



BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen

Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010



Impressum

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

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

Für den Inhalt verantwortlich:

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

Titelbild: © Bischof

Durchführung der Studie und Autorinnen und Autoren:

Daniela Ramelow, Robert Griebler, Felix Hofmann, Katrin Unterweger, Ursula Mager, Rosemarie Felder-Puig, Wolfgang Dür
Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research
Untere Donaustraße 47, A-1020 Wien, office@lbihpr.lbg.ac.at

Druck:

Kopierstelle des BMG

Bestellmöglichkeiten:

Telefon: +43-0810/818164 (Ortstarif)
E-Mail: broschuerenservice@bmg.gv.at
Internet: www.bmg.gv.at

ISBN: 978-3-902611-55-0

Erscheinungsjahr: 2011

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

Vorwort



Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist für mich als Gesundheitspolitiker ein wichtiges und zentrales Thema. Ist doch die Gesundheit der Kinder nicht nur für ihre zukünftige Lebensqualität, sondern auch für die Zukunft unserer vom demographischen Wandel geprägten Gesellschaft entscheidend. Da auch in Österreich die gesundheitliche Situation der heranwachsenden Generation immer wieder Anlass zu Besorgnis gibt, werden aktuelle Aussagen zur Gesundheit sowie zum Gesundheits- und Risikoverhalten von österreichischen Kindern und Jugendlichen dringend benötigt, um Risikogruppen zu identifizieren und gezielte Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung setzen zu können.

Die Health-Behaviour in School-aged Children (HBSC) Studie, die unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO – Regionalbüro für Europa) in Österreich vom Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research durchgeführt wird, zählt zu den wichtigsten Informationsquellen, was die subjektive Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von 11-, 13-, 15- und erstmalig auch von 17-jährigen Kindern und Jugendlichen anbelangt. Die erhobenen Daten finden nicht nur in der nationalen und internationalen Gesundheitsberichterstattung, sondern auch in den regionalen Gesundheitsberichten Verwendung.

Die Besonderheit der HBSC-Studie besteht – neben der internationalen Vergleichbarkeit – darin, dass sie sowohl in Bezug auf die Darstellung der Gesundheit der Schülerinnen und Schüler, als auch in Bezug auf die Erfassung von Gesundheitsdeterminanten, ein breites Spektrum an Dimensionen erschließt. Da die Erhebung alle vier Jahre stattfindet, erlaubt sie auch Trends im Zeitverlauf zu erkennen. Sie bietet damit wichtige Anhaltspunkte für gesundheitspolitische Schwerpunktsetzungen sowie für die Gesundheitsförderung im Schul- und Freizeitbereich. Die Ergebnisse der HBSC-Studie waren unter anderem eine wichtige Grundlage für die Entwicklung der nationalen Kindergesundheitsstrategie sowie von Maßnahmen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Ernährung.

Im Hinblick auf die große Bedeutung dieser Studie möchte ich mich an dieser Stelle bei all jenen Lehrer/inne/n und Schüler/inne/n, die durch ihre Teilnahme und Unterstützung diese Studie erst ermöglicht haben, sehr herzlich bedanken. Ich hoffe, dass die nunmehr vorliegenden Daten des 8. internationalen HBSC-Survey im Interesse der Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen in allen relevanten Politikbereichen genutzt werden.

Alois Stöger

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Alois Stöger', written in a cursive style.

Bundesminister für Gesundheit



Inhalt

Zusammenfassung.....	7
1 Das Konzept „Gesundheit“	11
2 Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern	13
3 Die HBSC-Studie.....	15
4 Der Gesundheitszustand der österreichischen Schülerinnen und Schüler	19
4.1 Subjektiver Gesundheitszustand	19
4.2 Lebenszufriedenheit	22
4.3 Beschwerdelast.....	23
4.4 Chronische Erkrankungen.....	26
4.5 Verletzungen	27
4.6 Übergewicht und Körperwahrnehmung	29
4.7 Zahngesundheit	33
5 Gesundheits- und Risikoverhalten.....	35
5.1 Bewegung und sitzendes Freizeitverhalten.....	36
5.2 Ernährung	39
5.3 Suchtmittelkonsum	42
5.4 Gewalt.....	46
5.5 Medikamentengebrauch	51
5.6 Sexualität und Verhütung.....	54
6 Soziale Determinanten der Gesundheit	57
6.1 Soziale Beziehungen in der Familie als Determinanten der Gesundheit	57
6.2 Die Rolle der Schule für die Gesundheit.....	66
6.3 Sozioökonomische Ungleichheit und Gesundheit.....	74
7 Trends in der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten seit 1994	81
7.1 Hintergrund	81
7.2 Die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler im Trend	81

7.3	Das Gesundheits- und Risikoverhalten der Schülerinnen und Schüler im Trend.....	85
8	Zusammenfassung und Diskussion.....	89
	Literatur	95
	Anhang A: Effektstärken der Gesundheitsdeterminanten auf die Gesundheit und das Gesundheits- und Risikoverhalten der Schülerinnen und Schüler (Cohen's d).....	109
	Anhang B: Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht.....	111
	Anhang C: WHO-HBSC-Survey: Trends von 1994-2010.....	137

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Das österreichische Sample des 8. HBSC-Schüler/innen-Survey	17
Tabelle 2: Grenzwerte für Übergewicht und Adipositas nach Cole et al. (2000)	31
Tabelle 3: Psychosoziale Familiensituation und subjektive Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio)	62
Tabelle 4: Psychosoziale Familiensituation und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio).....	64
Tabelle 5: Schulische Faktoren und subjektive Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio)	70
Tabelle 6: Schulische Faktoren und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio)	73
Tabelle 7: Familienwohlstand und subjektive Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio)	77
Tabelle 8: Familienwohlstand und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio)	78
Tabelle 9: Effektstärken der Gesundheitsdeterminanten auf die Gesundheit und das Gesundheits- und Risikoverhalten der Schüler/innen (Cohen's d).....	110

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Subjektiver Gesundheitszustand der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter	21
Abbildung 2: Ausgezeichnete Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	21
Abbildung 3: Mittlere Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	23
Abbildung 4: Mittlere Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	25
Abbildung 5: Beschwerden (mehrmals pro Woche oder täglich) der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen	25
Abbildung 6: Prävalenz chronischer Erkrankungen der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht.....	27
Abbildung 7: Verletzungshäufigkeit innerhalb der letzten 12 Monate der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht.....	29
Abbildung 8: Übergewicht und Adipositas der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	32

Abbildung 9: Körperwahrnehmung der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	33
Abbildung 10: Mehrmals tägliches Zähneputzen der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	34
Abbildung 11: Tage pro Woche, an denen 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler/innen für mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv sind, nach Alter und Geschlecht	38
Abbildung 12: Stunden pro Tag, an denen 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler/innen sitzenden Freizeitaktivitäten nachgehen (Fernsehen, Computernutzung), nach Alter und Geschlecht	39
Abbildung 13: Obst- und Gemüsekonsum der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	41
Abbildung 14: Konsum von Süßigkeiten und süßen Limonaden der 11-, 13- 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	41
Abbildung 15: Raucherstatus der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	44
Abbildung 16: Häufigkeit des Alkoholkonsums der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	45
Abbildung 17: Cannabiskonsum der 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Geschlecht	46
Abbildung 18: Beteiligung an Raufereien der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	49
Abbildung 19: Bullying von 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n, nach Alter und Geschlecht	49
Abbildung 20: Opfer von Bullying-Attacken bei 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n, nach Alter und Geschlecht	50
Abbildung 21: Verteilung der Opfer-Täter-Typologie bei 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n in Österreich, nach Alter und Geschlecht.....	51
Abbildung 22: Medikamentenkonsum der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	53
Abbildung 23: Regelmäßige Einnahme von Medikamente gegen Beschwerden innerhalb des letzten Monats bei den 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n, nach Alter und Geschlecht.....	53
Abbildung 24: Verhütungsmethoden der 15- und 17-jährigen Schüler/innen beim letzten Geschlechtsverkehr	55
Abbildung 25: Empathische Zuwendung durch die Mutter der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	60
Abbildung 26: Empathische Zuwendung durch den Vater der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	60
Abbildung 27: Kommunikation mit der Mutter der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	61

Abbildung 28: Kommunikation mit dem Vater der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	61
Abbildung 29: Psychosoziale Familiensituation und Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen	63
Abbildung 30: Psychosoziale Familiensituation und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen	64
Abbildung 31: Psychosoziale Familiensituation und Häufigkeit der Bewegung der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen.....	65
Abbildung 32: Psychosoziale Familiensituation und Ausmaß an sitzendem Freizeitverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen	65
Abbildung 33: Schulzufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	68
Abbildung 34: Belastung durch die Schule bei den 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n, nach Alter und Geschlecht	69
Abbildung 35: Wahrgenommene Schulleistung der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen in Österreich, nach Alter und Geschlecht.....	69
Abbildung 36: Schüler/innen-Schüler/innen-Beziehung der 11-, 13-, 15- und 17-Jährigen in Österreich, nach Alter und Geschlecht.....	70
Abbildung 37: Schulische Faktoren und Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen	71
Abbildung 38: Schulische Faktoren und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen in Österreich.....	72
Abbildung 39: Schulische Faktoren und Bewegungsverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen	73
Abbildung 40: Schulische Faktoren und sitzendes Freizeitverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen in Österreich	74
Abbildung 41: Familienwohlstand der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht	76
Abbildung 42: Familienwohlstand und Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen	77
Abbildung 43: Familienwohlstand und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen	78
Abbildung 44: Familienwohlstand und Bewegungsverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen	79
Abbildung 45: Familienwohlstand und sitzendes Freizeitverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen in Österreich	80
Abbildung 46: Ausgezeichnete Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 2002	82

Abbildung 47: Lebenszufriedenheit der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 2002	82
Abbildung 48: Mittlere Beschwerdelast der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 1994	83
Abbildung 49: 11-, 13- und 15-jährige Schüler/innen <u>ohne</u> Verletzungen in den letzten 12 Monaten, nach Alter, seit 2002	84
Abbildung 50: Übergewichtige oder adipöse 11-, 13- und 15-jährige Schüler/innen, nach Geschlecht, seit 1998	84
Abbildung 51: Körperwahrnehmung „genau das richtige Gewicht“ bei 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/inne/n, nach Alter, seit 2002.....	85
Abbildung 52: Tage pro Woche, an denen die 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen für mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv sind, seit 2002	86
Abbildung 53: Täglicher Obst- oder Gemüsekonsum der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 2002	86
Abbildung 54: Täglicher Konsum von Süßigkeiten und süßen Limonaden der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, nach Geschlecht, seit 2002	87
Abbildung 55: 11-, 13- und 15-jährige Schüler/innen, die Tabak rauchen, nach Geschlecht, seit 1994.....	88
Abbildung 56: 11-, 13- und 15-jährige Schüler/innen, die wöchentlich Alkohol konsumieren, nach Geschlecht, seit 1994	88

Zusammenfassung

Eckdaten zur Studie

Erhebungszeitraum der HBSC-Studie	Schuljahr 2009/10
Erhebungszeitraum in Österreich	Mai und Juni 2010
Population	11-, 13-, 15- und 17-jährige Schülerinnen und Schüler
Erhebungsinstrument	Selbstaufüllerfragebogen
Stichprobe	Zufallsstichprobe aller österreichischen Schulklassen der 5., 7., 11. und 13. Schulstufe (außer sonder- und heilpädagogische Einrichtungen), quotiert nach Alter, Geschlecht, Schultyp und Bundesland; repräsentativ für die Gesamtpopulation der gleichaltrigen österreichischen Schülerinnen und Schüler
Stichprobengröße	6.493 Schülerinnen und Schüler
Rücklaufquote	ca. 72%
Weitere Befragungen	2. Austrian Teacher Health Survey 1. Befragung der Schulleiterinnen und Schulleiter

Eckdaten zur Studie

Zentrale Ergebnisse

Gesundheitszustand

- 37,2% der Schülerinnen und Schüler geben an über eine ausgezeichnete, 48,5% über eine gute Gesundheit zu verfügen.
- Die durchschnittliche Lebenszufriedenheit liegt bei 7,53 auf einer Skala von 0 (sehr niedrig) bis 10 (sehr hoch).
- Die durchschnittliche Beschwerdelast liegt bei 34,25 auf einer Skala von 0 (sehr niedrig) bis 100 (sehr hoch).
- Die häufigsten Beschwerden, unter denen die österreichischen Schülerinnen und Schüler mehrmals pro Woche leiden, sind: Einschlafstörungen (17,2%), Kopfschmerzen (14,4%) und Gereiztheit bzw. schlechte Laune (14,2%).
- Mädchen schätzen ihren Gesundheitszustand, ihre Lebenszufriedenheit und ihre Beschwerdelast prinzipiell schlechter ein als Burschen.
- Ältere Schülerinnen und Schüler geben ebenfalls einen schlechteren Gesundheitszustand, eine niedrigere Lebenszufriedenheit und eine höhere Beschwerdelast an als jüngere Mädchen und Burschen.
- Bei 16,8% der Befragten war von einer Ärztin oder einem Arzt eine lang andauernde Erkrankung oder Behinderung diagnostiziert worden.

zentrale Ergebnisse zum subjektiven Gesundheitszustand der Schüler/innen

- Nur 48,6% der Kinder und Jugendlichen geben an über „ungefähr das richtige Gewicht“ zu verfügen; rund 37% fühlen sich zu dick. Den selbstberichteten Angaben zu Körpergröße und -gewicht zufolge sind jedoch nur 12,3% als übergewichtig und 2,8% als adipös einzustufen.
- 75,6% der Schülerinnen und Schüler putzen sich mehrmals täglich die Zähne. Das Zahnputzverhalten ist über alle Altersstufen hinweg relativ konstant.

Gesundheits- und Risikoverhalten

zentrale Ergebnisse zum Gesundheits- und Risikoverhalten der Schüler/innen

- Nur ein Fünftel (20,4%) hält sich an die Bewegungsempfehlungen von täglicher körperlicher Aktivität im Ausmaß von mindestens 60 Minuten.
- Umgekehrt werden durchschnittlich 5 Stunden an Schultagen und 7 Stunden an schulfreien Tagen mit sitzendem Freizeitverhalten, also z.B. mit Fernsehen oder am Computer verbracht.
- 57,6% der Schülerinnen und Schüler essen weder Obst noch Gemüse täglich.
- Umgekehrt konsumieren 39% der Mädchen und Burschen täglich entweder Süßigkeiten oder süße Limonaden oder beides.
- 25,4% der Befragten, bezogen auf alle untersuchten Altersstufen, geben an zu rauchen. Ein Drittel (32,6%) der 17-Jährigen rauchen täglich.
- 25,1% der Schülerinnen und Schüler, bezogen auf alle untersuchten Altersstufen, trinken mindestens einmal in der Woche Alkohol, bei den 17-Jährigen sind es 60,4%.
- Ein Fünftel (19,6%) der 15- und 17-Jährigen hat bereits zumindest einmal Cannabis konsumiert.
- 34,9% der Kinder und Jugendlichen waren in den letzten 12 Monaten vor der Befragung zumindest einmal an einer Rauferei beteiligt.
- 42,3% beteiligten sich in den letzten paar Monaten am Schikanieren bzw. Bullying von Mitschülerinnen und Mitschülern. 38,3% berichten, Opfer von Bullying-Attacken gewesen zu sein.
- Über die Hälfte (52,7%) der Mädchen und Burschen hatten im letzten Monat vor der Befragung Medikamente zu sich genommen. Am häufigsten werden Medikamente gegen Kopfschmerzen verwendet.
- 95,4% der 15- und 17-Jährigen haben beim letzten Geschlechtsverkehr verhütet, 49,5% verwendeten dafür die Antibabypille und 72,8% (auch) Kondome.

- Insgesamt zeigen Mädchen ein leicht gesundheitsförderlicheres Verhalten als Burschen (mit Ausnahme des Bewegungsverhaltens und des Medikamentenkonzsums).
- Das gesundheitsförderliche Verhalten nimmt mit dem Alter ab, das gesundheitsgefährdende zu.

Soziale Determinanten von Gesundheit

- Die psychosoziale Familiensituation zeigt einen starken Zusammenhang mit der Gesundheit der Schülerinnen und Schüler. Eine positive Familiensituation (hohe Zuwendung von und offenes Gesprächsklima mit den Eltern) ist assoziiert mit einer besseren Bewertung des Gesundheitszustands, einer geringeren Beschwerdelast und einer höheren Lebenszufriedenheit. Ähnliche Auswirkungen zeigen sich in Bezug auf gesunde Ernährung und Suchtmittelabstinenz.
- Die Gesundheit, die Lebenszufriedenheit und die Beschwerden der Mädchen und Burschen werden ebenfalls stark von schulischen Faktoren (Schulzufriedenheit, Beziehung zwischen den Schülerinnen und Schülern, Schulbelastung, Schulleistung) beeinflusst. Kinder und Jugendliche, die die schulischen Determinanten positiv einstufen, ernähren sich auch mit höherer Wahrscheinlichkeit gesund und sind eher suchtmittelabstinent. Besonders stark ist hier der Einfluss der Schulzufriedenheit.
- Der sozioökonomische Status weist von den untersuchten Determinanten den schwächsten, wenngleich immer noch relevanten Effekt auf die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler auf. Das Gesundheits- und Risikoverhalten (Süßigkeiten-, Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegungsverhalten) wird nur teilweise und geringfügig vom sozioökonomischen Status beeinflusst.

zentrale Ergebnisse zu sozialen Determinanten der Gesundheit der Schüler/innen

Entwicklungen in der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten seit 1994

- Die Lebenszufriedenheit ist seit 2002 unabhängig von Alter und Geschlecht leicht gesunken.
- Die Beschwerdelast ist seit 1994 kontinuierlich gesunken, zwischen den beiden letzten Erhebungen 2006 und 2010 allerdings wieder leicht gestiegen. Diese Entwicklung ist unabhängig von Alter und Geschlecht.
- Seit 2002 nimmt der Anteil an Übergewichtigen und Adipösen bei den Burschen laut Selbstbericht kontinuierlich leicht zu. Bei Mädchen zeigt sich zwischen den Erhebungen 2006 und 2010 erstmals ein Anstieg.

zentrale Ergebnisse zur Entwicklung der subjektiven Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens der Schüler/innen seit 1994

- Während sich das Bewegungsverhalten der Mädchen seit 2002 kaum verändert hat, zeigt sich bei den Burschen eine leichte Zunahme an körperlicher Aktivität zwischen 2006 und 2010.
- Der Konsum von Süßigkeiten und süßen Limonaden ist seit 2002 kontinuierlich gestiegen. Dieser Anstieg zeigt sich vor allem bei Mädchen, die 2010 erstmals knapp häufiger als Burschen angeben, täglich Süßigkeiten und Limonaden zu konsumieren.
- Der Anteil der männlichen Raucher nimmt seit 1994 kontinuierlich ab. Bei den Mädchen ist dieser Anteil zwischen 1994 und 1998 stark gestiegen. Seither sinkt er auch bei Mädchen kontinuierlich ab.
- Eine Abnahme des Anteils jener Schülerinnen und Schüler, die wöchentlich Alkohol konsumieren, konnte bei den Burschen mehr oder weniger kontinuierlich seit 1994 festgestellt werden. Bei Mädchen nahm dieser Anteil bis 2002 zu und sinkt seither kontinuierlich ab.

1 Das Konzept „Gesundheit“

In der Mitte des 20. Jahrhunderts kam es kontinuierlich zu einem Umdenken im Verständnis von Gesundheit, welches durch eine neue Definition des Gesundheitsbegriffs als „ein Zustand des vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden und nicht nur das Freisein von Krankheiten oder Behinderung“ durch die WHO (1948) zum Ausdruck kommt. Dieses Gesundheitsverständnis unterscheidet sich stark vom medizinischen Gesundheitsbegriff, welcher Gesundheit primär als das Freisein von Krankheiten, also von körperlichen Dysfunktionalitäten, sieht (Dür, 2011).

So zeigt sich, dass wissenschaftliche Beschreibungen von Gesundheit sehr unterschiedlich sein können. Jede Disziplin, sei es die medizinisch-naturwissenschaftliche, die humanwissenschaftliche oder die sozialwissenschaftliche, hat ihre eigene Konstruktion dessen, was als Gesundheit oder Krankheit gesehen werden kann, wobei diese Ansichten in den letzten 200 Jahren immer weiter auseinander trifteten. Dennoch können sich die verschiedenen Modelle von Gesundheit sinnvoll ergänzen, wobei sie häufig nach den berücksichtigten Kausalfaktoren für die Entstehung von Krankheit und Gesundheit unterschieden werden (Dür, 2011).

Die biomedizinische Sicht berücksichtigt beispielsweise das subjektive Gesundheitsempfinden ausschließlich im Sinne seiner physischen Dimension und beschreibt den Organismus nur nach funktionalen Gesichtspunkten. Es ist deshalb einigermaßen reduktionistisch. Seine Defizite liegen vor allem in der Ausgrenzung sozialer, materieller, emotionaler und psychischer Determinanten von Gesundheit und Krankheit sowie in der Individualisierung, welche keine Aussagen über Gruppen oder Bevölkerungen zulassen (Dür, 2011).

Für die Gesundheitspolitik erfüllt diese Sichtweise ihren Zweck, solange ihr Hauptziel darin besteht, bereits ausgebrochene Krankheiten zu beseitigen oder ihre Ausbreitung - etwa im Rahmen von Impfaktionen - zu verhindern. Unzureichend wird sie jedoch, sobald ein Zustand „körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ festgestellt und gegebenenfalls gefördert werden soll.

In den 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts wurde versucht, dem sich allmählich durchsetzenden ganzheitlichen Gesundheitsverständnis mit einem biopsychosozialen (Engel, 1977; Hurrelmann, 2006; Siegrist, 2005) und sozial-ökologischen (Bronfenbrenner, 1981) Ansatz Rechnung zu tragen, der der tatsächlichen Komplexität der Entstehung von Gesundheit und Krankheit gerecht zu werden versucht. Dem entsprechend modifizierte die WHO ihren Gesundheitsbegriff und definierte Gesundheit neu als „das Ausmaß, in dem Einzelne oder Gruppen in der Lage sind, einerseits ihre Wünsche und Hoffnungen zu verwirklichen und ihre Bedürfnisse zu befriedigen, andererseits aber auch ihre Umwelt zu meistern oder verändern zu können. In diesem Sinne ist Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit ist ein positives Konzept, das die

neues biopsychosoziales Gesundheitsverständnis seit Mitte des 20. Jahrhunderts

disziplinspezifische Definitionen von Gesundheit

Schwerpunkt Funktionalität und Individualisierung aus bio-medizinischer Sicht

unzureichender Begriff zur Förderung eines ganzheitlichen Wohlbefindens

Erweiterung des biomedizinischen Gesundheitsbegriffs um biopsychosoziale und sozial-ökologische Komponenten in den 70er-Jahren

Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen der Menschen ebenso betont wie deren körperliche Leistungsfähigkeit“ (WHO, 1984). Diese Definition rückt die politischen Handlungsmöglichkeiten in den Mittelpunkt, welche zur Erhaltung und Steigerung der Gesundheit der Bevölkerung beitragen können. Dabei geht es natürlich nicht darum, medizinische Diagnosen zu ignorieren oder zu ersetzen, sondern um eine positive Erweiterung des Gesundheitsbegriffes und dessen empirische Untermauerung.

2 Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern

Die Kindheit und Jugend sind jene Lebensphasen, in welcher die Weichen für Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Lebensqualität in späteren Jahren gestellt werden. In dieser Zeit können gesundheitsrelevante Verhaltensweisen erworben und eingeübt, aber auch psychische und physische Gesundheitsressourcen aufgebaut werden (Dür et al., 2009a). Darum ist es besonders wichtig, der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und ihren Einflussfaktoren eine große Bedeutung beizumessen.

Trotz der guten Behandelbarkeit akuter Krankheiten haben sich der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten in den letzten Dekaden wieder leicht, aber kontinuierlich verschlechtert (Dür, 2009). So zeigen Schulkinder nach wie vor Defizite in der körperlichen Gesundheit, wie zum Beispiel eingeschränktes Seh- und Hörvermögen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, der Mundhygiene oder chronische Erkrankungen wie Neurodermitis, Asthma bronchiale oder „Heuschnupfen“ (Dür et al., 2009a; Landesgesundheitsamt Brandenburg, 2004; Ravens-Sieberer & Thomas, 2003) auf.

Des Weiteren finden sich Berichte über Defizite bei der psychischen Gesundheit der Schülerinnen und Schüler, wie beispielsweise Entwicklungsstörungen oder -defizite im Sprachbereich und in der Grob- und Feinmotorik (Landesgesundheitsamt Brandenburg, 2004), aber auch Störungen oder manifeste Erkrankungen wie Angststörungen, depressive Störungen oder ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom) (Dür et al., 2009a; Wittchen, 2000).

Mängel im Gesundheitsverhalten der Schülerinnen und Schüler, welche sich vor allem in unausgewogener oder falscher Ernährung und Bewegungsmangel widerspiegelt, konnten ebenfalls festgestellt werden (Dür et al., 2009a; Landesgesundheitsamt Brandenburg, 2004). Dies kann bereits bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern zu Übergewicht und Adipositas führen. Im Wiener Gesundheitsbericht wird ein Anstieg von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 15 Jahren von rund 10% im Schuljahr 2000/01 auf rund 25% im Schuljahr 2002/03 berichtet (Bachinger et al., 2004; Bachinger & Csitkovics, 2001). Davon scheint ein Drittel adipös zu sein. Diese Ergebnisse sind alarmierend, weil dicke Kinder und Jugendliche häufig zu übergewichtigen Erwachsenen werden (Miller et al., 2004) und ein erhöhtes Risiko tragen, später an adipositasassoziierten Krankheiten (z.B. Diabetes mellitus, KHK, Krebserkrankungen) zu leiden (Nething et al., 2006).

Kindheit und Jugend sind die gesundheitsprägenden Lebensphasen

Verschlechterung des Gesundheitszustands und –verhaltens in den letzten Dekaden

zum Teil Defizite in der psychischen Gesundheit und in der Motorik der Schüler/innen

Mängel im Gesundheitsverhalten (Bewegung, Ernährung) führen zu einem Anstieg an übergewichtigen Kindern und Jugendlichen

**Kinder und Jugendliche
als wichtige Zielgruppe
der Gesundheitsförde-
rung**

Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen können bereits in frühen Jahren geprägt werden. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass der Erfolg von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen, auch in Hinblick auf ihr sozialkompensatorisches Potenzial, umso höher ist, je früher sie im Leben ansetzen (Lampert & Richter, 2009). Infolgedessen sind Kinder und Jugendliche eine der wichtigsten Zielgruppen der Gesundheitsförderung (Richter, 2008).

**Erforschung der Ursa-
chen für Gesundheit und
Gesundheitsverhalten
besonders wichtig**

Um die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen zu fördern, ist es wichtig, die Ursachen von Gesundheit zu erforschen. Dieses Ziel wird in vielen Studien seit den achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts verfolgt. Gesundheit wird hier als ein Produkt der komplexen Lebensumstände begriffen, welches, abgesehen von genetischen Dispositionen, vor allem von sozialen und ökologischen Bedingungen in der Umwelt des Menschen beeinflusst wird. Die „Health Behaviour of School-aged Children-Study“ (HBSC-Studie) hat sich zum Ziel gesetzt, diese Zusammenhänge zu erforschen und den Verlauf über die Zeit zu beobachten, um so Möglichkeiten für (politische) Interventionen aufzuzeigen.

3 Die HBSC-Studie

Für die Analysen in diesem Bericht wurden die Daten der 8. österreichischen „Health Behaviour in School-aged Children Study“ (HBSC-Studie) herangezogen. Es handelt sich hierbei um die größte europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie. In der HBSC-Studie wird die „selbstberichtete“ Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern im Alter von 11, 13 und 15 Jahren und seit 2010 auch der 17-Jährigen systematisch und wiederholt beobachtet. Durch die Konzentration auf diese Altersgruppen kann die Phase des Erwachsenwerdens besonders gut abgebildet werden. Die Wiederholung der Erhebungen ermöglicht es Trends im Zeitverlauf zu erfassen.

Die HBSC-Studie wurde 1982 entwickelt und im Schuljahr 1983/84 erstmals umgesetzt. Österreich ist seit Beginn Teil dieses Forschungsprojekts. Seit 1986 findet die Erhebung im Vierjahresrhythmus statt. Die letzte Erhebung, deren Daten auch in diesem Bericht dargestellt werden, fand im Mai und Juni 2010 statt. 43 Länder (alle Mitgliedstaaten der EU und viele der OECD) beteiligten sich an dieser Studie.

Mit der HBSC-Studie sollen neue Einsichten in und ein gesteigertes Verständnis für die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten sowie den Lebensstil im sozialen Kontext von Kindern und Jugendlichen gewonnen werden. Im speziellen werden folgende Ziele verfolgt (Currie et al., 2010)¹:

- Initiierung und Aufrechterhaltung nationaler und internationaler Forschung zu Gesundheit, Wohlbefinden, Gesundheitsverhalten und dem sozialen Kontext der Gesundheit von Schülerinnen und Schülern;
- theoretische, konzeptuelle und methodische Weiterentwicklung dieser Art von Forschung;
- Monitoring der Gesundheit, des Wohlbefindens, des Gesundheitsverhaltens und des sozialen Kontextes der Gesundheit von Schülerinnen und Schülern;
- Erweiterung des Wissensfundus zu gesundheitsrelevanten Daten, Verbreitung der Ergebnisse;
- Förderung der schulischen Gesundheitsförderung;
- Förderung nationaler Expertise und internationaler Vernetzung im Bereich der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

die aktuelle HBSC-Studie erfasst die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Schüler/innen im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren

die HBSC-Studie fand im Schuljahr 2009/10 in 43 Ländern statt

Ziele der HBSC-Studie

¹ Konzeptuelle Überlegungen und Hintergründe zu den verwendeten Methoden der HBSC-Studie wurden den Forschungsprotokollen der HBSC-Erhebung 2010 entnommen (Griebler et al., 2010; Currie et al., 2010) und werden im weiteren Bericht nicht mehr zitiert.

Erfassung einer Vielzahl von Indikatoren zu Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsdeterminanten

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

Teile des HBSC-Fragebogens

Der HBSC-Fragebogen setzt sich aus drei Teilen zusammen:

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

Erfassung von Hintergrundfaktoren, individuellen und sozialen Ressourcen, Gesundheits- und Risikoverhalten, sowie Gesundheitsergebnisse

Im österreichischen HBSC-Fragebogen sind alle drei Teile enthalten, so dass ein breites Spektrum an Indikatoren abgebildet werden kann. Neben Hintergrundfaktoren (Alter, Geschlecht, Familienwohlstand, etc.) werden auch Informationen zu individuellen und sozialen Ressourcen (Selbstwirksamkeit, Familie, Schule, Peers), dem Gesundheits- und Risikoverhalten (Bewegung, Ernährung, Gewalt, etc.) und den Gesundheitsergebnissen (subjektiver Gesundheitszustand, physische und psychische Beschwerden, Lebenszufriedenheit) erfasst. Die HBSC-Studie bietet somit die Möglichkeit die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und die sozialen Determinanten von Schülerinnen und Schülern sowie ihre Zusammenhänge zu untersuchen und sichtbar zu machen.

schriftliche, freiwillige und anonyme Befragung in den Klassen

In Österreich wird die Studie vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt und finanziert. Die Durchführung der 8. österreichischen HBSC-Erhebung fand unter Leitung von Univ. Doz. Dr. Wolfgang Dür und unter Koordination von Mag. Robert Griebler vom Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR) statt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und anonym. Die Fragebögen inklusive Informationsmaterialien werden an die Schulen in entsprechender Anzahl verschickt. Die Befragung fand, organisiert von einer Lehrperson, während einer Schulstunde in der Klasse statt. Die Fragebögen werden von den Schülerinnen und Schülern eigenständig ausgefüllt und in Kuverts verschlossen. Die gesammelten Kuverts wurden an das LBIHPR retourniert.

Gesamtstichprobe: 6.493; Rücklaufquote: 72%

Zielgruppe dieser Erhebung waren alle Schülerinnen und Schüler im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren, wobei jene aus sonder- und heilpädagogischen Einrichtungen ausgenommen wurden. Die Gesamtstichprobe umfasste 6.493 Mädchen und Burschen und ist nach Alter, Geschlecht, Bundesland und Schultyp repräsentativ für die Gesamtpopulation der gleichaltrigen Schülerinnen und Schüler (Tabelle 1). Die Rücklaufquote von rund 72% kann als gut bewertet werden (Griebler et al., 2011).

Tabelle 1: Das österreichische Sample des 8. HBSC-Schüler/innen-Survey

Geschlecht		Altersgruppen				Gesamt
		11	13	15	17	
Burschen	N	723	848	885	682	3.138
	%	11,1	13,1	13,6	10,5	48,3
Mädchen	N	734	878	935	808	3.355
	%	11,3	13,5	14,4	12,4	51,7
Gesamt	N	1.457	1.726	1.820	1.490	6.493
	%	22,4	26,6	28,0	22,9	100,0

Neben der Erhebung der Gesundheit der Schülerinnen und Schüler finden im Rahmen der HBSC-Studie auch eine Befragung der Schulleitung und der Lehrkräfte statt. Der Fragebogen für die Schulleitung kam in seiner jetzigen Form 2010 erstmals zum Einsatz und umfasste Fragen zu Hintergrundfaktoren bzw. zur Schulcharakteristika (Schultyp, Größe, Zusammensetzung der Schüler- und Lehrerschaft) sowie zu den Rahmenbedingungen für schulische Gesundheitsförderung an der Schule. Der standardisierte Fragebogen steht allen HBSC-Ländern zur Verfügung, sein Einsatz ist jedoch nicht verpflichtend. In Österreich stand er als Online-Fragebogen zur Verfügung.

Die Befragung der Lehrerschaft (2. Austrian Teacher Health Survey) fand 2010 zum zweiten Mal statt, Österreich ist aber bis dato das einzige Land, das HBSC-Gesundheitsdaten der Lehrkräfte erhebt. Der Fragebogen umfasst Indikatoren zu Hintergrundfaktoren, zu individuellen und sozialen Faktoren (Perfektionsstreben, Beanspruchungs- und Erschöpfungserleben, etc; Schule; Familie), zum Gesundheits- und Risikoverhalten (Sport, Rauchen, etc.) sowie zu Gesundheitsergebnissen (subjektiver Gesundheitszustand, Beschwerden, etc.).

Befragung der Schulleitung zu Hintergrundfaktoren bzw. Schulcharakteristika sowie zu den Rahmenbedingungen für schulische Gesundheitsförderung

Befragung der Lehrerschaft zu Hintergrundfaktoren, individuellen und sozialen Faktoren, zum Gesundheitsverhalten und zu Gesundheitsergebnissen

4 Der Gesundheitszustand der österreichischen Schülerinnen und Schüler

In den Gesundheitswissenschaften gibt es Konzepte, die die Komplexität von Gesundheit abbilden sollen. So beschreibt z.B. „Wohlbefinden“ einen Zustand der Entspannung und des Genießens oder „Lebensqualität“ die Erfahrungen in verschiedenen Lebensbereichen wie Schule oder Familie. Das Verhältnis von erwarteter und erreichter Lebensqualität wird als Lebenszufriedenheit bezeichnet (Dür & Griebler, 2007). Auf der anderen Seite müssen auch medizinische Diagnosen und Beschwerden in einem ganzheitlichen Gesundheitskonzept berücksichtigt werden. Die HBSC-Studie versucht viele dieser unterschiedlichen Indikatoren und Ansätze zu erfassen.

es gibt viele unterschiedliche Gesundheitskonzepte

4.1 Subjektiver Gesundheitszustand

Hintergrund

Seit Beginn der Modernisierung hat sich die Gesundheit von Kindern stetig verbessert. Diese positiven Veränderungen können zu einem Großteil auf eine Verringerung der Säuglings- und Kindersterblichkeit und eine Reduktion des Auftretens bzw. der Behandelbarkeit von übertragbaren Krankheiten im Kindesalter zurückgeführt werden (WHO, 2010). In letzter Zeit häufen sich die Anzeichen über eine Abbremsung oder sogar eine rückläufige Entwicklung dieses Trends. Ebenso hat sich das Krankheitsspektrum verändert: heute sind es vor allem chronische Krankheiten (z.B. Allergien), psychische und psychosomatische Beschwerden sowie Verhaltensauffälligkeiten (z.B. ADHS), von denen Kinder und Jugendliche betroffen sind (Krombholz, 2011).

Abbremsung der positiven Entwicklung in der Gesundheit der Kinder und Jugendlichen

Es ist daher wichtig, immer wieder aktuelle Informationen zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen zu gewinnen. Als wichtig in diesem Zusammenhang erweist sich die subjektive Gesundheit, welche gesundheitsbezogene Wahrnehmungen und Empfindungen durch eine subjektive Einschätzung durch die Betroffenen selbst widerspiegelt (Dür, 2011). Studien berichten, dass die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands zwar von sozialen Determinanten beeinflusst wird, aber dennoch häufig mit dem tatsächlichen mentalen oder physischen Gesundheitszustand zusammenhängt und so auch Hinweise auf versteckte Morbidität geben kann (Singh-Manoux et al., 2006).

subjektiver Gesundheitszustand als guter Indikator für tatsächliches mentales und physisches Befinden

Methode

Erfassung des subjektiven Gesundheitszustands mit einer Frage

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

sehr gute Übereinstimmungen mit anderen Gesundheitsmessungen

Dieses so genannte EGFP-Item ist ein gängiges Instrument zur Messung der subjektiven Gesundheit. Studien haben gezeigt, dass dieses Item sehr gute Übereinstimmungen mit anderen Gesundheitsmessungen liefert (Stewart & Ware, 1992; Ware, Jr. & Sherbourne, 1992).

Itembox 1: Subjektiver Gesundheitszustand

Wie würdest du deinen Gesundheitszustand beschreiben?

- ausgezeichnet – gut – eher gut – schlecht

Ergebnisse

37,2% geben eine ausgezeichnete Gesundheit an

37,2%² der Schülerinnen und Schüler geben an über eine ausgezeichnete Gesundheit zu verfügen und fast die Hälfte (48,5%) schätzt die eigene Gesundheit immer noch als „gut“ ein. 11,8% bewerten sie als nur „eher gut“ und 2,5% geben einen schlechten Gesundheitszustand an.

Mädchen schätzen ihre Gesundheit schlechter ein als Burschen

Insgesamt schätzen Mädchen ihre Gesundheit schlechter ein als Burschen: Während der Anteil der Burschen, die ihre Gesundheit als ausgezeichnet einstufen, bei 44,3% liegt, ist dieser Prozentsatz mit 30,6% bei den Mädchen deutlich geringer.

schlechtere Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands mit zunehmendem Alter

Ebenso weist das Alter einen starken Effekt auf die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands auf, welche mit dem Älterwerden deutlich schlechter wird: Der Anteil jener, die ihre Gesundheit als „ausgezeichnet“ einstufen, sinkt von 46,6% bei den 11-Jährigen auf 29,3% bei den 17-Jährigen. Gegengleich steigen die Angaben von allen drei anderen Kategorien konstant an (Abbildung 1). Es zeigt sich keine Verlagerung auf eine bestimmte Kategorie.

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

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

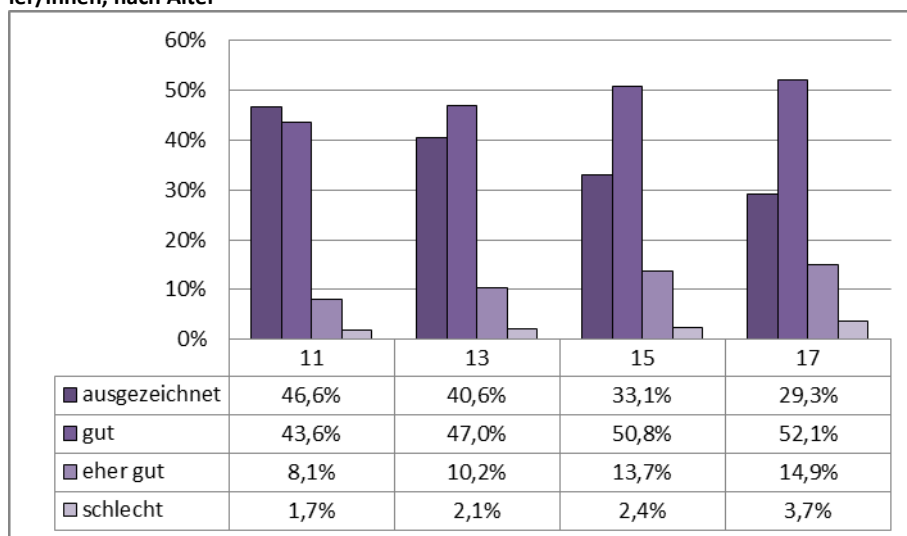
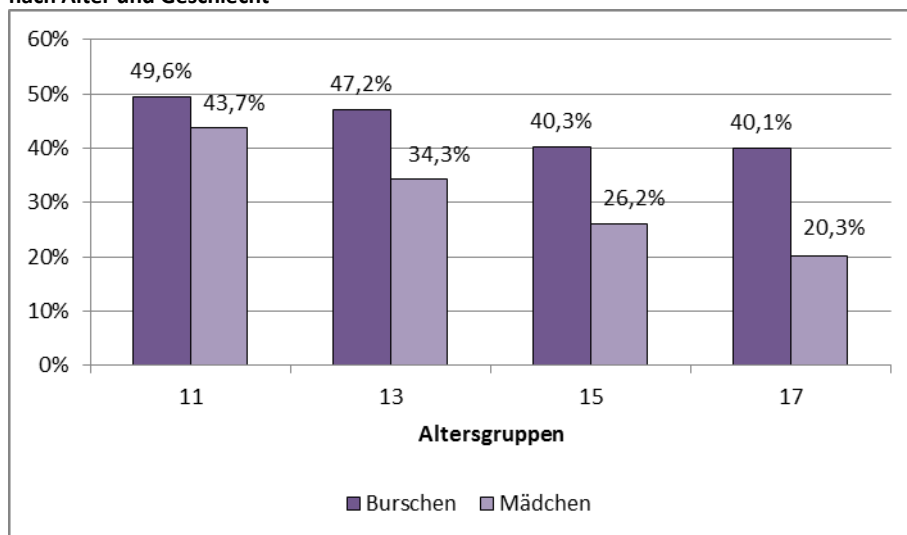


Abbildung 2 zeigt, dass auch die Differenz zwischen den Geschlechtern mit dem Alter noch weiter wächst. Während im Alter von 11 Jahren der Unterschied nur knapp 6% beträgt, geben 17-jährige Burschen fast doppelt so oft (40,1%) an, über einen ausgezeichneten Gesundheitszustand zu verfügen als Mädchen (20,3%).

Unterschiede zwischen den Geschlechtern steigen mit dem Alter

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



4.2 Lebenszufriedenheit

Hintergrund

Lebenszufriedenheit bezieht sich auf das Leben als Ganzes

Gesundheitsbezogene Wahrnehmungen und Empfindungen können auch über das Konzept der Lebenszufriedenheit abgebildet werden. Lebenszufriedenheit ist eine globale Beurteilung des eigenen Lebens und erfasst nicht nur die gesundheitsorientierte Zufriedenheit mit dem Leben. Nach Veenhoven (1996:6) beschreibt das Konzept Lebenszufriedenheit (life satisfaction) „the degree to which a person positively evaluates the overall quality of his/her life as-a-whole. In other words, how much the person likes the life he/she leads“. Das Konzept der Lebenszufriedenheit bezieht sich somit auf das Leben als Ganzes und ist umfassender als das Konzept der subjektiven Gesundheit. Gesundheitliche Probleme werden in Relation zum gesamten Leben betrachtet und bewertet. Bei Jugendlichen gelten vor allem Erfahrungen und Beziehungen im Kontext der Familie als besonders starke Einflussfaktoren auf die Lebenszufriedenheit.

Methode

Messung der Lebenszufriedenheit mit der „Cantril Ladder“

Seit 2002 ist die Erfassung der Lebenszufriedenheit Teil des HBSC-Fragebogens. Das HBSC-Item, welches zu diesem Zweck herangezogen wird, misst die generelle Lebenszufriedenheit. Es handelt sich um eine der Zielgruppe entsprechend leicht adaptierte Form der Cantril Ladder (Cantril, 1965), welche sich als valides Messinstrument für die Lebenszufriedenheit bei Erwachsenen erwiesen hat. Dabei wird das Bild einer Leiter verwendet, welche die Einschätzung des eigenen Lebens vereinfachen soll. Die Bewertung findet von null bis zehn statt, wobei null für das schlechteste mögliche und 10 für das beste mögliche Leben steht (Itembox 2).

Itembox 2: Lebenszufriedenheit

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

- Zahlenwert von 0 bis 10

Ergebnisse

durchschnittliche Lebenszufriedenheit = 7,53; schlechtere Lebenszufriedenheit bei Mädchen

Im Durchschnitt geben die österreichischen Kinder und Jugendlichen ihre Lebenszufriedenheit mit 7,53 auf einer Skala von null bis zehn an, wobei null das schlechteste mögliche und 10 das beste mögliche Leben darstellt. Wie auch bei der subjektiven Gesundheit schätzen Mädchen mit 7,35 ihre Lebenszufriedenheit signifikant niedriger ein als Burschen (7,72). Es handelt

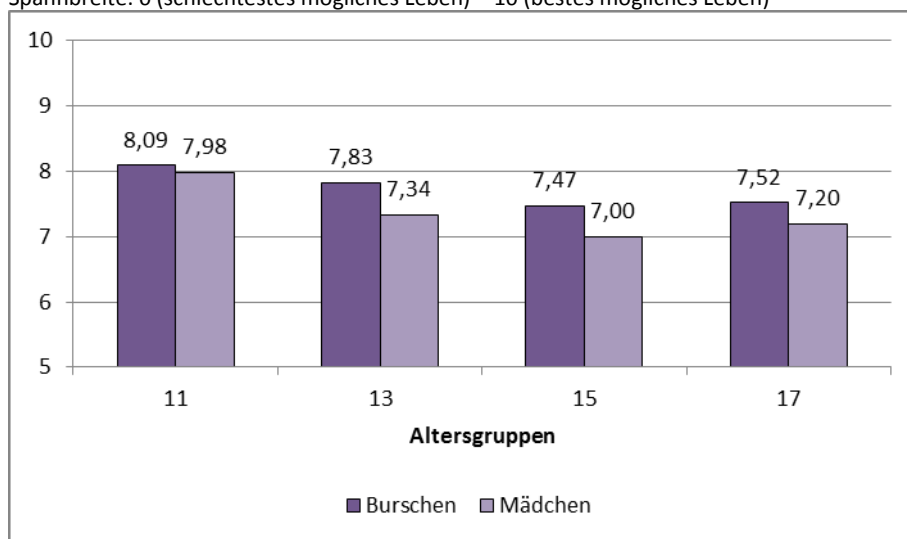
sich hierbei um einen leichten Effekt (Cohen's $d^3=0,2$). Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass die Unterschiede zwischen Burschen und Mädchen in der Einschätzung ihrer Lebenszufriedenheit im Alter von 13 und 15 Jahren am größten sind (Abbildung 3).

Die mittlere Lebenszufriedenheit sinkt konstant bis zum Alter von 15 Jahren (von 8,0 auf 7,2) und steigt dann mit 17 Jahren wieder leicht an (auf 7,4). Der Effekt des Alters auf die Lebenszufriedenheit liegt im mittleren Bereich (Cohen's $d=0,42$).

Verringerung der Lebenszufriedenheit bis zum Alter von 15 Jahren

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

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



4.3 Beschwerdelast

Hintergrund

Neben der subjektiven Gesundheit und der Lebenszufriedenheit, welche eher globale Befindlichkeiten beschreiben, wird in der HBSC-Befragung ergänzend die subjektive Beschwerdelast zur Erfassung des Gesundheitszustands erhoben. Psychische und physische Beschwerden beeinflussen nicht nur das individuelle Wohlbefinden und die alltägliche und soziale Funktionsfähigkeit, sondern stellen auch Anforderungen an das Gesundheitssystem dar (Dür et al., 2011). Es zeigt sich, dass solche Beschwerden bei Jugendlichen öfters vorkommen und meistens eher als Bündel von Beschwerden denn als einzelne Symptome auftreten (Ravens-Sieberer et al., 2008a).

Erfassung des Gesundheitszustands über die subjektive Beschwerdelast

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

umfasst selbstberichtete körperliche, psychische und psychosomatische Beschwerden

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

Methode

Erfassung mit der „Health Behaviour in school-aged Children Symptom Checklist“

Die subjektive Beschwerdelast wird im HBSC-Fragebogen mittel HBSC-SCL (Health Behaviour in school-aged Children Symptom Checklist) erhoben. Diese Fragebatterie erfasst die Häufigkeit des Auftretens von acht weitverbreiteten körperlichen und psychischen Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen: Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, ein allgemein schlechter Gefühlszustand, schlechte Laune/Gereiztheit, Nervosität, Einschlafschwierigkeiten und Schwindelgefühle (Ravens-Sieberer et al., 2008a).

Berechnung eines Index, der die Beschwerdelast ausdrückt

Die einzelnen Items können mittels eines von Ravens-Sieberer et al. (2008a) entwickelten Algorithmus zu einem Index zusammengefasst werden. Der Index, welcher von 0 „keine Beschwerdelast“ bis 100 „hohe Beschwerdelast“ reicht, stellt ein intervallskaliertes Maß für die individuelle Beschwerdelast dar. In einer großen internationalen Studie, die zur Entwicklung des Algorithmus diente, betrug der Mittelwert 38,5, die Standardabweichung 12,1, wobei Werte zwischen 40 und 50 bereits als relativ hoch zu bezeichnen sind (Ravens-Sieberer et al., 2008a).

Itembox 3: Beschwerdelast

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

Kopfschmerzen, Magen-/Bauchschmerzen, Rücken-/Kreuzschmerzen, Fühle mich allgemein schlecht, Bin gereizt oder schlecht gelaunt, Fühle mich nervös, Kann schlecht einschlafen, Fühle mich benommen, schwindlig

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

Ergebnisse

durchschnittliche Beschwerdelast = 34,25; ältere Schüler/innen haben eine höhere Beschwerdelast

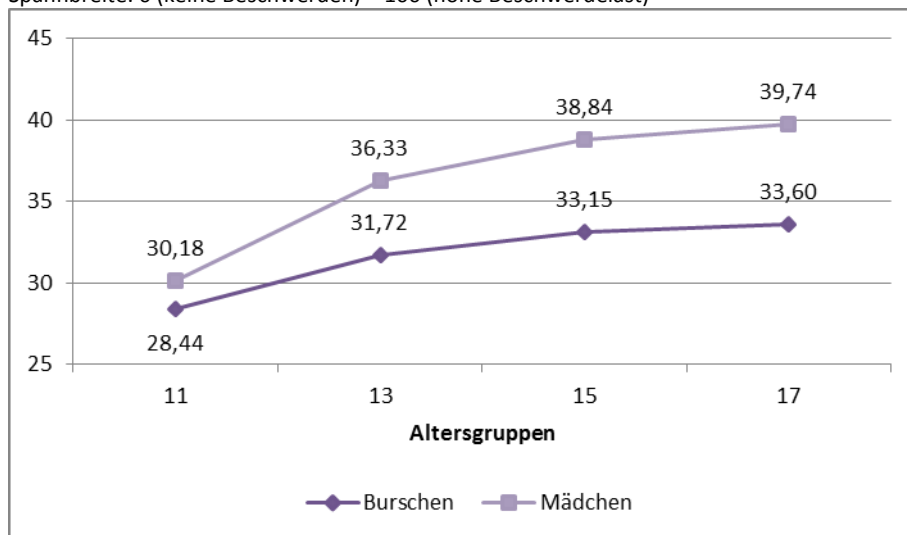
Insgesamt geben die österreichischen Kinder und Jugendlichen eine durchschnittliche Beschwerdelast von 34,25 an. Es lassen sich allerdings auch in dieser Variable deutliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen und den Geschlechtern erkennen: Ältere Schülerinnen und Schüler zeigen eine höhere Beschwerdelast als jüngere, wobei es vor allem zwischen 11 und 13 Jahren zu einer starken Erhöhung der Beschwerdelast kommt. Zwischen dem Alter von 13 und 17 Jahren wächst die Beschwerdelast langsam, aber konstant weiter an. Der Unterschied zwischen den 11- und den 17-jährigen Schülerinnen und Schülern ist mit einem Cohen's *d* von 0,61 mittelstark bis stark.

