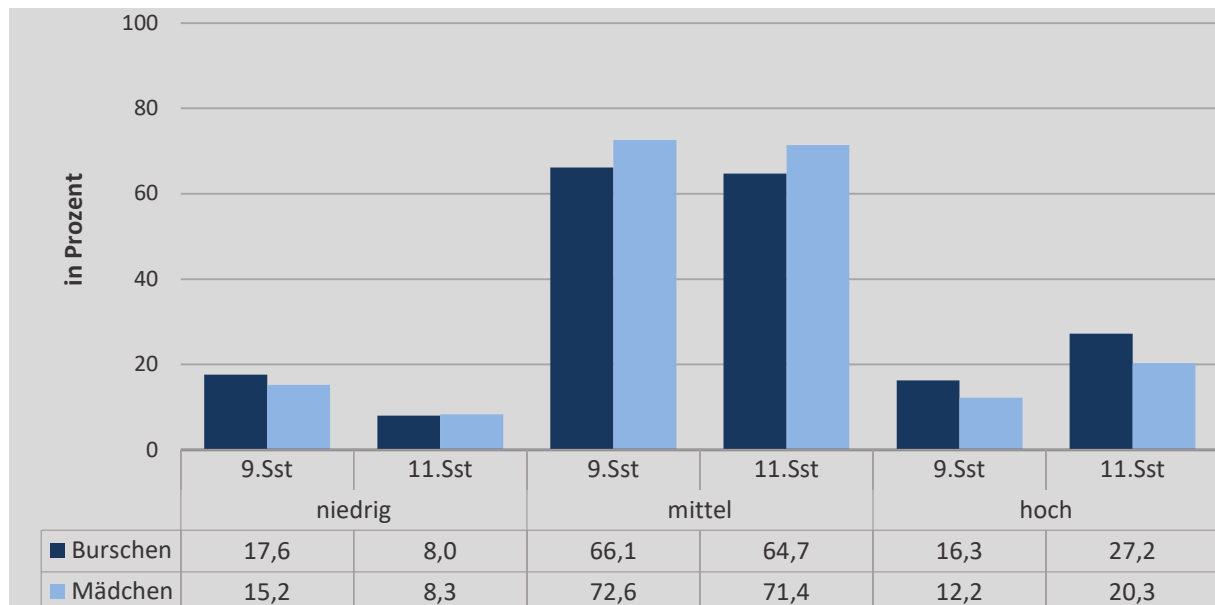
Fortsetzung Itembox 22

Bitte sag uns, ob die folgenden Dinge einfach oder schwierig für dich sind:

- Herauszufinden, an wen ich mich wenden kann, wenn es mir psychisch schlecht geht (zum Beispiel, wenn ich traurig bin oder Angst habe).
- Herauszufinden, ob das richtig ist, was ich über Gefahren für meine Gesundheit in den Medien (Zeitung, Fernsehen, Internet) lese oder höre.
- Informationen aus den Medien darüber, wie ich noch gesünder leben kann, zu verstehen.
- Gesundheitsratschläge meiner Eltern, Verwandten oder Freunde / Freundinnen zu verstehen.
- Zu verstehen, welche meiner Gewohnheiten einen Einfluss auf meine Gesundheit haben werden.
- Informationen über ungesunde Lebensweisen (zum Beispiel Rauchen oder zu wenig Bewegung) zu verstehen.

Antwortmöglichkeiten: einfach - schwierig - weiß nicht

Abbildung 39: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler der Schulstufen 9 und 11 mit niedriger, mittlerer und hoher Gesundheitskompetenz, nach Geschlecht und Schulstufe



Sst = Schulstufe

Ca. 70% aller Schülerinnen und Schüler verfügen über eine Gesundheitskompetenz, die weder niedrig noch hoch, sondern im mittleren Bereich angesiedelt ist (Abbildung 39).

Ungefähr 18% aller Schülerinnen und Schüler haben eine hohe Gesundheitskompetenz, wobei hier ein Unterschied zwischen den Schulstufen 9 und 11 sowie zwischen Mädchen und Burschen zu beobachten ist.

Tabelle 15: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die sich zutrauen, bestimmte gesundheitsrelevante Aufgaben zu schaffen

	5.Sst	7.Sst	9.Sst	11.Sst
Gesundheitsratschläge verstehen	72,5%	72,1%	78,9%	84,6%
Informationen über ungesunde Lebensweisen verstehen	66,6%	73,4%	82,8%	90,2%
Einfluss von Gewohnheiten auf Gesundheit verstehen	58,1%	60,9%	73,3%	81,6%
Hilfe bei psychischen Problemen finden	58,0%	60,6%	67,3%	68,7%
Informationen aus den Medien verstehen	55,9%	59,4%	67,3%	74,9%
Informationen aus den Medien bewerten	47,7%	51,4%	56,0%	59,0%

Sst = Schulstufe

Am einfachsten ist es für Schülerinnen und Schüler aller Altersgruppen, Gesundheitsratschläge von Eltern, Verwandten oder Freundinnen und Freunden zu verstehen (Tabelle 15) und am schwierigsten, gesundheitsrelevante Informationen aus den Medien zu bewerten. Die Gesundheitskompetenz steigt mit zunehmendem Alter.

Je jünger die Schülerinnen und Schüler sind, umso schwieriger ist es für sie auch, bestimmte, ihnen möglicherweise fremde Sachverhalte zu beurteilen (nicht abgebildet). So antwortet zum Beispiel auf die Frage „Wie einfach oder schwierig ist es für dich, herauszufinden, ob das richtig ist, was ich über Gefahren für meine Gesundheit in den Medien (Zeitung, Fernsehen, Internet) lese oder höre“ ein Drittel der 11-Jährigen, aber nur ein Fünftel der 17-Jährigen mit „ich weiß nicht“.

6. EINFLUSS AUSGEWÄHLTER GESUNDHEITSDETERMINANTEN

Um den möglichen Einfluss verschiedener Faktoren auf Gesundheit, Wohlbefinden sowie Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der Schülerinnen und Schüler zu untersuchen, wurden mehrere multiple Regressionsanalysen durchgeführt. Die Regressionsanalyse ist ein Verfahren, das verwendet wird, um die Beziehung zwischen einer sogenannten „abhängigen“ Variable (z.B. Gesundheitszustand) und „unabhängigen“ Variablen, also möglichen Einflussfaktoren auf die abhängige Variable, auch als „Prädiktoren“ oder „Faktoren“ bezeichnet, abzubilden.

Als abhängige Variablen für die Regressionsanalysen wurden ausgewählt: Lebenszufriedenheit, Beschwerdelast, gesundes Ernährungsverhalten, körperliche Aktivität, Tabak- und Alkoholkonsum. Als unabhängige Variablen wurden jene potentiellen Einflussfaktoren, die in Itembox 23 dargestellt, in die Regressionsanalysen miteinbezogen.

Eine der formulierten Hypothesen lautet also z.B.: „Die Lebenszufriedenheit von Schülerinnen und Schülern (= abhängige Variable) wird beeinflusst von Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und familiärem Wohlstand, ihren schulischen Belastungen, Mobbing-Erfahrungen, dem Schulklima und der Unterstützung durch Familie, Freundinnen und Freunden.“

Für jede abhängige Variable wurde eine Regressionsanalyse gerechnet (siehe Tabellen 16-21). Das Hauptergebnis der Regression ist das Bestimmtheitsmaß (R^2), das theoretisch zwischen 0 (unbrauchbares Modell) und 1 (perfektes Modell) liegt. Das Bestimmtheitsmaß beschreibt jenen Anteil der Varianz, also der Abweichung der abhängigen Variablen vom Mittelwert, der durch die unabhängigen Variablen erklärt werden kann.

In die Regressionsgleichungen aufgenommen und in den Tabellen gelistet wurden nur jene der in Itembox 23 beschriebenen unabhängigen Variablen, die einen signifikanten Effekt ($p \leq 0,01$) zeigten. Diese Variablen werden in den folgenden Tabellen ranggereiht nach der Größe ihrer β -Werte, also den standardisierten Regressionskoeffizienten, dargestellt. Je höher ein β -Wert ist, umso mehr trägt die jeweilige abhängige Variable zur Vorhersage der abhängigen Variablen (Lebenszufriedenheit, Beschwerdelast, etc.) bei. Je nach Kodierung der Variablen kann der β -Wert eine positive oder negative Ausprägung annehmen. Zum besseren Verständnis wurde deshalb die Interpretation der Ergebnisse in der jeweils ersten Spalte der Tabelle dargestellt.

Itembox 23: In die Regressionsanalysen einbezogene mögliche Prädiktoren für Gesundheit, Wohlbefinden, Gesundheits- bzw. Risikoverhalten

Familienwohlstand

Ausprägungen: 0 (niedrigster) bis 100 (höchster Familienwohlstand)

Migrationshintergrund

Beide Eltern im Ausland geboren

Ausprägungen: 0 (nein) – 1 (ja)

Schulische Belastungen

Ausprägungen: 0 (ziemlich stark oder sehr stark) – 1 (wenig oder gar nicht)

Schulklima

Index aus Beziehungen zwischen Schülerinnen bzw. Schülern untereinander und Beziehungen zwischen Schülerinnen bzw. Schülern und Lehrkräften

Ausprägungen: 0 (sehr schlechtes Schulklima) bis 100 (sehr gutes Schulklima)

Mobbing-Opfer

Ausprägungen: 0 (vereinzelt oder gar nicht) – 1 (mind. 2-3x/Monat)

Unterstützung durch die Familie

Index aus 4 Items

Ausprägungen: 1 (keine Unterstützung) bis 7 (höchste Unterstützung)

Unterstützung durch Freundinnen und Freunde

Index aus 4 Items

Ausprägungen: 1 (keine Unterstützung) bis 7 (höchste Unterstützung)

Geschlecht

Ausprägungen: 0 (Bub) – 1 (Mädchen)

Alter

in Jahren

Die überprüften und signifikanten Faktoren erklären 26% der Varianz der Variable Lebenszufriedenheit (Tabelle 16). Den stärksten Einfluss auf die Lebenszufriedenheit haben die sozialen Beziehungen der Schülerinnen und Schüler in der Familie und in der Schule. Migrationshintergrund ist kein signifikanter Prädiktor.

Tabelle 16: Welche Faktoren eine hohe Lebenszufriedenheit begünstigen, ranggereiht nach der Stärke des Einflusses

$R^2 = 0,260$	B	SE	β
eine gute Unterstützung durch die Familie	0,292	0,015	0,235
ein positives Schulklima	0,021	0,001	0,191
eine geringe schulische Belastung	0,561	0,050	0,131
männliches Geschlecht	-0,494	0,044	-0,123
kein Mobbing-Opfer zu sein	-0,902	0,082	-0,121
ein höherer Familienwohlstand	0,493	0,076	0,070
ein jüngeres Alter	-0,062	0,011	-0,066
eine gute Unterstützung durch Freunde	0,063	0,016	0,049

R^2 = Bestimmtheitsmaß; B = nicht standardisierter Regressionskoeffizient¹, SE = Standardfehler; β = standardisierte Regressionskoeffizienten²

Tabelle 17: Welche Faktoren die Beschwerdelast reduzieren, ranggereiht nach der Stärke des Einflusses

$R^2 = 0,232$	B	SE	β
ein positives Schulklima	-0,123	0,008	-0,187
eine geringe schulische Belastung	-4,857	0,309	-0,186
männliches Geschlecht	4,282	0,268	0,177
eine gute Unterstützung durch die Familie	-0,961	0,088	-0,128
ein jüngeres Alter	0,623	0,066	0,111
kein Mobbing-Opfer zu sein	4,505	0,506	0,100
ein höherer Familienwohlstand	1,031	0,480	0,024

R^2 = Bestimmtheitsmaß; B = nicht standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler; β = standardisierte Regressionskoeffizienten

¹ Der nicht-standardisierte Regressionskoeffizient (B) ist von inhaltlicher Bedeutung, da er den Effekt der Änderung einer unabhängigen Variable auf die abhängige Variable angibt.

² Der Standardfehler der Schätzung (SE) gibt an, welcher mittlere Fehler bei Verwendung der Regressionsfunktion zur Schätzung der abhängigen Variablen gemacht wird.

Die Faktoren erklären 23% der Varianz der Variable Beschwerdelast (Tabelle 17). Am meisten zur Erklärung der Beschwerdelast tragen schulische Faktoren (Schulklima, schulische Belastungen) bei. Migrationshintergrund und Unterstützung durch Freundinnen / Freunde sind keine signifikanten Prädiktoren.

Tabelle 18: Welche Faktoren ein gesundes Ernährungsverhalten fördern, ranggereiht nach der Stärke des Einflusses

$R^2 = 0,111$	B	SE	β
weibliches Geschlecht	6,022	0,361	0,207
ein positives Schulklima	0,115	0,010	0,144
ein jüngeres Alter	-0,820	0,085	-0,122
keinen Migrationshintergrund zu haben	-3,837	0,457	-0,105
eine gute Unterstützung durch die Familie	0,584	0,119	0,064
ein höherer Familienwohlstand	3,185	0,643	0,062

R² = Bestimmtheitsmaß; B = nicht standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler; β = standardisierte Regressionskoeffizienten

Ein gesundes Ernährungsverhalten umfasst einen häufigen Konsum von Obst bzw. Gemüse und einen nur seltenen Verzehr von ungesunden Lebensmitteln wie Süßigkeiten, Fast Food, zuckerhaltigen Getränken und Energydrinks. Aus den entsprechenden Items wurde ein Gesamtindex berechnet, welcher Ausprägungen zwischen 0 (ungesunde Ernährung) und 100 (gesunde Ernährung) annehmen kann. Die in Tabelle 18 dargestellten Faktoren erklären für die Variable Ernährungsverhalten nur 11% der Varianz. Am meisten zur Erklärung tragen die soziodemographischen Faktoren Geschlecht und Alter sowie das Schulklima bei. Schulische Belastungen, Mobbing und Unterstützung durch Freundinnen und Freunde sind keine signifikanten Prädiktoren.

Wie man in Tabelle 19 sieht, erklären die signifikanten Faktoren für die Variable Bewegungsverhalten nur 14% der Varianz. Am meisten zur Erklärung des Indikators tragen die soziodemographischen Faktoren Alter und Geschlecht bei. Schulische Belastungen, Mobbing, Unterstützung durch die Familie und Migrationshintergrund sind keine signifikanten Prädiktoren.

Tabelle 19: Welche Faktoren das Ausmaß an körperlicher Aktivität fördern, ranggereiht nach der Stärke des Einflusses

$R^2 = 0,141$	B	SE	β
ein jüngeres Alter	-0,284	0,011	-0,295
männliches Geschlecht	-0,614	0,049	-0,147
ein höherer Familienwohlstand	0,567	0,085	0,077
ein positives Schulklima	0,008	0,001	0,067
eine gute Unterstützung durch Freunde	0,070	0,016	0,052

R^2 = Bestimmtheitsmaß; B = nicht standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler; β = standardisierte Regressionskoeffizienten

Tabelle 20: Welche Faktoren dazu führen, selten oder gar nicht Zigaretten zu rauchen, ranggereiht nach der Stärke des Einflusses; gilt nur für Schülerinnen und Schüler der Schulstufen 9 und 11

$R^2 = 0,043$	B	SE	β
ein positives Schulklima	-0,002	0,000	-0,136
eine gute Unterstützung durch die Familie	-0,023	0,004	-0,120
eine geringe Unterstützung durch Freunde	0,019	0,004	0,087
jüngeres Alter	0,023	0,005	-0,080

R^2 = Bestimmtheitsmaß; B = nicht standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler; β = standardisierte Regressionskoeffizienten

Die in Tabelle 20 dargestellten Faktoren erklären für das Risikoverhalten Rauchen nur 4% der Varianz. Am meisten zur Erklärung tragen Schulklima und Familie bei. Eine „geringe Unterstützung durch Freunde“ bedeutet hier, dass jugendliche Nichtraucherinnen und Nichtraucher ihre Freundschaftsbeziehungen nicht so gut bewerten wie rauchende Jugendliche. Migrationshintergrund, Familienwohlstand, schulische Belastungen, Mobbing und Geschlecht sind keine signifikanten Prädiktoren.

Tabelle 21: Welche Faktoren dazu führen können, wenig bis keinen Alkohol zu trinken, ranggereiht nach der Stärke des Einflusses; gilt nur für Schülerinnen und Schüler der Schulstufen 9 und 11

$R^2 = 0,063$	B	SE	β
jüngeres Alter	0,071	0,007	0,178
einen Migrationshintergrund zu haben	-0,154	0,020	-0,135
weibliches Geschlecht	-0,098	0,017	-0,105
eine geringe Unterstützung durch Freunde	0,029	0,006	0,097
ein positives Schulklima	-0,002	0,000	-0,084
eine gute Unterstützung durch die Familie	-0,017	0,005	-0,063

R^2 = Bestimmtheitsmaß; B = nicht standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler; β = standardisierte Regressionskoeffizienten

Die Faktoren erklären für das Risikoverhalten Alkoholkonsum nur 6% der Varianz (Tabelle 21). Am meisten zur Erklärung tragen die soziodemographischen Faktoren Alter und Migrationshintergrund bei. Eine „geringe Unterstützung durch Freunde“ würde in diesem Kontext bedeuten, dass Jugendliche, die keinen bis wenig Alkohol trinken, ihre Beziehungen im Freundeskreis nicht so positiv bewerten wie jene, die (regelmäßig) Alkohol konsumieren. Schulische Belastungen, Mobbing und Familienwohlstand sind keine signifikanten Prädiktoren.

7. TRENDS DER LETZTEN 8 JAHRE

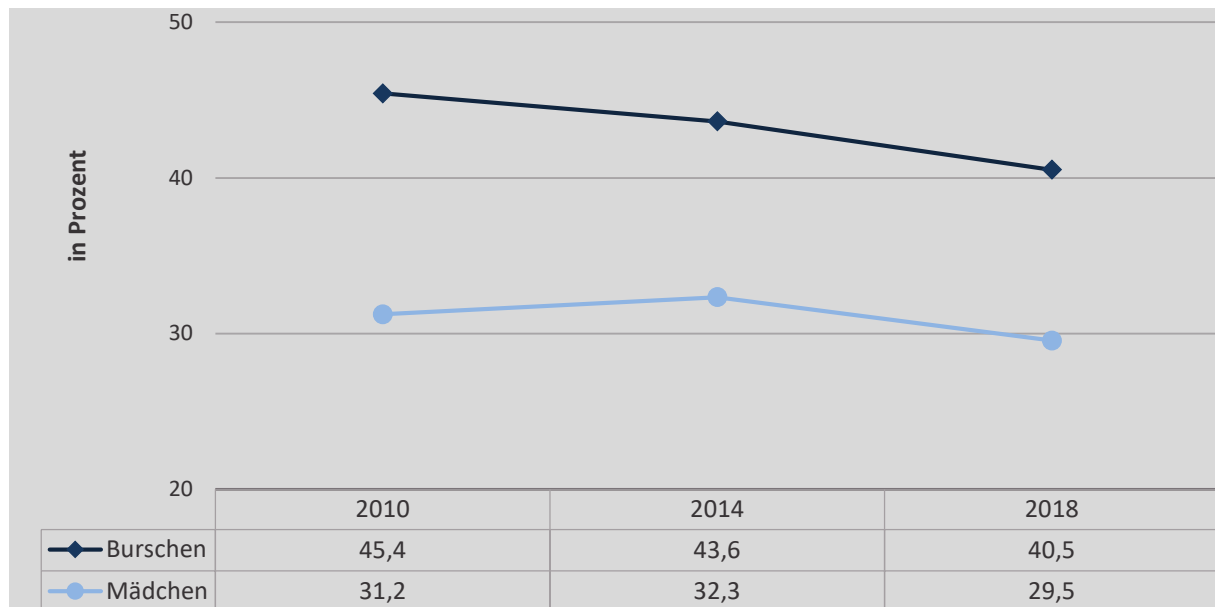
Eine Zielsetzung der HBSC-Studie ist die Darstellung von Veränderungen in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern. Nicht zuletzt deshalb findet die Studie alle vier Jahre statt und verwendet von Mal zu Mal eine Vielzahl an über einen längeren Zeitraum unveränderten Variablen. Die im Folgenden dargestellten Entwicklungen bzw. Trends basieren auf den Erhebungen aus den Jahren 2010, 2014 und 2018.

Um Verzerrungen zu minimieren und eine bessere Vergleichbarkeit der einzelnen Jahrgänge zu erreichen, wurden die Daten von 2010 und 2014 an jene von 2018 durch Gewichtung hinsichtlich Verteilung von Geschlecht und Schulstufen angepasst. Dadurch können sich im Vergleich mit den Ergebnissen aus den Erhebungen 2010 und 2014 (Ramelow et al., 2011; 2015) einige geringfügige Abweichungen ergeben.

In den folgenden Abbildungen sind die Entwicklungen zwischen 2010 und 2018 getrennt nach Geschlecht und Schulstufe dargestellt. Fasst man alle Gruppen zusammen, so zeigen sich für die letzten 8 Jahre

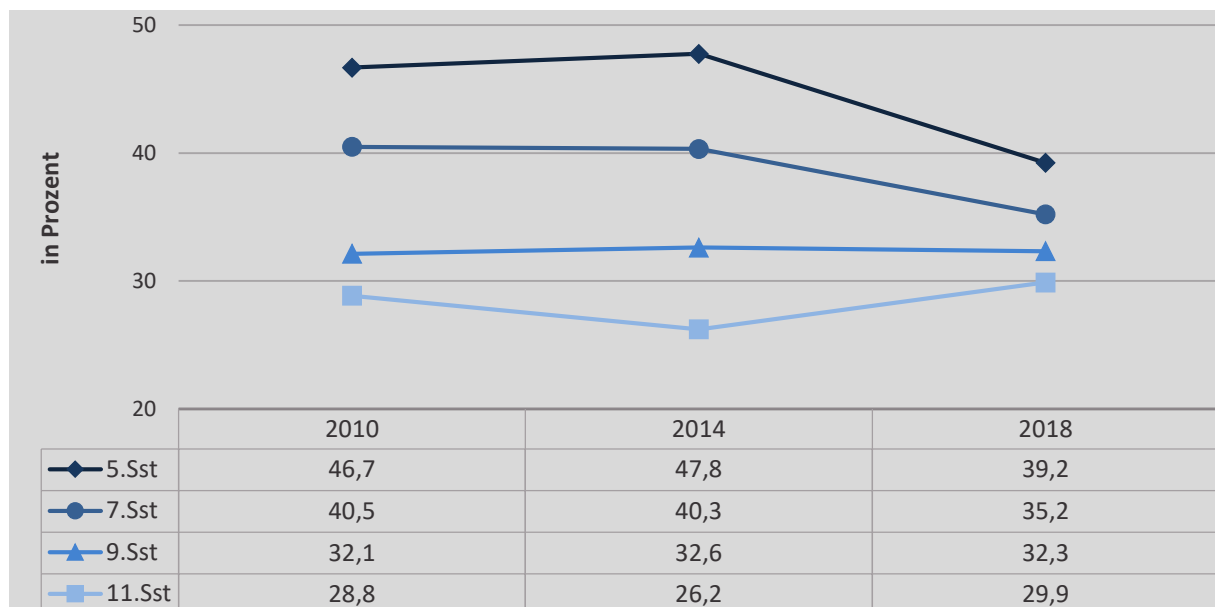
- positive Veränderungen beim Körperselbstbild, beim täglichen Gemüsekonsum, beim täglichen Konsum von Süßigkeiten, beim täglichen Konsum süßer Limonaden, bei der körperlichen Aktivität, bei der Nichtraucherrate, beim wöchentlichen Alkoholkonsum, bei der Rate an Mobbing-Opfern und Mobbing-Täterinnen bzw. -Tätern, bei der Rate häufiger körperlicher Auseinandersetzungen, bei den Beziehungen der Schülerinnen und Schüler zueinander sowie der Kommunikation mit den Eltern;
- negative Veränderungen beim subjektiven Gesundheitszustand, bei der Beschwerdelast, bei der Zahnpflege, bei der Rate an übergewichtigen Schülerinnen und Schülern, bei der täglichen Einnahme eines Frühstücks, beim Konsum von Cannabis, bei der Begeisterung für die Schule sowie bei der Belastung durch schulische Anforderungen; und
- keine Veränderungen bei der Lebenszufriedenheit sowie beim täglichen Obstkonsum.

