

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 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: Getty Images

Wien, 2023. Stand: 24. Jänner 2023

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, Rosemarie; Teutsch, Friedrich; Winkler, Roman: Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2021/22. Wien: BMSGPK, 2023.

Alle Abbildungen und Tabellen wurden, sofern nicht anders angegeben, von den Autor:innen dieses Berichts 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. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autor:innen dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen

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.

Vorwort



Johannes Rauch

© Marcel Kulhanek

Heranwachsen ist nicht einfach – diese Erfahrung hat jede und jeder von uns selbst gemacht. Kinder und Jugendliche stehen vor den Herausforderungen des Erwachsenwerdens und sind konfrontiert mit großen Fragen: Wer bin ich? Wie gestalte ich meine Zukunft? Welchen Lebensweg möchte ich einschlagen? Die Entwicklungen der vergangenen Jahre machen diese Phase nicht einfacher: Pandemie, Klimawandel, Krieg und Wirtschaftskrise: Die Häufung von globalen Problemen, die Hoffnungen auf eine gute Zukunft dämpfen, machen Kindern und Jugendlichen zu schaffen.

Umso wichtiger ist es zu wissen, wie es um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen eigentlich steht. Um Maßnahmen ergreifen zu können, unterstützen zu können, da zu sein. Als zuständiger Gesundheitsminister ist mir daher die HBSC Studie, die im Auftrag des Gesundheitsressorts bereits seit vielen Jahren durchgeführt wird, ein besonderes Anliegen.

Die vorliegenden Daten wurden im Schuljahr 2021/22 erhoben, also in einem Zeitraum, in dem wieder vorsichtige Schritte raus aus dem „Pandemie-Modus“ Richtung „Normalität“ möglich waren. Sie bestätigen die durch andere Studienergebnisse aufgeworfenen Problemfelder, v.a. im Bereich der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens. Bedenklich ist vor allem die allgemeine Verschlechterung des Gesundheitszustands und des Wohlbefindens besonders bei Mädchen ab 13 Jahren.

Erfreulich ist wiederum, dass es positive Entwicklungen oder unverändert gute Ergebnisse bei einigen Lebensstilvariablen gibt und dass viele österreichische Schülerinnen und Schüler mit ihrem Leben insgesamt doch noch recht zufrieden sind.

Das Gesundheitsministerium hat bereits vor einiger Zeit begonnen, verstärkt in die psychische Gesundheit von jungen Menschen zu investieren – auch mit Fokus auf die Gesundheit von jungen Mädchen und Frauen. Weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen müssen in verschiedenen Politikbereichen folgen. Als Gesundheitsminister wünsche ich mir daher, dass die nunmehr vorliegenden Daten der aktuellen HBSC-Studie von allen relevanten Playern und Institutionen für die Entwicklung entsprechender Maßnahmen und Strategien genutzt werden.

Ich bedanke mich an dieser Stelle beim Bildungsressort, bei allen Lehrerinnen und Lehrern sowie bei allen Schülerinnen und Schülern, die durch ihre Unterstützung und Teilnahme die Durchführung dieser Studie erst ermöglicht haben, sehr herzlich.

Johannes Rauch
Bundesminister

Kurzfassung

Hintergrund und Fragestellung

Die HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)-Studie ist die größte europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (HBSC study | Health Behaviour in School-aged Children study). Sie wird in enger Kooperation mit dem Europabüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO-Europe) von einem interdisziplinären Forschungsnetzwerk aus mittlerweile 51 Ländern und Regionen im Vier-Jahres-Rhythmus durchgeführt und schafft so eine einzigartige Datengrundlage für die Kinder- und Jugendgesundheit. In Österreich wie in vielen anderen Ländern dienen die Ergebnisse als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen und finden Anwendung als Indikatoren für nationale Gesundheitsziele. Der vorliegende Bericht enthält die österreichischen Ergebnisse. Der internationale HBSC-Bericht, der einen Vergleich aller teilnehmenden Länder bietet, wird 2023 oder 2024 publiziert werden.

Methode

Auf Basis des HBSC-Studienprotokolls wurden Fragebögen produziert, die Schüler:innen online während einer Schulstunde ausfüllen sollten. Dafür stellten sich Schulen ab Schulstufe 5 freiwillig zur Verfügung. Pro Schule nahmen ein oder zwei Klassen der Schulstufen 5, 7, 9 oder 11 teil. Die Daten wurden zwischen November 2021 und Juli 2022 gesammelt. Nach dem Datenclearing umfasste die finale Stichprobe 7.099 Schüler:innen. Die Ergebnisse werden getrennt nach Mädchen, Burschen und Schulstufe dargestellt.

Ergebnisse

Gesundheit und Wohlbefinden

- Zwischen 74 % und 90 % der Schüler:innen, je nach Geschlecht und Schulstufe, bewerten ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet oder gut. Die Bewertungen sind bei Mädchen und bei älteren Schüler:innen negativer als bei Burschen und jüngeren Schüler:innen.
- Die Lebenszufriedenheit der Schüler:innen sinkt mit zunehmendem Alter. 31 % der Mädchen und 19 % der Burschen sind mit ihrem Leben gegenwärtig nicht sehr zufrieden.

- Wesentlich mehr Mädchen als Burschen leiden an häufigen psychischen oder physischen Beschwerden. Gereiztheit und schlechte Laune, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Nervosität, Zukunftssorgen und Niedergeschlagenheit werden am öftesten genannt.
- Mädchen zeigen in allen Altersgruppen ein weniger gutes emotionales Wohlbefinden als Burschen. 22 % der Mädchen und 10 % der Burschen leiden gemäß WHO-5 Auswertungsmanual möglicherweise an einer depressiven Verstimmung oder Depression.
- Nur 34 % der älteren Mädchen (ab Schulstufe 9) fühlten sich in den letzten 12 Monaten selten bis nie einsam. Bei den gleichaltrigen Burschen waren es 57 %.
- Bei Mädchen häuft sich in den höheren Schulstufen die subjektive Stressbelastung, während dies bei Burschen nicht festzustellen ist.
- Zwischen 47 % und 69 % der Schüler:innen, je nach Geschlecht und Schulstufe, hatten sich innerhalb eines Jahres mindestens einmal derart verletzt, dass sie behandelt werden mussten.
- Ungefähr ein Fünftel der Schüler:innen gibt an, an einer lang andauernden bzw. chronischen Erkrankung oder Belastung zu leiden, mehr Mädchen als Burschen und mehr ältere als jüngere Schüler:innen.
- Ungefähr 16 % der Schüler:innen ab Schulstufe 9, geringfügig mehr Mädchen als Burschen, meinen, dass sie schlecht hören.
- Fast ein Viertel der Schülerinnen und ein Fünftel der Schüler tragen den ganzen Tag eine Brille oder Kontaktlinsen.
- Auf Basis der selbstberichteten Angaben zu Gewicht und Körpergröße sind bei den Mädchen 15 % als untergewichtig, 68 % als normalgewichtig und 17 % als übergewichtig oder adipös einzustufen. Bei den Burschen betragen diese Raten 10 % für Untergewicht, 65 % für Normalgewicht und 25 % für Übergewicht oder Adipositas.
- Unabhängig von Angaben zu Körpergröße und -gewicht, empfinden sich bei den Mädchen 15 % als zu dünn und 40 % als zu dick und bei den Burschen 24 % als zu dünn und 30 % als zu dick.

Gesundheits- und Risikoverhalten

- Die durchschnittliche Anzahl an Tagen, an denen die Schüler:innen für zumindest eine Stunde körperlich aktiv sind (WHO-Empfehlung), sinkt mit zunehmendem Alter.
- In ihrer Freizeit mindestens 4 Mal die Woche mit höherer Intensität körperlich aktiv sind 30 % der Mädchen und 52 % der Burschen. 17 % der Mädchen und 8 % der Burschen sind nie auf diese Weise körperlich aktiv.
- Von den abgefragten organisierten Freizeitaktivitäten sind Sport und künstlerische Aktivitäten am beliebtesten.

- 41 % bis 62 % der Mädchen, je nach Alter, essen täglich mindestens einmal Obst. Bei den Burschen sind es 29 % bis 55 %.
- 43 % bis 49 % der Mädchen und 29 % bis 42 % der Burschen konsumieren täglich mindestens einmal Gemüse.
- 36 % der Mädchen und 25 % der Burschen essen täglich Süßigkeiten.
- Softdrinks werden von 15 % der Mädchen und 18 % der Burschen täglich getrunken.
- 5 % der Mädchen und 6 % der Burschen nehmen täglich „Fastfood“-Speisen zu sich.
- Jeweils 8 % der Mädchen und Burschen konsumieren täglich mindestens einen Energy Drink.
- Salzige Knabberereien werden von 10 % der Mädchen und 9 % der Burschen täglich gegessen.
- 61 % bis 87 % der Mädchen, je nach Alter, und 71 % bis 88 % der Burschen nehmen (fast) täglich zumindest eine Mahlzeit gemeinsam mit ihrer Familie ein.
- 82 % der Mädchen und 71 % der Burschen putzen sich täglich mindestens 2 Mal die Zähne.
- Von den älteren Schüler:innen gehen 85 % der Mädchen und 79 % der Burschen jährlich mindestens 1 Mal zur zahnärztlichen Kontrolluntersuchung.
- Aktuell konsumiert ungefähr ein Drittel der Schüler:innen ab Schulstufe 9 mindestens eines der abgefragten Nikotinprodukte. Von diesen raucht ca. ein Fünftel Zigaretten und/oder nutzt E-Zigaretten, und etwas weniger Wasserpfeife und/oder andere Nikotinprodukte wie Kautabak, Snus oder Nikotinsäckchen.
- Ungefähr die Hälfte der Schüler:innen in Schulstufe 9 trinkt gar keinen Alkohol, während dies auf ca. ein Drittel der Schüler:innen in Schulstufe 11 zutrifft. Zwischen Mädchen und Burschen zeigt sich kein Unterschied in der Frequenz ihres Alkoholkonsums.
- Cannabis wird aktuell von 7 % der Mädchen und 9 % der Burschen ab Schulstufe 9 konsumiert.
- 25 % der Mädchen und 24 % der Burschen ab Schulstufe 9 hatten bereits Geschlechtsverkehr. Dabei war das Kondom das am häufigsten benutzte Verhütungsmittel.

Sonstige Gesundheitsdeterminanten

- In Bezug auf den Wohlstand der Familien, aus denen die teilnehmenden Schüler:innen stammen, wurden mit der HBSC-Messmethode 17 % einem niedrigen, 70 % einem mittleren und 13 % einem hohen Familienwohlstand zugeordnet.
- Jeweils 24 % der teilnehmenden Mädchen und Burschen haben beidseitigen Migrationshintergrund, d.h. sie selbst und/oder beide Eltern sind im Ausland geboren.
- Zwischen 74 % und 91 % der Mädchen, je nach Schulstufe, und 46 % bis 76 % der Burschen waren innerhalb eines Jahres nie in eine Rauferei verwickelt.

- Zwischen 3 % und 12 % der Mädchen, je nach Schulstufe, und zwischen 4 % und 13 % der Burschen wurden in den letzten Monaten in der Schule mehrmals gemobbt.
- Ungefähr 2 % aller Schülerinnen und 5 % aller Schüler mobben andere regelmäßig in der Schule.
- Opfer von Cybermobbing wurden in den letzten Monaten zumindest einmalig, je nach Schulstufe, zwischen 8 % und 13 % der Schüler:innen.
- Unter jenen, die andere zumindest 1 Mal digital gemobbt haben, sind Burschen stärker vertreten als Mädchen (ca. 6 % vs. 3 %).
- 15 % der Mädchen und 19 % der Burschen haben hohe und 31 % der Mädchen und 24 % der Burschen niedrige Selbstwirksamkeitserwartungen.
- Je länger die Schüler:innen die Schule besuchen, umso weniger gut gefällt es ihnen dort.
- Die schulische Belastung steigt, je älter die Schüler:innen werden: So fühlen sich z.B. in der 11. Schulstufe 64 % der Mädchen und 50 % der Burschen ziemlich oder sehr stark durch das belastet, was in der Schule von ihnen verlangt wird.
- 67 % bis 81 % der Mädchen, je nach Schulstufe, geben an, gute oder sehr gute Beziehungen zu ihren Mitschüler:innen zu haben. Bei den Burschen sind es 72 % bis 84 %.
- Ab Schulstufe 9 bewerten Mädchen die Beziehung zu ihren Lehrkräften deutlich schlechter als dies die Burschen tun.
- Nicht ganz drei Viertel der Schüler:innen bewerten die Qualität der Freundschaften, die sie pflegen, als gut oder sehr gut.
- Insgesamt genießen drei Viertel der Schüler:innen einen hohen Rückhalt in ihren Familien.
- Burschen scheinen mit beiden Elternteilen häufiger eine gute Gesprächsbasis zu haben als Mädchen.
- 10 % der Mädchen und 7 % der Burschen zeigen eine problematische Nutzung von sozialen Medien.
- Ab Schulstufe 7 steigt die durchschnittliche Zeit, die am Handy verbracht wird, rapide an und ist ab dann bei Mädchen immer etwas höher als bei Burschen.
- 19 % der Mädchen und 23 % der Burschen ab Schulstufe 9 haben eine hohe Gesundheitskompetenz.
- Über 80 % der Schüler:innen ab Schulstufe 9, etwas mehr Burschen als Mädchen, sind eher oder sicher bereit, sich entsprechend den Empfehlungen der Gesundheitsbehörden impfen zu lassen.
- Ungefähr 70 %, mehr Burschen als Mädchen, fühlen sich über die empfohlenen Impfungen eher oder sicher ausreichend informiert.