Mädchen berichten generell häufiger über Beschwerden als Burschen (Cohen's $d=0,36$). Auch die Differenz zwischen den Geschlechtern steigt vor allem zwischen 11 und 13 Jahren stark an und nimmt dann weiter konstant zu (Abbildung 4).

höhere Beschwerdelast bei Mädchen

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

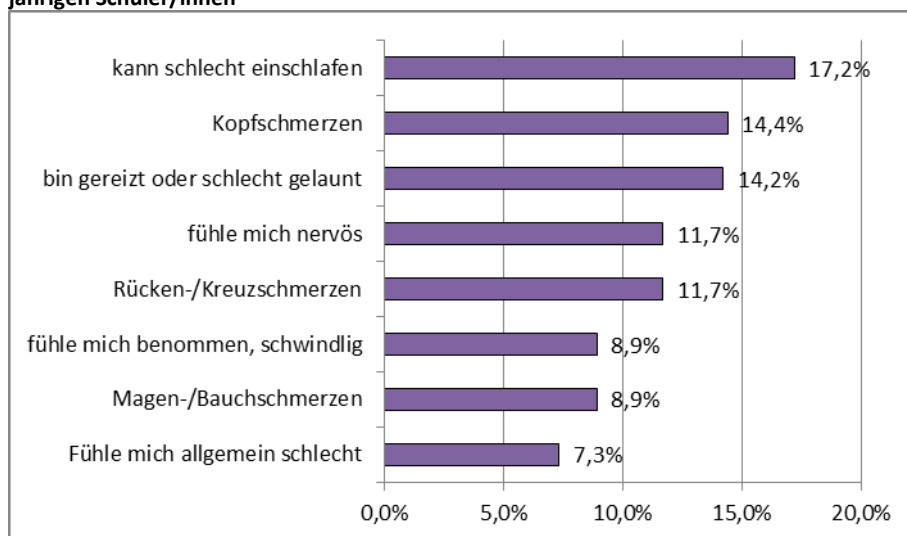
Spannbreite: 0 (keine Beschwerden) – 100 (hohe Beschwerdelast)



Betrachtet man die einzelnen Beschwerden, so zeigt sich, dass die Mädchen und Burschen am häufigsten unter Einschlafstörungen leiden (17,2%). Des Weiteren berichten über 14% der österreichischen Schülerinnen und Schüler von Kopfschmerzen oder Gereiztheit, die mehrmals pro Woche oder sogar täglich auftreten (Abbildung 5). Ebenso sind Nervosität und Rückenschmerzen mit einem Anteil von fast 12% bei Kindern und Jugendlichen stark verbreitet.

häufigste Beschwerde: Einschlafstörungen

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



4.4 Chronische Erkrankungen

Hintergrund

**steigende Zahl
chronischer Erkrankun-
gen bei Kindern und
Jugendlichen**

In den letzten Jahrzehnten sind chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter im Steigen, was auf zwei wesentliche Entwicklungen zurückzuführen ist: Erstens wurden bedeutende medizinische Fortschritte erzielt, die es ermöglichen, mit Krankheiten (z.B. Krebs), die früher zum Tod geführt hätten, länger zu leben. Zweitens hat sich das Krankheitsspektrum weg von Infektionskrankheiten und hin zu modernen Zivilisationskrankheiten wie beispielsweise Diabetes Typ II oder Adipositas entwickelt.

**Prävalenz von
10 bis 30% im Kindes-
und Jugendalter**

Die Prävalenz solcher chronischen Erkrankungen liegt – abhängig von der verwendeten Definition – zwischen 10% und 30% im Kindes- und Jugendalter (Kamtsiuris et al., 2007; Noeker & Petermann, 2008). Nach Stein et al. (1993) kann dann von einer chronischen Erkrankung gesprochen werden, wenn eine physische, psychische und soziale Funktionseinschränkung, die mindestens ein Jahr vorliegt und mindestens eine Folgebelastung nach sich zieht, wie beispielsweise funktionelle Einschränkung der Rollen und Aktivität oder die Notwendigkeit von kompensatorischen Maßnahmen bzw. die einen erhöhten Bedarf an medizinisch psychologischer Versorgung mit sich bringt.

**mögliche Folgen:
Einschränkungen der
Lebensqualität und
Probleme in der Schule**

Analysen belegen, dass Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen an einer eingeschränkten Lebensqualität leiden können (Ravens-Sieberer et al., 2008b). Chronische Erkrankungen können außerdem zu Problemen in der Schule führen (Unterweger & Felder-Puig 2011 – in Druck).

Methode

**Erfassung mit einem
Einzelitem**

In der HBSC-Befragung werden chronische bzw. lang andauernde Erkrankungen oder Behinderung mit einer einzelnen Frage erhoben (Itembox 4). Die Frage wurde 2002 erstmals in Kanada und Finnland in der HBSC-Studie erprobt (Boyce et al., 2009) und anschließend in adaptierter Form für alle HBSC-Länder als optionale Frage angeboten. Mit diesem Item wird die allgemeine Prävalenz chronischer Erkrankungen erfasst.

Itembox 4: chronische Erkrankungen

Hast du eine lang andauernde bzw. chronische Erkrankung oder Behinderung (Diabetes, Arthritis, Allergie, zerebrale Lähmung, etc.), die von einem Arzt / einer Ärztin diagnostiziert wurde?

- 2-teilig: ja - nein

**keine vollständige
Erfassung schwächerer
Erkrankungsformen
möglich**

Bei schweren, medizinisch manifesten Fällen von chronischen Erkrankungen kann davon ausgegangen werden, dass Kinder und Jugendliche im befragten Alter über die Diagnose Bescheid wissen. Allerdings ist es durchaus möglich, dass schwächere Erkrankungsformen (z.B. von Allergien) nicht er-

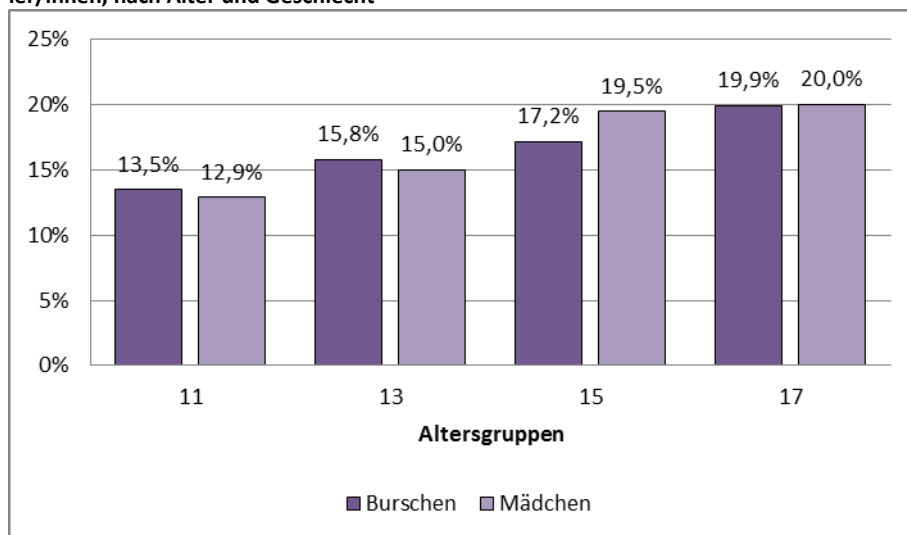
hoben werden, wenn diese nicht ärztlich diagnostiziert und somit nicht behandelt werden.

Ergebnisse

16,8% der österreichischen Schülerinnen und Schüler geben an, dass bei ihnen eine lang andauernde Erkrankung oder Behinderung diagnostiziert wurde. Es konnten keine Unterschiede zwischen Burschen und Mädchen festgestellt werden (Burschen: 16,6%, Mädchen: 16,9%). Der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit einer diagnostizierten chronischen Erkrankung oder Behinderung nimmt mit dem Alter konstant bei beiden Geschlechtern zu (Abbildung 6).

16,8% haben eine chronische Erkrankung oder Behinderung

Abbildung 6: Prävalenz chronischer Erkrankungen der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



4.5 Verletzungen

Hintergrund

Früher waren Infektionskrankheiten die häufigste Todesursache bei Kindern und Jugendlichen. Durch verbesserte Hygienebedingungen und Behandlungsmöglichkeiten, sind nun Unfälle und Verletzungen die Todesursache Nummer eins im Alter von 10 bis 19 Jahren (Harvey et al., 2009). Hinzu kommen noch rund zehn Millionen weiterer Verletzungen, die ernst genug sind, um ärztlich versorgt werden zu müssen oder sogar zu einer Behinderung führen ohne jedoch tödlich zu sein (Bayer, 2006; Harvey et al., 2009; WHO, 2006).

Unfälle und Verletzungen sind Todesursache Nr. 1 bei 10- bis 19-Jährigen

Die Verletzungshäufigkeit steigt in der Adoleszenz stark an und kann als Indikator für einen bestimmten Lebensstil, der von risikoreichen, gesund-

Verletzungshäufigkeit als Indikator für einen risikoreichen Lebensstil

heitsschädlichen Verhaltensweisen geprägt ist, gesehen werden (Jessor & Jessor, 1980; Michaud et al., 1998).

Unfälle und Verletzungen können durch bestimmte Maßnahmen vermieden werden

Unfälle und daraus resultierende Verletzungen können durch verhaltensorientierte (z.B. Erlernen des Umgangs mit Risiko) als auch verhältnisorientierte Maßnahmen (z.B. Sicherheitsmaßnahmen) vermieden werden (Harvey et al., 2009; Hyder et al., 2009). Darum ist die Erfassung von Verletzungen eine wichtige Komponente der HBSC-Studie mit gesundheitspolitischer Relevanz.

Methoden

Erfassung bedeutsamer Verletzungen (Kriterium: medizinische Behandlung)

In der HBSC-Befragung wird versucht, lediglich bedeutsame Verletzungen zu erfassen und jene auszuschließen, die als Alltagsverletzungen (z.B. in den Finger schneiden) bezeichnet werden. Zur Abgrenzung wird hierfür das gebräuchliche Kriterium von medizinischer Behandlung herangezogen, wodurch die Konsistenz zu anderen Studien hergestellt und die Ergebnisse vergleichbar gemacht werden. Eine einzelne Frage fragt nach den Verletzungen in den letzten zwölf Monaten (Itembox 5). Das Item stammt aus der 1988 Child Health Supplement to the U.S. National Health Interview Survey (CHS-NHIS) und ist seit 1994 Teil der HBSC-Befragung (Currie et al., 2010).

Itembox 5: Verletzungen

Viele junge Leute verletzen sich bei verschiedenen Aktivitäten und an verschiedenen Orten, zum Beispiel beim Sport, im Straßenverkehr, beim Spielen zu Hause oder am Spielplatz, aber auch bei Raufereien und Kämpfen. Zu den Verletzungen zählen auch Verbrennungen und Vergiftungen, jedoch keine Krankheiten wie Masern oder Grippe. Die folgende Frage befasst sich mit Verletzungen, die du während der letzten 12 Monate hattest.

Wie oft warst du während der letzten 12 Monate verletzt, so dass du von einem Arzt / einer Ärztin oder einer Krankenschwester / einem Krankenpfleger behandelt werden musstest?

- 5-teilig: *keinmal – einmal – zweimal – dreimal – viermal oder öfter*

Ergebnisse

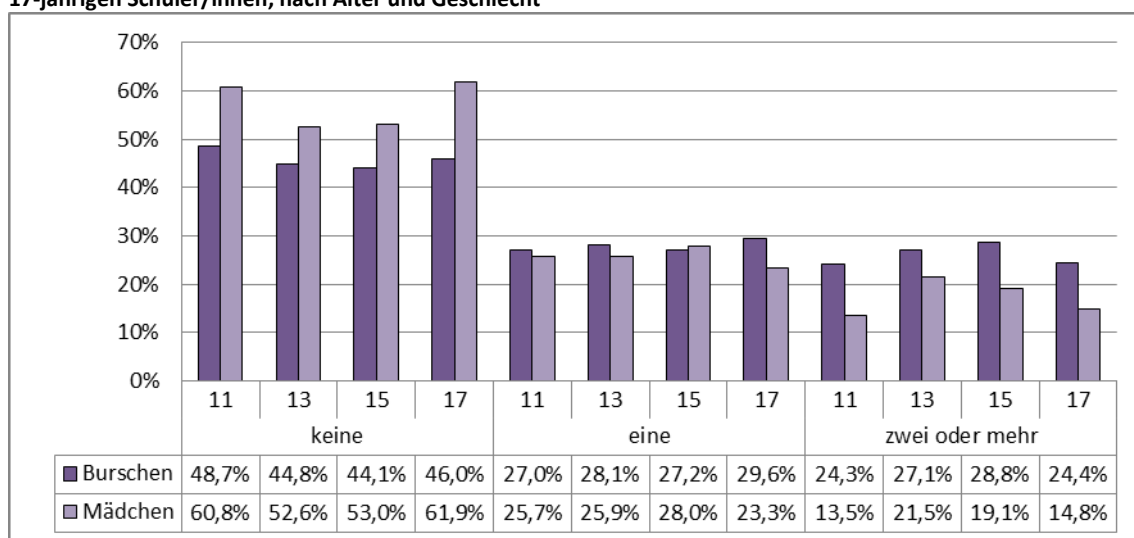
51,5% hatten keine bedeutsamen Verletzungen im letzten Jahr

Über die Hälfte (51,5%) der österreichischen Schülerinnen und Schüler gibt an, in den letzten zwölf Monaten nicht so verletzt gewesen zu sein, dass sie von einem Arzt bzw. einer Ärztin oder einer Krankenschwester bzw. einem Krankenpfleger behandelt werden mussten. Rund ein Viertel (26,8%) berichtet von einer solchen Verletzung in den letzten zwölf Monaten und über ein Fünftel (21,7%) war zweimal oder öfter verletzt.

Burschen zeigen eine höhere Verletzungshäufigkeit als Mädchen

Die Verletzungshäufigkeit ist in allen Altersstufen bei Burschen deutlich höher als bei Mädchen. Die Differenz zwischen Burschen und Mädchen ist vor allem in den Altersgruppen von 11 und 17 Jahren besonders groß (Abbildung 7). Das ist darauf zurückzuführen, dass in diesen Alterskategorien der Anteil jener Mädchen, die keine Verletzungen berichten, besonders hoch ist (jeweils über 60%).

Abbildung 7: Verletzungshäufigkeit innerhalb der letzten 12 Monate der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



Im Altersverlauf zeigt sich, dass die Verletzungshäufigkeit zwischen dem Alter von 11 und 13 Jahren steigt (von 45,2% auf 51,2%), zwischen 13 und 15 Jahren (51,2% bzw. 51,3%) relativ konstant bleibt und dann mit 17 Jahren wieder auf das Niveau der 11-Jährigen sinkt (45,4%).

Anstieg der Verletzungshäufigkeit zwischen 11 und 13, Rückgang zwischen 15 und 17 Jahren

4.6 Übergewicht und Körperwahrnehmung

Hintergrund

Übergewicht und Adipositas sind ein weltweites Problem (Chopra et al., 2002). In der Kindheit an Übergewicht oder Adipositas zu leiden hat einen negativen Einfluss auf die aktuelle und zukünftige Gesundheit (Ebbeling et al., 2002; Reilly et al., 2005; Williams et al., 2005). Adipositas kann zu Depressionen (Kim & Kim, 2001; Neumark-Sztainer et al., 2002) einem niedrigen Selbstwertgefühl (Dietz, 1998), einer eingeschränkten Lebensqualität (Williams et al., 2005), einer eingeschränkten Fruchtbarkeit im Erwachsenenalter (Jokela et al., 2008) oder zu einem später erhöhten Risiko für Diabetes Typ II oder kardiovaskuläre Erkrankungen (Katzmarzyk et al., 2003; Lawrence et al., 1991) führen.

Übergewicht und Adipositas als weltweites Problem mit vielen möglichen Folgen

Gleichzeitig mit der steigenden Prävalenz von Übergewicht und Adipositas steigt auch die Unzufriedenheit mit dem Körpergewicht und dem Körper insgesamt (Cash et al., 2004), wobei ein negatives Körperbild nicht immer unbedingt mit Übergewicht zusammenhängen muss. Viele leiden an solch einem negativen Selbstbild trotz eines gesunden Gewichts und guter Körperproportionen.

gleichzeitig steigende Prävalenz von Übergewicht und negativem Körperbild

Die Körperwahrnehmung ist stark beeinflusst von biologischen, psychologischen, sozialen und kulturellen Faktoren. Der Großteil der Probleme mit

Beginn der Probleme mit dem Körperbild in der Jugend

Folgen eines negativen Körperbildes sind häufig ungesunde Maßnahmen zur Gewichtsreduktion

dem Körperbild beginnt in der Adoleszenz, wo sie zum Teil auch besonders stark von den Medien beeinflusst werden (Andrist, 2003).

Gesundheitspolitisch ist eine negative Körperwahrnehmung besonders deswegen ein Problem, da diese oft mit Maßnahmen zur Gewichtsreduktion verbunden ist. Zwar gibt es gesunde Maßnahmen (z.B. Sport, gesunde Ernährung), tatsächlich werden aber oft ungesunde Maßnahmen (z.B. Fasten, Rauchen, extreme Diäten oder extremer Sport) zur Gewichtsreduktion angewandt. Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper ist außerdem verbunden mit Substanzkonsum (Kaufman & Augustson, 2008; Nieri et al., 2005), einem geringen Selbstwertgefühl (Tiggemann, 2005; Verplanken & Velsvik, 2008; Williams & Currie, 2000) oder einer eingeschränkten psychischen Gesundheit (Brausch & Muehlenkamp, 2007; Daniels, 2005; Meland et al., 2007).

Methode

selbstberichtete Angaben zur Berechnung des BMI

Zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas wurde der Body Mass Index (BMI) berechnet, welcher sich aus Gewicht und Körpergröße zusammensetzt ($BMI = \text{kg}/\text{m}^2$). Diese Daten basieren auf selbstberichteten Angaben der Schülerinnen und Schüler (Itembox 6). Wie bei allen selbstberichteten Variablen sind auch hier die erhobenen Daten nicht so präzise, wie sie es bei tatsächlichen Messungen wären. Validierungsstudien haben gezeigt, dass die angegebene Körpergröße im Schnitt etwas höher und das Körpergewicht etwas niedriger ist als die tatsächlichen Werte. Dies führt zu einer Unterschätzung des mittleren BMI. Diese Verzerrungen sind stärker bei Mädchen, bei höherem Alter und bei höheren BMI-Werten anzufinden. Dennoch können diese Werte eine gute Orientierung, vor allem bezüglich des Trends über die Jahre und in Zusammenhang mit Lebensstilfaktoren liefern.

Itembox 6: Übergewicht und Körperwahrnehmung

Wie viel wiegst du ohne Kleidung?

- *Gewicht in kg*

Wie groß bist du ohne Schuhe?

- *Größe in cm*

Glaubst du, dass du ...

- *5-teilig: viel zu dünn bist? – ein bisschen zu dünn bist? – ungefähr das richtige Gewicht hast? – ein bisschen zu dick bist? – viel zu dick bist?*

Einschätzung der Prävalenz mittels Grenzwerten für Kinder und Jugendliche

Um den BMI von Kindern und Jugendlichen einschätzen zu können, wurden von Cole et al. (2000) mittels eines komplexen Verfahrens auf Grundlage der Perzentilkurven Grenzwerte zu Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen entwickelt, welche ab dem 19. Lebensjahr in die Werte für Erwachsene übergehen (Tabelle 2). Diese Werte wurden auch für die Einschätzung der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas der österreichischen Schülerinnen und Schüler herangezogen.

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

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

Die subjektive Körperwahrnehmung bezogen auf das Körpergewicht wurde anhand eines Einzelitems erfasst, welches fragt, ob sich die Schülerin bzw. der Schüler für zu dick oder zu dünn hält, oder der Meinung ist, das richtige Gewicht zu haben (Itembox 6).

Erfassung der subjektiven Körperwahrnehmung mit Einzelitem

Ergebnisse

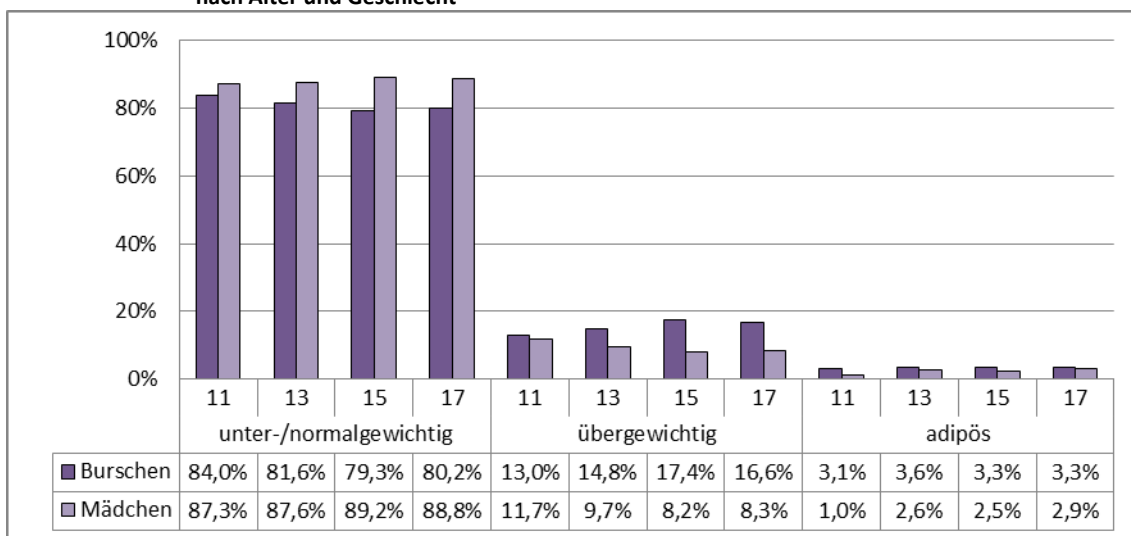
Da die Angaben zu Körpergröße und Körpergewicht nicht gemessen werden, sondern auf selbstberichteten Daten beruhen, sind die Ergebnisse des Body-Mass-Index (BMI) mit Vorsicht zu beurteilen. Laut diesen Angaben sind 84,9% (Mädchen: 88,3%, Burschen: 81,3%) der Schülerinnen und Schüler als unter- oder normalgewichtig, 12,3% (M: 9,3%, B: 15,4%) als übergewichtig und 2,8% (M: 2,3%, B: 3,3%) als adipös einzustufen. Burschen haben eine höhere Prävalenz von Übergewicht bzw. Adipositas, wobei die Differenz zwischen den Geschlechtern zwischen 11 und 15 Jahren kontinuierlich leicht zunimmt und dann annähernd gleich bleibt (Abbildung 8).

12,3% sind laut Selbstbericht übergewichtig; 2,8% adipös; die tatsächlichen Fallzahlen sind aber sicherlich höher

Der Anteil an übergewichtigen bzw. adipösen Kindern und Jugendlichen bleibt – mit Ausnahme eines leichten Zuwachses zwischen 11 und 15 Jahren bei den Burschen – über alle Altersgruppen relativ konstant.

über alle Altersgruppen relativ konstant

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



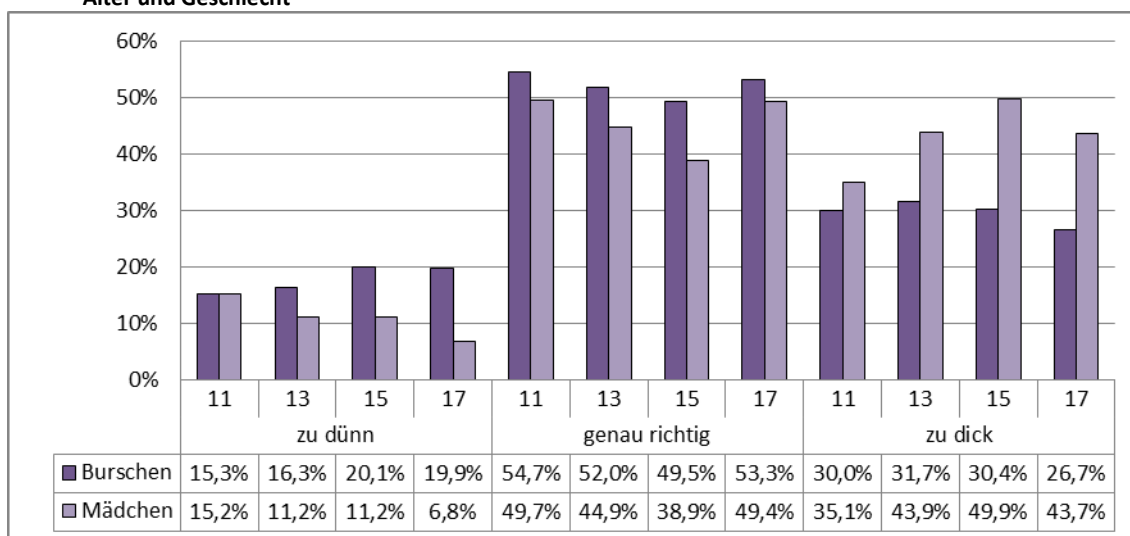
**14% fühlen sich zu dünn;
37% zu dick**

Umso überraschender sind die Ergebnisse zur Körperwahrnehmung der Schülerinnen und Schüler. Weniger als die Hälfte (48,6%) gibt an, „ungefähr das richtige Gewicht“ zu haben. Rund 14% fühlen sich „zu dünn“ und 37% „zu dick“, wobei sich hier große Unterschiede zwischen den Geschlechtern feststellen lassen. Insgesamt ist der Anteil jener, die angeben „ungefähr das richtige Gewicht“ zu haben, bei den Burschen (52,3%) deutlich höher als bei den Mädchen (45,3%). Außerdem ist zu beobachten, dass Burschen häufiger die Kategorie „zu dünn“ auswählen (M: 11,0%, B: 18,0%), wohingegen Mädchen sich öfters der Kategorie „zu dick“ zuordnen (M: 43,7%, B: 29,8%).

**ältere Mädchen fühlen
sich häufiger zu dick**

Das Gefühl „zu dick“ zu sein nimmt mit dem Älterwerden bei Mädchen zu (Abbildung 9), obwohl der Anteil der Schülerinnen mit einem erhöhten BMI relativ konstant bleibt. Der Anteil jener Mädchen, die sich selbst als „zu dick“ sehen, steigt von einem guten Drittel (35,1%) bei den 11-Jährigen auf fast die Hälfte (49,9%) bei den 15-Jährigen. Mit 17 Jahren geht dieser Anteil wieder auf ca. jenen der 13-Jährigen zurück.

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



4.7 Zahngesundheit

Hintergrund

Erkrankungen an Zähnen und Zahnfleisch sind weltweit sehr weit verbreitet. Sie verursachen nicht nur Schmerzen, Unbehagen und eine Verringerung der Lebensqualität, sondern kosten auch viel Geld. Die häufigsten Erkrankungen der Mundhöhle, nämlich Karies und Parodontose, könnten jedoch durch die Aneignung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen, wie zum Beispiel zweimal-tägliches-Zähneputzen oder die Nutzung fluoridhaltiger Zahnpaste, weitgehend verhindert werden (Loe, 2000).

Das Zahnputzverhalten wird bereits früh in der Kindheit, wenn der Einfluss der Eltern noch groß ist, weitestgehend gefestigt (Choo et al., 2001; Honkala et al., 1983; Poutanen et al., 2006) und ist später nur noch schwer veränderbar.

Es hat sich außerdem gezeigt, dass Risikoverhaltensweisen selten einzeln vorkommen, sondern sich eher zu einem Cluster aus verschiedenen gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen kumulieren (Camenga et al., 2006; Fisher et al., 1991; Katzmarzyk et al., 2003; Koivusilta et al., 2003; Raitakari et al., 1995; Rajala et al., 1980). Unzureichendes Zahnputzverhalten ist ein solches Verhalten, das oft mit anderen, wie zum Beispiel Rauchen, Alkoholkonsum oder dem Konsum von Süßigkeiten, verbunden ist (Koivusilta et al., 2003; Rajala et al., 1980).

Zahngesundheit ist stark assoziiert mit Zahnpflege

Zahnputzverhalten wird in der Kindheit geprägt

schlechte Mundhygiene hängt oft mit anderen gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen zusammen

Methode

Erfassung mit einem Einzelitem

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

Itembox 7: Zahngesundheit

Wie oft putzt du dir die Zähne?

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

Ergebnisse

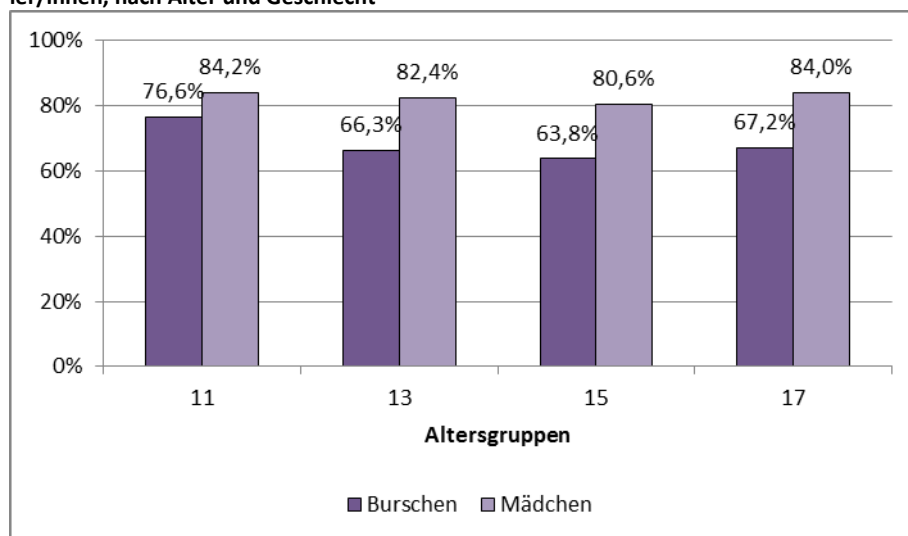
75,6% putzen sich mehrmals täglich die Zähne; Mädchen häufiger als Burschen

Der Großteil (75,6%) der österreichischen Schülerinnen und Schüler im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren putzt sich mehrmals täglich die Zähne. Allerdings trifft dies auf Mädchen weit häufiger zu als auf Burschen (82,7% vs. 68,0%). Das zeigt jedoch auch, dass fast ein Viertel (24,4%) der Kinder und Jugendlichen sich maximal einmal täglich die Zähne putzen und somit eine unzureichende Mund- und Zahnhygiene aufweisen.

Zahnputzverhalten ist über das Alter hinweg relativ konstant

Bei den Mädchen ist das Zahnputzverhalten über das Alter hinweg relativ konstant. Bei den Burschen ist jedoch der Anteil jener, die sich mehrmals täglich die Zähne putzen, zwischen 11 und 13 Jahren rückläufig und bleibt dann mit leichten Schwankungen relativ konstant. Insgesamt können hier also die Ergebnisse früherer Studien bestätigt werden, dass das Zahnputzverhalten bereits in früher Kindheit erlernt und später beibehalten wird.

Abbildung 10: Mehrmals tägliches Zähneputzen der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



5 Gesundheits- und Risikoverhalten

Gesundheitsverhalten wird definiert als „jegliches Verhalten, das die Gesundheit fördert und langfristig erhält, Schäden und Einschränkungen fernhält und die Lebenserwartung verlängert“ (Schmid, 2011). Dies können z.B. regelmäßige körperliche Aktivität oder eine gesunde Ernährung sein. Ebenso werden das Fehlen oder auch die Reduktion von Risikoverhalten als Gesundheitsverhalten bezeichnet. Dementsprechend kann Risikoverhalten als ein Teil von Gesundheitsverhalten verstanden werden. Gesundheitsverhalten wird, im Gegensatz zu Risikoverhalten, hauptsächlich in der frühen Kindheit entwickelt, wenn der Einfluss der Eltern noch stärker ist als in der Jugend (Currie, 2008).

Risikoverhalten beschreibt prinzipiell gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, welche entweder riskant oder schädigend für die individuelle Gesundheit sind und ein vermeidbares Krankheitsrisiko darstellen (Becklas & Klocke, 2011). Risikoverhalten (wie zum Beispiel Substanzmissbrauch, ungesundes Ernährungsverhalten oder Kriminalität) ist direkt und indirekt mit Gesundheit, Wohlbefinden und einer gesunden Entwicklung der Persönlichkeit verknüpft (Hurrelmann & Richter, 2006). Inzwischen sind in Europa rund 77% der Krankheitslasten und 86% aller Todesfälle auf chronisch-degenerative, nicht übertragbare Krankheiten zurückzuführen, deren Hauptursache, abgesehen vom Wandel der Altersstruktur, vor allem das veränderte Gesundheits- und Risikoverhalten darstellt (WHO, 2010). Dementsprechend stellen sie eine große finanzielle Belastung für die europäischen Gesundheitssysteme dar, deren Ausgaben schneller wachsen als das Volkseinkommen.

Risikoverhalten ist für Jugendliche in Bezug auf die Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben allerdings auch wichtig. Es kann beispielsweise zur persönlichen und sozialen Identitätsbildung beitragen (Becklas & Klocke, 2011). Die Wahrscheinlichkeit von negativen Folgen ist allerdings umso höher, je mehr sich das Verhalten in der Jugendphase zu einem Lebensstil verfestigt und somit beibehalten wird (Raithel, 2004). Risikoverhaltensweisen sind auch nicht unabhängig voneinander, sondern bedingen sich anscheinend gegenseitig, so dass sie sich zu einem ungesunden Lebensstil verdichten können.

Viele Krankheiten und Beschwerden im mittleren oder höheren Lebensalter stammen von Verhaltensmustern, die bereits in jungen Jahren angelernt wurden und das restliche Leben lang beibehalten werden (Hurrelmann & Richter, 2006). Bei Kindern stehen hierbei vor allem die Ernährung und die körperliche Aktivität im Vordergrund, im Jugendalter ist es zudem der Suchtmittelkonsum von beispielsweise Tabak, Alkohol und illegalen Drogen (Richter & Lampert, 2008).

Es ist also besonders wichtig, bestimmte Gesundheitsverhaltensweisen und Lebensumstände, die diese begünstigen, bereits in der Kindheit zu fördern. Die Ergebnisse der HBSC-Studie umfassen eine Vielzahl an Gesundheits- und Risikofaktoren sowie mögliche Determinanten und können somit als Grundlage für mögliche Interventionen dienen.

Gesundheitsverhalten wird hauptsächlich in der frühen Kindheit entwickelt

Risikoverhalten führt zu großen finanziellen Belastungen für die Gesundheitssysteme

Risikoverhalten für Jugendliche auch wichtig zur Identitätsbildung

späterer Lebensstil bereits in jungen Jahren angelernt

Förderung von Gesundheitsverhalten bereits in der Kindheit wichtig

5.1 Bewegung und sitzendes Freizeitverhalten

Hintergrund

Bewegung wichtig für Wohlbefinden

Bewegung und sportliche Aktivität sind in jedem Alter wichtig für das körperliche und seelische Wohlbefinden. Körperliche Aktivität bezeichnet in der „Health Behaviour of Schoolaged Children (HBSC)“-Studie „alle körperlichen Betätigungen (...), die deinen Pulsschlag erhöhen und dich außer Atem kommen lassen. Dazu kann Sport gehören genauso wie das Herumtoben mit Freunden oder zu Fuß zur Schule gehen“ (Currie, 2008, zit. nach Schmid 2011:97).

positive Effekte von Bewegung; negative Effekte von Inaktivität

Die positiven Effekte von körperlicher Aktivität auf Gesundheit und Lebensqualität sind gut belegt (Nething et al., 2006). Bei aktiven Jugendlichen sinkt die Beschwerdelast und das Körperbewusstsein steigt. Umgekehrt können mangelnde Bewegung bereits im Kindes- und Jugendalter einen Risikofaktor darstellen, der die körperliche und geistige Entwicklung eines Kindes negativ beeinflussen kann (Griebler & Dür, 2007). Physische Aktivität beeinflusst die körperliche Konstitution positiv, indem sie Bluthochdruck entgegenwirkt, die Knochensubstanz bei Jugendlichen stärkt, sowie Herz-Kreislauferkrankungen, einigen Krebsarten (z.B. in Brust, Prostata und Darm) und Knochenkrankheiten im Alter vorbeugt (Europäische Kommission, 2008). Des Weiteren konnten positive Effekte auf das psychische Wohlbefinden, im Sinne einer Verminderung von Angstzuständen und Depression sowie einer verbesserten Schlafqualität, festgestellt werden (Europäische Kommission, 2008; Peluso & Guerra de Andrade, 2005).

Empfehlung für Kinder und Jugendliche: täglich mindestens 60 Minuten Bewegung

Darum sollte österreichischen Bewegungsempfehlungen zufolge das Ausmaß an körperlicher Aktivität für Kinder und Jugendliche mindestens 60 Minuten täglich bei zumindest mittlerer Intensität betragen (Titze et al., 2010). Übersteigertes Bewegungsverhalten und Leistungssport können allerdings auch mit einem höheren Verletzungsrisiko einhergehen.

Abnahme an Bewegung bereits im Kindesalter

In der heutigen Zeit lässt sich bereits im frühen Kindesalter eher eine Entwicklung zu einem bewegungsarmen Lebensstil, also eine starke Abnahme an Bewegung und eine zeitgleiche Steigerung an sitzenden Freizeitbeschäftigungen wie beispielsweise Fernsehen oder Computer spielen, feststellen (Nething et al., 2006). Das so genannte „sitzende Verhalten“ hat in den letzten drei Dekaden immer weiter zugenommen (Dür, 2009).

körperliche Aktivität wird bereits im Kindes- und Jugendalter geprägt

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, sollte bereits früh der Grundstein für einen aktiven und gesundheitsfördernden Lebensstil gelegt werden, da körperliche Aktivität ein erlerntes Verhalten darstellt, welches im Kindes- und Jugendalter erworben und im Erwachsenenalter meist beibehalten wird. So werden aktive Jugendliche auch mit höherer Wahrscheinlichkeit zu aktiven Erwachsenen werden als inaktive (Schmid, 2011).

Methode

Seit 2002 wird im HBSC-Fragebogen mit einem Einzelitem die „moderate bis intensive Aktivität“ erhoben, indem danach gefragt wird, an wie vielen der vergangenen sieben Tage die Schülerin bzw. der Schüler für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv war (Itembox 8). Die Frage wurde ursprünglich von Prochaska et al. (2001) entwickelt und für die HBSC-Befragung leicht adaptiert. Es wird hier das absolute Ausmaß an körperlicher Aktivität sowohl während als auch außerhalb der Schulzeit erfasst, wodurch die Umsetzung der Bewegungsempfehlungen abgebildet werden kann.

Ebenfalls seit 2002 sind auch Fragen zum sitzenden Freizeitverhalten Teil der HBSC-Befragung, wobei die Fragen mehrfach adaptiert wurden. In der aktuellen Befragung von 2010 werden sechs Items zu typischen sitzenden Aktivitäten erhoben: Es wird jeweils für Schultage und für schulfreie Tage die Anzahl der Stunden, die mit Fernsehen, Computer spielen (am PC oder mit einer Spielekonsole) oder allgemeiner Computernutzung (z.B. chatten, E-Mails, Hausübungen) verbracht werden, erfragt. Aus der Summe der angegebenen Stunden wird das Gesamtausmaß an sitzendem Freizeitverhalten errechnet. Verzerrungen im Gesamtindex, die zu Überschätzungen führen können, können jedoch aufgrund eventueller gleichzeitiger Aktivitäten (z.B. Fernsehen und Computerspielen zur gleichen Zeit) nicht vollkommen ausgeschlossen werden.

Itembox 8: Bewegung und sitzendes Freizeitverhalten

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

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

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

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

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

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

Etwa wie viele Stunden am Tag nutzt du in deiner Freizeit normalerweise den Computer (E-Mail, chatten, Internet surfen, programmieren, Hausübungen machen usw.)?

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

Erfassung des absoluten Ausmaßes an körperlicher Aktivität mit einer einzelnen Frage

2 Indices zum sitzenden Freizeitverhalten aus je 3 Fragen berechnet

Ergebnisse

körperliche Aktivität von mindestens 60 Minuten an durchschnittlich 4,1 Tagen

Durchschnittlich sind die österreichischen Schülerinnen und Schüler an 4,1 Tagen pro Woche für zumindest 60 Minuten moderat körperlich aktiv, wobei Burschen mit einem Mittelwert von 4,6 Tagen aktiver sind als Mädchen, die sich nur an 3,7 Tagen körperlich betätigen. Der Effekt des Geschlechts auf die körperliche Betätigung ist mittelstark (Cohen's $d=-0,41$).

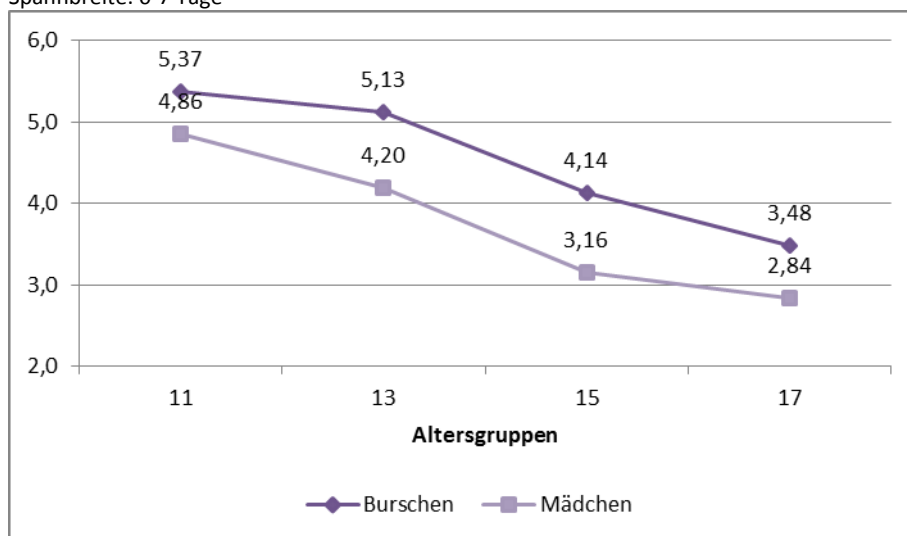
starke Abnahme körperlicher Aktivität mit zunehmendem Alter

Generell zeigt sich, dass das Ausmaß an körperlicher Betätigung auch mit dem Alter bei beiden Geschlechtern stark abnimmt. Der Effekt zwischen 11 und 17 Jahren kann als stark bezeichnet werden (Cohen's $d=-0,92$). Am stärksten ist die Abnahme zwischen 13 und 15 Jahren bei beiden Geschlechtern (Abbildung 11).

20,4% erfüllen die Bewegungsempfehlungen

Insgesamt betrachtet erfüllt lediglich ein Fünftel (20,4%) der österreichischen Schülerinnen und Schüler die Bewegungsempfehlungen von täglich 60 Minuten körperlicher Betätigung bei mittlerer bis höherer Intensität. Auch hier sinkt der Anteil kontinuierlich stark von 34,8% bei den 11-Jährigen auf 8,7% bei den 17-Jährigen. Ebenso ist der Anteil der Burschen, die diese Empfehlungen befolgen mit 26,4% höher als jener der Mädchen (14,8%).

Abbildung 11: Tage pro Woche, an denen 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler/innen für mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv sind, nach Alter und Geschlecht
Spannbreite: 0-7 Tage



sitzende Freizeitaktivitäten im Durchschnitt 4,9 (Schultag) bzw. 7,1 (schulfrei) Stunden

Ein umgekehrtes Bild zeigt sich beim sitzenden Freizeitverhalten. Im Durchschnitt verbringen die österreichischen Kinder und Jugendlichen 4,9 Stunden an Schultagen und 7,1 Stunden an schulfreien Tagen mit sitzenden Freizeittätigkeiten wie Fernsehen, Computerarbeiten und Computerspielen.

Burschen verbringen mehr Zeit mit sitzenden Tätigkeiten als Mädchen

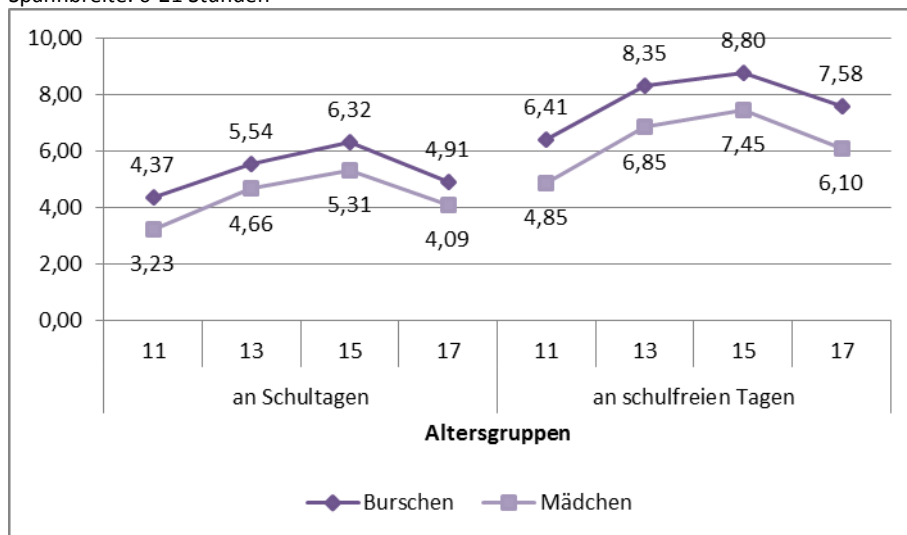
Das sitzende Freizeitverhalten der Schülerinnen und Schüler ist, wie auch das Bewegungsverhalten, bei Burschen und Mädchen verschieden. So verbringen Burschen im Schnitt an Schultagen um rund eine Stunde und an schulfreien Tagen sogar um rund eineinhalb Stunden mehr Zeit in einer sitzenden Freizeittätigkeit als Mädchen.

Der Vergleich zwischen den Altersgruppen zeigt sowohl an schulfreien wie auch an Schultagen ein anderes Muster als beim Bewegungsverhalten. Während die durchschnittliche, sitzend verbrachte Zeit zwischen 11 und 15 Jahren zunimmt, geht sie zwischen 15 und 17 wieder relativ stark zurück. Diese Entwicklung ist bei beiden Geschlechtern ähnlich (Abbildung 12).

Altersverlauf beim sitzenden Verhalten, relativ ähnlich bei Burschen und Mädchen

Abbildung 12: Stunden pro Tag, an denen 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler/innen sitzenden Freizeitaktivitäten nachgehen (Fernsehen, Computernutzung), nach Alter und Geschlecht

Spannbreite: 0-21 Stunden



5.2 Ernährung

Hintergrund

Ein gesundes Ernährungsverhalten ist bereits in der Kindheit von besonderer Bedeutung, da es einen unmittelbaren Einfluss auf die Gesundheit, aber auch auf soziale Faktoren hat (Currie, 2008). Viele Ernährungsgewohnheiten, welche im Kindes- und Jugendalter erlernt werden, bleiben auch im Erwachsenenalter weiter bestehen. Darum ist es in dieser Lebensphase besonders wichtig die Entwicklung gesunder Essgewohnheiten zu fördern (Schmid, 2011).

Förderung gesunder Essgewohnheiten im Kindes- und Jugendalter wichtig

Es gibt bestimmte Nahrungsmittel, die der Gesundheit besonders zuträglich sind, wie beispielsweise Obst und Gemüse (Schmid, 2011). Sie versorgen den Körper mit lebenswichtigen Nährstoffen wie Vitaminen, Ballaststoffen und Kalzium. Umgekehrt gibt es Lebensmittel, wie beispielsweise Süßigkeiten und zuckerhaltige Limonaden, deren Verzehr die Aufnahme eben dieser Stoffe gefährdet (Bowman & Vinyard, 2004; Vartanian et al., 2007) und mit einem erhöhten Risiko, an bestimmten Krankheiten zu erkranken, verbunden ist (Schmid, 2011). Eine Ernährung mit wenig Obst und Gemüse, aber viel Natrium und Fett erhöht das Risiko für langfristige Gesundheitsprobleme wie Krebs oder kardiovaskulären Erkrankungen (Currie, 2008).

gesunde und ungesunde Nahrungsmittel

negative Folgen einer ungesunden Ernährung

Der durch einen erhöhten Konsum ungesunder Speisen hervorgerufene Nährstoffmangel hemmt die physische und kognitive Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und begünstigt unmittelbare Gesundheitsprobleme wie Übergewicht und Adipositas, sowie Anämie, eine meist durch Eisenmangel hervorgerufene Verschlechterung des Blutbildes (Benoist et al., 2008). Längerfristige Folge einer ballaststoffarmen, jedoch zucker- und fett-haltigen Ernährung ist das Auftreten von Zivilisationskrankheiten, wie Diabetes Typ II, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bestimmten Krebsarten (U.S. Department of Agriculture & U.S. Department of Health and Human Services, 2010). Der Konsum von zuckerhaltigen Getränken bzw. Süßigkeiten hängt außerdem mit einem erhöhten Risiko für eine schlechte Mundgesundheit zusammen. Dieser Effekt ist kumulativ (Currie, 2008).

Methode

Erfassung des Ernährungsverhaltens mittels FFQ (Food Frequency Questionnaire)

Um das Ernährungsverhalten der Kinder und Jugendlichen zu erfassen ist seit 1986 eine Fragebatterie zu Konsumhäufigkeiten bestimmter Lebensmittel (Food Frequency Questionnaire – FFQ) Bestandteil der HBSC-Befragung (Itembox 9). Seit 2002 enthält der Kernteil dieses Fragebogens nur noch vier Items (Obst, Gemüse, Süßigkeiten und süße Limonaden), welche eine gesunde bzw. ungesunde Ernährung abbilden sollen. Für die anschließenden Auswertungen wurden Obst und Gemüse sowie Süßigkeiten und süße Limonaden zu je einer Variable vereint, welche den förderlichen täglichen Konsum von Obst und Gemüse bzw. den schädlichen täglichen Verzehr von Süßigkeiten und süßen Limonaden abbildet. Zu diesem Zweck wurden jeweils folgende drei Kategorien errechnet: keines von beiden (mehrmals) täglich, eines von beiden (mehrmals) täglich und beides (mehrmals) täglich.

Itembox 9: Ernährung

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

Obst/Früchte, Gemüse, Süßigkeiten/Schokolade, zuckerhaltige Limonaden (Cola, etc.)

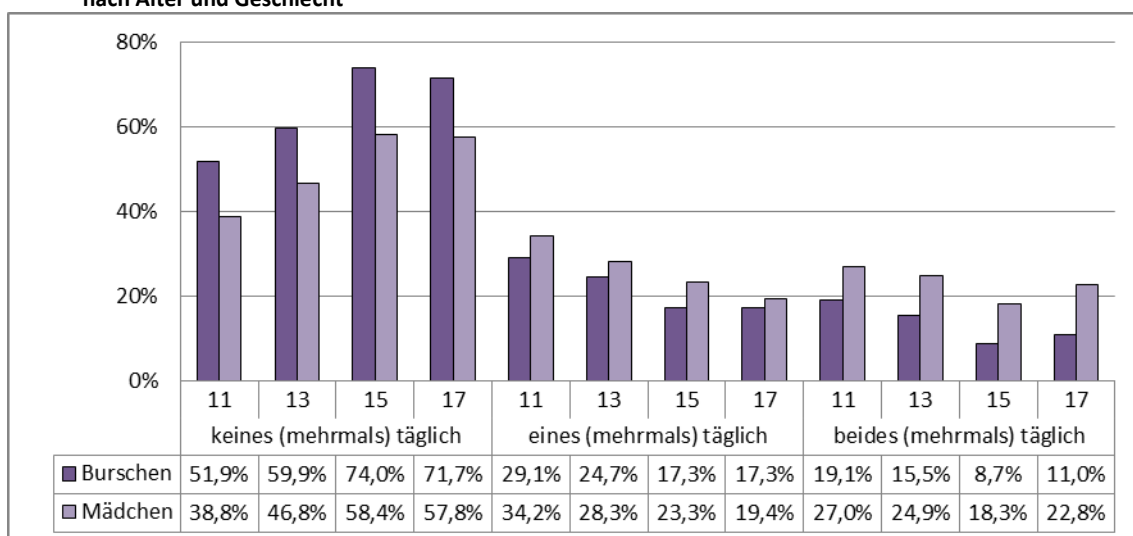
- 7-teilig: *nie – seltener als einmal in der Woche – einmal wöchentlich – an 2-4 Tagen in der Woche – an 5-6 Tagen in der Woche – einmal täglich – mehrmals täglich*

Ergebnisse

57,6% konsumieren weder Obst noch Gemüse täglich

Mehr als die Hälfte (57,6%) der Schülerinnen und Schüler konsumiert weder Obst noch Gemüse täglich, wobei dieser Anteil bei Burschen (64,6%) höher liegt als bei Mädchen (50,9%). Der Obst- und Gemüsekonsum nimmt außerdem mit dem Alter weiter ab. Im Alter von 17 Jahren zeigt sich bei den Burschen jedoch wieder eine leichte Verbesserung, bei den Mädchen nicht. In allen Altersgruppen liegt der Anteil der Mädchen, die täglich Obst und/oder Gemüse konsumieren, über jenem der Burschen (Abbildung 13). Besonders groß ist der Unterschied bei Kindern und Jugendlichen, die sowohl Obst als auch Gemüse täglich essen. Bedenkt man die Empfehlungen von „five a day“, ist dieses Ergebnis sehr schlecht.