Abbildung 40: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die ihren Gesundheitszustand „ausgezeichnet“ nennen , seit 2010, nach Geschlecht



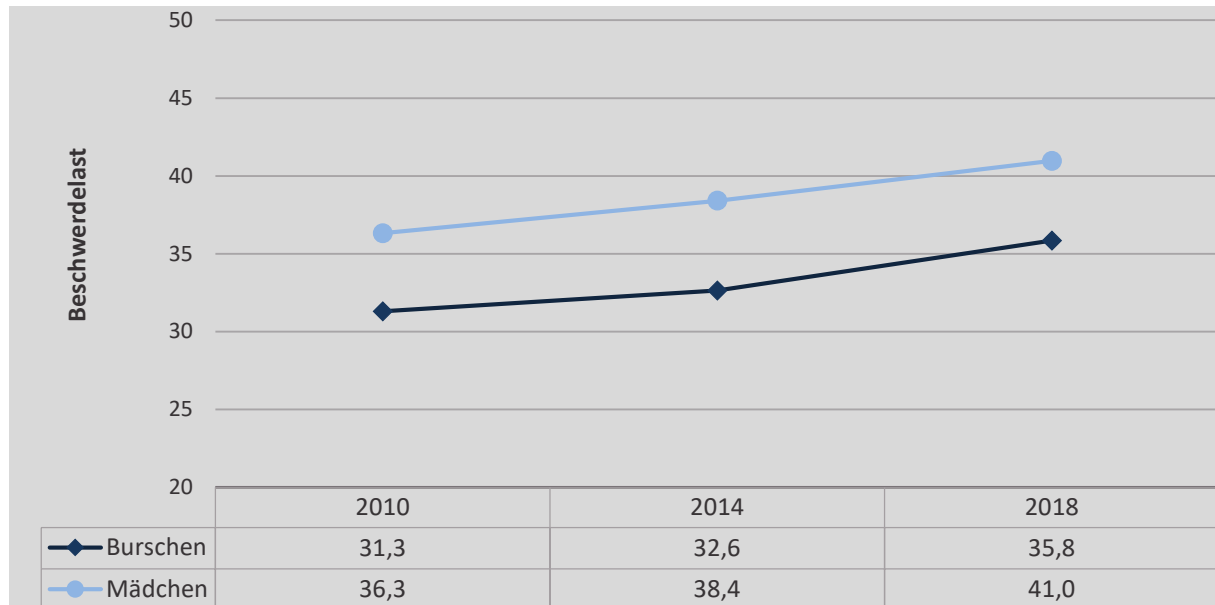
Dass Schülerinnen und Schüler ihren Gesundheitszustand als „ausgezeichnet“ bezeichnen, ist etwas rückläufig, signifikant zwischen 2010 und 2018 aber nur bei den Burschen (Abbildung 40). In Bezug auf die Altersgruppen ist dieser Trend nur bei den Jüngeren (Schulstufen 5 und 7) zu beobachten (Abbildung 41).

Abbildung 41: Anteil der Schülerinnen und Schüler, die ihren Gesundheitszustand „ausgezeichnet“ nennen , seit 2010, nach Schulstufe



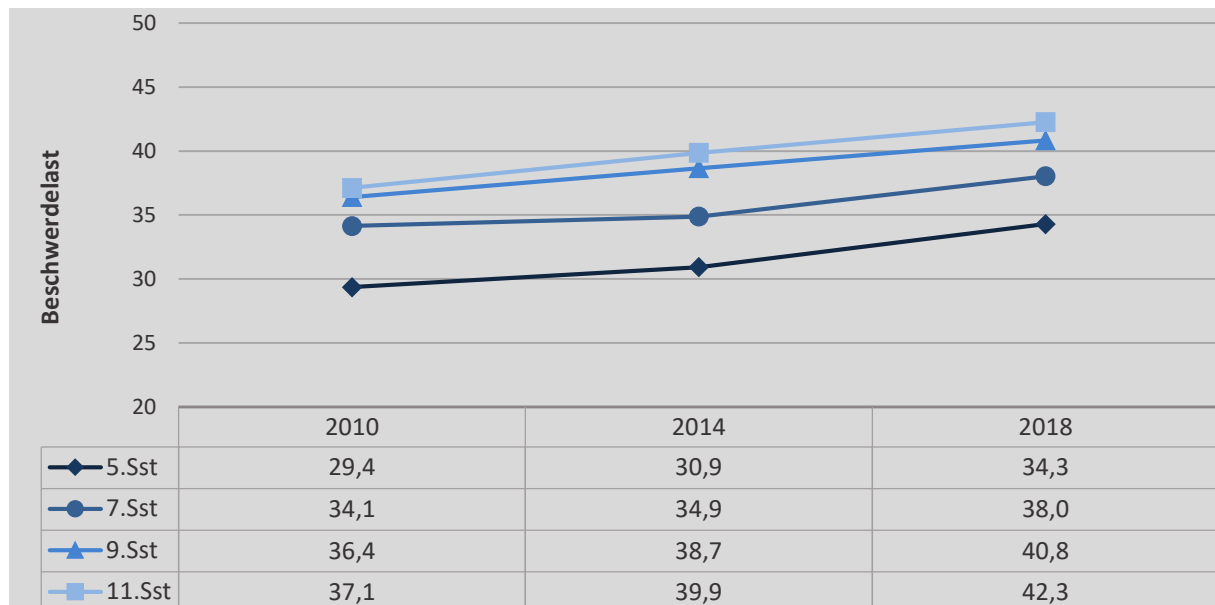
Sst = Schulstufe

Abbildung 42: Mittlere Beschwerdelast, seit 2010, nach Geschlecht; Spannweite: 0 (keine Beschwerden) bis 100 (höchste Beschwerdelast)



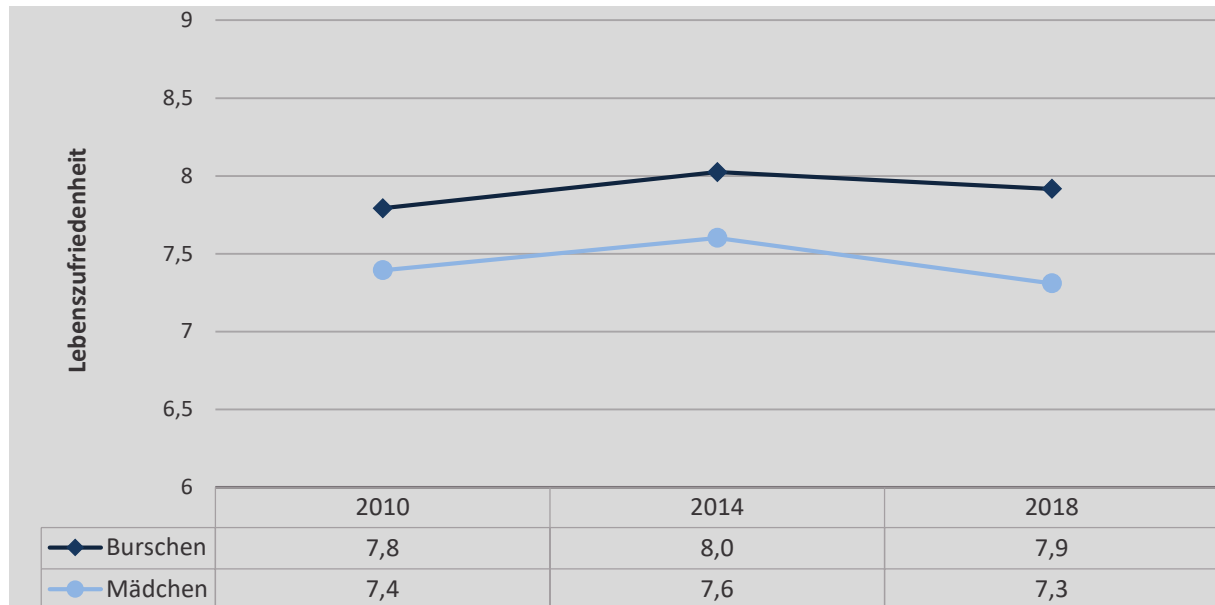
In Abbildung 42 und Abbildung 43 sind die Mittelwerte für die Beschwerdelast, die theoretisch zwischen 0 und 100 liegen kann, abgebildet. Wie man sieht, ist die Beschwerdelast der Schülerinnen und Schüler bei beiden Geschlechtern und in allen Schulstufen seit 2010 gestiegen.

Abbildung 43: Mittlere Beschwerdelast, seit 2010, nach Schulstufe; Spannweite: 0 (keine Beschwerden) bis 100 (höchste Beschwerdelast)



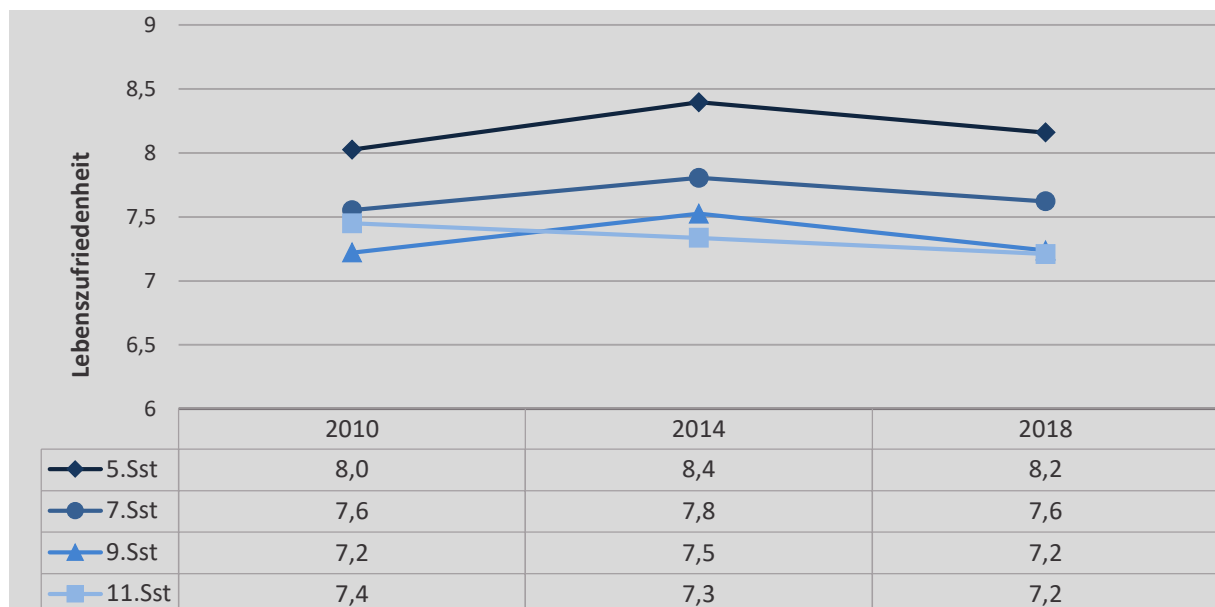
Sst = Schulstufe

Abbildung 44: Mittlere Lebenszufriedenheit, seit 2010, nach Geschlecht; Spannweite: 0 (schlechteste) bis 10 (bestmögliche Lebenszufriedenheit)



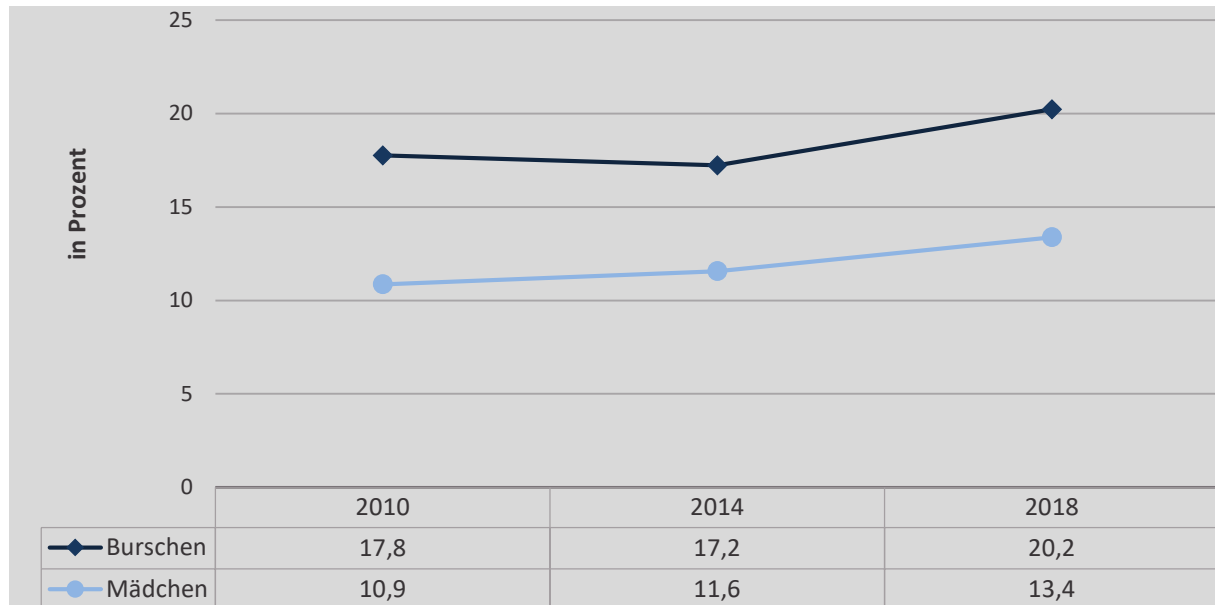
Burschen im Vergleich zu Mädchen und Schülerinnen und Schüler aus der 5. Schulstufe im Vergleich zu jenen aus höheren Schulstufen weisen 2018 gegenüber 2010 eine signifikant höhere Lebenszufriedenheit auf (Abbildung 44 und Abbildung 45). Bei Schülerinnen und Schülern aus der 11. Schulstufe ist die Lebenszufriedenheit etwas gesunken. Ansonsten gibt es seit 2010 keine Veränderungen.

Abbildung 45: Mittlere Lebenszufriedenheit, seit 2010, nach Schulstufe; Spannweite: 0 (schlechteste) bis 10 (bestmögliche Lebenszufriedenheit)



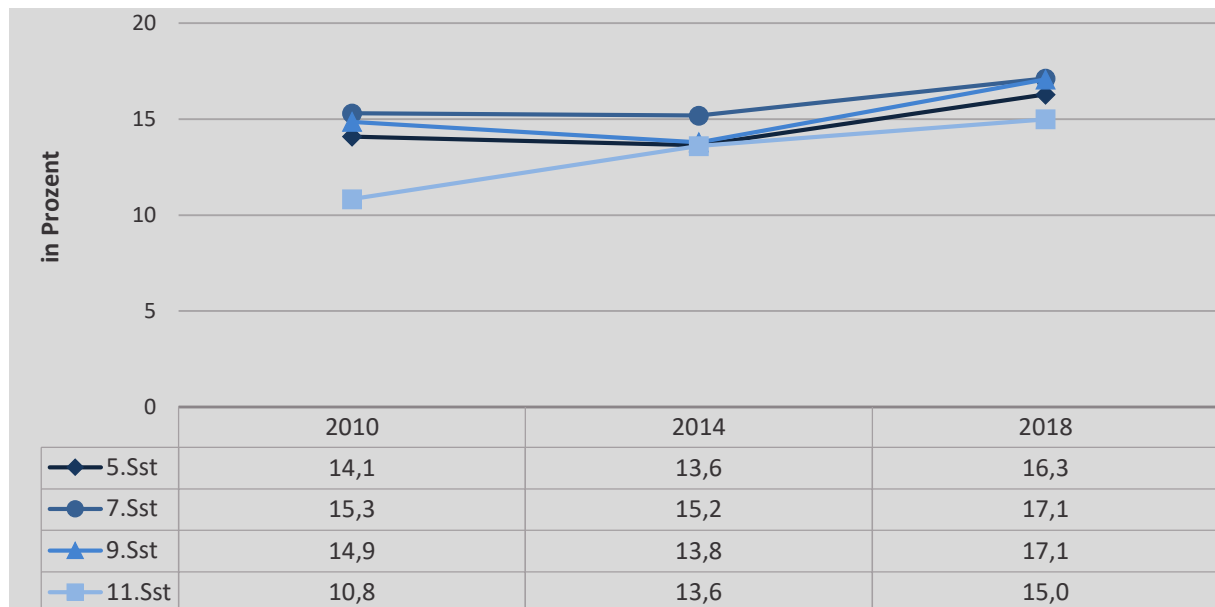
Sst = Schulstufe

Abbildung 46: Relative Anzahl der übergewichtigen oder adipösen Schülerinnen und Schüler, seit 2010, nach Geschlecht



Der Anteil an übergewichtigen und adipösen Schülerinnen und Schülern ist seit 2010 leicht gestiegen (Abbildung 46 und Abbildung 47).

Abbildung 47: Relative Anzahl der übergewichtigen oder adipösen Schülerinnen und Schüler, seit 2010, nach Schulstufe



Sst = Schulstufe

Abbildung 48: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler mit einem positiven Körperesbstbild, seit 2010, nach Geschlecht

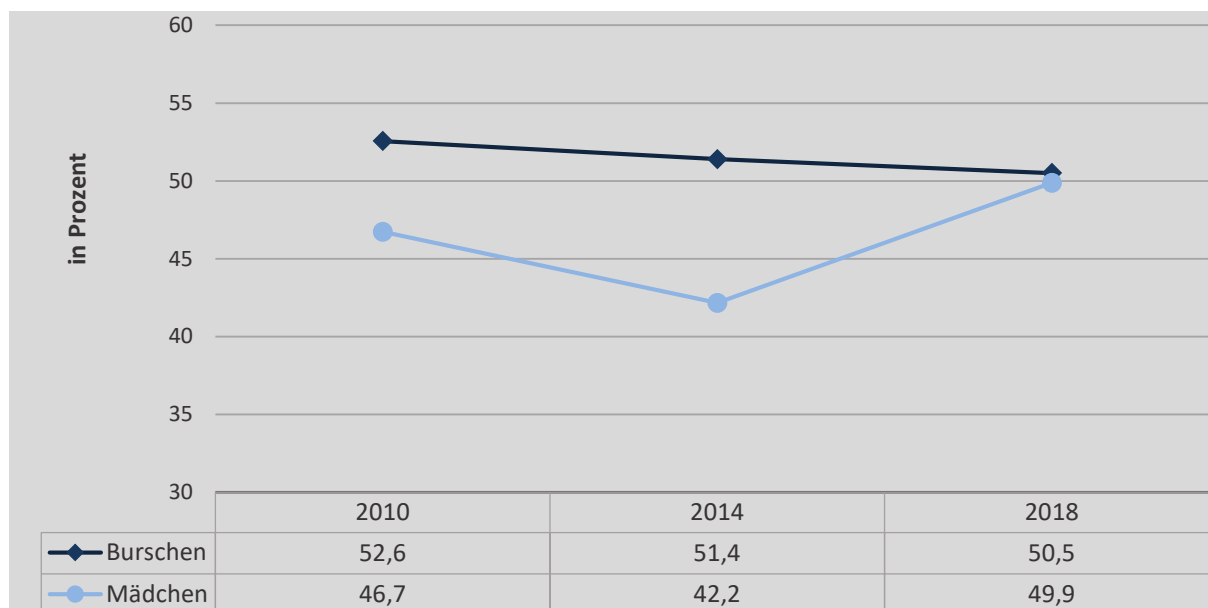
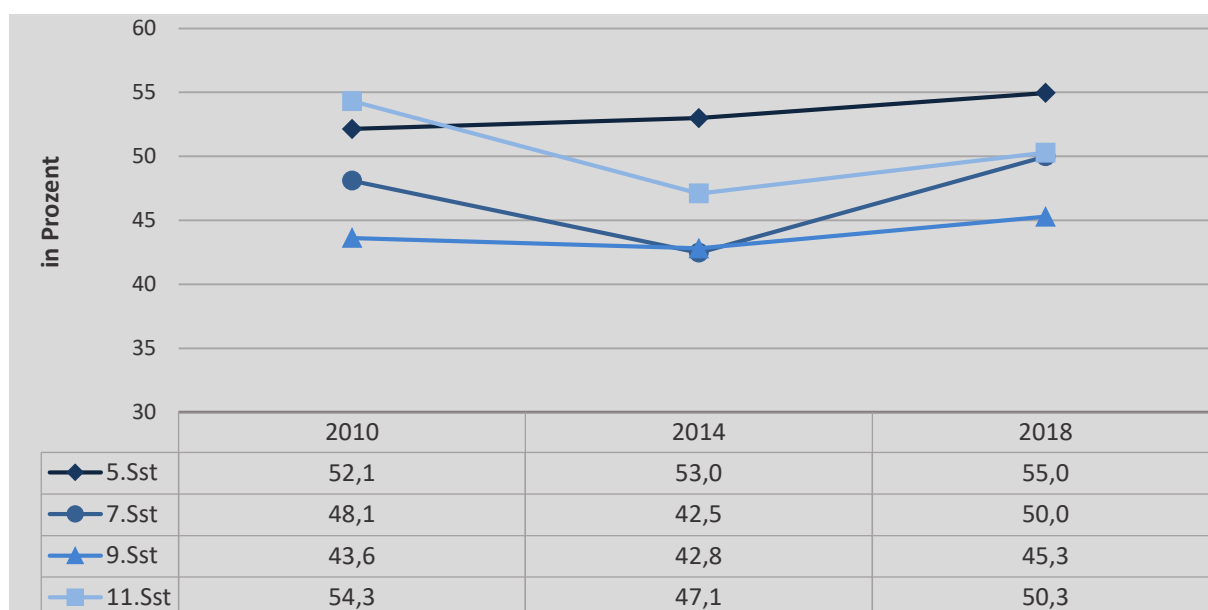