Entwicklungen seit 2010

- Bei den Mädchen ist die relative Anzahl jener, die ihren Gesundheitszustand als „ausgezeichnet“ bezeichnen, rückläufig, bei den Burschen nicht.
- Die Beschwerdelast ist bei den Schüler:innen kontinuierlich gestiegen, bei Mädchen als auch Burschen und in allen Altersgruppen.
- Eine kontinuierliche Verschlechterung der Lebenszufriedenheit ist bei älteren Schüler:innen seit 2014 zu sehen.
- Die relative Anzahl der Schüler:innen mit Übergewicht oder Adipositas ist seit 2014 kontinuierlich gestiegen, bei Mädchen und Burschen und in allen Altersgruppen.
- Die relative Anzahl der Schüler:innen, die mit ihrem Gewicht zufrieden sind, ist bei Burschen gesunken und bei Mädchen auf ähnlichem Niveau wie 2010.
- Die relative Anzahl der Schüler:innen, die sich täglich mindestens 2 Mal die Zähne putzen, ist relativ konstant geblieben.
- Die relative Anzahl der Schüler:innen, die täglich mindestens 1 Mal Obst essen, ist bei Burschen gestiegen und bei Mädchen auf dem Niveau von 2010.
- Die relative Anzahl der Schüler:innen, die täglich mindestens 1 Mal Gemüse essen, ist kontinuierlich gestiegen.
- Die relative Anzahl der Schüler:innen, die täglich mindestens 1 Mal Süßigkeiten konsumieren, ist bei Mädchen gestiegen und bei Burschen unverändert.
- Die relative Anzahl der Schüler:innen, die täglich mindestens 1 Mal „Softdrinks“ wie Cola, Fanta oder Eistee zu sich nehmen, ist seit 2018 bei Mädchen wieder gestiegen und bei Burschen weiter leicht gesunken.
- Die relative Anzahl der Schüler:innen, die unter der Woche täglich ein Frühstück zu sich nehmen, ist seit 2014 kontinuierlich gesunken.
- Die relative Anzahl der Schüler:innen, die an 4 bis 7 Tagen in der Woche für täglich mindestens eine Stunde körperlich aktiv sind, ist seit 2018 bei beiden Geschlechtern wieder gestiegen. Die Steigerung ist vor allem auf ältere Schüler:innen zurückzuführen.
- Die relative Anzahl der Schüler:innen, die *keine* Zigaretten rauchen, ist bei den Burschen seit 2010 kontinuierlich gestiegen. Bei den Mädchen war das nur zwischen 2010 und 2014 der Fall.
- Die relative Anzahl der Schüler:innen, die mindestens 1 Mal pro Woche Alkohol konsumieren, ist bei den Burschen seit 2014 leicht rückläufig. Die Mädchen befinden sich nun auf dem Niveau von 2014.
- Die relative Anzahl der Schüler:innen, die Cannabis konsumieren, ist bei den Burschen zwischen 2014 und 2018 gestiegen und seitdem konstant. Bei den Mädchen ist 2022 erstmals ein Anstieg zu vermerken.

- Die relative Anzahl der Mobbing-Opfer in der Schule ist zwischen 2010 und 2018 stark gesunken und seitdem relativ konstant geblieben.
- Die relative Anzahl der Schüler:innen, die in der Schule als Mobbing-Täter:innen in Erscheinung getreten sind, ist insgesamt zwischen 2010 und 2018 stark und seitdem leicht gesunken.
- Die relative Anzahl der Schüler:innen, denen es sehr gut in der Schule gefällt, ist bei Mädchen und Burschen seit 2014 gesunken und bei den Burschen nach 2018 wieder leicht gestiegen.
- Die relative Anzahl der Schüler:innen, die sich durch die schulischen Anforderungen ziemlich oder sehr stark belastet fühlen, ist in allen Schulstufen gestiegen.
- Die relative Anzahl der Schüler:innen, die angeben, gute oder sehr gute Beziehungen zu ihren Mitschüler:innen zu haben, ist seit 2014 gesunken.
- Die relative Anzahl der Schüler:innen, die (sehr) positive Urteile über die Beziehung zu ihren Lehrkräften abgeben, ist seit 2014 bei beiden Geschlechtern kontinuierlich gesunken.
- Die relative Anzahl der Schüler:innen, die eine sehr gute Gesprächsbasis zu mindestens einem Elternteil haben, ist seit 2014 gesunken.

Fazit

Die Ergebnisse der HBSC-Studie 2021/22 haben die erwartete Verschlechterung in vielen Aspekten der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens von Schüler:innen bestätigt. Deshalb sollen Bemühungen, die jungen Menschen besonders zu unterstützen, weiter fortgeführt bzw. dort, wo nötig, ausgebaut werden.

Schlüsselwörter

HBSC-Studie, Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Gesundheitsdeterminanten, Schülerinnen, Schüler, Sekundarstufe

Inhalt

Vorwort	3
Kurzfassung	5
Die HBSC-Studie 2021/22	13
Darstellung der Ergebnisse	16
Gesundheit und Wohlbefinden.....	18
Subjektiver Gesundheitszustand.....	18
Lebenszufriedenheit.....	19
Beschwerdelast	20
Emotionales Wohlbefinden.....	23
Einsamkeit	24
Subjektives Stressempfinden	25
Verletzungen	26
Chronische Erkrankung oder Belastung	27
Hören und Sehen.....	29
Body-Mass-Index und Körperselbstbild	31
Gesundheits- und Risikoverhalten	34
Bewegung und Freizeitverhalten	34
Ernährungsverhalten.....	38
Vorsorge Zahngesundheit	42
Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum	44
Sexualverhalten.....	48
Sonstige Gesundheitsdeterminanten.....	51
Sozioökonomischer Status und Migrationshintergrund	52
Körperliche und psychische Gewalt	54
Selbstwirksamkeit.....	58
Schule	59
Freundeskreis und Familie	63
Nutzung von Smartphones und sozialen Medien	66
Gesundheitskompetenz	69
Entwicklungen der letzten 12 Jahre	74
Gesundheit und Wohlbefinden	74
Gesundheits- und Risikoverhalten	78
Sonstige Gesundheitsdeterminanten.....	85

Diskussion.....	90
Itemboxverzeichnis	95
Tabellenverzeichnis.....	96
Abbildungsverzeichnis.....	97
Literaturverzeichnis	101
Abkürzungen.....	106

Die HBSC-Studie 2021/22

Die HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)-Studie ist die größte europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie ([HBSC study | Health Behaviour in School-aged Children study](#)). Sie wird in enger Kooperation mit dem Europabüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO-Europe) von einem interdisziplinären Forschungsnetzwerk aus mittlerweile 51 Ländern und Regionen im Vier-Jahres-Rhythmus durchgeführt und schafft so eine einzigartige Datengrundlage zur Planung von Maßnahmen zur Stärkung der Kinder- und Jugendgesundheit.

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

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

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

Eine genaue Beschreibung, wie die Akquise der teilnehmenden Schüler:innen, die Datensammlung und das Datenclearing in Österreich für die Erhebung 2021/22 erfolgten, kann in Deutsch et al. (2022) nachgelesen werden. Alle Daten wurden zwischen Anfang November 2021 und Anfang Juli 2022 unter Einhaltung wissenschaftlicher Standards (Freiwilligkeit, Information an die Erziehungsberechtigten) und den Bestimmungen des österreichischen Datenschutzgesetzes gesammelt.

Die Begutachtung des HBSC-Studienprotokolls und des HBSC-Fragebogens war im Juli 2021 von einem Expert:innen-Gremium, dem Vertreter:innen der Schulpsychologie, der Rechtsabteilung und des Datenschutzes des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF), des schulärztlichen Dienstes des BMBWF, des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), der Elternverbände und der Lehrgewerkschaft angehörten, durchgeführt worden. Da zeitgleich mit der HBSC-Studie die österreichische Lehrlingsgesundheitsstudie, dessen mit der HBSC-Studie abgestimmtes Studienprotokoll im selben Gremium diskutiert wurde, stattfand, gehörten diesem auch eine Vertreterin der Wirtschaftskammer und ein Vertreter der Arbeiterkammer an.

Die Daten wurden in Schulen, die sich freiwillig bereit erklärt hatten, mit einer oder zwei Klassen teilzunehmen, gesammelt. Nach dem Datenclearing umfasste die finale Stichprobe 7.099 Schüler:innen. Wie sich diese auf die Geschlechter und die Schulstufen aufteilen, ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Verteilung der Stichprobe nach Datenclearing auf Geschlecht und Schulstufe

Geschlechtsangabe	weiblich	männlich	divers	fehlend	gesamt
5. Schulstufe	703	715	1	10	1429
7. Schulstufe	856	858	9	19	1742
9. Schulstufe	1263	1156	18	47	2484
11. Schulstufe	837	573	15	19	1444
Gesamt	3659	3302	43	95	7099

Im Vergleich mit der Verteilung in der Grundgesamtheit zeigt sich in der in Tabelle 1 dargestellten Stichprobe, dass die 5. Schulstufe unter- und die 9. Schulstufe überrepräsentiert ist. Hier nicht dargestellt, aber in Deutsch et al. (2022) im Detail nachzulesen ist, dass Schüler:innen aus Mittelschulen, Polytechnischen Schulen und Berufsbildenden Mittlern und Höheren Schulen etwas über- und jene aus Allgemeinbildenden Höheren Schulen etwas unterrepräsentiert sind.

Die Verteilung auf Mädchen und Burschen ist ungefähr gleich wie in der Grundgesamtheit. Für die kleine Gruppe der Schüler:innen (0,6 %), die ein anderes gültiges Geschlecht als weiblich oder männlich angegeben haben (in Tabelle 1 als „divers“ bezeichnet), gibt es

noch keine österreichischen Vergleichsdaten, um bestimmen zu können, ob der Anteil in der Stichprobe jenem in der gleichaltrigen Gesamtpopulation entspricht.

Auf eine Korrektur der genannten Abweichungen durch eine entsprechende Gewichtung wurde allerdings verzichtet. Eine Gewichtung nach Geschlecht, Schultyp und Schulstufe wies nämlich nur minimale und unwesentliche Unterschiede zu den ungewichteten Daten auf (siehe Teutsch et al., 2022). Außerdem erfolgt die Ergebnisdarstellung in den meisten Fällen ohnehin getrennt nach Geschlecht und Schulstufe.

So teilen sich die Fallzahlen der Stichprobe auf die Bundesländer auf: Burgenland 7,0 %, Kärnten 5,6 %, Niederösterreich 19,2 %, Oberösterreich 14,7 %, Salzburg 11,7 %, Steiermark 14,5 %, Tirol 7,3 %, Vorarlberg 3,7 %, Wien 16,3 %.

Ein Vergleich mit der Schulstatistik (Statistik Austria, 2022) zeigt, dass das Burgenland und Salzburg leicht über- und Vorarlberg und Wien leicht unterrepräsentiert sind. Für die restlichen Bundesländer entsprechen die Verteilungen in etwa der gleichaltrigen Gesamtpopulation.

Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der österreichischen HBSC-Studie 2021/22 werden wie folgt dargestellt:

- Indikatoren der Gesundheit und des Wohlbefindens, wie subjektiver Gesundheitszustand, Lebenszufriedenheit oder Beschwerdelast werden in Kapitel „Gesundheit und Wohlbefinden“ präsentiert;
- Indikatoren des Gesundheits- oder Risikoverhaltens, wie Ernährung, Bewegung, Konsum von Alkohol oder Vorsorge Zahngesundheit sind in Kapitel „Gesundheits- und Risikoverhalten“ zu finden;
- Faktoren, die Gesundheit und Gesundheitsverhalten beeinflussen können, wie sozio-ökonomischer Status, Migrationshintergrund, Selbstwirksamkeit oder Gesundheitskompetenz, werden im Kapitel „Sonstige Gesundheitsdeterminanten“ dargestellt;
- Entwicklungen (Trends), die zeigen, bei welchen Indikatoren, die seit 2010 in gleicher Weise erhoben wurden, Veränderungen zu beobachten sind, werden in „Entwicklungen der letzten 12 Jahre“ gezeigt.

Alle Fragen und dazugehörigen Antwortoptionen („Items“) des HBSC-Fragebogens sind in sogenannten Itemboxen aufgelistet. Erklärungen, wie es zur Auswahl der Items kam, warum sie als Indikatoren für Gesundheit gelten und welche Gütekriterien sie aufweisen, werden im „HBSC Internal Protocol“ festgehalten, das dem HBSC-Netzwerk zur Verfügung steht. Es gibt auch ein „HBSC External Protocol“, dass allen Interessierten auf Anfrage zugänglich gemacht wird (Inchley et al., 2022).

Die meisten Items des HBSC-Fragebogens wurden allen Schüler:innen vorgegeben. Einige Fragen mussten nur von älteren Schüler:innen beantwortet werden. Dies deshalb, weil sonst der Fragebogen für die Jüngeren zu lange geworden wäre und/oder weil einige Fragen, wie z.B. zum Sexualverhalten oder zum Cannabiskonsum, für Jüngere nicht geeignet sind. Außerdem wurden die Ergebnisse zum Konsum von Alkohol, Zigaretten und anderen Nikotinprodukten in diesem Bericht nur für Schüler:innen ab Schulstufe 9 dargestellt, weil die Fallzahlen in den jüngeren Altersgruppen extrem niedrig sind.

Da bekannt ist, dass es in der Zielgruppe der 11- bis 17-Jährigen oftmals große Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen gibt, werden die meisten Ergebnisse getrennt nach diesen Gruppenmerkmalen dargestellt. Weil die Gruppe der Personen mit „anderem Geschlecht“ sehr klein ist (sie macht nur 0,6 % der Gesamtstichprobe

aus), werden deren Ergebnisse in diesem Bericht nicht dargestellt. Diese werden in einer eigenen Publikation, evtl. in einem HBSC-Factsheet, gemeinsam mit Lehrlingen mit einer „diversen“ Geschlechtsidentität, behandelt werden.

Der besseren Lesbarkeit halber werden Prozentsätze, die im Fließtext angeführt sind, auf- oder abgerundet und in ganzen Zahlen angegeben. In den Tabellen gelistete Prozentsätze werden auf eine Kommastelle auf- oder abgerundet. Einige wenige Ergebnisse werden nicht in einem Diagramm oder einer Tabelle dargestellt, sondern nur im Fließtext erwähnt. Dies wird im Text explizit angeführt oder erhält den Vermerk „(ohne Darstellung)“.

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

Weitere HBSC-Detailergebnisse und Spezialanalysen zu ausgewählten Themen werden in den kommenden Jahren in sogenannten „HBSC Factsheets“ präsentiert. Die Lineartabellen, in denen die Ergebnisse zu den einzelnen Variablen der HBSC-Studie 2021/22 noch detaillierter dargestellt werden, werden in einem separaten Bericht – gemeinsam mit den Daten aus der Lehrlingsgesundheitsstudie – zu finden sein. Dieser wird im 1. Quartal 2023 veröffentlicht.