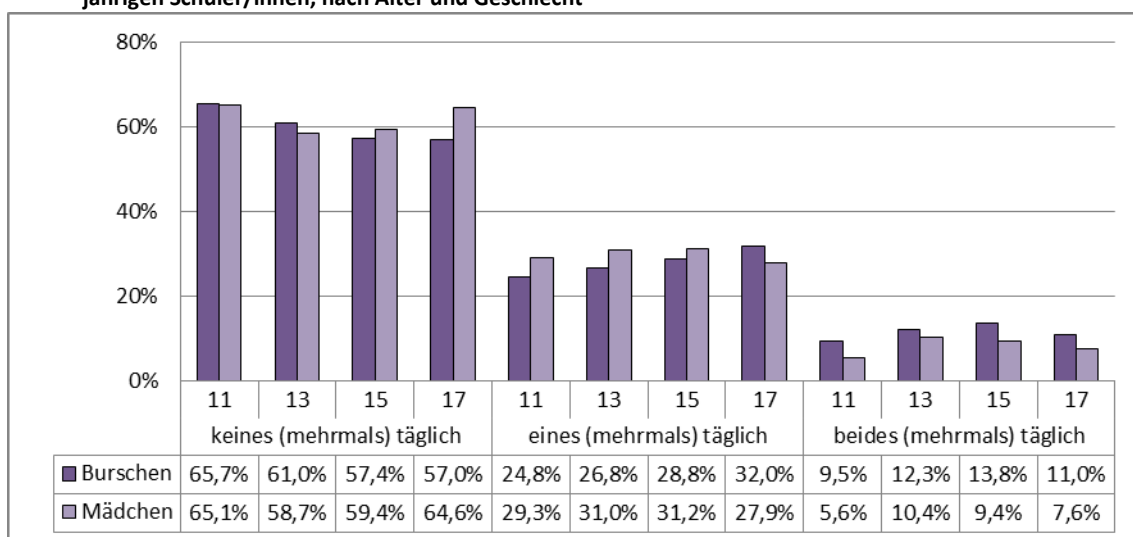
Abbildung 13: Obst- und Gemüsekonsum der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



61% der österreichischen Schülerinnen und Schüler konsumieren weder Süßigkeiten noch süße Limonaden täglich. Fast ein Drittel (29%) trinkt jedoch süße Limonaden oder isst Süßigkeiten jeden Tag. 10% konsumieren sogar beides. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind über alle Alterskategorien relativ gering, wobei Mädchen eher eines von beiden täglich konsumieren und Burschen eher beides. Burschen zeigen des Weiteren mit dem Alter eine leichte kontinuierliche Zunahme des Konsums von Süßigkeiten und süßen Limonaden, wohingegen ein solch kontinuierlicher Verlauf bei den Mädchen nicht festgestellt werden konnte (Abbildung 14).

61% konsumieren weder Süßigkeiten noch süße Limonaden täglich

Abbildung 14: Konsum von Süßigkeiten und süßen Limonaden der 11-, 13- 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



5.3 Suchtmittelkonsum

Hintergrund

Zunahme des Suchtmittelkonsums bei Jugendlichen	Eine unter den Jugendlichen weit verbreitete Risikoverhaltensweise stellt der Konsum von Suchtmitteln wie Tabak, Alkohol und Cannabis dar. Dieser hat bei Jugendlichen seit den 1980er Jahren mehr oder weniger stark zugenommen (Dür, 2009) und kann als Ursache für das Auftreten bestimmter Krankheiten gelten.
kurz- und langfristige gesundheitliche Folgen des Rauchens	Als Spätfolgen von Rauchen können beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen (u.a. chronische Bronchitis, Lungenentzündung) und viele Krebsformen (u.a. Lungen-, Rachen-, Kehlkopf-, Speiseröhren- Gebärmutterhals- und Blasenkrebs) auftreten (U.S.Department of Health and Human Services, 2004; WHO, 2008). Doch auch bereits nach einer relativ kurzen Zeit können gesundheitliche Beeinträchtigungen, wie Einschränkung von Lungenwachstum und -funktion, Kurzatmigkeit, Husten und asthmatische Probleme (Keuchen) bei den Jugendlichen festgestellt werden (U.S.Department of Health and Human Services, 2004).
Motive für Rauchen: Verarbeitung von Stress, Gewichtskontrolle, Statuswechsel zum Jugendlichen	Als mögliche Motive für Tabakkonsum gelten unter anderem Reaktionen auf negativ erlebte soziale Vergleichsprozesse (Hurrelmann, 2007). Dementsprechend dient das Rauchen der Verarbeitung von Belastungs- und Stresssituationen. Des Weiteren rauchen viele Mädchen, weil sie darin ein Mittel zur Gewichtskontrolle sehen (Currie, 2008). Das Rauchen wird im Übrigen als ein Symbol für einen Statuswechsel vom Kind zum Jugendlichen (Becklas & Klocke, 2011) angesehen.
ähnliche gesundheitliche Folgen beim Konsum von Cannabis	Der Konsum von Cannabis kann ebenfalls viele verschiedene negative Folgen haben, wie zum Beispiel schlechte Gesundheit, psychosoziale Schwierigkeiten oder Abhängigkeit (Currie, 2008). Prinzipiell gilt, dass jene Gesundheitsbeeinträchtigungen, die durch den Konsum von Tabak verursacht werden, auch durch das Rauchen von Cannabis hervorgerufen werden können, da im Rauch eines „Joints“ ähnliche Schadstoffe enthalten sind, einige Karzinogene sogar in höherer Konzentration. Es gibt daher Vermutungen, dass krebserregende Wirkungen bei Cannabis-Raucherinnen und -Rauchern in verstärktem Maße auftreten können, allerdings wurde das bisher nur für Lungenkrebs hinreichend bestätigt (Hall & Degenhardt, 2009). Durch das im Cannabis enthaltene Tetrahydrocannabinol (THC) werden zusätzlich Rauschzustände erzeugt, durch welche sich die Unfallgefahr erhöht und die Konzentrations- und Merkfähigkeit verringert (Hall & Degenhardt, 2009; Kalant, 2004).
starke Verbreitung des Alkoholmissbrauchs in Österreich	Cannabis ist die am meisten konsumierte illegale Droge in der Europäischen Union, wobei der Konsum bei Jugendlichen seit den 1990er Jahren signifikant steigt (Currie, 2008). Stärker als der Konsum von Cannabis ist allerdings der Konsum von Alkohol bei Jugendlichen verbreitet. Rein dem übermäßigen Alkoholkonsum zuzuschreibende Krankheiten sind die Alkoholabhängigkeit, die alkoholische Leberzirrhose und die alkoholinduzierte Pankreatitis. Allerdings kann Alkoholmissbrauch das Risiko an vielen Krankheiten, mitunter vielen Krebsarten, zu erkranken, erhöhen (Rehm et al., 2009). Dies

ist aufgrund der weiten Verbreitung des Alkoholmissbrauchs in Österreich, wo 10,5% der Bevölkerung als „alkoholgefährdet“ und 5% als chronisch „alkoholkrank“ gelten, von besonderer Bedeutung (Uhl, 2009).

Ein gerade bei Jugendlichen oft auftretendes Problem ergibt sich daraus, dass übermäßiger Alkoholkonsum häufig mit anderen Risikoverhalten, wie Gewalttätigkeit, Raserei und ungeschütztem Geschlechtsverkehr einhergeht (Cooper, 2006) und so indirekt auch an der Verursachung weiterer unerwünschter Folgen, wie Verletzungen, Infektionen, etc., beteiligt ist.

übermäßiger Alkoholkonsum ist oft mit anderen Risikoverhaltensweisen verbunden

Methode

Das Rauchverhalten der Jugendlichen wurde mit zwei Items erhoben: Das eine fragt danach, ob die Schülerin bzw. der Schüler jemals geraucht hat und das zweite erfasst den derzeitigen Raucherstatus (Häufigkeit des derzeitigen Tabakkonsums; Itembox 10). Die Erfassung des selbstberichteten Raucherstatus gilt als eine einfache und kostengünstige Methode, um die Raucherprävalenz zu messen und als guter Indikator für die tatsächliche Raucherquote.

Erfassung des selbstberichteten Rauchverhaltens mit 2 Fragen

Der Alkoholkonsum wird mit einer Frage erhoben, welche die Häufigkeit erhebt, mit der Jugendliche zurzeit bestimmte alkoholische Getränke konsumieren. Zu diesem Zweck wurden folgende sechs Items zu spezifischen Getränken erhoben: Bier, Wein, Spirituosen, Alkopops, Most und andere (Itembox 10). Der geschätzte absolute Alkoholkonsum kann durch Zusammenfassung dieser Items zu einem Index errechnet werden.

Errechnung des gesamten Alkoholkonsums aus 6 Items

Der Cannabiskonsum der österreichischen Jugendlichen wurde mit drei Items aus dem European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD 1995) erhoben, welche die Prävalenz im bisherigen Leben, in den letzten zwölf Monaten sowie in den letzten 30 Tagen erfassen (Itembox 10). Diese Differenzierung soll helfen, Schülerinnen und Schüler, die Cannabis lediglich ein oder zweimal probieren, von jenen zu unterscheiden, die regelmäßig Cannabis konsumieren und somit ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Folgen haben. Die Fragen zum Cannabiskonsum wurden nur den 15- und 17-Jährigen gestellt.

Erfassung des Cannabiskonsums mit 3 Items

Itembox 10: Konsum von psychoaktiven Substanzen

Hast du jemals Tabak (eine Zigarette, Zigarre oder Pfeife) geraucht?

- 2-teilig: ja – nein

Wie oft rauchst du derzeit Tabak?

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

Wie oft trinkst du derzeit alkoholische Getränke wie Bier, Wein oder Spirituosen? (Denke dabei auch an Gelegenheiten, bei denen du nur kleine Mengen getrunken hast!)

Bier, Wein, G'spritzter oder Sekt, Spirituosen (Schnaps, Wodka, Gin, Whisky, Rum, etc.), Alkopops (z.B. Smirnoff Ice, Bacardi Breezer, Feigling Eyes), Most, andere alkoholische Getränke

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

Hast du jemals Cannabis (Haschisch, Marihuana) genommen...
in deinem Leben, in den letzten 12 Monaten, in den letzten 30 Tagen

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

Ergebnisse

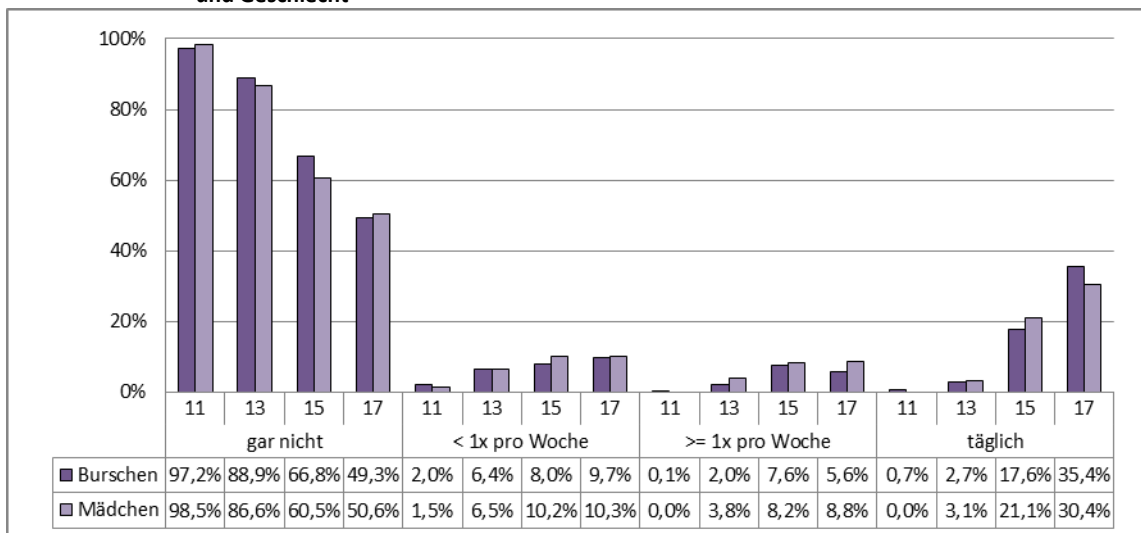
25,4% der Schüler/innen rauchen

Rund 43% der befragten Schülerinnen und Schüler geben an, bereits Erfahrungen mit dem Rauchen gemacht zu haben, wobei 25,4% derzeit rauchen. Das Rauchverhalten ist erwartungsgemäß stark altersabhängig. Der Anteil der Nichtraucherinnen und Nichtraucher sinkt von 97,9% bei den 11-Jährigen auf 50,0% bei den 17-Jährigen.

kaum Geschlechterunterschiede beim Rauchverhalten

Wie in Abbildung 15 dargestellt, zeigt sich, dass der Anteil der täglichen Raucherinnen und Raucher zwischen 13 und 15 Jahren stark zunimmt. Bei den Burschen verdoppelt sich der Anteil bis zum Alter von 17 Jahren noch einmal (von 17,6% auf 35,3%). Bei den Mädchen ist in diesem Alter der Anstieg weniger stark, aber immer noch sehr ausgeprägt (von 21,1% auf 30,4%). Insgesamt weisen die aktuellen Daten jedoch kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Rauchverhalten auf.

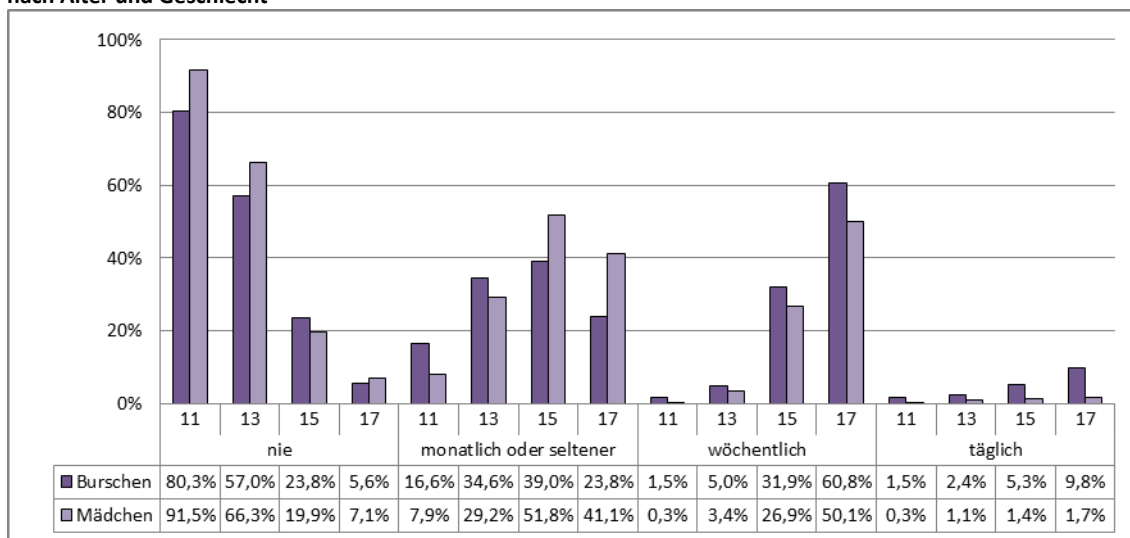
Abbildung 15: Raucherstatus der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



Ein Viertel der österreichischen Schülerinnen und Schüler trinkt regelmäßig Alkohol, das heißt mindestens einmal pro Woche oder öfters, wobei dies bei Burschen (28,7%) etwas häufiger der Fall ist als bei Mädchen (21,7%). Der Alkoholkonsum ist, wie auch der Tabakkonsum, stark altersabhängig. Am stärksten ist ein Zuwachs bei Jugendlichen ab 15 Jahren zu beobachten (Abbildung 16). Der Anteil an Mädchen, die nie Alkohol konsumieren, liegt in fast allen Altersgruppen immer leicht über jenem der Burschen. Ab einem Alter von 15 Jahren tendieren Mädchen eher zu seltenerem Alkoholkonsum als Burschen. Bei den 17-jährigen Burschen liegt der Anteil der täglichen Alkoholtrinker mit fast 10% schon sehr hoch. Im Alter von 17 Jahren geben nur noch 7,1% der Mädchen und 5,6% der Burschen an, niemals Alkohol zu konsumieren.

25,1% trinken mindestens 1x/Woche Alkohol

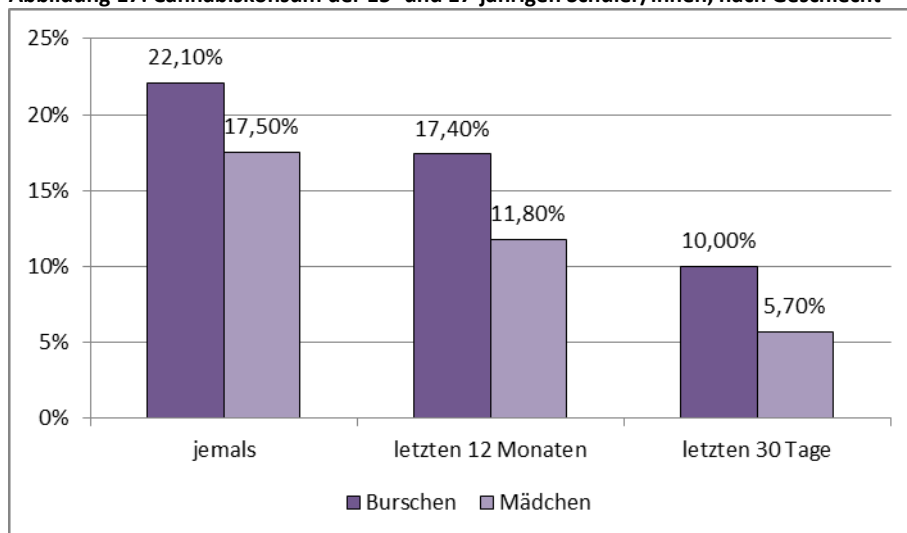
Abbildung 16: Häufigkeit des Alkoholkonsums der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



Knapp ein Fünftel (19,6%) der österreichischen Schülerinnen und Schüler haben bereits zumindest einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert, wobei dies bei mehr Burschen (22,1%) als bei Mädchen (17,5%) der Fall ist. 14,4% (Burschen: 17,4%, Mädchen: 11,8%) gaben einen Konsum im letzten Jahr an. Von aktuellem Cannabiskonsum, also in den letzten 30 Tagen, berichten 7,6% (Burschen: 10%, Mädchen: 5,7%). Insgesamt zeigt sich ein deutlich höherer Konsum von Cannabis bei Burschen als bei Mädchen (Abbildung 17).

19,6% haben schon einmal Cannabis konsumiert

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



5.4 Gewalt

Hintergrund

Ausübung von Gewalt als Teil eines Bündels an Risikoverhaltensweisen

Die Ausübung von physischer oder psychischer Gewalt, wie Schikanieren/ Bullying/ Mobbing⁴ von Schülerinnen und Schülern untereinander, können die Gesundheit nachhaltig beeinträchtigen und stehen oft im Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum und anderem Problemverhalten (Becklas & Klocke, 2011; Molcho et al., 2004). Es wird angenommen, dass solche negativen Verhaltensweisen sich anhäufen und einander beeinflussen, so dass sich ein gemeinsames Risikoverhaltensmuster entwickelt (Molcho et al., 2004). Dieses Syndrom von multiplen Problemverhalten kann als Prädiktor für eine erhöhte Häufigkeit an nachfolgender Morbidität und Mortalität gesehen werden, wobei physische Gewalt als ein Teil dieses Syndroms gesehen wird.

Bullying als aggressive Verhaltensform

Bullying findet statt, „when he or she [Anm.: the student] is exposed, repeatedly and over time, to negative actions on the part of one or more students“ (Smith et al., 1999:10). Viele Kinder und Jugendlichen berichten davon, gelegentlich Bullying auszuüben. Dennoch scheinen es nur wenige zu sein, die an Bullying regelmäßig beteiligt sind (Pepler et al., 2008). Bullying ist eine aggressive Verhaltensform, welche von einem ungleichen Machtverhältnis gekennzeichnet ist (Smith, Peter K. et al., 1999). Diese Form der Gewalt schließt die Nutzung von Aggression aus einer Machtposition mit ein und wird oft verwendet, um Dominanz und einen Status innerhalb der Gruppe der Gleichaltrigen aufzubauen (Pepler et al., 2008). Bei häufig wie-

⁴ Die Begriffe „Bullying“ und „Mobbing“ beschreiben die gleiche Aktivität in zwei verschiedenen Settings. Mobbing findet am Arbeitsplatz, Bullying in der Schule statt.

derholtem Bullying wird die Machtbeziehung zwischen Opfer und Täter verstärkt: die Macht der Täter steigt, jene der Opfer vermindert sich weiter.

Bullying hat vielfältige Folgen. Dementsprechend sind Schülerinnen und Schüler, welche Bullying ausüben, weniger interessiert an der Schule und anfälliger für weiteres Risikoverhalten wie Rauchen, Drogenmissbrauch und exzessives Trinken (Molcho et al., 2004). Umgekehrt sind auch die Folgen für die Opfer dieser Attacken gravierend. Sie leiden an Depressionen, Stress, erhöhter Ängstlichkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Irritierbarkeit, Leistungsabfall in der Schule sowie psychosomatischen Beschwerden. In besonders schweren Fällen kann Bullying auch zu Schulphobie führen (Schäfer, 1997).

Folgeschäden von Bullying

Methode

Wie oft die Schülerinnen und Schüler an Raufereien oder Kämpfen beteiligt waren, wird im HBSC-Survey seit 2002 mit einer Frage, entwickelt von Brenner et al. (1995), erhoben (Itembox 11). Diese Variable dient sowohl als Indikator für das Aggressionslevel und die Gewaltbereitschaft bei Jugendlichen als auch als Komponente von multiplen Problem- und Risikoverhalten.

Erfassung der Beteiligung an Raufereien

Des Weiteren wird erfasst, wie häufig die Schülerin bzw. der Schüler, andere schikaniert oder das Opfer von Bullying-Attacken geworden ist. Diese Fragen sind seit 1994 Bestandteil der HBSC-Befragung, allerdings wurden sie für die Erhebung 2002 entsprechend Olweus (1996) adaptiert. Für die Auswertung wurden die Variablen jeweils in drei Kategorien zusammengefasst: „nie“, „ein- bis zweimal“ und „dreimal oder öfter“. Außerdem wurde eine Variable erstellt, welche zeigt, ob die Schülerin bzw. der Schüler ausschließlich Opfer oder Täter von Bullying-Attacken war, oder ob beides auf sie oder ihn zutrifft.

Erfassung der Beteiligung an Bullying als Täter und Opfer

Itembox 11: Gewaltverhalten

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

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

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

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

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

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

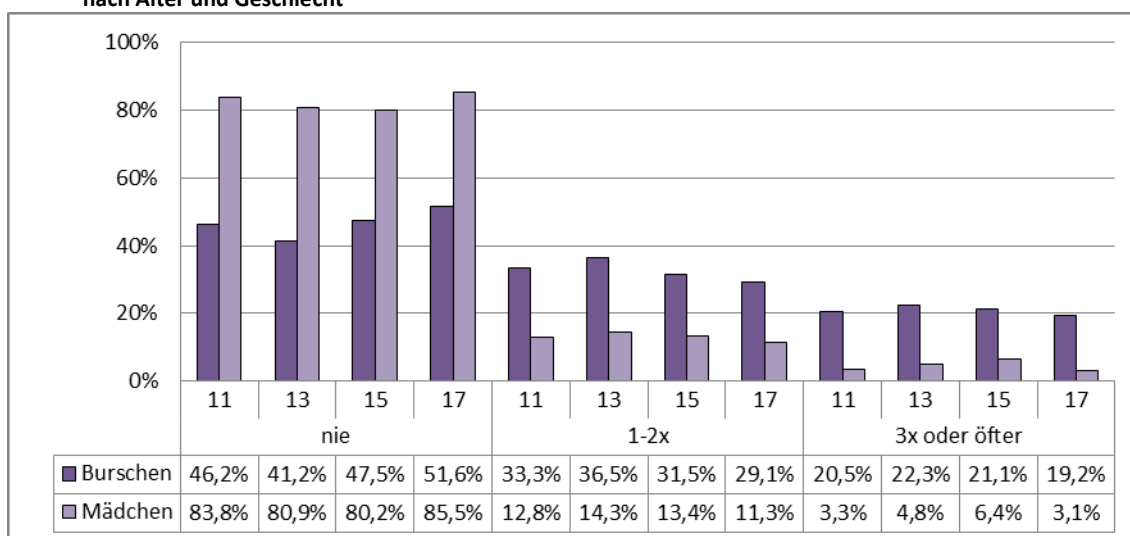
- 5-teilig: *Ich habe in den letzten paar Monaten niemanden in der Schule schikaniert – das ist nur ein- oder zweimal passiert – zwei- oder dreimal pro Monat - ungefähr einmal pro Woche – mehrmals pro Woche*

Ergebnisse

65,1% waren an keinen Raufereien beteiligt

Fast zwei Drittel (65,1%) der österreichischen Schülerinnen und Schüler waren in den letzten zwölf Monaten an keinen Raufereien beteiligt. 22,5% beteiligten sich ein- bis zweimal und 12,4% sogar öfters an Raufereien, Burschen deutlich mehr als Mädchen. Während über alle Altersgruppen hinweg über 80% der Mädchen an keinen Raufereien oder Kämpfen teilgenommen haben, liegt dieser Anteil bei Burschen bei höchstens 51,6% (im Alter von 17 Jahren). Die Häufigkeit der Beteiligung liegt bei rund einem Drittel (32,6%) der Burschen bei ein- bis zweimal im letzten Jahr, bei rund einem Fünftel (20,9%) bei über zweimal und ist über das Alter hinweg relativ konstant (Abbildung 18).

Abbildung 18: Beteiligung an Raufereien der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



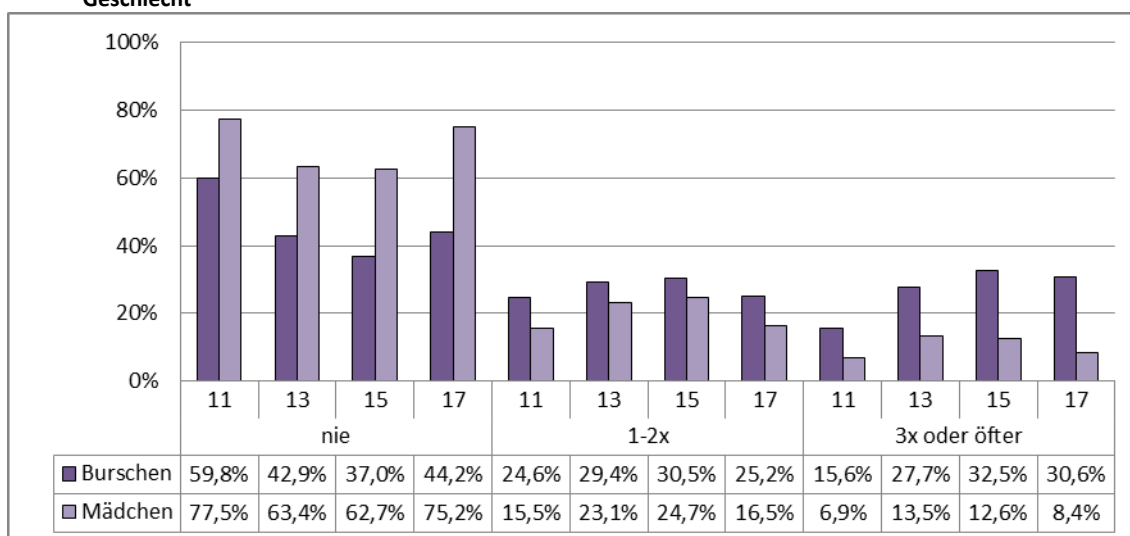
57,7% der Schülerinnen und Schüler geben an, in den letzten paar Monaten nicht an Bullying beteiligt gewesen zu sein. Wie auch bei den Raufereien findet eine stärkere Beteiligung an Bullying bei Burschen (54,6%) im Vergleich zu Mädchen (31,0%) statt. 23,9% der Kinder und Jugendlichen (Burschen: 27,7%, Mädchen: 20,3%) schikanierten andere Schülerinnen und Schüler ein- bis zweimal und 18,5% (Burschen: 26,9%, Mädchen: 10,6%) öfter als zweimal in den letzten paar Monaten.

57,7% waren nicht an Bullying beteiligt

Insgesamt zeigt sich, dass der Anteil jener Mädchen und Burschen, die sich an Bullying beteiligen, zwischen 11 bis 15 Jahren kontinuierlich für beide Geschlechter steigt und dann mit 17 Jahren wieder leicht absinkt (Abbildung 19). Über alle Altersstufen hinweg bleibt der Anteil der Burschen – vor allem von jenen, die dreimal oder öfters andere Kinder und/oder Jugendliche schikanieren – über jenem der Mädchen.

Beteiligung an Bullying steigt zwischen 11 und 15 Jahren

Abbildung 19: Bullying von 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n, nach Alter und Geschlecht



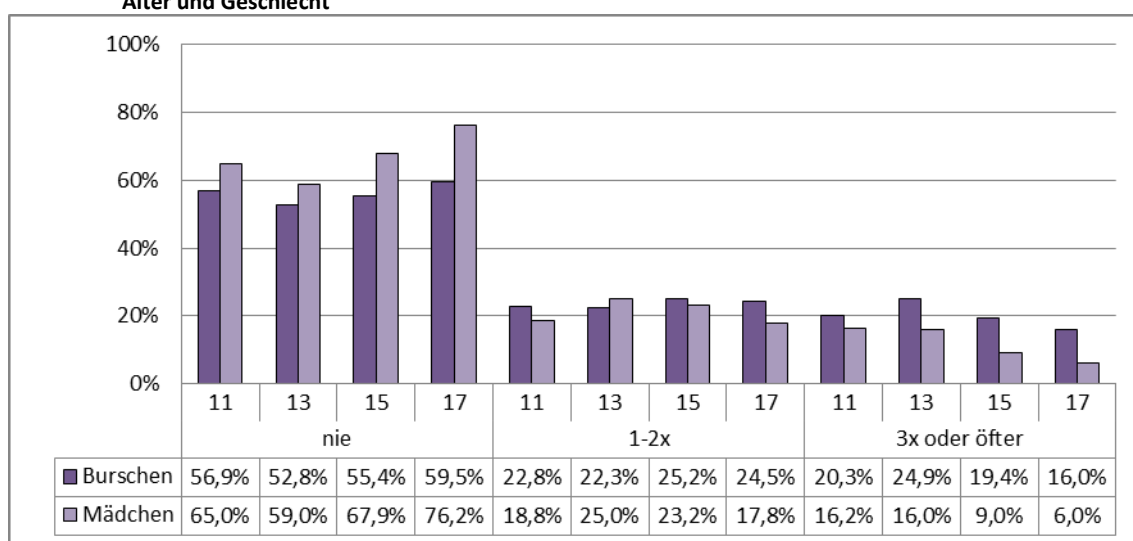
38,3% waren Opfer von Bullying

38,3% der Schülerinnen und Schüler geben an, in den letzten Monaten Opfer von Bullying-Attacken gewesen zu sein. Wie auch auf der Täter-Seite finden sich mehr Burschen unter den Opfern als Mädchen (Burschen: 44,1%, Mädchen: 33%). Über ein Fünftel (22,5%) der Kinder und Jugendlichen sind ein- oder zweimal schikaniert worden, wobei in dieser Kategorie der Anteil der Burschen und jener der Mädchen annähernd ausgeglichen sind. Dreimal oder öfters wurden vor allem Burschen (20,4%, Mädchen: 11,6%) in den letzten Monaten Opfer von Bullying-Attacken durch Mitschülerinnen oder Mitschüler.

Bullying am häufigsten im Alter von 13 Jahren

Am häufigsten von Bullying betroffen sind Mädchen und Burschen im Alter von 13 Jahren. Danach findet ein kontinuierlicher Rückgang von Bullying-Opfern statt (Abbildung 20).

Abbildung 20: Opfer von Bullying-Attacken bei 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/inne/n, nach Alter und Geschlecht



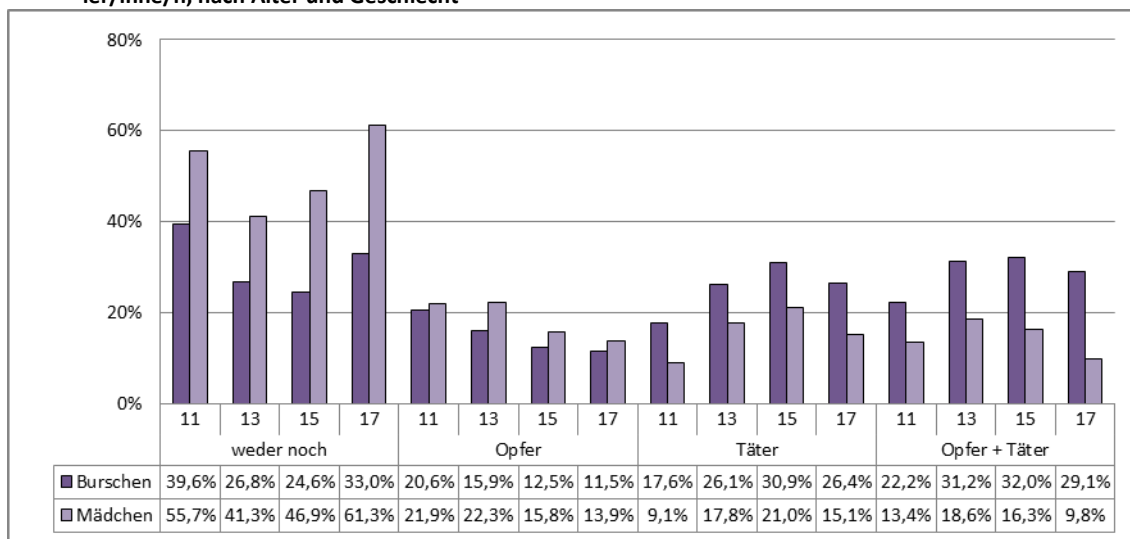
41% waren weder Opfer noch Täter von Bullying

Die Verteilung der Opfer-Täter-Typologie zeigt, dass 41% (Burschen: 30,4%, Mädchen: 50,8%) der Schülerinnen und Schüler in den letzten Monaten weder Opfer noch Täter von Bullying waren, wobei dies stärker auf Mädchen zutrifft (Burschen: 30,4%, Mädchen: 50,8%). Ebenso sind Mädchen häufiger ausschließlich Opfer von Bullying-Attacken (Burschen 15%, Mädchen: 18,3%). Umgekehrt waren Burschen häufiger Täter (25,6%) oder sowohl Täter als auch Opfer (28,9%) als Mädchen (16,2% bzw. 14,7%).

rückläufiger Anteil ausschließlicher Bullying-Opfer mit dem Alter

Der Anteil der ausschließlichen Opfer ist mit dem Alter für beide Geschlechter mehr oder weniger konstant rückläufig (Abbildung 21). Der Prozentsatz der Täter erreicht mit dem Alter von 15 Jahren den Höhepunkt und sinkt dann für beide Geschlechter wieder ab. Der Anteil der Mädchen, die angeben, in den letzten Monaten sowohl Opfer als auch Täter von Bullying-Attacken gewesen zu sein, sinkt nach einem Peak mit 13 Jahren wieder bis zum Alter von 17 Jahren ab, wohingegen dieser Anteil bei den Burschen erst im Alter von 17 Jahren einen leichten Rückgang aufweist.

Abbildung 21: Verteilung der Opfer-Täter-Typologie bei 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen/n, nach Alter und Geschlecht



5.5 Medikamentengebrauch

Hintergrund

Bei Schmerzen und psychologischen Problemen Medikamente einzunehmen, ist inzwischen auch bei Kindern und Jugendlichen gebräuchlich (Hansen et al., 2003; Perquin et al., 2000) und diese Gewohnheit hat über die Zeit noch weiter zugenommen (Holstein et al., 2009). Dies ist gesundheitspolitisch von besonderer Bedeutung, bedenkt man, dass der Medikamentengebrauch oft eine Verhaltensweise ist, die im Kindesalter erlernt und als Erwachsener beibehalten wird (Andersen et al., 2009).

Der angemessene Gebrauch von Medikamenten kann der Gesundheit durchaus zuträglich sein, doch Medikamentenmissbrauch kann zu schädlichen Nebenwirkungen, wie Leberschäden oder Magen-/Darmblutungen, führen. Davon abgesehen hängt der übermäßige Konsum von Medikamenten bei Jugendlichen oft auch mit einem erhöhten Tabak- oder Alkoholkonsum zusammen und kann somit als möglicher Teil eines Clusters an Risikoverhaltensweisen gesehen werden (Andersen et al., 2006).

In der HBSC-Befragung wird der allgemeine Medikamentengebrauch als eine einzige Verhaltensweise erfasst. Somit wird nicht zwischen den unterschiedlichen Arten von Medikamenten, z.B. zwischen rezeptfreien oder ärztlich verschriebenen, unterschieden, da das Risikoverhalten von diesen Faktoren unabhängig ist.

Konsum von Medikamenten bei Kindern und Jugendlichen gebräuchlich

schädliche Nebenwirkungen von Medikamenten

keine Unterscheidung zwischen den Medikamentenarten in der HBSC-Studie

Methode

Erfassung der Beschwerden, für die Medikamente eingenommen werden

Seit 1998 wird in der HBSC-Befragung der selbstberichtete Medikamentenkonsum erfasst. Im Gegensatz zu anderen Erhebungen zum Medikamentenkonsum in der Bevölkerung (z.B. Verkaufsstatistiken) bietet diese Form der Erhebung die Möglichkeit zu erfassen, welche Medikamente für welche Symptome von wem eingenommen werden.

gute Validität der Items

Die Frage zum Medikamentenkonsum erfasst in diesem Sinne, für welche der folgenden Beschwerden im letzten Monat Medikamente eingenommen wurden: Kopfschmerzen, Magen-/Bauchschmerzen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Nervosität, andere (Itembox 12). Die Validität dieser Items erwies sich als gut (Andersen et al., 2007).

Itembox 12: Medikamentengebrauch

Hast du im letzten Monat Medikamente gegen folgende Beschwerden eingenommen?

Kopfschmerzen, Magen-/Bauchschmerzen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Nervosität, sonstige Medikamente

- 3-teilig: ja, einmal – ja, mehr als einmal – nein

Ergebnisse

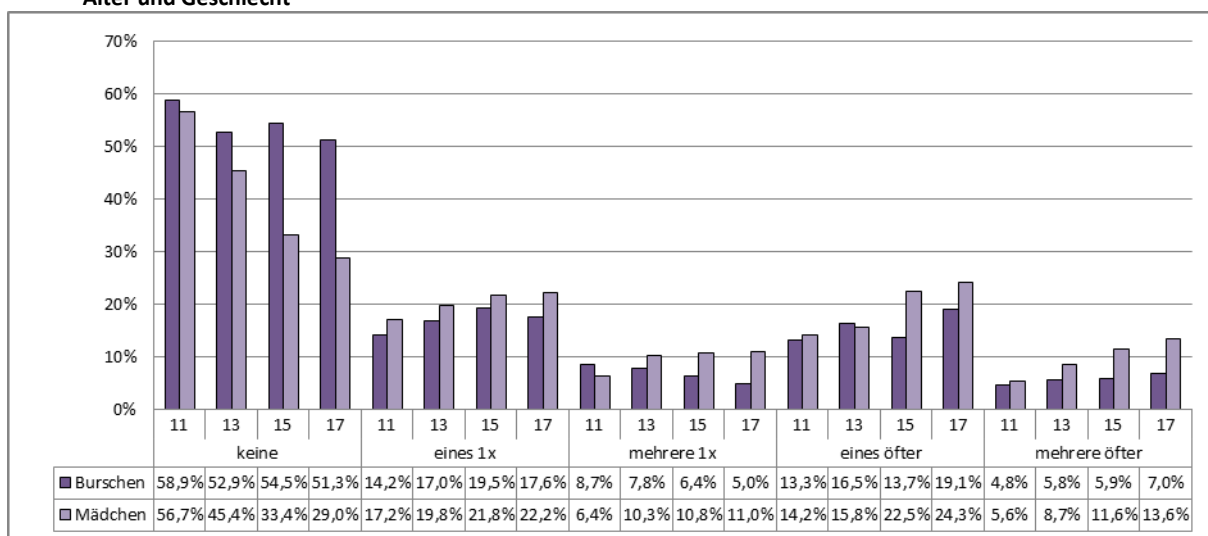
47,3%: kein Medikamentenkonsum im letzten Monat

Fast die Hälfte der Schülerinnen und Schüler (47,3%) hat im letzten Monat keine Medikamente zu sich genommen, wobei dieser Anteil im Alter von 11 Jahren (57,8%) am höchsten ist und dann bis zum Alter von 17 Jahren kontinuierlich zurückgeht (39,2%). Dieser Rückgang ist fast ausschließlich auf eine starke Zunahme an Medikamentenkonsum bei den Mädchen zurückzuführen. Nehmen noch rund 56,7% der 11-jährigen Mädchen keine Medikamente, so sinkt dieser Anteil auf schließlich 29,0% bei den 17-Jährigen, während der Medikamentenkonsum bei den Burschen über die Jahre relativ konstant bleibt (Abbildung 22).

25,5%: regelmäßiger Medikamentenkonsum

Regelmäßiger Medikamentenkonsum, bei dem ein oder mehrere Medikamente öfters genommen werden, konnte bei rund einem Viertel (25,5%) der Schülerinnen und Schüler festgestellt werden. Auch hier zeigte sich ein höherer Anteil bei den Älteren und bei den Mädchen. Burschen nehmen vor allem im Alter von 11 und 13 Jahren ein Medikament öfters ein.

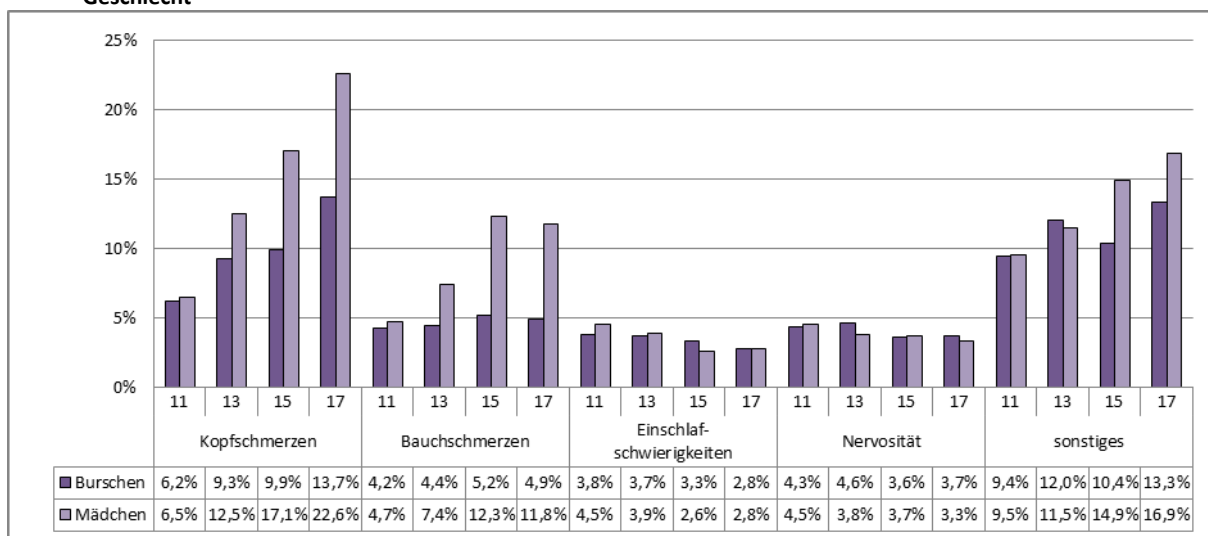
Abbildung 22: Medikamentenkonzum der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



Am häufigsten in regelmäßiger Form nehmen Schülerinnen und Schüler Medikamente gegen Kopfschmerzen zu sich. Hier überwiegt wieder der Anteil der Mädchen sehr stark. Sowohl bei den Burschen als auch bei den Mädchen steigt der Prozentsatz jener, die regelmäßig Medikamente gegen Kopfschmerzen zu sich nehmen, mit dem Alter stark an. Die Einnahme von Medikamenten gegen Magen- oder Bauchschmerzen überwiegt bei den Mädchen und nimmt bei diesen zwischen 11 und 15 Jahren kontinuierlich zu, wohingegen der Konsum bei den Burschen auf einem konstant eher niedrigen Niveau bleibt. Medikamente gegen Einschlafschwierigkeiten und Nervosität werden von beiden Geschlechtern eher selten regelmäßig eingenommen. Diese Medikamente werden auch mit dem Alter seltener regelmäßig verwendet (Abbildung 23).

**am häufigsten
Medikamente gegen
Kopfschmerzen**

Abbildung 23: Regelmäßige Einnahme von Medikamenten gegen Beschwerden innerhalb des letzten Monats bei den 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



5.6 Sexualität und Verhütung

Hintergrund

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

Die Entwicklung einer reifen und gesunden Sexualität, sowohl psychologisch als auch physisch, ist eine der Hauptentwicklungsaufgaben im Jugendalter. Die Jugend- und Gesundheitsforschung unterscheidet grundlegend zwischen zwei Konzepten zur Beschreibung des Zusammenhangs zwischen Sexualität und Gesundheit: nämlich „sexual health“ und „healthy sexuality“. „Sexual health“ beschreibt vor allem die Vermeidung von negativen Konsequenzen des Geschlechtsverkehrs wie zum Beispiel sexuell übertragbare Krankheiten oder unerwünschte Schwangerschaften. „Healthy sexuality“ hingegen befasst sich besonders mit Einstellungen, Erfahrungen und Wissen zu Sexualität (Council of Minister of Education Canada, 2003).

sexuelle Gesundheit als Teil des Wohlbefindens

Um das Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern zu erfassen, beschränkt sich die HBSC-Studie, bedingt durch ihren möglichen Rahmen, auf „sexual health“, welche als ein Teil des allgemeinen, sozialen und persönlichen Wohlbefindens betrachtet wird. Sexuelles Risikoverhalten beeinflusst die emotionale Entwicklung und die Entstehung bestimmter Verhaltensweisen. So kann früher Geschlechtsverkehr die Selbstwahrnehmung, das Wohlbefinden, den sozialen Status und zukünftiges Gesundheitsverhalten verändern (Fergus et al., 2007; Magnusson & Trost, 2006). Frühe sexuelle Erfahrungen werden ebenfalls als ein Teil des Clusters betrachtet, der gemeinsam aus verschiedenen Risikoverhaltensweisen entsteht (Cooper, 2002; Eaton et al., 2006; Parkes et al., 2007; Poulin & Graham, 2001).

Methode

Erfassung der verwendeten Verhütungsmethoden der 15- und 17-Jährigen

Das Verhütungsverhalten wird in der HBSC-Befragung seit 2002 mit einer Frage gemessen, welche dem US Youth Risk Behaviour Survey (YRBS) entnommen wurde. Die Frage wird ausschließlich den 15- und 17-jährigen Jugendlichen gestellt und erfasst, welche Methoden zur Schwangerschaftsverhütung beim letzten Geschlechtsverkehr benutzt wurden. Folgende Methoden können angegeben werden: Antibabypille, Kondome, rechtzeitig den Penis herausziehen (Koitus Interruptus), eine natürliche Methode (z.B. Persona-Harntest, Selbstbeobachtung, Temperaturmessung) oder eine andere Methode, wobei Mehrfachangaben möglich sind. Außerdem konnte die Schülerin bzw. der Schüler angeben, dass er oder sie noch keinen Geschlechtsverkehr hatte, dass keine Verhütungsmethoden benutzt wurden oder dass sie oder er sich unsicher über die Art der Verhütung ist.

Itembox 13: Sexualität und Verhütung

Als du das letzte Mal Geschlechtsverkehr hattest (mit jemandem geschlafen hast), welche Methode zur Schwangerschaftsverhütung hast du oder hat dein Partner / deine Partnerin angewendet?

Antibabypille, Kondom, rechtzeitig den Penis herausziehen (Koitus Interruptus), eine natürliche Methode (z.B. Persona-Harntest, Selbstbeobachtung, Temperaturmessung), eine andere Methode, ich bin mir nicht sicher

- 2-teilig: ja – nein

Ergebnisse

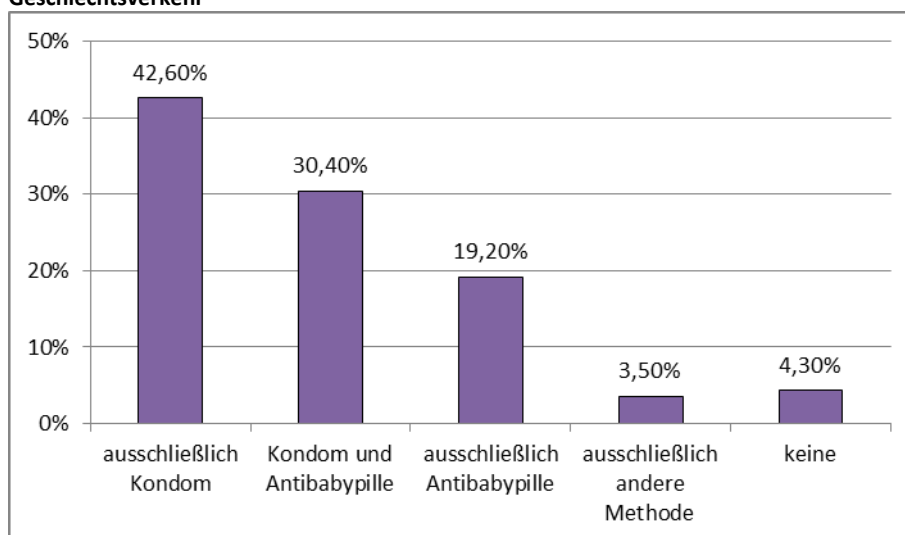
Bei der Interpretation der Auszahlungsergebnisse sollte man zwischen zwei Arten von Verhütungsmethoden unterscheiden, nämlich jenen, die nur der Vorbeugung gegen unerwünschte Schwangerschaften dienen (wie Antibabypille, Spirale etc.) und sogenannten „Barrieremethoden“ (wie dem Kondom), die zusätzlichen Schutz gegen sexuell übertragbare Krankheiten bieten. Aus verschiedenen Gründen gelten die Antibabypille und das Kondom, möglichst in ihrer Kombination, als die für Jugendliche am besten geeigneten Schutzmaßnahmen. Abbildung 24 konzentriert sich daher auf die Darstellung dieser beiden Variablen und subsummiert die ausschließliche Verwendung anderer Methoden unter die Kategorie „Nur andere Methoden“.

Fast drei Viertel (73,0%) der österreichischen Jugendlichen geben an, beim letzten Geschlechtsverkehr ein Kondom zur Verhütung verwendet zu haben. Knapp ein Drittel (30,4%) hat zusätzlich mit der Antibabypille verhütet. Knapp ein Fünftel (19,2%) hat ausschließlich diese Verhütungsmethode genutzt. Andere Methoden werden kaum angewendet (3,5%) und auch der Anteil jener, die angeben gar nicht zu verhüten, ist mit 4,3% eher gering.

Methoden zum Schutz gegen Schwangerschaft sowie sogenannte „Barrieremethoden“

73,0% verwendeten beim letzten Geschlechtsverkehr ein Kondom

Abbildung 24: Verhütungsmethoden der 15- und 17-jährigen Schüler/innen beim letzten Geschlechtsverkehr



6 Soziale Determinanten der Gesundheit

Gesundheit muss als ein Produkt komplexer Lebensumstände begriffen werden. Der Umgang mit Ressourcen und Risiken für die Gesundheit wird im Sozialisationsprozess erlernt. In diesem ändert das Individuum seine Normen, Fähigkeiten, Eigenschaften und Verhalten so, dass sie an als wünschenswert und angemessen angesehene Werte für die eigene Gegenwart und Zukunft angepasst sind. Viele verschiedene Faktoren spielen eine wichtige Rolle im Sozialisationsprozess. Als die wichtigsten gelten vor allem die Familie, die Gleichaltrigengruppe (Peer Group), die Schule und die Medien (Currie et al., 2010).

Jedoch nennen viele Forscherinnen und Forscher auch den sozioökonomischen Status als jene Determinante, welche die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten direkt am stärksten beeinflusst (Dür et al., 2009a). Dieser Zusammenhang ist allerdings sehr komplex und die Ergebnisse dazu sehr unterschiedlich (Currie, 2008), weshalb die weitere Erforschung dieses Themas besonders wichtig erscheint.

Darum werden im Folgenden sowohl die genannten Einflussfaktoren Familie und Schule als auch der sozioökonomische Status beschrieben und ihr Einfluss auf die Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten dargestellt. Die Peer-Kontakte, welche ebenfalls oft als Gesundheitsdeterminante behandelt werden, werden hier allerdings nicht beschrieben, da es sich bei der Peer Group um eine eher unstrukturierte, instabile und inkonstante Lebenswelt handelt (Hurrelmann & Albert, 2006) – im Vergleich zur Familie, welche der wichtigste Ratgeber in allen Lebensfragen für Kinder und Jugendliche ist (Albert et al., 2010). Dennoch soll hier darauf hingewiesen werden, dass durch die Peers und deren Vorbild gewisse Effekte auf den Gesundheitszustand bewirkt sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten der Schülerinnen und Schüler verstärkt werden können.