Abbildung 49: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler mit einem positiven Körperesbstbild, seit 2010, nach Schulstufe

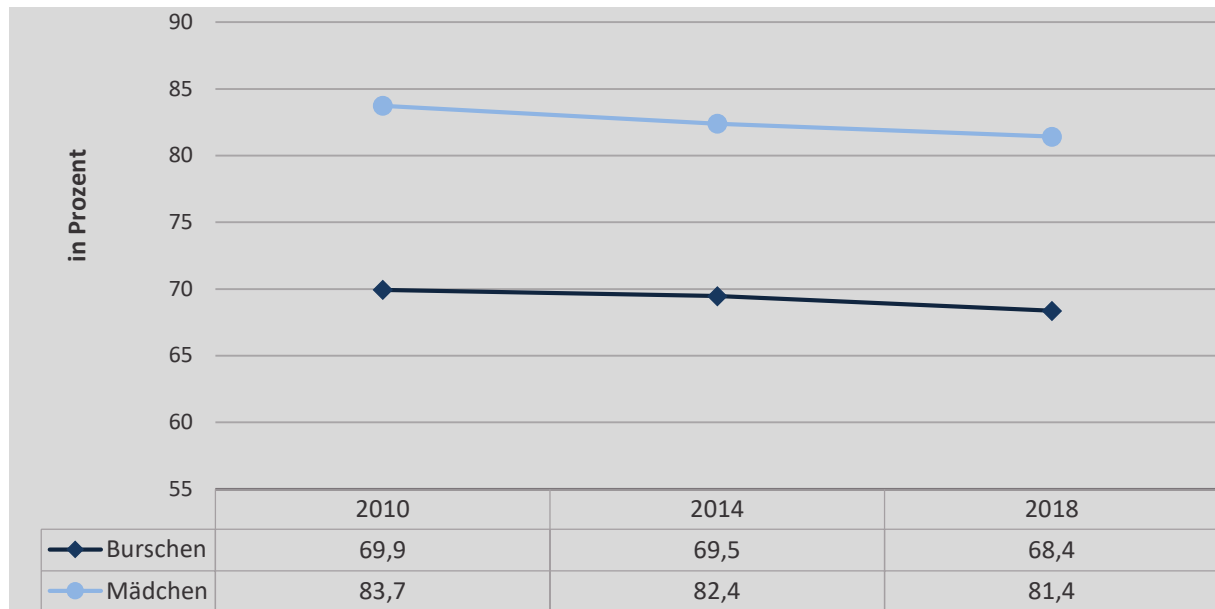


Sst = Schulstufe

Ein positives Körperesbstbild bedeutet, dass sich die Schülerinnen und Schüler weder als zu dünn noch als zu dick empfinden. Der Anteil der Burschen mit einem solchen positiven Körperesbstbild ist seit 2010 leicht gesunken, jener der Mädchen leicht gestiegen (Abbildung 48). In drei Altersgruppen (Schulstufen 5 bis 9) sind 2018 ebenfalls mehr

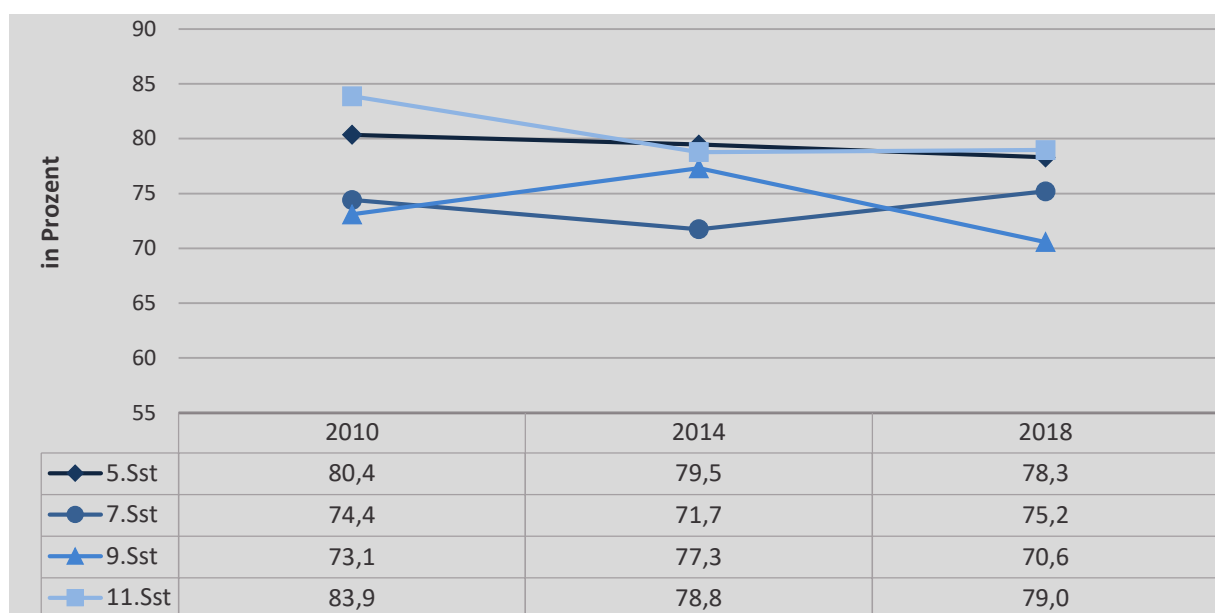
Schülerinnen und Schüler mit einem positiven Körperelbstbild zu sehen, bei den Ältesten (Schulstufe 11) ist kein Trend erkennbar (Abbildung 49).

Abbildung 50: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler die sich täglich mindestens zweimal die Zähne putzen, seit 2010, nach Geschlecht



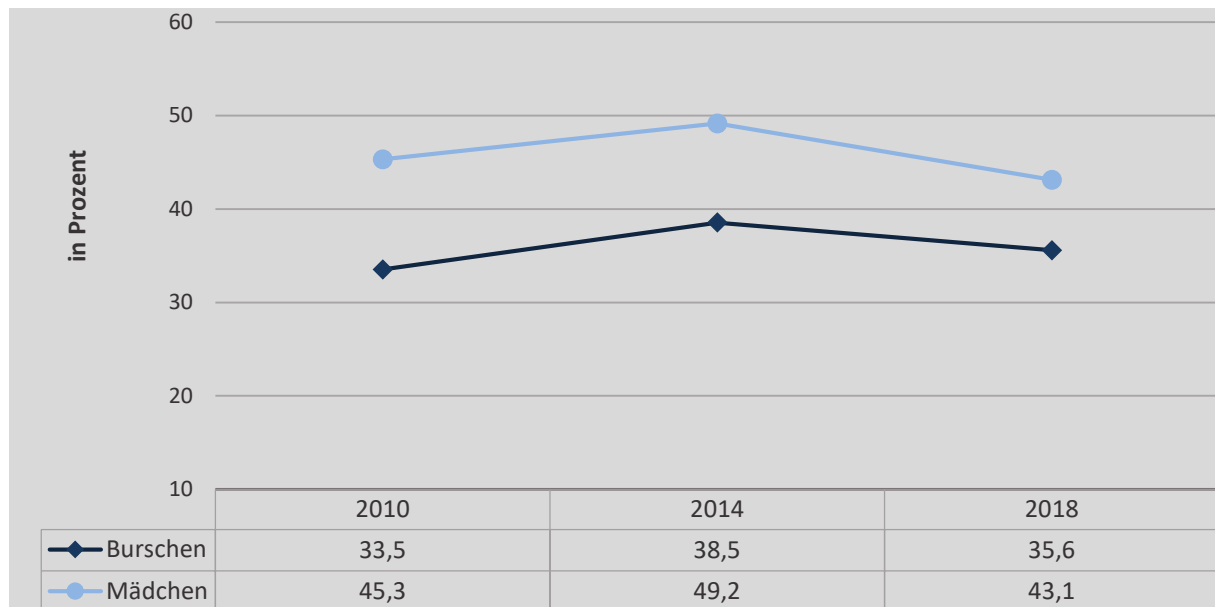
Zu allen Messzeitpunkten gab es erheblich mehr Mädchen als Burschen, die sich mindestens zweimal täglich die Zähne putzten (Abbildung 50). Insgesamt ist 2018 gegenüber 2010 ein leichter Rückgang an Schülerinnen und Schülern, die ihre Zähne gemäß den gängigen Empfehlungen pflegen, zu beobachten (Abbildung 50 und Abbildung 51).

Abbildung 51: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler die sich täglich mindestens zweimal die Zähne putzen, seit 2010, nach Schulstufe



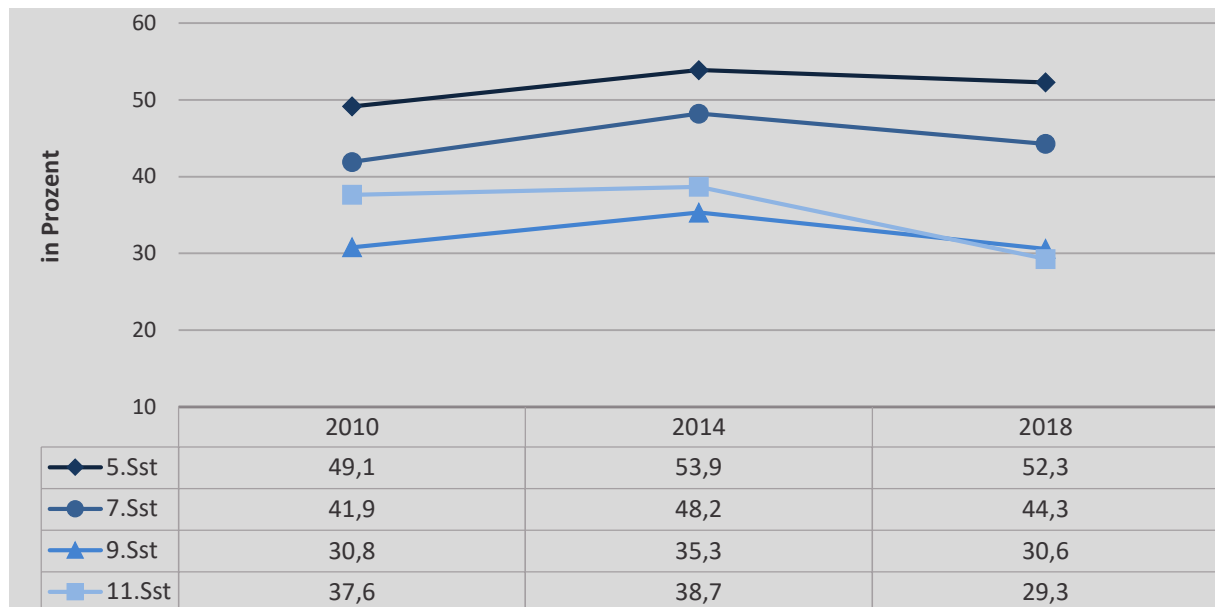
Sst = Schulstufe

Abbildung 52: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich mindestens einmal Obst essen, seit 2010, nach Geschlecht



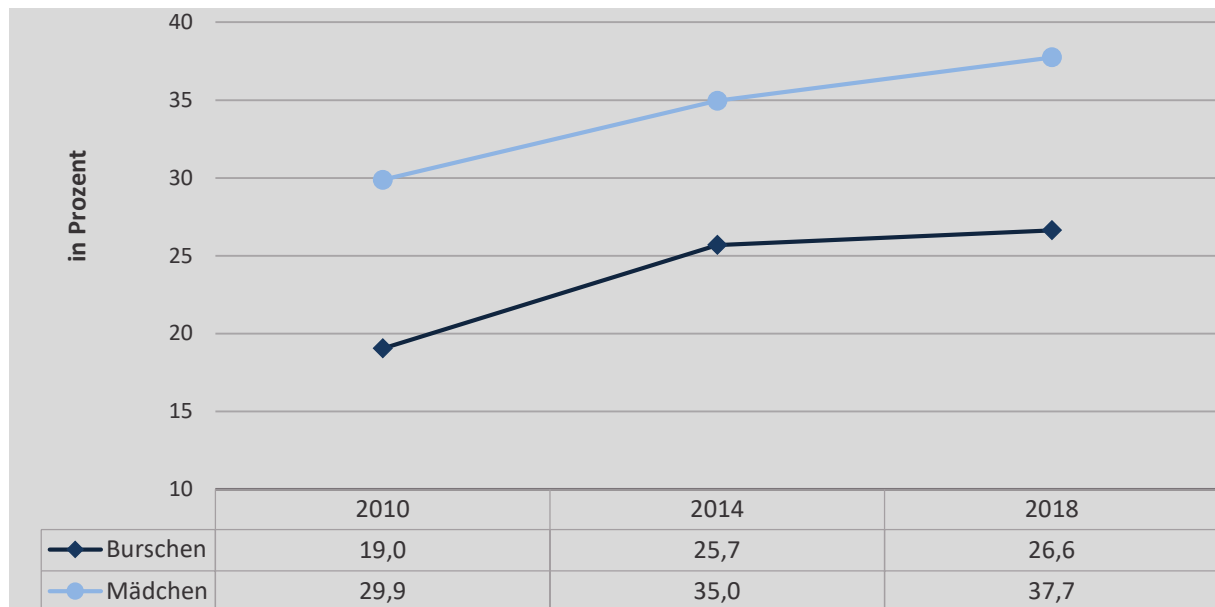
Nach einer Steigerung des Anteils an Schülerinnen und Schülern, die täglich Obst essen, zwischen 2010 und 2014, ist dieser 2018 wieder etwas gesunken (Abbildung 52 und Abbildung 53). Dieser Trend ist sowohl bei beiden Geschlechtern als auch bei den verschiedenen Altersgruppen zu beobachten.

Abbildung 53: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich mindestens einmal Obst essen, seit 2010, nach Schulstufe



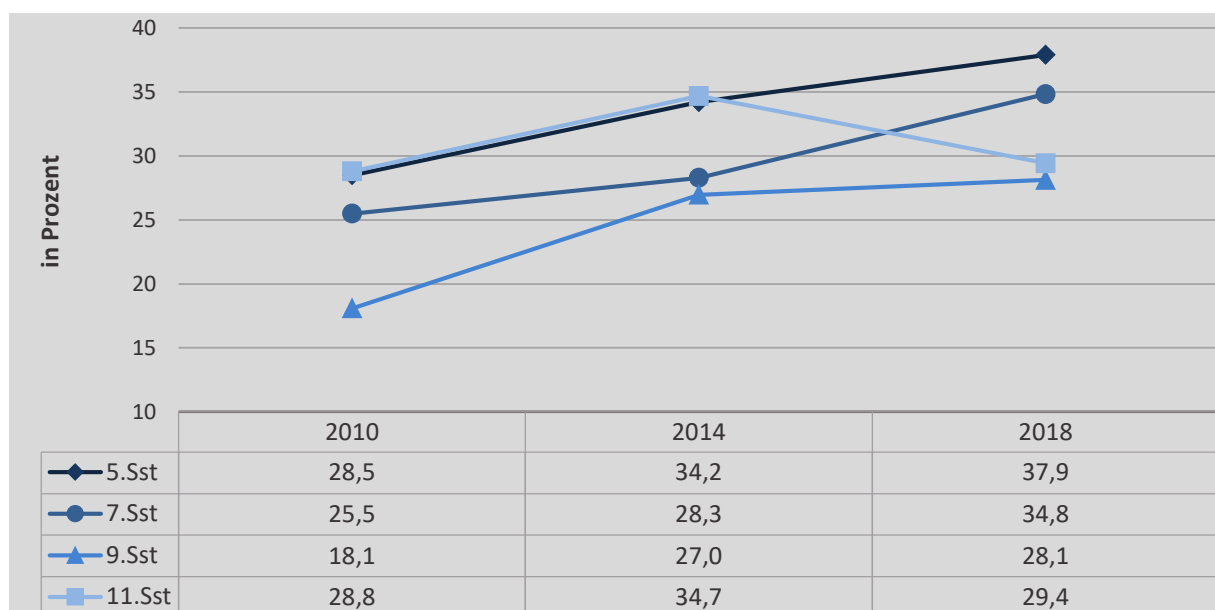
Sst = Schulstufe

Abbildung 54: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich mindestens einmal Gemüse essen, seit 2010, nach Geschlecht



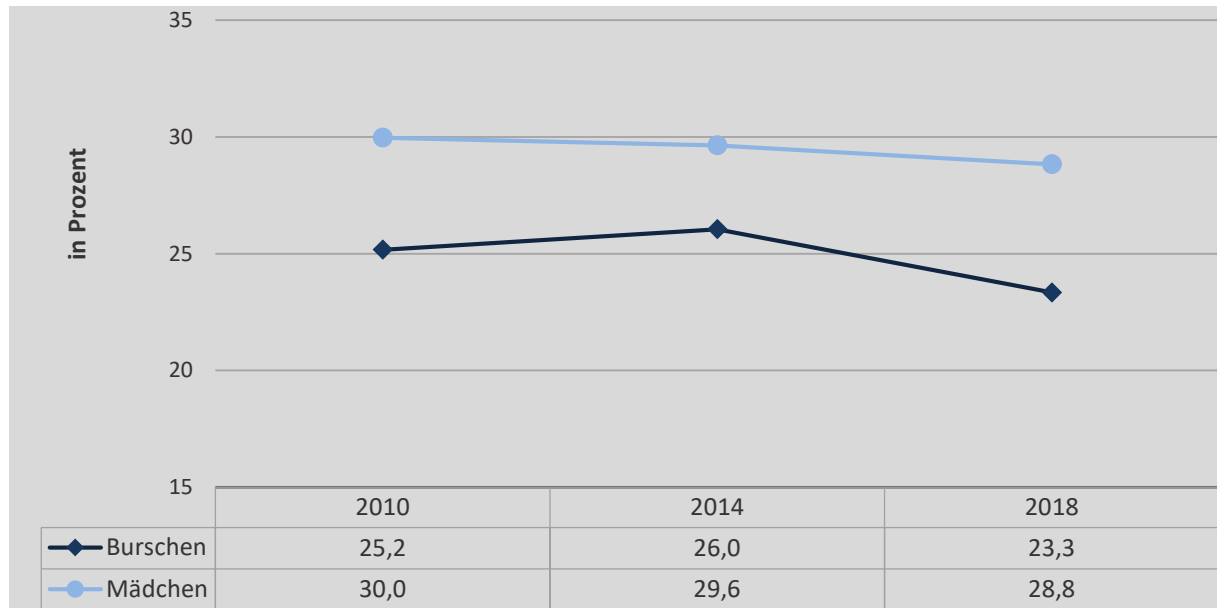
Es gibt 2018 mehr Mädchen und Burschen als 2010, die täglich Gemüse konsumieren (Abbildung 54). Auch bei der Analyse nach Altersgruppen ist dieser Trend in den Schulstufen 5 bis 9 zu beobachten (Abbildung 55). In Schulstufe 11 kommt es nach einer Steigerung zwischen 2010 und 2014 im Jahr 2018 wieder zu einem Rückgang auf ungefähr das Niveau von 2010.

Abbildung 55: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich mindestens einmal Gemüse essen, seit 2010, nach Schulstufe



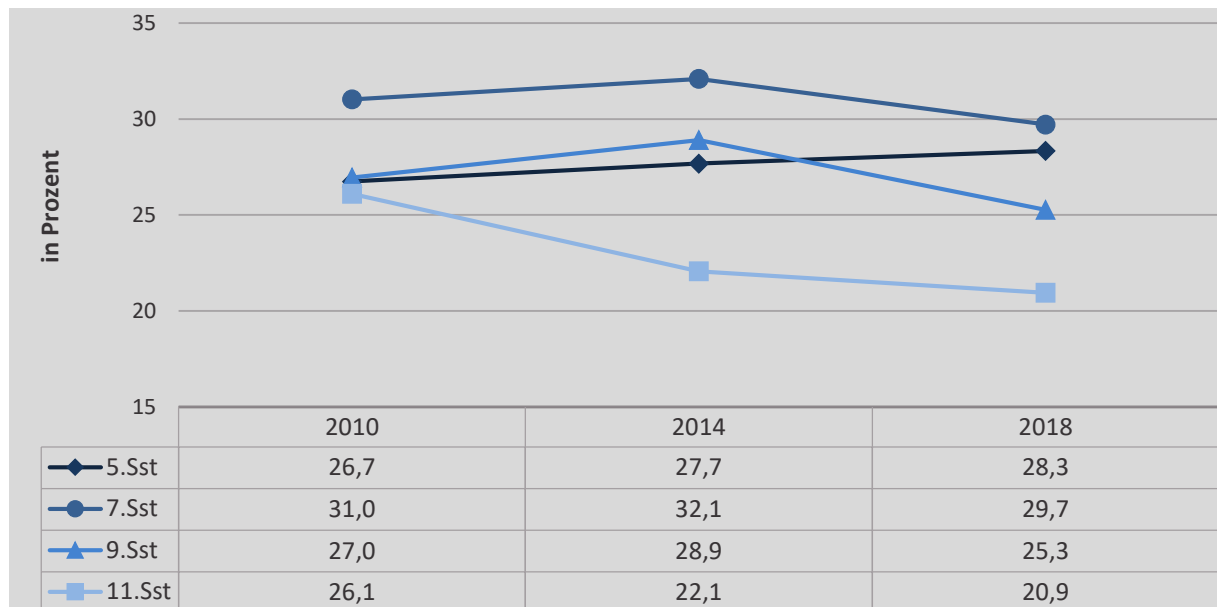
Sst = Schulstufe

Abbildung 56: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich mindestens einmal Süßigkeiten konsumieren, seit 2010, nach Geschlecht



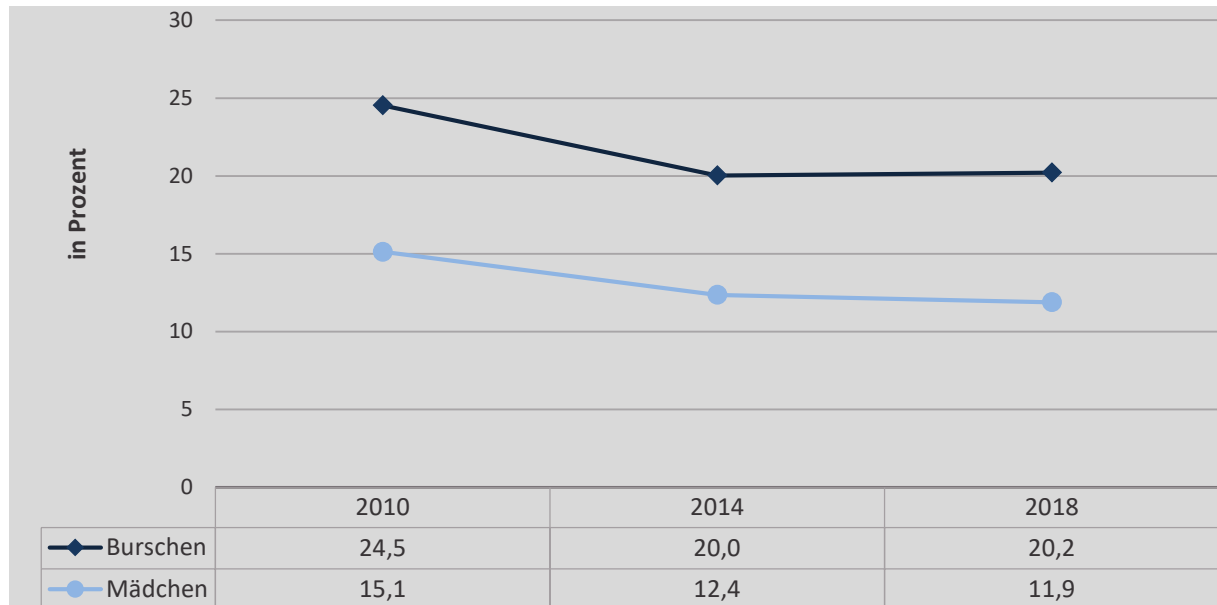
Im Jahr 2018 gibt es gegenüber 2010 etwas weniger Schülerinnen und Schüler, die täglich Süßigkeiten konsumieren (Abbildung 56 und Abbildung 57). Der stärkste Rückgang ist in Schulstufe 11 zu beobachten, während es unter den Jüngsten 2018 sogar etwas mehr Schülerinnen und Schüler, die täglich Süßigkeiten essen, gibt als 2010 und 2014.