Gesundheit und Wohlbefinden

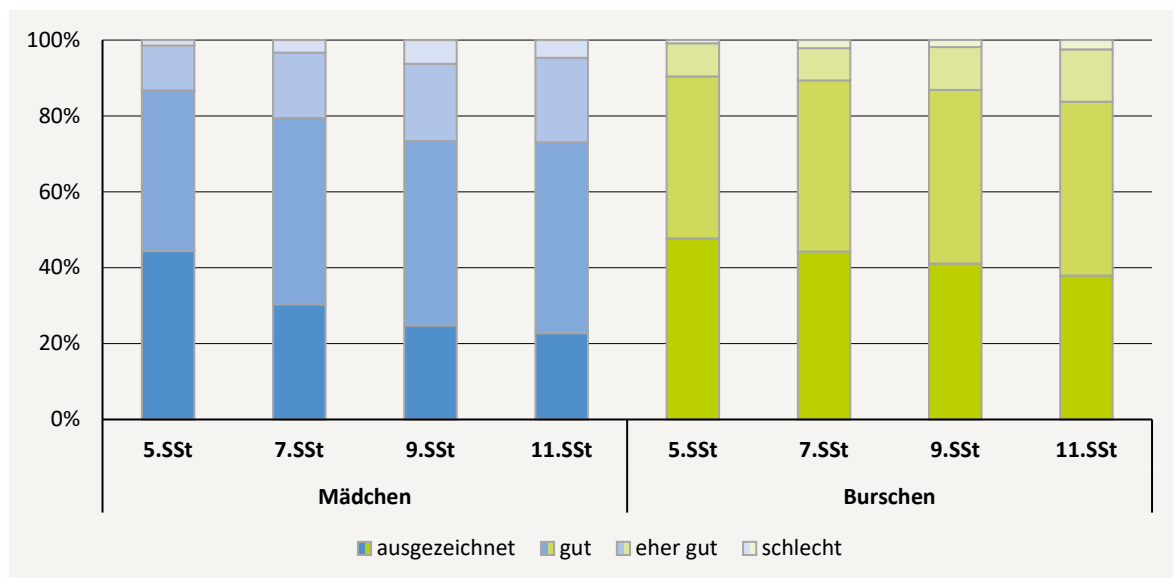
Subjektiver Gesundheitszustand

Die Bewertung des eigenen Gesundheitszustands auf Basis einer einzigen Frage (Itembox 1) ist eine etablierte und umfassend validierte Messmethode. Sie zeigte sich in großen Populationsstudien als signifikanter Prädiktor für Morbidität und Mortalität. Bei jüngeren Menschen spielt das körperliche Befinden bei der Beantwortung dieser Frage in der Regel eine größere Rolle als bei älteren; ganz ausgeblendet wird die psychosoziale Gesundheit bei den Jungen aber nicht (Idler & Cartwright, 2018).

Itembox 1: Subjektiver Gesundheitszustand

Wie würdest du deinen Gesundheitszustand beschreiben?
Antwortoptionen: ausgezeichnet – gut – eher gut – schlecht

Abbildung 1: Subjektiver Gesundheitszustand, nach Geschlecht und Schulstufe

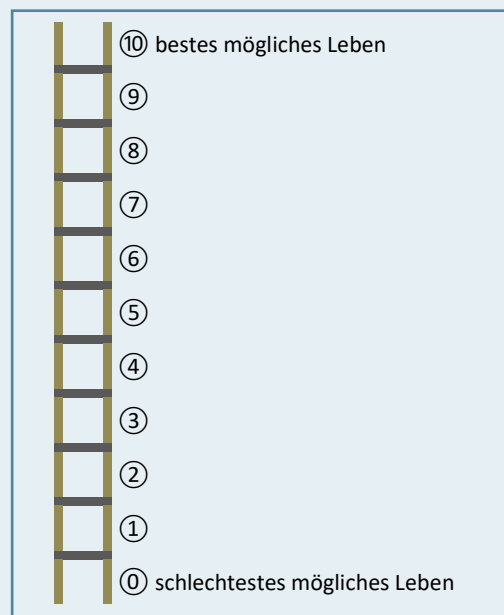


Zwischen 74 % und 90 % der Schüler:innen, je nach Geschlecht und Alter, bewerten ihren Gesundheitszustand als „ausgezeichnet“ oder „gut“ (Abbildung 1). Während es bei den Jüngsten in der 5. Schulstufe kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt, weichen Mädchen und Burschen ab Schulstufe 7 in ihren Bewertungen zunehmend stärker voneinander ab. Am auffälligsten sind diese in Schulstufe 9. Hier wählen 26 % der Mädchen und dagegen nur halb so viele Burschen, nämlich 13 %, die beiden Antwortoptionen, die für einen nicht so guten oder gar schlechten Gesundheitszustand sprechen.

Lebenszufriedenheit

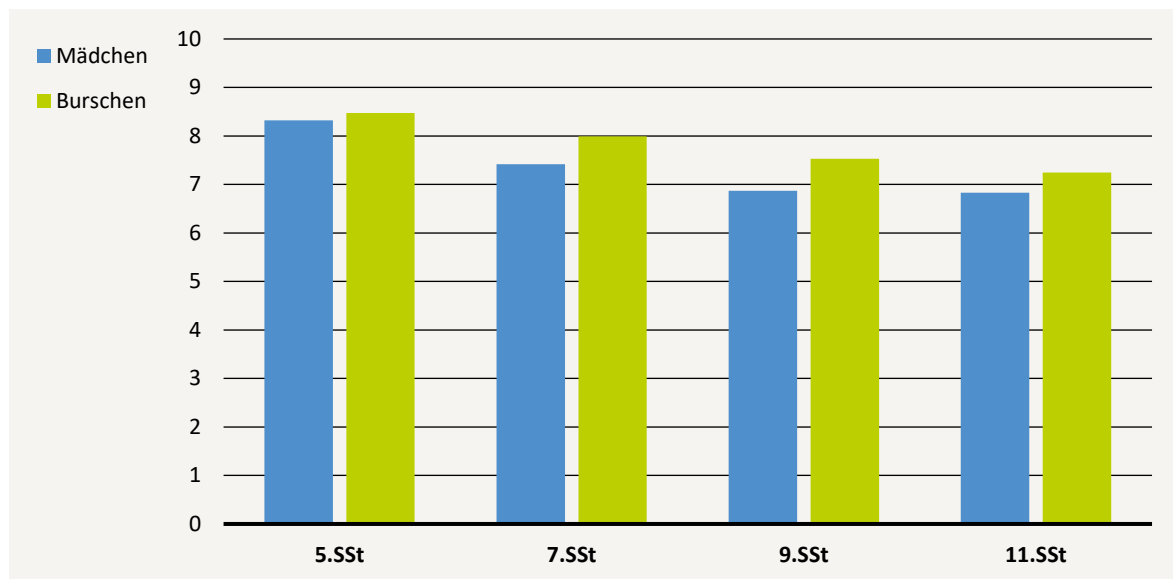
Itembox 2: Lebenszufriedenheit

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



Lebenszufriedenheit ist ein Indikator dafür, wie sehr jemand das Leben, das sie oder er gerade führt, mag. Gesundheit und Wohlbefinden fließen in der Regel in die Bewertung mit ein. Um Lebenszufriedenheit zu messen, wird in vielen Studien die Cantril-Ladder eingesetzt (Cantril, 1965). Auch in der HBSC-Studie wird diese in einer adaptierten Form seit langem verwendet (Itembox 2). Die Bewertung der Lebenszufriedenheit unterliegt über die Zeit weniger Schwankungen als z.B. das emotionale Wohlbefinden (Pavot & Diener, 1993).

Abbildung 2: Lebenszufriedenheit nach Geschlecht und Schulstufe; dargestellt sind Mittelwerte; Spannweite: 0 (niedrigste) bis 10 (höchstmögliche Lebenszufriedenheit)



Die durchschnittliche Lebenszufriedenheit der österreichischen Schüler:innen liegt, je nach Geschlecht und Schulstufe, zwischen 6,8 und 8,5 (Abbildung 2). Mädchen sind mit ihrem Leben generell unzufriedener als Burschen; die größten Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in den Schulstufen 7 und 9 zu sehen. Bei Schüler:innen beider Geschlechter sinkt die mittlere Lebenszufriedenheit kontinuierlich mit dem Alter.

Im HBSC-Protokoll gilt ein Score von ≤ 6 als Indikator für eine niedrige Lebenszufriedenheit. Dies trifft in Österreich aktuell auf 31 % der Schülerinnen und 19 % der Schüler zu (ohne Darstellung).

Beschwerdelast

Beschwerdelisten sind wichtige Instrumente in der Anamnese und werden häufig auch in Studien, z.B. zur Untersuchung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Svedberg et al., 2013), eingesetzt. Für die in der HBSC-Studie verwendete Beschwerdeliste (Itembox 3) gibt es einen validierten Algorithmus, der es erlaubt, einen Index für die individuelle Beschwerdelast, der die Anzahl einzelner Beschwerden und deren Aufttrittshäufigkeit ausdrückt, zu berechnen (Ravens-Sieberer et al., 2008). Dieser Index liegt theoretisch zwischen 0 (keine Beschwerden) und 100 (höchstmögliche Beschwerdelast). Für die Berech-

nung dieses Index werden jedoch „Zukunftsängste“, „Angstgefühle“, „Nacken-/Schulterschmerzen“ und „Probleme mit den Augen“ nicht berücksichtigt, da diese Beschwerden nur in der österreichischen HBSC-Studie erhoben werden.

Itembox 3: Körperliche und psychische Beschwerden

Wie oft hattest du in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden?
Kopfschmerzen, Magen-/Bauchschmerzen, Angstgefühle, Rücken-/Kreuzschmerzen, habe mich niedergeschlagen gefühlt, war gereizt oder schlecht gelaunt, war nervös, konnte schlecht einschlafen, Zukunftssorgen, habe mich benommen oder schwindlig gefühlt, Nacken- oder Schulterschmerzen, Probleme mit den Augen (z.B. Brennen, Tränen, Jucken, Entzündung)
Antwortoptionen: fast jeden Tag – mehrmals pro Woche – fast jede Woche – fast jeden Monat – selten oder nie

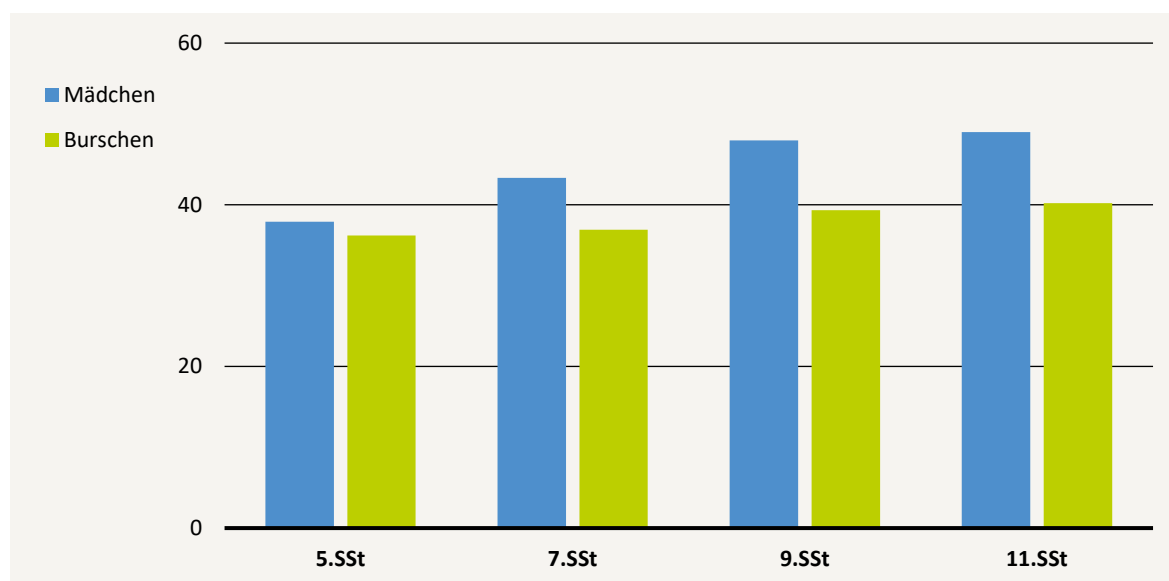
Häufige Beschwerden sind solche, die mehrmals pro Woche oder täglich auftreten. Wie viele Schüler:innen an solchen leiden, ist in Tabelle 2 zu sehen. Insgesamt treten die verschiedenen häufigen Beschwerden mit einer Prävalenz von 12 % bis 35 % auf. An häufiger schlechter Laune und Gereiztheit leiden die meisten, gefolgt von Einschlafschwierigkeiten. In allen Fällen gibt es mehr Mädchen als Burschen, die häufige Beschwerden angeben. Die wegen der SARS-COV-2 Pandemie neu und nur in Österreich abgefragten „Zukunftsängste“ und „Angstgefühle“ sind bei jeweils fast 30 % der Mädchen festzustellen, hingegen „nur“ bei 17 % bzw. 9 % der Burschen.

In Abbildung 3 sind die Mittelwerte für den Index, der die Beschwerdelast ausdrückt, dargestellt. Die Beschwerdelast ist bei Mädchen in allen Altersgruppen, vor allem ab Schulstufe 7, höher als bei Burschen, bei denen sie zwar mit zunehmendem Alter ebenso steigt, diese Steigerung aber wesentlich flacher als bei den Mädchen ausfällt.

Tabelle 2: Prävalenz einzelner häufiger Beschwerden (mehrmals pro Woche oder täglich), nach Geschlecht

Beschwerdeart	Mädchen	Burschen	gesamt
Gereiztheit, schlechte Laune	44,0 %	24,7 %	34,8 %
Schwierigkeiten beim Einschlafen	32,1 %	23,2 %	27,9 %
Nervosität	35,4 %	17,6 %	27,0 %
Zukunftssorgen	29,2 %	16,5 %	23,2 %
Niedergeschlagenheit	30,0 %	12,4 %	21,6 %
Angstgefühle	29,2 %	9,0 %	19,6 %
Nacken-/ Schulterschmerzen	24,3 %	13,7 %	19,3 %
Kopfschmerzen	27,4 %	10,0 %	19,1 %
Rückenschmerzen	23,1 %	14,2 %	18,9 %
Probleme mit den Augen	19,6 %	12,0 %	16,0 %
Schwindel	19,3 %	8,2 %	14,0 %
Magen-/Bauchschmerzen	16,5 %	6,2 %	11,6 %

Abbildung 3: Beschwerdelast, nach Geschlecht und Schulstufe; dargestellt sind Mittelwerte, Spannweite: 0 (keine Beschwerden) bis 100 (höchstmögliche Beschwerdelast)



Emotionales Wohlbefinden

Zum ersten Mal verpflichtend wird in der internationalen HBSC-Studie der *World Health Organization Well-Being Index*, der aus fünf Fragen besteht und als WHO-5 bekannt ist, eingesetzt. Dieser misst emotionales Wohlbefinden (englisch: *psychological well-being*). In Österreich wird der WHO-5 bereits zum zweiten Mal in der HBSC-Studie verwendet (Itembox 4). Er gilt in der pädiatrischen Versorgung auch als grobes Screeningtool zur Feststellung einer depressiven Verstimmung oder Depression (Allgaier et al., 2012).