Umgang mit Ressourcen und Risiken für Gesundheit im Sozialisationsprozess erlernt

komplexer Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit

Familie, Schule und sozioökonomischer Status als wichtige Einflussfaktoren untersucht

6.1 Soziale Beziehungen in der Familie als Determinanten der Gesundheit

Hintergrund

Eine der wichtigsten Determinanten für die Entwicklung eines Kindes und somit auch der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens ist die Familie. Studien haben gezeigt, dass neben der Familienstruktur vor allem die Familiendynamik ein bedeutender Einflussfaktor auf die Gesundheit ist. So können Instabilität in der Familie, Vernachlässigung des Kindes, Gewalt oder Überforderung negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben (Taylor et al., 2000), wohingegen eine harmonische Eltern-Kind-Interaktion, eine offe-

Familie ein bedeutender Einflussfaktor für die Gesundheit

ne Kommunikation und elterliche Unterstützung Faktoren sind, die einer erfolgreichen mentalen und physischen Entwicklung des Kindes zugrunde liegen (Garmiene et al., 2006). Durch ein positives Verhältnis zu den Eltern wird sowohl das Risikoverhalten der jungen Menschen reduziert (Griesbach et al., 2003) als auch ein guter Gesundheitszustand und eine höhere Lebenszufriedenheit begünstigt (Todd et al., 2007).

gute Eltern-Kind-Kommunikation und soziale Unterstützung der Familie besonders wichtig

Offene, zugängliche und kommunikative Familien haben einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Kinder, wohingegen Familien, die mit familiären Problemen und Veränderungen nur schlecht umgehen können, oft mit psychologischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder umzugehen haben (Ge et al., 2006; Granado Alcón et al., 2002). Die Eltern-Kind-Kommunikation wird in diesem Zusammenhang als besonders bedeutender Faktor gesehen. Eine einfache Kommunikation mit den Eltern zählt zu den Aspekten einer unterstützenden elterlichen Beziehung zu den Kindern, welche einen protektiven Effekt auf das Leben junger Menschen hat (Pedersen et al., 2004). Umgekehrt ist eine schlechte Eltern-Kind-Kommunikation oft mit hohem Risikoverhalten (Granado Alcón et al., 2002; Velleman et al., 2005) und geringe soziale Unterstützung der Familie mit einer schlechteren mentalen Gesundheit und depressiven Symptomen (Klineberg et al., 2006) verbunden.

Methode

Erfassung der elterlichen Zuwendung mit je 4 Items für Mutter und Vater

Die Qualität der psychosozialen Familiensituation der österreichischen Schülerinnen und Schüler wurde anhand von zwei Variablen, der elterlichen Zuwendung und der Kommunikation mit den Eltern, erhoben. Das Ausmaß der elterlichen Zuwendung („Bonding“) wurde jeweils für Vater und Mutter anhand von vier Items gemessen. Die Messung basiert auf einem klassischen Instrument, entwickelt von Parker et al. (1979), welches die Qualität der Zuwendung zwischen Erwachsenen und Jugendlichen darstellt. Das Instrument misst zwei Dimensionen: Emotionale Unterstützung und Förderung von Autonomie. Für die hier durchgeführten Analysen wurde ausschließlich die Dimension „Emotionale Unterstützung“ herangezogen (Itembox 14).

Erfassung der Kommunikation mit der Mutter und dem Vater mit je einer Frage

Das familiäre Gesprächsklima, also die Kommunikation mit der Mutter bzw. mit dem Vater wurde mit einer Frage erfasst, die erhebt, wie leicht oder schwer es den Schülerinnen und Schülern fällt, mit den Eltern über Dinge zu sprechen, die ihnen wichtig sind. Auch wenn es sich hierbei um ein einzelnes Item handelt, zeigen mehrere nationale und internationale Studien, dass es eine gute Validität aufweist, um die Qualität der Beziehungen zu den Eltern darzustellen (Kuntsche & Kuendig, 2006). Bei Kindern und Jugendlichen, welche angaben, den Vater oder die Mutter nicht zu sehen bzw. diese nicht zu haben, wurden, sofern vorhanden, die Angaben zum Stiefvater oder zur Stiefmutter herangezogen (Itembox 14).

Itembox 14: Psychosoziale Familiensituation

Meine Mutter/mein Vater hilft mir so sehr ich es brauche.

Meine Mutter/mein Vater ist liebevoll.

Meine Mutter/mein Vater versteht meine Probleme und Sorgen.

Meine Mutter/mein Vater versucht mich aufzubauen, wenn ich gekränkt bin.

- 3-teilig: *fast immer – manchmal – nie*

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

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

Psychosoziale Familiensituation der Schülerinnen und Schüler

Insgesamt scheinen die österreichischen Schülerinnen und Schüler ein hohes Ausmaß an elterlicher Zuwendung, sowohl durch die Mutter als auch durch den Vater, zu erfahren. Die emotionale Unterstützung durch die Mutter wird generell höher eingestuft als jene durch den Vater (Abbildungen 25 und 26). Das Ausmaß an elterlicher Zuwendung ist bei den 11-Jährigen am höchsten: 93,0% bzw. 82,3% der Burschen und 90,2% bzw. 78,5% der Mädchen erhalten ein hohes Ausmaß an Zuwendung von Seiten der Mutter bzw. des Vaters.

Auch wenn die Werte für die elterliche Zuwendung im Allgemeinen hoch liegen, gibt es dennoch nennenswert große Gruppen, die in einer Familie mit eingeschränkten Bondingqualitäten aufwachsen. Das geringste Ausmaß elterlicher Zuwendung wird von den 15-jährigen Schülerinnen und Schülern angegeben. Hier geben bezüglich der Mutter über ein Fünftel der Burschen (20,9%) und Mädchen (22,6%) an, nur ein mittleres Ausmaß an empathischer Zuwendung zu erhalten. In der Beziehung zum Vater schaut es hier nochmal deutlich schlechter aus (35,4% bei den Burschen und 34,3% bei den Mädchen). Ein geringes Ausmaß elterlicher Zuwendung erfahren von den 15-Jährigen immerhin noch 1,0% bzw. 4,0% der Burschen und 3,3% bzw. 8,3% der Mädchen von der Mutter bzw. dem Vater.

insgesamt hohes Ausmaß an elterlicher Zuwendung

schlechteste Werte bei den 15-Jährigen

Abbildung 25: Empathische Zuwendung durch die Mutter der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht

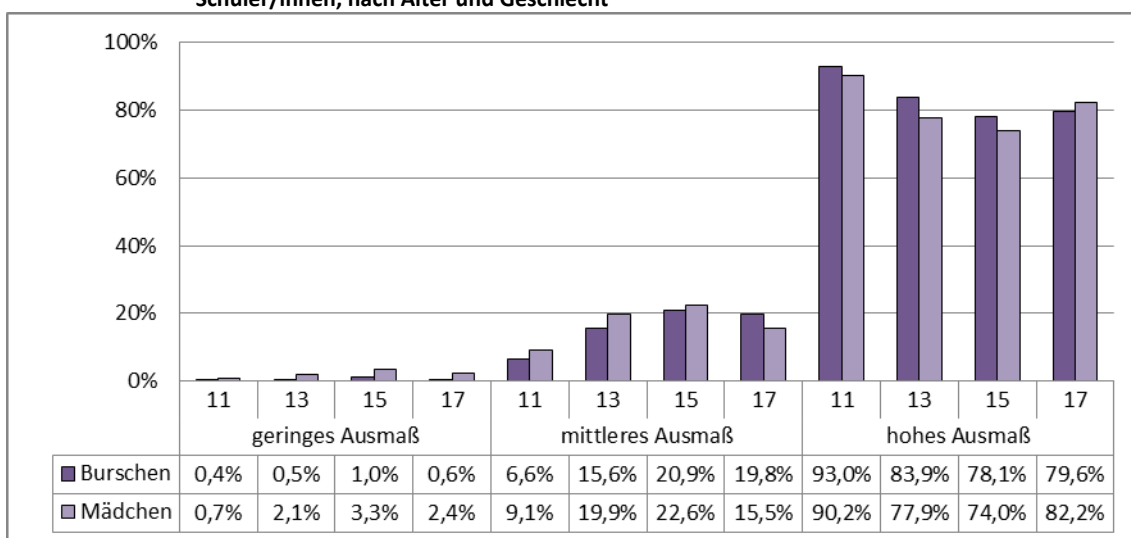
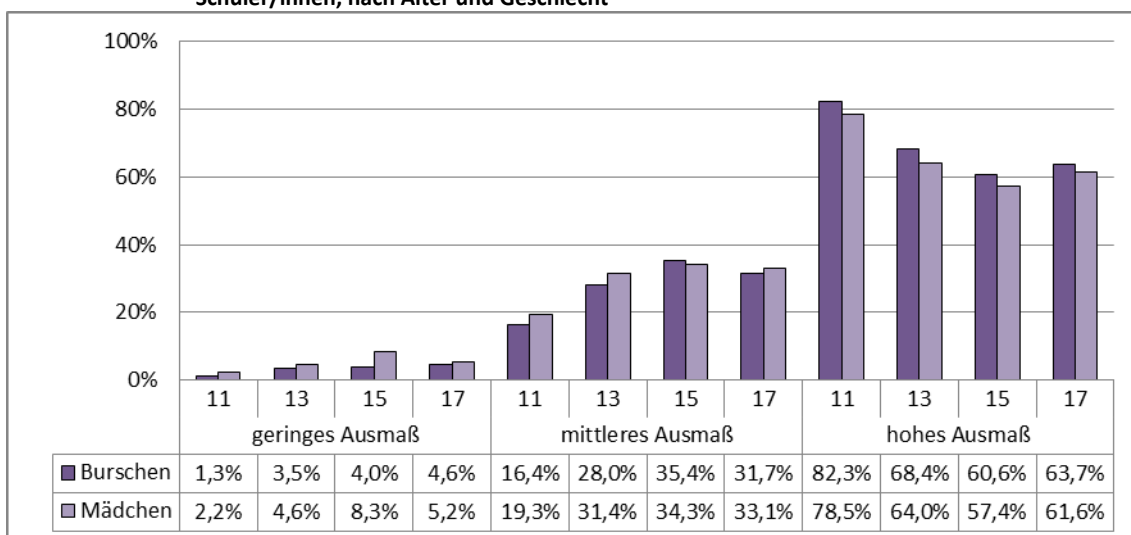


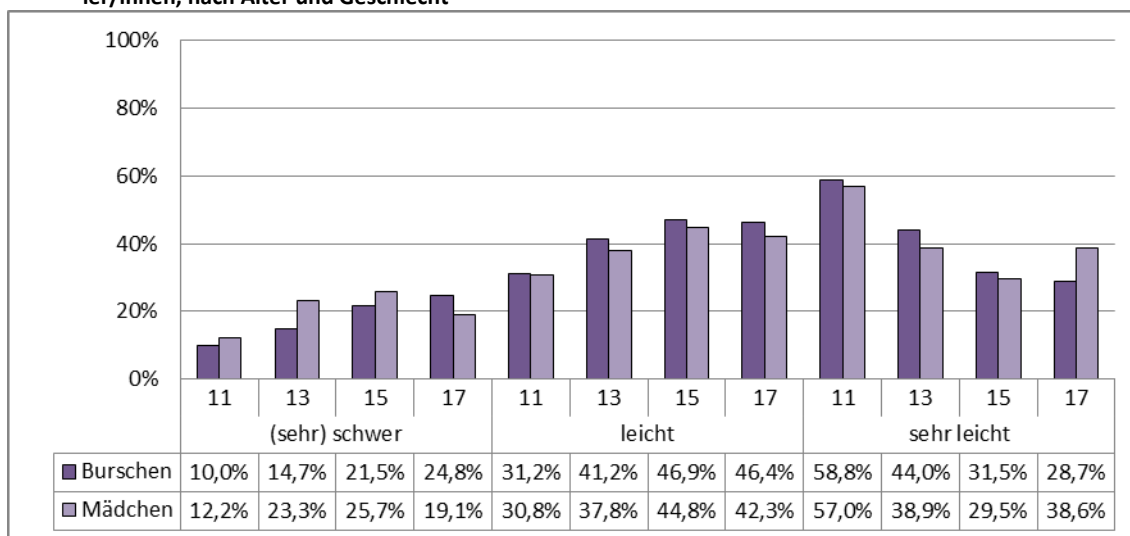
Abbildung 26: Empathische Zuwendung durch den Vater der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



insgesamt sehr gute Kommunikation mit den Eltern

Ähnlich den Ergebnissen anderer Studien (Currie, 2008) zeigte sich auch bei diesen Analysen, dass sehr viele Schülerinnen und Schüler die Kommunikation mit den Eltern als sehr leicht oder leicht einstufen (Abbildungen 27 und 28). Unterschiede zwischen Burschen und Mädchen konnten bei der Kommunikation mit der Mutter vor allem bei den 13- und 17-Jährigen festgestellt werden: Während bei den 13-Jährigen mehr Mädchen (23,3%) die Kommunikation mit der Mutter als schwer einstufen als Burschen (14,7%), ist dies bei den 17-Jährigen umgekehrt (M: 19,1%, B: 24,8%). Insgesamt zeigt sich, dass lediglich mit 17 Jahren deutlich mehr Mädchen (38,6%) leichter mit der Mutter kommunizieren als Burschen (28,7%). In allen anderen Altersstufen fällt den Burschen die Kommunikation mit der Mutter leichter.

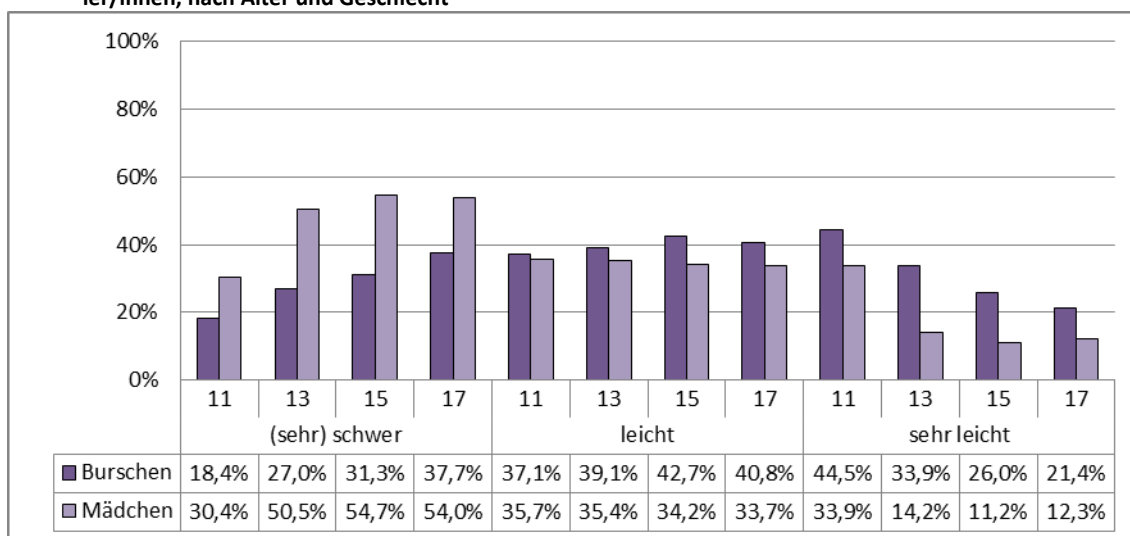
Abbildung 27: Kommunikation mit der Mutter der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



Das Gesprächsklima mit dem Vater wird von den Burschen hingegen über alle Altersstufen hinweg besser eingeschätzt als von den Mädchen. Am größten sind hier die Differenzen bei den 13-Jährigen, wo auf der einen Seite die Hälfte der Mädchen (50,5%) die Kommunikation mit dem Vater als schwer oder sehr schwer einstufen – bei Burschen sind dies nur 27,0% – und auf der anderen Seite gegengleich auch der Anteil mit einer sehr leichten Kommunikation mit dem Vater bei Burschen deutlich höher ist (33,9%) als bei Mädchen (14,2%). Diese großen Differenzen im Alter von 13 Jahren sind darauf zurückzuführen, dass das Gesprächsklima ab diesem Alter von den Mädchen besonders schlecht eingeschätzt wird und dann über die Jahre hinweg auf diesem Niveau bleibt, wohingegen Burschen die Kommunikation mit dem Vater ab dem Alter von 11 bis zum Alter von 17 Jahren kontinuierlich schlechter einschätzen.

Gesprächsklima mit dem Vater von Mädchen schlechter eingeschätzt

Abbildung 28: Kommunikation mit dem Vater der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



Psychosoziale Familiensituation und subjektive Gesundheit

starker Zusammenhang zwischen Familiensituation und Gesundheit

Generell zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen der psychosozialen Familiensituation und der subjektiven Gesundheit der österreichischen Schülerinnen und Schüler (Tabelle 3). Dementsprechend schätzen Mädchen und Burschen, die von ihren Eltern ein hohes Ausmaß an emotionaler Unterstützung erhalten oder denen die Kommunikation mit dem Vater leicht fällt, ihre subjektive Gesundheit mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit als ausgezeichnet ein, als Kinder und Jugendliche bei denen das nicht der Fall ist. Die Kommunikation mit der Mutter hat einen ähnlichen Effekt, wenngleich dieser nicht ganz so stark ist wie jener der anderen drei Variablen.

Tabelle 3: Psychosoziale Familiensituation und subjektive Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio)

	Subjektive Gesundheit (ausgezeichnet)	
	OR	95% Konfidenzintervall
Zuwendung der Mutter (hohes Ausmaß)	2,245***	1,932 - 2,610
Zuwendung des Vaters (hohes Ausmaß)	2,280***	2,021 - 2,573
Kommunikation mit der Mutter (fällt leicht)	1,992***	1,728 - 2,296
Kommunikation mit dem Vater (fällt leicht)	2,252***	2,013 - 2,518

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

geringere Beschwerdelast bei hoher empathischer Zuwendung der Eltern

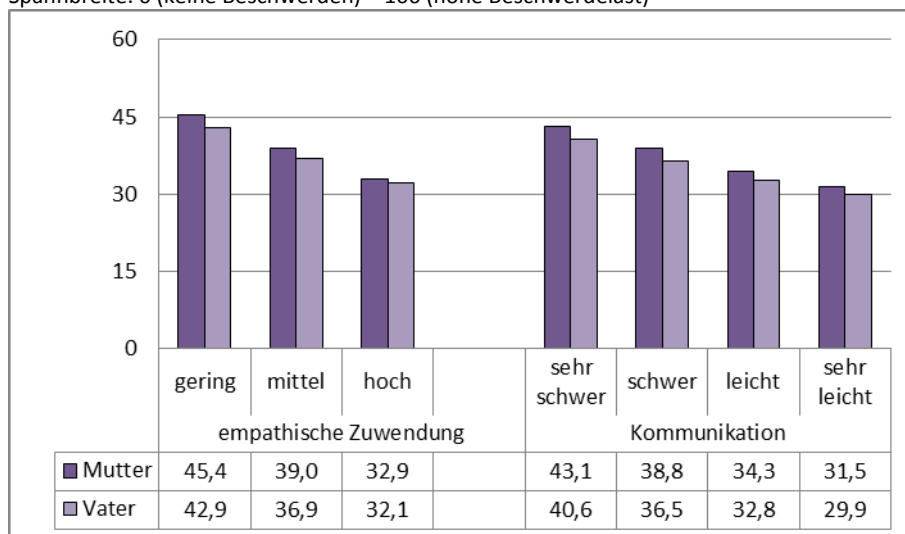
Ein ähnliches Ergebnis in Hinblick auf den Einfluss der psychosozialen Familiensituation konnte bei der Beschwerdelast festgestellt werden (Abbildung 29). Schülerinnen und Schüler mit einer geringen empathischen Zuwendung durch die Mutter bzw. den Vater weisen eine deutlich höhere Beschwerdelast auf (45,4 bzw. 42,9) als Kinder und Jugendliche, die eine hohe Zuwendung berichten (32,9 bzw. 32,1). Besonders stark ist dieser Effekt mit einem Cohen's *d* von 1,03 bei der Zuwendung durch die Mutter.

geringere Beschwerdelast bei guter Eltern-Kind-Kommunikation

Ähnlich der empathischen Zuwendung führt auch ein offenes Gesprächsklima zu einer Verringerung der Beschwerdelast. Dementsprechend sinkt die mittlere Beschwerdelast der Schülerinnen und Schüler von 43,1 (Mutter) bzw. 40,6 (Vater), wenn die Kommunikation mit den Eltern sehr schwer fällt, auf 31,5 bzw. 29,9, wenn in der Familie ein offenes Gesprächsklima herrscht. Diese Effekte sind mit einem Cohen's *d* von 0,86 (Mutter) bzw. 0,81 (Vater) ebenfalls stark.

Abbildung 29: Psychosoziale Familiensituation und Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen

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

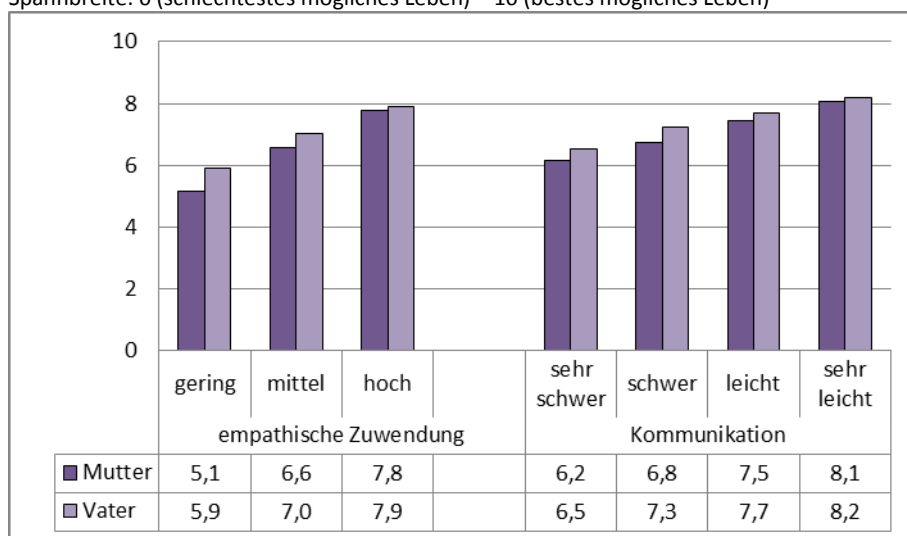


Eine hohe emotionale Unterstützung der Eltern hat ebenfalls einen stark positiven Effekt auf die Einschätzung der Lebenszufriedenheit der österreichischen Schülerinnen und Schüler (Abbildung 30). Bewerten jene Mädchen und Burschen, die hohe emotionale Unterstützung erfahren, ihre Lebenszufriedenheit auf einer Skala von 0 (sehr gering) bis 10 (sehr hoch) noch mit durchschnittlich 7,8 (Mutter) bzw. 7,9 (Vater), so sinkt dieser Wert bei Kindern und Jugendlichen mit geringer elterlicher Unterstützung auf 5,1 (Mutter) bzw. 5,9 (Vater). Des Weiteren zeigt sich, entsprechend den Ergebnissen anderer Studien (Todd et al., 2007), dass Schwierigkeiten in der Kommunikation mit den Eltern mit einer niedrigeren Lebenszufriedenheit der Schülerinnen und Schüler verbunden ist. Ein offenes Gesprächsklima in der Familie lässt die Lebenszufriedenheit der Kinder und Jugendlichen von 6,2 (Mutter) bzw. 6,5 (Vater) auf über 8 ansteigen. Den stärksten Effekt auf die Lebenszufriedenheit hat von den untersuchten Variablen die empathische Zuwendung durch die Mutter, wobei alle vier Variablen einen sehr starken Zusammenhang mit der eingeschätzten Lebenszufriedenheit durch die Schülerinnen und Schüler aufweisen (Cohen's $d=0,84-1,22$).

starker Einfluss auf die Lebenszufriedenheit

Abbildung 30: Psychosoziale Familiensituation und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen

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



Psychosoziale Familiensituation und Gesundheits- und Risikoverhalten

starker Einfluss auf Rauchverhalten und Alkoholkonsum

Die psychosoziale Familiensituation zeigt insgesamt auch einen starken Einfluss auf das Gesundheits- und Risikoverhalten der österreichischen Schülerinnen und Schüler (Tabelle 4). Am stärksten ist der Zusammenhang mit dem Rauchverhalten: Jene, die ein hohes Ausmaß an elterlicher Zuwendung berichten oder denen die Kommunikation mit der Mutter (in schwächerer Form auch mit dem Vater) sehr leicht fällt, sind eher Nichtraucher bzw. Nichtraucherinnen. Ebenfalls stark ist der Einfluss auf den Alkoholkonsum: eine positive psychosoziale Familiensituation vermindert das Risiko der Schülerinnen und Schüler, wöchentlich Alkohol zu konsumieren, sehr stark. Etwas leichter, aber dennoch vorhanden sind diese Effekte beim täglichen Konsum von Obst und Gemüse bzw. Süßigkeiten und süßen Limonaden sowie beim Cannabiskonsum, wobei der Einfluss einer guten Kommunikation mit dem Vater meistens schwächer ist als bei den drei anderen Variablen.

Tabelle 4: Psychosoziale Familiensituation und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio)

OR (CI-95)	Obst- oder Gemüse (täglich)	Süßigkeiten / süße Limonaden (täglich)	Rauchen (gar nicht)	Alkoholkonsum (wöchentlich)	Cannabiskonsum jemals (nein)
Zuwendung der Mutter (hohes Ausmaß)	1,368*** (1,197-1,565)	0,720*** (0,632-0,821)	2,277*** (1,983-2,613)	0,613*** (0,532-0,707)	1,607*** (1,305-1,979)
Zuwendung des Vaters (hohes Ausmaß)	1,498*** (1,339-1,676)	0,818*** (0,732-0,914)	2,021*** (1,787-2,286)	0,609*** (0,539-0,689)	1,637*** (1,352-1,981)
Kommunikation mit der Mutter (fällt leicht)	1,442*** (1,266-1,642)	0,714*** (0,629-0,810)	2,086*** (1,824-2,385)	0,657*** (0,572-0,754)	1,516*** (1,238-1,855)
Kommunikation mit dem Vater (fällt leicht)	1,285*** (1,157-1,427)	0,815*** (0,734-0,905)	1,885*** (1,676-2,119)	0,684*** (0,609-0,769)	1,377** (1,145-1,656)

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

Die Betrachtung der körperlichen Aktivität der österreichischen Schülerinnen und Schüler (Abbildung 31 und 32) zeigt, dass die empathische Zuwendung der Mutter sowie die Kommunikation mit dem Vater einen mittelstarken Effekt auf das Bewegungsverhalten (Cohen's $d=0,52$ bzw. $0,46$) und das sitzende Verhalten haben (Cohen's $d=0,56$ bzw. $0,24$). Demnach nimmt bei einer höheren Zuwendung durch die Mutter und einer einfachen Kommunikation mit dem Vater das Bewegungsverhalten zu und das sitzende Freizeitverhalten ab. Der Effekt der Kommunikation mit der Mutter ist beim Bewegungsverhalten geringer (Cohen's $d=0,28$), beim sitzenden Freizeitverhalten höher als beim Vater (Cohen's $d=0,44$). Die empathische Zuwendung durch den Vater kann das sitzende Freizeitverhalten der Schülerinnen und Schüler leicht reduzieren, hat aber keinen Einfluss auf deren Bewegungsverhalten.

mittelstarker Einfluss der emotionalen Unterstützung der Mutter und der Kommunikation mit dem Vater auf die Bewegung und das sitzende Freizeitverhalten

Abbildung 31: Psychosoziale Familiensituation und Häufigkeit der Bewegung der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen

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

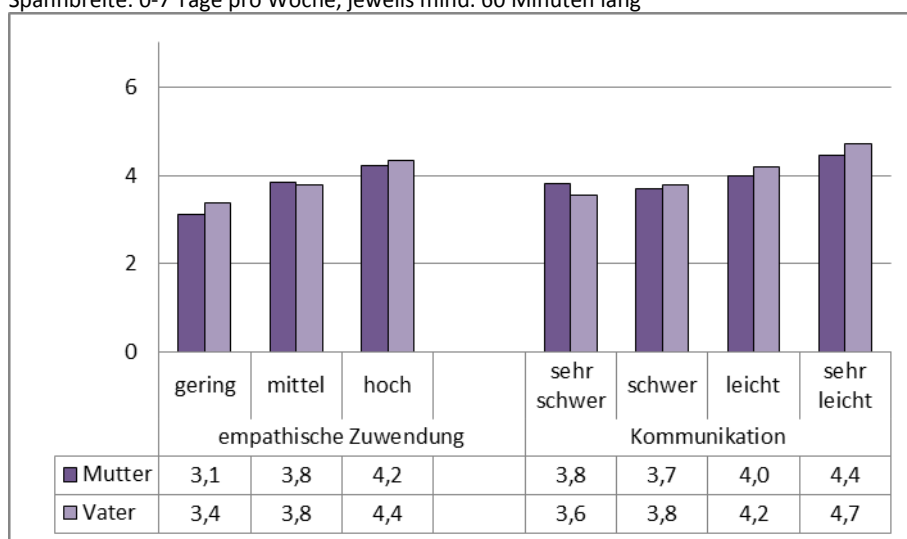
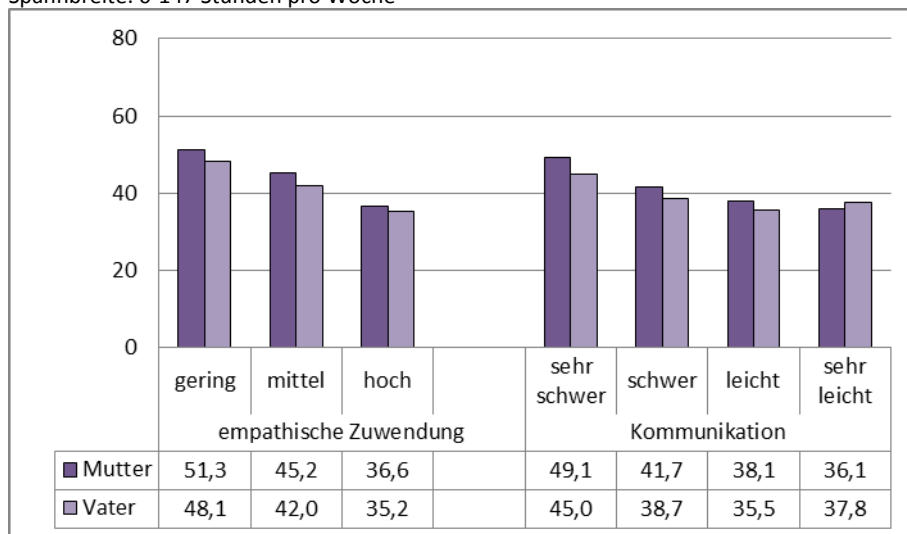


Abbildung 32: Psychosoziale Familiensituation und Ausmaß an sitzendem Freizeitverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen

Spannbreite: 0-147 Stunden pro Woche



6.2 Die Rolle der Schule für die Gesundheit

Hintergrund

Schule als wichtige Determinante für Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Wissenschaftlichen Untersuchungen zufolge zählt die Schule als eine wichtige Determinante für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen (Currie et al., 2004; Dür et al., 2009a; Erhart et al., 2006), was mitunter auf die hohe Verweildauer der Schülerinnen und Schüler im System Schule zurückgeführt werden kann. Die Schule zählt neben der Familie zur zentralen Sozialisationsinstanz für Kinder und Jugendliche, da hier sowohl Wissen vermittelt als auch Kompetenzen erlernt werden (Lampert & Richter, 2009), wodurch sie als Ressource für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten dienen kann. Allerdings kann die Schule auch jener Ort sein, an dem Schülerinnen und Schüler erstmals mit gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen (z.B. Tabakkonsum) in Kontakt kommen und diese in weiterer Folge auch übernehmen können (Dür, 2002).

positiver und negativer Einfluss der Schule auf die Gesundheit möglich

Generell gibt es eine Reihe von schulinternen Faktoren, die die Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen können. Beispielsweise haben ein gutes Schulklima und unterstützende soziale Beziehungen in der Schule einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Schülerinnen und Schüler, wohingegen eine nicht-unterstützende Schulumwelt ein Risiko darstellt und zur Entstehung von gewalttätigem Verhalten, Tabak- und Alkoholkonsum beitragen kann (Dür et al., 2009a; Ravens-Sieberer et al., 2009; Samdal & Dür, 2000).

Schulerfolg und Schulstress als wichtige Prädiktoren für Gesundheit

Ebenfalls als bedeutender Prädiktor für Gesundheit und Wohlbefinden wird der Schulerfolg gesehen (Currie et al., 2004; Dür et al., 2009b). Schlechte schulische Leistungen können zu einer Verschlechterung der gesundheitsassoziierten Variablen und zu einer Erhöhung von gesundheitsgefährdendem Verhalten führen (Cole et al., 1997; Gore & Aseltine, 1995; Ravens-Sieberer et al., 2009). Ebenso können schulische Belastungen und schulassoziierter Stress einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen, ihr subjektives Gesundheitsempfinden (Roeser et al., 2000; Samdal & Dür, 2000), ihr psychisches Wohlbefinden (Mortimore, 1998), aber auch auf die Prävalenz von Krankheiten haben (Steptoe, 1991). Nicht zuletzt kann auch die ökologische Beschaffenheit der Schule, wie beispielsweise das Raumklima, die Luftqualität und der Lärmpegel, Einfluss auf die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler nehmen (Berry, 2002; Dür et al., 2009a).

eine an den Bedürfnissen orientierte Schulumwelt ist wichtig

Insgesamt zeigt sich, dass eine Schulumwelt, die den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen nicht gerecht wird, das Auftreten von gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen begünstigt, da diese Verhaltensweisen als Reaktion auf die Gesamtheit der Schulerfahrungen, welche ein Kind macht, betrachtet werden müssen.

Richtung der Kausalität jedoch nicht eindeutig geklärt

Auch wenn entsprechend dem Großteil der Literatur hier davon ausgegangen wird, dass die Schule einen Einfluss auf die Gesundheit ausübt, sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die HBSC-Erhebung keinen Rückschluss auf die Richtung der Kausalität ermöglicht. Vereinzelt weisen Studien darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen schulischen Determinan-

ten und der Gesundheit der Schülerinnen und Schüler auch in umgekehrter Richtung verstanden werden kann (Roeser et al., 2000), nämlich in dem Sinne, dass die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen einen Einfluss auf das Schulverhalten hat.

Methode

Die Rolle der Schule für die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler wurde mit insgesamt vier Indikatoren entsprechend dem internationalen HBSC-Bericht dargestellt: Schulzufriedenheit, schulische Anforderungen, Schulleistungen und die Beziehung zwischen den Schülerinnen und Schülern.

4 Indikatoren erfasst

Die Schulzufriedenheit soll ausdrücken, wie gut es der Schülerin bzw. dem Schüler derzeit in der Schule gefällt (Itembox 3). Das Item misst die emotionale und seelische Verbundenheit mit der Schule und ist seit 1986 Bestandteil der HBSC-Studie. Über die Jahre hat sich gezeigt, dass dieses Item einen starken Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten und der Gesundheitswahrnehmung aufweist (Samdal et al., 1998; Wold et al., 1994).

Schulzufriedenheit

Die schulischen Anforderungen wurden ebenfalls mit einem Item gemessen, das die Belastung durch schulische Aufgaben, sowohl in der Schule als auch zu Hause, erfasst. Die Schulleistungen der Schülerinnen und Schüler wurden mit einer Frage nach den wahrgenommenen Beurteilungen der eigenen Leistungen durch die Lehrkräfte, verglichen mit jenen der Mitschülerinnen und Mitschüler, dargestellt. Die Qualität der Beziehungen zwischen den Schülerinnen und Schülern wurde mit einer Reihe von Items erhoben, die zu einem Gesamtwert addiert und durch die Anzahl der Items dividiert wurden. Das Ergebnis ist eine Bewertung der Beziehung zu anderen Schülerinnen und Schülern, die von einer sehr negativen (Wert 1) zu einer sehr positiven Bewertung (Wert 5) reichen kann.

schulische Belastungen, wahrgenommene Schulleistungen, Beziehung zu den Mitschüler/inne/n

Itembox 15: Schulische Determinanten

Wie gefällt es dir derzeit in der Schule?

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

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

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

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

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

Die Schüler/innen in meiner Klasse sind gerne zusammen.

Die meisten in meiner Klasse sind nett und hilfsbereit.

Meine Mitschüler/innen akzeptieren mich so wie ich bin.

Wenn es einem Schüler oder einer Schülerin in meiner Klasse schlecht geht, versuchen die Mitschüler/innen ihm oder ihr zu helfen.

Die Schüler/innen meiner Klasse gehen respektvoll miteinander um.

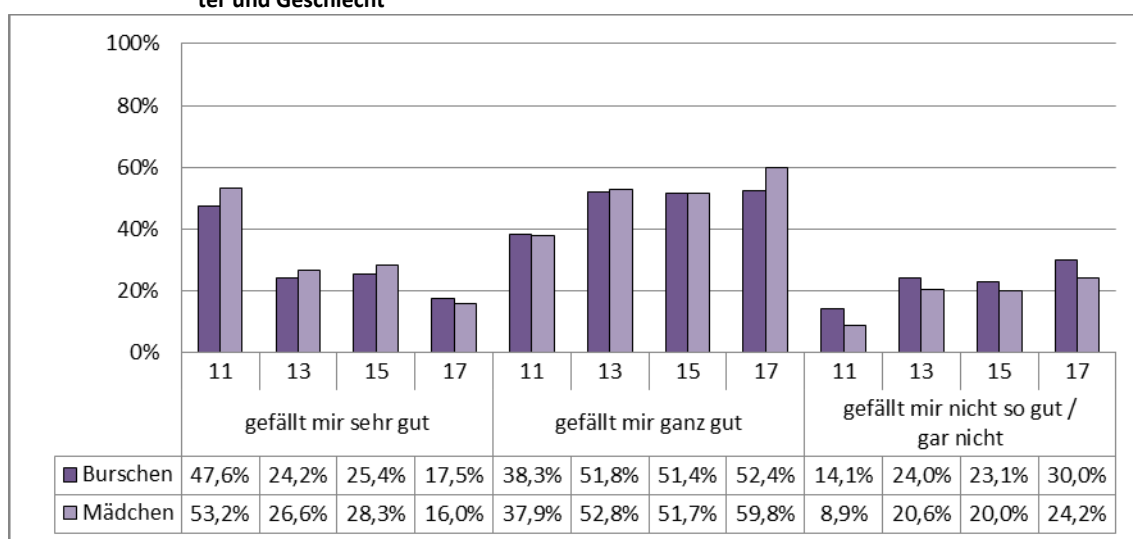
- 5-teilig: *stimmt genau – stimmt – weder richtig noch falsch – stimmt nicht – stimmt überhaupt nicht*

Schulische Determinanten

79,4% gefällt es in der Schule „sehr gut“ oder „ganz gut“

Fast einem Drittel (29,5%) der österreichischen Schülerinnen und Schüler gefällt es in der Schule sehr gut und fast der Hälfte immerhin noch ganz gut (49,9%). Deutlich am besten gefällt es den 11-Jährigen in der Schule. Hier gibt noch gut die Hälfte (50,4%) der Burschen und Mädchen an, dass es ihnen in der Schule sehr gut gefällt. Mit 13 Jahren halbiert sich dieser Anteil allerdings auf 25,4%, bleibt dann bei den 15-Jährigen in etwa auf diesem Niveau (26,9%) und sinkt bei den 17-Jährigen auf 16,7% ab. Gegengleich nehmen zu diesen Zeitpunkten auch die Anteile der Kategorien „gefällt mir ganz gut“ und „gefällt mir nicht so gut bzw. gar nicht“ entsprechend zu. Insgesamt gefällt es den Mädchen in der Schule leicht besser als den Burschen (Abbildung 33).

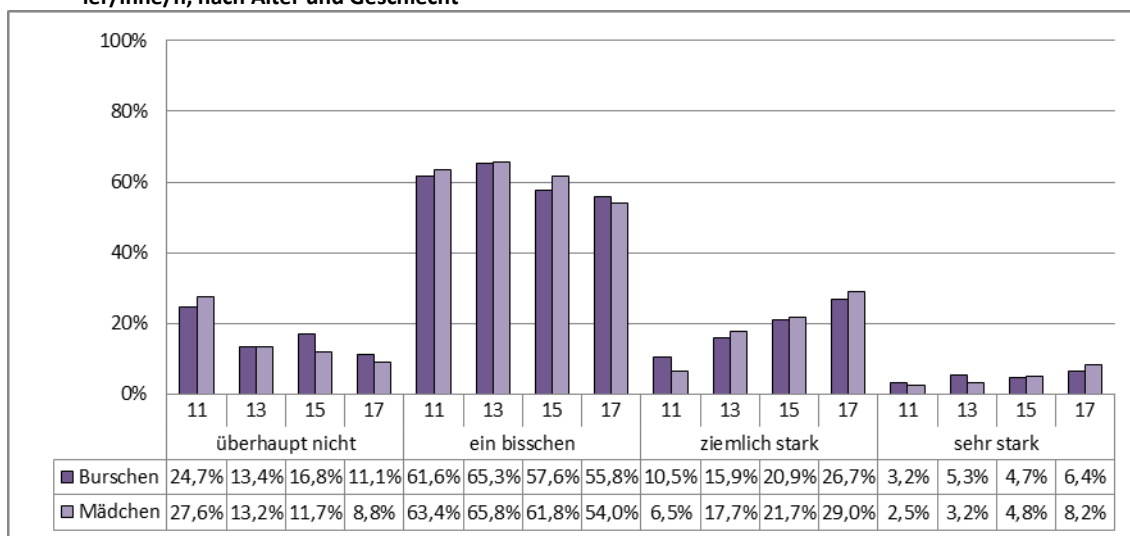
Abbildung 33: Schulzufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



23,5% fühlen sich durch die Schule ziemlich oder sehr stark belastet

Insgesamt 84,6% der österreichischen Schülerinnen und Schüler fühlen sich durch die Schule belastet, wobei der Großteil (60,8%) ein leichtes Ausmaß an schulischer Belastung angibt. 23,5% geben an, ziemlich oder sehr stark an schulischer Belastung zu leiden. Das empfundene Ausmaß steigt mit dem Alter kontinuierlich an, wobei kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern festgestellt werden können (Abbildung 34). Sowohl Burschen als auch Mädchen fühlen sich am häufigsten im Alter von 17 Jahren ziemlich oder sehr stark durch die Schule belastet.

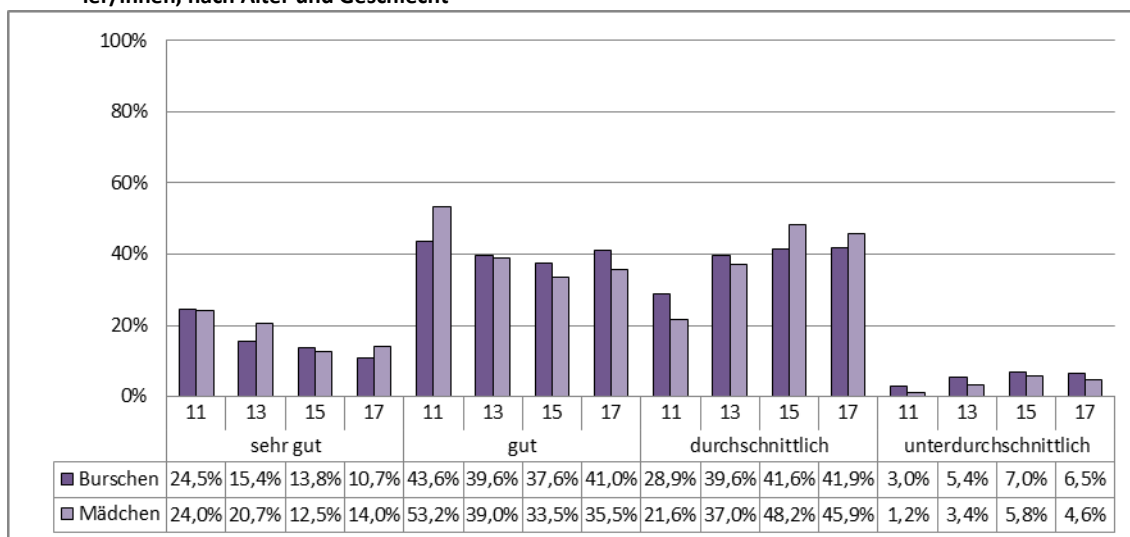
Abbildung 34: Belastung durch die Schule bei den 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



Deutlich am besten fühlen sich die 11-Jährigen durch die Lehrpersonen beurteilt. Fast drei Viertel dieser Altersgruppe (72,7%) geben an, sehr gut oder gut beurteilt zu werden. Ab dem Alter von 13 Jahren sinkt dieser Anteil auf rund 50% und bleibt über die Jahre weitestgehend konstant. Am häufigsten geben Burschen und Mädchen im Alter von 15 Jahren an, unterdurchschnittlich bewertet zu werden (7,0% bzw. 5,8%). Eine unterdurchschnittliche Bewertung wird von Burschen leicht häufiger empfunden als von Mädchen. Insgesamt zeigen sich jedoch wenige eindeutige Unterschiede zwischen den Geschlechtern in dieser Variable (Abbildung 35).

72,7% der 11-Jährigen fühlen sich von den Lehrkräften „sehr gut“ oder „gut“ beurteilt

Abbildung 35: Wahrgenommene Schulleistung der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht

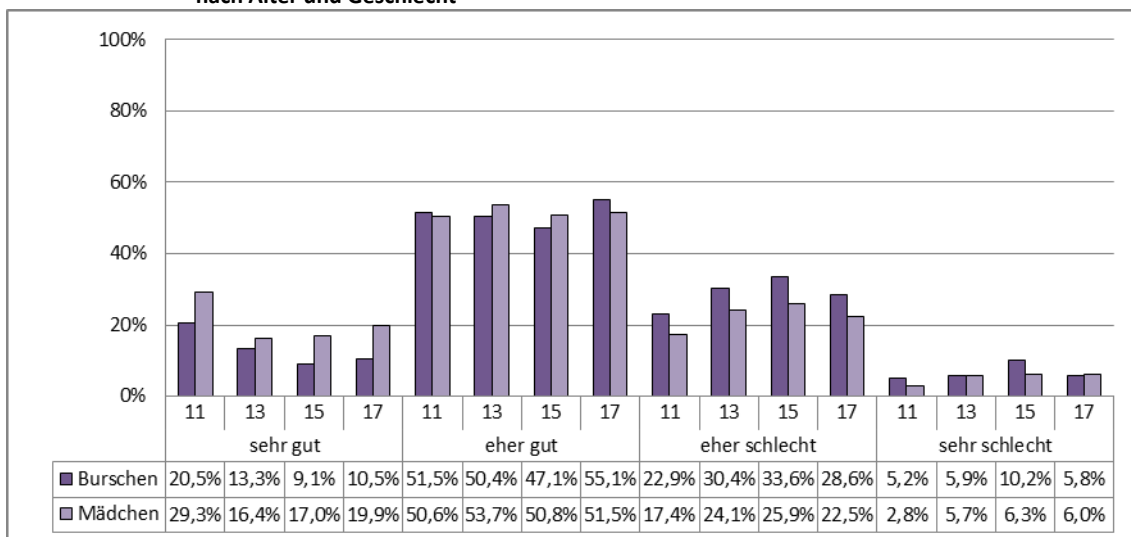


Mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen hat ein eher gutes Verhältnis zu den Mitschülerinnen und Mitschülern, fast 17% sogar ein sehr gutes. Rund ein Viertel (25,8%) gibt aber auch an, eher schlechte Beziehungen zu den anderen Schülerinnen und Schülern zu haben, bei 6,2% sind sie sogar

68,1% haben eine sehr oder eher gute Beziehung zu den Mitschüler/innen/n

sehr schlecht. Burschen scheinen etwas häufiger ein eher oder sehr schlechtes Verhältnis zu den Mitschülerinnen und Mitschülern zu haben als Mädchen, wohingegen Mädchen häufiger über ein sehr gutes Verhältnis berichten. Insgesamt bleiben die Beziehungen über das Alter hinweg relativ konstant (Abbildung 36).

Abbildung 36: Schüler/innen-Schüler/innen-Beziehung der 11-, 13-, 15- und 17-Jährigen, nach Alter und Geschlecht



Schulische Determinanten und subjektive Gesundheit

**starker Zusammenhang
mit subjektiver
Gesundheit**

Die schulischen Variablen weisen insgesamt einen starken Zusammenhang mit der subjektiven Gesundheit auf. Vor allem Schülerinnen und Schüler, denen es in der Schule sehr gut gefällt, stufen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit ihre subjektive Gesundheit als ausgezeichnet ein. Aber auch eine sehr gute Schulleistung oder sehr geringe schulische Belastung führen zu einer besseren subjektiven Gesundheit. Die Beziehung zwischen den Schülerinnen und Schülern zeigt ebenfalls einen starken Zusammenhang mit der subjektiven Gesundheit auf (Tabelle 5).

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

	Subjektive Gesundheit (ausgezeichnet)	
	OR	95% Konfidenzintervall
Schulzufriedenheit („gefällt mir sehr gut“)	2,358***	2,113 - 2,631
Schüler/innen-Schüler/innen-Beziehung (sehr gute Beziehung)	2,087***	1,828 - 2,383
Schulbelastung (überhaupt nicht belastet)	2,193***	1,914 - 2,511
Schulleistung (sehr gut)	2,276***	1,994 - 2,597

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

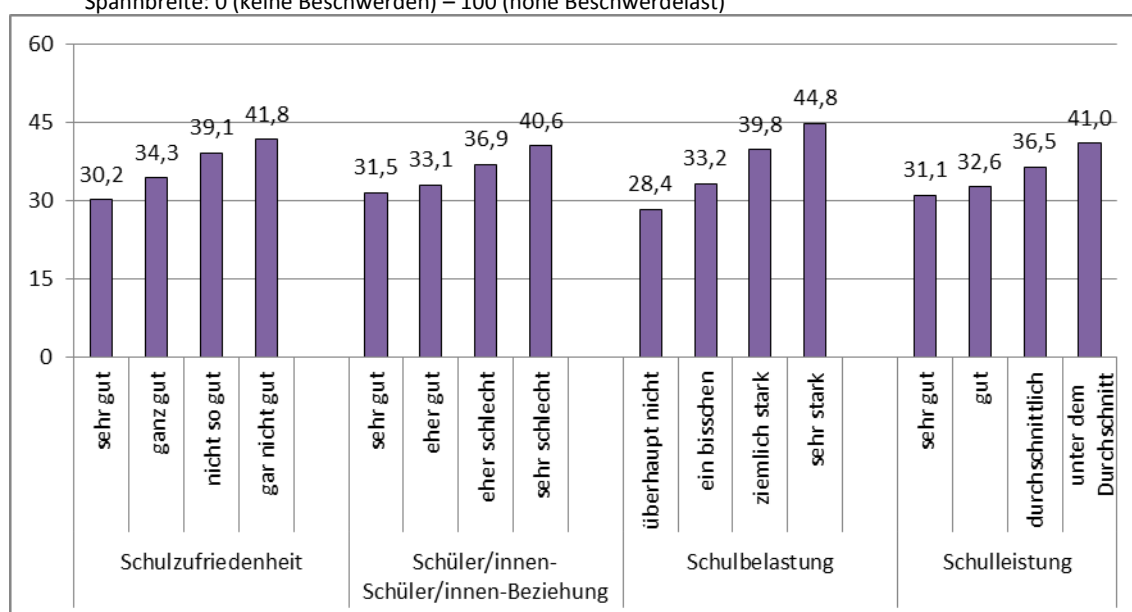
**starker Zusammenhang
mit der Beschwerdelast**

Ebenso stark ist der Zusammenhang mit der Beschwerdelast der Mädchen und Burschen (Abbildung 37). Den deutlich stärksten Effekt zeigt die empfundene schulische Belastung: Schülerinnen und Schüler, die sich durch die

Schule überhaupt nicht belastet fühlen, geben eine durchschnittliche Beschwerdelast von lediglich 28,4 auf einer Skala von 0 (keine Beschwerden) bis 100 (höchstmögliche Beschwerdelast) an, wohingegen dieser Wert kontinuierlich mit dem Ausmaß der Belastung bis auf 44,8 bei einer sehr starken Belastung steigt (Cohen's $d=1,19$). Einen ebenfalls sehr starken Effekt auf die Beschwerdelast weist die Schulzufriedenheit auf (Cohen's $d=0,84$): Die Beschwerdelast steigt hier stetig von 30,2 bei einer sehr hohen Schulzufriedenheit auf 41,8, wenn es dem Schüler bzw. der Schülerin in der Schule gar nicht gefällt. Ebenso konnte ein mittelstarker Effekt der Beziehung zu den Mitschülerinnen und Mitschülern (Cohen's $d=0,68$) und der Schulleistungen (Cohen's $d=0,69$) auf die empfundene Beschwerdelast festgestellt werden.