Abbildung 57: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich mindestens einmal Süßigkeiten konsumieren, seit 2010, nach Schulstufe



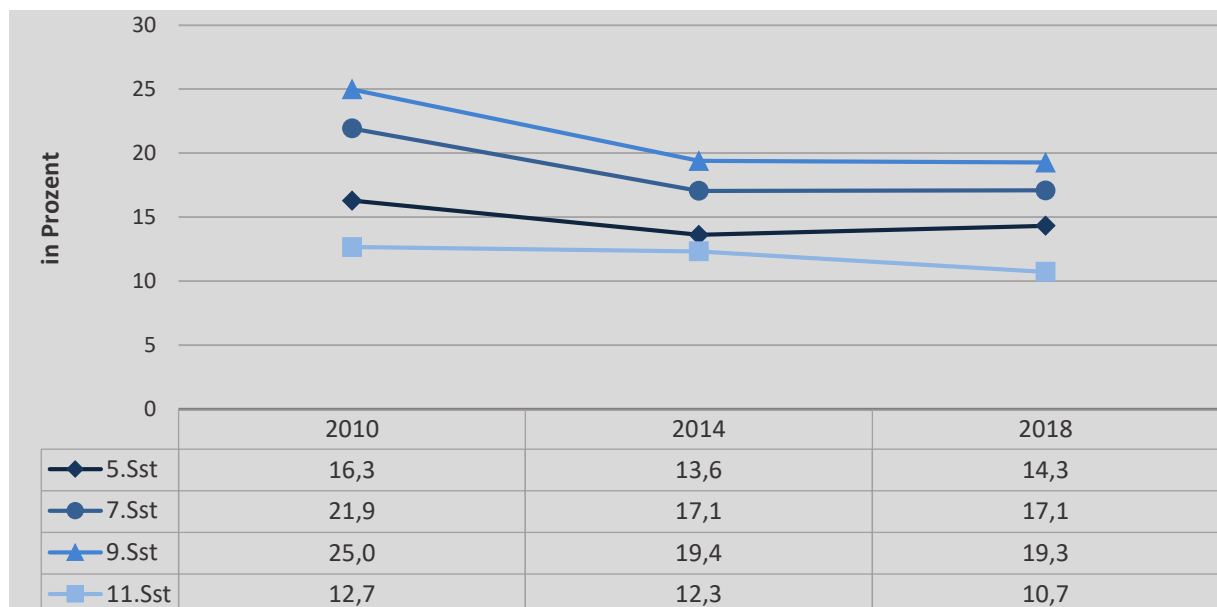
Sst = Schulstufe

Abbildung 58: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich mindestens einmal süße Limonaden (Cola, Fanta, Eistee, etc.) trinken, seit 2010, nach Geschlecht



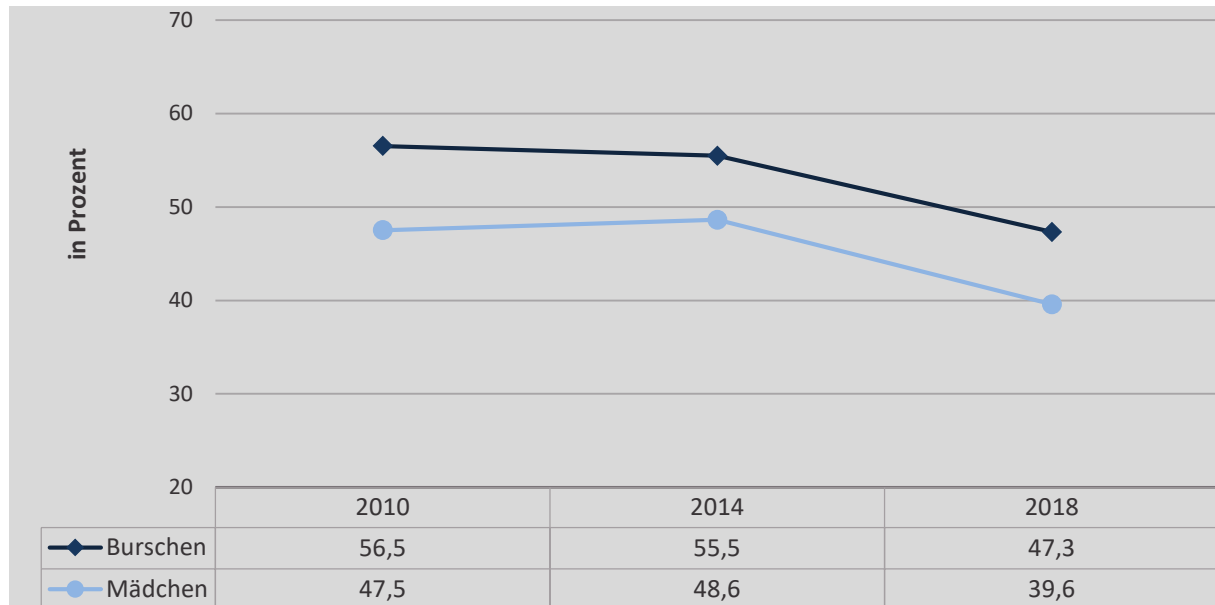
Der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die täglich süße Limonaden trinken, hatte sich bereits zwischen 2010 und 2014 verringert (Abbildung 58 und Abbildung 59). Seit 2014 ist er ungefähr gleich geblieben.

Abbildung 59: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich mindestens einmal süße Limonaden (Cola, Fanta, Eistee, etc.) trinken, seit 2010, nach Schulstufe



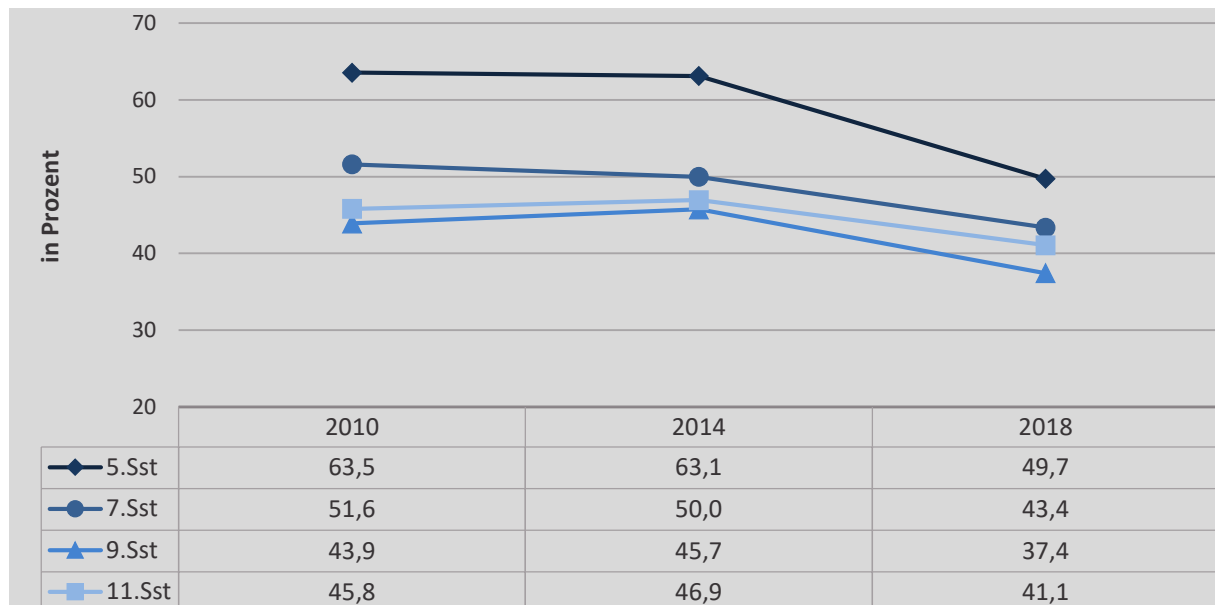
Sst = Schulstufe

Abbildung 60: Wie viele der Schülerinnen und Schüler täglich frühstücken, seit 2010, nach Geschlecht



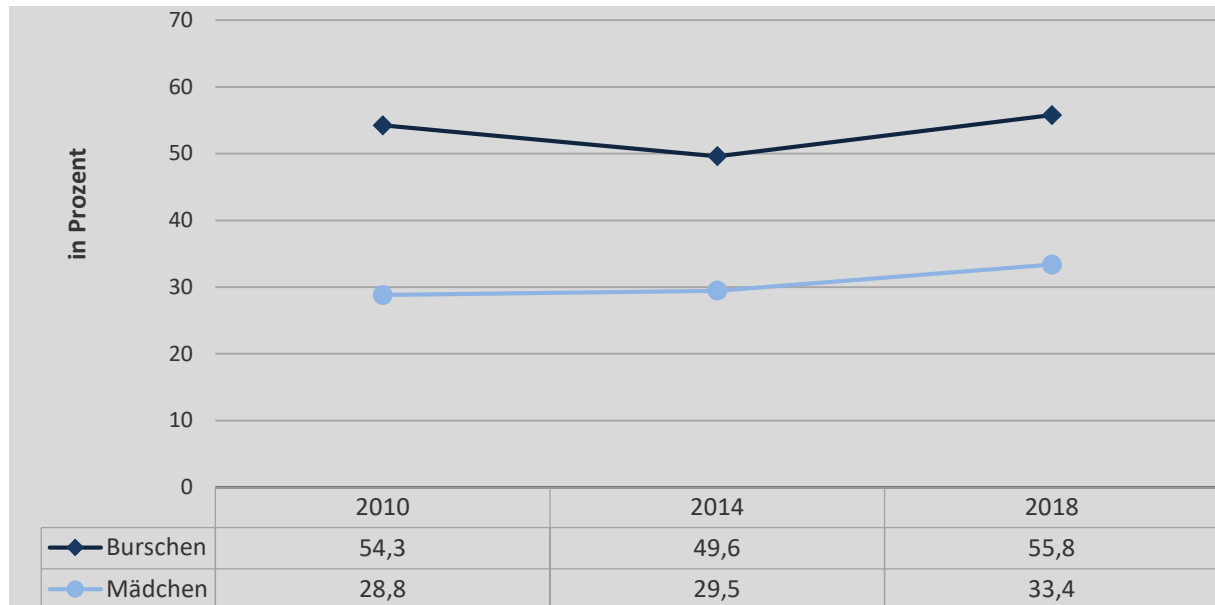
Während sich zwischen 2010 und 2014 nicht viel am Frühstücksverhalten der Mädchen und Burschen geändert hatte, ist 2018 ein deutlich niedrigerer Anteil an Schülerinnen und Schülern aller Schulstufen, die täglich frühstücken, zu beobachten (Abbildung 60 und Abbildung 61).

Abbildung 61: Wie viele der Schülerinnen und Schüler täglich frühstücken, seit 2010, nach Schulstufe



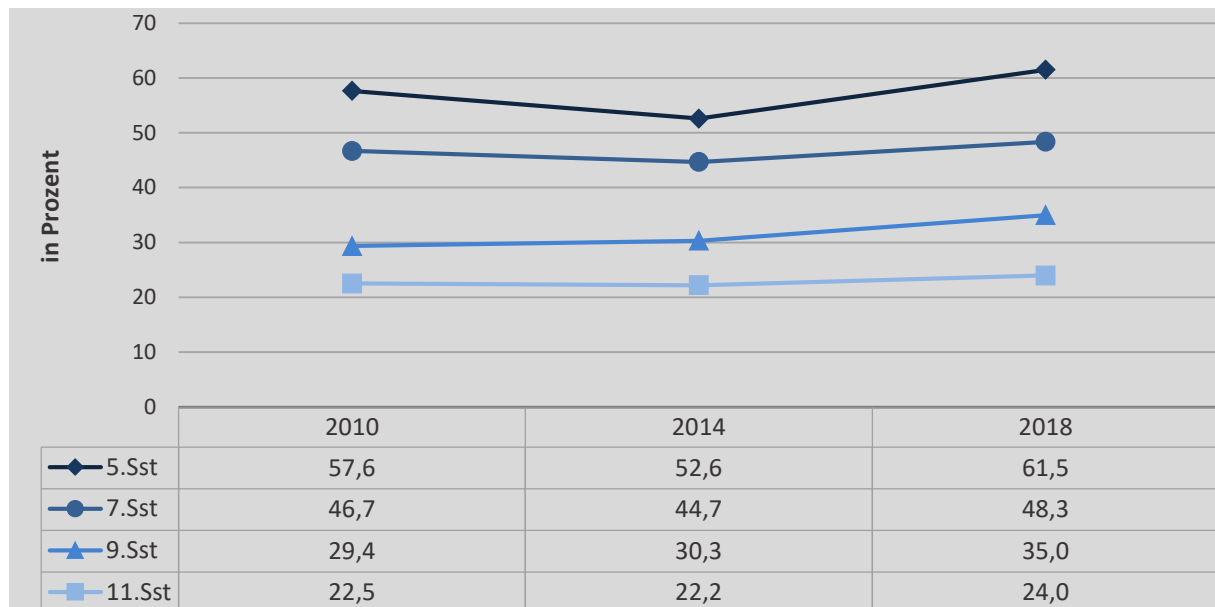
Sst = Schulstufe

Abbildung 62: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die 4 bis 7 Tage in der Woche täglich zumindest eine Stunde körperlich aktiv sind, seit 2010, nach Geschlecht



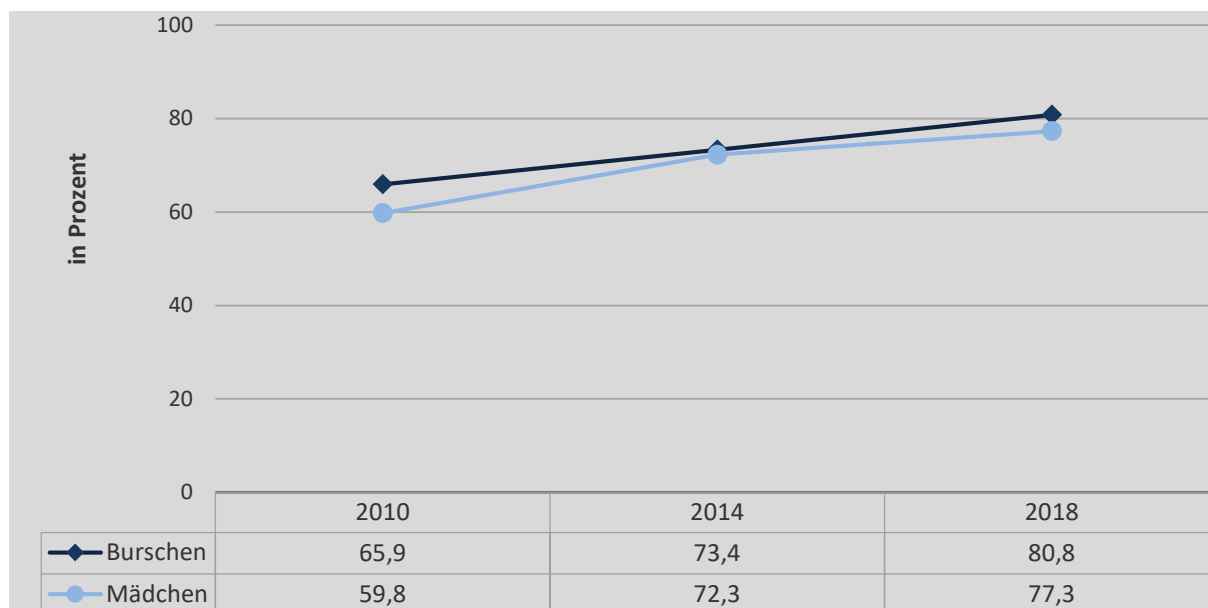
Der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die an mindestens vier Tagen pro Woche für jeweils mindestens eine Stunde körperlich aktiv sind, ist gestiegen, in allen Altersgruppen und bei Mädchen deutlicher als bei Burschen (Abbildung 62 und Abbildung 63).

Abbildung 63: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die 4 bis 7 Tage in der Woche täglich zumindest eine Stunde körperlich aktiv sind, seit 2010, nach Schulstufe



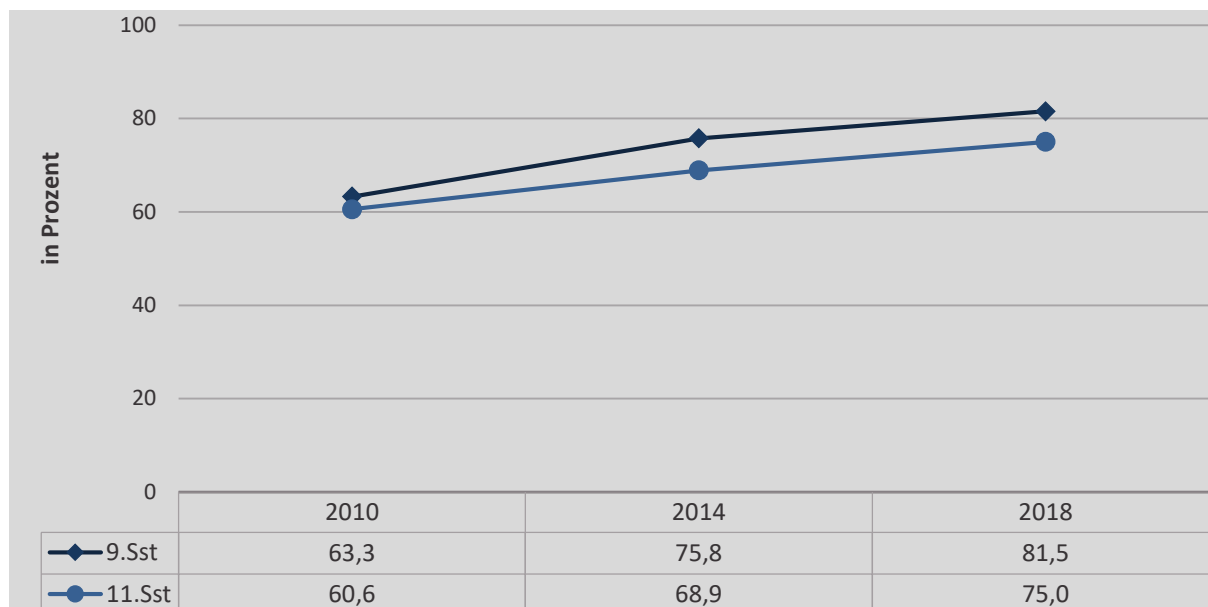
Sst = Schulstufe

Abbildung 64: Relative Anzahl der Nichtraucherinnen und Nichtraucher aus den Schulstufen 9 und 11, seit 2010, nach Geschlecht



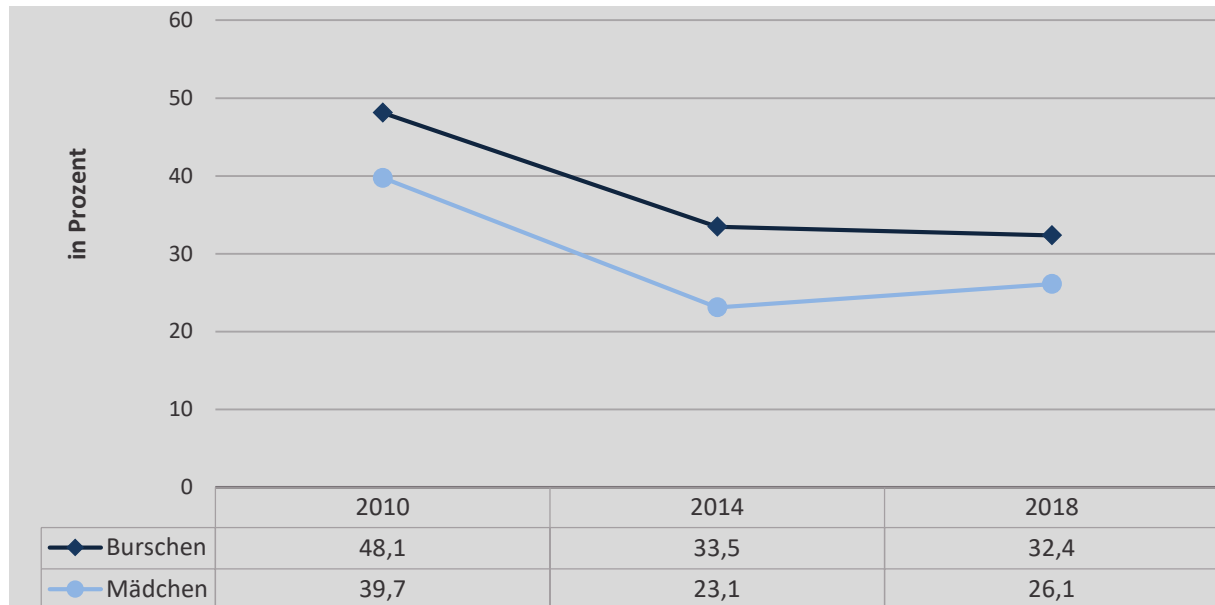
Der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die keine Zigaretten rauchen, ist seit 2010 kontinuierlich gestiegen, bei beiden Geschlechtern und bei beiden dargestellten Altersgruppen (Abbildung 64 und Abbildung 65).