Itembox 4: Emotionales Wohlbefinden

Bitte wähle für jede der folgenden fünf Aussagen die Antwort aus, die am besten beschreibt, wie du dich in den letzten zwei Wochen gefühlt hast:

In den letzten 2 Wochen...

...war ich froh und guter Laune.

...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.

...habe ich mich energiegeladen und aktiv gefühlt.

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

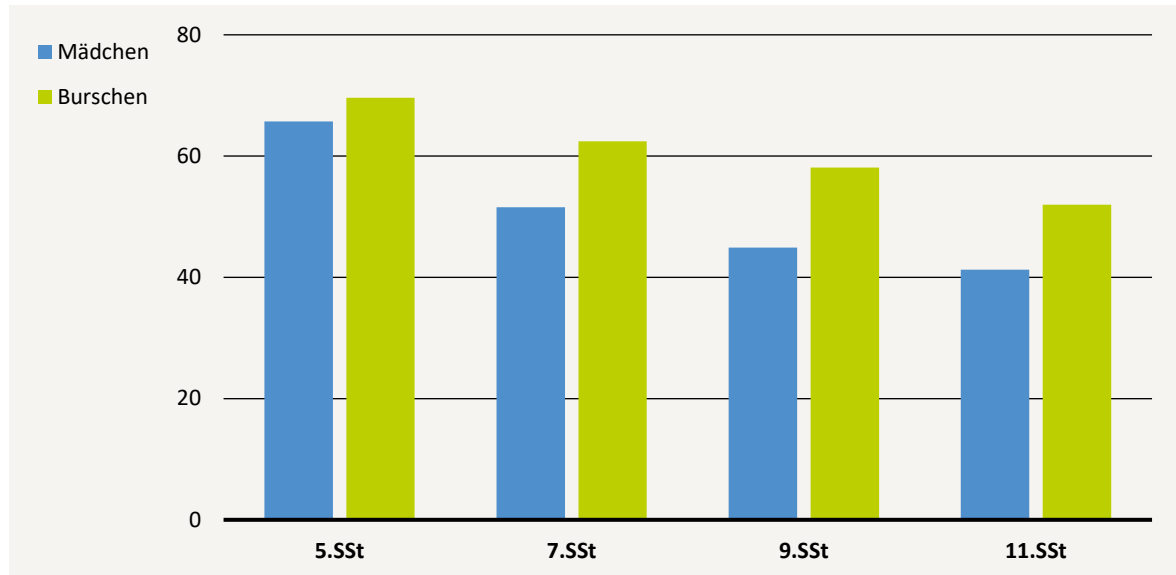
...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.

Antwortoptionen: die ganze Zeit – meistens – etwas mehr als die Hälfte der Zeit – etwas weniger als die Hälfte der Zeit – ab und zu – zu keinem Zeitpunkt

Abbildung 4 zeigt, dass sich Mädchen in allen Altersgruppen emotional weniger gut fühlen als Burschen. Besonders ab Schulstufe 7 ist bei den Mädchen eine markante Verschlechterung zu beobachten. Bei den Burschen ist diese weniger stark ausgeprägt, deren emotionales Befinden wird aber trotzdem mit zunehmendem Alter kontinuierlich schlechter.

Nicht in Abbildung 4 zu sehen ist, dass 22 % der Mädchen und 10 % der Burschen gemäß WHO-5 Auswertungsmanual hier so schlechte Werte zeigen, dass sie möglicherweise an einer depressiven Verstimmung oder Depression leiden.

Abbildung 4: Emotionales Wohlbefinden, nach Geschlecht und Schulstufe; dargestellt sind Mittelwerte, Spannweite: 0 (schlechtestes) bis 100 (bestmögliches) emotionales Wohlbefinden



Einsamkeit

Wegen der SARS-CoV-2 bedingten Lockdowns und Schulschließungen wurde im HBSC-Netzwerk beschlossen, dieses Mal auch „Einsamkeit“ zu messen. Dafür wurde ein Item verwendet, das sich in einer großen epidemiologischen Studie mit Kindern und Jugendlichen als valide erwiesen hatte (Vancampfort et al., 2019). Es ist in Itembox 5 zu finden.

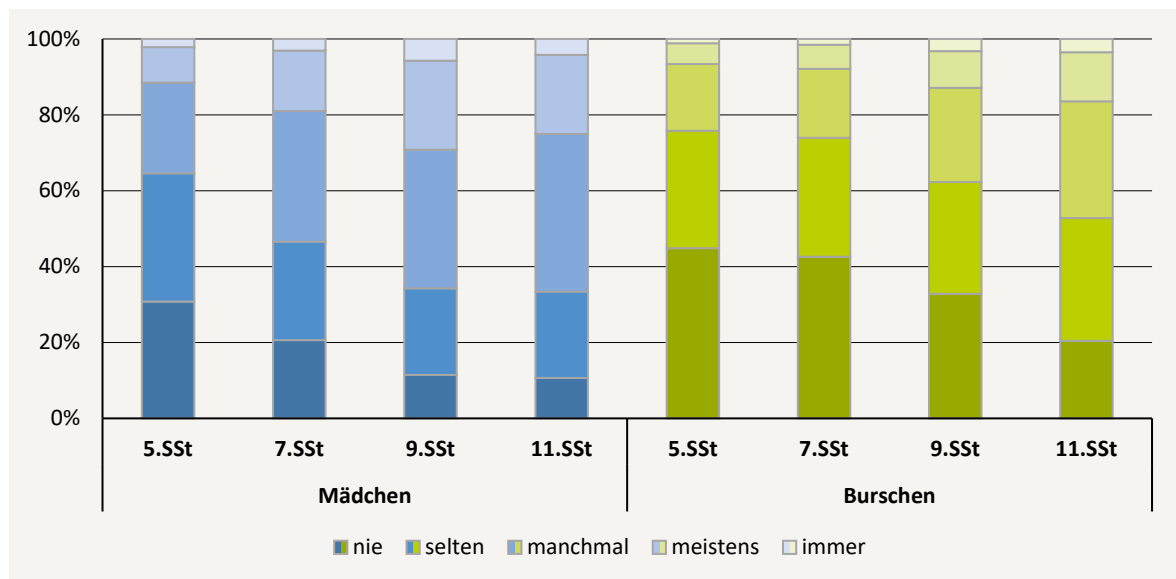
Itembox 5: Einsamkeit

Wie oft hast du dich in den letzten 12 Monaten einsam gefühlt?

Antwortoptionen: nie – selten – manchmal – meistens – immer

Aus Abbildung 5 geht hervor, dass sich in den letzten 12 Monaten mehr Mädchen als Burschen manchmal bis immer einsam fühlten und dass das Gefühl, einsam zu sein, mit zunehmendem Alter häufiger wird. Nur 34 % der Mädchen in den Schulstufen 9 und 11 fühlten sich selten bis nie einsam. Bei den gleichaltrigen Burschen beträgt dieser Anteil 57 %.

Abbildung 5: Wie oft sich die Schüler:innen in den letzten 12 Monaten einsam fühlten, nach Geschlecht und Schulstufe



Subjektives Stressempfinden

Itembox 6: Subjektives Stressempfinden

Gib bitte bei den folgenden Fragen an, wie oft das im letzten Monat eingetroffen ist:

- Wie oft hattest du das Gefühl, wichtige Dinge in deinem Leben nicht kontrollieren zu können?
- Wie oft hast du dich im Umgang mit deinen persönlichen Problemen sicher gefühlt?
- Wie oft hattest du das Gefühl, dass sich die Dinge nach deinen Vorstellungen entwickeln?
- Wie oft hattest du das Gefühl, dass sich Probleme so aufgestaut haben, dass du sie nicht mehr bewältigen kannst?

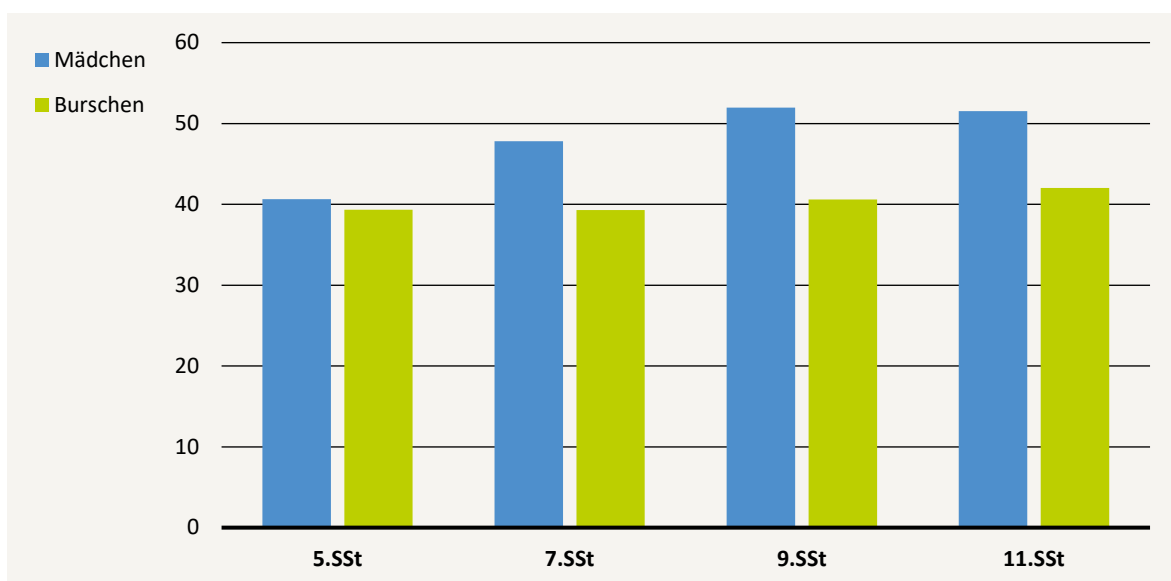
Antwortoptionen: *nie – fast nie – manchmal – ziemlich oft – sehr oft*

Die *Cohen Perceived Stress Scale* (Cohen et al., 1983) ist ein etabliertes Instrument, das zur Messung des Stresserlebens eingesetzt wird. Aus dem ursprünglichen Fragebogen mit 14

Fragen entstand eine Kurzversion mit 4 Items (Itembox 6), die international validiert wurde (Vallejo et al., 2018) und nun auch in der HBSC-Studie zum Einsatz kommt. Empfohlen wird das Instrument eigentlich für Personen ab 13 Jahren, deshalb bleibt unklar, ob es für die Verwendung in Schulstufe 5 wirklich geeignet ist.

Abbildung 6 zeigt in der 5. Schulstufe bei Mädchen und Burschen im Schnitt eine ähnlich hohe Belastung durch Stress, allerdings sind die Ergebnisse hier mit Vorsicht zu betrachten, da es möglicherweise Verständnisschwierigkeiten gibt. In den höheren Schulstufen häuft sich bei den Mädchen die subjektive Stressbelastung, während dies bei den Burschen nicht festzustellen ist.

Abbildung 6: Subjektives Stressempfinden, nach Geschlecht und Schulstufe; dargestellt sind Mittelwerte; mögliche Spannbreite: 0 (gar kein) bis 100 (sehr hoher Stress)



Verletzungen

Verletzungen im Kindes- und Jugendalter kommen häufig vor. Im Schnitt verletzt sich ungefähr die Hälfte der älteren Kinder und Jugendlichen mindestens einmal jährlich und nimmt dafür medizinische Hilfe in Anspruch (Räsänen et al., 2018). Wie die Prävalenzrate von medizinisch behandelten Verletzungen erhoben wird, kann in Itembox 7 nachgelesen werden.

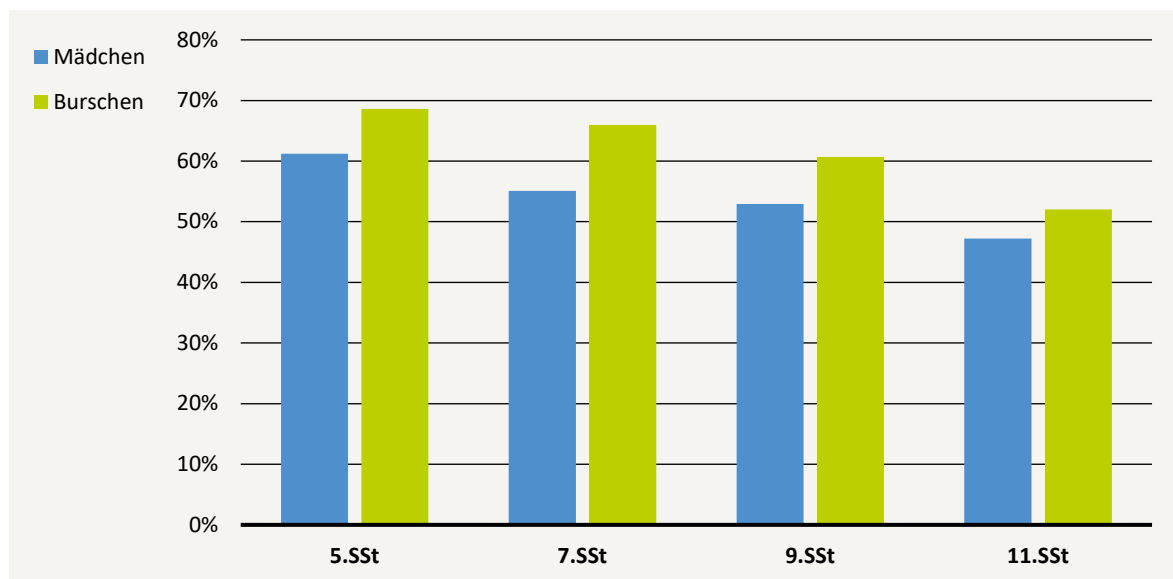
Itembox 7: Verletzungen

Wie oft warst du während der letzten 12 Monate so verletzt, dass du medizinisch (von Arzt /Ärztin oder Krankenschwester /Pfleger) behandelt werden musstest?

Antwortoptionen: Ich war in den letzten 12 Monaten nicht verletzt – Ich war 1 Mal verletzt – Ich war 2 Mal verletzt – Ich war 3 Mal verletzt – Ich war 4 Mal oder öfter verletzt.

Zwischen 47 % und 69 % der Schüler:innen, je nach Alter und Geschlecht, hatten sich innerhalb eines Jahres mindestens einmal derart verletzt, dass sie behandelt werden mussten (Abbildung 7). Die Verletzungsrate sinkt mit zunehmendem Alter. Bei Burschen ist sie in allen Schulstufen höher als bei Mädchen.