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

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

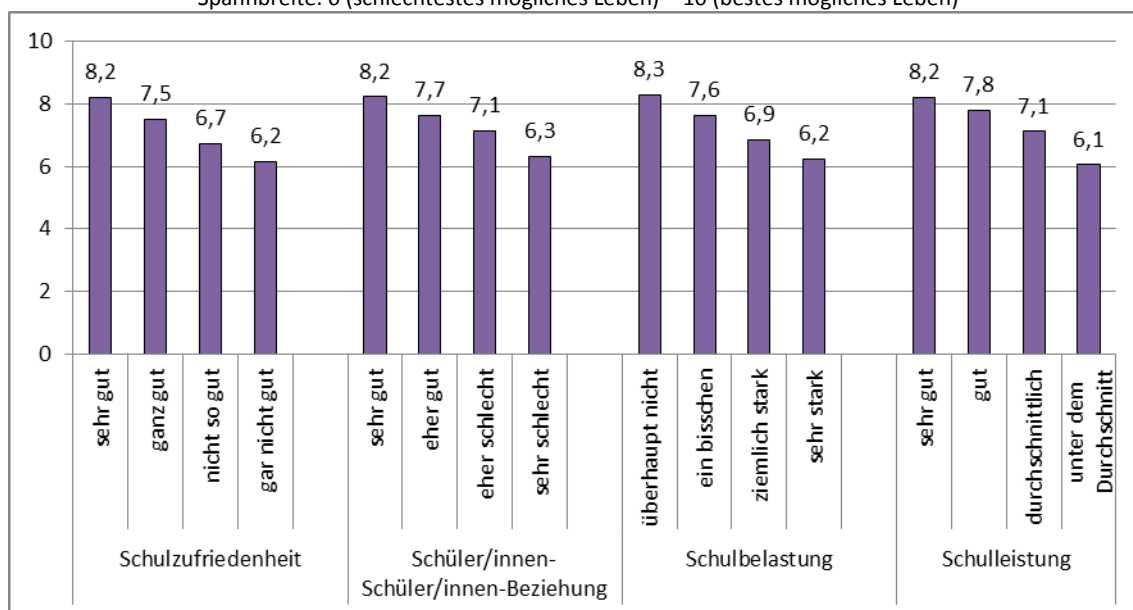


Noch stärker ist der Einfluss auf die Lebenszufriedenheit (Abbildung 38). Hier weisen alle vier untersuchten Indikatoren einen relativ gleich starken Einfluss auf (Cohen's $d=0,9-1,0$). Dementsprechend steigt die durchschnittliche Lebenszufriedenheit auf einer Skala von 0 (niedrig) bis 10 (hoch) jeweils von knapp über 6 (6,1-6,3) bei einer sehr schlechten auf 8,2 bzw. 8,3 bei einer sehr guten Bewertung des jeweiligen schulbezogenen Faktors.

starker Zusammenhang mit Lebenszufriedenheit

Abbildung 38: Schulische Faktoren und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen

Spannweite: 0 (schlechtestes mögliches Leben) – 10 (bestes mögliches Leben)



Schulische Determinanten und Gesundheits- und Risikoverhalten

positiver Einfluss auf Obst-/Gemüsekonsum, Süßigkeitenkonsum, Rauchen und Alkoholkonsum

Die schulischen Faktoren stehen auch in starker Beziehung zum Gesundheits- und Risikoverhalten der österreichischen Schülerinnen und Schüler (Tabelle 6). Die Wahrscheinlichkeit, täglich Obst und Gemüse zu konsumieren, steigt jeweils bei einer hohen Schulzufriedenheit, einer sehr guten Beziehung zu den Mitschülerinnen und Mitschülern, keiner schulischen Belastung und einer sehr guten Schulleistung signifikant an, wobei die letztgenannte Variable den stärksten Einfluss aufweist. Gegengleich sinkt das Risiko, täglich Süßigkeiten und süße Limonaden zu verzehren, bei diesen Variablen, wobei dieser Effekt bei keiner Schulbelastung und einer sehr guten Schulleistung weniger stark ist. Die zwei am stärksten durch die Schulzufriedenheit und die Schulleistung beeinflussten Verhaltensweisen sind das Rauchen und der Alkoholkonsum. Bei einer sehr hohen Schulzufriedenheit und einer sehr guten Schulleistung ist die Wahrscheinlichkeit, nicht zu rauchen, deutlich höher und das Risiko, wöchentlich Alkohol zu trinken, deutlich niedriger. Ein Einfluss durch die Beziehung zu den Mitschülerinnen und Mitschülern sowie durch die Schulbelastung auf diese Variablen konnte ebenfalls, jedoch in abgeschwächter Form, festgestellt werden. Am geringsten ist der Zusammenhang zwischen den schulischen Verhältnissen und dem Cannabiskonsum. Hier weisen lediglich die Schulzufriedenheit, die Beziehungen zwischen den Schülerinnen und Schülern sowie die Schulleistung einen leichten Effekt auf.

Tabelle 6: Schulische Faktoren und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio)

OR (CI-95)	Obst- oder Gemüse (täglich)	Süßigkeiten / süße Limonaden (täglich)	Rauchen (gar nicht)	Alkoholkonsum (wöchentlich)	Cannabiskonsum jemals (nein)
Schulzufriedenheit („gefällt mir sehr gut“)	1,541*** (1,384-1,716)	0,776*** (0,694-0,867)	2,626*** (2,275-3,032)	0,436*** (0,379-0,501)	1,405** (1,120-1,763)
Schüler/innen-Schüler/innen-Beziehung (sehr gute Beziehung)	1,614*** (1,414-1,841)	0,768*** (0,669-0,881)	1,273** (1,088-1,490)	0,694*** (0,590-0,816)	1,537** (1,162-2,032)
Schulbelastung (überhaupt nicht belastet)	1,281*** (1,119-1,465)	0,868* (0,755-0,997)	1,560*** (1,318-1,847)	0,673*** (0,569-0,797)	0,925# (0,708-1,207)
Schulleistung (sehr gut)	1,659*** (1,455-1,891)	0,794** (0,692-0,910)	2,918*** (2,406-3,540)	0,563*** (0,475-0,667)	1,479** (1,109-1,971)

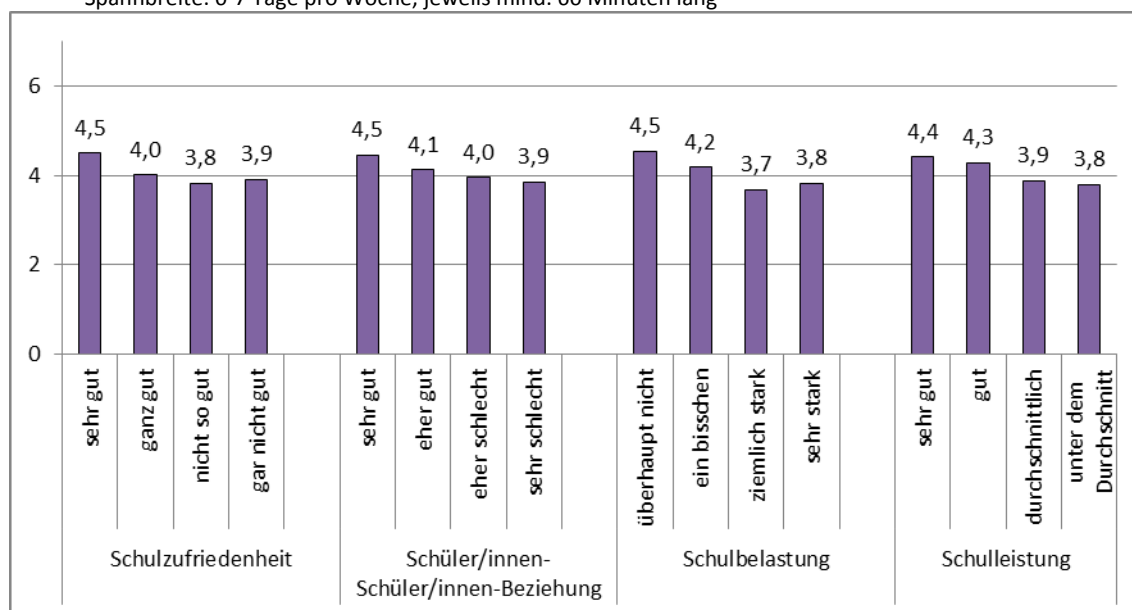
*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, # n.s.

Die Häufigkeit der wöchentlichen Bewegungszeit wird durch die schulischen Determinanten leicht beeinflusst (Cohen's $d=0,27-0,31$). Alle vier Variablen zeigen, dass mit einer besseren Einschätzung der Verhältnisse auch die Anzahl der Tage, an denen die Schülerinnen und Schüler körperlich aktiv sind, steigen (Abbildung 39).

leichter Zusammenhang mit Bewegungsverhalten

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

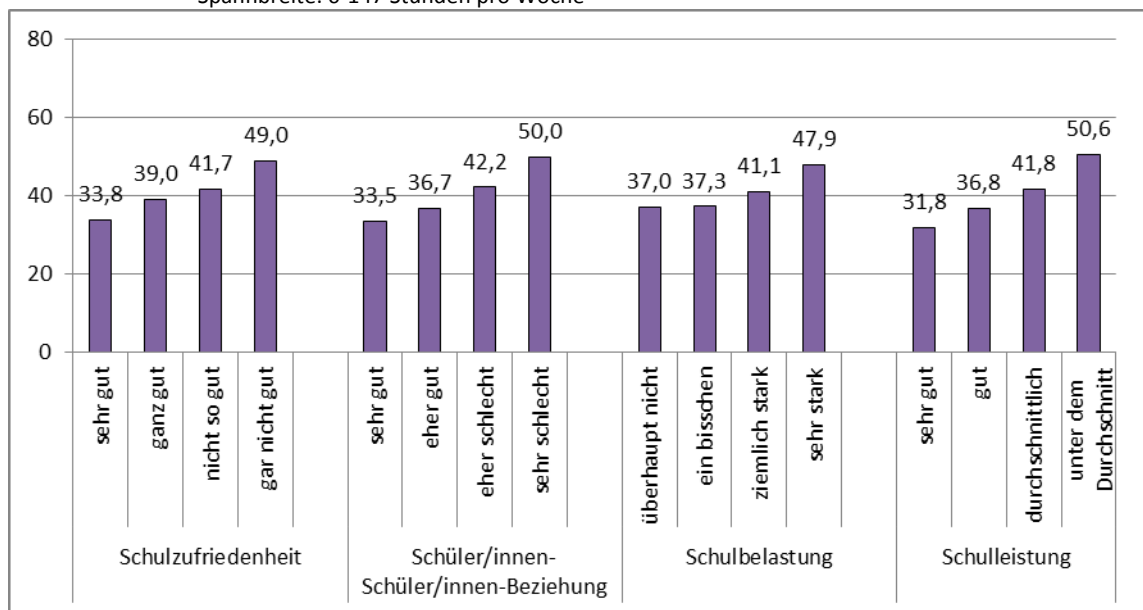
Spannbreite: 0-7 Tage pro Woche, jeweils mind. 60 Minuten lang



Stärker ist der Einfluss der Schule auf das Ausmaß an sitzendem Freizeitverhalten. Hier konnte bei allen vier untersuchten Indikatoren ein mittelstarker Effekt festgestellt werden (Cohen's $d=0,39-0,62$), wobei bessere Einschätzungen der schulischen Variablen zu einer Verringerung der Anzahl an Stunden, die wöchentlich mit Fernsehen oder Computernutzung verbracht werden, führen. Am stärksten ist dieses Ergebnis bei einer sehr gut wahrgenommenen Schulleistung (Abbildung 40).

mittelstarker Zusammenhang mit sitzendem Freizeitverhalten

Abbildung 40: Schulische Faktoren und sitzendes Freizeitverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen
Spannbreite: 0-147 Stunden pro Woche



6.3 Sozioökonomische Ungleichheit und Gesundheit

Hintergrund

Einfluss des sozioökonomischen Status auf die Gesundheit

Der sozioökonomische Status wird oft als jene Determinante genannt, die den größten Zusammenhang mit der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten aufweist (Dür et al., 2009a). Studien berichten von einer schlechteren Gesundheit und/oder Lebenszufriedenheit bei Kindern und Jugendlichen aus weniger wohlhabenden Familien (Currie, 2008). Ebenso werden Erkrankungen (z.B. Übergewicht, Karies) oder Risikoverhaltensweisen (z.B. regelmäßiger Alkoholkonsum, Rauchen), denen habitualisierte Einstellungs- und Verhaltensmuster zugrunde liegen, häufiger bei Kindern und Jugendlichen aus niedrigen Wohlstandsgruppen diagnostiziert (Currie, 2008; Bachinger et al., 2004; Ellsäßer, 2002; Hurrelmann, 2010; Klocke, 2001).

tatsächliche Stärke des Zusammenhangs jedoch ungewiss

Der Zusammenhang von sozioökonomischen Status und Gesundheit ist allerdings sehr komplex, so dass die Ergebnisse unterschiedlicher Studien von einem starken bis zu keinen Zusammenhang reichen. Diese Unterschiede können auf unterschiedliche Messmethoden, Stichproben oder Länderunterschiede zurückzuführen sein. Außerdem gibt es die Vermutung, dass Peers, Schule und Medien einen ausgleichenden Effekt auf die Gesundheit von Jugendlichen haben könnten (Currie, 2008).

Ein niedriger sozioökonomischer Status der Familie hat allerdings auch psychosoziale Folgen. Zum Beispiel kann die kognitive und geistige Entwicklung der Kinder und Jugendlichen aus schlechter gestellten Familien dadurch eingeschränkt sein (Vagerö & Illsley, 1995). Aber auch schulabhängiger Stress, schulische Leistungen, die Unterstützung durch Klassenkameraden, die Schulzufriedenheit, die Kommunikation mit den Eltern und die Beziehung zu den Peers hängen mit dem sozioökonomischen Status zusammen (Currie, 2008).

mögliche psychosoziale Folgen eines niedrigen sozioökonomischen Status

Durch diese Unterschiede verschlechtern sich oft auch die Bildungschancen und die damit verknüpften Gesundheitspotentiale von Kindern aus schlechter gestellten Familien (Vagerö & Illsley, 1995). Der Einfluss der sozialen Herkunft auf die Bildung scheint ein kumulativer Prozess zu sein, welcher bereits im Kindergarten beginnt und an den Übergängen im Bildungssystem, wie beispielsweise der Wechsel auf eine weiterführende Schule oder später auf eine Universität, durch Selektion weiter verfestigt wird (Dür et al., 2009a). Das verpflichtende Kindergartenjahr könnte ein erster Schritt eines Versuchs sein, diese Ungleichheiten am Beginn des Bildungsweges zu reduzieren. Ob diese Maßnahme Erfolg zeigt, kann allerdings erst in einigen Jahren nachvollzogen werden.

Unterschiede in den Bildungschancen aufgrund der sozialen Herkunft

Methode

Studien haben gezeigt, dass es sehr schwierig ist, den sozioökonomischen Status von Kindern und Jugendlichen zu erheben, da viele keine oder nur unzureichende Informationen über die Beschäftigung der Eltern geben können oder wollen (Currie et al., 2008; Currie et al., 1997). Die bei Erwachsenen oft verwendeten Fragen nach Beruf, Einkommen und Bildung zur Erfassung des sozioökonomischen Status einer Person weisen zusätzlich eine höhere Non-response-rate bei jenen, welche den unteren sozioökonomischen Gruppen zuzurechnen sind, auf (Currie et al., 2008). Um diesen Problemen entgegenzuwirken, wurde von Currie et al. (1997) für die HBSC-Studie die sogenannte „Family Affluence Scale“ (Familienwohlstandsskala) entwickelt. Diese seither mehrfach adaptierte Skala erfasst mit einfach zu beantwortenden Fragen das Sachvermögen der Familie und bildet somit, wenngleich in eingeschränkter Weise, den Lebensstandard der Kinder und Jugendlichen ab (Itembox 16). Die vier Einzelitems werden zur Bildung der Skala zu einem Gesamtindex zusammengeführt und dieser anschließend in drei Wohlstandsgruppen (gering, mittel, hoch) unterteilt (Currie, 2008).

sozioökonomischer Status wird mit der „Familienwohlstandsskala“ (4 Items) erfasst

Itembox 16: Familienwohlstandsskala

Wie viele Computer besitzt deine Familie?

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

Besitzt deine Familie ein Auto, einen Bus oder einen Lastwagen?

- 3-teilig: *nein – ja, eins – ja, zwei oder mehrere*

Hast du ein eigenes Zimmer?

- 2-teilig: *nein – ja*

Wie häufig bist du in den letzten 12 Monaten mit deiner Familie in den Ferien verreist?

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

Sozioökonomischer Status der Schülerinnen und Schüler

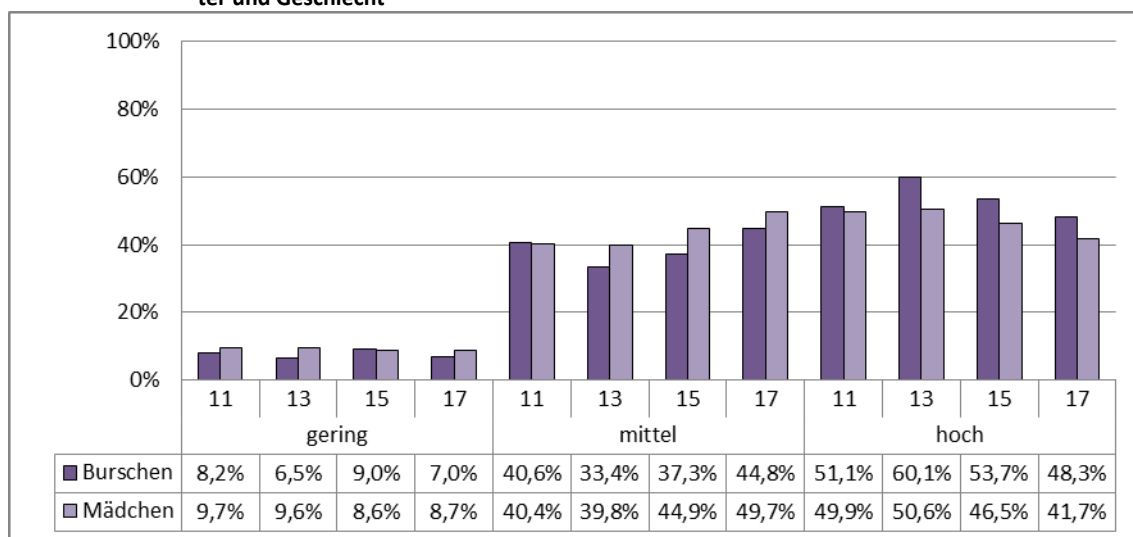
8,4% geringes Wohlstands-niveau

Gemessen an den verwendeten Wohlstandsindikatoren können rund die Hälfte der Schülerinnen und Schüler (50,3%) einem hohen und über 40% einem mittleren Wohlstandsniveau zugerechnet werden. 8,4% gehören finanziell schlechter gestellten Familien an. Die Familienwohlstandsskala bietet nur ein grobes Unterscheidungsmaß in Bezug auf die soziale Lage der Familien der Schülerinnen und Schüler. Dennoch sind auch Kinder und Jugendliche mit geringem Sachvermögen der Eltern mit knapp 9% in der Studie repräsentiert.

kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern

Generell zeigt sich, dass Burschen, bei den verwendeten Indikatoren, eher einen hohen Familienwohlstand angeben, wohingegen Mädchen am häufigsten einem mittleren Wohlstandsniveau zuzurechnen sind (Abbildung 41). Einen geringen Familienwohlstand geben ebenfalls Mädchen – außer im Alter von 15 Jahren – leicht häufiger an als Burschen. Eindeutige alters-spezifische Unterschiede im Familienwohlstand konnten für beide Geschlechter aber nicht beobachtet werden.

Abbildung 41: Familienwohlstand der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Alter und Geschlecht



Sozioökonomischer Status und subjektive Gesundheit

leichter bis mittelstarker Zusammenhang mit subjektiver Gesundheit

Die Ergebnisse der HBSC-Studie 2010 zeigen, dass der sozioökonomische Status einen leichten bis mittelstarken Effekt auf die subjektive Gesundheit der Schülerinnen und Schüler hat. Kinder und Jugendliche, welche einem höheren Wohlstandsniveau zugerechnet werden können, schätzen ihre subjektive Gesundheit signifikant häufiger als ausgezeichnet ein (Tabelle 7). Mädchen und Burschen aus niedrigen Wohlstandsgruppen weisen jedoch keinen signifikanten Unterschied in der Einschätzung ihrer Gesundheit im Vergleich zu Schülerinnen und Schülern aus Familien mit einem mittleren Wohlstandsniveau auf.

Tabelle 7: Familienwohlstand und subjektive Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio)

	Subjektive Gesundheit (ausgezeichnet)	
	OR	95% Konfidenzintervall
Familienwohlstand (gering / mittel)	1,188 [#]	0,967 - 1,459
Familienwohlstand (gering / hoch)	1,769 ^{***}	1,446 - 2,164

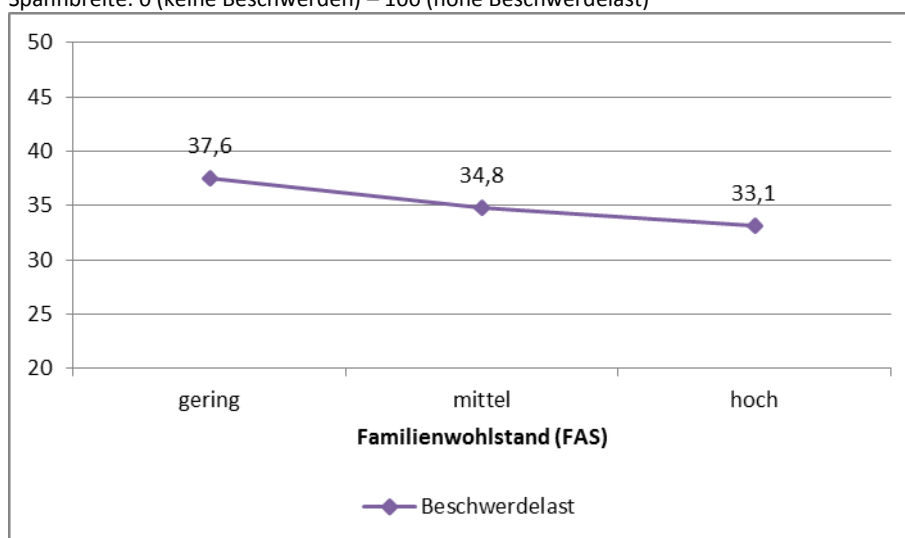
*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, # n.s.

Die Ergebnisse zur Beschwerdelast zeigt ein ähnliches Bild (Abbildung 42): Auf der Skala von 0 (keine Beschwerden) bis 100 (höchstmögliche Beschwerdelast) stufen Schülerinnen und Schüler aus finanziell schlechter gestellten Familien ihre durchschnittliche Beschwerdelast mit 37,6 signifikant schlechter ein als Kinder und Jugendliche aus finanziell besser gestellten Familien (33,1). Es handelt sich hierbei allerdings um einen eher leichten Effekt (Cohen's $d=0,33$).

leichter Einfluss auf Beschwerdelast

Abbildung 42: Familienwohlstand und Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen

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

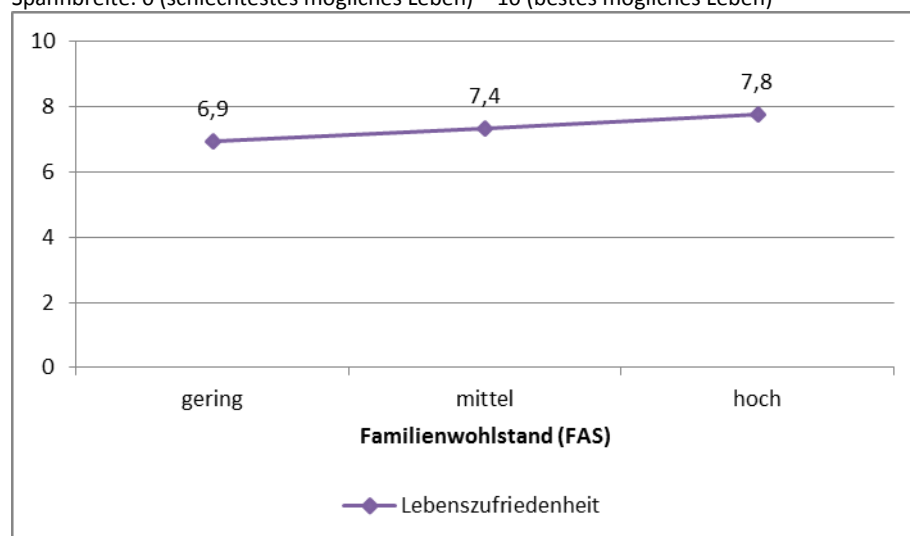


Den wahrscheinlich stärksten Einfluss der hier gemessenen Gesundheitsvariablen übt der sozioökonomische Status der Familie auf die Einschätzung der Lebenszufriedenheit der österreichischen Schülerinnen und Schüler aus. Dies entspricht den Ergebnissen anderer Studien (Currie, 2008). Kinder und Jugendliche mit einem niedrigen Familienwohlstand geben im Durchschnitt einen Wert von 6,9 auf einer 11-stufigen Skala von 0 (niedrig) bis 10 (hoch) an, wohingegen dieser Wert bei Burschen und Mädchen aus hohen Wohlstandsgruppen signifikant und mittelstark (Cohen's $d=0,42$) auf 7,8 steigt (Abbildung 43).

mittelstarker Zusammenhang mit Lebenszufriedenheit

Abbildung 43: Familienwohlstand und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen

Spannweite: 0 (schlechtestes mögliches Leben) – 10 (bestes mögliches Leben)



Sozioökonomischer Status und Gesundheits- und Risikoverhalten

nur geringe Einflüsse auf Süßigkeitenkonsum, Rauchen und Alkoholkonsum

Die Analysen der österreichischen HBSC-Studie 2010 ergeben nur geringe Einflüsse des sozioökonomischen Status der Familie auf das Gesundheitsverhalten der Schülerinnen und Schüler (Tabelle 9). Dementsprechend verringert sich der tägliche Konsum von Süßigkeiten und süßen Limonaden leicht, wenn der Schüler bzw. die Schülerin einer Familie mit hohem oder mittlerem Wohlstandsniveau zuzurechnen ist im Vergleich zu finanziell schlechter gestellten Familien. Ebenso steigt auch die Wahrscheinlichkeit, Nicht-Raucherin bzw. Nicht-Raucher zu sein, bei Mädchen und Burschen mit einem hohen Familienwohlstand im Vergleich zu jenen mit einem geringen Familienwohlstand. Umgekehrt ist allerdings das Risiko, wöchentlich Alkohol zu konsumieren bei Jugendlichen, die einem mittleren Wohlstandsniveau zugerechnet werden können, höher als bei Schülerinnen und Schülern aus schlechter gestellten Familien. Beim Cannabiskonsum und dem täglichen Obst- und Gemüsekonsum konnten keine relevanten Unterschiede zwischen den Wohlstandsruppen festgestellt werden.

Tabelle 8: Familienwohlstand und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen (Odds Ratio)

OR (CI-95)	Obst- oder Gemüse (täglich)	Süßigkeiten / süße Limonaden (täglich)	Rauchen (gar nicht)	Alkoholkonsum (wöchentlich)	Cannabiskonsum niemals (nein)
Familienwohlstand (gering / mittel)	0,980 [#] (0,809-1,187)	0,792* (0,656-0,957)	1,085 [#] (0,882-1,335)	1,353** (1,079-1,695)	1,104 [#] (0,793-1,539)
Familienwohlstand (gering / hoch)	1,283* (1,063-1,549)	0,765** (0,635-0,922)	1,393** (1,133-1,711)	1,156 [#] (0,924-1,445)	1,117 [#] (0,803-1,554)

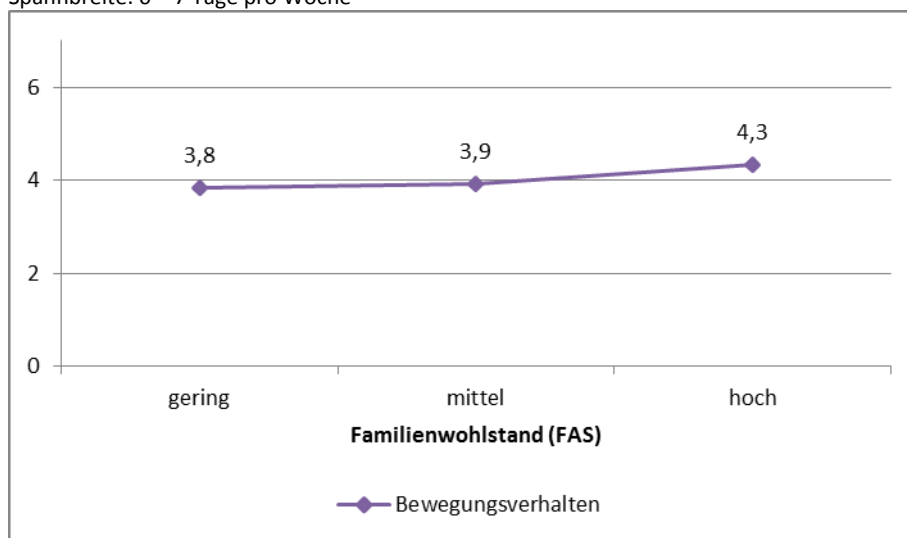
*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, # n.s.

Ein hoher Familienwohlstand hat einen leichten positiven Einfluss (Cohen's $d=0,23$) auf das Bewegungsverhalten der Schülerinnen und Schüler, so dass sich die durchschnittliche Bewegungshäufigkeit von 3,8 auf 4,3 Tage pro Woche erhöht (Abbildung 44). Erfasst wurde hier, an wie vielen Tagen pro Woche die Kinder und Jugendlichen für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv waren. Den österreichischen Bewegungsempfehlungen zufolge sollten Kinder und Jugendliche sich täglich mindestens 60 Minuten lang bei zumindest mittlerer Intensität bewegen (Titze et al., 2010). Das zeigt, dass selbst Schülerinnen und Schüler mit einem hohen sozioökonomischen Status deutlich unter dieser Empfehlung liegen.

leicht positiver Einfluss auf das Bewegungsverhalten

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

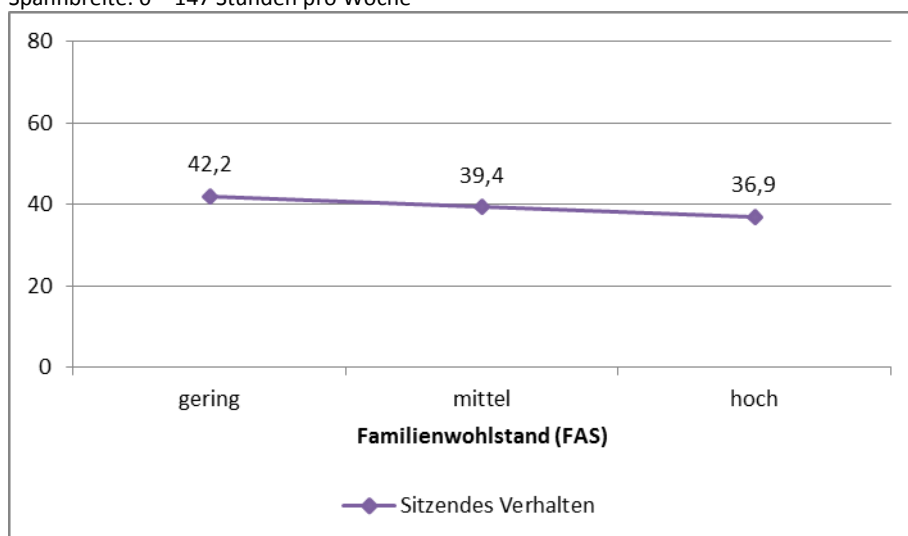
Spannbreite: 0 – 7 Tage pro Woche



Ebenso verringert sich die Anzahl der Stunden, welche in der Woche mit sitzendem Freizeitverhalten (Fernsehen, Computernutzung, Computerspielen) verbracht werden, von rund 42 Stunden bei Kindern und Jugendlichen aus schlechter gestellten Familien auf knapp 37 Stunden bei Schülerinnen und Schülern mit einem hohen Wohlstandsniveau (Abbildung 45). Es handelt sich hierbei allerdings nur um einen leichten Effekt (Cohen's $d=0,18$).

leichter Effekt auf sitzendes Freizeitverhalten

Abbildung 45: Familienwohlstand und sitzendes Freizeitverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen
Spannbreite: 0 – 147 Stunden pro Woche



7 Trends in der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten seit 1994

7.1 Hintergrund

Gesundheitsförderung hat in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen, so dass die Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in verschiedenen Bereichen versucht wird. Um die Entwicklung darzustellen und Möglichkeiten für zukünftige Interventionen aufzuzeigen, soll hier ein Überblick gegeben werden, wie sich die subjektive Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten der österreichischen Schülerinnen und Schüler im Lauf der Jahre geändert hat.

Die Darstellung dieser sogenannten Trends erfolgt anhand ausgewählter Variablen. Die Entwicklungen werden soweit es die Daten ermöglichen, aber maximal für die letzten fünf Erhebungen (bis zurück zur Erhebung von 1994) dargestellt. Einige wichtige Variablen wurden in der Erhebung von 2002 entweder neu eingeführt oder aufgrund neuer Erkenntnisse adaptiert. Darum kann der Trend bei diesen Variablen nur für die letzten drei Erhebungen dargestellt werden.

Die Beschreibungen beziehen sich zunächst auf den allgemeinen Trend in den einzelnen Variablen. Anschließend wird beschrieben, in wie weit sich der Verlauf auf mögliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder zwischen den Altersgruppen zurückführen lässt. Dies sind allerdings nur zwei der möglichen Einflussfaktoren für die Entwicklungen. Weitere, wie beispielsweise der sozioökonomische Status, können allerdings ebenfalls den Verlauf über die Jahre beeinflussen und lassen somit nur eine eingeschränkte Interpretation der Ergebnisse zu. Die genauen Tabellen zu den beschriebenen Entwicklungen finden sich im Anhang. Da Schülerinnen und Schüler im Alter von 17 Jahren erstmals 2010 in der HBSC-Studie eingeschlossen wurden, wurden die Trenddaten-Auswertungen nur für die 11- bis 15-Jährigen durchgeführt.

Darstellung der Entwicklung der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens

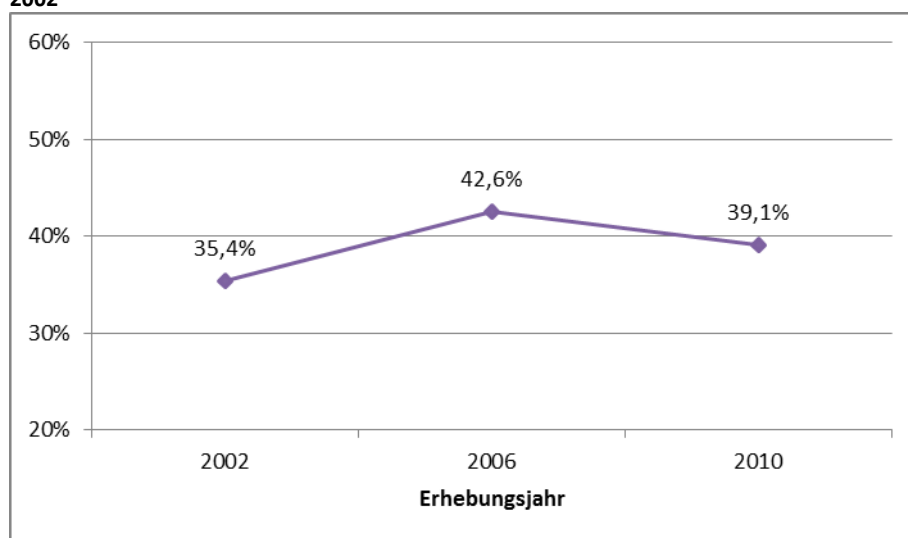
Trends für die letzten 5 Erhebungen (seit 1994)

Darstellung möglicher Geschlechts- und Alterseffekte

7.2 Die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler im Trend

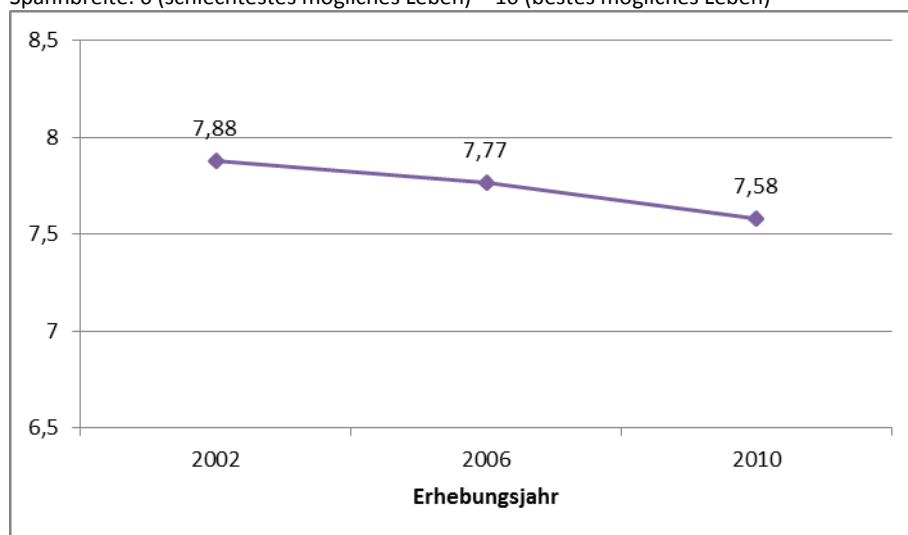
Seit dem 6. österreichischen HBSC-Survey von 2002 beinhaltet der HBSC-Fragebogen Fragen zur subjektiven Gesundheit und zur Lebenszufriedenheit der Schülerinnen und Schüler. 2006 haben etwas mehr Schülerinnen und Schüler ihre subjektive Gesundheit als „ausgezeichnet“ eingestuft als 2002. Dieser Wert ist dann aber bei der letzten Erhebung wieder etwas gesunken (Abbildung 46). Es kann demnach kein eindeutiger Trend in dieser Variable festgestellt werden. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der Einschätzung der subjektiven Gesundheit als ausgezeichnet nehmen kontinuierlich leicht ab. Der hohe Anteil an den Angaben „ausgezeichnet“ 2006 zeigt sich auch bei den 11- und 13-Jährigen. Bei den 15-Jährigen bleibt der Anteil allerdings über die Jahre konstant.

kein eindeutiger Trend in der subjektiven Gesundheit

Abbildung 46: Ausgezeichnete Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 2002

leichte Verschlechterung der Lebenszufriedenheit

Abbildung 47 zeigt, dass die mittlere Lebenszufriedenheit über die Jahre leicht von 7,88 (2002) auf 7,58 (2010) gesunken ist (Cohen's $d=0,16$). Dieser Verlauf ist bei beiden Geschlechtern ähnlich. Auch zwischen den einzelnen Altersgruppen konnten hier kaum Unterschiede festgestellt werden. Es zeigte sich allerdings eine leicht stärkere Verschlechterung in der Lebenszufriedenheit bei den 11-Jährigen (Cohen's $d=0,25$) als bei den 13- und 15-Jährigen.

Abbildung 47: Lebenszufriedenheit der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 2002
Spannbreite: 0 (schlechtestes mögliches Leben) – 10 (bestes mögliches Leben)

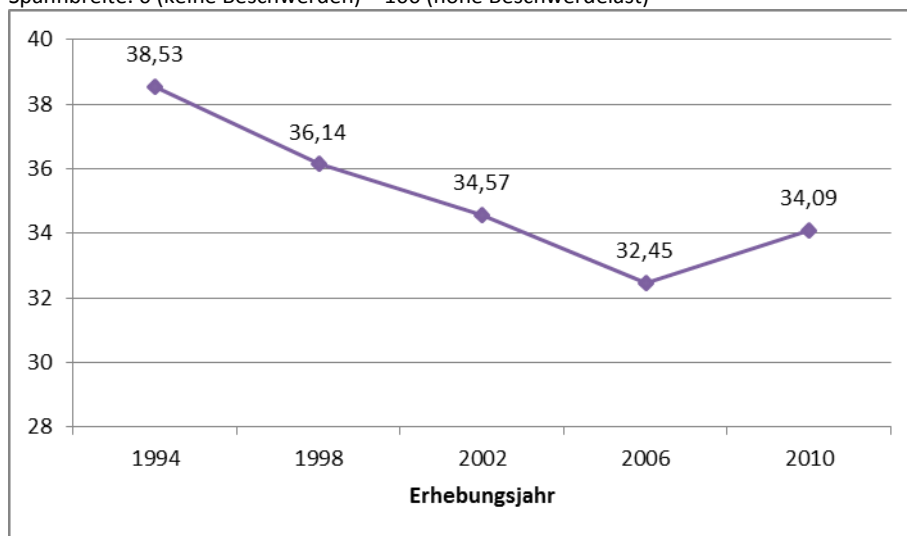
Verbesserung der Beschwerdelast bis 2006

Die Beschwerden werden in der HBSC-Befragung seit 1986 erfasst. Die Ergebnisse seit 1994 zeigen, dass die mittlere Beschwerdelast bei den österreichischen Schülerinnen und Schülern bis 2006 kontinuierlich gesunken ist (Abbildung 48). 1994 war sie mit einem Durchschnittswert von 38,53 relativ hoch. Dieser Wert sank bis auf 32,45 im Jahr 2006. In der Erhebung von 2010 zeigt sich wieder eine leichte Erhöhung, welche aber immer noch un-

ter dem Level von 2006 liegt. Weder das Geschlecht noch das Alter zeigten einen wesentlichen Einfluss auf den Verlauf der Beschwerdelast.

Abbildung 48: Mittlere Beschwerdelast der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 1994

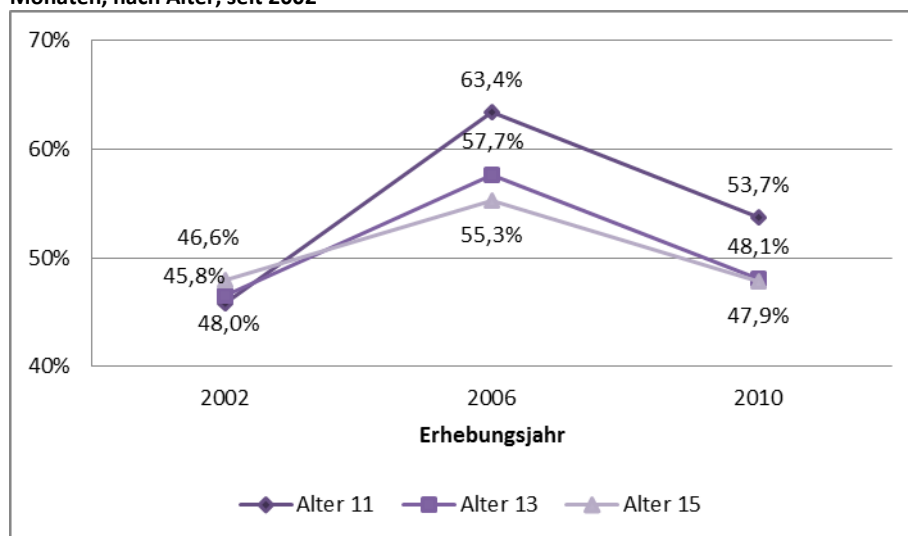
Spannbreite: 0 (keine Beschwerden) – 100 (hohe Beschwerdelast)



Die Anzahl der Verletzungen wurde erstmals 1994 in der HBSC-Studie erhoben und dann 1998 wieder aus dem Fragebogen genommen. Seit 2002 ist die Frage wieder in veränderter Form Bestandteil der Erhebung. Ähnlich der subjektiven Gesundheit kann auch hier kein klarer Verlauf in den letzten acht Jahren festgestellt werden. Von 2002 bis 2006 ist der Anteil jener, die von keinen ärztlich zu behandelnden Verletzungen berichten, stark gestiegen und dann bis zur letzten Erhebung wieder deutlich gesunken, wobei der Anteil über jenem von 2002 bleibt. Der Rückgang an Verletzungen von 2002 auf 2006 ist besonders auf eine deutlich höhere Anzahl an 11-Jährigen zurückzuführen, die angeben, keine Verletzungen erlitten zu haben (Abbildung 49). Über den Beobachtungszeitraum hinweg waren zwischen den Geschlechtern keine Unterschiede zu beobachten.

**kein eindeutiger Trend
in der Zahl der
Verletzungen**

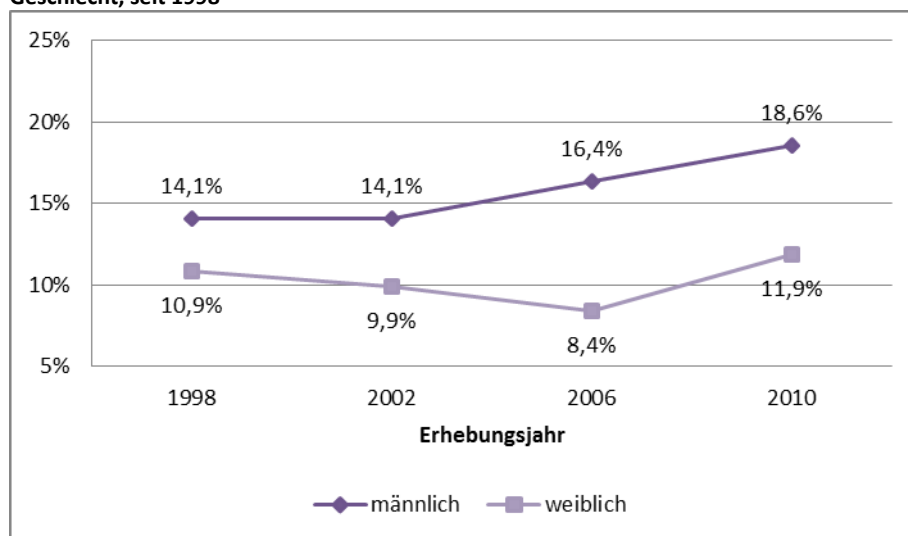
Abbildung 49: 11-, 13- und 15-jährige Schüler/innen ohne Verletzungen in den letzten 12 Monaten, nach Alter, seit 2002



Anteil übergewichtiger Burschen seit 2002 gestiegen, bei Mädchen seit 2006

Die Maßzahlen zur Errechnung des Body Mass Index (BMI), nämlich Körpergröße und Körpergewicht, sind seit 1998 Bestandteil des HBSC-Fragebogens. Auch wenn die Absolutzahlen aufgrund der selbstberichteten Werte nur mit Vorsicht zu interpretieren sind, können sie dennoch den Verlauf über die Jahre gut abbilden. Hier zeigt sich, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die an Übergewicht oder Adipositas leiden, bis 2006 relativ konstant geblieben und danach angestiegen ist. Die geschlechtsspezifischen Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass dieser Anteil bei den Burschen bereits seit 2002 steigt, wobei dieser bei den Mädchen bis 2006 eher noch etwas gesunken ist. Zwischen 2006 und 2010 ist allerdings auch der Anteil an übergewichtigen und adipösen Mädchen gestiegen (Abbildung 50). Den Verläufen für die unterschiedlichen Altersgruppen kann kein eindeutiger Trend abgelesen werden.

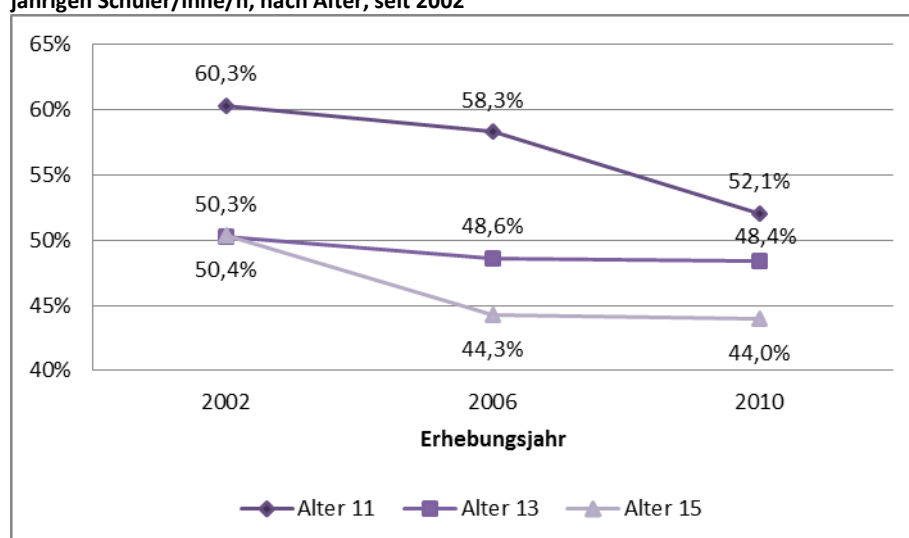
Abbildung 50: Übergewichtige oder adipöse 11-, 13- und 15-jährige Schüler/innen, nach Geschlecht, seit 1998



Die subjektive Körperwahrnehmung wird bereits seit 1994 im HBSC-Fragebogen abgefragt. Allerdings wurden 2002 die Antwortkategorien geändert, weshalb der Trend erst ab diesem Zeitpunkt dargestellt werden kann. Seit 2002 zeigt sich eine kontinuierlich Abnahme des Anteils an Kindern und Jugendlichen, die angeben genau das richtige Gewicht zu haben. Dieser Rückgang kann in ähnlicher Form sowohl bei Burschen als auch bei Mädchen festgestellt werden. Für die einzelnen Altersgruppen ist der Verlauf jedoch unterschiedlich (Abbildung 51). So scheint der Rückgang zwischen 2002 und 2006 vor allem auf eine Verschlechterung bei den 15-Jährigen zurückzuführen zu sein, wohingegen der Rückgang zwischen 2006 und 2010 in einer Verschlechterung bei den 11-Jährigen begründet ist. Der Anteil jener, die ihr Gewicht als „genau richtig“ bezeichnen, bleibt bei den 13-Jährigen relativ konstant.

Verschlechterung des Körperbildes seit 2002

Abbildung 51: Körperwahrnehmung „genau das richtige Gewicht“ bei 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, nach Alter, seit 2002



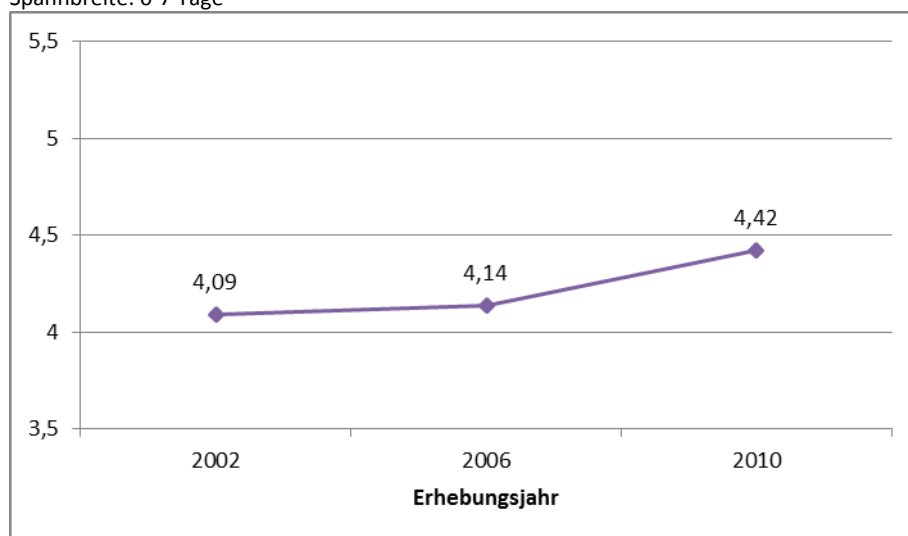
7.3 Das Gesundheits- und Risikoverhalten der Schülerinnen und Schüler im Trend

Das Item, das die Anzahl der Tage, an denen die Kinder und Jugendlichen in der letzten Woche körperlich aktiv waren, erfasst, wird seit 2002 verwendet. Abbildung 52 zeigt, dass von 2006 bis 2010 die mittlere Anzahl der Tage bei Kindern und Jugendlichen leicht gestiegen ist (Cohen's $d=0,16$). Dieser Anstieg ist auf eine erhöhte Anzahl an sportlich aktiven Tagen bei Burschen bzw. 11- und 13-jährigen Schülerinnen und Schülern zurückzuführen (Cohen's $d=0,23$). Das Bewegungsverhalten der Mädchen und der 15-Jährigen hat sich seit 2002 kaum verändert.

leichte Verbesserung des Bewegungsverhaltens

Abbildung 52: Tage pro Woche, an denen die 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen für mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv sind, seit 2002

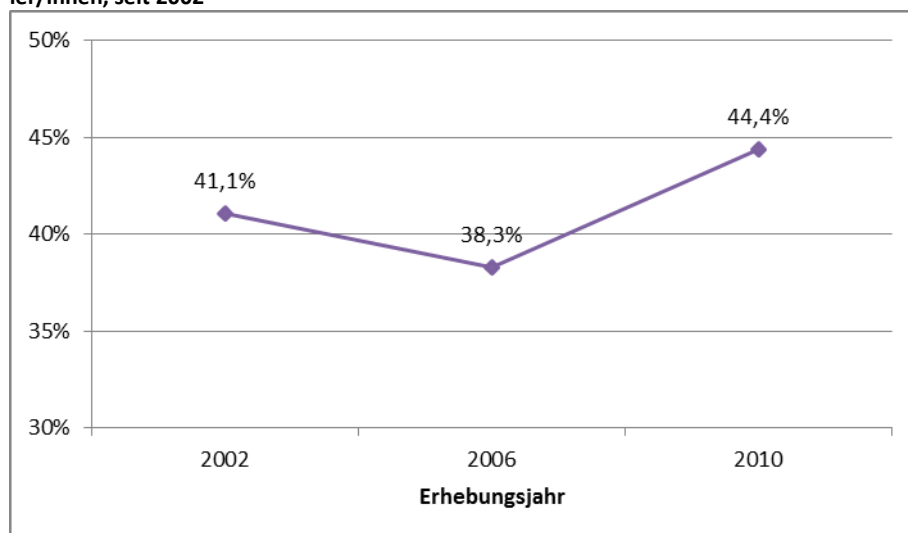
Spannbreite: 0-7 Tage



Zunahme des Obst- und Gemüsekonsums seit 2006

Die vier Items, die den Konsum von Obst, Gemüse, Süßigkeiten und süßen Limonaden erfassen, sind seit 1986 Bestandteil des HBSC-Fragebogens, wurden allerdings 2002 geändert. Der Obst- und Gemüsekonsum ist seit 2002 – mit einem leichten Rückgang 2006 – leicht gestiegen (Abbildung 53). Der Rückgang 2006 ist zu einem guten Teil auf die Verschlechterung des Obst- und Gemüsekonsums bei 13-jährigen Schülerinnen und Schüler zurückzuführen. Seit 2006 gab es eine Zunahme des Obst-/Gemüsekonsums bei allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern, bei Mädchen allerdings etwas stärker.