Abbildung 65: Relative Anzahl der Nichtraucherinnen und Nichtraucher aus den Schulstufen 9 und 11, seit 2010, nach Schulstufe



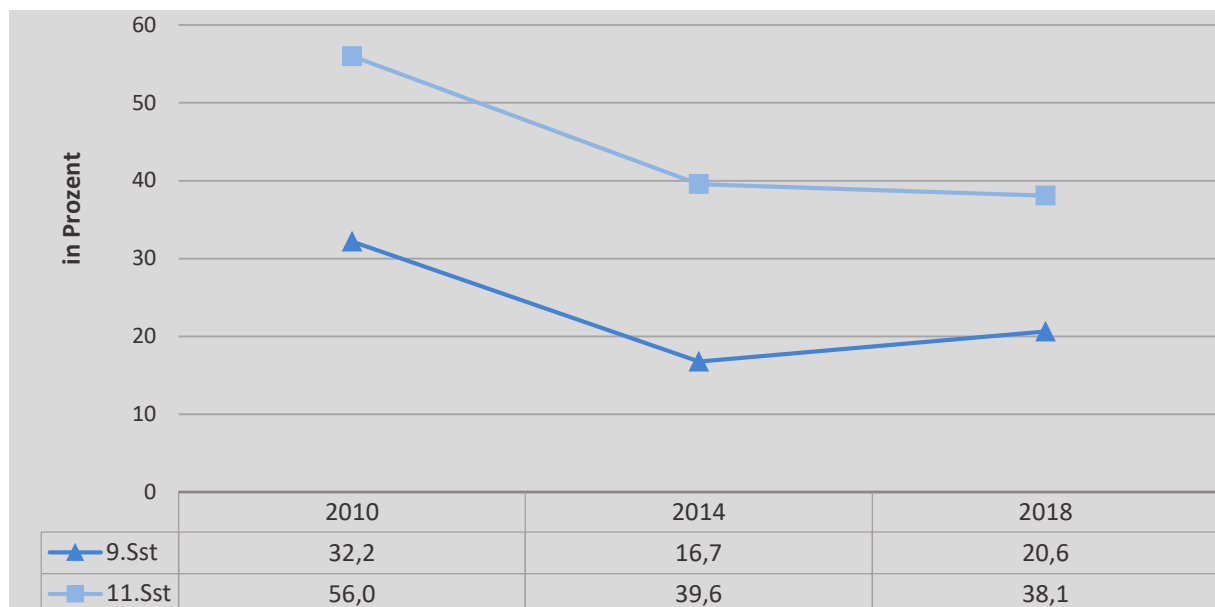
Sst = Schulstufe

Abbildung 66: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler aus den Schulstufen 9 und 11, die mindestens einmal pro Woche Alkohol konsumieren, seit 2010, nach Geschlecht



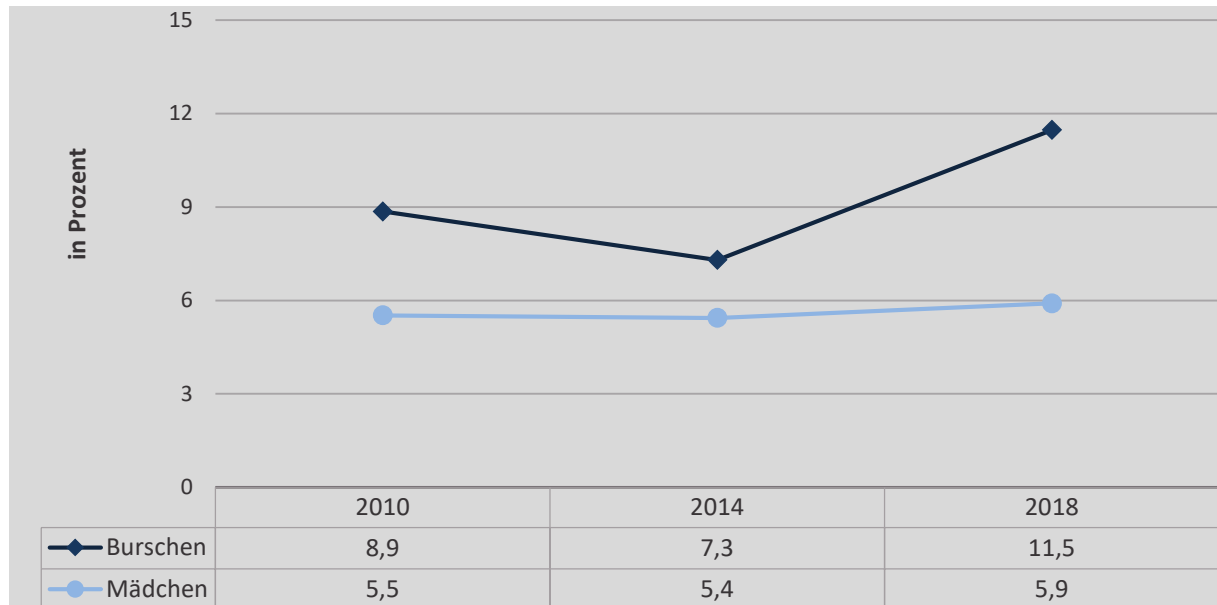
Viel weniger Mädchen und Burschen als noch 2010 konsumieren im Jahr 2018 wöchentlich alkoholische Getränke (Abbildung 66). Dies ist aber vor allem auf einen starken Rückgang zwischen 2010 und 2014 zurückzuführen. Im Jahr 2018 ist die Rate an wöchentlichen Alkoholkonsumentinnen und –konsumenten gegenüber 2014 bei Mädchen und in Schulstufe 9 sogar wieder leicht gestiegen (Abbildung 66 und Abbildung 67).

Abbildung 67: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler aus den Schulstufen 9 und 11, die mindestens einmal pro Woche Alkohol konsumieren, seit 2010, nach Schulstufe



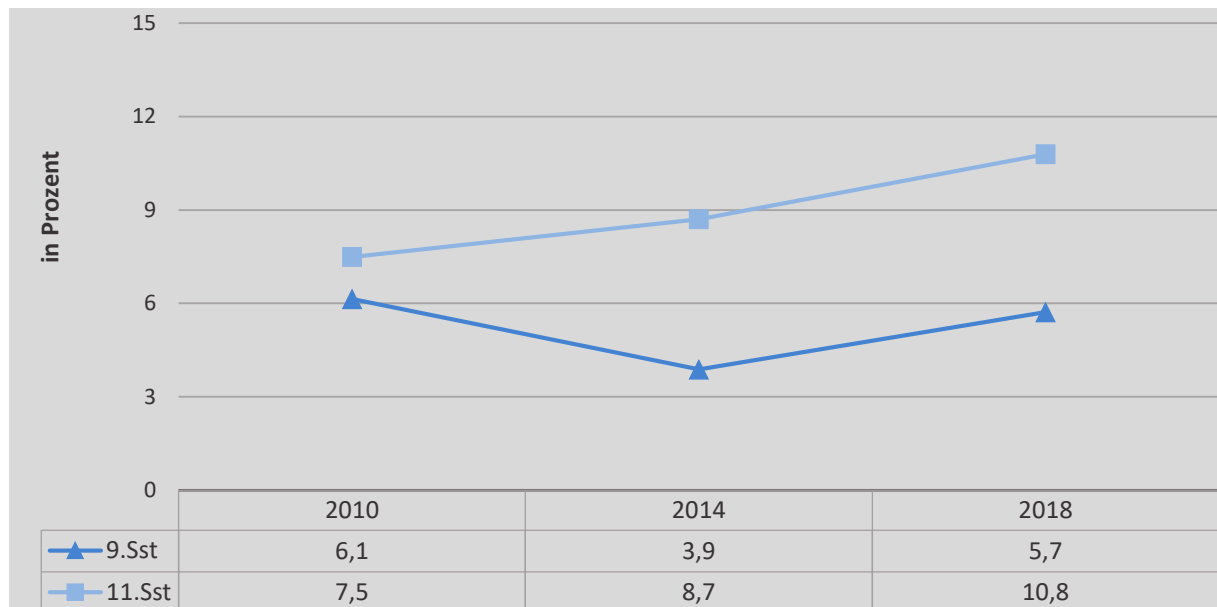
Sst = Schulstufe

Abbildung 68: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler aus den Schulstufen 9 und 11, die aktuell Cannabis konsumieren, seit 2010, nach Geschlecht



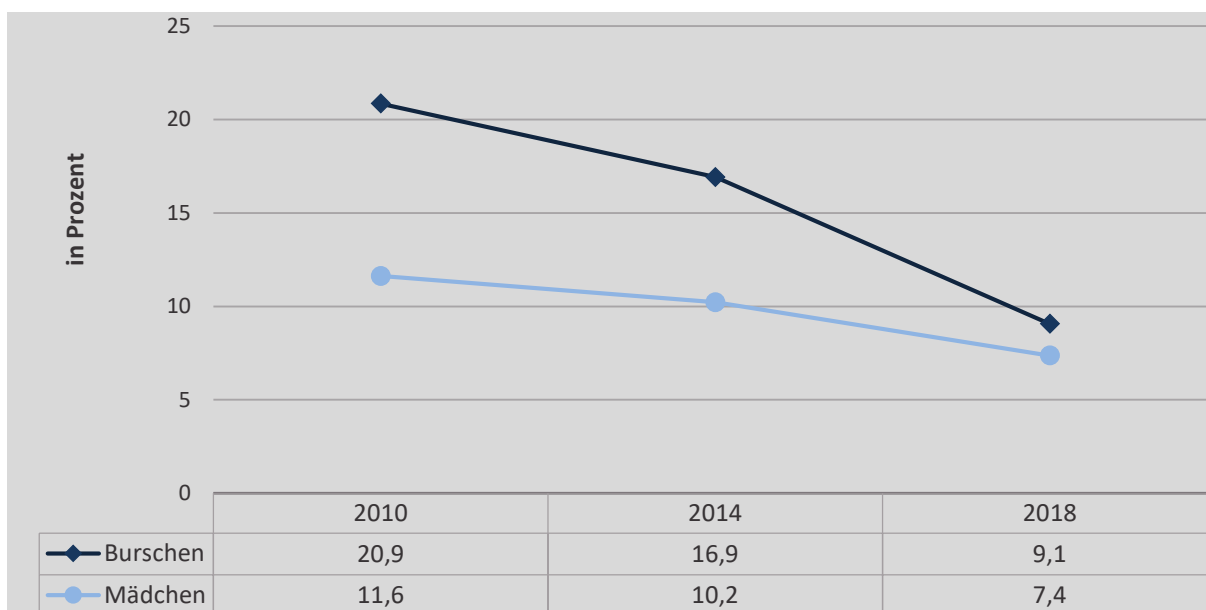
Gegenüber 2010 ist der Anteil an Burschen, die Cannabis konsumieren, gestiegen (Abbildung 68) ebenso wie der Anteil an Schülerinnen und Schülern aus Schulstufe 11 (Abbildung 69).

Abbildung 69: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler aus den Schulstufen 9 und 11, die aktuell Cannabis konsumieren, seit 2010, nach Schulstufe



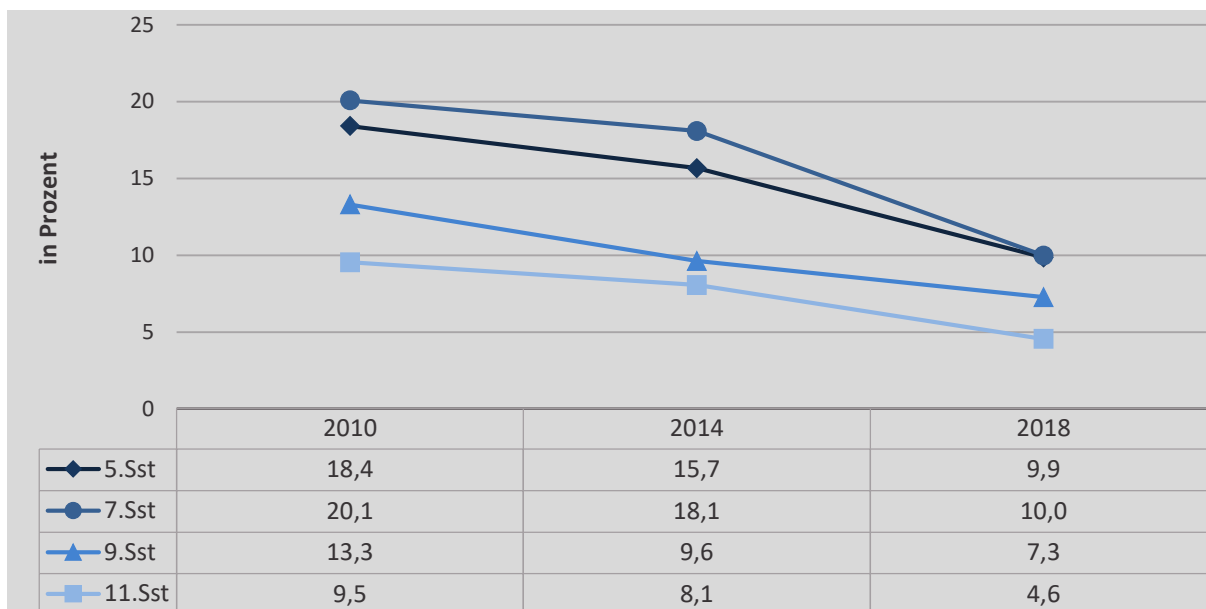
Sst = Schulstufe

Abbildung 70: Relative Anzahl der Mobbing-Opfer, seit 2010, nach Geschlecht



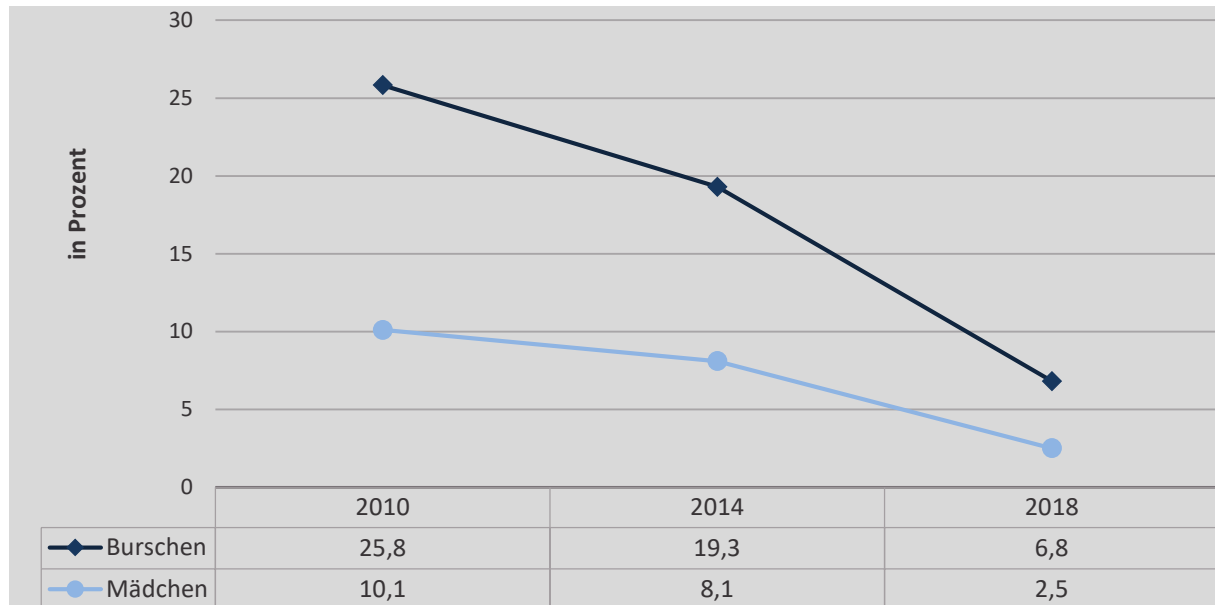
Die Rate an Mobbing-Opfern ist seit 2010 stark gesunken, bei Burschen mehr noch als bei Mädchen (Abbildung 70). Der Rückgang ist in allen Schulstufen zu beobachten (Abbildung 71).

Abbildung 71: Relative Anzahl der Mobbing-Opfer, seit 2010, nach Schulstufe



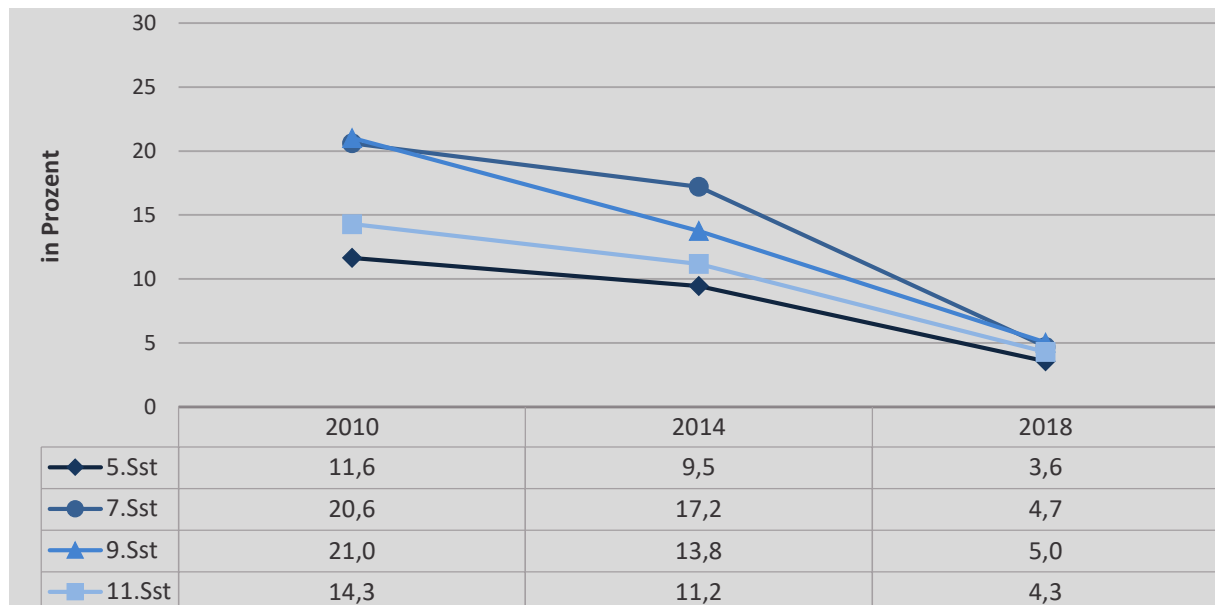
Sst = Schulstufe

Abbildung 72: Relative Anzahl der Mobbing-Täterinnen und -Täter, seit 2010, nach Geschlecht



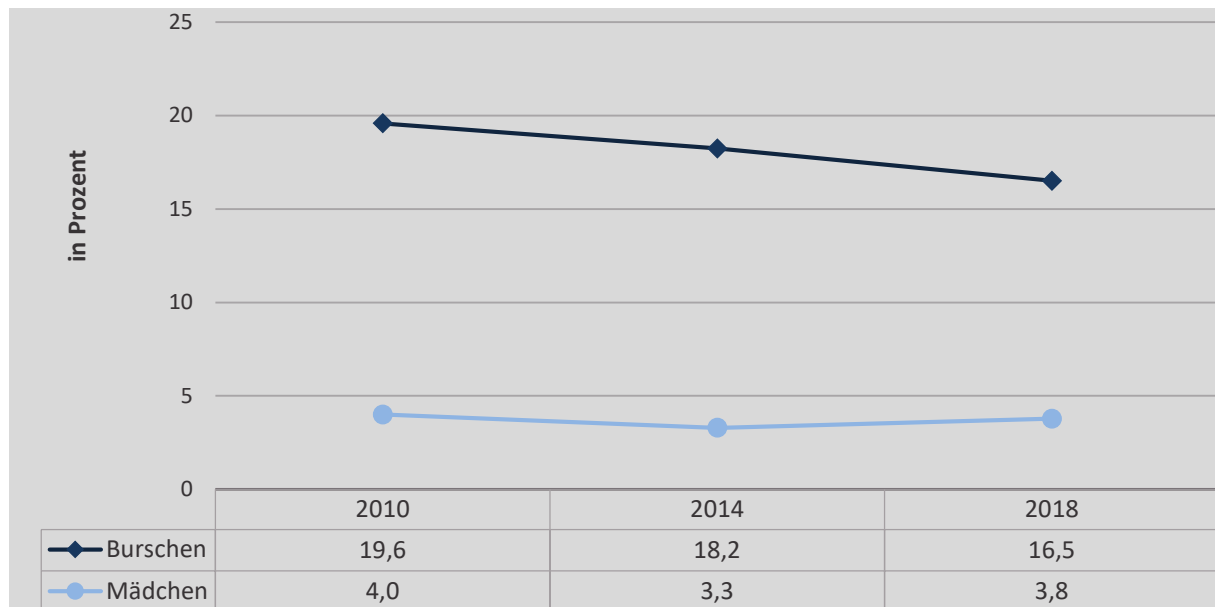
Noch stärker ist die Rate an Mobbing-Täterinnen und Tätern gesunken (Abbildung 72 und Abbildung 73). Auch hier ist der Rückgang bei Burschen ausgeprägter als bei Mädchen. Der Rückgang fand bei beiden Geschlechtern und in allen Schulstufen seit 2010 kontinuierlich statt.

