

Die Gesundheitskompetenz von österreichischen Schüler:innen und Lehrlingen

HBSC Factsheet 07 aus Erhebung 2021/22



Impressum

Medieninhaber:in und Herausgeber:in:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK),
Stubenring 1, 1010 Wien

Verlagsort: Wien

Herstellungsort: Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Druck: BMSGPK

Fotonachweis Cover: istock

ISBN Nr.: 978-3-85010-717-4

Wien, 2024. Stand: 27. September 2024

Copyright und Haftung:

Ein auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Speicherung auf Datenträgern zu kommerziellen Zwecken, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD Rom.

Im Falle von Zitierungen ist als Quellenangabe anzugeben: Felder-Puig R., Teufl L., Winkler R. (2024): Die Gesundheitskompetenz von österreichischen Schüler:innen und Lehrlingen. HBSC-Factsheet 07 aus Erhebung 2021/22. Wien: BMSGPK.

Alle Abbildungen und Tabellen in diesem Factsheet wurden von den Autor:innen erstellt.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) und der Autor:innen ausgeschlossen ist. Rechtsausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autor:innen dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgehen.

Bestellinfos: Diese und weitere Publikationen sind kostenlos über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter www.sozialministerium.at/broschuerenservice sowie unter der Telefonnummer 01 711 00-86 25 25 zu beziehen.

Gesundheitskompetenz

Die Gesundheitskompetenz zu steigern ist ein wichtiges Ziel der österreichischen Gesundheitspolitik (Gesundheitsziel 3 - Gesundheitsziele Österreich (gesundheitsziele-oesterreich.at)). Dabei geht es nicht nur um die persönliche Gesundheitskompetenz der Menschen, sondern auch darum, dass Organisationen wie z.B. Gesundheits- oder Bildungseinrichtungen „gesundheitskompetent“ gestaltet werden (Rahmenbedingungen in Organisationen & Settings - ÖPGK (oepgk.at)). Das bedeutet, dass sie ihren Nutzer:innen günstige Rahmenbedingungen für die Ausbildung von Gesundheitskompetenz bieten und gesundheitsrelevante Informationen so präsentieren, dass sie gut verständlich und nachvollziehbar sind.

Gesundheitskompetenz ist verknüpft mit allgemeiner Bildung und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen Gesundheitsförderung (zur Erhaltung und Stärkung der Gesundheit), Prävention (zur Vorbeugung von Beschwerden oder Erkrankungen) und Krankenversorgung (bei bestehenden Beschwerden oder Erkrankungen) Entscheidungen treffen zu können, die zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit während des gesamten Lebensverlaufs beitragen (Sørensen et al., 2012).

Um zu überprüfen, wie sich die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung entwickelt, wird sie in regelmäßigen Abständen in verschiedenen Studien gemessen. Dafür werden Instrumente verwendet, die sich methodisch und/oder inhaltlich voneinander unterscheiden können. Für die internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Studie wurde ein eigenes Instrument entwickelt, das aus 10 Fragen besteht (Paakkari et al., 2016, siehe Tabelle 1). Dieses wird in Österreich bei Schüler:innen ab der 9. Schulstufe eingesetzt. Auch in der Lehrlingsgesundheitsbefragung findet dieses Instrument Verwendung.

Bei diesem Kurzfragebogen werden pro Frage – je nach Antwort - 1 bis 4 Punkte vergeben, womit der Summenwert zwischen 10 und 40 liegen kann. Für die Interpretation der Summenwerte wurde auf Basis der Validierungsstudie folgender Algorithmus erarbeitet:

Summenwerte zwischen 10 und 25 stehen für eine „niedrige“, zwischen 26 und 35 für eine „mittlere“ und zwischen 36 und 40 für eine „hohe“ Gesundheitskompetenz (Paakkari et al., 2019).