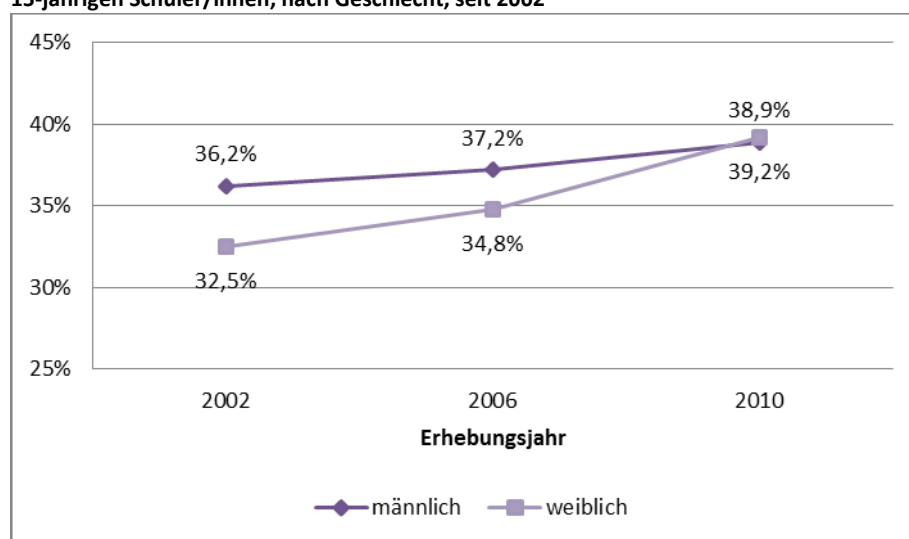
Abbildung 53: Täglicher Obst- oder Gemüsekonsum der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, seit 2002



Im Gegensatz zum Obst- und Gemüsekonsum ist der Verzehr von Süßigkeiten und süßen Limonaden kontinuierlich gestiegen. Dieser Anstieg zeigt sich in allen drei Altersgruppen, wobei bei 11-Jährigen vor einem starken Zuwachs 2010, im Jahr 2006 ein leichter Rückgang zu verzeichnen war. Der Anstieg des täglichen Konsums von Süßigkeiten und süßen Limonaden ist bei Mädchen stärker als bei Burschen: Während der Konsum bei den Burschen annähernd konstant über die Jahre war, ist er bei Mädchen, bei einem niedrigeren Niveau beginnend, von 2002 bis 2010 kontinuierlich gestiegen, so dass bei der letzten Erhebung der Anteil jener, die täglich Süßes verzehren für beide Geschlechter annähernd gleich war (Abbildung 54).

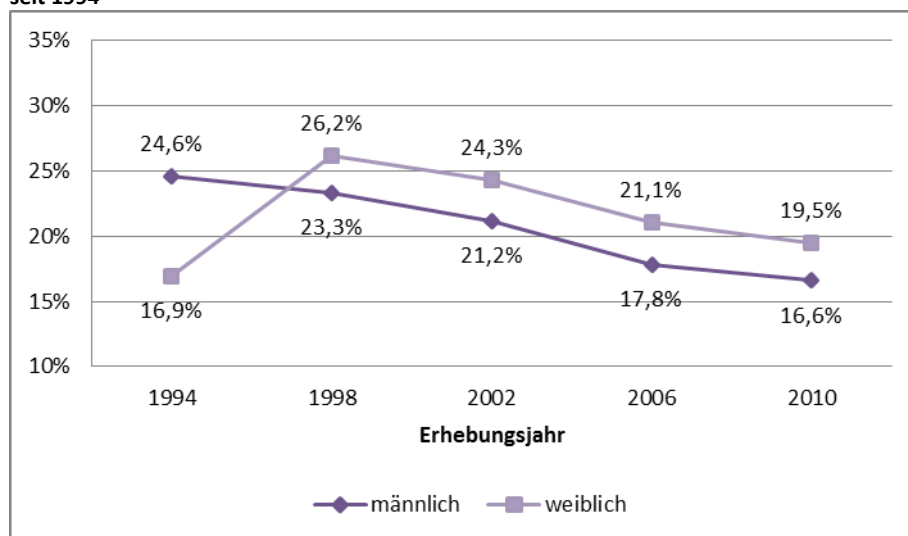
Zunahme des Konsums von Süßigkeiten und süßen Limonaden seit 2002, vor allem bei Mädchen

Abbildung 54: Täglicher Konsum von Süßigkeiten und süßen Limonaden der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen, nach Geschlecht, seit 2002



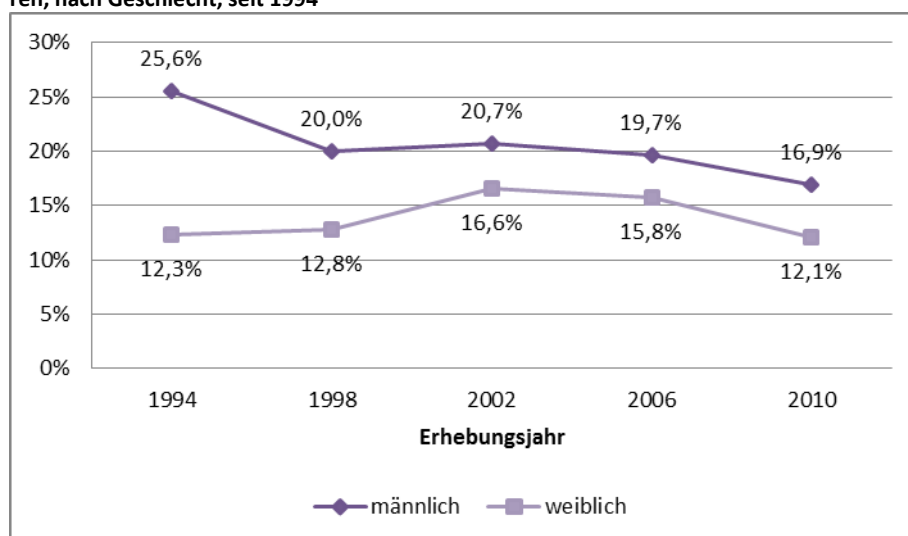
Der Trend im Konsum von Suchtmitteln kann hier lediglich für die Variablen Tabak- und Alkoholkonsum beschrieben werden, da Daten zum Cannabiskonsum erst seit 2006 in unveränderter Form vorhanden sind. Die Fragen zum Raucherstatus sind seit 1986 Teil der HBSC-Befragung. Der Anteil der Raucherinnen und Raucher ist nach einem Anstieg von 1995 auf 1998 seither kontinuierlich gesunken. Der Anstieg im Jahr 1998 ist zu einem guten Teil auf einen starken Anstieg des Anteils der Raucherinnen zurückzuführen (Abbildung 55): Von 1994 bis 1998 ist der Anteil der Raucherinnen von 16,9% auf 26,2% und damit über jenen der Raucher gestiegen, die bereits seit 1994 einen leichten Rückgang verzeichneten. Seit 1998 nimmt der Anteil der Raucherinnen und Raucher bei beiden Geschlechtern im gleichen Maße kontinuierlich ab. Die Verläufe zeigen allerdings auch große Unterschiede für die unterschiedlichen Altersgruppen: Demnach ist bei den 15-Jährigen erst seit 2002 ein Rückgang zu erkennen, wohingegen bei den 11- und 13-Jährigen auf einem niedrigeren Niveau der Anteil der Raucherinnen und Raucher – abgesehen von einer Spitze 1998 – über die Jahre relativ konstant bleibt.

Rückgang des Raucher/innenanteils seit 1998

Abbildung 55: 11-, 13- und 15-jährige Schüler/innen, die Tabak rauchen, nach Geschlecht, seit 1994

Rückgang des wöchentlichen Alkoholkonsums seit 1998

Seit 1986 wird die Häufigkeit des Konsums unterschiedlicher alkoholischer Getränke in der HBSC-Studie erfasst. Auch wenn die unterschiedlichen Getränkearten zum Teil im Laufe der Jahre geändert wurden, kann dennoch für alle Jahre ein Gesamtindex berechnet werden. Der Anteil an Jugendlichen, die wöchentlich Alkohol konsumieren, sinkt seit 1998 kontinuierlich, allerdings zeigen sich sehr unterschiedliche Verläufe zwischen Burschen und Mädchen zwischen 1994 und 2002 (Abbildung 56): Während der wöchentliche Alkoholkonsum seit 1994 bei Burschen mehr oder weniger kontinuierlich sinkt, trifft dies bei Mädchen erst seit 2002 zu. Davor konnte bei Mädchen ein Anstieg im wöchentlichen Alkoholkonsum festgestellt werden. Zwischen den Altersgruppen konnten keine klaren Unterschiede im Verlauf festgestellt werden.

Abbildung 56: 11-, 13- und 15-jährige Schüler/innen, die wöchentlich Alkohol konsumieren, nach Geschlecht, seit 1994

8 Zusammenfassung und Diskussion

Der vorliegende Bericht beschäftigt sich mit der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen österreichischen Schülerinnen und Schüler auf Grundlage der Daten aus der 8. WHO-HBSC-Erhebung im Jahr 2010. Der Schwerpunkt der durchgeführten Analysen lag neben einer deskriptiven Darstellung des Gesundheitszustands, des Gesundheitsverhaltens und der sozialen Einflussfaktoren, auch auf einer Beschreibung der Entwicklung dieser Variablen über die letzten drei bis fünf Erhebungen hinweg (abhängig von den vorhandenen Daten zur jeweiligen Variable).

Insgesamt zeigen sich sowohl positive als auch negative Entwicklungen in der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schüler. Ca. 85% der Kinder und Jugendlichen schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder sogar ausgezeichnet ein. Eine lang andauernde oder chronische Erkrankung bzw. Behinderung war bei ca. 17% diagnostiziert worden, was in etwa der aktuellen internationalen Prävalenz von 10% bis 20% entspricht (Scheidt-Nave et al., 2007). Diese Kinder und Jugendlichen bedürfen einer besonderen Förderung in Hinblick auf ihre gesundheitsbezogenen Beeinträchtigungen, aber auch verstärkte Unterstützung bei der Teilhabe am sozialen Miteinander (BMG, 2011a). Die Einschätzung des Gesundheitszustands hat aber nicht nur mit einer medizinisch diagnostizierten Erkrankung zu tun. Sie wird auch von bestimmten Lebensumständen mitbestimmt, wie etwa dem Eingebettet-Sein in eine funktionierende Familie oder positiven Erfahrungen in der Schule. Auch dies zeigen unsere Daten. Erfreulich ist die positive Beziehung, die viele Kinder und Jugendliche zu ihren Eltern zu haben scheinen, was auf eine vorwiegend gute Beziehungskultur in österreichischen Familien hinweist (Preglau, 2011).

Es steigt jedoch auch die schulische Belastung, vor allem bei älteren Schülerinnen und Schülern, stark an. Ein möglicher Grund dafür könnte in einer für Jugendliche nicht geeigneten Unterrichtsgestaltung liegen. Durch entsprechende Anpassungen bzw. Veränderungen könnten Schulen ihre Schülerinnen und Schüler jedoch dabei unterstützen, die Leistungsanforderungen besser zu bewältigen. Eine höhere Unterrichtsqualität würde zu mehr Motivation und Leistung, aber auch zu mehr Wohlbefinden und besseren sozialen Beziehungen führen (OECD, 2011; Kaplan & Maehr, 1999; Lau & Nie, 2008; Lüftenegger et al., 2012).

Zwischen 1994 und 2006 zeigte sich ein kontinuierlicher Rückgang bei der selbstberichteten Beschwerdelast (ein Index für Anzahl und Schweregrad von physischen und psychischen Beschwerden). Das sehr niedrige Niveau von 2006 konnte 2010 allerdings nicht gehalten werden, sondern stieg bei der letzten Erhebung wieder leicht an. Der Medikamentenkonsum gegen die abgefragten Beschwerden scheint gegenüber der Erhebung 2006 unverändert: ca. die Hälfte der Schülerinnen und Schüler nahmen im Monat vor der Befragung keine Medikamente ein, und Mädchen sind generell eher geneigt, zu Medikamenten zu greifen als Burschen. Dies entspricht in etwa auch den Ergebnissen der KiGGS-Studie (Knopf, 2011). Erfreulich ist, dass Medikamente gegen Einschlafschwierigkeiten und gegen Nervosität von beiden Geschlechtern und in allen Altersgruppen eher selten eingenommen werden. Häufiger im Gebrauch

Schwerpunkte dieses Berichts: deskriptive Darstellungen, Zusammenhangs- und Trendanalysen

guter Gesundheitszustand und gute Familienbeziehungen der Schüler/innen

aber auch hohe schulische Belastungen; höhere Unterrichtsqualität würde Motivation und Leistung fördern

häufiger Konsum von Kopfschmerztabletten; unzureichende Untersuchungen vieler Medikamente bei Kindern und Jugendlichen

ist dafür, ähnlich wie bei Erwachsenen, die „Kopfschmerztablette“, ein modernes Allheilmittel gegen Reizüberflutung, Schlafmangel, Bewegungsmangel, fehlende Entspannung, übermäßigen Alkoholkonsum, Rauchen, Stress, schlechte Ernährung oder Leistungsdruck. Medikamentenkonsum bei Kindern und Jugendlichen ist prinzipiell bedenklich, da viele der gängigen Arzneimittel nicht ausreichend für diese Altersgruppen untersucht wurden. Durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird aus diesem Anlass der Aufbau eines Netzwerks zur Erforschung der Medikamente für Kinder und Jugendliche vorangetrieben (BMG, 2011a).

**leichte Verschlechterung
der Lebenszufriedenheit
auf hohem Niveau**

Eine weitere leichte Veränderung konnte bei der Lebenszufriedenheit der Schülerinnen und Schüler festgestellt werden, welche sich über die letzten drei Erhebungen hinweg kontinuierlich leicht verschlechtert hat. Trotzdem ist das Niveau noch relativ hoch, vergleichbar mit der Lebenszufriedenheit von erwachsenen Österreicherinnen und Österreichern, die in einer internationalen Erhebung, die jüngst von der OECD veröffentlicht wurde, fast genau den gleichen Mittelwert auf der Lebenszufriedenheitsskala aufwiesen wie die Kinder und Jugendlichen in der HBSC-Erhebung 2010, und damit Platz 7 von 40 Ländern erreichten (OECD, 2011). Ob die zwar geringfügige, aber kontinuierliche Verschlechterung der Lebenszufriedenheit der Schülerinnen und Schülern ein nationales Phänomen ist oder sich auch international zeigt, und ob sie auf bestimmte gesellschaftliche Umstände, wie z.B. eine zunehmende Chancengleichheit zurückzuführen ist, werden weitere Analysen zeigen.

**Rückgang bei Alkohol-
und Tabakkonsum;
Steigerung des Konsums
von Süßigkeiten und
süßen Getränken**

Positive Entwicklungen sind im Alkohol- und Tabakkonsum zu verzeichnen. Bei den Burschen ist bereits seit 1994 ein rückläufiger Trend zu beobachten. Bei Mädchen konnte diese Entwicklung erst seit 1998 (für Rauchen) bzw. 2002 (für wöchentlichen Alkoholkonsum) festgestellt werden. In jedem Fall ist eine kontinuierliche Annäherung zwischen den Geschlechtern zu beobachten. Parallel dazu ist allerdings, sowohl bei Burschen als auch bei Mädchen, der Konsum süßer Lebensmittel bzw. Getränke über die letzten drei Erhebungen kontinuierlich angestiegen. Bei den Mädchen war dies allerdings in viel stärkerem Ausmaß zu beobachten. Aktuell konsumieren fast 40% der österreichischen Kinder und Jugendlichen täglich Süßigkeiten oder süße Limonaden.

**verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung
der Ernährungssituation
bzw. zur Verringerung
von Übergewicht
geplant**

Diese Entwicklung spiegelt sich auch im Gewichtsstatus der Schülerinnen und Schüler wider: Zwischen den Erhebungen von 2006 und 2010 zeigte sich eine Steigerung des Anteils an übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen auf Grundlage von selbstberichteten Daten. Diese Steigerung konnte schon früher in anderen Studien festgestellt werden (Zwiauwer, 2006; Zwiauwer, 2007). Im Zuge des Kindergesundheitsdialogs wurden zu diesem Zweck Ziele zur Förderung einer gesunden Ernährung von Kindern und Jugendlichen definiert (BMG, 2011a). Dementsprechend soll das Maßnahmenpaket „Richtig essen von Anfang an“ breiter umgesetzt und die Initiative „Baby-friendly Hospital“ weiter ausgebaut werden. Ebenfalls bereits in Arbeit ist eine möglichst breite Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche aus dem Nationalen Aktionsplan Ernährung. In dieser umfassenden Strategie des BMG zur Verbesserung der Ernährungssituation der österreichischen Bevölkerung ist eine Reihe bereits umgesetzter, laufender oder geplanter politischer Maßnahmen angeführt, welche auf unterschiedlichen Ebenen der sozialen Umwelt der Menschen ansetzen (BMG, 2011b). Darunter befinden sich auch viele, die sich explizit an die Zielgruppe der Schü-

lerinnen und Schüler richten und deren Ziel es ist, den beobachteten negativen Trend beim Ernährungsverhalten sowie bei Übergewicht und Adipositas aufzuhalten. Grundsätzlich können solche Maßnahmen verhaltensorientierte Formen, wie Aufklärungsaktivitäten oder ökonomische Anreize, oder verhältnisorientierte Formen, wie Regulierungen oder Bemühungen zu gesundheitsförderlicher Gestaltung der Lern- und Lebensbedingungen an der Schule, annehmen. Insbesondere letztgenanntes bildet einen Schwerpunkt des Aktionsplans, verbunden mit besseren Informationsangeboten. So soll zum Beispiel die „Verfügbarkeit von ernährungsphysiologisch empfohlenen Lebensmitteln“ damit erreicht werden, dass neue Leitlinien und Empfehlungen zur Gemeinschaftsverpflegung erstellt und im Setting Schule implementiert werden. Im August wurde bereits die „Leitlinie Schulbuffet“ (BMG, 2011c) veröffentlicht und weitere Maßnahmen zur Optimierung des Schulbuffets an österreichischen Schulen sind in Umsetzung. Da sich manche dieser Maßnahmen erst in Umsetzung befinden, ist eine abschließende Beurteilung ihrer Wirksamkeit noch nicht möglich. Sie könnte durch spätere HBSC-Ergebnisse und anderer Resultate der evidenzbasierten Qualitätskontrolle des Nationalen Aktionsplans für Ernährung erfolgen.

Eng verknüpft mit dem Body Mass Index ist die Körperwahrnehmung. Vor allem adipöse Jugendliche geben an, mit ihrem Gewicht nicht zufrieden zu sein (Slevec & Tiggemann, 2011). Das positive Körperimage zeigt allerdings schon länger eine kontinuierliche Abnahme bei den österreichischen Schülerinnen und Schülern, wobei sich vor allem Mädchen, nicht unbedingt konform mit den Ergebnissen zum Body Mass Index, häufiger als zu dick einschätzen als Burschen. Stark geprägt wird ein negatives Körperempfinden durch biologische (z.B. BMI, Pubertät), psychologische (z.B. Selbstwert) und soziokulturelle Faktoren (z.B. Normen, Werte) (Slevec & Tiggemann, 2011). Dabei zeigt sich der stärkste Druck durch die unmittelbaren sozialen Kontakte und Medien (Muris et al., 2005). Jugendliche vergleichen sich mit Gleichaltrigen und orientieren sich an den angepriesenen Idealvorstellungen aus den Medien. Dadurch wächst die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Wie Studien gezeigt haben, kann eine solche negative Körperwahrnehmung zu gesundheitsgefährdendem Verhalten, z.B. zur Anwendung von ungesunden Gewichtsreduktionsverfahren, führen (Neumark-Sztainer et al., 2006; Shroff & Thompson, 2006). Es ist deshalb wichtig, dass im Rahmen von Präventionsprogrammen nicht ungewollt Sorgen über Ernährung und Körperimage produziert werden. Interventionen zur Verbesserung des Körperimage sollten somit nicht ausschließlich auf unmittelbarer Wissensweitergabe basieren, sondern müssen einen breiteren Ansatz verfolgen. Richtlinien und Programme zu Ernährung oder Bullying in der Schule können beispielsweise eine bewusste Ernährung vermitteln, die Interaktion der Schülerinnen und Schüler untereinander unterstützen und auch die Eltern erreichen (O'Dea, 2005).

Eine leicht positive Entwicklung lässt sich umgekehrt beim Bewegungsverhalten feststellen. Die Anzahl der Tage, an denen sich die Kinder und Jugendlichen körperlich betätigen, ist gestiegen. Allerdings ist dieser Effekt nur bei den Burschen festzustellen. Diesen Ergebnissen zufolge scheint es sinnvoll den Fokus auf Maßnahmen zu legen, die sich speziell an Mädchen richten und eine Reduktion des Unterschieds zwischen den Geschlechtern zum Ziel haben. Solche Interventionen könnten auf der Ebene des sozialen Umfelds der Schülerinnen und Schüler ansetzen, zum Beispiel in Vereinen.

steigende negative Körperwahrnehmung kann zu gesundheitsgefährdendem Verhalten (z.B. ungesunden Gewichtsreduktionsverfahren) führen

leichte Steigerung im Bewegungsverhalten der Burschen

Vereine möglicherweise ein gutes Setting, um Bewegung (auch bei Mädchen) zu fördern

Vereine verfügen prinzipiell über ein großes Potenzial, Mädchen wie Burschen gleichermaßen zu erreichen, weil sie Jugendlichen die Möglichkeit bieten, Beziehungen zu Gleichaltrigen zu knüpfen und gemeinsam aktiv zu werden. Sportvereine bieten somit nicht nur Bewegungsmöglichkeiten, sondern erfüllen auch eine wichtige soziale Funktion. Allerdings wird das Bewegungsangebot zurzeit noch viel mehr von Männern als von Frauen⁵ genutzt. Das mag am tradierten Rollenverständnis liegen, und daran, dass viele der in Österreich populären körperlichen Betätigungen in traditionell eher männerdominierten Organisationen, wie Fußball- und Schivereinen oder auch freiwilligen Feuerwehren, betrieben werden. Ebenso spricht die Leistungsorientierung vieler Sportvereine nicht alle Kinder und Jugendlichen an. Es wäre daher aus gesundheitspolitischer Sicht naheliegend, diesen Organisationen Anreize zu geben, sich stärker für Mädchen und Frauen zu öffnen, indem sie ihre Bewegungsangebote geschlechtergerechter gestalten. Entsprechende Maßnahmen dazu könnten im Rahmen der zurzeit politisch und medial geführten Diskussion um verstärkte Frauenförderung im (Spitzen-)Sport⁶ entwickelt werden, bei denen auch der Breitensport eine wichtige Rolle spielt. Ebenso könnte eine stärkere Kooperation zwischen Schulen und Vereinen angeregt werden.

auch Alltagsbewegung sollte gefördert werden

Bedenkt man, dass nur 20% die Bewegungsempfehlungen von täglicher körperlicher Aktivität erreichen, sollten auch die Bemühungen zur Förderung der Alltagsbewegung bei Kindern und Jugendlichen nicht nachlassen. Die Bewegungsempfehlungen des Fonds Gesundes Österreich (Titze et al., 2010) enthalten einige Beispiele für Bewegungsförderungsmaßnahmen, die in der Praxis erfolgreich waren und sich auf viele verschiedene Lebensbereiche beziehen. In Arbeit befindet sich auch der Nationale Aktionsplan Bewegung, welcher unter anderem die spezifischen Bedürfnisse von Kindern und Jugendliche berücksichtigen soll (BMG, 2011a). Im Bericht „Kindergesundheitsstrategie“ des BMG finden sich viele Maßnahmen zur Förderung der Alltagsbewegung, der Bewegungsmöglichkeiten in Kindergärten und Schulen sowie in der Freizeit, die sich zu einem Teil bereits in Umsetzung befinden (BMG, 2011a).

Ziel des Kindergesundheitsdialogs: Strategie zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen entwickeln

Insgesamt können somit durchaus positive Entwicklungen in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten der österreichischen Schülerinnen und Schüler festgestellt werden. Dennoch besteht weiterer Handlungsbedarf. Diese Erkenntnis deckt sich mit dem Resümee aus dem Kindergesundheitsdialog, welcher im April 2010 von Gesundheitsminister Alois Stöger gestartet wurde. Dieser Dialog setzte sich zum Ziel, gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Praxis, Politik und öffentlicher Verwaltung eine Strategie zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit aller Kinder und Jugendlichen in Österreich zu entwickeln (BMG, 2011a). In wie weit die gesteckten Ziele durch eine solche Vorgehensweise allerdings erfüllt werden können und dann auch

⁵ Laut den verfügbaren Daten der Statistik Austria Statistik Austria waren 2006 nur 6% aller Frauen regelmäßig in Sportvereinen aktiv, während der Wert bei Männern 15% betrug. Verfügbar unter:

http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/soziales/%20armut_und_soziale_eingliederung/030351

⁶ Vgl. den Bericht „Denn der Sport ist ein Spiegel“ im Standard vom 18.11.2011, verfügbar unter <http://derstandard.at/1318726198992/Maennerdominanz-Denn-der-Sport-ist-ein-Spiegel>

tatsächlich den Kindern und Jugendlichen zu Gute kommen, kann jetzt noch nicht beurteilt werden.

Gesundheitsförderung und Prävention müssen jedenfalls noch weiter ausgebaut und die Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen gestärkt werden. Eine langfristige Verbesserung bzw. Sicherung der Gesundheit kann daher nur durch gebündelte Anstrengungen in allen Politikfeldern („Health in All Policies“) erreicht werden (Noack, 2011). In Bezug auf die qualitätsgesicherte Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen sind zum Beispiel im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG)⁷ bereits der strukturelle Bedarf und die Qualitätskriterien zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung festgelegt.

Als gutes Setting für Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter erweist sich die Schule, da Schülerinnen und Schüler viel Zeit in diesem Lebensraum verbringen. So wurde auch im österreichischen Kindergesundheitsdialog empfohlen, ein Konzept für Schulgesundheit unter Einbindung aller relevanten Berufsgruppen und unter Berücksichtigung internationaler Erfahrungen zu entwickeln (BMG, 2011a). Wichtig wäre hier vor allem ein Schwerpunkt auf „add-in-Strategien“, welche im Kernprozess der Schule wirken und die Schule als Ganzes zu einer gesundheitsfördernden Organisation hin verändern. So wird z.B. im nationalen Strategieprojekt „Gesunde Schule“ (www.gesundeschule.at) großer Wert auf die Verknüpfung von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen gelegt. Projekten und Programmen, die sich an einem solchen „whole school approach“ (Stewart-Brown, 2006) orientieren, wird eine besonders gute Effektivität und Nachhaltigkeit in der Förderung der Gesundheit von Schülerinnen und Schülern sowie Lehrpersonen nachgesagt.

Das Verständnis für die Vielfalt der Einflussfaktoren auf die Kinder- und Jugendgesundheit und das Bewusstsein für die gemeinsame Verantwortung für diese in allen Bereichen muss weiter gefördert werden. Dies erfordert jedoch weiterreichende Rahmenbedingungen und die Unterstützung in allen Politikfeldern.

stärkere Zusammenarbeit aller Politikfelder nötig

Schule mit einem „whole school approach“ gutes Setting für Gesundheitsförderung

gemeinsame Verantwortung für die Kinder- und Jugendgesundheit

⁷ Der Österreichische Strukturplan Gesundheit ist die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur entsprechend einer zwischen dem Bund und allen Bundesländern getroffenen Vereinbarung (BGBl I 2008/105).

Literatur

- Albert, M., Hurrelmann, K., Quenzel, G. Shell Deutschland Holding** (Ed.) (2010). Jugend 2010. 16. Shell Jugendstudie 2010: Eine pragmatische Generation behauptet sich. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Andersen, A., Holstein, B. E., Due, P., Hansen, E. H.** (2009). Medicine use for headache in adolescence predicts medicine use for headache in young adulthood. *Pharmacoepidemiol. Drug Saf*, 18 (7), 619-623.
- Andersen, A., Holstein, B. E., Hansen, E. H.** (2006). Is medicine use in adolescence risk behavior? Cross-sectional survey of school-aged children from 11 to 15. *J. Adolesc. Health*, 39 (3), 362-366.
- Andersen, A., Krolner, R., Holstein, B. E., Due, P., Hansen, E. H.** (2007). Medicine use among 11- and 13-year-olds: agreement between parents' reports and children's self-reports. *Ann. Pharmacother.*, 41 (4), 581-586.
- Andrist, L. C.** (2003). Media images, body dissatisfaction, and disordered eating in adolescent women. *MCN Am.J. Matern. Child Nurs.*, 28 (2), 119-123.
- Bachinger, E., Csitkovics, M.** (2001). Gesundheit in Wien. Wien: Magistrat der Stadt Wien
- Bachinger, E., Csitkovics, M., Wais, K.** (2004). Gesundheitsbericht Wien 2004. Magistrat der Stadt Wien, Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement, Gesundheitsberichterstattung
- Bayer, P.** (2006). Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2005. Statistik Austria
- Becklas, C., Klocke, A.** (2011). Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern. In: Dür, W., Felder-Puig, R. (Eds.), Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung (pp.101-106). Bern: Hans Huber.
- Benoist, B., McLean, E., Egli, I., Cogswell, M.** (2008). Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO Global Database on Anaemia. Geneva, Switzerland: WHO
- Berry, M.** (2002). School environment and enhanced educational performance. The case of Charles Young elementary school Washington D. C. Carpet and Rug Institute
- Bortz, J., Schuster, C.** (2010). Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin, Heidelberg: Springer. (Springer-Lehrbuch.)
- Bowman, S. A., Vinyard, B. T.** (2004). Fast food consumption of U.S. adults: impact on energy and nutrient intakes and overweight status. *J. Am. Coll. Nutr.*, 23 (2), 163-168.

- Boyce, W. F., Davies, D., Raman, S. R., Tynjala, J., Valimaa, R., King, M., Gallupe, O., Kannas, L.** (2009). Emotional health of Canadian and Finnish students with disabilities or chronic conditions. *Int.J.Rehabil.Res.*, 32 (2), 154-161.
- Brausch, A. M., Muehlenkamp, J. J.** (2007). Body image and suicidal ideation in adolescents. *Body Image*, 4 (2), 207-212.
- Brener, N. D., Collins, J. L., Kann, L., Warren, C. W., Williams, B. I.** (1995). Reliability of the Youth Risk Behavior Survey Questionnaire. *Am.J.Epidemiol.*, 141 (6), 575-580.
- Bronfenbrenner, U.** (1981). Die Ökologie der menschlichen Entwicklung, natürliche und geplante Experimente. Stuttgart: Klett-Cotta
- Bundesministerium für Gesundheit** (2011a). Kindergesundheitsstrategie. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit** (2011b). NAP.e Nationaler Aktionsplan Ernährung inkl. Maßnahmenübersicht und Planung 2011. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit** (2011c). Leitlinie Schulbuffet. Empfehlungen für ein gesundheitsförderliches Speisen- und Getränkeangebot an österreichischen Schulbuffets. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Camenga, D. R., Klein, J. D., Roy, J.** (2006). The changing risk profile of the American adolescent smoker: implications for prevention programs and tobacco interventions. *J.Adolesc.Health*, 39 (1), 120-10.
- Cantril, H.** (1965). The pattern of human concerns. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press
- Cash, T. F., Morrow, J. A., Hrabosky, J. I., Perry, A. A.** (2004). How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *J.Consult Clin.Psychol.*, 72 (6), 1081-1089.
- Choo, A., Delac, D. M., Messer, L. B.** (2001). Oral hygiene measures and promotion: review and considerations. *Aust.Dent.J.*, 46 (3), 166-173.
- Chopra, M., Galbraith, S., Darnton-Hill, I.** (2002). A Global response to a global problem: the epidemic of overnutrition. WHO.
- Cole, D. A., Martin, J. M., Powers, B.** (1997). A competency-based model of child depression: a longitudinal study of peer, parent, teacher, and self-evaluations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 505-514.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., Dietz, W. H.** (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320 1240-1243.

Cooper, M. L. (2002). Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: evaluating the evidence. *J.Stud.Alcohol Suppl* (14), 101-117.

Cooper, M. L. (2006). Does drinking promote risky sexual behavior? A complex answer to a simple question. *Current Directions in Psychological Science*, 15 (1), 19-23.

Council of Minister of Education Canada (Ed.) (2003). Canadian Youth, Sexual Health and HIV/AIDS Study: factors, influencing knowledge, attitudes and behaviours.

Currie, C. (Ed.) (2008). Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 Survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (Health Policy for Children and Adolescents. 5.)

Currie, C., Griebler, R., Molcho, M., Samdal, O., Inchley, J., Dür, W., Currie, C., Griebler, R., Molcho, M., Samdal, O., Inchley, J., Dür, W. (Eds.) (2010). Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization Cross-National Study. World Health Organization

Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T., Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science & Medicine*, 66 (6), 1429-1436.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., Rasmussen, V. (Eds.) (2004). Young people's health in context. Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe. (Health Policy for Children and Adolescents; No. 4.)

Currie, C. E., Elton, R. A., Todd, J., Platt, S. (1997). Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Education Research*, 12 (3), 385-397.

Daniels, J. (2005). Weight and weight concerns: are they associated with reported depressive symptoms in adolescents? *J.Pediatr.Health Care*, 19 (1), 33-41.

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

Dür, W. (2002). Junge RaucherInnen: Was können Staat, Schule und Familie tun? *dieUniversitaet.at* (19.2.2002), 1-3.

Dür, W. (2009). Von Gesundheitserziehung zu Gesundheitsförderung in der Schule. *Medienimpulse.Beiträge zur Medienpädagogik, special Volksschule* (1/2009), 3-4.

Dür, W. (2011). Was ist Gesundheit? In: Dür, W., Felder-Puig, R. (Eds.), Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung (pp.12-20). Bern: Hans Huber.

Dür, W., Fürth, K., Griebler, R. (2009a). Strategien der Schule zur Kompensation importierter und Reduktion intern erzeugter gesundheitlicher Unterschiede bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Eds.), Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven (pp.423-439). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Dür, W., Griebler, R. (2007). Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend

Dür, W., Griebler, R., Flaschberger, E., Felder-Puig, R. (2011). Gesundheitliche Beschwerden österreichischer Jugendlicher - Ergebnisse der HBSC-Studie 1994 bis 2006. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 161 (Heft 7-8), 174-179.

Dür, W., Griebler, R., Freeman, J., Currie, D., Samdal, O., Rasmussen, M. (2009b). When students get nothing in return! Effort-reward conditions at school and their possible linkage to health. Results from the international Health Behaviour in School-aged Children study. Submitted for Publication In: "Journal of Public Health".

Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W. A., Lowry, R., McManus, T., Chyen, D., Shanklin, S., Lim, C., Grunbaum, J. A., Wechsler, H. (2006). Youth risk behavior surveillance--United States, 2005. *J.Sch Health*, 76 (7), 353-372.

Ebbeling, C. B., Pawlak, D. B., Ludwig, D. S. (2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *The Lancet*, 360 (9331), 473-482.

Ellsäßer, G. (2002). Kinderunfälle - Konsequenzen für die Prävention. *Forum Public Health, Kinder und Jugendliche* 37.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 129-136.

Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., Nickel, J. (2006). School and School Environment as a Determinant for Psychosomatic Complaints. *Psychother Psych Med*, 56.

Europäische Kommission (Ed.) (2008). EU-Leitlinien für körperliche Aktivität. Empfohlene politische Maßnahmen zur Unterstützung gesundheitsfördernder körperlicher Betätigung.

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

Fisher, M., Schneider, M., Pegler, C., Napolitano, B. (1991). Eating attitudes, health-risk behaviors, self-esteem, and anxiety among adolescent females in a suburban high school. *J.Adolesc.Health, 12* (5), 377-384.

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

Ge, X., Natsuaki, M. N., Conger, R. D. (2006). Trajectories of depressive symptoms and stressful life events among male and female adolescents in divorced and nondivorced families. *Dev.Psychopathol., 18* (1), 253-273.

Gore, S., Aseltine, R. H. (1995). Protective processes in adolescence: matching stressors with social resources. *American Journal of Community Psychology, 23* 301-327.

Granado Alcón, M. C., Pedersen, J. M., Carrasco González, A. M. (2002). Greenlandic family structure and communication with parents: influence on schoolchildren's drinking behaviour. *International Journal of Circumpolar Health, 61* (4), 319-331.

Griebler, R., Dür, W. (2007). Bewegte Jugend? HBSC-Studie zu Bewegung und Gesundheit. *Bewegungserziehung, Jahrgang 61* (1), 27-29.

Griebler, R., Hojni, M., Dür, W. (2011). Dokumentation zum 8. österreichischen HBSC-Survey 2009/10. LBIHPR Forschungsbericht. Wien: LBHPR

Griebler, R., Molcho, M., Samdal, O., Inchley, J., Dür, W., Currie, C. (Eds.) (2010). Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization Cross-National Study. Internal research Protocol for the 2009/2010 Survey. Vienna: LBIHPR & Edinburgh: CAHRU

Griesbach, D., Amos, A., Currie, C. E. (2003). Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science & Medicine, 56* (1), 41-52.

Hall, W., Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *The Lancet, 374* (9698), 1383-1391.

Hansen, E. H., Holstein, B. E., Due, P., Currie, C. E. (2003). International survey of self-reported medicine use among adolescents. *Ann.Pharmacother., 37* (3), 361-366.

Harvey, A., Towner, E., Peden, M., Soori, H., Bartolomeos, K. (2009). Injury prevention and the attainment of child and adolescent health. *Bull.World Health Organ, 87* (5), 390-394.

Holstein, B., Andersen, A., Due, P., Hansen, E. H. (2009). [Children's and adolescent's use of medicine for aches and psychological problems: secular trends from 1988 to 2006]. *Ugeskr.Laeger, 171* (1-2), 24-28.

Honkala, E., Paronen, O., Rimpela, M. (1983). Familial aggregation of dental health habits in Finland. *J.Pedod.*, 7 (4), 276-290.

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

Hurrelmann, K. (2006). Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 6., völlig neu überarbeitete Auflage. Weinheim: Juventa. (Grundlagentexte Soziologie.)

Hurrelmann, K. (2007). Lebensphase Jugend: eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Weinheim, München: Juventa Verlag. (Grundlagentexte Soziologie.)

Hurrelmann, K. (2010). Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 7. Aufl. Weinheim, München: Juventa Verlag. (Grundlagentexte Soziologie.)

Hurrelmann, K., Albert, M.Shell Deutschland Holding (Ed.) (2006). Jugend 2006: eine pragmatische Generation unter Druck. Fankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag. (Fischer Taschenbuch. 17213.)

Hurrelmann, K., Richter, M. (2006). Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems. *Journal of Public Health*, 14 (1), 20-28.

Hyder, A. A., Sugerman, D. E., Puvanachandra, P., Razzak, J., El-Sayed, H., Isaza, A., Rahman, F., Peden, M. (2009). Global childhood unintentional injury surveillance in four cities in developing countries: a pilot study. *Bull.World Health Organ*, 87 (5), 345-352.

Jessor, R., Jessor, S. (1980). A social-psychological framework for studying drug use. *NIDA Res.Monogr*, 30 102-109.

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

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

Kamtsiuris, P., Atzpodien, K., Ellert, U., Schlack, R., Schlaud, M. (2007). [Prevalence of somatic diseases in German children and adolescents. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)]. *Bundesgesundheitsblatt.Gesundheitsforschung.Gesundheitsschutz.*, 50 (5-6), 686-700.

Kaplan, A., Maehr, M. L. (1999). Achievement Goals and Student Well-Being. *Contemporary Educational Psychology*, 24 (4), 330-358.

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

Kaufman, A. R., Augustson, E. M. (2008). Predictors of regular cigarette smoking among adolescent females: does body image matter? *Nicotine.Tob.Res.*, 10 (8), 1301-1309.

Kim, O., Kim, K. (2001). Body weight, self-esteem, and depression in Korean female. *Adolescence*, 36 (142), 315-322.

Klineberg, E., Clark, C., Bhui, K. S., Haines, M. M., Viner, R. M., Head, J., Woodley-Jones, D., Stansfeld, S. A. (2006). Social support, ethnicity and mental health in adolescents. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, 41 (9), 755-760.

Klocke, A. (2001). Armut bei Kindern und Jugendlichen. Berlin: Robert Koch-Institut. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Heft 03/01.)

Knopf, H. (2011). Arzneimittelanwendung bei Kindern und Jugendlichen. Erfassung und erste Ergebnisse beim Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50 863-870.

Koivusilta, L., Honkala, S., Honkala, E., Rimpela, A. (2003). Toothbrushing as part of the adolescent lifestyle predicts education level. *J.Dent.Res.*, 82 (5), 361-366.

Krombholz, H. (2011). Gesundheitszustand und mögliche Einschränkungen der Leistungsfähigkeit von Kindern bei Schuleintritt. In: Dür, W., Felder-Puig, R. (Eds.), *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung* (pp.81-87). Bern: Hans Huber.

Kuntsche, E. N., Kuendig, H. (2006). What is worse? A hierarchy of family-related risk factors predicting alcohol use in adolescence. *Substance Use & Misuse*, 41 (1), 71-86.

Lampert, T., Richter, M. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (pp.209-230). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Landesgesundheitsamt Brandenburg (2004). *Einschüler in Brandenburg: Soziale Lage und Gesundheit*. Birkenwerder

Lau, S., Nie, Y. (2008). Interplay Between Personal Goals and Classroom Goal Structures in Predicting Student Outcomes: A Multilevel Analysis of Person-Context Interactions. *Journal of Educational Psychology*, 100 (1), 15-29.

Lawrence, M., Arbeit, M., Johnson, C. C., Berenson, G. S. (1991). Prevention of adult heart disease beginning in childhood: intervention programs. *Cardiovasc.Clin.*, 21 (3), 249-262.

Loe, H. (2000). Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *Int.Dent.J.*, 50 (3), 129-139.

Lüftenegger, M., Schober, B., van de Schoot, R., Wagner, P., Finsterwald, M., Spiel, C. (2012). Lifelong learning as a goal - Do autonomy and self-regulation in school result in well prepared pupils? *Learning and Instruction*, 22 (1), 27-36.

Magnusson, C., Trost, K. (2006). Girls experiencing sexual intercourse early: could it play a part in reproductive health in middle adulthood? *J.Psychosom.Obstet.Gynaecol.*, 27 (4), 237-244.

Meland, E., Haugland, S., Breidablik, H. J. (2007). Body image and perceived health in adolescence. *Health Educ.Res.*, 22 (3), 342-350.

Michaud, P. A., Blum, R. W., Ferron, C. (1998). "Bet you I will!" Risk or experimental behavior during adolescence? *Arch.Pediatr.Adolesc.Med.*, 152 (3), 224-226.

Miller, J., Rosenbloom, A., Silverstein, J. (2004). Childhood obesity. *J.Clin.Endocrinol.Metab*, 89 (9), 4211-4218.

Molcho, M., Harel, Y., Dina, L. O. (2004). Substance use and youth violence. A study among 6th to 10th grade Israeli school children. *Int.J.Adolesc.Med.Health*, 16 (3), 239-251.

Mortimore, P. (1998). *The Road to Improvement: Reflections on school effectiveness.* Lisse: Swets and Zeitlinger

Muris, P., Meesters, C., van de Blom, W., Mayer, B. (2005). Biological, psychological, and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girls. *Eat.Behav.*, 6 (1), 11-22.

Nething, K., Stroth, S., Wabitsch, M., Galm, C., Rapp, K., Brandstetter, S., Berg, S., Kresz, A., Wartha, O., Steinacker, J. M. (2006). Primärprävention von Folgeerkrankungen des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 57 (2), 42-45.

Neumark-Sztainer, D., Croll, J., Story, M., Hannan, P. J., French, S. A., Perry, C. (2002). Ethnic/racial differences in weight-related concerns and behaviors among adolescent girls and boys: findings from Project EAT. *J.Psychosom.Res.*, 53 (5), 963-974.

Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J., Story, M. (2006). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *J.Adolesc.Health*, 39 (2), 244-251.

Nieri, T., Kulis, S., Keith, V. M., Hurdle, D. (2005). Body image, acculturation, and substance abuse among boys and girls in the Southwest. *Am.J Drug Alcohol Abuse*, 31 (4), 617-639.

Noack, H. (2011). "Health in All Policies" - das Konzept der Gesundheitsförderung in allen Politikfeldern. In: Dür, W., Felder-Puig, R. (Eds.), Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung (pp.32-37). Bern: Hans Huber.

Noeker, M., Petermann, F. (2008). Chronisch-körperliche Erkrankungen. In: Petermann, F. (Ed.), Lehrbuch klinische Kinderpsychologie (pp.515-531). Göttingen: Hogrefe.

O'Dea, J. A. (2005). School-based health education strategies for the improvement of body image and prevention of eating problems: An overview of safe and successful interventions. *Health Education, 105* (1), 11-33.

OECD (Ed.) (2011). How's life? Measuring well-being. OECD

Parker, G., Tupling, H., Brown, L. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology, 52* 1-10.

Parkes, A., Wight, D., Henderson, M., Hart, G. (2007). Explaining associations between adolescent substance use and condom use. *J.Adolesc.Health, 40* (2), 180-18.

Pedersen, M., Alcon, M., Rodriguez, C. M. (2004). Family and health. In: Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., Rasmussen, V. (Eds.), Young people's health in context. Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey (pp.173-177). Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe.

Peluso, M. A., Guerra de Andrade, L. H. (2005). Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics.(Sao Paulo), 60* (1), 61-70.

Pepler, D., Jiang, D., Craig, W., Connolly, J. (2008). Developmental trajectories of bullying and associated factors. *Child Dev., 79* (2), 325-338.

Perquin, C. W., Hazebroek-Kampschreur, A. A., Hunfeld, J. A., van Suijlekom-Smit, L. W., Passchier, J., van der Wouden, J. C. (2000). Chronic pain among children and adolescents: physician consultation and medication use. *Clin.J.Pain, 16* (3), 229-235.

Poulin, C., Graham, L. (2001). The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behaviours among adolescent students. *Addiction, 96* (4), 607-621.

Poutanen, R., Lahti, S., Tolvanen, M., Hausen, H. (2006). Parental influence on children's oral health-related behavior. *Acta Odontol.Scand., 64* (5), 286-292.

Preglau, M. (2011). Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen in einer individualisierten Gesellschaft. In: Dür, W., Felder-Puig, R. (Eds.), Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung (pp.32-37). Bern: Hans Huber.

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

Raitakari, O. T., Leino, M., Rakkonen, K., Porkka, K. V., Taimela, S., Rasanen, L., Viikari, J. S. (1995). Clustering of risk habits in young adults. The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Am.J.Epidemiol.*, 142 (1), 36-44.

Raithel, J. (2004). Jugendliches Risikoverhalten. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Rajala, M., Honkala, E., Rimpela, M., Lammi, S. (1980). Toothbrushing in relation to other health habits in Finland. *Community Dent.Oral Epidemiol.*, 8 (8), 391-395.

Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Torsheim, T., Hetland, J., Freeman, J., Danielson, M., Thomas, C., the HBSC Positive Health Group (2008a). An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *European Journal of Public Health*, 18 (3), 294-299.

Ravens-Sieberer, U., Freeman, J., Kokonyei, G., Thomas, C. A., Erhart, M. (2009). School as a determinant for health outcomes - A structural equation model analysis. *Health Education*, 109 (4), 342-356.

Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Auquier, P., Cloetta, B., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J., the KIDSCREEN Group (2008b). The KIDSCREEN-52 Quality of Life Measure for Children and Adolescents: Psychometric Results from a Cross-Cultural Survey in 13 European Countries. *Value in Health*, 11 (4), 645-658.

Ravens-Sieberer, U., Thomas, C. (2003). Gesundheitsverhalten von Schülern in Berlin - Ergebnisse der HBSC-Jugendgesundheitsstudie im Auftrag der WHO. Berlin: Robert-Koch-Institut

Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373 (9682), 2223-2233.

Reilly, J. J., Armstrong, J., Dorosty, A. R., Emmett, P. M., Ness, A., Rogers, I., Steer, C., Sherriff, A., Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team (2005). Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *British Medical Journal*, 330 (7504), 1357.

Richter, M. (2008). Soziale Determinanten der Gesundheit im Spannungsfeld zwischen Ungleichheit und jugendlichen Lebenswelten: Der WHO-Jugendgesundheitsurvey. In: Richter, M., Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. (Eds.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* Weinheim, München: Juventa Verlag.

Richter, M., Lampert, T. (2008). Verkörperte Ungleichheiten. Die Rolle multipler Statusindikatoren für das Gesundheitsverhalten im Jugendalter. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 28 (2), 174-190.

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

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

Samdal, O., Dür, W. (2000). The school environment and the health of adolescents. In: Currie, C. E., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., Todd, J. (Eds.), *Health and Health Behaviour among Young People. Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC). International Report* (pp.49-64). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Samdal, O., Nutbeam, D., Wold, B., Kannas, L. (1998). Achieving health and educational goals through school - a study of the importance of school climate and students' satisfaction with school. *Health Education Research*, 13 (3), 383-397.

Schäfer, M. (1997). Aggression unter Schülern (Bullying): Ausmaß, Arten und Prozessor der Stabilisierung - Ein Überblick. *Politische Schriften*.

Scheidt-Nave, C., Ellert, U., Thyen, U., Schlaud, M. (2007). Prevalence and characteristics of children and youth with special health care needs (CSHCN) in the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), 750-756.

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

Shroff, H., Thompson, J. K. (2006). The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with adolescent girls. *Body Image*, 3 (1), 17-23.

Siegrist, J. Siegrist, J. (Ed.) (2005). *Medizinische Soziologie*. 6. Auflage. München, Jena: Urban & Fischer Verlag

Singh-Manoux, A., Martikainen, P., Ferrie, J., Zins, M., Marmot, M., Goldberg, M. (2006). What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (4), 364-372.

Slevec, J. H., Tiggemann, M. (2011). Predictors of body dissatisfaction and disordered eating in middle-aged women. *Clin.Psychol.Rev.*, 31 (4), 515-524.

Smith, P. K., Morita, Y., Junger-Tas, J., Olweus, D., Catalano, R. F., Slee, P. (Eds.) (1999). *The Nature of School Bullying: A cross-national perspective*. London, New York: Routledge

Stein, R. E., Bauman, L. J., Westbrook, L. E., Coupey, S. M., Ireys, H. T. (1993). Framework for identifying children who have chronic conditions: the case for a new definition. *J.Pediatr.*, 122 (3), 342-347.

Step toe, A. (1991). The links between stress and illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 35 (6), 633-644.

Stewart, A. L., Ware, J. E. Jr. (Eds.) (1992). *Measuring functioning and well-being. The medical outcomes study approach*. London: Duke University Press

Stewart-Brown, S. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (Health Evidence Network report.)

Taylor, J., Spencer, N., Baldwin, N. (2000). Social economic and political context of parenting. *Arch Dis Child*, 82 113-120.