Abbildung 73: Relative Anzahl der Mobbing-Täterinnen und -Täter, seit 2010, nach Schulstufe



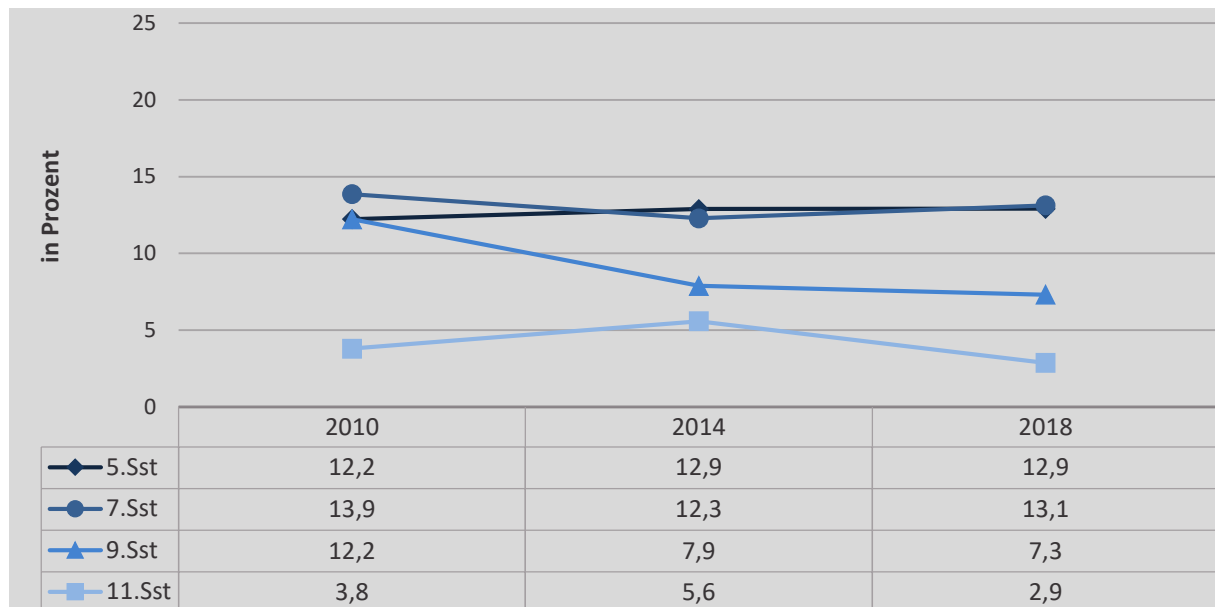
Sst = Schulstufe

Abbildung 74: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die im letzten Jahr mindestens dreimal an einer Rauferei beteiligt waren, seit 2010, nach Geschlecht



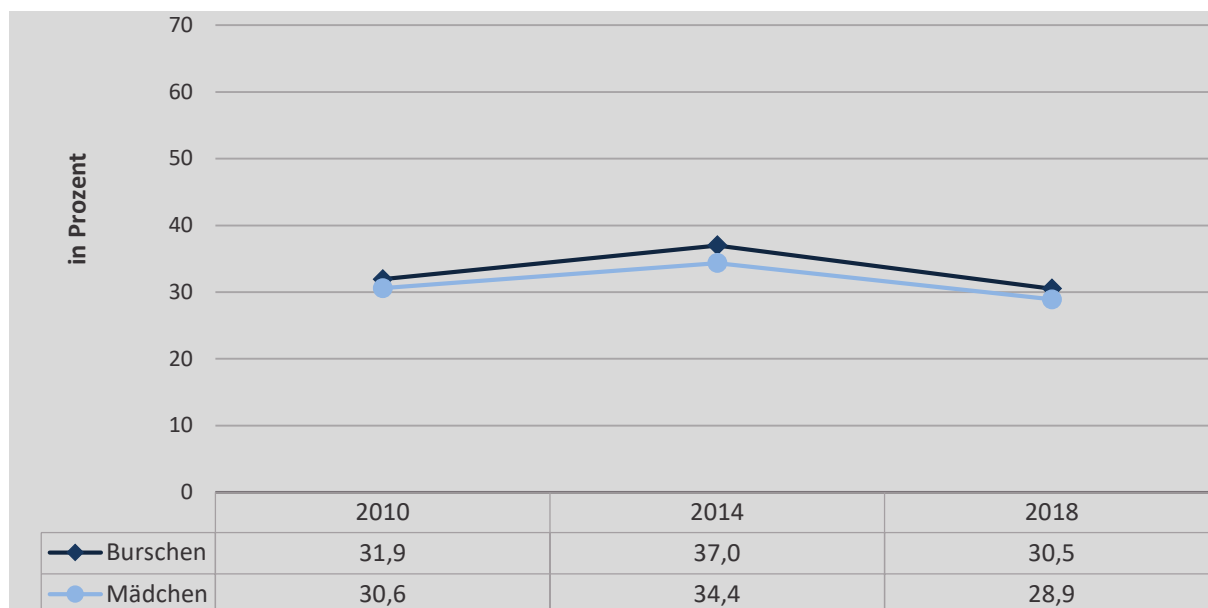
Leicht zurückgegangen ist der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die im letzten Jahr in mindestens drei Raufereien verwickelt waren (Abbildung 74 und Abbildung 75). Dies ist vor allem auf einen Rückgang bei den Burschen und bei älteren Schülerinnen und Schülern zurückzuführen.

Abbildung 75: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die im letzten Jahr mindestens dreimal an einer Rauferei beteiligt waren, seit 2010, nach Schulstufe



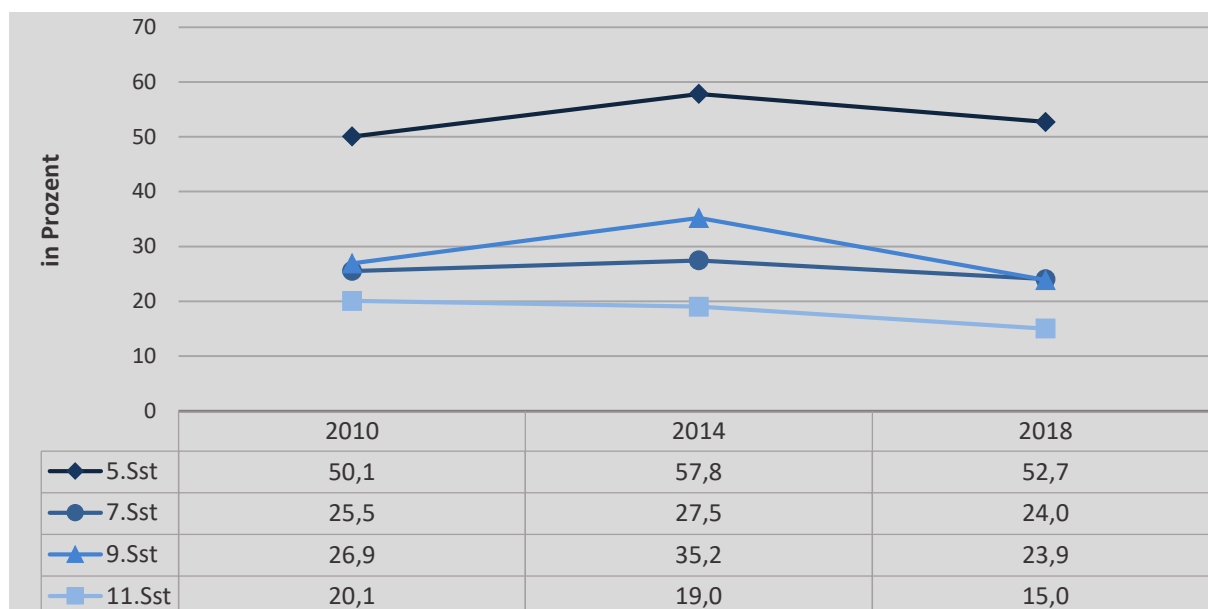
Sst = Schulstufe

Abbildung 76: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, denen es „sehr gut“ in der Schule gefällt, seit 2010, nach Geschlecht



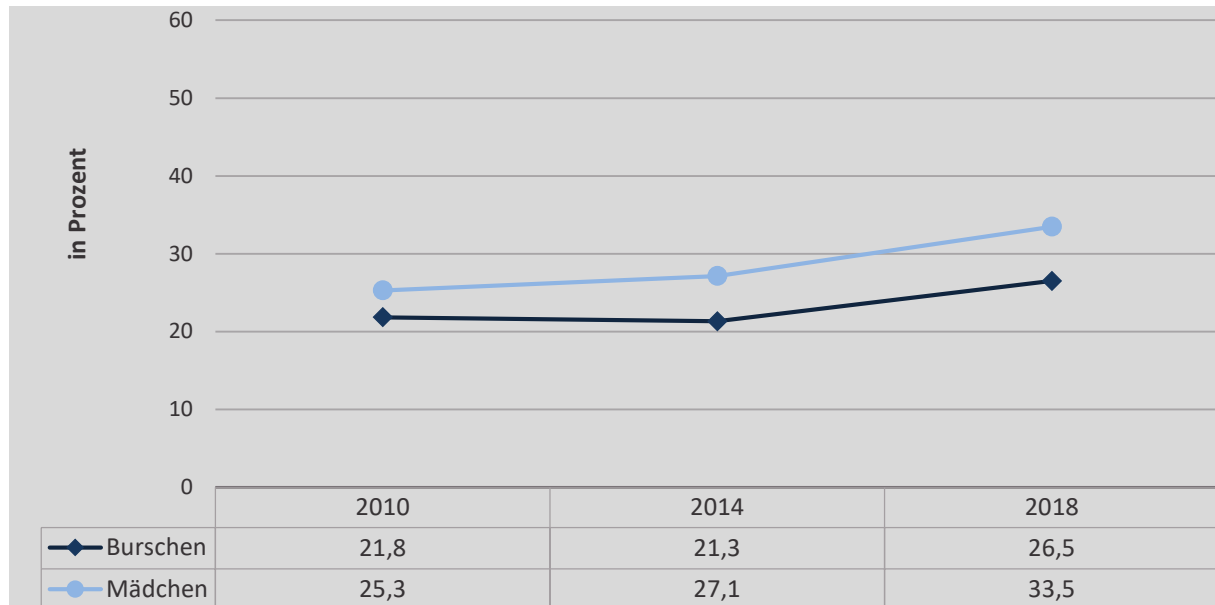
Im Jahr 2018 gibt es etwas weniger Mädchen und Burschen als im Jahr 2010, denen es sehr gut in der Schule gefällt (Abbildung 76). Dies trifft auf ältere Schülerinnen und Schüler in etwas höherem Ausmaß zu als auf jüngere (Abbildung 77).

Abbildung 77: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, denen es „sehr gut“ in der Schule gefällt, seit 2010, nach Schulstufe



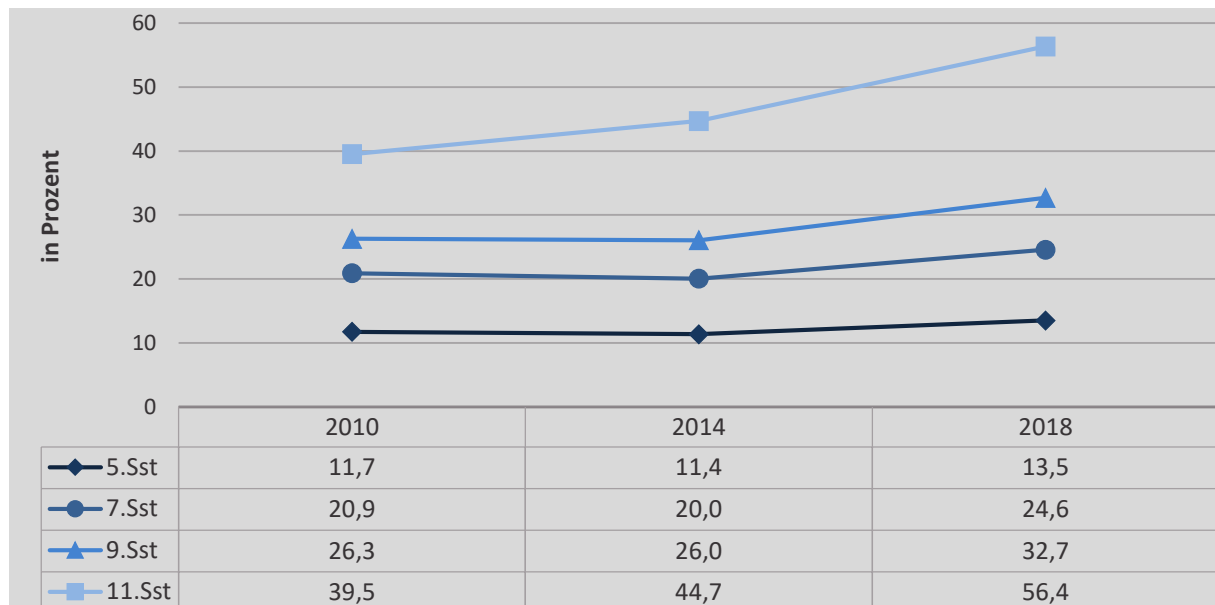
Sst = Schulstufe

Abbildung 78: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die sich ziemlich stark oder sehr stark durch die schulischen Anforderungen belastet fühlen, seit 2010, nach Geschlecht



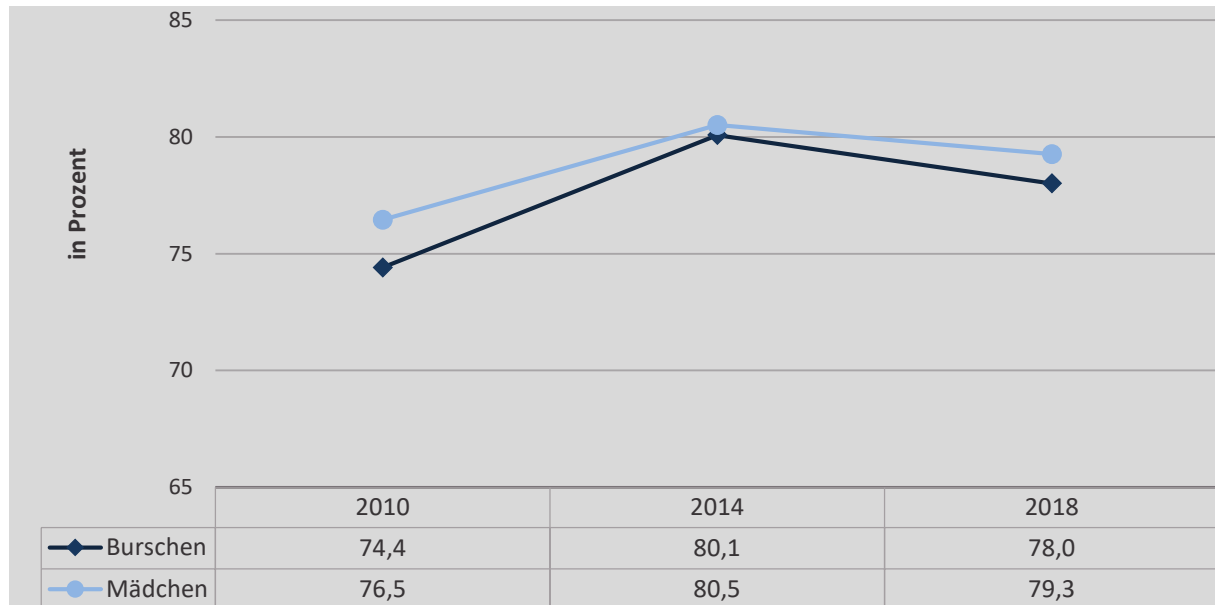
Der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die sich durch die schulischen Anforderungen ziemlich stark oder sehr stark belastet fühlen, ist gestiegen (Abbildung 78). Dies trifft auf beide Geschlechter zu und ist bei älteren Schülerinnen und Schülern in viel stärkerem Ausmaß zu beobachten als bei jüngeren (Abbildung 79).

Abbildung 79: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die sich ziemlich stark oder sehr stark durch die schulischen Anforderungen belastet fühlen, seit 2010, nach Schulstufe



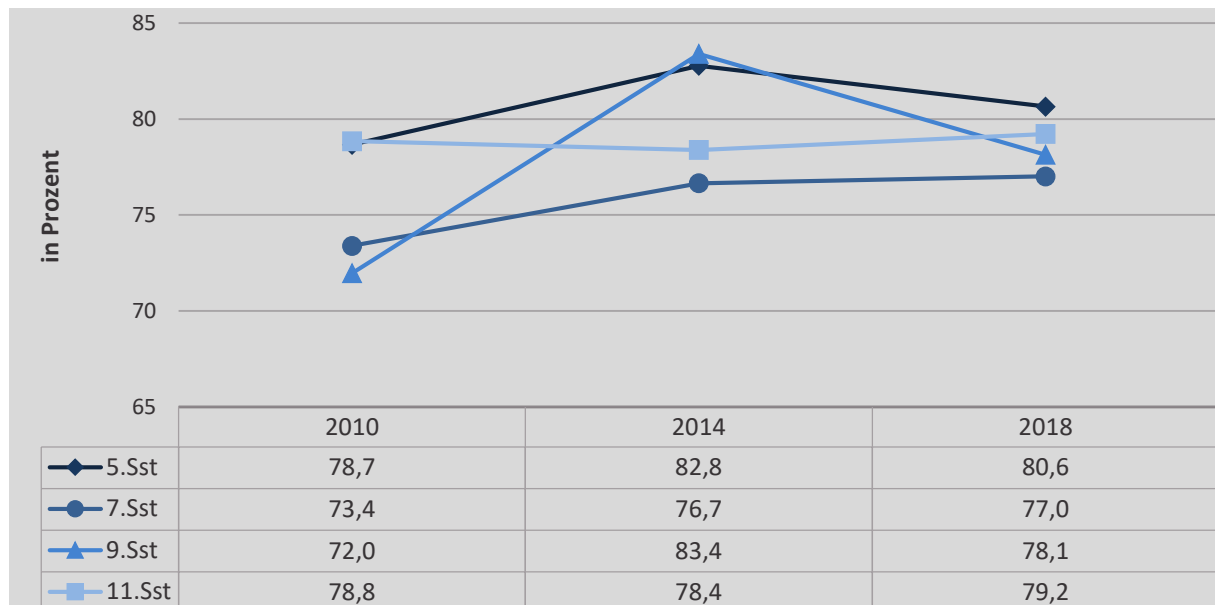
Sst = Schulstufe

Abbildung 80: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die „sehr gute“ oder „gute“ Beziehungen zu ihren Mitschülerinnen und Mitschülern haben, seit 2010, nach Geschlecht



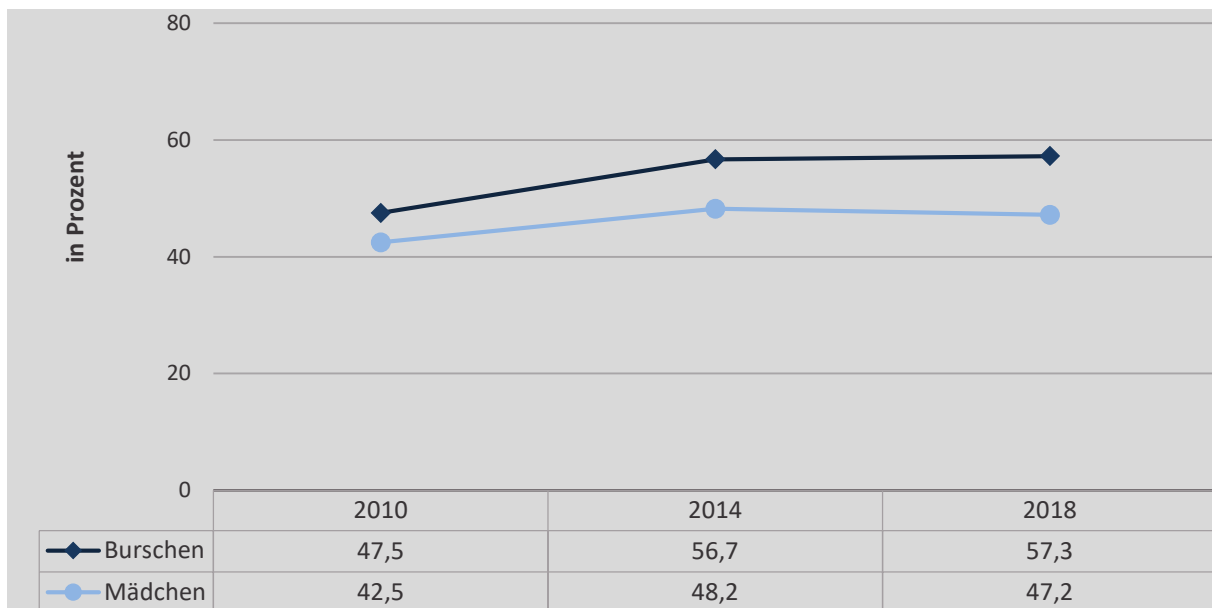
Zwischen 2010 und 2014 war der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die eine sehr gute oder gute Beziehung zu ihren Mitschülerinnen und Mitschülern hatten, merkbar gestiegen. Zwischen 2014 und 2018 ist dieser Anteil wieder etwas gesunken (Abbildung 80 und Abbildung 81).

Abbildung 81: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die „sehr gute“ oder „gute“ Beziehungen zu ihren Mitschülerinnen und Mitschülern haben, seit 2010, nach Schulstufe



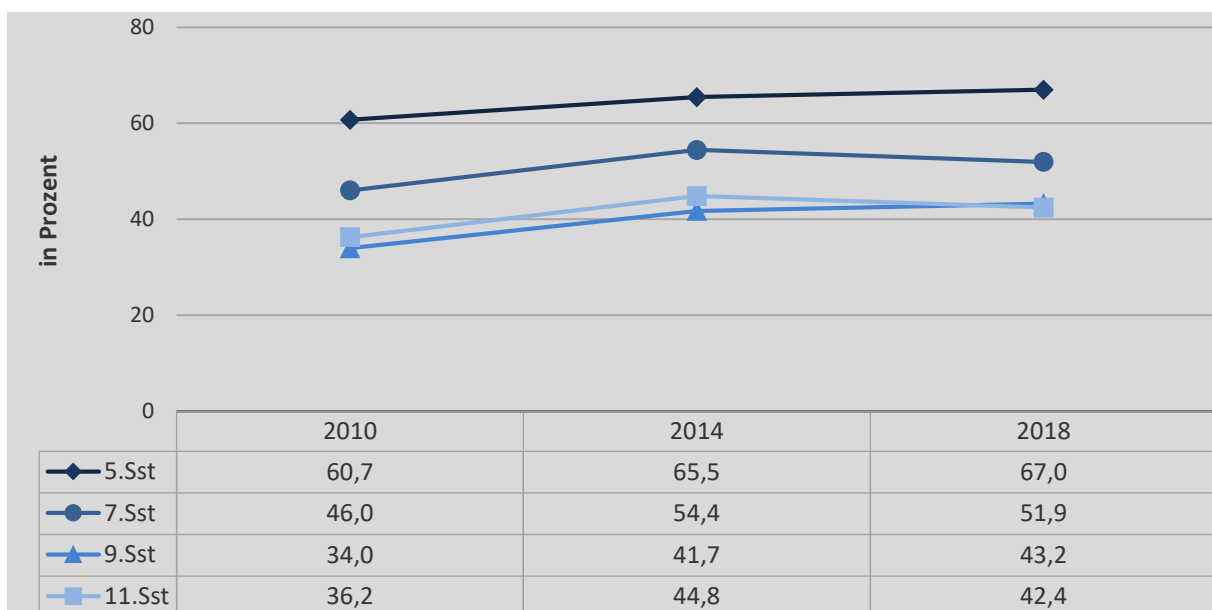
Sst = Schulstufe

Abbildung 82: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die zumindest einen Elternteil haben, mit dem es ihnen „sehr leicht“ fällt, persönliche Dinge zu besprechen, seit 2010, nach Geschlecht



Der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die zumindest einen Elternteil haben, mit dem sie persönliche Dinge gut besprechen können, war bereits zwischen 2010 und 2014 gestiegen (Abbildung 82 und Abbildung 83). Seitdem hat sich diesbezüglich nicht viel geändert.