Tabelle 1: Fragebogen zur Messung der Gesundheitskompetenz

Ich bin sicher, dass ich ...
... gute Informationen über Gesundheit habe.
... wenn es notwendig erscheint, meiner unmittelbaren Umgebung (Familie, Freund:innen, Leute aus dem Ort, etc.) gesundheitsfördernde Inhalte vermitteln kann.
... gesundheitsbezogene Informationen aus unterschiedlichen Quellen vergleichen kann.
... den Anweisungen von Personal aus dem Gesundheitswesen (Krankenschwester, Pfleger, Ärztin, Arzt, etc.) folgen kann.
... leicht Beispiele anführen kann, die gesundheitsfördernd sind.
... abschätzen kann, inwiefern meine eigenen Handlungen meine natürliche Umwelt beeinflussen.
... leicht gesundheitsbezogene Informationen finde, die ich verstehen kann.
... abschätzen kann, inwiefern meine Verhaltensweisen meine Gesundheit beeinflussen.
... für gewöhnlich rausfinden kann, ob eine gesundheitsbezogene Information richtig oder falsch ist.
... Begründungen anführen kann, die mein Gesundheitsverhalten erklären.

Antwortoptionen: stimmt gar nicht – stimmt eher nicht – stimmt eher – stimmt voll und ganz

In diesem Factsheet werden die Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz von älteren Schüler:innen und Lehrlingen dargestellt. Die Ergebnisse beziehen sich auf Schüler:innen der Schulstufen 9 und 11, die im Schnitt 15 und 17 Jahre alt sind (Felder-Puig et al, 2023a), und auf Lehrlinge mit einem Durchschnittsalter von 18 Jahren (Felder-Puig et al, 2023b). Für direkte, altersstandardisierte Vergleiche von Schüler:innen und Lehrlingen wurden die Daten der 17- und 18-Jährigen herangezogen.

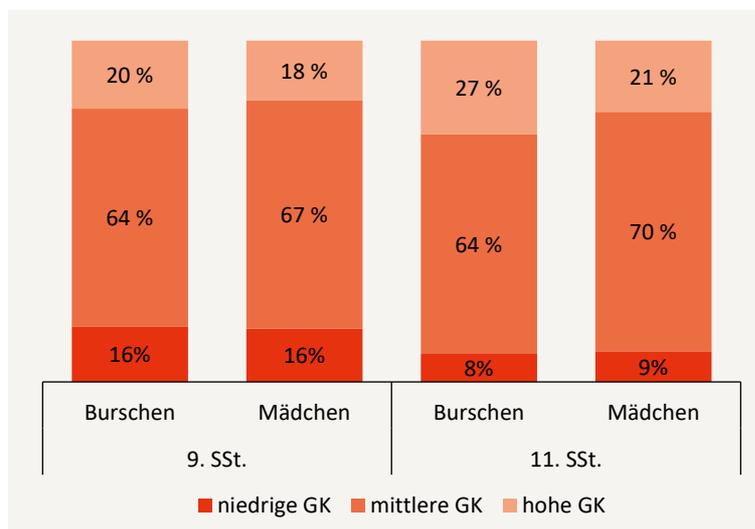
Gesundheitskompetenz, Alter und Geschlecht

Wie in Abbildung 1 zu sehen ist, verbessert sich die Gesundheitskompetenz von jugendlichen Schüler:innen mit zunehmendem Alter. Während in der 9. Schulstufe noch 16 % der Schüler:innen eine niedrige Gesundheitskompetenz aufweisen, sind es in der 11.

Schulstufe nur mehr 8-9 %. Burschen sehen sich insgesamt als etwas gesundheitskompetenter an als ihre weiblichen Kolleginnen.

Die Gesundheitskompetenz von Schüler:innen ab ca. 15 Jahren wurde in der hier beschriebenen Weise das erste Mal im Schuljahr 2017/18 gemessen. So wie 2021/22 wiesen auch damals ca. 20 % der Schüler:innen eine hohe und 12 % eine niedrige Gesundheitskompetenz auf (Felder-Puig & Ramelow, 2020).