Abbildung 7: Wie viele Schüler:innen innerhalb eines Jahres verletzt waren und behandelt werden mussten, nach Geschlecht und Schulstufe



Chronische Erkrankung oder Belastung

Dass die Schüler:innen gefragt werden, ob sie eine chronische Erkrankung oder Behinderung haben, ist gemäß internationalem HBSC-Protokoll nicht verpflichtend. In Österreich

wurde nach Diskussion im Expert:innen-Gremium, das das österreichische Studienprotokoll begutachtete, entschieden, den Terminus „Behinderung“ auf „Belastung“ zu ändern. In der Vergangenheit haben international ca. 20 % der Schüler:innen die Frage nach dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung bejaht (Mazur et al., 2013). Von Seiten der ÖGPH-Kompetenzgruppe Kinder- und Jugendgesundheit wurde der Wunsch geäußert, chronisch kranke oder belastete Schüler:innen, auch danach zu fragen, ob sie in der Schule diesbezüglich ausreichend Unterstützung erhalten. Beide Items sind in Itembox 8 abgebildet.

Itembox 8: Chronische Erkrankung oder Belastung

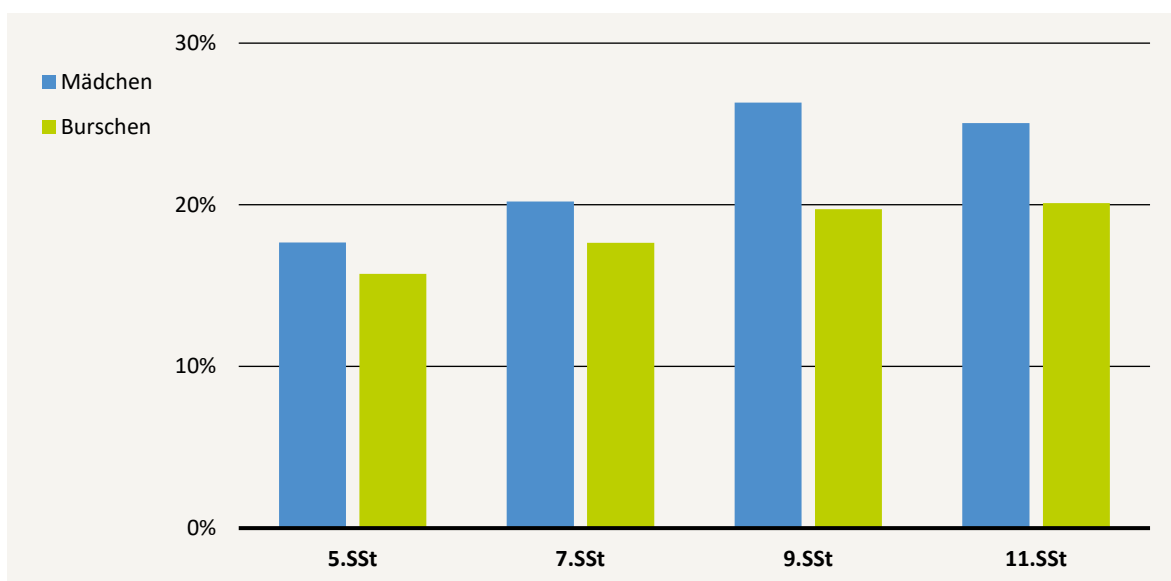
Hast du eine lang andauernde bzw. chronische Erkrankung oder Belastung (z.B. Allergie, Asthma, Diabetes, Darmerkrankung, Depression, ...) die von einem Arzt /einer Ärztin diagnostiziert wurde?

Antwortoptionen: ja – nein

Falls ja: Erhältst du in Bezug auf deine chronische Erkrankung oder Belastung ausreichend Unterstützung in der Schule?

Antwortoptionen: sicher ja – eher ja – eher nicht – sicher nicht

Abbildung 8: Anteil der Schüler:innen, die an einer chronischen Erkrankung oder Belastung leiden, nach Geschlecht und Schulstufe



Ungefähr ein Fünftel der Schüler:innen gibt an, an einer lang andauernden bzw. chronischen Erkrankung oder Belastung zu leiden, mehr Mädchen als Burschen und mehr ältere Schüler:innen als jüngere (Abbildung 8).

Tabelle 3: Antworten der Schüler:innen auf die Frage, ob sie in Bezug auf ihre chronische Erkrankung oder Belastung ausreichend Unterstützung in der Schule erhalten, nach Schulstufe

	5. Schulstufe	7. Schulstufe	9. Schulstufe	11. Schulstufe	gesamt
sicher ja	35,2 %	24,5 %	23,6 %	14,6 %	23,6 %
eher ja	26,4 %	27,6 %	22,4 %	23,1 %	24,4 %
eher nicht	22,5 %	26,1 %	27,4 %	27,1 %	26,2 %
sicher nicht	15,9 %	21,8 %	26,6 %	35,3 %	25,8 %
Gesamt	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Ca. die Hälfte der an einer lang andauernden bzw. chronischen Erkrankung oder Belastung leidenden Schüler:innen meint, in der Schule sicher oder eher ausreichend Unterstützung in Bezug auf diese Erkrankung oder Belastung zu erhalten (Tabelle 3). Dies trifft auf jüngere Schüler:innen in höherem Ausmaß zu als auf ältere.

Hören und Sehen

Seit der letzten Erhebung im Schuljahr 2017/18 gibt es in der österreichischen HBSC-Studie auch Fragen zu Hör- und Sehproblemen, um damit Probleme, die durch den zunehmenden Gebrauch von digitalen Geräten verursacht werden könnten (Portnuff et al., 2011; Wang et al., 2020) langfristig zu beobachten. Die entsprechenden Fragen und Antwortoptionen sind in Itembox 9 nachzulesen.

Ungefähr 16 % der Schüler:innen ab Schulstufe 9, geringfügig mehr Mädchen als Burschen, meinen, dass sie schlecht hören (Tabelle 4). Die Mehrzahl hat deshalb aber noch keine Ärztin bzw. keinen Arzt aufgesucht.

Itembox 9: Hören und Sehen

Hast du das Gefühl, dass du schlecht hörst?

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

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

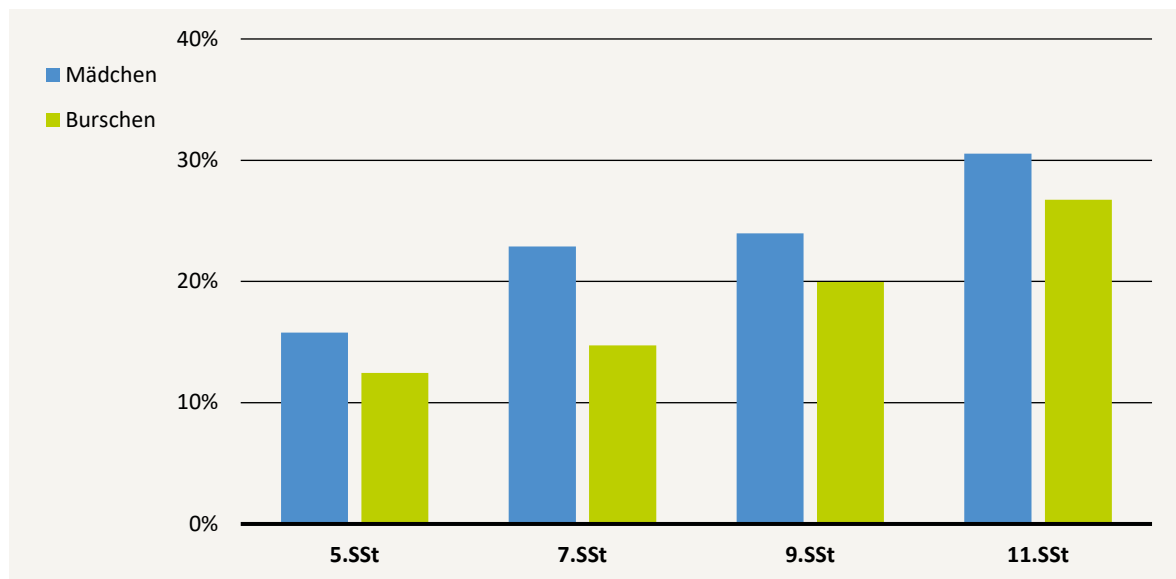
Antwortoptionen: nein – ja, bei gewissen Tätigkeiten (fernsehen, lesen,...) – ja, den ganzen Tag

Tabelle 4: Anteil der Schüler:innen, die schlecht hören, nach Geschlecht und Schulstufe

	schlecht hören	9. Schulstufe	11. Schulstufe	gesamt
Mädchen	nein	83,0 %	81,2 %	82,3 %
	ja, aber kein Arztbesuch	14,0 %	14,9 %	14,3 %
	ja, und deshalb Arztbesuch	3,0 %	4,0 %	3,4 %
Gesamt		100 %	100 %	100 %
Burschen	nein	85,7 %	85,7 %	85,7 %
	ja, aber kein Arztbesuch	11,3 %	12,4 %	11,7 %
	ja, und deshalb Arztbesuch	3,0 %	1,9 %	2,6 %
Gesamt		100 %	100 %	100 %

Fast ein Viertel der Schülerinnen und fast ein Fünftel der Schüler trägt den ganzen Tag eine Brille oder Kontaktlinsen (Abbildung 9). Bei beiden Geschlechtern werden diese Sehhilfen mit zunehmendem Alter häufiger genutzt. In allen Altersgruppen sind es mehr Mädchen als Burschen. Ungefähr 16 % der Mädchen und 9 % der Burschen benutzen eine Sehhilfe nur bei gewissen Tätigkeiten (ohne Darstellung).

Abbildung 9: Anteil der Schüler:innen, die den ganzen Tag eine Brille oder Kontaktlinsen tragen, nach Geschlecht und Schulstufe



Body-Mass-Index und Körperselbstbild

Übergewicht und Adipositas sind in vielen Ländern der Welt weit verbreitet und stellen ein Gesundheitsproblem dar. Gemäß rezentem WHO-Bericht haben in Europa 60 % der Erwachsenen und fast 30 % der Kinder und Jugendlichen zu viel Körpergewicht, und es gibt Hinweise darauf, dass gerade Kinder und Jugendliche während der SARS-CoV-2 Pandemie zugenommen haben (WHO, 2022). Zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas, aber auch Normalgewicht und Untergewicht, wird in der HBSC-Studie der Body-Mass-Index berechnet, der sich aus Körpergewicht und Körpergröße (Itembox 10) zusammensetzt ($BMI = kg/m^2$).

Jugendliche haben in Bezug auf ihr Gewicht nicht selten ein verzerrtes Körperselbstbild, das heißt, dass sie sich entweder zu dünn oder zu dick fühlen, obwohl sie in Wirklichkeit normalgewichtig sind. Ein solches Körperselbstbild kann zu einem gestörten Essverhalten führen (Shagar et al., 2017). Wie das Körperselbstbild in der HBSC-Studie erhoben wird, kann in Itembox 10 nachgelesen werden.

Itembox 10: Body-Mass-Index und Körper selbstbild

Wie groß bist du ohne Schuhe?

____ Meter und ____ Zentimeter

Wie viel wiegst du ohne Kleidung?

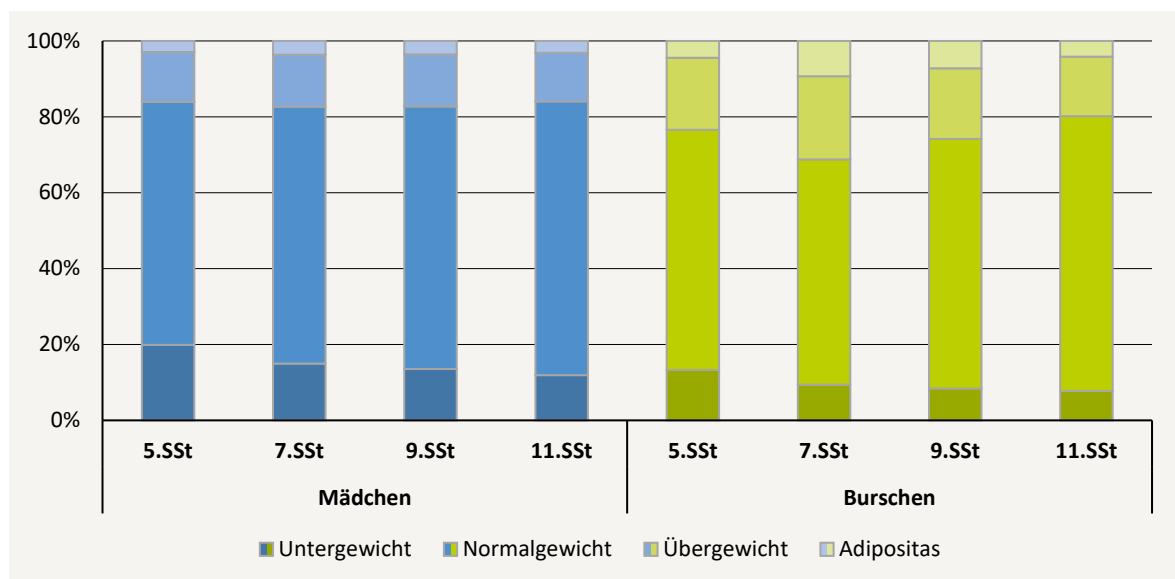
____ Kilogramm

Glaubst du, dass du ...?

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

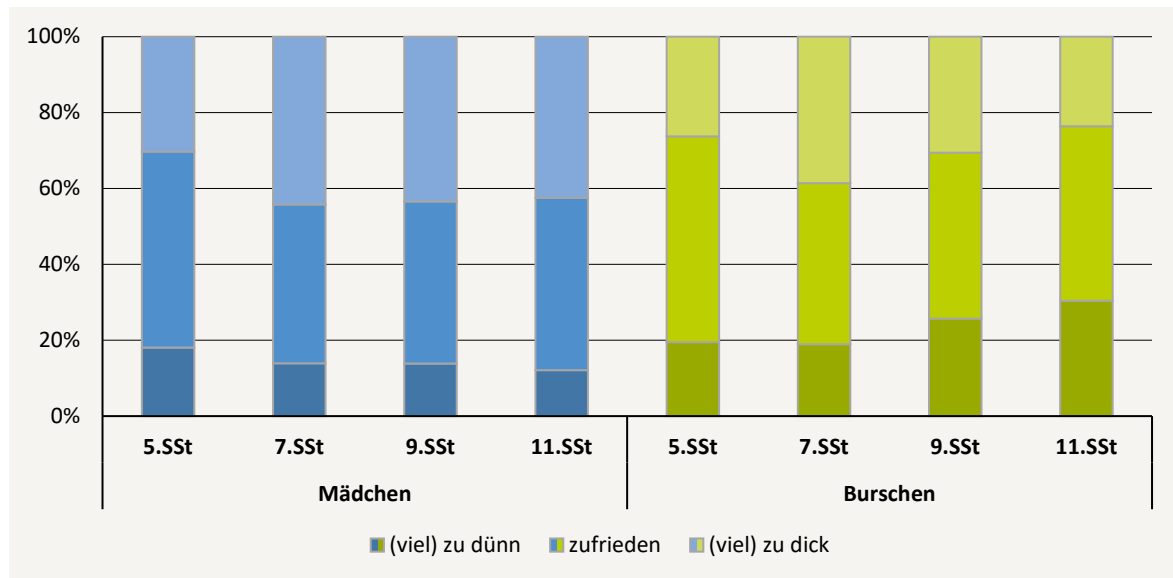
Auf Basis der selbstberichteten Angaben zu Gewicht und Körpergröße sind bei den Mädchen 15 % als untergewichtig, 68 % als normalgewichtig und 17 % als übergewichtig oder adipös einzustufen (Abbildung 10). Bei den Burschen betragen diese Raten 10 % für Untergewicht, 65 % für Normalgewicht und 25 % für Übergewicht oder Adipositas. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass der auf Basis von Selbstberichten berechnete BMI für die Bestimmung von Übergewicht nicht sehr valide ist, da oft ein zu niedriges Gewicht angegeben wird (Kurth & Ellert, 2010). Deshalb dürften die Raten für Übergewicht und Adipositas in Wirklichkeit etwas höher sein.