Abbildung 83: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die zumindest einen Elternteil haben, mit dem es ihnen „sehr leicht“ fällt, persönliche Dinge zu besprechen, seit 2010, nach Schulstufe



Sst = Schulstufe

8. DISKUSSION

Die internationale HBSC-Studie, die in Österreich seit über 30 Jahren durchgeführt wird, liefert im 4-Jahres-Rhythmus Daten zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern im Alter von 11 bis 15 Jahren. Unterstützt wird die Studie, an der mittlerweile 46 Staaten – größtenteils europäische – teilnehmen, vom Europabüro der WHO. Dieser internationale Zugang ermöglicht einerseits einen produktiven Austausch zwischen den Mitgliedern des HBSC-Netzwerks über die sich immer wieder verändernden Lebensumstände von Kindern und Jugendlichen und andererseits die Möglichkeit des Vergleichs der nationalen Ergebnisse mit jenen aus anderen Ländern.

Die Sammlung der Daten erfolgt über die Befragung der Schülerinnen und Schüler mittels Online-Fragebogen. Diese wird in den Schulen und mit Unterstützung von Lehrkräften und Schulleitungen durchgeführt. Seit 2010 werden in Österreich auch 17-jährige Schülerinnen und Schüler in die Studie mit einbezogen. Nicht dabei sind jene, die in sonder- und heilpädagogischen Einrichtungen unterrichtet werden, weil für diese die Methode der Datensammlung nicht geeignet ist. In Bezug auf die Teilnahme von Berufsschülerinnen und Berufsschülern, die bis dato ebenfalls nicht zur HBSC Zielgruppe gehören, läuft seit 2017 ein vom österreichischen HBSC-Team initiiertes Pilotprojekt.

Hier werden die wichtigsten Ergebnisse aus der österreichischen HBSC-Studie 2018 noch einmal kurz dargestellt, Vergleiche mit den Ergebnissen ähnlicher Studien aus Deutschland gemacht und die Entwicklungen seit 2010 – dem Jahr, seit dem auch 17-Jährige Teil der österreichischen HBSC-Zielgruppe sind – diskutiert.

Ungefähr 30% der Schülerinnen, aber etwas mehr als 40% der Schüler bezeichnen ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet. Bei der Langzeitstudie des Robert-Koch-Instituts zur Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland, die als KiGGS-Studie³ bekannt ist, beurteilten in der zuletzt durchgeführten Erhebung die Eltern den Gesundheitszustand ihrer Kinder (Poethko-Müller et al., 2018). Bei der Elternbefragung liegt der Anteil der jugendlichen Mädchen mit sehr guter Gesundheit ebenfalls deutlich unter jenem der Burschen. Warum es diese Unterschiede sowohl in der Selbst- als auch Fremdbeurteilung gibt, wird damit erklärt, dass Entwicklungsaufgaben in der Pubertät nicht nur insgesamt komplexer, sondern auch geschlechtsspezifischer werden und bei Mädchen und Burschen mit verschiedenen physiologischen und psychischen Belastungen verbunden sind. Auch die Unterschiede in der Wahrnehmung, der Bewältigung von Anforderungen, der Bewertung von Belastungen und gesellschaftlichen Rollenzuschreibungen spielen eine Rolle (Ramelow &

³ KiGGS liefert wiederholt repräsentative Daten zur Gesundheit der unter 18-Jährigen in Deutschland. Diese werden sowohl mit Hilfe von Befragungen der Kinder, Jugendlichen und Eltern als auch mittels medizinischer Untersuchungen, Tests und Laboranalysen erhoben. Die sogenannte Welle 2 von KiGGS fand zwischen 2014 und 2017 statt.

Felder-Puig, 2012; Poethko-Müller et al., 2018). Ähnliche Geschlechtsunterschiede sind auch bei anderen Gesundheitsindikatoren wie der Beschwerdelast, der Lebenszufriedenheit, des Körperselbstbildes, der Selbstwirksamkeit oder des emotionalen Wohlbefindens evident.

Unabhängig von den Unterschieden zwischen den Geschlechtern fühlen sich aber die meisten österreichischen Schülerinnen und Schüler gesund und sind mit ihrem Leben sehr zufrieden. In der jüngeren Vergangenheit war auch die Last an psychischen und körperlichen Beschwerden, unter der die Mädchen und Burschen leiden, in Österreich im Schnitt geringer als in den meisten anderen Ländern (Felder-Puig et al., 2014; 2018b). Ob dies weiterhin der Fall ist, wird sich zeigen, wenn in den nächsten Jahren die internationalen Vergleiche veröffentlicht werden.

Bei Variablen des Lebensstils zeigen sich einige für Österreich erfreuliche Ergebnisse. So gehen in Österreich wie auch in vielen anderen Ländern (Aston, 2018) die Raten für Tabak- und Alkoholkonsum bei Jugendlichen zurück. Gemäß aktuellen HBSC-Ergebnissen gibt es in Österreich unter den 15- bis 17-Jährigen nun 81% Nichtraucher und 77% Nichtraucherinnen. In Deutschland ist diese Rate höher, dort rauchen 88% bzw. 89% der 14- bis 17-Jährigen nicht (Zeiger et al., 2018). Seit der KiGGS Basiserhebung 2003-2006 ist in Deutschland der Anteil der jungen Raucherinnen und Raucher stark zurückgegangen. Auch ist das Einstiegsalter in den regelmäßigen Tabakkonsum gestiegen, und zwar von 14,1 Jahren auf 15,3 Jahre. Ob Jugendliche zu rauchen beginnen oder nicht, hat gemäß der deutschen Studie auch stark damit zu tun, ob im Freundeskreis geraucht wird und ob die Eltern Raucherinnen oder Raucher sind (Zeiger et al., 2018). Die KiGGS-Kohortenstudie⁴ hat gezeigt, dass das Rauchverhalten beim Übergang vom Jugend- ins junge Erwachsenenalter relativ stabil bleibt, was veranschaulicht, wie wichtig es ist, bereits bei Kindern und Jugendlichen Maßnahmen gegen den Tabakkonsum zu setzen (Mauz et al., 2018).

Vielfältige politische Maßnahmen sollen – nicht nur – Jugendliche vom Zigarettenrauchen abhalten. Umgesetzt sind in Österreich z.B. die stetigen Preiserhöhungen für Zigaretten, das Werbeverbot, erweiterte Warnhinweise auf Tabakprodukten und ein absolutes Rauchverbot in Schulgebäuden. Dazu kommen Projekte, die in Schulen und anderen relevanten Einrichtungen durchgeführt werden und bei den Jugendlichen ein Bewusstsein erzeugen sollen, dass Rauchen der Gesundheit sehr schadet. Der Rückgang der Raucherraten gibt einen Hinweis darauf, dass die Maßnahmen Wirkung zeigen. Neu hinzugekommen sind ein Verkaufs- und Konsumverbot von Tabakprodukten für unter 18-Jährige und ein absolutes Rauchverbot auch auf den schulischen Freiflächen, wodurch eine weitere Senkung der jugendlichen Konsumraten erwartet wird.

⁴ In der KiGGS-Kohortenstudie wurden zwischen 2009 und 2012 knapp 2.200 junge Erwachsene im Alter von 19-24 Jahren befragt, die auch an der KiGGS Basiserhebung 2003-2006 teilgenommen hatten.

Ein neuer Trend, der auch in die Jugendkultur Einzug genommen hat und der in der HBSC-Studie 2018 erstmals festgehalten wurde, ist der Gebrauch von E-Zigaretten und das Rauchen von Wasserpfeifen („Shishas“). Ungefähr ein Fünftel der Schülerinnen und Schüler ab 15 Jahren – wobei die Hälfte davon auch Zigaretten raucht – tut dies aktuell. Zu beobachten bleibt, wie sich dieser Trend weiter entwickelt und welche Auswirkungen dieser hat.

Auch der wöchentliche Alkoholkonsum bei österreichischen Jugendlichen ab 15 Jahren ist rückläufig, obwohl er mit einer Rate von ca. 30% weiterhin stark verbreitet ist. Auch in der letzten KiGGS-Studie zum jugendlichen Alkoholkonsum zeigte sich eine rückläufige Entwicklung (Zeiger et al., 2018). In einer Studie der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die wiederholt durchgeführt wird, hatten zuletzt⁵ 31% der jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren angegeben, regelmäßig Alkohol zu trinken (Orth, 2017). Dabei zeigten sich mit Ausnahme der Tatsache, dass es mehr Alkoholkonsumenten als -konsumentinnen gibt, nur geringe soziale Unterschiede.

Gemäß dem Aktionsplan „Reduktion des schädlichen Alkoholkonsums 2012-2020“ der WHO wären folgende Aktionsfelder speziell für junge Menschen geeignet: Mindestalter von 18 Jahren für den Verkauf von Alkohol, eine Reduzierung der Verfügbarkeit und Öffnungszeiten von Alkoholverkaufsstellen, eine Einschränkung der Werbung für Alkohol sowie höhere Preise (WHO, 2012).

Eine weitere Studie führte die deutsche BZgA zum Cannabiskonsum durch (Orth & Merkel, 2018). Von den Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren hatten innerhalb eines Jahres ca. 9% Cannabis konsumiert, mehr Burschen als Mädchen. In Österreich gibt es gemäß den vorliegenden Ergebnissen aktuell 12% Konsumenten und 6% Konsumentinnen im Alter zwischen 15 und 17 Jahren. Die deutsche Studie zeigte auch, dass bei jungen Erwachsenen der Cannabiskonsum mit einer Rate von 24% deutlich weiter verbreitet ist als bei Jugendlichen. Auch bei den jungen Erwachsenen gibt es mehr Konsumenten als Konsumentinnen, während andere soziale Faktoren keine Rolle spielen.

Die Autorinnen und Autoren der BZgA Studie konstatierten, dass nach einer rückläufigen Entwicklung des Cannabiskonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den 2000er Jahren nun wieder ein Anstieg zu beobachten ist. Dieser wird vor allem auf einen verstärkten Konsum durch Burschen bzw. junge Männer zurückgeführt.

Relativ viele Projekte und Initiativen der Gesundheitsförderung, die Empfehlungen der nationalen Aktionspläne für Ernährung und Bewegung (BMG, 2013; BMLS & BMG, 2013)

⁵ Für die zuletzt im Jahr 2016 durchgeführte Studie der BZgA wurden 7.000 Personen im Alter von 12 bis 25 Jahren telefonisch interviewt und für die Auswertung eine Gewichtung der Daten nach Region, Alter, Geschlecht und Bildung vorgenommen.

folgen, versuchen, Kindern und Jugendlichen die Wichtigkeit von gesundheitsförderlicher Ernährung und Bewegung näher zu bringen. Dies vor allem vor dem Hintergrund einer in vielen Teilen der Welt steigenden Rate an übergewichtigen und adipösen Kindern (WHO, 2018). Deshalb hatte die WHO als eines von sechs globalen Zielen, die bis 2025 zu erreichen sind, vorgegeben, dass diese Rate nicht weiter steigen darf. In der letzten KiGGS-Studie, für die standardisierte Messungen von Körpergewicht und Körpergröße vorgenommen wurden, war im Vergleich zur KiGGS Basiserhebung in den Jahren 2003-2006 kein weiterer Anstieg der Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas zu beobachten (Schienkewitz et al., 2018). Diese und andere Autorinnen und Autoren (Kruget al., 2018; Mensink et al., 2018) führen dies auf in Deutschland stattfindende Interventionen und Präventionsmaßnahmen zurück. In der österreichischen HBSC-Studie 2018 konnte noch keine Rückgang oder eine Stabilisierung bei den jugendlichen Übergewichtsraten festgestellt werden. Allerdings hat sich die Ernährungsweise der österreichischen Schülerinnen und Schüler verbessert, was an den veränderten Konsumraten von Obst, Gemüse, Süßigkeiten und Softdrinks ablesbar ist. Nach wie vor gilt aber – in Deutschland wie in Österreich: Mädchen ernähren sich gesünder als Burschen, Kinder ernähren sich gesünder als Jugendliche und die Übergewichtsraten sind noch immer zu hoch (Krug et al., 2018; Schienkewitz et al., 2018).

Ähnliches gilt auch für Bewegung und Sport. Obwohl nach wie vor viele Kinder und Jugendliche die WHO-Empfehlung, täglich für mindestens eine Stunde körperlich aktiv zu sein (WHO, 2010), nicht erfüllen, zeigt sich, dass sich nun mehr Schülerinnen und Schüler als in der Vergangenheit in höherem Ausmaß bewegen. Dies ist vor allem auf einen Anstieg bei den Mädchen zurückzuführen, obwohl diese nach wie vor weniger bewegungsaffin sind als Burschen. Gemäß rezenter KiGGS-Studie zum Thema betreiben 38% der Mädchen im Alter von 11 bis 17 Jahren und 57% der Burschen im gleichen Alter mindestens drei Stunden pro Woche Sport in ihrer Freizeit (Krug et al., 2018). Ähnlich, wenn nicht sogar ein bisschen höher – wegen verschiedener Messmethoden ist das aber schwer zu sagen –, sind die Raten in der HBSC-Studie 2018. Ob Kinder und Jugendliche Freude an Bewegung und Sport entwickeln, hat mit der Vorbildwirkung der Eltern (Krug et al., 2018), aber auch den Möglichkeiten, die sich dafür bieten, zu tun. Der organisierte Sport spielt hier eine große Rolle, ebenso die Schulen und nicht zuletzt die Fähigkeit der anleitenden Erwachsenen, auch sportlich nicht so begabte Kinder und Jugendliche zu motivieren.

Besonders erfreulich sind die HBSC-Ergebnisse 2018 zu den sozialen Beziehungen, die die Schülerinnen und Schüler zu ihren Mitschülerinnen und Mitschülern, Lehrerinnen und Lehrern sowie ihrer Familie pflegen. Hier ist den österreichischen Schulen ein großes Lob auszusprechen, die soziales Lernen und andere Aktivitäten, die den Zusammenhalt fördern, in ihre Curricula aufgenommen haben und diese offensichtlich erfolgreich umsetzen. Besonders evident wird dies daran, dass die Mobbing-Raten in den Schulen stark rückläufig sind. Dies hat vielleicht auch damit zu tun, dass die Prävalenz von Mobbing in der Vergangenheit und im internationalen Vergleich relativ hoch war (Felder-Puig et al., 2014;

2018b) und die Schulen die vielfältigen Angebote, die z.B. ÖZEPS⁶ und andere Institutionen anbieten, gerne in Anspruch genommen haben (Haller et al., 2018).

Auch Kinder und Jugendliche sind vor der Schnelllebigkeit, dem Leistungsdruck und dem Gefühl, nicht mithalten zu können, die in einer globalisierten Welt existieren, nicht gefeit. Dies zeigt sich in der HBSC-Studie 2018 daran, dass Symptome wie Gereiztheit, Nervosität, Niedergeschlagenheit und Kopfschmerzen häufiger als früher vorkommen und viele an wiederkehrenden Einschlafschwierigkeiten leiden. Auch die Belastung durch schulische Anforderungen ist gestiegen. Dazu kommt der Druck, den die sozialen Medien erzeugen, denn – dies zeigen die vorliegenden Zahlen – Kinder und Jugendliche sind häufige Nutzerinnen und Nutzer, und 10% weisen sogar Symptome einer sogenannten „Social Media Disorder“ auf. Die OECD (2018) plädiert in diesem Bereich für mehr Elternbildung. In Österreich können Initiativen wie z.B. Saferinternet.at⁷ Eltern, aber auch die Lehrkräfte an den Schulen dabei unterstützen.

Dass die Zahl der psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen gestiegen ist, lässt sich daraus aber nicht ableiten. In einer rezenten KiGGS-Studie zur Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen zeigte sich sogar ein leichter Rückgang gegenüber der KiGGS Basiserhebung (Klipker et al., 2018). Die Autorinnen und Autoren führen dies auf gesundheitspolitische Maßnahmen in der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung zurück. Und auch in Österreich gibt es diesbezüglich seit der Erarbeitung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (BMG, 2011) verstärkte Anstrengungen.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass es gemäß vorliegender HBSC-Ergebnisse mehr positive als negative Entwicklungen gibt. Daraus kann geschlossen werden, dass die vielfältigen Anstrengungen – angestoßen durch Expertinnen und Experten sowie die Politik und durch den Einsatz vieler Institutionen und engagierter Menschen – Früchte tragen. Es bleibt zu hoffen, dass dieser Weg weitergeführt und dabei auf bestehende und neue Problemfelder mit effektiven Maßnahmen reagiert wird.

⁶ ÖZEPS = Österreichisches Zentrum für Persönlichkeitsbildung und Soziales Lernen

⁷ Saferinternet.at unterstützt Kinder, Jugendliche, Eltern und Lehrende beim sicheren, kompetenten und verantwortungsvollen Umgang mit digitalen Medien

9. LITERATUR

- Antaramian, S., Scott-Huebner, E. & Valois, R. (2008). Adolescent life satisfaction. *Applied Psychology* 57, S. 112-126.
- Aston, R. (2018). *Physical health and well-being in children and youth: Review of the literature*. Paris: OECD Publishing.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barnett, T., Kelly, A., Rohm-Young, D., et al. (2018). Sedentary behaviours in today's youth: Approaches to the prevention and management of childhood obesity. *Circulation* 138, S. e142-e159.
- Benyamini, Y. (2011). Why does self-rated health predict mortality? An update on current knowledge and a research agenda for psychologists. *Psychology Health* 26, S. 1407-1413.
- Berk, L. (2005). *Entwicklungspsychologie*. München: Pearson Studium.
- BMG (2011). *Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG (2013). *Nationaler Aktionsplan Ernährung NAP.e*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMLS & BMG (2013). *Nationaler Aktionsplan Bewegung NAP.b*. Wien: Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport & Bundesministerium für Gesundheit.
- Boardman, J. (2006). Self-rated health among U.S. adolescents. *Journal of Adolescent Health* 38, S. 401-408.
- Brägger, G., Posse, N. & Israel, G. (2008). *Bildung und Gesundheit*. Bern: hep.
- Breidablik, H., Meland, E. & Lydersen, S. (2008). Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scandinavian Journal of Public Health* 36, S. 12-20.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Cole, T., Bellizzi, M., Flegal, K., et al. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal* 320, S. 1240-1243.
- Cole, T., Flegal, K., Nicholls, D. & Jackson, A. (2007). Body mass index cut-offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 335, S. 194.
- Danielsen, A., Samdal, O., Hetland, J., et al. (2009). School-related social support and students' perceived life satisfaction. *Journal of Educational Research* 102, S. 303-320.
- Doherty, M., Fortin, C. & MacKinnon, D. (2003). *Canadian youth, sexual health and HIV/AIDS study: Factors influencing knowledge, attitudes and behaviours*. Ottawa: Council of Ministers of Education.

- Ellsäßer, G. & Albrecht, M. (2010). Verletzungsgeschehen im Kindes- und Jugendalter. Datenlage und Epidemiologie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 53, S. 1104-1112.
- Felder-Puig, R. & Maier, G. (2017). *Die Gesundheitskompetenz österreichischer Schülerinnen und Schüler: HBSC Ergebnisse 2014. HBSC Factsheet 03*. Wien: BMGF.
- Felder-Puig, R. & Teutsch, F. (2013). *Organisierte Freizeitaktivitäten österreichischer Schüler und Schülerinnen im Alter von 11-17 Jahren. HBSC Factsheet 09/2013*. Wien: BMG.
- Felder-Puig, R., Teutsch, F. & Hofmann, F. (2014). *Die österreichischen HBSC-Ergebnisse im internationalen Vergleich. HBSC Factsheet 12/2014*. Wien: BMG.
- Felder-Puig, R., Teutsch, F. & Maier, G. (2018a). *Mobbing unter österreichischen Schülerinnen und Schülern. HBSC Erhebung 2014: Factsheet 06*. Wien: BMASGK.
- Felder-Puig, R., Teutsch, F. & Maier, G. (2018b). *Österreichische HBSC Ergebnisse im internationalen Vergleich. HBSC Ergebnisse 2014: Factsheet 07*. Wien: BMASGK.
- Finger, J., Varnaccia, G., Borrmann, A., et al. (2018). Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3, S. 24-31.
- Fuchs, R., Klimont, J., Knittler, K., et al. (2017). *Migration & Integration: Zahlen.Daten.Fakten 2017*. Wien: Statistik Austria.
- Haller, B., Schuschnig, U., Buchegger, B., et al. (2018). *Mobbing an Schulen. Ein Leitfaden für die Schulgemeinschaft im Umgang mit Mobbing*. Wien: BMBWF.
- Hascher, T. (2004). *Schule positiv erleben. Ergebnisse und Erkenntnisse zum Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern*. Bern: Haupt.
- Hetland, J., Torsheim, T., Aarö, L., et al. (2002). Subjective health complaints in adolescence. dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health* 30, S. 223-230.
- Hofmann, F. & Felder-Puig, R. (2014). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei österreichischen Schülerinnen und Schülern. HBSC Factsheet 10/2014*. Wien: BMG.
- Inchley, J., Currie, D., Cosma, A. & Samdal, O. (2018). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: background, methodology and mandatory items for the 2017/18 survey*. St. Andrews: CAHRU.
- Jepsen, S., Kebschull, M. & Deschner, J. (2011). Wechselwirkungen zwischen Parodontitis und systemischen Erkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 54, S. 1089-1096.
- Kiriakidis, S. & Kavoura, A. (2010). Cyberbullying: A review of the literature on harassment through the internet and other electronic means. *Family & Community Health* 33, S. 82-93.
- Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., et al. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3, S. 37-45.