Tiggemann, M. (2005). Body dissatisfaction and adolescent self-esteem: prospective findings. *Body Image*, 2 (2), 129-135.

Titze, S., Ring-Dimitriou, S., Schober, P. H., Halbwachs, C., Samitz, G., Miko, H. C., Lercher, P., Stein, K. V., Gäbler, C., Bauer, R., Windhaber, J., Bachl, N., Dorner, T. E. (2010). *Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich

Todd, J., Smith, R., Levin, K., Inchley, J., Currie, D., Currie, C. (2007). *Family structure and relationships and health among schoolchildren*. Edinburgh: Child & Adolescent Health Research Unit, The University of Edinburgh.

Uhl, A. (2009). *Handbuch Alkohol - Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit

U.S.Department of Agriculture, U.S Department of Health and Human Services (Eds.) (2010). *Dietary Guidelines for Americans*. Washington:

U.S.Department of Health and Human Services (Ed.) (2004). The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General.

Vagerö, D., Illsley, R. (1995). Explaining Health Inequalities: Beyond Black and Barker: A Discussion of Some Issues Emerging in the Decade Following the Black Report. *European Sociological Review*, 11 (3), 219-241.

Vartanian, L. R., Schwartz, M. B., Brownell, K. D. (2007). Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *Am.J.Public Health*, 97 (4), 667-675.

Veenhoven, R. (1996). Happy Life-Expectancy. A comprehensive measure of quality-of-life in nations. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. (Veröffentlichungen der Abteilung Sozialstruktur und Sozialberichterstattung im Forschungsschwerpunkt III. FS III 96 - 404.)

Velleman, R. D., Templeton, L. J., Copello, A. G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug Alcohol Rev.*, 24 (2), 93-109.

Verplanken, B., Velsvik, R. (2008). Habitual negative body image thinking as psychological risk factor in adolescents. *Body Image*, 5 (2), 133-140.

Ware, J. E., Jr., Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-483.

WHO (1948). Constitution of the World Health Organization. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

WHO (2006). Erreichung der niedrigsten verletzungsbedingten Sterblichkeitsrate in allen Ländern könnte jährlich eine halbe Million Menschenleben in der Region retten. In WHO Regional Office for Europe (Ed.), Kopenhagen, Rom, Wien.

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

WHO (Ed.) (2010). The european health report 2009: health and health systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Williams, J. M., Currie, C. (2000). Self-Esteem and Physical Development in Early Adolescence: Pubertal Timing and Body Image. *Journal of Early Adolescence*, 20 (2), 129-149.

Williams, J., Wake, M., Hesketh, K., Maher, E., Waters, E. (2005). Health-Related Quality of Life of Overweight and Obese Children. *Journal of the American Medical Association*, 293 (1), 70-76.

Wittchen, H. U. (2000). Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen. Abschätzungen aufgrund epidemiologischer, bevölkerungsbezogener Daten. Stellungnahme im Zusammenhang mit der Befragung von Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie

Wold, B., Aaro, L. E., Smith, C. (1994). Health Behaviour in School Aged Children. A WHO cross national survey (HBSC). Research protocol for the 1993/94 study. University of Bergen: Reaserch Centre for Health Promotion. (Hemil Report 1994.)

Zwiauher, K. (2006). Adipositas im Kindes- und Jugendalter: Prävention und Therapie. *Pharmazie in unserer Zeit*, 35 (6), 490-498.

Zwiauher, K. (2007). Österreichweite Studie zur Erhebung der Prävalenz von Über- und Untergewicht bei 6- bis 14-jährigen Schülerinnen und Schülern. ÖGK - Österreichisches Grünes Kreuz für Gesundheit.

Anhang A

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

Tabelle 1: Effektstärken der Gesundheitsdeterminanten auf die Gesundheit und das Gesundheits- und Risikoverhalten der Schüler/innen (Cohen's *d*)

Effektstärke Cohen's D	Beschwerdelast	Lebens- zufriedenheit	Bewegungs- verhalten	Sitzendes Verhalten
Familienwohlstand (gering/hoch)	-0,33	0,42	0,23	-0,18
Zuwendung der Mutter (geringes/hohes Ausmaß)	-1,03	1,22	0,52	-0,46
Zuwendung des Vaters (geringes/hohes Ausmaß)	-0,85	0,98	0,19	-0,53
Kommunikation mit der Mutter (sehr schwer/sehr leicht)	-0,86	0,93	0,29	-0,44
Kommunikation mit dem Vater (sehr schwer/sehr leicht)	-0,81	0,84	0,56	-0,24
Schulzufriedenheit (gar nicht/gefällt mir sehr gut)	-0,84	0,90	0,27	-0,51
Schüler/innen-Schüler/innen- Beziehung (schlechte/gute Beziehung)	-0,68	0,91	0,27	-0,56
Schulbelastung (sehr stark/überhaupt nicht)	-1,19	0,90	0,31	-0,39
Schulleistung (unterdurchschnittlich/sehr gut)	-0,69	1,00	0,29	-0,62

Anhang B

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

		alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
		N =					
1. Positive Gesundheit							
1.1 Subjektive Gesundheit							
f35 Wie würdest du deinen Gesundheitszustand beschreiben?	1 Ausgezeichnet	44,3	30,6	37,2	49,6	43,7	46,6
	2 Gut	45,3	51,5	48,5	42,1	45,0	43,6
	3 Eher gut	8,5	14,8	11,8	6,5	9,6	8,1
	4 Schlecht	1,9	3,1	2,5	1,8	1,7	1,7
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.108	3.342	6.450	710	727	1.437
1.2 Lebenszufriedenheit							
f38 Lebenszufriedenheit	0 Schlechtestes mögliches Leben	0,6	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6
	1	0,5	0,5	0,5	0,4	0,6	0,5
	2	0,5	1,1	0,8	0,3	0,6	0,4
	3	1,2	2,4	1,8	1,1	1,4	1,3
	4	2,5	3,6	3,0	1,9	1,8	1,8
	5	6,1	9,3	7,7	5,4	6,7	6,0
	6	7,8	10,1	9,0	6,0	7,6	6,8
	7	18,2	18,1	18,2	14,2	11,9	13,1
	8	27,5	25,0	26,2	23,2	23,0	23,1
	9	19,0	17,8	18,4	19,7	21,4	20,5
	10 Bestes mögliches Leben	16,1	11,8	13,9	27,2	24,5	25,9
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.088	3.314	6.402	702	721	1.423
Mittelwert	7,72	7,35	7,53	8,09	7,98	8,03	
Standardabweichung	1,81	1,94	1,89	1,85	1,92	1,88	
1.4 Psychische und physische Beschwerden							
Wie oft hattest du in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden? f41a Kopfschmerzen	1 Fast jeden Tag	4,2	6,8	5,6	5,9	4,7	5,3
	2 Mehrmals pro Woche	5,6	12,0	8,9	4,7	6,3	5,5
	3 Fast jede Woche	10,4	12,6	11,5	7,1	8,1	7,6
	4 Fast jeden Monat	17,3	19,4	18,4	12,5	13,8	13,2
	5 Selten oder nie	62,6	49,2	55,7	69,8	67,1	68,5
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anzahl	3.111	3.353	6.464	706	730	1.436	
f41b Magen-/ Bauchschmerzen	1 Fast jeden Tag	2,0	4,6	3,4	2,4	4,1	3,3
	2 Mehrmals pro Woche	3,5	7,4	5,5	4,0	4,4	4,2
	3 Fast jede Woche	6,1	8,9	7,6	5,1	7,7	6,4
	4 Fast jeden Monat	17,9	30,3	24,3	16,1	17,6	16,9
	5 Selten oder nie	70,5	48,8	59,2	72,4	66,2	69,2
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anzahl	3.108	3.354	6.462	706	728	1.434	
f41c Rücken- / Kreuzschmerzen	1 Fast jeden Tag	4,5	6,5	5,5	3,5	3,2	3,3
	2 Mehrmals pro Woche	5,5	6,7	6,2	2,8	2,7	2,8
	3 Fast jede Woche	8,9	9,0	8,9	4,3	2,7	3,5
	4 Fast jeden Monat	16,3	16,7	16,5	10,9	10,2	10,5
	5 Selten oder nie	64,9	61,1	62,9	78,4	81,2	79,8
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anzahl	3.106	3.356	6.462	705	728	1.433	
f41d Fühle mich allgemein schlecht	1 Fast jeden Tag	2,4	4,0	3,2	3,3	3,3	3,3
	2 Mehrmals pro Woche	2,9	5,2	4,1	3,1	2,7	2,9
	3 Fast jede Woche	4,3	6,7	5,6	3,4	3,7	3,6
	4 Fast jeden Monat	11,7	13,3	12,5	7,1	8,9	8,0
	5 Selten oder nie	78,7	70,9	74,6	83,1	81,3	82,2
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anzahl	3.105	3.356	6.461	704	729	1.433	
f41e Bin gereizt oder schlecht gelaunt	1 Fast jeden Tag	3,6	5,7	4,7	2,7	4,1	3,4
	2 Mehrmals pro Woche	7,1	11,7	9,5	6,7	7,1	6,9
	3 Fast jede Woche	12,3	15,7	14,0	9,1	8,1	8,6
	4 Fast jeden Monat	27,6	28,8	28,2	19,7	21,8	20,8
	5 Selten oder nie	49,5	38,1	43,6	61,8	58,8	60,3
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anzahl	3.105	3.355	6.460	701	728	1.429	

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
848	878	1.726	885	935	1.820	682	808	1.490
47,2	34,3	40,6	40,3	26,2	33,1	40,1	20,3	29,3
44,4	49,5	47,0	49,1	52,4	50,8	45,0	58,1	52,1
6,8	13,5	10,2	9,0	18,1	13,7	12,2	17,2	14,9
1,6	2,7	2,1	1,5	3,3	2,4	2,7	4,5	3,7
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
835	864	1.699	875	928	1.803	671	804	1.475
0,4	0,8	0,6	0,9	0,4	0,7	0,3	0,1	0,2
0,4	0,5	0,4	0,2	0,7	0,4	0,9	0,3	0,5
0,6	1,3	0,9	0,7	1,5	1,1	0,4	0,9	0,7
1,2	2,6	1,9	1,1	3,1	2,1	1,5	2,4	3,0
1,8	3,7	2,8	3,8	4,7	4,3	2,4	3,5	3,0
5,4	9,7	7,6	7,2	10,0	8,7	6,0	10,3	8,3
7,4	9,2	8,3	9,2	12,0	10,6	8,4	11,2	9,9
18,7	16,5	17,6	19,3	21,0	20,2	20,6	22,1	21,4
26,2	25,4	25,8	28,0	24,9	26,4	32,9	26,5	29,4
20,8	17,6	19,2	18,7	16,7	17,7	17,0	16,1	16,5
17,1	12,8	14,9	10,7	5,0	7,8	9,6	6,7	8,0
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
828	862	1.690	870	916	1.786	669	796	1.465
7,83	7,34	7,58	7,47	7,00	7,23	7,52	7,20	7,35
1,75	2,03	1,91	1,84	1,91	1,89	1,72	1,75	1,74
3,3	8,3	5,9	4,6	7,2	5,9	2,7	7,0	5,0
6,6	10,9	8,8	5,5	15,1	10,4	5,2	14,9	10,5
11,9	10,6	11,2	10,5	13,3	12,0	11,7	17,4	14,8
19,0	17,0	18,0	18,1	21,7	20,0	19,2	24,6	22,1
59,2	53,2	56,1	61,3	42,6	51,7	61,3	36,1	47,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
838	870	1.708	874	929	1.803	677	805	1.482
1,8	4,5	3,2	2,1	4,6	3,4	1,5	5,3	3,6
4,0	6,9	5,4	3,7	8,2	6,0	2,5	9,7	6,4
7,2	8,4	7,8	6,4	8,6	7,5	5,5	11,1	8,5
17,5	31,6	24,7	18,5	37,1	28,1	19,4	32,7	26,6
69,5	48,7	58,9	69,4	41,4	55,0	71,2	41,2	54,9
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
834	873	1.707	875	929	1.804	677	805	1.482
3,8	5,7	4,8	4,8	8,4	6,7	5,6	8,3	7,1
5,1	5,4	5,3	6,3	7,6	7,0	7,7	10,7	9,3
9,2	7,1	8,1	9,1	10,7	9,9	13,2	14,8	14,0
13,4	15,4	14,4	21,0	20,6	20,8	19,4	19,6	19,5
68,4	66,4	67,4	58,8	52,7	55,7	54,1	46,6	50,0
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
836	875	1.711	872	929	1.801	676	805	1.481
1,8	4,6	3,2	2,2	4,4	3,3	2,1	3,7	3,0
2,2	4,3	3,3	3,5	6,3	4,9	2,8	7,1	5,1
4,2	5,9	5,1	4,8	8,7	6,8	5,0	8,0	6,6
11,3	11,9	11,6	12,9	13,5	13,2	15,3	18,3	16,9
80,6	73,3	76,8	76,6	67,1	71,7	74,8	63,0	68,4
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
834	875	1.709	875	928	1.803	675	805	1.480
3,6	7,9	5,8	4,5	6,0	5,3	3,0	4,2	3,6
6,3	12,6	9,5	6,7	13,0	10,0	8,9	13,4	11,4
11,3	14,4	12,9	14,4	17,0	15,8	14,1	22,4	18,6
26,5	26,9	26,7	30,7	31,3	30,9	33,3	34,3	33,9
52,3	38,3	45,1	43,7	32,8	38,0	40,7	25,7	32,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
438	335	773	875	928	1.803	675	805	1.480

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

		alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich 3.159	weiblich 3.374	gesamt 6.533	männlich 723	weiblich 734	gesamt 1.457
N =							
f41f Fühle mich nervös	1 Fast jeden Tag	3,4	4,4	4,0	4,8	4,1	4,5
	2 Mehrmals pro Woche	6,4	9,0	7,7	4,3	6,7	5,5
	3 Fast jede Woche	11,2	12,1	11,7	7,1	8,5	7,8
	4 Fast jeden Monat	23,2	22,3	22,8	17,7	21,3	19,5
	5 Selten oder nie	55,8	52,1	53,9	66,1	59,4	62,7
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.112	3.355	6.467	705	729	1.434
f41g Kann schlecht schlafen	1 Fast jeden Tag	7,4	11,6	9,6	10,2	12,5	11,4
	2 Mehrmals pro Woche	6,5	8,7	7,7	5,5	7,4	6,5
	3 Fast jede Woche	9,0	10,2	9,6	7,5	9,5	8,5
	4 Fast jeden Monat	15,2	14,7	14,9	12,1	13,9	13,0
	5 Selten oder nie	61,9	54,8	58,2	64,6	56,7	60,6
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.101	3.356	6.457	703	728	1.431
f41h Fühle mich benommen, schwindlig	1 Fast jeden Tag	2,8	4,2	3,5	3,3	2,7	3,0
	2 Mehrmals pro Woche	4,2	6,4	5,4	2,4	3,6	3,0
	3 Fast jede Woche	5,7	7,5	6,6	3,4	3,7	3,6
	4 Fast jeden Monat	12,2	13,6	12,9	8,1	7,5	7,8
	5 Selten oder nie	75,1	68,3	71,6	82,8	82,4	82,6
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.106	3.352	6.458	704	724	1.433
Beschwerdelast (berechnete Variable)	Mittelwert	31,81	36,50	34,3	28,4	30,2	29,3
	Standardabweichung	13,25	12,62	13,13	13,88	13,26	13,59
1.5. Chronische Erkrankungen							
f43 Hast Du eine lang andauernde bzw. chronische Erkrankung oder Behinderung?	Ja	16,6	16,9	16,8	13,5	12,9	13,2
	Nein	83,4	83,1	83,1	86,5	87,1	86,8
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.090	3.346	6.436	702	730	1.432
1.6. Verletzungen							
f51 Wie oft warst Du in den letzten 12 Monaten verletzt?	1 Ich war nicht verletzt.	45,7	56,8	51,5	48,7	60,8	54,8
	2 Ich war einmal verletzt.	27,8	25,8	26,8	27,0	25,7	26,3
	3 Ich war zweimal verletzt.	14,2	8,9	11,5	14,1	6,8	10,4
	4 Ich war dreimal verletzt.	6,1	4,3	5,1	3,8	3,9	3,9
	5 Ich war viermal oder öfter verletzt.	6,2	4,3	5,2	6,4	2,9	4,6
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.096	3.339	6.435	704	724	1.428
Mittelwert	1,99	1,73	1,86	1,92	1,62	1,77	
Standardabweichung	1,18	1,07	1,13	1,16	0,98	1,08	
1.7. Übergewicht und Körperwahrnehmung							
Übergewicht / Adipositas (berechnete Variable)	1 Unter-/Normalgewicht	81,3	88,3	84,9	84,0	87,3	85,6
	2 Übergewicht	15,4	9,3	12,3	13,0	11,7	12,3
	3 Adipositas	3,3	2,3	2,8	3,1	1,0	2,1
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.896	3.104	6.000	648	667	1.315
f46 Glaubst Du, dass Du	1 viel zu dünn bist?	2,6	1,7	2,1	2,7	1,5	2,1
	2 ein bisschen zu dünn bist?	15,4	9,3	12,2	12,6	13,7	13,2
	3 ungefähr das richtige Gewicht hast?	52,3	45,3	48,6	54,7	49,7	52,1
	4 ein bisschen zu dick bist?	26,8	37,1	32,1	26,8	29,9	28,3
	5 viel zu dick bist?	3,0	6,6	4,9	3,3	5,3	4,3
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.100	3.340	6.440	706	723	1.429
1.8. Zahngesundheit							
f13 Wie oft putzt Du dir die Zähne?	1 Mehr als einmal täglich	68,0	82,7	75,6	76,6	84,2	80,5
	2 Einmal täglich	27,3	15,7	21,3	20,4	14,4	17,4
	3 Mindestens einmal pro Woche, aber nicht täglich	3,1	1,2	2,1	2,4	1,1	1,7
	4 Seltener als einmal pro Woche	0,8	0,3	0,6	0,3	0,3	0,3
	5 Nie	0,7	0,2	0,5	0,3	0,0	0,1
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anzahl	3.145	3.367	6.512	719	734	1.453	

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
848	878	1.726	885	935	1.820	682	808	1.490
3,1	4,9	4,0	2,4	4,8	3,7	3,6	3,6	3,6
8,1	9,6	8,9	6,5	9,1	7,9	6,4	10,2	8,5
10,3	11,3	10,8	14,1	14,4	14,2	12,9	13,7	13,3
24,6	20,8	22,7	23,5	23,4	23,4	26,8	24,0	25,3
53,9	53,3	53,6	53,5	48,2	50,8	50,4	48,5	49,4
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
838	874	1.712	875	929	1.804	675	804	1.479
6,6	13,3	10,0	6,4	11,5	9,0	6,8	9,1	8,0
6,6	9,6	8,1	7,3	9,1	8,3	6,4	8,4	7,5
9,0	10,6	9,8	10,1	10,9	10,5	9,3	9,8	9,6
15,3	12,2	13,8	15,0	15,5	15,3	18,4	17,3	17,8
62,5	54,2	58,3	61,1	53,0	56,9	59,1	55,4	57,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
834	874	1.708	872	930	1.802	675	805	1.480
2,7	6,1	4,4	3,4	4,7	4,1	1,6	2,9	2,3
3,6	7,0	5,3	5,3	6,7	6,0	5,5	8,1	6,9
5,9	7,7	6,8	5,9	8,7	7,4	7,4	9,6	8,6
12,7	13,5	13,1	14,5	17,0	15,8	12,8	15,4	14,2
75,1	65,7	70,3	70,8	62,8	66,7	72,7	64,1	68,0
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
837	872	1.709	874	928	1.802	674	804	1.478
31,7	36,3	34,1	33,2	38,8	36,1	33,6	39,7	37,0
13,04	13,08	13,26	13,15	11,15	12,49	12,11	10,93	11,88
15,8	15,0	15,4	17,2	19,5	18,4	19,9	20,0	19,9
84,2	85,0	84,6	82,8	80,5	81,6	80,1	80,0	80,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
834	869	1.703	866	927	1.793	675	801	1.476
44,8	52,6	48,8	44,1	53,0	48,7	46,0	61,9	54,6
28,1	25,9	27,0	27,2	28,0	27,6	29,6	23,3	26,2
12,7	10,2	11,5	15,4	9,6	12,4	14,6	8,6	11,4
7,0	5,2	6,0	7,2	4,4	5,8	5,9	3,5	4,6
7,4	6,1	6,8	6,1	5,0	5,5	3,8	2,7	3,2
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
833	870	1.703	869	923	1.792	676	803	1.479
2,04	1,86	1,95	2,04	1,80	1,92	1,92	1,62	1,76
1,23	1,17	1,20	1,20	1,10	1,16	1,09	0,97	1,04
81,6	87,6	84,7	79,3	89,2	84,4	80,2	88,8	84,9
14,8	9,7	12,2	17,4	8,2	12,7	16,6	8,3	12,1
3,6	2,6	3,1	3,3	2,5	2,9	3,3	2,9	3,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
771	801	1.572	818	863	1.681	645	762	1.407
2,6	2,3	2,5	2,8	2,0	2,4	2,2	0,7	1,4
13,7	8,9	11,2	17,3	9,1	13,1	17,7	6,1	11,4
52,0	44,9	48,4	49,5	38,9	44,0	53,3	49,4	51,2
28,7	35,6	32,3	27,7	43,1	35,6	23,9	38,1	31,7
3,0	8,3	5,7	2,8	6,9	4,9	2,8	5,6	4,3
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
834	865	1.699	871	929	1.800	673	805	1.478
66,3	82,4	74,5	63,8	80,6	72,5	67,2	84,0	76,3
27,5	15,7	21,5	31,4	16,7	23,9	29,3	15,4	21,8
3,6	1,1	2,3	3,3	1,8	2,5	2,8	0,5	1,5
1,8	0,6	1,2	0,6	0,3	0,4	0,6	0,0	0,3
0,9	0,2	0,6	0,9	0,5	0,7	0,1	0,1	0,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
845	874	1.719	882	933	1.815	682	807	1.489

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

		alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
N =		3.159	3.374	6.533	723	734	1.457
2. Gesundheitsverhalten							
2.2. Körperliche Bewegung							
f16 An wie vielen der vergangenen 7 Tage warst Du mindestens für 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv?	0 An 0 Tagen	3,2	4,5	3,9	0,6	1,0	0,8
	1 An 1 Tag	6,3	11,4	8,9	2,0	3,8	2,9
	2 An 2 Tagen	8,8	15,8	12,4	4,6	7,0	5,8
	3 An 3 Tagen	13,9	17,2	15,6	9,8	14,6	12,2
	4 An 4 Tagen	15,2	15,4	15,3	14,6	15,2	14,9
	5 An 5 Tagen	13,3	12,8	13,1	12,6	17,0	14,8
	6 An 6 Tagen	12,9	8,1	10,4	15,7	11,9	13,8
	7 An 7 Tagen	26,4	14,8	20,4	40,0	29,6	34,8
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.102	3.308	6.410	712	717	1.429
Mittelwert	4,55	3,07	4,12	5,37	4,86	5,11	
Standardabweichung	2,07	2,06	2,11	1,74	1,87	1,83	
2.3. Sitzendes Freizeitverhalten							
f66a Etwa wie viele Stunden an einem Tag verbringst Du normalerweise in Deiner Freizeit mit Fernsehen, an Schultagen?	1 Überhaupt nicht	10,7	10,5	10,6	11,8	11,6	11,7
	2 Etwa eine halbe Stunde am Tag	11,1	14,1	12,7	13,3	21,1	17,3
	3 Etwa 1 Stunde am Tag	21,9	24,2	23,1	28,9	30,1	29,5
	4 Etwa 2 Stunden am Tag	23,4	24,6	24,0	20,7	20,1	20,4
	5 Etwa 3 Stunden am Tag	16,3	13,1	14,6	12,0	8,3	10,1
	6 Etwa 4 Stunden am Tag	6,6	7,5	7,1	5,1	4,1	4,6
	7 Etwa 5 Stunden am Tag	3,7	2,9	3,3	2,4	2,1	2,3
	8 Etwa 6 Stunden am Tag	1,8	1,5	1,6	1,5	1,4	1,5
	9 Etwa 7 oder mehr Stunden am Tag	4,3	1,6	2,9	4,2	1,1	2,6
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anzahl	2.987	3.273	6.260	667	701	1.368	
Mittelwert	2,09	1,84	1,96	1,84	1,50	1,66	
Standardabweichung	1,74	1,51	1,62	1,69	1,39	1,56	
f66b Etwa wie viele Stunden an einem Tag verbringst Du normalerweise in Deiner Freizeit mit Fernsehen, an schulfreien Tagen?	1 Überhaupt nicht	4,9	4,4	4,6	4,9	5,6	5,2
	2 Etwa eine halbe Stunde am Tag	6,5	7,3	6,9	7,9	10,3	9,1
	3 Etwa 1 Stunde am Tag	13,3	14,1	13,7	17,2	22,1	19,7
	4 Etwa 2 Stunden am Tag	20,7	22,4	21,6	26,1	24,3	25,2
	5 Etwa 3 Stunden am Tag	18,1	19,4	18,8	15,7	17,7	16,7
	6 Etwa 4 Stunden am Tag	13,1	13,7	13,4	10,5	8,0	9,2
	7 Etwa 5 Stunden am Tag	9,6	8,1	8,8	7,0	4,1	5,5
	8 Etwa 6 Stunden am Tag	4,4	3,9	4,1	2,8	2,7	2,8
	9 Etwa 7 oder mehr Stunden am Tag	9,4	6,7	8,0	8,0	5,1	6,5
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anzahl	2.988	3.267	6.255	675	700	1.375	
Mittelwert	3,05	2,86	2,95	2,70	2,34	2,52	
Standardabweichung	2,00	1,87	1,93	1,93	1,78	1,86	
f67a Etwa wie viele Stunden am Tag spielst Du in deiner Freizeit normalerweise am Computer, Handy oder mit einer Spielkonsole, an Schultagen?	1 Überhaupt nicht	22,0	43,0	32,9	23,5	34,5	29,1
	2 Etwa eine halbe Stunde am Tag	17,3	23,1	20,3	22,1	34,2	28,2
	3 Etwa 1 Stunde am Tag	23,0	14,3	18,5	25,6	15,5	20,5
	4 Etwa 2 Stunden am Tag	15,6	7,7	11,5	12,4	7,0	9,6
	5 Etwa 3 Stunden am Tag	8,9	4,8	6,8	4,9	4,3	4,6
	6 Etwa 4 Stunden am Tag	5,5	2,9	4,1	4,9	1,9	3,3
	7 Etwa 5 Stunden am Tag	2,6	1,5	2,1	2,2	1,4	1,8
	8 Etwa 6 Stunden am Tag	1,7	0,5	1,1	1,6	0,3	0,9
	9 Etwa 7 oder mehr Stunden am Tag	3,3	2,3	2,8	2,9	0,9	1,9
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anzahl	3.024	3.278	6.302	680	701	1.381	
Mittelwert	1,58	0,93	1,24	1,37	0,82	1,09	
Standardabweichung	1,73	1,48	1,63	1,65	1,19	1,46	

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
848	878	1.726	885	935	1.820	682	808	1.490
1,8	1,7	1,8	2,9	4,7	3,8	8,0	10,4	9,3
3,6	4,9	4,3	8,1	17,7	13	12,1	18,2	15,4
4,8	13,0	9,0	11,9	21,6	16,9	14,3	20,2	17,5
10,0	18,3	14,2	17,6	17,4	17,5	18,2	17,9	18,1
12,9	19,6	16,3	17,7	13,8	15,7	15,6	12,7	14,0
16,5	16,1	16,3	12,0	10,2	11,0	11,6	8,9	10,1
16,7	9,5	13,1	10,0	6,2	8,1	8,6	5,4	6,9
33,7	16,9	25,2	19,8	8,5	14,0	11,5	6,3	8,7
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
834	859	1.693	868	916	1.784	671	797	1.468
5,13	4,20	4,66	4,14	3,16	3,64	3,48	2,84	3,13
1,87	1,86	1,92	2,03	1,95	2,05	2,09	1,95	2,04
7,3	7,5	7,4	9,8	9,3	9,5	15,1	14,0	14,5
9,9	12,0	11,0	9,4	11,9	10,7	12,8	12,8	12,8
22,0	25,2	23,7	17,4	18,5	18,0	20,4	24,6	22,7
25,6	26,3	26,0	24,4	25,3	24,8	22,3	26,0	24,3
18,0	14,6	16,2	17,9	16,1	16,9	16,7	12,2	14,3
6,4	8,4	7,4	8,4	10,6	9,6	6,0	6,1	6,0
3,9	2,9	3,4	4,7	4,5	4,6	3,8	1,8	2,7
2,2	1,4	1,8	2,8	2,3	2,5	0,5	0,6	0,5
4,7	1,6	3,1	5,3	1,4	3,3	2,4	1,9	2,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
812	856	1.668	829	906	1.735	663	792	1.455
2,24	1,96	2,09	2,35	2,12	2,23	1,84	1,70	1,76
1,73	1,48	1,61	1,83	1,59	1,72	1,58	1,45	1,51
3,5	3,5	3,5	5,0	4,0	4,4	6,2	4,8	5,4
6,4	6,6	6,5	5,4	6,1	5,8	6,3	6,5	6,4
11,0	13,2	12,1	10,8	10,9	10,8	15,1	11,6	13,2
20,4	23,1	21,8	19,1	19,1	19,1	17,8	24,1	21,2
18,7	19,0	18,9	18,1	21,1	19,7	20,2	19,5	19,8
13,4	14,5	13,9	13,8	15,1	14,5	14,5	16,3	15,5
10,0	8,7	9,3	12,2	10,5	11,3	8,6	8,2	8,4
5,9	3,3	4,6	4,7	5,7	5,2	3,9	3,4	3,7
10,6	8,1	9,3	10,9	7,6	9,2	7,3	5,6	6,3
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
808	851	1.659	827	908	1.735	662	790	1.452
3,25	2,98	3,11	3,27	3,16	3,21	2,90	2,87	2,89
2,02	1,89	1,96	2,03	1,91	1,97	1,93	1,80	1,86
15,9	29,6	22,9	17,7	47,9	33,4	33,7	59,4	47,7
17,8	27,2	22,6	12,5	15,9	14,2	18,2	17,0	17,5
22,9	19,0	20,9	22,9	12,9	17,7	20,5	9,6	14,6
17,5	10,1	13,7	20,2	7,4	13,5	11,1	5,9	8,3
10,1	5,7	7,9	11,3	5,3	8,2	8,7	3,7	6,0
6,1	3,5	4,8	6,5	3,9	5,1	3,9	2,0	2,9
3,9	1,3	2,6	3,4	2,5	3,0	0,6	0,8	0,7
2,4	0,6	1,5	1,5	0,8	1,1	1,2	0,4	0,8
3,3	3,0	3,2	4,0	3,5	3,8	2,0	1,3	1,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
818	861	1.679	843	908	1.751	664	790	1.454
1,79	1,15	1,46	1,84	1,09	1,45	1,18	0,64	0,89
1,77	1,56	1,70	1,77	1,74	1,79	1,51	1,25	1,40

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen			
		männlich 3.159	weiblich 3.374	gesamt 6.533	männlich 723	weiblich 734	gesamt 1.457	
f67b Etwa wie viele Stunden am Tag spielst Du in deiner Freizeit normalerweise am Computer, Handy oder mit einer Spielkonsole, an schulfreien Tagen?	1	Überhaupt nicht	11,0	31,5	21,7	9,6	19,7	14,8
	2	Etwa eine halbe Stunde am Tag	10,2	19,9	15,3	16,2	29,4	22,9
	3	Etwa 1 Stunde am Tag	18,3	16,5	17,3	23,2	22,6	22,9
	4	Etwa 2 Stunden am Tag	18,2	11,9	14,9	19,6	12,1	15,8
	5	Etwa 3 Stunden am Tag	13,5	7,1	10,2	10,9	6,7	8,8
	6	Etwa 4 Stunden am Tag	9,4	3,9	6,5	6,4	2,8	4,6
	7	Etwa 5 Stunden am Tag	6,5	3,4	4,9	4,7	3,0	3,8
	8	Etwa 6 Stunden am Tag	4,4	1,8	3,1	2,8	1,4	2,1
	9	Etwa 7 oder mehr Stunden am Tag	8,5	4,1	6,2	6,5	2,4	4,4
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		Anzahl	3.017	3.275	6.292	677	705	1.382
	Mittelwert	2,56	1,43	1,97	2,15	1,33	1,73	
	Standardabweichung	2,11	1,84	2,05	1,96	1,58	1,82	
f68a Etwa an wie vielen Stunden am Tag nutzt Du in deiner Freizeit normalerweise den Computer, an Schultagen?	1	Überhaupt nicht	14,0	12,8	13,3	25,0	27,1	26,1
	2	Etwa eine halbe Stunde am Tag	21,5	23,5	22,5	28,3	33,3	30,8
	3	Etwa 1 Stunde am Tag	23,8	23,0	23,4	22,2	21,1	21,7
	4	Etwa 2 Stunden am Tag	16,9	18,9	17,9	10,6	9,9	10,3
	5	Etwa 3 Stunden am Tag	9,4	10,6	10,0	5,6	5,0	5,3
	6	Etwa 4 Stunden am Tag	5,8	5,2	5,5	2,5	1,7	2,1
	7	Etwa 5 Stunden am Tag	2,9	2,5	2,7	1,8	0,6	1,2
	8	Etwa 6 Stunden am Tag	1,8	1,0	1,4	1,2	0,4	0,8
	9	Etwa 7 oder mehr Stunden am Tag	3,9	2,7	3,3	2,8	1,0	1,9
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		Anzahl	3.015	3.278	6.293	679	706	1.385
	Mittelwert	1,72	1,62	1,67	1,20	0,92	1,05	
	Standardabweichung	1,75	1,58	1,66	1,56	1,16	1,38	
f68b Etwa an wie vielen Stunden am Tag nutzt Du in deiner Freizeit normalerweise den Computer, an schulfreien Tagen?	1	Überhaupt nicht	10,5	10,1	10,2	19,7	21,8	20,8
	2	Etwa eine halbe Stunde am Tag	16,0	17,9	17,0	24,0	28,1	26,1
	3	Etwa 1 Stunde am Tag	21,1	20,4	20,7	22,3	24,8	23,6
	4	Etwa 2 Stunden am Tag	15,9	18,2	17,1	12,4	10,7	11,5
	5	Etwa 3 Stunden am Tag	12,8	12,3	12,6	7,5	6,7	7,1
	6	Etwa 4 Stunden am Tag	7,8	8,0	7,9	4,3	3,0	3,6
	7	Etwa 5 Stunden am Tag	5,0	5,2	5,1	2,5	2,1	2,3
	8	Etwa 6 Stunden am Tag	2,8	3,3	3,1	1,5	1,3	1,4
	9	Etwa 7 oder mehr Stunden am Tag	8,0	4,6	6,2	5,8	1,6	3,6
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		Anzahl	3.013	3.273	6.286	676	702	1.378
	Mittelwert	2,29	2,13	2,20	1,61	1,22	1,41	
	Standardabweichung	2,06	1,89	1,97	1,89	1,45	1,69	
Sitzendes Verhalten an Schultagen (berechnete Variable)	Mittelwert	5,4	4,4	4,9	4,4	3,2	3,8	
	Standardabweichung	4,16	3,50	3,85	4,00	3,02	3,58	
Sitzendes Verhalten an schulfreien Tagen (berechnete Variable)	Mittelwert	7,9	6,4	7,1	6,4	4,9	5,6	
	Standardabweichung	4,96	4,31	4,68	4,64	3,87	4,33	
2.1. Ernährung								
Wie oft in der Woche isst oder trinkst du normalerweise: f11a Obst/Früchte	1	Nie	2,8	1,6	2,2	1,7	1,6	1,7
	2	Seltener als einmal in der Woche	8,3	5,0	6,6	5,0	3,6	4,3
	3	Einmal wöchentlich	12,9	8,7	10,8	8,7	7,5	8,1
	4	An 2-4 Tagen in der Woche	31,5	25,8	28,6	27,8	17,9	22,8
	5	An 5-6- Tagen in der Woche	13,3	15,0	14,2	13,7	14,0	13,8
	6	Einmal täglich	17,2	21,7	19,5	22,3	26,8	24,6
	7	Mehrmals täglich	13,9	22,2	18,2	20,8	28,6	24,7
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.137	3.363	6.500	716	731	1.447	

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
848	878	1.726	885	935	1.820	682	808	1.490
5,6	17,5	11,8	9,7	38,3	24,5	20,4	49,3	36,2
8,7	22,6	15,8	8,5	14,9	11,8	8,2	14,4	11,6
17,5	17,8	17,7	13,5	13,0	13,2	20,4	13,5	16,7
20,4	15,2	17,8	17,1	10,9	13,9	15,6	9,4	12,2
13,7	10,6	12,1	16,1	6,3	11,0	12,6	4,8	8,3
9,9	5,3	7,5	12,6	4,6	8,4	7,9	2,4	4,9
7,1	3,6	5,3	7,8	4,3	6,0	5,9	2,5	4,1
6,2	2,2	4,2	5,1	2,1	3,5	3,2	1,3	2,1
10,6	5,2	7,8	9,5	5,7	7,5	5,9	2,4	4,0
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
818	853	1.671	843	909	1.752	661	791	1.452
2,91	1,80	2,34	2,87	1,54	2,18	2,15	1,01	1,52
2,15	1,91	2,10	2,13	2,05	2,19	2,04	1,62	1,91
14,0	13,8	13,9	8,0	4,6	6,2	10,3	8,2	9,2
25,3	25,8	25,6	16,5	17,0	16,8	15,6	19,1	17,5
25,8	22,9	24,3	22,3	22,0	22,1	25,6	25,9	25,8
14,3	16,8	15,6	21,3	24,0	22,7	21,2	23,3	22,4
8,1	9,6	8,8	12,1	14,4	13,3	11,5	12,5	12,1
4,6	5,1	4,9	8,0	8,4	8,2	8,0	4,9	6,4
2,4	2,1	2,3	4,9	4,3	4,6	2,3	2,5	2,4
1,8	0,8	1,3	1,8	1,7	1,7	2,1	0,9	1,5
3,7	3,0	3,3	5,1	3,6	4,3	3,2	2,5	2,8
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
819	856	1.675	840	908	1.748	659	789	1.448
1,59	1,55	1,57	2,12	2,12	2,12	1,89	1,75	1,82
1,71	1,60	1,65	1,83	1,68	1,75	1,67	1,51	1,59
9,8	10,2	10,0	7,4	3,9	5,5	5,9	6,6	6,3
16,2	18,9	17,6	12,8	11,5	12,1	11,5	15,3	13,6
24,9	19,9	22,3	17,3	17,0	17,2	20,4	20,8	20,6
14,7	19,4	17,1	17,2	19,8	18,6	19,5	21,8	20,7
10,7	11,3	11,0	16,0	16,4	16,2	16,9	13,9	15,3
7,6	8,1	7,8	9,5	10,5	10,0	9,5	9,7	9,6
4,0	4,4	4,2	7,2	8,5	7,9	6,1	5,2	5,6
3,4	3,7	3,6	2,7	4,7	3,8	3,5	2,8	3,1
8,7	4,0	6,3	9,7	7,7	8,7	6,7	3,9	5,2
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
816	855	1.671	842	907	1.749	661	790	1.451
2,26	2,07	2,17	2,65	2,79	2,72	2,52	2,23	2,36
2,11	1,86	1,99	2,10	2,00	2,05	1,94	1,79	1,86
5,5	4,7	5,1	6,3	5,3	5,8	4,9	4,1	4,5
4,13	3,67	3,92	4,37	3,76	4,09	3,68	3,05	3,37
8,4	6,9	7,6	8,8	7,5	8,1	7,6	6,1	6,8
5,14	4,42	4,84	5,03	4,49	4,80	4,54	3,89	4,26
1,5	0,9	1,2	4,5	2,5	3,5	2,8	1,0	1,8
7,3	4,6	5,9	10,0	6,4	8,1	10,1	5,2	7,5
10,0	6,9	8,4	15,2	10,2	12,6	18,5	10,1	14,0
29,2	24,1	26,6	34,2	30,4	32,2	35,6	29,2	32,1
16,2	14,8	15,5	13,1	13,9	13,5	9,9	17,6	14,0
19,0	21,9	20,5	14,0	20,1	17,2	14,0	18,4	16,4
16,8	26,8	21,9	9,0	16,5	12,9	9,1	18,4	14,2
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
840	871	1.711	884	934	1.818	680	808	1.488

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

		alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
N =		3.159	3.374	6.533	723	734	1.457
f11b Gemüse	1 Nie	6,2	4,2	5,1	5,9	5,1	5,5
	2 Seltener als einmal in der Woche	10,5	8,0	9,2	9,5	10,4	9,9
	3 Einmal wöchentlich	15,5	11,7	13,5	15,1	10,0	12,5
	4 An 2-4 Tagen in der Woche	32,6	29,0	30,7	30,0	25,0	27,5
	5 An 5-6- Tagen in der Woche	17,2	18,8	18,0	14,8	16,5	15,7
	6 Einmal täglich	11,9	17,1	14,6	14,5	19,1	16,9
	7 Mehrmals täglich	6,1	11,3	8,8	10,2	13,9	12,1
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.132	3.360	6.492	716	732	1.448
f11c Süßigkeiten / Schokolade	1 Nie	2,6	1,7	2,1	2,4	2,5	2,4
	2 Seltener als einmal in der Woche	12,2	11,2	11,7	16,2	15,0	15,6
	3 Einmal wöchentlich	15,0	13,9	14,4	15,1	17,1	16,1
	4 An 2-4 Tagen in der Woche	30,0	27,7	28,8	27,9	23,5	25,7
	5 An 5-6- Tagen in der Woche	15,5	15,7	15,6	13,8	13,7	13,7
	6 Einmal täglich	14,5	18,2	16,4	15,9	19,9	17,9
	7 Mehrmals täglich	10,2	11,6	10,9	8,8	8,3	8,6
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.135	3.359	6.494	717	732	1.449
f11d Zuckerhaltige Limonaden (Cola)	1 Nie	6,2	12,2	9,3	8,9	14,6	11,8
	2 Seltener als einmal in der Woche	17,8	28,4	23,3	28,1	39,1	33,6
	3 Einmal wöchentlich	13,2	15,0	14,1	15,2	13,8	14,5
	4 An 2-4 Tagen in der Woche	21,5	18,7	20,1	18,8	13,8	16,3
	5 An 5-6- Tagen in der Woche	14,0	8,6	11,2	9,6	6,4	8,0
	6 Einmal täglich	10,0	7,0	8,5	6,8	5,1	5,9
	7 Mehrmals täglich	17,3	10,0	13,5	12,7	7,2	9,9
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.135	3.362	6.497	719	732	1.251
Obst- und Gemüsekonsum (berechnete Variable)	1 Keines von beiden täglich	64,6	50,9	57,6	51,9	38,8	45,3
	2 Eines täglich	22,0	26,1	24,1	29,0	34,2	31,6
	3 Beides täglich	13,4	23,0	18,4	19,1	27,0	23,1
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.159	3.374	6.533	723	734	1.457
Konsum von Süßigkeiten und süßen Limonaden (berechnete Variable)	1 Keines von beiden täglich	60,2	61,7	61,0	65,7	65,1	65,4
	2 Eines täglich	28,0	30,0	29,0	24,8	29,3	27,0
	3 Beides täglich	11,8	8,4	10,0	9,5	5,6	7,5
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.159	3.374	6.533	723	734	1.457
2.4. Rauchen							
f17 Hast du jemals Tabak geraucht?	1 Ja	42,8	43,0	42,9	7,7	3,5	5,6
	2 Nein	57,2	57,0	57,1	92,3	96,5	94,4
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.141	3.366	6.507	717	734	1.451
f18 Wie oft rauchst du derzeit Tabak?	1 Jeden Tag	13,6	14,0	13,8	0,7	0,0	0,3
	2 Einmal oder öfter pro Woche, aber nicht jeden tag	4,0	5,4	4,7	0,1	0,0	0,1
	3 Seltener als einmal pro Woche	6,5	7,4	7,0	1,9	1,5	1,7
	4 Ich rauche gar nicht	75,9	73,3	74,6	97,2	98,5	97,9
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.141	3.366	6.507	718	733	1.451
2.5. Alkohol							
f20a Wie oft trinkst Du derzeit alkoholische Getränke, wie Bier?	1 Täglich	3,0	0,5	1,7	0,6	0,0	0,3
	2 Jede Woche	20,5	7,2	13,6	0,6	0,1	0,3
	3 Jeden Monat	7,0	4,9	5,9	0,7	0,1	0,4
	4 Seltener	14,7	13,3	14,0	6,9	2,2	4,5
	5 Nie	54,8	74,2	64,8	91,3	97,5	94,4
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.117	3.348	6.465	710	727	1.437

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
848	878	1.726	885	935	1.820	682	808	1.490
7,3	3,6	5,4	6,5	5,4	5,9	4,3	2,6	3,4
10,8	7,5	9,1	11,9	7,9	9,9	9,4	6,6	7,9
14,1	13,0	13,6	16,9	13,4	15,1	15,9	10,0	12,7
29,0	26,0	27,5	34,8	32,2	33,4	37,1	32,4	34,5
18,4	19,7	19,1	18,3	17,8	18,1	17,1	20,3	18,8
14,1	17,9	16,0	8,3	14,4	11,4	11,3	17,7	14,8
6,2	12,3	9,3	3,4	9,0	6,3	5,0	10,4	7,9
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
835	868	1.703	883	933	1.816	680	808	1.488
2,0	1,6	1,8	3,2	2,0	2,6	2,5	0,7	1,5
11,2	9,6	10,4	10,1	10,3	10,2	12,5	10,5	11,4
14,3	12,8	13,5	13,6	12,4	13,0	17,6	13,7	15,5
28,2	28,7	28,4	31,8	28,4	30,1	31,9	30,0	30,8
16,7	13,4	15,0	16,2	17,9	17,1	15,0	17,6	16,4
15,8	19,7	17,8	13,6	16,6	15,1	12,8	17,0	15,1
11,8	14,2	13,0	11,6	12,3	11,9	7,6	10,5	9,2
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
838	867	1.705	883	933	1.816	680	808	1.488
6,5	10,8	8,7	5,5	11,0	8,4	3,8	13,1	8,9
19,9	28,5	24,3	12,1	21,4	16,9	11,5	26,5	19,6
14,7	15,3	15,0	11,7	13,4	12,6	11,5	17,7	14,9
19,4	18,2	18,8	23,3	22,8	23,1	24,7	18,7	21,4
15,1	8,9	11,9	16,0	10,1	12,9	14,9	8,5	11,4
9,6	7,6	8,6	10,8	8,6	9,6	12,9	6,7	9,5
14,9	10,8	12,8	20,6	12,6	16,5	20,7	8,8	14,2
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
835	870	1.705	883	933	1.816	680	808	1.488
59,9	46,8	53,2	74,0	58,4	66,0	71,7	57,8	64,2
24,6	28,2	26,5	17,3	23,3	20,4	17,3	19,4	18,5
15,4	24,9	20,3	8,7	18,3	13,6	11,0	22,8	17,4
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
848	878	1.726	885	935	1.820	682	808	1.490
61,0	58,7	59,8	57,4	59,4	58,4	57,0	64,6	61,1
26,8	31,0	28,9	28,8	31,2	30,1	32,0	27,8	29,7
12,3	10,4	11,3	13,8	9,4	11,5	11,0	7,5	9,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
848	878	1.726	885	935	1.820	682	808	1.490
29,4	27,8	28,6	57,3	62,6	60,0	77,5	72,9	75,0
70,6	72,2	71,4	42,7	37,4	40,0	22,5	27,1	25,0
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
843	877	1.720	881	932	1.813	681	805	1.486
2,7	3,1	2,9	17,6	21,1	19,4	35,3	30,4	32,6
2,0	3,8	2,9	7,6	8,2	7,9	5,6	8,8	7,3
6,4	6,5	6,5	8,0	10,2	9,1	9,7	10,3	10,0
88,9	86,6	87,7	66,8	60,5	63,6	49,3	50,6	50,0
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
844	876	1.720	880	932	1.812	679	807	1.486
1,3	0,1	0,7	3,0	0,5	1,7	7,5	1,2	4,1
2,6	1,5	2,1	28,0	8,6	18,0	53,6	17,9	34,3
3,8	1,0	2,4	11,8	7,3	9,5	11,5	10,4	10,9
17,9	8,6	13,2	19,1	19,4	19,3	13,5	21,4	17,8
74,3	88,7	81,7	38,2	64,1	51,6	14,0	49,0	32,9
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
834	869	1.703	875	931	1.806	681	804	1.485

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich 3.159	weiblich 3.374	gesamt 6.533	männlich 723	weiblich 734	gesamt 1.457
f20b Wie oft trinkst Du derzeit alkoholische Getränke, wie Wein oder G'spritzer, Sekt?	1 Täglich	0,9	0,2	0,5	0,1	0,0	0,1
	2 Jede Woche	8,1	9,2	8,7	0,7	0,3	0,5
	3 Jeden Monat	8,7	9,2	8,9	0,8	0,1	0,5
	4 Seltener	18,9	20,5	19,7	3,8	1,1	2,4
	5 Nie	63,4	61,0	62,2	94,5	98,5	96,5
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.107	3.341	6.448	709	727	1.436
f20c Wie oft trinkst Du derzeit alkoholische Getränke, wie Spirituosen?	1 Täglich	1,5	0,3	0,9	0,4	0,0	0,2
	2 Jede Woche	13,4	11,4	12,4	0,4	0,0	0,2
	3 Jeden Monat	11,0	11,6	11,3	0,3	0,1	0,2
	4 Seltener	14,2	14,3	14,3	2,4	0,4	1,4
	5 Nie	60,0	62,3	61,2	96,5	99,4	98,0
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.102	3.327	6.429	705	725	1.430
f20d Wie oft trinkst Du derzeit alkoholische Getränke, wie Alkopops?	1 Täglich	1,3	0,2	0,7	0,6	0,0	0,3
	2 Jede Woche	11,5	11,3	11,4	0,4	0,0	0,2
	3 Jeden Monat	9,7	12,4	11,1	0,4	0,0	0,2
	4 Seltener	14,7	15,6	15,1	1,3	0,7	1,0
	5 Nie	62,8	60,6	61,6	97,3	99,3	98,3
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.098	3.336	6.434	703	722	1.425
f20e Wie oft trinkst Du derzeit alkoholische Getränke, wie Most?	1 Täglich	1,3	0,2	0,7	0,4	0,1	0,3
	2 Jede Woche	2,9	0,5	1,6	1,0	0,0	0,5
	3 Jeden Monat	4,4	1,7	3,0	0,9	0,6	0,7
	4 Seltener	19,9	12,2	15,8	6,9	3,3	5,1
	5 Nie	71,6	85,5	78,8	90,8	96,0	93,4
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.073	3.314	6.387	697	722	1.419
f20f Wie oft trinkst Du derzeit alkoholische Getränke, wie irgendein anderes alkoholisches Getränk?	1 Täglich	1,9	0,6	1,2	0,9	0,1	0,5
	2 Jede Woche	10,4	9,7	10,0	0,4	0,0	0,2
	3 Jeden Monat	8,6	9,6	9,2	0,1	0,1	0,1
	4 Seltener	18,2	19,4	18,8	4,1	2,2	3,2
	5 Nie	60,9	60,7	60,8	94,4	97,5	96,0
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.079	3.321	6.400	702	725	1.427
Alkoholkonsum insgesamt (berechnete Variable)	1 Täglich	4,7	1,2	2,9	1,5	0,3	0,9
	2 Jede Woche	24,0	20,5	22,2	1,5	0,3	0,9
	3 Jeden Monat	10,3	13,7	12,1	1,7	0,8	1,2
	4 Seltener	19,3	20,1	19,7	14,9	7,1	11,0
	5 Nie	41,7	44,5	43,1	80,3	91,5	86,0
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.139	1.497	6.505	717	731	1.448
2.6. Cannabis							
f76a Hast Du jemals Cannabis (Haschisch, Marihuana) genommen..in Deinem Leben?	1 Nie	77,9	82,5	80,4			
	2 1-2-mal	9,1	8,5	8,8			
	3 3-5-mal	2,9	3,3	3,1			
	4 6-9-mal	2,4	1,4	1,9			
	5 10-19-mal	1,8	1,8	1,8			
	6 20-39-mal	1,0	1,1	1,1			
	7 öfter	4,8	1,4	3,0			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
Anzahl	1.436	1.678	3.114				
f76b Hast Du jemals Cannabis (Haschisch, Marihuana) genommen..in den letzten 12 Monaten?	1 Nie	82,6	88,2	85,6			
	2 1-2-mal	7,3	5,8	6,5			
	3 3-5-mal	2,6	2,1	2,3			
	4 6-9-mal	1,7	1,3	1,5			
	5 10-19-mal	1,6	1,3	1,4			
	6 20-39-mal	0,6	0,5	0,5			
	7 öfter	3,5	0,9	2,1			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
Anzahl	1.439	1.681	3.120				