Abbildung 10: Prävalenz von Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas, nach Geschlecht und Schulstufe



Bei beiden Geschlechtern verschieben sich die Fallzahlen mit zunehmendem Alter leicht von Untergewicht zu Normalgewicht (Abbildung 10). Die Raten für Übergewicht und Adipositas sind relativ unabhängig vom Alter.

Abbildung 11: Körperselbstbild, nach Geschlecht und Schulstufe



Unabhängig von Angaben zu Körpergröße und -gewicht, empfinden sich ungefähr 15 % der Mädchen als zu dünn und 40 % als zu dick (Abbildung 11). Der Rest, 45 %, zeigt sich zufrieden mit dem Körpergewicht. Das Gefühl, (viel) zu dick zu sein, nimmt zwischen 5. und 7. Schulstufe stark zu und bleibt dann bei Mädchen relativ konstant, während es bei Burschen wieder abnimmt. Bei den Burschen empfinden sich 24 % als zu dünn und 30 % als zu dick, und 46 % sind zufrieden mit ihrem Körpergewicht. Hier ist ein Alterseffekt beim Gefühl, zu dünn zu sein, zu beobachten: davon sind ältere Burschen stärker betroffen als jüngere.

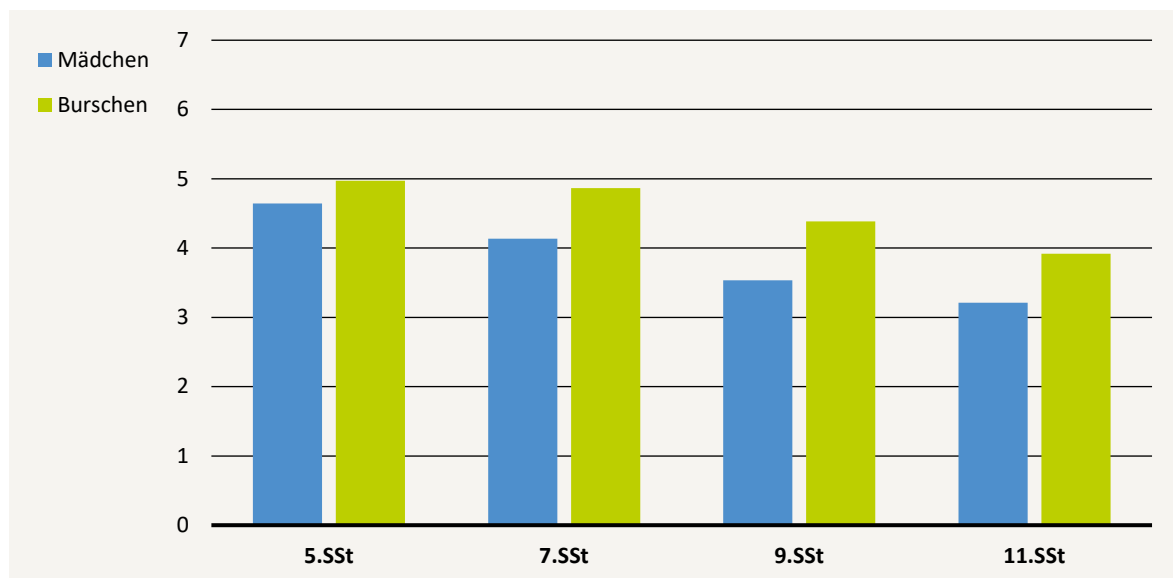
Gesundheits- und Risikoverhalten

Bewegung und Freizeitverhalten

Ausreichende körperliche Bewegung ist im Kindes- und Jugendalter sehr wichtig für Wohlbefinden und eine gesunde Entwicklung. In welcher Form und mit welchem Mindestausmaß diese ausgestaltet sein soll, wird in regelmäßigen Abständen von der WHO auf Basis der jeweils aktuellen Literatur und in nationalen Aktionsplänen als Empfehlung formuliert, in Österreich zuletzt im Jahr 2020 (FGÖ, 2020). In der HBSC-Studie wird das Bewegungsverhalten mit verschiedenen Items gemessen, die in Itembox 11 dargestellt sind.

Abbildung 12 zeigt, wie die durchschnittliche Anzahl an Tagen, an denen die Schüler:innen für zumindest eine Stunde körperlich aktiv sind, mit zunehmendem Alter sinkt. Über alle Altersgruppen hinweg bewegen sich Mädchen im Schnitt an 3,8 Tagen pro Woche für mindestens 1 Stunde täglich und Burschen an 4,5 Tagen.

Abbildung 12: An wie vielen Tagen pro Woche die Schüler:innen für mindestens 60 Minuten täglich körperlich aktiv sind, nach Geschlecht und Schulstufe; dargestellt sind Mittelwerte; Spannweite: 0 bis 7 Tage



Itembox 11: Bewegung und Teilnahme an organisierten Freizeitaktivitäten

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

Antwortoptionen: an 0 Tagen – an 1 Tag – an 2 Tagen - an 3 Tagen - an 4 Tagen - an 5 Tagen - an 6 Tagen - an 7 Tagen

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

Antwortoptionen: jeden Tag – 4 bis 6 Mal die Woche – 3 Mal die Woche – 2 Mal die Woche – 1 Mal die Woche – 1 Mal im Monat – seltener als 1 Mal im Monat – nie

Wie oft gehst du in deiner Freizeit folgenden organisierten Aktivitäten nach? „Organisiert“ bedeutet, dass die Aktivität in einem Verein oder einer anderen Einrichtung unter Leitung von Trainer:in, Lehrer:in, Betreuer:in oder Leiter:in stattfindet.

- Organisierter Teamsport (z.B. Fußball, Handball, Volleyball, Basketball, Eishockey, etc.)
- Organisierter Einzelsport (z.B. Schwimmen, Leichtathletik, Turnen, Tennis, Karate, etc.)
- Organisierte künstlerische Aktivitäten (z.B. Musikstunden nehmen, um ein Instrument zu lernen; Singen, Tanzen oder Theater spielen; in einem Orchester spielen)
- Aktivitäten in einer Jugendorganisation (z.B. politische Organisation, Pfadfinder, Schülerverbindung, Landjugend, Rote Falken, Jungschar, Feuerwehrjugend, etc.)
- Aktivitäten in einem Freizeitklub oder einer unverbindlichen Übung in der Schule (z.B. um Schach zu spielen, eine Sprache zu lernen, gemeinsame Wanderungen zu machen, etc.)

Antwortoptionen: ich übe diese Aktivität nicht aus – ungefähr 1-2 Mal im Monat oder seltener – ungefähr 1 Mal pro Woche – 2 Mal pro Woche oder öfter

Tabelle 5: Wie oft Mädchen in ihrer Freizeit mit höherer Intensität körperlich aktiv sind

	5. Schulstufe	7. Schulstufe	9. Schulstufe	11. Schulstufe	gesamt
täglich	19,6 %	12,5 %	6,0 %	5,9 %	10,1 %
4-6 Mal pro Woche	27,2 %	20,5 %	17,9 %	14,5 %	19,5 %
3 Mal pro Woche	21,2 %	23,4 %	19,8 %	22,0 %	21,4 %
2 Mal pro Woche	14,5 %	19,2 %	19,7 %	20,3 %	18,7 %
1 Mal pro Woche	8,0 %	10,8 %	17,5 %	15,2 %	13,6 %
1 Mal im Monat	2,8 %	4,7 %	7,4 %	8,4 %	6,1 %
seltener als 1 Mal im Monat	3,5 %	5,4 %	6,9 %	8,1 %	6,2 %
nie	3,4 %	3,4 %	4,8 %	5,6 %	4,4 %
Gesamt	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabelle 6: Wie oft Burschen in ihrer Freizeit mit höherer Intensität körperlich aktiv sind

	5. Schulstufe	7. Schulstufe	9. Schulstufe	11. Schulstufe	gesamt
täglich	30,7 %	22,8 %	15,4 %	11,0 %	19,9 %
4-6 Mal pro Woche	29,7 %	33,5 %	32,1 %	33,5 %	32,2 %
3 Mal pro Woche	18,1 %	21,0 %	20,6 %	21,9 %	20,4 %
2 Mal pro Woche	10,1 %	10,9 %	14,8 %	11,2 %	12,1 %
1 Mal pro Woche	3,7 %	6,0 %	8,6 %	11,9 %	7,5 %
1 Mal im Monat	1,8 %	1,8 %	3,5 %	5,3 %	3,0 %
seltener als 1 Mal im Monat	3,0 %	1,9 %	2,8 %	3,0 %	2,6 %
nie	2,8 %	2,1 %	2,2 %	2,3 %	2,3 %
Gesamt	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

In Tabelle 5 ist für Mädchen und in Tabelle 6 für Burschen detailliert dargestellt, wie oft diese in ihrer Freizeit körperlich so aktiv sind, dass sie dabei außer Atem kommen und/o-der schwitzen. Mindestens 4 Mal die Woche sind das 30 % der Mädchen und 52 % der Burschen. Auch hier ist wie in Abbildung 12 ein Alterseffekt zu sehen. In der Freizeit selten bis nie auf diese Weise körperlich aktiv sind 17 % der Mädchen und 8 % der Burschen.

Von Kindern und Jugendlichen frei gewählte sportliche Aktivitäten werden oft in Sportvereinen oder in unverbindlichen Übungen in der Schule ausgeübt. Diese nennt man „organisiert“, weil sie definierte Ziele, Regeln und Zeitstrukturen haben und von Erwachsenen organisiert und geleitet oder überwacht werden. Neben sportlichen Aktivitäten werden in der HBSC-Studie auch andere organisierte Freizeitaktivitäten erhoben (siehe Itembox 11).

Tabelle 7 zeigt, wie viele Schüler:innen den abgefragten organisierten Freizeitaktivitäten nachgehen. Ungefähr ein Viertel, etwas mehr Burschen als Mädchen, sind hier parallel an mindestens zwei verschiedenen Aktivitäten beteiligt (ohne Darstellung). Am beliebtesten ist der organisierte Sport. Auch künstlerische Aktivitäten sind weit verbreitet. Mit zunehmendem Alter geben viele die gewählte Tätigkeit wieder auf, dies zeigen die Fallzahlen für die verschiedenen Schulstufen in Tabelle 7. Nicht dargestellt ist, dass 24 % der Mädchen und 19 % der Burschen an keiner der abgefragten organisierten Freizeitaktivitäten teilnehmen.

Tabelle 7: Relative Anzahl der Schüler:innen, die mindestens 1 Mal pro Woche einer organisierten Freizeitaktivität nachgehen, nach Geschlecht und Schulstufe

		Schulstufe 5	Schulstufe 7	Schulstufe 9	Schulstufe 11	gesamt
Organisierter Teamsport	Mädchen	33 %	26 %	17 %	15 %	22 %
	Burschen	61 %	50 %	40 %	35 %	46 %
Organisierter Einzelsport	Mädchen	53 %	37 %	28 %	23 %	34 %
	Burschen	47 %	36 %	32 %	29 %	36 %
Organisierte künstlerische Aktivitäten	Mädchen	51 %	43 %	33 %	24 %	37 %
	Burschen	31 %	27 %	19 %	15 %	23 %
Aktivitäten in einer Jugendorganisation	Mädchen	15 %	12 %	10 %	10 %	11 %
	Burschen	18 %	18 %	15 %	7 %	15 %
Aktivitäten in Freizeitklub oder unverbindlichen Übung	Mädchen	28 %	21 %	12 %	7 %	16 %
	Burschen	30 %	19 %	10 %	8 %	16 %

Prozentzahlen wurden hier wegen besserer Darstellbarkeit auf- oder abgerundet

Ernährungsverhalten

Itembox 12: Ernährungsverhalten

Wie oft isst oder trinkst du normalerweise die folgenden Dinge?

Obst, Früchte – Gemüse, Salat – Süßigkeiten, Schokolade – Cola oder andere Softdrinks, die Zucker enthalten – „Fast Food“ Speisen (Leberkäsemmel, Kebab, Burger, Würstel, Pizza, ...) – Energy Drinks (Red Bull, Monster, Power Horse, Clever,...) – Salzige Knabbereien (Chips, Salzstangen, Crisps, Crackers, ...)

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

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

Antwortoptionen (getrennt nach Schultagen und Wochenende): Ich frühstücke nie an Schultagen – an 1 Schultag – an 2 Schultagen – an 3 Schultagen – an 4 Schultagen – an 5 Schultagen – Ich frühstücke nie an Wochenenden – Ich frühstücke normalerweise an einem Wochenendtag (Samstag oder Sonntag) – Ich frühstücke normalerweise an beiden Wochenendtagen (Samstag und Sonntag)

Wie oft isst du normalerweise zusammen mit deiner Familie?

Antwortoptionen: jeden Tag – fast jeden Tag – ungefähr einmal die Woche – seltener – nie

In der Internationalen HBSC-Studie werden seit vielen Jahren ausgewählte Indikatoren des Ernährungsverhaltens regelmäßig erhoben (Felder-Puig et al., 2021a). Dazu gehören die Häufigkeit des Konsums von Obst, Gemüse, Süßigkeiten und zuckerhaltigen Softdrinks sowie die Einnahme eines Frühstücks. In Österreich wird zusätzlich nach einigen Indikatoren, die für ein nicht gesundheitsförderliches Ernährungsverhalten sprechen, gefragt (siehe Itembox 12). Seit der letzten Erhebung 2017/18 wird auch erhoben, wie oft die Schüler:innen mit ihren Familien essen (Itembox 12), da dies ein wichtiger Hinweis auf die in den Familien gepflegte Esskultur ist (Bauer et al., 2012).