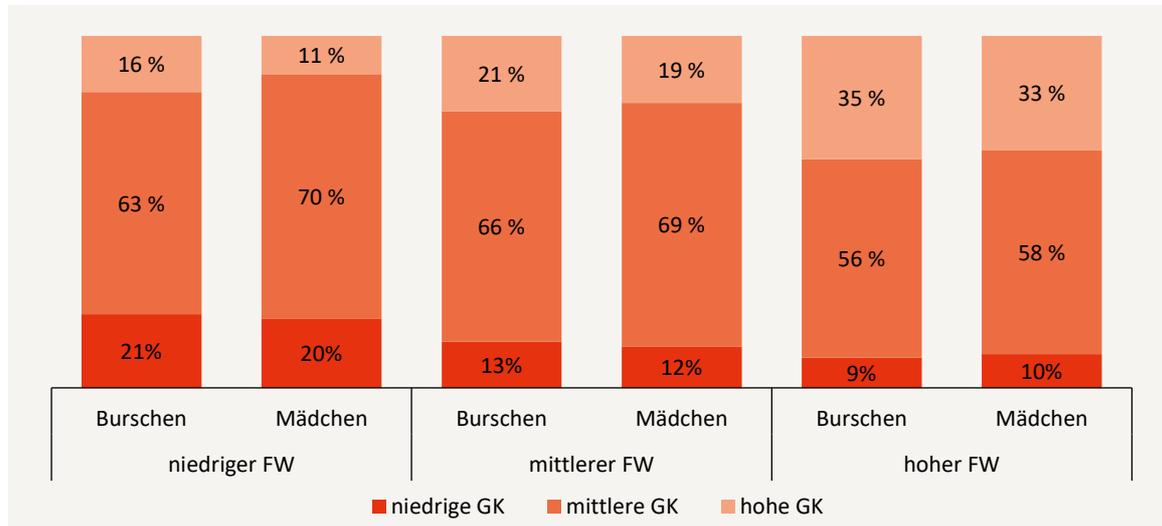
Abbildung 1: Relative Anzahl der Schüler:innen mit hoher, mittlerer oder niedriger Gesundheitskompetenz (GK), nach Geschlecht und Schulstufe (SSt), Ergebnisse aus 2021/22



Gesundheitskompetenz und Familienwohlstand

Bei Schüler:innen aus den sozioökonomisch privilegiertesten Familien ist in Relation die größte Anzahl an Mädchen und Burschen mit hoher Gesundheitskompetenz zu finden (Abbildung 2). Im Vergleich der beiden Gruppen mit niedrigem und hohem Familienwohlstand zeigen sich in zweiterer Gruppe doppelt so viele mit hoher und halb so viele mit niedriger Gesundheitskompetenz.

Abbildung 2: Relative Anzahl der Schüler:innen mit hoher, mittlerer oder niedriger Gesundheitskompetenz (GK), nach Geschlecht und Familienwohlstand (FW)



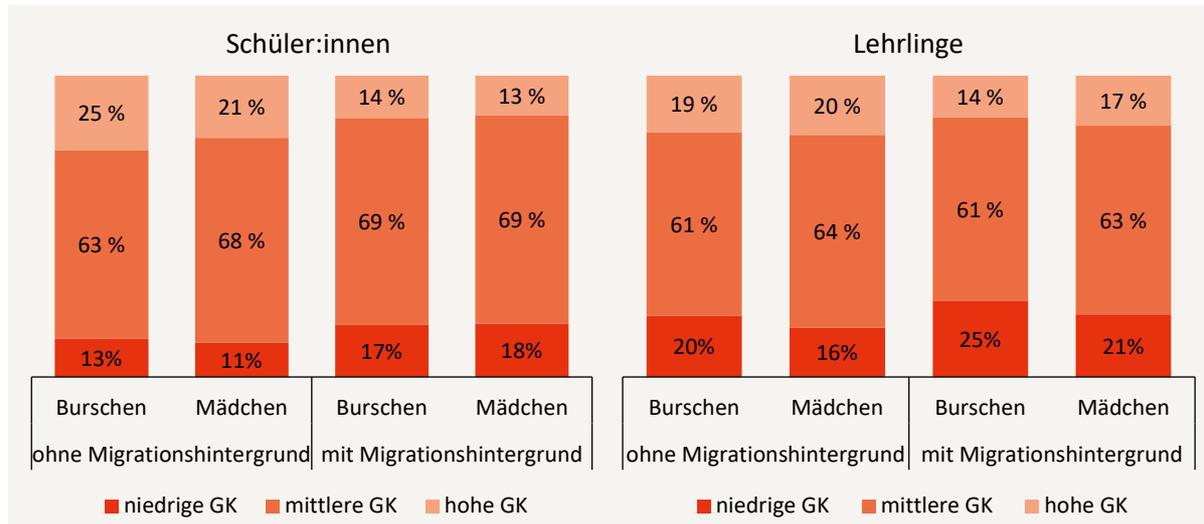
Gesundheitskompetenz in verschiedenen Bereichen