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
848	878	1.726	885	935	1.820	682	808	1.490
1,2	0,2	0,7	0,8	0,1	0,4	1,3	0,4	0,8
1,0	1,0	1,0	9,3	7,8	8,5	22,9	27,4	25,4
2,3	1,6	1,9	11,0	14,7	12,9	21,5	19,3	20,3
16,1	15,5	15,8	26,1	31,9	29,1	28,8	29,9	29,4
79,4	81,7	80,6	52,9	45,6	49,1	25,4	22,9	24,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
827	867	1.694	874	928	1.802	680	802	1.482
1,2	0,2	0,7	1,7	0,2	0,9	2,4	0,7	1,5
1,3	1,5	1,4	15,7	15,3	15,5	38,1	27,6	32,4
3,1	2,2	2,7	16,7	17,4	17,1	24,3	25,7	25,0
10,9	7,8	9,3	22,2	22,1	22,2	20,4	25,0	22,9
83,4	88,3	85,9	43,6	45,0	44,3	14,9	20,9	18,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
826	863	1.689	872	921	1.793	680	803	1.483
1,3	0,3	0,8	1,6	0,2	0,9	1,6	0,2	0,9
1,8	1,7	1,8	16,3	17,7	17,0	28,0	24,5	26,1
2,9	2,7	2,8	15,5	21,7	18,7	20,1	23,1	21,8
10,1	9,2	9,6	21,0	22,1	21,6	26,2	28,1	27,2
83,9	86,0	85,0	45,7	38,3	41,9	24,0	24,0	24,0
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
825	867	1.692	873	927	1.800	679	804	1.483
1,5	0,1	0,8	1,7	0,4	1,1	1,5	0,0	0,7
1,2	0,0	0,6	4,0	1,0	2,5	5,1	1,0	2,9
3,8	1,3	2,5	5,8	2,7	4,2	7,0	2,1	4,4
12,5	6,9	9,7	23,0	15,3	19,0	38,3	21,7	29,3
81,0	91,7	86,5	65,5	80,5	73,2	48,2	75,2	62,8
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
822	865	1.686	866	914	1.780	671	798	1.469
1,7	1,0	1,4	2,1	0,8	1,4	2,5	0,4	1,4
2,3	2,0	2,1	14,8	15,2	15,0	24,7	20,6	22,5
3,3	4,0	3,7	14,4	15,1	14,7	16,8	18,3	17,6
15,3	15,2	15,2	23,1	27,1	25,2	30,1	30,5	30,3
77,5	77,8	77,7	45,6	41,9	43,7	25,8	30,2	28,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
826	870	1.696	864	922	1.789	671	786	1.457
2,4	1,1	1,7	5,3	1,4	3,3	9,8	1,7	5,4
5,0	3,4	4,2	31,9	26,9	29,4	60,8	50,1	55,0
8,0	5,5	6,7	16,8	23,2	20,1	14,0	23,7	19,2
27,7	23,7	25,6	22,2	28,6	25,5	9,8	17,5	14,0
57,0	66,3	61,7	23,8	19,8	21,7	5,6	7,1	6,4
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
717	731	1.448	880	932	1.812	681	807	1.488
			85,6	87,2	86,4	68,6	77,2	73,3
			5,1	7,1	6,1	14,4	10,1	12,0
			2,4	2,2	2,3	3,5	4,6	4,1
			1,6	1,0	1,3	3,5	1,8	2,5
			0,6	1,0	0,8	3,2	2,6	2,8
			0,5	0,8	0,7	1,6	1,5	1,6
			4,2	0,7	2,3	5,4	2,2	3,6
			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			789	877	1.666	634	779	1.413
			87,9	91,6	89,8	76,3	84,2	80,7
			4,2	4,0	4,1	11,4	8,0	9,5
			1,9	1,5	1,7	3,3	2,6	2,9
			1,3	1,0	1,1	2,2	1,7	1,9
			0,9	0,9	0,9	2,5	1,8	2,1
			0,8	0,6	0,7	0,5	0,4	0,4
			3,2	0,5	1,7	3,8	1,4	2,5
			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			792	880	1.672	634	778	1.412

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
		3.159	3.374	6.533	723	734	1.457
f76c Hast Du jemals Cannabis (Haschisch, Marihuana) genommen..in den letzten 30 Tagen?	1 Nie	90,0	94,3	92,4			
	2 1-2-mal	4,0	3,5	3,7			
	3 3-5-mal	1,9	0,8	1,3			
	4 6-9-mal	1,0	0,7	0,8			
	5 10-19-mal	0,7	0,4	0,5			
	6 20-39-mal	0,5	0,1	0,3			
	7 Öfter	1,9	0,3	1,0			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
Anzahl		1.436	1.681	3.117			
2.7. Gewaltverhalten							
f48 Wie oft bist Du in den letzten paar Monaten in der Schule schikaniert worden?	1 Ich wurde in den letzten paar Monaten in der Schule nicht schikaniert.	55,9	67,0	61,7	59,9	65,0	61,0
	2 Das ist mir nur ein- oder zwei-mal passiert.	23,7	21,4	22,5	22,8	18,8	20,8
	3 Zwei-oder dreimal pro Monat	7,6	4,0	5,7	6,7	5,1	5,9
	4 Ungefähr einmal pro Woche	6,0	3,6	4,8	5,8	4,7	5,3
	5 Mehrmals pro Woche	6,8	4,0	5,3	7,8	6,4	7,1
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl		3.103	3.337	6.440	705	722
f49 Wie oft hast Du in den letzten paar Monaten dabei mitgemacht, wenn jemand in der Schule schikaniert wurde?	1 Ich habe in den letzten paar Monaten niemanden in der Schule schikaniert.	45,4	69,0	57,7	56,9	77,5	68,8
	2 Das ist mir nur ein- oder zwei-mal passiert.	27,7	20,3	23,9	24,6	15,5	20,0
	3 Zwei-oder dreimal pro Monat	10,1	4,0	6,9	6,5	3,1	4,8
	4 Ungefähr einmal pro Woche	9,0	3,4	6,1	5,3	2,2	3,7
	5 Mehrmals pro Woche	7,9	3,2	5,5	3,8	1,7	2,7
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl		3.101	3.337	6.438	704	721
f50 Wie oft warst Du während der letzten 12 Monate an einem Kampf oder an einer Rauferei beteiligt?	1 Ich war in den letzten 12 Monaten an keinem Kampf / keiner Rauferei beteiligt.	46,4	82,5	65,1	46,2	83,8	65,2
	2 Einmal	21,9	9,6	15,5	22,6	10,6	16,6
	3 Zweimal	10,8	3,4	7,0	10,7	2,2	6,4
	4 Dreimal	7,3	1,5	4,3	7,9	1,1	4,5
	5 4-mal oder öfter	13,6	3,0	8,1	12,6	2,2	7,3
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl		3.110	3.340	6.450	708	724
Opfer-Täter-Typologie (berechnete Variable)	1 Weder Opfer noch Täter	30,4	50,8	41,0	39,6	55,7	47,8
	2 Opfer	15,0	18,3	16,7	20,6	21,9	21,2
	3 Täter	25,6	16,2	20,8	17,6	9,1	13,3
	4 Sowohl Opfer als auch Täter	28,9	14,7	21,5	22,2	13,4	17,7
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl		3.085	3.326	6.411	699	718
2.8. Medikamentengebrauch							
Hast du im letzten Monat Medikamente gegen folgende Beschwerden eingenommen? f42a Kopfschmerzen	1 Nein	72,3	62,1	67,0	79,1	78,6	78,8
	2 Ja, einmal	17,9	23,1	20,6	14,7	15,0	14,9
	3 Ja, mehr als einmal	9,8	14,8	12,4	6,2	6,5	6,3
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl		3.096	3.338	6.434	699	728
f42b Magen-/ Bauchschmerzen	1 Nein	86,5	75,1	80,6	85,3	85,5	85,3
	2 Ja, einmal	8,7	15,7	12,3	10,5	9,8	10,2
	3 Ja, mehr als einmal	4,8	9,2	7,1	4,2	4,7	4,4
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl		3.080	3.321	6.401	693	724
f42c Schwierigkeiten beim Einschlafen	1 Nein	92,8	93,2	93,0	91,0	90,5	90,8
	2 Ja, einmal	3,7	3,4	3,5	5,2	5,0	5,1
	3 Ja, mehr als einmal	3,5	3,4	3,4	3,8	4,5	4,2
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl		3.078	3.327	6.405	691	726

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
848	878	1.726	885	935	1.820	682	808	1.490
			91,8	95,8	93,9	88,3	92,7	90,7
			2,7	2,2	2,4	5,5	4,9	5,2
			1,6	0,9	1,3	1,9	0,8	1,3
			0,8	0,5	0,6	1,4	0,9	1,1
			0,6	0,5	0,5	0,8	0,3	0,5
			0,6	0,1	0,4	0,3	0,0	0,1
			1,9	0,1	1,0	1,7	0,5	1,1
			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			790	879	1.669	633	779	1.412
52,8	59,0	56,0	55,4	67,9	61,8	59,5	76,2	68,6
22,3	25,0	23,7	25,2	23,2	24,2	24,5	17,8	20,9
10,5	5,2	7,8	6,8	3,5	5,1	5,9	2,2	3,9
5,4	4,9	5,2	6,1	2,4	4,2	7,0	2,7	4,7
9,0	5,9	7,4	6,5	3,1	4,8	3,1	1,0	2,0
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
835	869	1.704	873	924	1.797	674	803	1.477
42,9	63,4	53,4	37,0	62,7	50,3	44,2	75,2	61,0
29,4	23,1	26,2	30,5	24,7	27,5	25,2	16,5	20,5
11,6	4,1	7,8	10,7	5,7	8,1	11,0	2,9	6,6
9,4	4,8	7,0	10,6	2,4	6,3	10,7	3,7	6,9
6,7	4,5	5,6	11,2	4,5	7,8	8,9	1,7	5,0
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
834	869	1.703	872	928	1.800	674	801	1.475
41,2	80,9	61,5	47,5	80,2	64,3	51,6	85,5	70,0
26,5	10,2	18,2	20,5	9,4	14,8	17,5	8,1	12,4
10,0	4,0	6,9	11,0	4,0	7,4	11,7	3,2	7,1
8,3	1,8	5,0	6,6	2,1	4,3	6,5	1,0	3,5
14,0	3,0	8,4	14,4	4,3	9,2	12,7	2,1	7,0
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
834	869	1.703	874	926	1.800	676	802	1.478
26,8	41,3	34,2	24,6	46,9	36,1	33,0	61,3	48,4
15,9	22,3	19,2	12,5	15,8	14,2	11,5	13,9	12,8
26,1	17,8	21,9	30,9	21,0	25,8	26,4	15,1	20,3
31,2	18,6	24,7	32,0	16,3	23,9	29,1	9,8	18,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
831	866	1.697	870	924	1.794	670	800	1.470
71,5	66,4	68,9	72,2	58,2	65,0	66,6	47,0	55,9
19,2	21,1	20,2	17,9	24,7	21,4	19,8	30,4	25,5
9,3	12,5	10,9	9,9	17,1	13,6	13,7	22,6	18,5
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
838	867	1.705	870	924	1.794	673	800	1.473
85,8	77,9	81,8	86,6	68,2	77,1	88,7	70,3	78,7
9,7	14,6	12,2	8,2	19,5	14,0	6,4	17,9	12,6
4,4	7,4	6,0	5,2	12,3	8,8	4,9	11,8	8,7
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
832	861	1.693	867	922	1.789	671	795	1.466
91,8	92,7	92,3	93,4	94,1	93,8	95,2	95,1	95,2
4,4	3,4	3,9	3,2	3,3	3,2	1,9	2,1	2,0
3,7	3,9	3,8	3,3	2,6	3,0	2,8	2,8	2,8
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
834	865	1.699	866	923	1.789	972	794	1.466

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

		alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
N =		3.159	3.374	6.533	723	734	1.457
f42d Nervosität	1 Nein	90,6	90,8	90,7	88,5	89,1	88,8
	2 Ja, einmal	5,3	5,4	5,4	7,2	6,3	6,8
	3 Ja, mehr als einmal	4,1	3,8	3,9	4,3	4,5	4,4
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.082	3.323	6.405	693	726	1.419
f42e Sonstiges	1 Nein	77,7	73,4	75,5	80,1	80,2	80,2
	2 Ja, einmal	11,0	13,3	12,2	10,5	10,3	10,4
	3 Ja, mehr als einmal	11,3	13,3	12,3	9,4	9,5	9,4
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.078	3.327	6.405	694	727	1.421
Medikamentenkonsum	1 Keine	54,5	40,6	47,3	58,9	56,7	57,8
	2 Eines 1-mal	17,2	20,4	18,8	14,2	17,2	15,7
	3 Mehrere 1-mal	7,0	9,8	8,4	8,7	6,4	7,5
	4 Eines öfters	15,5	19,3	17,5	13,3	14,2	13,7
	5 Mehrere öfters	5,9	9,9	8,0	4,8	5,6	5,2
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.159	3.374	6.533	723	734	1.457
2.9. Sexualität und Verhütung							
Verhütung beim letzten Geschlechtsverkehr:	Ja	5,6	3,7	4,6			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
f79b Wir haben keine Verhütungsmittel	Anzahl	38	28	66			
f79c Die Antibabypille	Ja	40,6	57,5	49,5			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	277	433	710			
f79d Kondome	Ja	80,2	66,1	72,8			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	547	498	1.045			
andere Methode (berechnete Variable)	Ja	9,8	12,5	11,3			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	67	94	161			
3. Gesundheitsdeterminanten							
3.1. Familie							
3.1.2. Gesprächssituation in der Familie							
Wie leicht oder schwer fällt es Dir, mit der folgenden Person über Dinge zu sprechen, die Dir wirklich nahe gehen und Dir wichtig sind? f56a Vater	1 Sehr leicht	30,1	16,3	23,0	42,2	32,9	37,5
	2 Leicht	38,0	32,9	35,3	35,7	34,9	35,3
	3 Schwer	18,3	27,8	23,2	13,8	20,1	17,0
	4 Sehr schwer	8,5	16,6	12,7	3,7	8,8	6,3
	Ich habe oder sehe diese Person nicht	5,1	6,3	5,7	4,6	3,3	3,9
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.057	3.287	6.344	697	705	1.402
	Mittelwert	2,20	2,64	2,43	1,93	2,15	2,04
	Standardabweichung	1,11	1,13	1,14	1,06	1,08	1,07
	f56b Stiefvater	1 Sehr leicht	4,4	2,1	3,2	8,5	3,6
2 Leicht		8,7	4,4	6,5	9,5	4,6	7,1
3 Schwer		7,2	5,0	6,0	7,5	5,8	6,7
4 Sehr schwer		4,3	6,3	5,3	4,4	5,4	4,9
Ich habe oder sehe diese Person nicht		75,4	82,3	79,0	70,0	80,6	75,2
Gesamt		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anzahl		2.677	2.920	5.597	610	589	1.199
Standardabweichung		1,20	0,92	1,07	1,38	1,03	1,23
Kommunikation mit dem Vater (berechnete Variable)	1 Sehr schwer	9,2	18,4	13,9	4,0	9,5	6,8
	2 Schwer	19,3	29,7	24,6	14,4	20,9	17,7
	3 Leicht	40,0	34,8	37,3	37,1	35,7	36,4
	4 Sehr leicht	31,4	17,2	24,1	44,5	33,9	39,1
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.977	3.170	6.147	679	694	1.373
	Standardabweichung	1,07	1,09	1,10	1,00	1,05	1,03

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
848	878	1.726	885	935	1.820	682	808	1.490
88,5	91,4	90,0	91,8	91,1	91,5	94,2	90,9	92,4
7,0	4,8	5,8	4,6	5,2	4,9	2,1	5,8	4,1
4,6	3,8	4,2	3,6	3,7	3,6	3,7	3,3	3,5
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
832	863	1.695	870	924	1.794	671	792	1.463
77,5	74,0	75,7	77,6	68,7	73,0	76,0	72,0	73,8
10,5	14,5	12,5	12,1	16,5	14,3	10,7	11,1	10,9
12,0	11,5	11,8	10,4	14,9	12,7	13,3	16,9	15,3
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
831	869	1.700	869	922	1.791	670	792	1.462
52,9	45,4	49,1	54,5	33,4	43,6	51,3	29,0	39,2
17,0	19,8	18,4	19,5	21,8	20,7	17,6	22,2	20,1
7,8	10,3	9,0	6,4	10,8	8,7	5,0	11,0	8,3
16,5	15,8	16,2	13,7	22,5	18,2	19,1	24,3	21,9
5,8	8,7	7,2	5,9	11,6	8,8	7,0	13,6	10,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
848	878	1.726	885	935	1.820	682	808	1.490
			5,7	5,7	5,7	4,9	2,7	3,6
			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			15	13	28	20	14	34
			29,3	41,3	34,9	48,0	64,5	57,2
			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			79	95	172	198	336	534
			87,1	76,8	82,4	76,4	61,4	68,1
			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			229	177	406	215	320	535
			11,8	11,2	11,5	8,8	13,0	11,2
			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			31	26	57	36	68	104
32,8	13,4	22,9	25,0	10,6	17,6	20,6	11,3	15,6
37,3	33,3	35,3	40,4	31,9	36,0	38,1	31,6	34,5
17,0	30,4	23,8	19,5	29,2	24,5	23,0	30,4	27,1
8,6	16,5	12,7	9,7	20,4	15,2	11,9	19,5	16,0
4,3	6,4	5,4	5,4	7,8	6,6	6,3	7,2	6,8
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
823	859	1.682	856	911	1.767	664	795	1.459
2,14	2,69	2,42	2,30	2,83	2,57	2,45	2,80	2,64
1,10	1,09	1,13	1,11	1,11	1,14	1,13	1,10	1,13
5,0	2,1	3,5	2,4	1,0	1,6	1,9	1,9	1,9
8,9	4,8	6,7	8,0	3,8	5,8	8,6	4,7	6,5
7,0	5,2	6,0	8,1	4,7	6,4	5,8	4,4	5,0
3,9	6,2	5,1	3,8	7,2	5,5	5,2	6,0	5,7
75,2	81,7	78,6	77,7	83,4	80,6	78,5	83,0	81,0
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
718	794	1.512	762	824	1.586	572	699	1.271
4,35	4,61	4,49	4,46	4,68	4,58	4,50	4,64	4,57
1,23	0,94	1,09	1,09	0,81	0,96	1,06	0,91	0,98
9,0	18,2	13,6	10,6	22,8	16,8	13,4	21,7	17,9
17,9	32,3	25,2	20,7	31,9	26,4	24,4	32,3	28,7
39,1	35,4	37,2	42,7	34,2	38,3	40,8	33,7	37,0
33,9	14,2	23,9	26,0	11,2	18,4	21,4	12,3	16,5
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
808	826	1.634	830	869	1.699	644	765	1.409
2,90	2,34	2,62	2,70	2,21	2,45	2,59	2,27	2,42
1,04	1,06	1,09	1,09	1,07	1,11	1,07	1,05	1,07

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

		alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
N =		3.159	3.374	6.533	723	734	1.457
f56c Mutter	1 Sehr leicht	40,2	39,8	40,0	58,0	56,5	57,3
	2 Leicht	40,8	38,9	39,9	30,5	30,4	30,4
	3 Schwer	14,0	14,9	14,5	8,5	8,7	8,6
	4 Sehr schwer	3,4	5,2	4,3	1,4	3,2	2,3
	Ich habe oder sehe diese Person nicht	1,6	1,2	1,4	1,6	1,1	1,4
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.048	3.297	6.345	696	710	1.406
	Mittelwert	1,85	1,89	1,87	1,58	1,62	1,60
Standardabweichung		0,89	0,92	0,91	0,83	0,86	0,85
f56d Stiefmutter	1 Sehr leicht	3,4	2,1	2,7	6,8	3,7	5,3
	2 Leicht	5,8	3,6	4,6	7,5	4,1	5,8
	3 Schwer	6,4	3,8	5,1	7,3	4,6	6,0
	4 Sehr schwer	4,9	4,5	4,7	3,8	3,6	3,7
	Ich habe oder sehe diese Person nicht	79,4	86,0	82,9	74,5	84,0	79,2
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.631	2.888	5.519	600	587	1.187
	Mittelwert	4,51	4,69	4,60	4,32	4,60	4,46
Standardabweichung		1,07	0,87	0,97	1,28	1,01	1,16
Kommunikation mit der Mutter (berechnete Variable)	1 Sehr schwer	3,5	5,3	4,4	1,5	3,3	2,4
	2 Schwer	14,2	15,2	14,8	8,6	8,9	8,8
	3 Leicht	41,6	39,4	40,4	31,2	30,8	31,0
	4 Sehr leicht	40,6	40,1	40,4	58,8	57,0	57,9
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.021	3.277	6.298	689	705	1.394
	Mittelwert	3,13	3,10	3,12	3,40	3,38	3,39
Standardabweichung		0,92	0,93	0,92	0,87	0,85	0,86
3.1.4. Bonding							
f57a Meine Mutter hilft mir so oft ich es brauche.	1 Fast immer	78,3	75,2	76,7	82,8	81,6	82,2
	2 Manchmal	18,9	20,5	19,7	15,5	16,3	15,9
	3 Nie	1,5	3,3	2,4	0,9	1,5	1,2
	Habe keine oder sehe sie nicht	1,2	1,1	1,2	0,9	0,6	0,7
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.066	3.320	6.386	697	716	1.413
f57b Meine Mutter lässt mich die Sachen machen, die ich tun will.	1 Fast immer	63,6	60,9	62,2	61,7	59,2	60,5
	2 Manchmal	32,8	34,6	33,7	34,5	37,4	36,0
	3 Nie	2,3	3,4	2,9	2,7	2,9	2,8
	Habe keine oder sehe sie nicht	1,4	1,1	1,2	1,0	0,4	0,7
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.054	3.316	6.370	692	714	1.406
f57c Meine Mutter ist liebevoll.	1 Fast immer	82,5	83,4	83,0	90,0	91,3	90,7
	2 Manchmal	15,0	13,5	14,2	7,8	7,3	7,5
	3 Nie	1,4	2,0	1,7	1,3	0,8	1,1
	Habe keine oder sehe sie nicht	1,1	1,0	1,1	0,9	0,6	0,7
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.047	3.309	6.356	691	716	1.407
f57d Meine Mutter versteht meine Probleme und Sorgen.	1 Fast immer	67,5	63,5	65,4	82,4	80,0	81,2
	2 Manchmal	26,7	28,1	27,4	14,9	16,4	15,6
	3 Nie	4,4	7,4	5,9	1,7	2,9	2,3
	Habe keine oder sehe sie nicht	1,5	1,0	1,2	1,0	0,7	0,9
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.048	3.315	6.363	693	714	1.407
Bonding Mutter (berechnete Variable)	1 Gering	0,6	2,2	1,5	0,4	0,7	0,6
	2 Mittel	16,0	17,2	16,6	6,6	9,1	7,9
	3 Hoch	83,4	80,6	81,9	93,0	90,2	91,5
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.934	3.232	6.166	667	703	1.370
	Mittelwert	2,72	2,69	2,71	2,85	2,82	2,83
Standardabweichung		0,38	0,45	0,42	0,29	0,34	0,31

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
848	878	1.726	885	935	1.820	682	808	1.490
43,6	38,6	41,1	31,2	29,3	30,2	28,5	38,2	33,8
40,7	37,6	39,1	45,8	44,3	45,0	45,9	41,6	43,6
12,0	16,0	14,1	17,3	19,5	18,5	18,1	14,0	15,9
2,4	7,2	4,9	3,8	5,6	4,7	6,0	4,5	5,2
1,2	0,6	0,9	2,0	1,3	1,6	1,4	1,6	1,5
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
823	860	1.683	850	916	1.766	662	793	1.455
1,77	1,94	1,85	2,00	2,05	2,03	2,06	1,90	1,97
0,84	0,94	0,90	0,90	0,91	0,91	0,91	0,92	0,92
3,8	2,2	3,0	1,8	1,1	1,4	1,2	1,6	1,4
5,8	2,9	4,3	5,3	3,9	4,6	4,8	3,6	4,1
5,9	3,3	4,6	6,3	3,9	5,1	6,4	3,6	4,9
5,5	5,9	5,7	4,7	3,9	4,3	5,5	4,3	4,9
79,0	85,6	82,5	81,9	87,1	84,7	82,2	86,8	84,7
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
708	780	1.488	742	817	1.559	566	690	1.256
4,50	4,70	4,60	4,60	4,72	4,66	4,63	4,71	4,67
1,08	0,85	0,97	0,95	0,81	0,88	0,89	0,83	0,86
2,6	7,2	5,0	3,9	5,7	4,9	6,4	4,6	5,4
12,1	16,1	14,2	17,6	20,0	18,9	18,5	14,5	16,3
41,2	37,8	39,5	46,9	44,8	45,8	46,4	42,3	44,2
44,0	38,9	41,4	31,5	29,5	30,5	28,7	38,6	34,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
815	858	1.673	840	909	1.749	661	787	1.448
3,21	3,05	3,13	2,99	2,94	2,96	2,93	3,11	3,02
0,88	0,96	0,93	0,92	0,92	0,92	0,93	0,90	0,92
79,0	70,1	74,4	74,7	72,0	73,3	77,1	78,3	77,7
18,7	25,3	22,1	21,5	22,5	22,0	20,0	16,7	18,2
1,6	3,7	2,7	2,0	4,6	3,3	1,6	3,0	2,4
0,7	0,9	0,8	1,7	1,0	1,3	1,2	2,0	1,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
825	869	1.694	859	921	1.780	669	796	1.465
58,6	54,6	56,5	61,4	56,6	59,0	74,2	73,7	73,9
38,2	39,4	38,8	34,5	38,9	36,8	22,5	22,2	22,3
2,7	5,0	3,8	2,0	3,5	2,8	1,8	2,1	2,0
0,6	1,0	0,8	2,1	1,0	1,5	1,5	2,0	1,8
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
823	868	1.691	856	920	1.776	667	797	1.464
82,6	82,2	82,4	77,7	78,3	78,0	80,9	83,5	82,3
16,1	15,5	15,8	18,8	18,3	18,5	16,4	11,7	13,8
0,9	1,4	1,1	1,9	2,6	2,3	1,4	3,0	2,3
0,5	0,9	0,7	1,6	0,9	1,2	1,4	1,8	1,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
821	866	1.687	853	920	1.773	665	789	1.454
69,0	59,7	64,2	59,7	53,6	56,6	60,4	63,8	62,2
25,6	30,6	28,2	32,8	35,8	34,3	32,3	27,4	29,6
5,0	8,9	7,0	5,0	9,6	7,4	5,7	7,2	6,5
0,4	0,8	0,6	2,5	1,0	1,7	1,7	1,6	1,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
820	868	1.688	854	919	1.773	666	796	1.462
0,5	2,1	1,3	1,0	3,3	2,2	0,6	2,4	1,6
15,6	19,9	17,8	20,9	22,6	21,8	19,8	15,5	17,4
83,9	77,9	80,8	78,1	74,0	76,0	79,6	82,2	81,0
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
801	848	1.649	813	901	1.714	643	762	1.405
2,73	2,65	2,69	2,66	2,61	2,63	2,66	2,71	2,69
0,38	0,46	0,42	0,41	0,49	0,45	0,41	0,45	0,43

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich 3.159	weiblich 3.374	gesamt 6.533	männlich 723	weiblich 734	gesamt 1.457
f58a Mein Vater hilft mir so oft ich es brauche.	1 Fast immer	64,6	55,4	59,8	72,3	66,1	69,2
	2 Manchmal	26,2	30,5	28,5	21,5	26,8	24,2
	3 Nie	4,2	7,8	6,1	2,2	4,1	3,1
	Habe keinen oder sehe ihn nicht	4,9	6,2	5,6	3,9	3,1	3,5
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.051	3.300	6.351	687	714	1.401
f58b Mein Vater lässt mich die Sachen machen, die ich tun will.	1 Fast immer	63,0	58,2	60,5	64,1	59,7	61,9
	2 Manchmal	28,0	29,6	28,9	28,6	32,7	30,7
	3 Nie	4,0	5,9	5,0	3,1	4,7	3,9
	Habe keinen oder sehe ihn nicht	5,0	6,3	5,7	4,2	3,0	3,6
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.031	3.286	6.317	683	709	1.392
f58c Mein Vater ist liebevoll.	1 Fast immer	64,6	71,0	67,9	76,9	84,5	80,8
	2 Manchmal	26,0	18,6	22,2	16,7	10,1	13,3
	3 Nie	4,3	4,4	4,3	1,8	2,4	2,1
	Habe keinen oder sehe ihn nicht	5,1	6,0	5,6	4,7	3,0	3,8
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.030	3.285	6.315	684	711	1.395
f58d Mein Vater versteht meine Probleme und Sorgen.	1 Fast immer	53,4	39,2	46,0	67,0	56,7	61,8
	2 Manchmal	32,9	39,8	36,5	24,3	32,3	28,4
	3 Nie	8,3	14,9	11,7	3,8	7,9	5,9
	Habe keinen oder sehe ihn nicht	5,4	6,2	5,8	4,8	3,1	4,0
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.020	3.292	6.312	682	709	1.391
Bonding Vater (berechnete Variable)	1 Gering	3,4	5,2	4,3	1,3	2,2	1,8
	2 Mittel	28,2	29,8	29,0	16,4	19,3	17,9
	3 Hoch	68,4	65,0	66,6	82,3	78,5	80,4
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.793	3.019	5.812	634	674	1.308
	Mittelwert	2,55	2,47	2,51	2,72	2,65	2,69
	Standardabweichung	0,51	0,54	0,53	0,41	0,46	0,44
3.2. Sozioökonomischer Status und soziale Lage							
f69 Wie viele Computer besitzt Deine Familie?	1 Keinen	1,9	1,0	1,5	3,4	1,4	2,4
	2 1	21,9	25,8	23,9	27,1	32,3	29,7
	3 2	32,1	35,6	33,9	32,2	36,3	34,3
	4 Mehr als zwei	44,1	37,6	40,7	37,4	30,0	33,6
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.033	3.290	6.323	680	706	1.386
f70 Besitzt Deine Familie ein Auto, einen Bus oder Lastwagen?	1 Nein	4,9	4,1	4,5	4,3	4,0	4,1
	2 Ja, eines	35,6	40,8	38,3	41,1	41,0	41,0
	3 Ja, zwei oder mehrere	59,5	55,1	57,2	54,7	55,0	54,9
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.043	3.288	6.331	682	705	1.387
f71 Hast Du ein eigenes Zimmer	Nein	12,3	13,3	12,8	19,7	18,2	19,0
	Ja	87,7	86,7	87,2	80,3	81,8	81,0
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.025	3.281	6.306	679	702	1.381
f72 Wie häufig bist du in den letzten 12 Monaten mit Deiner Familie in den Ferien verreist?	1 Überhaupt nicht	20,4	23,3	21,9	16,2	15,2	15,7
	2 Einmal	31,8	32,6	32,2	29,6	32,3	31,0
	3 Zweimal	25,4	22,4	23,8	26,1	22,8	24,4
	4 Öfter als zweimal	22,5	21,7	22,1	28,1	29,6	28,9
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.033	3.286	6.319	679	705	1.384
Familienwohlstand (berechnete Variable)	1 Gering	7,7	9,1	8,4	8,2	9,7	9,0
	2 Mittel	38,7	43,7	41,3	40,6	40,4	40,5
	3 Hoch	53,6	47,2	50,3	51,1	49,9	50,5
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	2.984	3.245	6.229	667	691	1.358

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
848	878	1.726	885	935	1.820	682	808	1.490
63,6	53,2	58,3	60,3	50,3	55,1	63,4	53,8	58,2
27,2	33,2	30,2	29,6	30,4	30,0	25,5	31,7	28,9
5,1	7,7	6,4	4,7	11,1	8,0	4,8	7,7	6,4
4,1	6,0	5,1	5,4	8,2	6,8	6,3	6,8	6,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
825	856	1.681	854	920	1.774	670	792	1.462
60,0	56,4	58,2	60,9	53,7	57,2	68,7	63,8	66,0
31,1	30,4	30,8	29,0	30,3	29,7	22,0	25,4	23,9
4,7	6,8	5,8	4,5	7,6	6,1	3,5	4,2	3,9
4,1	6,3	5,3	5,5	8,4	7,0	5,9	6,6	6,3
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
823	851	1.674	847	918	1.765	664	790	1.454
65,9	71,0	68,5	57,6	63,3	60,6	59,3	67,5	63,7
25,9	19,6	22,7	31,3	21,8	26,6	28,6	21,9	24,9
4,0	3,4	3,7	5,1	7,0	6,1	6,2	4,2	5,1
4,3	6,0	5,1	5,6	7,9	6,8	5,9	6,5	6,2
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
820	853	1.673	851	916	1.767	661	787	1.448
55,0	36,4	45,5	45,9	30,5	37,9	47,3	36,5	41,4
32,3	41,4	37,0	37,9	43,0	40,5	36,1	41,3	38,9
8,2	16,2	12,3	10,4	18,2	14,4	10,5	15,7	13,3
4,4	6,0	5,2	5,9	8,4	7,2	6,2	6,5	6,4
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
814	852	1.666	850	919	1.769	660	795	1.455
3,5	4,6	4,1	4,0	8,3	6,2	4,6	5,2	5,0
28,0	31,4	29,7	35,4	34,3	34,9	31,7	33,1	32,5
68,4	64,0	66,2	60,6	57,4	59,0	63,7	61,6	62,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
763	781	1.544	777	824	1.601	609	724	1.333
2,56	2,45	2,51	2,46	2,37	2,41	2,48	2,43	2,45
0,51	0,53	0,52	0,53	0,57	0,55	0,52	0,55	0,54
1,8	1,4	1,6	1,5	0,7	1,1	1,0	0,5	0,8
22,6	27,6	25,1	21,2	24,4	22,9	16,9	19,8	18,5
31,5	35,3	33,4	33,1	35,0	34,1	31,4	36,4	34,1
44,1	35,7	39,8	44,2	39,9	41,9	50,6	43,3	46,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
819	856	1.675	849	913	1.762	668	797	1.465
4,3	3,8	4,0	5,6	4,5	5,0	5,5	3,8	4,6
34,9	43,3	39,2	38,0	41,4	39,7	27,8	37,2	32,9
60,8	52,8	56,7	56,4	54,1	55,2	66,7	59,0	62,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
822	861	1.683	851	913	1.764	673	791	1.464
11,7	14,9	13,3	11,9	13,8	12,9	5,7	7,1	6,4
88,3	85,1	86,7	88,1	86,2	87,1	94,3	92,9	93,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
812	853	1.665	850	913	1.763	667	794	1.461
12,9	18,5	15,8	19,4	23,1	21,3	34,5	35,8	35,2
31,3	31,8	31,5	33,2	33,0	33,1	32,6	33,2	32,9
28,1	23,5	25,7	26,7	24,7	25,7	19,7	18,2	18,9
27,7	26,2	26,9	20,6	19,1	19,9	13,2	12,7	12,9
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
819	855	1.674	849	914	1.763	669	795	1.464
6,5	9,6	8,1	9,0	8,6	8,8	7,0	8,7	7,9
33,4	39,8	36,7	37,3	44,9	41,3	44,8	49,7	47,4
60,1	50,6	55,3	53,7	46,5	49,9	48,3	41,7	44,7
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
805	842	1.647	836	910	1.746	661	785	1.446

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

		alle Altersgruppen			11-Jährigen					
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt			
		N =			3.159	3.374	6.533	723	734	1.457
3.3. Schule										
f24 Wie glaubst Du, beurteilen deine Lehrerinnen und Lehrer Deine Schulleistungen insgesamt im Vergleich zu den Leistungen Deiner Mitschüler/innen?	1 Sehr gut	16,0	17,6	16,9	24,5	24,0	24,2			
	2 Gut	40,2	39,6	39,9	43,6	53,2	48,5			
	3 Durchschnittlich	38,3	38,9	38,6	28,9	21,6	25,2			
	4 Unter dem Durchschnitt	5,6	3,9	4,7	3,0	1,2	2,1			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	3.108	3.343	6.451	706	726	1.432			
3.3.2. Schulzufriedenheit										
f26 Wie gefällt es Dir zurzeit in der Schule?	1 Es gefällt mir sehr gut	28,5	30,4	29,5	47,6	53,2	50,4			
	2 Es gefällt mir ganz gut	48,7	51,0	49,9	38,3	37,9	38,1			
	3 Es gefällt mir nicht ganz so gut	15,2	13,6	14,4	9,7	7,5	8,6			
	4 Es gefällt mir gar nicht	7,6	5,1	6,3	4,3	1,4	2,8			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	3.130	3.356	6.486	718	731	1.449			
3.3.3. Anforderungen und Belastung										
f29 Wie stark fühlst Du dich durch das belastet, was in der Schule von Dir verlangt wird?	1 Überhaupt nicht belastet	16,5	14,8	15,6	24,7	27,6	26,2			
	2 Ein bisschen belastet	60,2	61,4	60,8	61,6	63,4	62,5			
	3 Ziemlich stark belastet	18,4	19,0	18,7	10,5	6,5	8,4			
	4 Sehr stark belastet	4,9	4,7	4,8	3,2	2,5	2,8			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	3.116	3.353	6.469	717	727	1.444			
3.3.4. SchülerInnen-SchülerInnen-Beziehungen										
f28a Die Schüler/innen in meiner Klasse sind gerne zusammen.	1 Stimmt genau	22,5	25,1	23,9	31,5	31,6	31,5			
	2 Stimmt	49,9	44,3	47,0	44,8	42,2	43,5			
	3 Weder richtig noch falsch	21,7	23,9	22,8	18,5	21,7	20,1			
	4 Stimmt nicht	4,3	4,9	4,6	4,2	3,8	4,0			
	5 Stimmt überhaupt nicht	1,6	1,7	1,7	1,1	0,7	0,9			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	3.124	3.360	6.484	715	734	1.449			
	Mittelwert	2,13	2,14	2,13	1,99	2,00	1,99			
Standardabweichung	0,86	0,91	0,89	0,88	0,87	0,87				
f28b Die meisten in meiner Klasse sind nett und hilfsbereit.	1 Stimmt genau	21,1	30,3	25,9	31,6	42,6	37,1			
	2 Stimmt	44,7	43,8	44,2	38,6	37,8	38,2			
	3 Weder richtig noch falsch	22,3	17,9	20,0	19,9	15,1	17,5			
	4 Stimmt nicht	8,6	5,6	7,0	6,7	3,4	5,0			
	5 Stimmt überhaupt nicht	3,3	2,3	2,8	3,2	1,1	2,1			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	3.127	3.358	6.485	718	733	1.451			
	Mittelwert	2,28	2,06	2,17	2,11	1,83	1,97			
Standardabweichung	1,00	0,96	0,98	1,03	0,89	0,97				
f28c Meine Mitschüler/innen akzeptieren mich so wie ich bin.	1 Stimmt genau	35,4	39,6	37,6	42,2	51,2	46,7			
	2 Stimmt	42,8	38,5	40,6	35,6	30,2	32,9			
	3 Weder richtig noch falsch	14,2	15,3	14,8	14,2	12,4	13,3			
	4 Stimmt nicht	4,9	4,4	4,6	4,3	4,5	4,4			
	5 Stimmt überhaupt nicht	2,7	2,2	2,4	3,8	1,6	2,7			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	3.123	3.356	6.479	720	731	1.451			
	Mittelwert	1,97	1,91	1,94	1,92	1,75	1,83			
Standardabweichung	0,97	0,96	0,96	1,03	0,95	1,00				
f28d Wenn es einem Schüler/ einer Schülerin in meiner Klasse schlecht geht, versuchen die anderen, ihm/ihr zu helfen.	1 Stimmt genau	18,9	31,8	25,6	32,7	46,7	39,7			
	2 Stimmt	40,8	39,9	40,3	40,7	36,5	38,6			
	3 Weder richtig noch falsch	27,0	21,0	23,9	19,2	12,7	15,9			
	4 Stimmt nicht	8,5	5,1	6,7	4,8	2,5	3,6			
	5 Stimmt überhaupt nicht	4,7	2,2	3,4	2,7	1,7	2,2			
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
	Anzahl	3.117	3.344	6.461	713	726	1.439			
	Mittelwert	2,39	2,06	2,22	2,04	1,76	1,90			
Standardabweichung	1,03	0,96	1,01	0,97	0,89	0,94				

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
848	878	1.726	885	935	1.820	682	808	1.490
15,4	20,7	18,1	13,8	12,5	13,1	10,7	14,0	12,5
39,6	39,0	39,3	37,6	33,5	35,5	41,0	35,5	38,0
39,6	37,0	38,3	41,6	48,2	45,0	41,9	45,9	44,1
5,4	3,4	4,3	7,0	5,8	6,4	6,5	4,6	5,5
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
838	865	1.703	872	928	1.800	676	806	1.482
24,2	26,6	25,4	25,4	28,3	26,9	17,5	16,0	16,7
51,8	52,8	52,3	51,4	51,7	51,6	52,4	59,8	56,4
16,2	13,8	15,0	15,7	14,5	15,1	19,1	18,0	18,5
7,7	6,9	7,3	7,4	5,5	6,4	10,9	6,2	8,4
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
839	872	1.711	877	929	1.806	679	805	1.484
13,4	13,2	13,3	16,8	11,7	14,1	11,1	8,8	9,8
65,3	65,8	65,6	57,6	61,8	59,8	55,8	54,0	54,9
15,9	17,7	16,9	20,9	21,7	21,3	26,7	29,0	28,0
5,3	3,2	4,2	4,7	4,8	4,8	6,4	8,2	7,3
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
834	868	1.702	871	932	1.803	677	807	1.484
26,3	28,3	27,3	16,0	21,9	19,0	16,4	19,0	17,8
47,4	42,9	45,1	52,7	45,4	48,9	55,3	46,5	50,5
20,6	22,7	21,6	24,7	25,8	25,2	22,6	25,6	24,2
4,5	4,2	4,4	4,1	4,9	4,5	4,3	6,9	5,7
1,2	1,9	1,6	2,5	2,0	2,3	1,3	2,0	1,7
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
840	874	1.714	875	927	1.802	676	806	1.482
2,07	2,09	2,08	2,24	2,20	2,22	2,19	2,26	2,23
0,87	0,92	0,90	0,86	0,90	0,88	0,81	0,91	0,87
20,7	28,1	24,5	15,6	24,7	20,3	17,9	27,6	23,2
44,0	41,8	42,9	43,7	47,5	45,7	53,5	47,6	50,3
22,8	21,2	22,0	25,1	18,2	21,6	20,2	16,8	18,4
9,2	5,5	7,3	11,9	6,8	9,3	5,9	6,3	6,1
3,3	3,4	3,4	3,7	2,8	3,2	2,5	1,6	2,0
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
841	874	1.715	876	928	1.804	677	804	1.481
2,30	2,14	2,22	2,44	2,16	2,29	2,22	2,07	2,14
1,01	1,00	1,01	1,01	0,96	1,00	0,89	0,92	0,91
37,0	37,9	37,4	30,9	35,9	33,5	32,2	34,9	33,7
39,5	35,5	37,4	46,0	41,9	43,9	50,6	45,6	47,9
14,5	18,8	16,7	15,4	14,8	15,1	12,3	14,7	13,6
6,7	4,8	5,7	4,8	5,1	4,9	3,3	3,4	3,3
2,4	3,0	2,7	2,9	2,4	2,6	1,6	1,5	1,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
836	876	1.712	874	927	1.801	676	803	1.479
1,98	1,99	1,99	2,03	1,96	1,99	1,91	1,91	1,91
1,00	1,01	1,01	0,96	0,96	0,96	0,85	0,87	0,86
18,9	29,8	24,5	11,2	26,4	19,0	14,2	26,6	20,9
44,9	40,6	42,7	36,7	39,4	38,1	41,6	42,7	42,2
26,0	22,6	24,2	30,6	25,0	27,7	32,2	22,6	27,0
6,5	4,9	5,7	13,4	6,1	9,7	8,7	6,4	7,4
3,8	2,1	2,9	8,1	3,1	5,5	3,2	1,7	2,4
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
836	869	1.705	873	929	1.802	678	801	1.479
2,31	2,09	2,20	2,71	2,20	2,45	2,45	2,14	2,28
0,98	0,95	0,97	1,09	1,00	1,07	0,95	0,94	0,96

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

	N =	alle Altersgruppen			11-Jährigen		
		männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
		3.159	3.374	6.533	723	734	1.457
f28e Die Schüler/innen in meiner Klasse gehen respektvoll miteinander um.	1 Stimmt genau	10,4	13,8	12,1	17,5	18,3	17,9
	2 Stimmt	30,3	33,6	32,0	34,3	37,6	36,0
	3 Weder richtig noch falsch	35,5	33,5	34,5	30,8	29,2	30,0
	4 Stimmt nicht	15,9	13,6	14,7	12,3	11,5	11,9
	5 Stimmt überhaupt nicht	8,0	5,6	6,7	5,1	3,5	4,3
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.104	3.334	6.438	708	723	1.431
	Mittelwert	2,81	2,64	2,72	2,53	2,44	2,49
Standardabweichung	1,08	1,06	1,07	1,07	1,03	1,05	
<hr/>							
SchülerInnen-SchülerInnen-Beziehung (berechnete Variable)	1 Sehr gut	13,1	20,4	16,9	20,4	29,3	24,9
	2 Eher gut	50,7	51,6	51,2	51,5	50,6	51,0
	3 Eher schlecht	29,2	22,7	25,8	22,9	17,4	20,1
	4 Sehr schlecht	7,0	5,4	6,2	5,2	2,8	4,0
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anzahl	3.059	3.304	6.363	699	714	1.413
	Mittelwert	2,32	2,16	2,23	2,12	1,95	2,03
	Standardabweichung	0,74	0,75	0,75	0,74	0,68	0,72

Linearauswertungen des WHO-HBSC-Survey nach Alter und Geschlecht

13-Jährigen			15-Jährigen			17-Jährigen		
männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
848	878	1.726	885	935	1.820	682	808	1.490
8,2	8,4	8,3	7,8	11,2	9,5	8,7	18,4	14,0
30,9	30,3	30,6	25,7	32,0	29,0	31,7	35,1	33,5
37,9	40,4	39,2	36,4	35,2	35,7	36,7	28,5	32,2
14,8	13,8	14,3	19,2	14,6	16,8	16,6	13,9	15,1
8,3	7,1	7,7	11,0	7,0	8,9	6,2	4,2	5,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
832	861	1.693	872	930	1.802	675	801	1.476
2,84	2,81	2,83	3,00	2,74	2,87	2,80	2,51	2,64
1,05	1,01	1,03	1,10	1,06	1,09	1,02	1,07	1,06
13,3	16,4	14,9	9,1	17,0	13,2	10,5	19,9	15,6
50,4	53,7	52,1	47,1	50,8	49,0	55,1	51,5	53,1
30,4	24,1	27,2	33,6	25,9	29,6	28,6	22,5	25,3
5,9	5,7	5,8	10,2	6,3	8,2	5,8	6,0	6,0
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
819	858	1.677	860	919	1.779	668	794	1.462
2,30	2,22	2,26	2,49	2,25	2,36	2,31	2,18	2,24
0,71	0,74	0,73	0,76	0,76	0,77	0,67	0,76	0,72

Anhang C

WHO-HBSC-Survey: Trends von 1994-2010

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

		Geschlecht									
		männlich					weiblich				
		94	98	02	06	10	94	98	02	06	10
1. Gesundheit											
1.1 Subjektive Gesundheit											
Wie würdest du deinen Gesundheitszustand beschreiben?	Ausgezeichnet	x	x	43,1%	49,0%	44,7%	x	x	28,0%	35,9%	33,6%
1.2 Lebenszufriedenheit											
Lebenszufriedenheit von 0 (schlechtes mögliches) bis 10 (bestes mögliches Leben)	Mittelwert	x	x	8,01	7,88	7,78	x	x	7,75	7,67	7,40
	Standardabweichung	x	x	1,726	1,856	1,828	x	x	1,977	1,902	1,991
1.3 Beschwerdelast											
Beschwerdelast von 0 (keine) Beschwerden bis 100 (höchstmögliche) Beschwerdelast	Mittelwert	37,43	33,95	32,69	30,57	32,24	39,57	38,23	36,37	34,24	35,88
	Standardabweichung	9,173	10,272	12,422	12,751	14,385	8,813	10,024	12,187	13,059	13,291
1.4 Verletzungen											
Wie oft warst du in den letzten 12 Monaten verletzt?	Nie	x	x	41,8%	54,3%	44,7%	x	x	51,8%	62,5%	54,5%
1.5 Übergewicht und Körperwahrnehmung											
Übergewicht / Adipositas	Übergewichtig / adipös	x	14,1%	14,1%	16,4%	18,6	x	10,9%	9,9%	8,4%	11,9%
Glaubst du, dass du...	...ungefähr das richtige Gewicht hast?	x	x	57,5%	54,8%	51,9	x	x	49,0%	45,2%	44,0%
2. Gesundheits- und Risikoverhalten											
2.1 Bewegung											
An wie vielen der vergangenen 7 Tage warst du mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv?	Mittelwert	x	x	4,40	4,40	4,85	x	x	3,78	3,90	4,00
	Standardabweichung	x	x	1,980	1,994	1,967	x	x	1,961	1,983	2,018
2.2 Ernährung											
Obst- / Gemüsekonsum	täglich	x	x	36,4%	32,8%	34,4%	x	x	46,2%	43,5%	51,2%
Konsum von Süßigkeiten / süße Limonaden	täglich	x	x	36,2%	37,2%	38,9%	x	x	32,5%	34,8%	39,2%
2.3 Konsum psychoaktiver Substanzen											
Rauchen	ja	24,6%	23,3%	21,2%	17,8%	16,6%	16,9%	26,2%	24,3%	21,1%	19,5%
Alkoholkonsum	wöchentlich	25,6%	20,0%	20,7%	19,7%	16,9%	12,3%	12,8%	16,6%	15,8%	12,1%

WHO-HBSC-Survey: Trends von 1994-2010

Alter															gesamt				
11-Jährige					13-Jährige					15-Jährige					gesamt				
94	98	02	06	10	94	98	02	06	10	94	98	02	06	10	94	98	02	06	10
x	x	41,6%	54,5%	46,0%	x	x	34,6%	44,4%	40,0%	x	x	31,3%	30,5%	32,7%	x	x	35,4%	42,6%	39,1%
x	x	8,50	8,36	8,03	x	x	7,80	7,72	7,58	x	x	7,47	7,36	7,23	x	x	7,88	7,77	7,58
x	x	1,813	1,799	1,884	x	x	1,865	1,899	1,91	x	x	1,772	1,813	1,889	x	x	1,863	1,882	1,922
36,82	33,06	31,86	28,45	30,25	38,71	36,43	34,94	32,7	34,78	39,73	38,30	36,33	35,32	36,51	38,53	36,14	34,57	32,45	34,09
9,567	11,104	13,373	13,185	14,548	8,752	10,171	12,318	13,133	13,874	8,701	9,310	11,402	12,009	12,867	9,053	10,367	12,438	13,039	13,956
x	x	45,8%	63,4%	53,7%	x	x	46,6%	57,7%	48,1%	x	x	48,0%	55,3%	47,9%	x	x	46,9%	58,5%	49,7%
x	12,7%	10,4%	11,7%	14,4%	x	14,2%	13,6%	11,2%	15,3%	x	9,7%	11,6%	13,9%	15,6%	x	12,1%	12,0%	12,3%	15,1%
x	x	60,3%	58,3%	52,1%	x	x	50,3%	48,6%	48,4%	x	x	50,4%	44,3%	44,0%	x	x	53,2%	49,8%	47,9%
x	x	4,67	4,69	5,11	x	x	4,26	4,34	4,66	x	x	3,46	3,53	3,64	x	x	4,09	4,14	4,42
x	x	2,005	1,923	1,825	x	x	1,890	1,908	1,92	x	x	1,908	1,995	2,048	x	x	1,994	2,004	2,037
x	x	50,7%	48,0%	54,7%	x	x	45,4%	39,0%	46,8%	x	x	30,1%	29,8%	34,0%	x	x	41,1%	38,3%	44,4%
x	x	30,0%	28,1%	34,6%	x	x	33,8%	38,7%	40,2%	x	x	38,2%	39,6%	41,6%	x	x	34,3%	36,0%	39,1%
4,0%	6,0%	4,2%	2,9%	2,1%	13,9%	21,1%	14,7%	14,5%	12,3%	40,8%	43,3%	45,1%	37,6%	36,4%	20,7%	24,8%	22,7%	19,5%	18,1%
5,8%	6,2%	6,1%	2,9%	1,8%	12,4%	8,5%	9,9%	8,9%	5,9%	35,4%	31,8%	36,9%	38,0%	32,7%	18,8%	16,4%	18,6%	17,7%	14,5%

www.bmg.gv.at

Der vorliegende Bericht beschäftigt sich mit der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen österreichischen Schülerinnen und Schüler auf Grundlage der Daten aus der 8. WHO-HBSC-Erhebung im Jahr 2010. Neben einer deskriptiven Darstellung des Gesundheitszustandes, des Gesundheitsverhaltens und der sozialen Einflussfaktoren werden auch die Trends seit 1994 beschrieben.