Bei den Mädchen sind es, je nach Schulstufe, 41 % bis 62 %, die täglich mindestens einmal Obst konsumieren (Abbildung 13). Bei den Burschen trifft dies auf 29 % bis 55 % zu. Bei

beiden Geschlechtern nimmt der tägliche Obstkonsum mit steigendem Alter kontinuierlich ab.

Abbildung 13: Relative Anzahl der Schüler:innen, die täglich Obst essen, nach Geschlecht und Schulstufe

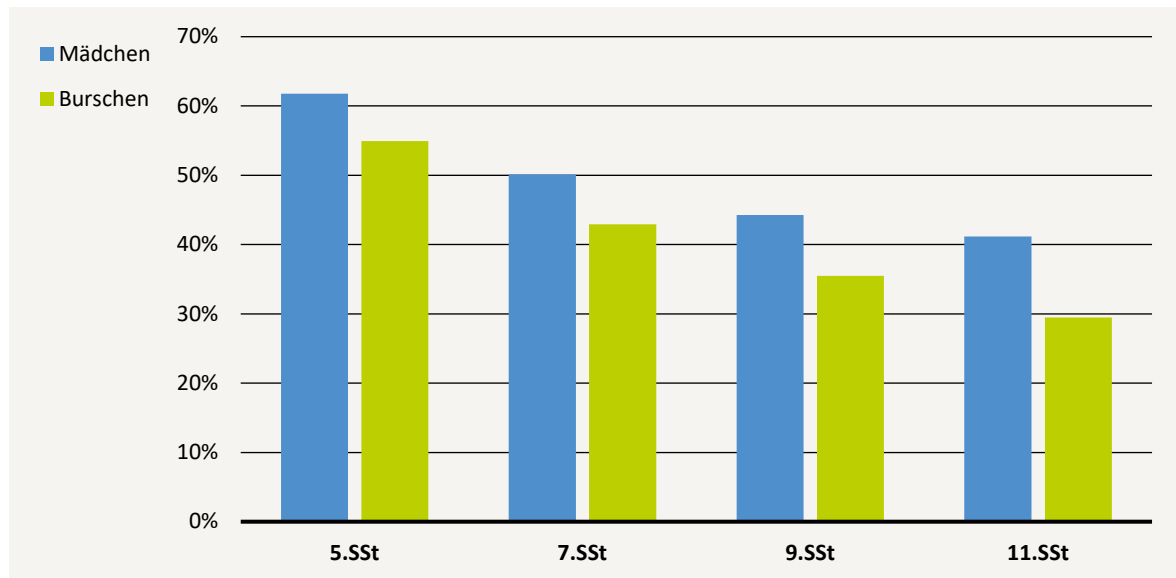
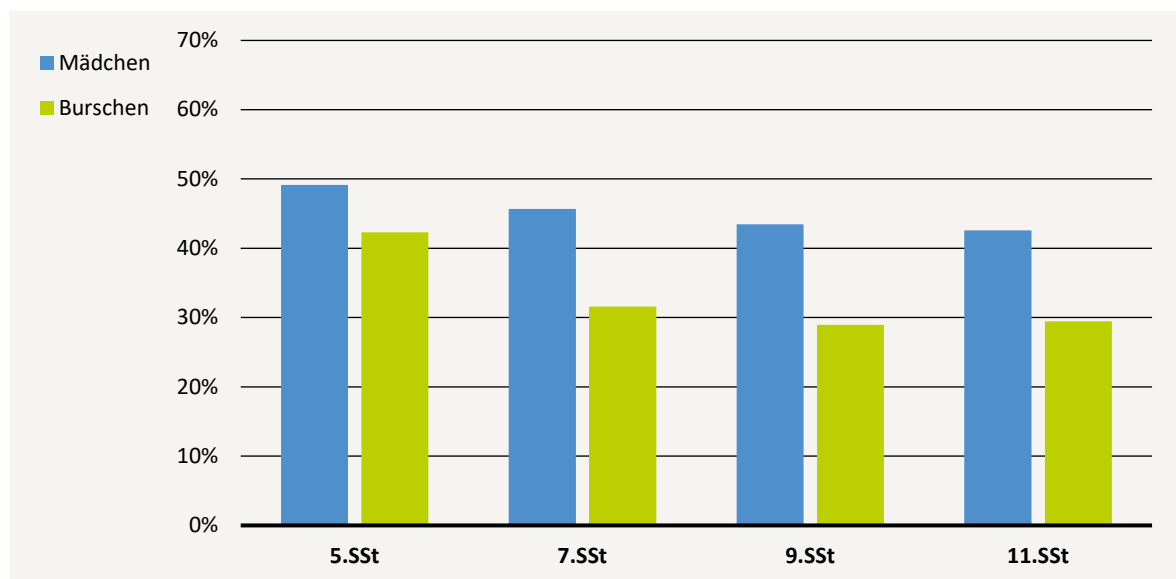


Abbildung 14: Relative Anzahl der Schüler:innen, die täglich Gemüse essen, nach Geschlecht und Schulstufe



Beim täglichen Gemüsekonsum (Abbildung 14) ist dieser Rückgang mit zunehmendem Alter zwar noch gut beobachtbar, aber weniger stark ausgeprägt, vor allem bei den Mädchen. Es sind, je nach Alter, 43 % bis 49 % der Mädchen und 29 % bis 42 % der Burschen, die täglich mindestens einmal Gemüse essen.

Obst ist nach wie vor etwas beliebter als Gemüse, aber nur bei jüngeren Schüler:innen (Abbildung 13 und Abbildung 14). Ungefähr 35 % der Schülerinnen und 25 % der Schüler essen mindestens einmal täglich Obst und Gemüse (ohne Darstellung).

Tabelle 8: Relativer Anteil der Schüler:innen, die hochkalorische Lebensmittel mit niedrigem Nährstoffgehalt mindestens 1 Mal täglich zu sich nehmen, nach Geschlecht und Schulstufe

	Mädchen				Burschen			
Schulstufe	5	7	9	11	5	7	9	11
Süßigkeiten	44,0 %	36,0 %	34,4 %	30,9 %	34,2 %	27,1 %	23,1 %	16,7 %
Softdrinks	15,5 %	17,5 %	15,7 %	12,7 %	19,6 %	19,2 %	18,0 %	11,2 %
„Fast Food“	7,0 %	6,6 %	4,9 %	2,3 %	10,5 %	6,7 %	5,5 %	3,0 %
Energy Drinks	2,0 %	8,6 %	11,2 %	8,4 %	5,6 %	6,9 %	10,3 %	5,1 %
Salzige Knabbereien	15,0 %	12,4 %	9,1 %	5,9 %	16,5 %	8,6 %	7,9 %	3,3 %

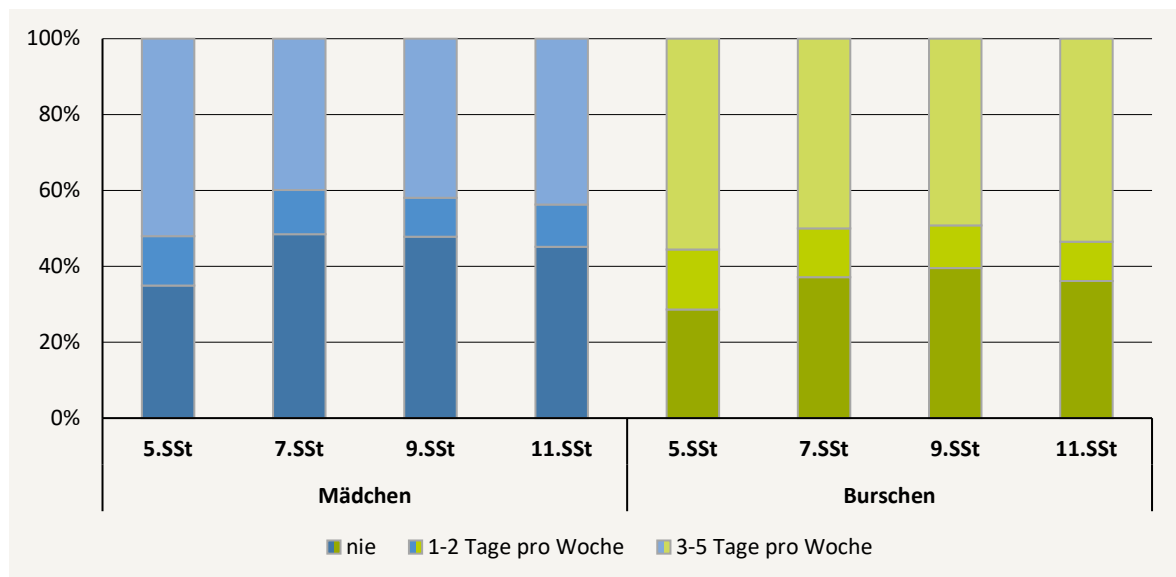
In Tabelle 8 ist die relative Anzahl der Schüler:innen dargestellt, die verschiedene Nahrungsmittel und Getränke, die nicht als „gesund“ gelten, täglich zu sich nehmen. Die Ergebnisse können für die Schüler:innen aller Schulstufen wie folgt zusammengefasst werden:

- 36 % der Mädchen und 25 % der Burschen essen täglich Süßigkeiten.
- Softdrinks werden von 15 % der Mädchen und 18 % der Burschen täglich getrunken.
- 5 % der Mädchen und 6 % der Burschen nehmen täglich „Fastfood“-Speisen¹ zu sich.
- Jeweils 8 % der Mädchen und Burschen konsumieren täglich mindestens einen Energy Drink.

¹Mit „Fast Food“-Speisen sind hier stark fetthaltige und hochkalorische Speisen mit wenig Nährwert gemeint. Dieser Terminus wird häufig in der Umgangssprache verwendet, ist aber ernährungswissenschaftlich zu unspezifisch.

- Salzige Knabberereien werden von 10 % der Mädchen und 9 % der Burschen täglich gegessen.

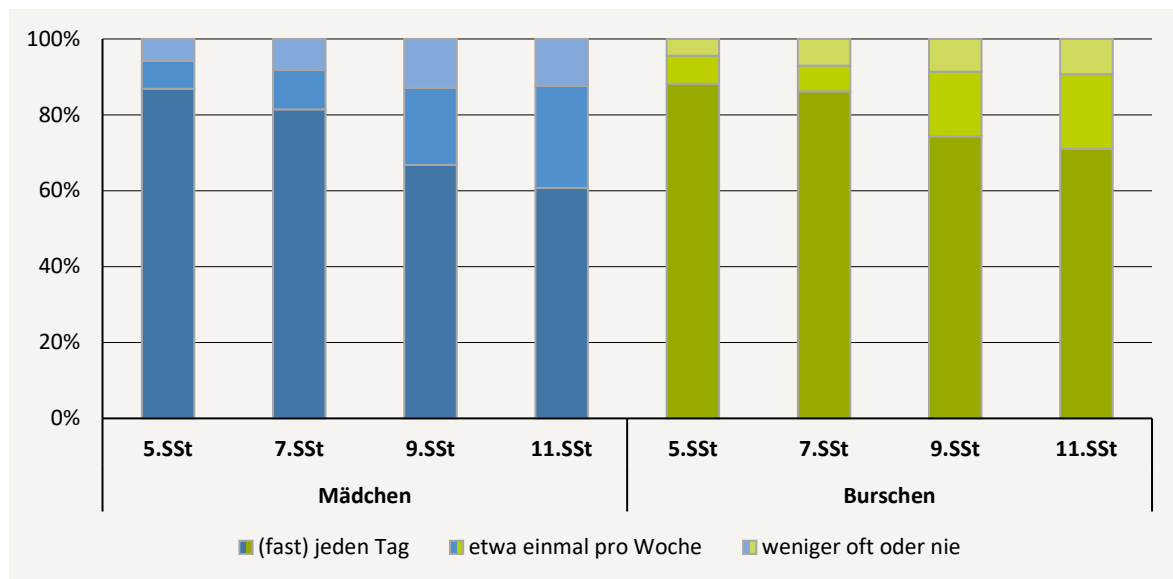
Abbildung 15: An wie vielen Schultagen in der Woche die Schüler:innen frühstücken, nach Geschlecht und Schulstufe



Insgesamt frühstücken ca. 40 % der Schüler:innen *nie* an Schultagen (Abbildung 15). In der 5. Schulstufe ist dieser Anteil noch niedriger und liegt bei ungefähr 35 % bei den Mädchen und 29 % bei den Burschen, steigt aber bei beiden Geschlechtern in Schulstufe 7. Insgesamt nehmen weniger Mädchen als Burschen an Schultagen ein Frühstück zu sich.

Je älter die Schüler:innen sind, umso niedriger ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie (fast) täglich gemeinsam mit ihrer Familie zumindest eine Mahlzeit einnehmen (Abbildung 16). Sie beträgt bei Mädchen, je nach Alter, 61 % bis 87 % und bei Burschen 71 % bis 88 %. Zwischen 4 % und 12 % essen seltener als einmal pro Woche oder nie gemeinsam mit ihrer Familie.

Abbildung 16: Wie oft die Schüler:innen gemeinsam mit ihrer Familie Mahlzeiten einnehmen, nach Geschlecht und Schulstufe



Vorsorge Zahngesundheit

Die Zahngesundheit der Schüler:innen wird in der internationalen HBSC-Studie seit vielen Jahren mit der Frage nach ihrem Zahnputzverhalten erhoben, da dies eine wichtige Vorsorgemaßnahme zur Vermeidung einer Vielzahl von Gesundheitsproblemen ist (Peres et al., 2019). Dazu kam in der letzten Erhebung 2017/18 in Österreich die Frage an ältere Schüler:innen, wie oft sie zur zahnärztlichen Kontrolluntersuchung gehen, da dies auch zur Vorsorge gehört (Itembox 13).

Itembox 13: Vorsorgemaßnahmen Zahngesundheit

Wie oft putzt du dir die Zähne?

Antwortoptionen: mehr als einmal täglich – einmal täglich – mindestens einmal pro Woche, aber nicht täglich – seltener als einmal pro Woche – nie

Wie oft gehst du für Kontrolluntersuchungen zum Zahnarzt bzw. zur Zahnärztin?

Antwortoptionen: nie – alle zwei Jahre oder seltener – ungefähr einmal im Jahr – zweimal im Jahr oder öfter

Ungefähr 82 % der Mädchen und 71 % der Burschen putzen sich täglich mindestens 2 Mal die Zähne (Abbildung 17). Es gibt dabei kaum Unterschiede zwischen den Schulstufen.