Eine Betrachtung der Ergebnisse auf Ebene der einzelnen Fragen ergibt, dass sowohl Schüler:innen als auch Lehrlinge am meisten Schwierigkeiten dabei haben, „richtige“ und „falsche“ Gesundheitsinformationen voneinander zu unterscheiden sowie gesundheitsbezogene Informationen aus unterschiedlichen Quellen zu vergleichen (ohne Darstellung, vgl. Teutsch et al., 2023). Am leichtesten fällt es beiden Gruppen, den Anweisungen des Gesundheitspersonals zu folgen.

Gesundheitskompetenz und Migrationshintergrund

In Abbildung 3 ist ein Vergleich zwischen 17- und 18-jährigen Schüler:innen und gleichaltrigen Lehrlingen dargestellt. Über alle Subgruppen hinweg gibt es mehr Lehrlinge als Schüler:innen mit niedriger Gesundheitskompetenz. Sowohl bei Schüler:innen als auch Lehrlingen zeigen junge Menschen ohne Migrationshintergrund eine im Schnitt höhere Gesundheitskompetenz als Gleichaltrige mit Migrationshintergrund. Die höchste Rate an Personen mit hoher Gesundheitskompetenz ist bei männlichen Schülern ohne Migrationshintergrund zu finden. Außerdem fällt auf, dass bei den Lehrlingen die Mädchen eine etwas höhere Gesundheitskompetenz aufweisen als die Burschen.

Abbildung 3: Wie viele 17- und 18-jährige Schüler:innen und gleichaltrige Lehrlinge mit oder ohne Migrationshintergrund eine niedrige, mittlere oder hohe Gesundheitskompetenz (GK) zeigen, nach Geschlecht



Gesundheitskompetenz und gesundheitsförderlicher Lebensstil

Da die meisten Jugendlichen als „gesund“ bezeichnet werden können (Felder-Puig et al., 2023a, 2023b), haben sie in der Regel auch nicht viele Kontakte mit dem Gesundheitssystem, nur bedingtes Interesse an Informationen über bestimmte Erkrankungen und wenig Erfahrung in der Bewertung solcher Informationen aus verschiedenen Quellen. Wichtig ist aber, dass sie schon früh ein Bewusstsein für die Wertigkeit einer gesundheitsförderlichen Lebensweise entwickeln, da das Gesundheitsverhalten, das sich im Jugendalter herausbildet, oft prägend für das spätere Leben als Erwachsene ist (Felder-Puig & Ramelow, 2020).

Wie bereits aus den Analysen zur HBSC-Studie 2017/18 bei Schüler:innen ab 15 Jahren bekannt, scheint „Gesundheitsbewusstsein“ und das daraus resultierende Verhalten, nämlich ein gesundheitsförderlicher Lebensstil, gerade bei Jugendlichen mit ihrer Gesundheitskompetenz zusammenzuhängen (Felder-Puig & Ramelow, 2020). In Tabelle 1 und 2 werden deshalb, getrennt nach Schüler:innen und gleichaltrigen Lehrlingen, verschiedene Indikatoren des Gesundheitsverhaltens in Relation zur Gesundheitskompetenz der jungen Menschen dargestellt.