- Krug, S., Finger, J., Lange, C., et al. (2018). Sport- und Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3, S. 3-22.
- Kurth, B. & Ellert, U. (2010). Estimated and measured BMI and self-perceived body image of adolescents in Germany. *Obesity Facts* 3, S. 181-190.
- Lohaus, A. & Heinrichs, N. (2013). *Chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter*. Weinheim: Beltz.
- Maier, G., Teutsch, F. & Felder-Puig, R. (2017a). *Das Bewegungsverhalten österreichischer Schülerinnen und Schüler: HBSC Ergebnisse 2014. HBSC Factsheet 01*. Wien: BMGF.
- Maier, G., Teutsch, F. & Felder-Puig, R. (2017b). *Gesundheitliches Risikoverhalten österreichischer Schülerinnen und Schüler: Rauchen, Alkohol- und Cannabiskonsum - HBSC Ergebnisse 2014*. Wien: BMGF.
- Mauz, E., Kuntz, B., Zeiher, J., et al. (2018). Entwicklung des Rauchverhaltens beim Übergang vom Jugend- ins junge Erwachsenenalter - Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. *Journal of Health Monitoring* 3, S. 66-70.
- Mensink, G., Schienkiewitz, A., Rabenberg, M., et al. (2018). Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3, S. 32-39.
- OECD (2018). *Children & young people's mental health in the digital age*. Abgerufen am 21. 11 2018 von www.oecd.org.
- ÖGE (2017). *10 Ernährungsregeln der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung*. Abgerufen am 08. 11 2018
- Orth, B. (2017). *Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Orth, B. & Merkel, C. (2018). *Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Ottova-Jordan, V., Smith, O., Augustine, L., et al. (2015). Trends in health complaints from 2002 to 2010 in 34 countries and their associations with health behaviours and social context factors at individual and macro-level. *European Journal of Public Health* 25, S. 83-89.
- Paakkari, O., Torppa, M., Kannas, L. & Paakkari, L. (2016). Subjective health literacy: Development of a brief instrument for school-aged children. *Scandinavian Journal of Public Health* 44, S. 751-757.
- Poethko-Müller, C., Kuntz, B., Lampert, T. & Neuhauser, H. (2018). Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3, S. 8-15.
- Ramelow, D. & Felder-Puig, R. (2012). *Alters- und Geschlechtsunterschiede in der subjektiven Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern: Ergebnisse 2010 und Trends. HBSC Factsheet 01/2012*. Wien: BMG.

- 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., Teutsch, F., Hofmann, F. & Felder-Puig, R. (2015). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014*. Wien: BMG.
- Rask, K., Astedt-Kurki, P., Paavilainen, E., et al. (2003). Adolescent subjective well-being and family dynamics. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17, S. 129-138.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Torsheim, T., et al. (2008). An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *European Journal of Public Health* 18, S. 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. *International Journal of Public Health* 54, Suppl 2, S. 151-159.
- Schienkiewitz, A., Damerow, S. & Schaffrath-Rosario, A. (2018). Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3, S. 16-23.
- Soerensen, 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, S. 80.
- Teutsch, F., Maier, G. & Felder-Puig, R. (2017). *Das Ernährungsverhalten österreichischer Schülerinnen und Schüler: HBSC Ergebnisse 2014. HBSC Factsheet 02*. Wien: BMGF.
- Teutsch, F., Maier, G., Ramelow, D. & Felder-Puig, R. (2018a). *Dokumentation zur 10. österreichischen HBSC-Erhebung im Schuljahr 2017/18*. Wien: IfGP.
- Teutsch, F., Maier, G. & Felder-Puig, R. (2018b). *Das Körperselbstbild von österreichischen Schülerinnen und Schülern: HBSC Ergebnisse 2014. HBSC Factsheet 05*. Wien: BMASGK.
- Teutsch, F., Ramelow, D., Maier, G. & Felder-Puig, R. (2019). *Lineartabellen zu den HBSC-Ergebnissen 2018*. Wien: BMASGK.
- Topp, C., Oestergaard, S., Soendergaard, S. & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics* 84, S. 167-176.
- Valent, F., Little, D., Bertollini, R., et al. (2004). Burden of disease attributable to selected environmental factors and injury among children and adolescents in Europe. *Lancet* 19, S. 2032-2039.
- Van den Eijnden, R., Lemmens, J. & Valkenburg, P. (2016). The Social Media Disorder Scale. *Computers in Human Behavior* 61, S. 478-487.
- WHO (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2012). *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*.
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (2018). *Obesity and Overweight*. Abgerufen am 07. 11 2018 von www.who.int/news-room/fact-sheets.

WHO (kein Datum). *Nutrition: Global Targets 2025*. Abgerufen am 19. 11 2018

Zeher, J., Lange, C., Starker, A., et al. (2018). Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3, S. 23-44.

ITEMBOXVERZEICHNIS

Itembox 1: Subjektiver Gesundheitszustand	15
Itembox 2: Körperliche und psychische Beschwerden	16
Itembox 3: Hören und Sehen	18
Itembox 4: Chronische Erkrankung oder Behinderung.....	19
Itembox 5: Zu behandelnde Verletzungen.....	20
Itembox 6: Lebenszufriedenheit	21
Itembox 7: Emotionales Wohlbefinden	22
Itembox 8: Selbstwirksamkeit	24
Itembox 9: Body-Mass-Index und Körper selbstbild.....	25
Itembox 10: Vorsorgemaßnahmen Zahngesundheit	28
Itembox 11: Ernährungsverhalten	30
Itembox 12: Bewegung und sitzende Beschäftigung mit dem Handy	35
Itembox 13: Rauchen, Alkohol, Cannabis.....	37
Itembox 14: Zeichen einer „Social Media Disorder“	43
Itembox 15: Sexualität und Verhütung	44
Itembox 16: Beteiligung an Raufereien, Mobbing, Cybermobbing	46
Itembox 17: Familienwohlstand und Migrationshintergrund.....	51
Itembox 18: Freude an der Schule, schulischer Leistungsdruck, Schulklima.....	53
Itembox 19: Art und Häufigkeit sowie Gründe für Online-Kontakte, Qualität der freundschaftlichen Beziehungen.....	56
Itembox 20: Kommunikation und Unterstützung innerhalb der Familie, gemeinsame Mahlzeiten mit der Familie	59
Itembox 21: Organisierte Freizeitaktivitäten	62
Itembox 22: Gesundheitskompetenz	64
Itembox 23: In die Regressionsanalysen einbezogene mögliche Prädiktoren für Gesundheit, Wohlbefinden, Gesundheits- bzw. Risikoverhalten.....	68

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Subjektiver Gesundheitszustand der Schülerinnen und Schüler, nach Geschlecht und Schulstufe.....	15
Abbildung 2: Mittlere Beschwerdelast der Schülerinnen und Schüler, nach Geschlecht und Schulstufe; Spannweite: 0 (keine Beschwerden) bis 100 (höchstmögliche Beschwerdelast) 17	17
Abbildung 3: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die eine Brille oder Kontaktlinsen tragen, nach Geschlecht und Schulstufe.....	19
Abbildung 4: Wie viele Schülerinnen und Schüler innerhalb eines Jahres wie oft verletzt waren und behandelt werden mussten, nach Geschlecht und Schulstufe	21
Abbildung 5: Mittlere Lebenszufriedenheit der Schülerinnen und Schüler, nach Geschlecht und Schulstufe; Spannweite: 0 (schlechteste) bis 10 (bestmögliche Lebenszufriedenheit)...	22
Abbildung 6: Mittleres emotionales Wohlbefinden der Schülerinnen und Schüler, nach Geschlecht und Schulstufe; Spannweite: 0 (schlechtestes) bis 100 (bestmögliches emotionales Wohlbefinden)	23
Abbildung 7: Mittlere Selbstwirksamkeit der Schülerinnen und Schüler, nach Geschlecht und Schulstufe; Spannweite: 0 (schlechteste) bis 100 (bestmögliche Selbstwirksamkeit).....	24
Abbildung 8: Prävalenz von Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas, nach Geschlecht und Schulstufe	26
Abbildung 9: Körperselbstbild der Schülerinnen und Schüler, nach Geschlecht und Schulstufe	27
Abbildung 10: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die sich mindestens zweimal täglich die Zähne putzen, nach Geschlecht und Schulstufe.....	29
Abbildung 11: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler der Schulstufen 9 und 11, die sich mindestens zweimal täglich die Zähne putzen und sich zweimal jährlich einer zahnärztlichen Kontrolluntersuchung unterziehen, nach Geschlecht und Schulstufe.....	29
Abbildung 12: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich Obst essen, nach Geschlecht und Schulstufe	30
Abbildung 13: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich Gemüse essen, nach Geschlecht und Schulstufe	31
Abbildung 14: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich Süßigkeiten essen, nach Geschlecht und Schulstufe	32
Abbildung 15: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich süße Limonaden (Cola, Fanta, Eistee,...) trinken, nach Geschlecht und Schulstufe.....	32
Abbildung 16: Häufigkeit des Konsums von „Fast Food“ Speisen (Kebab, Burger, Pizza, ...), nach Geschlecht und Schulstufe	33
Abbildung 17: Häufigkeit des Konsums von Energydrinks, nach Geschlecht und Schulstufe .	33
Abbildung 18: An wie vielen Schultagen in der Woche die Schülerinnen und Schüler frühstücken, nach Geschlecht und Schulstufe	34

Abbildung 19: Mittlere Anzahl der Tage pro Woche, an denen die Schülerinnen und Schüler für mindestens 60 Minuten täglich körperlich aktiv sind, nach Geschlecht und Schulstufe; Spannweite: 0 bis 7 Tage	35
Abbildung 20: Wie häufig Schülerinnen und Schüler in ihrer Freizeit sportlich aktiv sind, nach Geschlecht und Schulstufe	36
Abbildung 21: Wie viele Stunden sich Schülerinnen und Schüler täglich im Sitzen oder Liegen mit ihrem Handy beschäftigen, nach Geschlecht und Schulstufe	36
Abbildung 22: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler der Schulstufen 9 und 11, die jemals Zigaretten, E-Zigaretten oder Wasserpfeife geraucht haben, nach Geschlecht und Schulstufe	39
Abbildung 23: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler der Schulstufen 9 und 11, die in den letzten 30 Tagen Zigaretten, E-Zigaretten oder Wasserpfeife geraucht haben, nach Geschlecht und Schulstufe	40
Abbildung 24: Wie oft Schülerinnen und Schüler der Schulstufen 9 und 11 in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert haben, nach Geschlecht und Schulstufe	41
Abbildung 25: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler der Schulstufen 9 und 11, die im letzten Monat mindestens 5 alkoholische Getränke hintereinander getrunken haben, nach Geschlecht	42
Abbildung 26: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler der Schulstufen 9 und 11, die im letzten Monat Cannabis konsumiert haben bzw. das jemals getan haben, nach Geschlecht und Schulstufe	42
Abbildung 27: Wie viele sexuell aktive Schülerinnen und Schüler welches Verhütungsmittel benutzen, nach Geschlecht und Schulstufe	45
Abbildung 28: Wie oft Schülerinnen und Schüler in den letzten 12 Monaten an Raufereien beteiligt waren, nach Geschlecht und Schulstufe	47
Abbildung 29: Wie viele Schülerinnen und Schüler in den letzten Monaten Opfer von Mobbing wurden, nach Geschlecht und Schulstufe	48
Abbildung 30: Wie viele Schülerinnen und Schüler in den letzten Monaten aktiv am Mobbing von Mitschülerinnen und Mitschülern beteiligt waren, nach Geschlecht und Schulstufe	48
Abbildung 31: Wie viele Schülerinnen und Schüler sich wie stark durch die Anforderungen der Schule belastet fühlen, nach Geschlecht und Schulstufe	54
Abbildung 32: Wie gut die Beziehungen der Schülerinnen und Schüler untereinander sind, nach Geschlecht und Schulstufe	55
Abbildung 33: Wie gut die Beziehungen der Schülerinnen und Schüler zu ihren Lehrerinnen und Lehrern sind, nach Geschlecht und Schulstufe	55
Abbildung 34: Die Qualität der Freundschaften der Schülerinnen und Schüler, nach Geschlecht und Schulstufe; dargestellt sind Mittelwerte; Spannweite: 1 (schlechteste) bis 7 (beste Qualität)	58

Abbildung 35: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die zumindest einen Elternteil haben, mit dem es ihnen sehr leicht fällt, persönliche Dinge zu besprechen, nach Geschlecht und Schulstufe.....	60
Abbildung 36: Unterstützung durch die Familie, nach Geschlecht und Schulstufe; dargestellt sind Mittelwerte; Spannbreite: 1 (schlechteste) bis 7 (bestmögliche Unterstützung).....	61
Abbildung 37: Wie oft Schülerinnen und Schüler gemeinsam mit ihrer Familie Mahlzeiten einnehmen, nach Geschlecht und Schulstufe.....	61
Abbildung 38: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die organisierten Freizeitaktivitäten nachgehen, nach Geschlecht und Schulstufe	63
Abbildung 39: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler der Schulstufen 9 und 11 mit niedriger, mittlerer und hoher Gesundheitskompetenz, nach Geschlecht und Schulstufe	65
Abbildung 40: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die ihren Gesundheitszustand „ausgezeichnet“ nennen , seit 2010, nach Geschlecht	74
Abbildung 41: Anteil der Schülerinnen und Schüler, die ihren Gesundheitszustand „ausgezeichnet“ nennen , seit 2010, nach Schulstufe	74
Abbildung 42: Mittlere Beschwerdelast, seit 2010, nach Geschlecht; Spannbreite: 0 (keine Beschwerden) bis 100 (höchste Beschwerdelast)	75
Abbildung 43: Mittlere Beschwerdelast, seit 2010, nach Schulstufe; Spannbreite: 0 (keine Beschwerden) bis 100 (höchste Beschwerdelast)	75
Abbildung 44: Mittlere Lebenszufriedenheit, seit 2010, nach Geschlecht; Spannbreite: 0 (schlechteste) bis 10 (bestmögliche Lebenszufriedenheit).....	76
Abbildung 45: Mittlere Lebenszufriedenheit, seit 2010, nach Schulstufe; Spannbreite: 0 (schlechteste) bis 10 (bestmögliche Lebenszufriedenheit).....	76
Abbildung 46: Relative Anzahl der übergewichtigen oder adipösen Schülerinnen und Schüler, seit 2010, nach Geschlecht.....	77
Abbildung 47: Relative Anzahl der übergewichtigen oder adipösen Schülerinnen und Schüler, seit 2010, nach Schulstufe.....	77
Abbildung 48: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler mit einem positiven Körperselbstbild, seit 2010, nach Geschlecht	78
Abbildung 49: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler mit einem positiven Körperselbstbild, seit 2010, nach Schulstufe	78
Abbildung 50: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler die sich täglich mindestens zweimal die Zähne putzen, seit 2010, nach Geschlecht	79
Abbildung 51: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler die sich täglich mindestens zweimal die Zähne putzen, seit 2010, nach Schulstufe	79
Abbildung 52: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich mindestens einmal Obst essen, seit 2010, nach Geschlecht.....	80
Abbildung 53: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich mindestens einmal Obst essen, seit 2010, nach Schulstufe	80

Abbildung 54: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich mindestens einmal Gemüse essen, seit 2010, nach Geschlecht	81
Abbildung 55: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich mindestens einmal Gemüse essen, seit 2010, nach Schulstufe	81
Abbildung 56: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich mindestens einmal Süßigkeiten konsumieren, seit 2010, nach Geschlecht	82
Abbildung 57: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich mindestens einmal Süßigkeiten konsumieren, seit 2010, nach Schulstufe	82
Abbildung 58: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich mindestens einmal süße Limonaden (Cola, Fanta, Eistee, etc.) trinken, seit 2010, nach Geschlecht	83
Abbildung 59: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die täglich mindestens einmal süße Limonaden (Cola, Fanta, Eistee, etc.) trinken, seit 2010, nach Schulstufe	83
Abbildung 60: Wie viele der Schülerinnen und Schüler täglich frühstücken, seit 2010, nach Geschlecht.....	84
Abbildung 61: Wie viele der Schülerinnen und Schüler täglich frühstücken, seit 2010, nach Schulstufe	84
Abbildung 62: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die 4 bis 7 Tage in der Woche täglich zumindest eine Stunde körperlich aktiv sind, seit 2010, nach Geschlecht	85
Abbildung 63: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die 4 bis 7 Tage in der Woche täglich zumindest eine Stunde körperlich aktiv sind, seit 2010, nach Schulstufe	85
Abbildung 64: Relative Anzahl der Nichtraucherinnen und Nichtraucher aus den Schulstufen 9 und 11, seit 2010, nach Geschlecht	86
Abbildung 65: Relative Anzahl der Nichtraucherinnen und Nichtraucher aus den Schulstufen 9 und 11, seit 2010, nach Schulstufe	86
Abbildung 66: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler aus den Schulstufen 9 und 11, die mindestens einmal pro Woche Alkohol konsumieren, seit 2010, nach Geschlecht.....	87
Abbildung 67: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler aus den Schulstufen 9 und 11, die mindestens einmal pro Woche Alkohol konsumieren, seit 2010, nach Schulstufe.....	87
Abbildung 68: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler aus den Schulstufen 9 und 11, die aktuell Cannabis konsumieren, seit 2010, nach Geschlecht.....	88
Abbildung 69: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler aus den Schulstufen 9 und 11, die aktuell Cannabis konsumieren, seit 2010, nach Schulstufe.....	88
Abbildung 70: Relative Anzahl der Mobbing-Opfer, seit 2010, nach Geschlecht.....	89
Abbildung 71: Relative Anzahl der Mobbing-Opfer, seit 2010, nach Schulstufe.....	89
Abbildung 72: Relative Anzahl der Mobbing-Täterinnen und -Täter, seit 2010, nach Geschlecht.....	90
Abbildung 73: Relative Anzahl der Mobbing-Täterinnen und -Täter, seit 2010, nach Schulstufe	90
Abbildung 74: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die im letzten Jahr mindestens dreimal an einer Rauferei beteiligt waren, seit 2010, nach Geschlecht.....	91

Abbildung 75: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die im letzten Jahr mindestens dreimal an einer Rauferei beteiligt waren, seit 2010, nach Schulstufe.....	91
Abbildung 76: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, denen es „sehr gut“ in der Schule gefällt, seit 2010, nach Geschlecht.....	92
Abbildung 77: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, denen es „sehr gut“ in der Schule gefällt, seit 2010, nach Schulstufe.....	92
Abbildung 78: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die sich ziemlich stark oder sehr stark durch die schulischen Anforderungen belastet fühlen, seit 2010, nach Geschlecht.....	93
Abbildung 79: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die sich ziemlich stark oder sehr stark durch die schulischen Anforderungen belastet fühlen, seit 2010, nach Schulstufe.....	93
Abbildung 80: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die „sehr gute“ oder „gute“ Beziehungen zu ihren Mitschülerinnen und Mitschülern haben, seit 2010, nach Geschlecht	94
Abbildung 81: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die „sehr gute“ oder „gute“ Beziehungen zu ihren Mitschülerinnen und Mitschülern haben, seit 2010, nach Schulstufe	94
Abbildung 82: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die zumindest einen Elternteil haben, mit dem es ihnen „sehr leicht“ fällt, persönliche Dinge zu besprechen, seit 2010, nach Geschlecht.....	95
Abbildung 83: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die zumindest einen Elternteil haben, mit dem es ihnen „sehr leicht“ fällt, persönliche Dinge zu besprechen, seit 2010, nach Schulstufe.....	95

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Das österreichische Sample der HBSC-Studie 2018 in absoluten Zahlen, nach Geschlecht und Schulstufe	12
Tabelle 2: Prozentuelle Verteilung nach Geschlecht und Schulstufe	12
Tabelle 3: Prävalenz einzelner häufiger Beschwerden (mehrmals pro Woche oder täglich), nach Geschlecht	17
Tabelle 4: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die schlecht hören, nach Geschlecht und Schulstufe 9 und 11.....	18
Tabelle 5: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die an einer chronischen Erkrankung oder Behinderung leiden, nach Geschlecht und Schulstufe.....	20
Tabelle 6: Grenzwerte für Untergewicht, Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen	25
Tabelle 7: Wie viele Schülerinnen und Schüler aktuell Zigaretten rauchen, nach Geschlecht und Schulstufe.....	39
Tabelle 8: Welche alkoholischen Getränke Schülerinnen und Schüler der Schulstufen 9 und 11 zumindest einmal wöchentlich trinken.....	41
Tabelle 9: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler mit einer auffälligen Nutzung sozialer Medien, nach Geschlecht und Schulstufe.....	44
Tabelle 10: Wie viele Schülerinnen und Schüler Opfer von Cybermobbing waren oder Cybermobbing betrieben haben, nach Geschlecht und Schulstufe.....	49
Tabelle 11: Durch wen Mobbing-Opfer hauptsächlich gemobbt werden, nach Geschlecht und Schulstufe	49
Tabelle 12: Wie es den Schülerinnen und Schülern in der Schule gefällt, nach Geschlecht und Schulstufe	53
Tabelle 13: Wie viele Schülerinnen und Schüler mehrmals am Tag mit wem Online-Kontakt haben, nach Geschlecht und Schulstufe	57
Tabelle 14: Wie vielen Schülerinnen und Schülern es leichter fällt, sich online jemandem anzuvertrauen als im persönlichen Kontakt, nach Geschlecht und Schulstufe.....	58
Tabelle 15: Relative Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die sich zutrauen, bestimmte gesundheitsrelevante Aufgaben zu schaffen	66
Tabelle 16: Welche Faktoren eine hohe Lebenszufriedenheit begünstigen, ranggereiht nach der Stärke des Einflusses.....	69
Tabelle 17: Welche Faktoren die Beschwerdelast reduzieren, ranggereiht nach der Stärke des Einflusses.....	69
Tabelle 18: Welche Faktoren ein gesundes Ernährungsverhalten fördern, ranggereiht nach der Stärke des Einflusses.....	70
Tabelle 19: Welche Faktoren das Ausmaß an körperlicher Aktivität fördern, ranggereiht nach der Stärke des Einflusses.....	71

Tabelle 20: Welche Faktoren dazu führen, selten oder gar nicht Zigaretten zu rauchen, ranggereiht nach der Stärke des Einflusses; gilt nur für Schülerinnen und Schüler der Schulstufen 9 und 11.....	71
Tabelle 21: Welche Faktoren dazu führen können, wenig bis keinen Alkohol zu trinken, ranggereiht nach der Stärke des Einflusses; gilt nur für Schülerinnen und Schüler der Schulstufen 9 und 11.....	72

**BUNDESMINISTERIUM FÜR
ARBEIT, SOZIALES, GESUNDHEIT
UND KONSUMENTENSCHUTZ**

Stubenring 1, 1010 Wien

Tel.: +43 1 711 00-0

sozialministerium.at