Tabelle 2: Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz (GK) und gesundheitsförderlichem Lebensstil bei 17- und 18-jährigen Schüler:innen

Gesundheitsförderliches Verhalten	niedrige GK	mittlere GK	hohe GK
mindestens 2x täglich Zähne putzen	65 %	77 %	86 %
täglicher Obstkonsum	23 %	37 %	51 %
täglicher Gemüsekonsum	23 %	35 %	52 %
Konsum von Softdrinks maximal 1x/Woche	42 %	52 %	60 %
Konsum von Energy Drinks seltener als 1x/Woche	51 %	60 %	70 %
Konsum von Fast Food maximal 1x/Woche	58 %	64 %	72 %
mindestens 4x/Woche sportlich aktiv	29 %	30 %	45 %
Nichtraucher:in (Zigaretten)	76 %	83 %	86 %
keine anderen Nikotinprodukte oder verwandte Erzeugnisse	71 %	74 %	76 %
Alkoholkonsum maximal 2x/Monat	68 %	68 %	66 %

Tabelle 3: Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz (GK) und gesundheitsförderlichem Lebensstil bei 17- und 18-jährigen Lehrlingen

Gesundheitsförderliches Verhalten	niedrige GK	mittlere GK	hohe GK
mindestens 2x täglich Zähne putzen	55 %	66 %	73 %
täglicher Obstkonsum	20 %	21 %	32 %
täglicher Gemüsekonsum	21 %	26 %	37 %
Konsum von Softdrinks maximal 1x/Woche	27 %	34 %	42 %
Konsum von Energy Drinks seltener als 1x/Woche	31 %	41 %	46 %
Konsum von Fast Food maximal 1x/Woche	38 %	48 %	54 %
mindestens 4x/Woche sportlich aktiv	25 %	25 %	32 %
Nichtraucher:in (Zigaretten)	48 %	56 %	59 %
keine anderen Nikotinprodukte oder verwandte Erzeugnisse	52 %	58 %	63 %
Alkoholkonsum maximal 2x/Monat	56 %	50 %	53 %

Aus der Bewertung der in den beiden Tabellen gelisteten Zahlen geht hervor, dass Lehrlinge z.B. ein wesentlich ungünstigeres Ernährungsverhalten als gleichaltrige Schüler:innen aufweisen, sich nicht so oft die Zähne putzen und wesentlich häufiger Zigarettenraucher:innen sind (Felder-Puig et al., 2023b). Deshalb sind die Prozentsätze bei den Lehrlingen in fast allen drei Kategorien der Gesundheitskompetenz niedriger als bei den Schüler:innen.

Sowohl bei den Schüler:innen als auch bei den Lehrlingen zeigt sich jedenfalls ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Gesundheitskompetenz und gesundheitsrelevantem Verhalten. Oder anders ausgedrückt: Je höher die Gesundheitskompetenz der jungen Menschen, umso höher ist auch die Wahrscheinlichkeit, dass sie gesundheitsförderlich leben. Ausnahme ist hier – so wie bereits 2017/18 bei Schüler:innen ab 15 Jahren - der Alkoholkonsum, der keinen Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz zeigt.

Diskussion

Unsere Analysen zur Gesundheitskompetenz von jungen Menschen zeigen ein ähnliches Bild wie eine rezente deutsche Studie mit Jugendlichen im Alter von 14-17 Jahren, in der allerdings ein anderes Instrument zur Messung der Gesundheitskompetenz verwendet wurde (Domanska et al., 2022): Eine niedrige Gesundheitskompetenz ist assoziiert mit einem ungünstigen Ernährungsverhalten, einer höheren Wahrscheinlichkeit zu rauchen und nur wenig oder keinen Sport zu betreiben, jedoch nicht mit einem riskanten Alkoholkonsum.

Die hier dargestellten Ergebnisse der letzten HBSC-Erhebung zeigen außerdem – genauso wie bereits die Ergebnisse von 2017/18 -, dass Gesundheitskompetenz bei jungen Menschen mit zunehmendem Alter steigt und bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund und/oder aus sozioökonomisch weniger privilegierten Familien weniger stark ausgeprägt ist. Ebenso zeigen Lehrlinge im Schnitt eine niedrigere Gesundheitskompetenz als Schüler:innen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Messung der Gesundheitskompetenz auf Selbstauskunft beruht und die Ergebnisse, zumindest zum Teil, auch von der Selbstwirksamkeit oder dem Selbstbewusstsein der Befragten beeinflusst sein könnten.

Eine Betrachtung der Ergebnisse auf Ebene der einzelnen Fragen ergab, dass die jungen Menschen am meisten Schwierigkeiten mit der Bewertung von Gesundheitsinformationen

haben. Angesichts der immer größer werdenden Flut an Informationen zu Gesundheitsthemen, die im Internet und den Sozialen Medien kursieren und deren Wahrheitsgehalt sich oft schwer überprüfen lässt, ist dies kein Wunder. Junge Menschen benötigen deshalb Unterstützung von Erwachsenen, Falschmeldungen und Realitätsverzerrungen im Netz als solche zu erkennen.

Dies legt nahe, dass Medienkompetenz genauso wie andere wichtige Lebenskompetenzen immer Teil der Förderung von Gesundheitskompetenz sein müssen. Neben der wichtigsten Sozialisationsinstanz, der Familie, kann Gesundheitskompetenz auch in anderen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen erworben bzw. gestärkt werden: Bildungseinrichtungen, außerschulische Jugendarbeit, Sport- und andere Vereine, Gesundheitseinrichtungen u.a. Deshalb werden z.T. auch die Betreuer:innen (Eltern, Pädagog:innen, Sozialarbeiter:innen, Angehörige der Gesundheitsberufe, etc.) in verschiedenen Projekten (z.B. GET – Gesunde Entscheidungen treffen - Styria vitalis oder Gesundheitskompetente Jugendarbeit | gesunde-jugendarbeit.at) angeleitet, den Kindern und Jugendlichen wichtige Inhalte näher zu bringen. Neben der Vermittlung von relevantem Wissen und der Förderung von gesundheitsförderlichen Einstellungen und Verhaltensweisen, geht es bei der Gesundheitskompetenz auch bzw. ganz besonders um die Ausbildung von gesundheitsbezogener Informations- und Problemlösekompetenz. Thematisch spielen dabei die Inhalte der klassischen Gesundheitsförderung weiterhin eine wichtige Rolle, werden aber ergänzt durch Fragen zum Verhalten im Krankheitsfall, zur Inanspruchnahme des öffentlichen Gesundheitssystems und zur Vertrauenswürdigkeit von Gesundheitsinformationen in den Medien.

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung ist einem der zehn österreichischen Gesundheitsziele gewidmet (Gesundheitsziel 3 - Gesundheitsziele Österreich (gesundheitsziele-oesterreich.at)). Die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) koordiniert, unterstützt und entwickelt die Umsetzung dieses Gesundheitsziels. Im Rahmen der ÖPGK werden bereits zahlreiche Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen durchgeführt. Diese können unter folgendem Link abgerufen werden: ÖPGK Mitglieder & Maßnahmen - ÖPGK (oepgk.at). Auch in der Österreichischen Kinder- und Jugendstrategie finden sich zahlreiche Vorschläge, die auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz der jungen Menschen abzielen (Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (sozialministerium.at)).

Literaturverzeichnis

Domanska O.M., Loer A.K.M., Stock C., Jordan S. (2022): Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung Jugendlicher. Prävention und Gesundheitsförderung 17: 479-487.

Felder-Puig R. & Ramelow D. (2020): Die Gesundheitskompetenz österreichischer Schülerinnen und Schüler. HBSC-Factsheet 02: Ergebnisse der HBSC-Studie 2018. Wien: BMSGPK.

Felder-Puig R., Teutsch F., Winkler R. (2023a): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2021/22. Wien: BMSGPK.

Felder-Puig R., Teutsch F., Winkler R. (2023b): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Lehrlingen. Ergebnisse der Lehrlingsgesundheitsbefragung 2021/22. Wien: BMSGPK.

Paakkari, O., Torppa, M., Kannas, L., Paakkari, L. (2016): Subjective health literacy: Development of a brief instrument for school-aged children. Scandinavian Journal of Public Health 44: 751-757.

Paakkari L.T., Torppa M.P., Paakkari O.P. et al. (2019): Does health literacy explain the link between structural stratifiers and adolescent health? European Journal of Public Health 29: 919-924.

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

Teutsch F., Felder-Puig R., Winkler R. (2023): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schüler:innen und Lehrlingen. Ergebnisse aus den Erhebungen 2021/22 in Form von Lineartabellen. Wien: GÖG.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

post@sozialministerium.gv.at

sozialministerium.gv.at