Abbildung 17: Relative Anzahl der Schüler:innen, die sich mindestens 2 Mal täglich die Zähne putzen, nach Geschlecht und Schulstufe

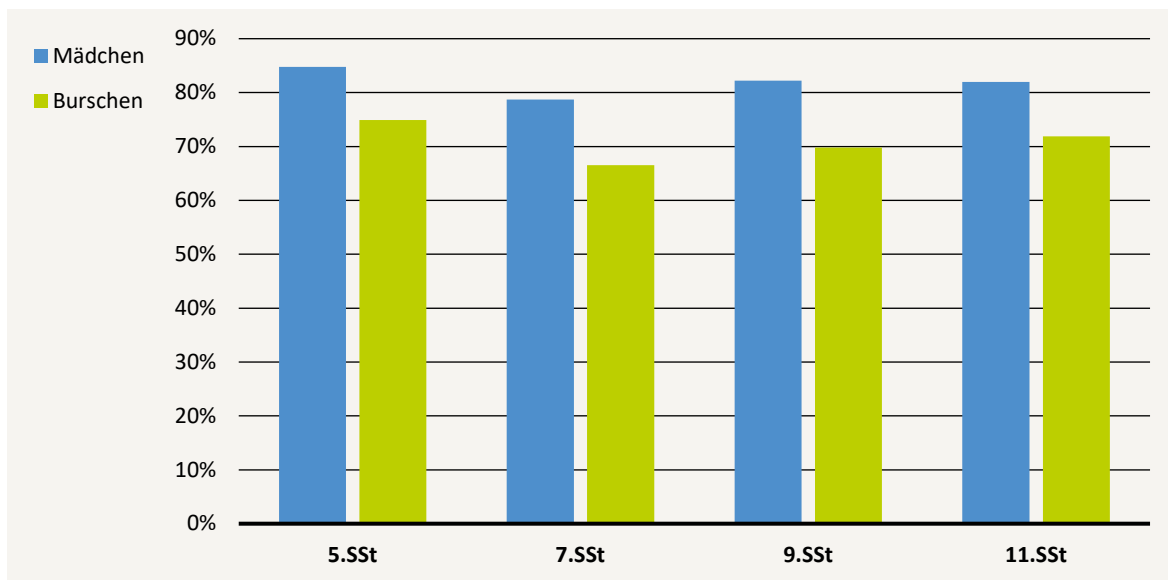
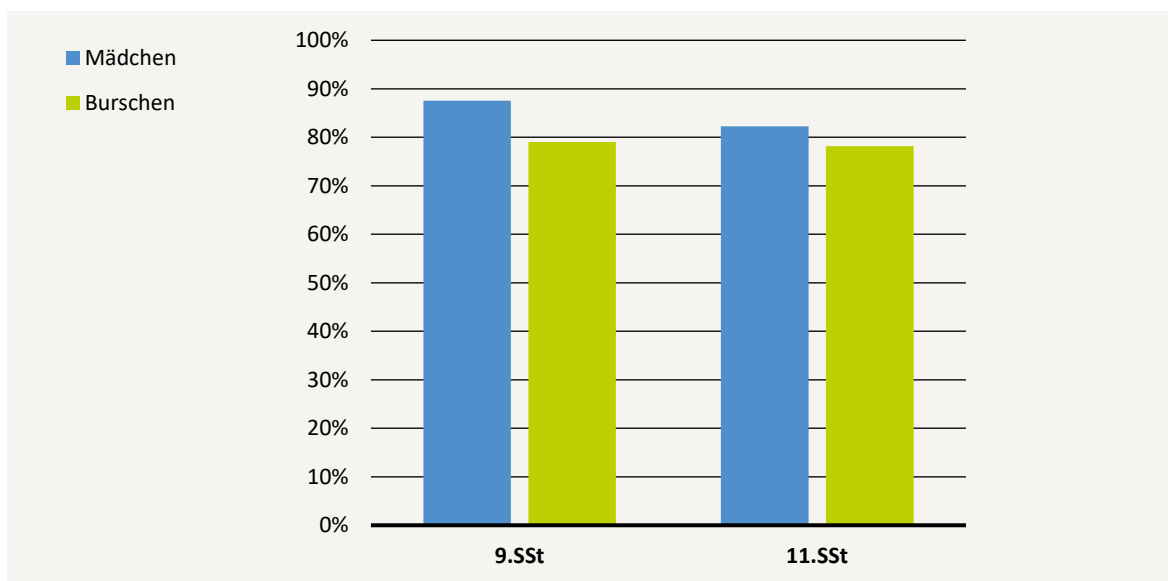


Abbildung 18: Relative Anzahl der Schüler:innen der Schulstufen 9 und 11, die sich mindestens 1 Mal jährlich einer zahnärztlichen Kontrolluntersuchung unterziehen, nach Geschlecht und Schulstufe

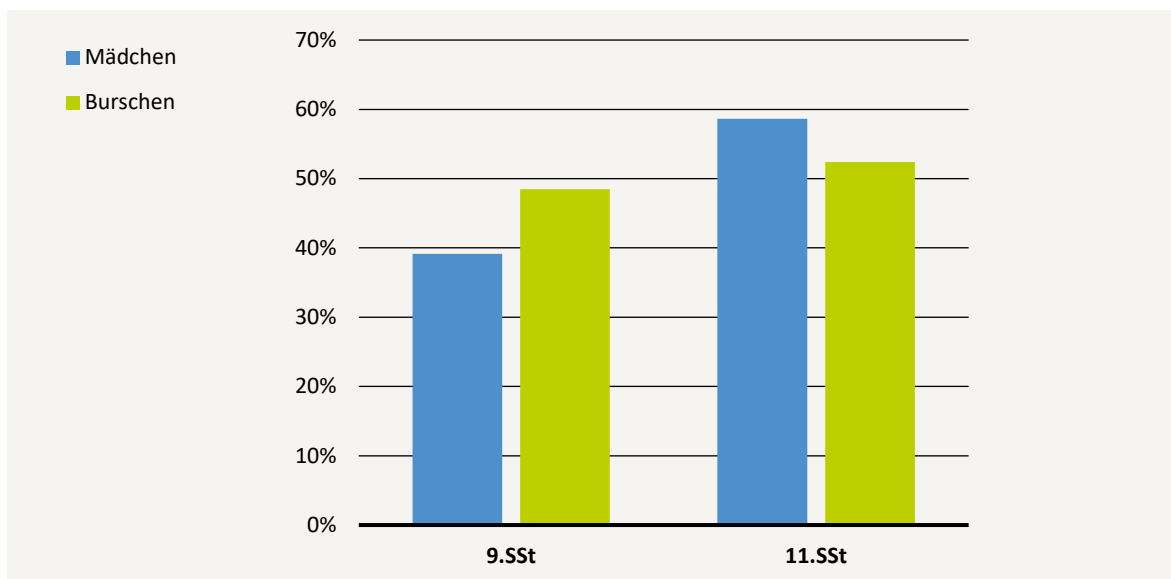


Ab Schulstufe 9 besuchen 85 % der Mädchen und 79 % der Burschen 1 oder 2 Mal jährlich eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt, um sich dort einer Kontrolluntersuchung zu unterziehen (Abbildung 18). Bei den jüngeren Schüler:innen wurde dies nicht abgefragt, da sich die Frage für sie in Vortestungen als zu schwierig erwiesen hatte.

Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum

Ob und wie oft Schüler:innen Zigaretten rauchen, alkoholhaltige Getränke trinken und Cannabis konsumieren, wird seit vielen Jahren in der HBSC-Studie erhoben, weil dies wichtige Prognosewerte für die Prävalenz von gesundheitlichem Risikoverhalten und Substanzabhängigkeiten im Erwachsenenalter sind (Felder-Puig & Teufl, 2021). Hinzugekommen sind alternative Nikotinprodukte wie E-Zigaretten oder Shishas (Itembox 14).

Abbildung 19: Relative Anzahl der Schüler:innen der Schulstufen 9 und 11, die jemals Zigaretten, E-Zigaretten, Wasserpfeife oder andere Nikotinprodukte geraucht bzw. konsumiert haben, nach Geschlecht und Schulstufe



Von den Mädchen und Burschen in Schulstufe 9 und 11 hat ungefähr die Hälfte bereits mindestens eines der abgefragten Nikotinprodukte ausprobiert (Abbildung 19). Burschen tun dies oft in etwas jüngerem Alter als Mädchen. Aktuell konsumiert ungefähr je ein Drittel der Mädchen und Burschen mindestens ein Nikotinprodukt (Abbildung 20).

Itembox 14: Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum

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

An wie vielen Tagen (wenn überhaupt) hast du elektronische Zigaretten (E-Zigaretten, Vaporizer, E-Shisha) genutzt? Bitte zähle Tabakerhitzer (z.B. Heets, IQOS, glo) für diese Frage nicht mit.

An wie vielen Tagen (wenn überhaupt) hast du Wasserpfeife (Shisha, Bong) geraucht?

An wie vielen Tagen (wenn überhaupt) hast du Kautabak, Snus und/oder Nikotinsäckchen konsumiert?

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

*Antwortoptionen (für jeweils „In deinem Leben“ und „In den letzten 30 Tagen“):
nie – 1-2 Tage – 3-5 Tage – 6-9 Tage – 10-19 Tage – 30 Tage oder mehr*

Wie oft rauchst du derzeit Zigaretten?

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

Hast du jemals so viel Alkohol getrunken, dass du richtig betrunken warst?

*Antwortoptionen (für jeweils „In deinem Leben“ und „In den letzten 30 Tagen“):
nein, nie – ja, 1 Mal – ja, 2-3 Mal – ja, 4-10 Mal – ja, öfter als 10 Mal*

Wie oft trinkst du derzeit alkoholische Getränke wie Bier, Wein oder Spirituosen?

Denk dabei auch an die Gelegenheiten, bei denen du nur kleine Mengen getrunken hast.

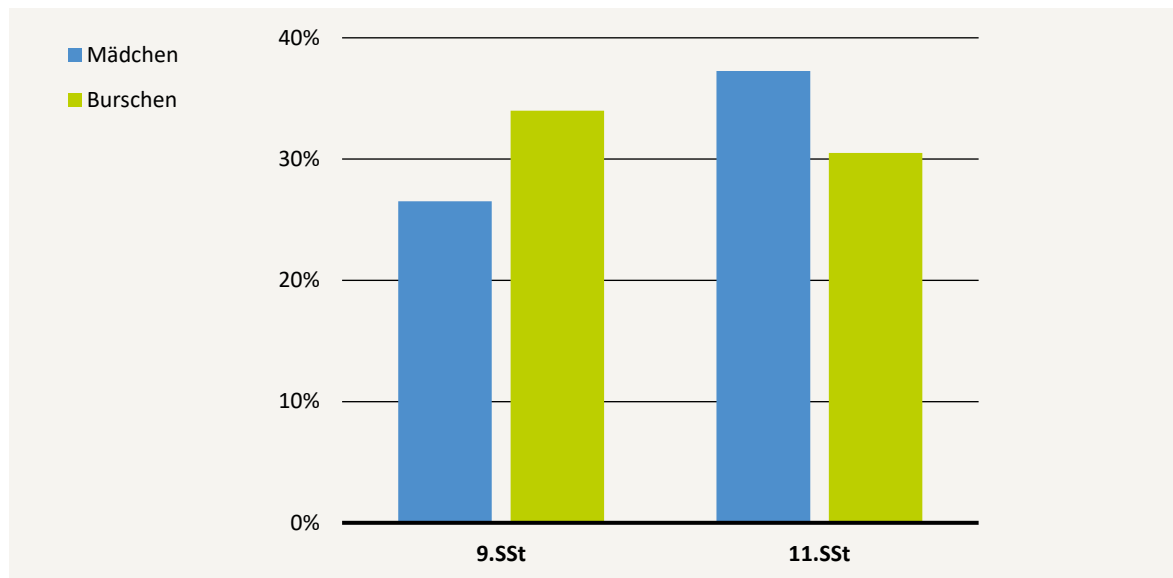
Bier – Wein (pur oder gespritzt) oder Sekt – Spirituosen (Schnaps, Wodka, Gin, Whisky, Rum etc.) – Alkopops (z.B. Smirnoff Ice, Bacardi Breezer, Xuxu, etc.) – irgendein anderes alkoholisches Getränk (Cider, Alko-Shot, Likör, etc.)

Antwortoptionen: täglich – jede Woche – jeden Monat – seltener – nie

Hast du jemals Cannabis (Haschisch, Marihuana) konsumiert?

*Antwortoptionen (für jeweils „In deinem Leben“ und „In den letzten 30 Tagen“):
nie – 1-2 Mal – 3-5 Mal – 6-9 Mal – 10-19 Mal – 20-29 Mal – 30 Mal oder öfter*

Abbildung 20: Relative Anzahl der Schüler:innen der Schulstufen 9 und 11, die aktuell Zigaretten, E-Zigaretten, Wasserpfeife oder andere Nikotinprodukte rauchen bzw. konsumieren, nach Geschlecht und Schulstufe



In Tabelle 9 ist dargestellt, welche Nikotinprodukte die Jugendlichen in welcher Häufigkeit konsumieren. Zigaretten sind nach wie vor die am weitesten verbreiteten Nikotinprodukte, denn ein Fünftel der Schüler:innen in der 9. und 11. Schulstufe sind Zigarettenraucher:innen. Die größte Subgruppe sind hier die Mädchen in Schulstufe 11. Im Übrigen geben 6 % der Mädchen und 4 % der Burschen an, täglich Zigaretten zu rauchen (ohne Darstellung). Der Gebrauch von E-Zigaretten nähert sich jenem der „klassischen“ Zigaretten an. Ungefähr 18 % der Schüler:innen in den Schulstufen 9 und 11 konsumieren Wasserpfeife und/oder andere Nikotinprodukte (siehe Itembox 15).

Tabelle 9: Welche Nikotinprodukte die Schüler:innen der Schulstufen 9 und 11 aktuell konsumieren, nach Geschlecht und Schulstufe

	Mädchen		Burschen	
	9. Schulstufe	11. Schulstufe	9. Schulstufe	11. Schulstufe
Zigaretten	19,2 %	25,7 %	15,9 %	15,4 %
E-Zigaretten	19,2 %	16,1 %	19,5 %	10,9 %
Wasserpfeifen	8,8 %	13,3 %	11,7 %	13,1 %
andere	8,1 %	10,8 %	18,6 %	13,7 %

Aus Tabelle 10 ist ersichtlich, dass jeweils die Hälfte der Schüler:innen in Schulstufe 9 gar keinen Alkohol trinkt, während dies auf ungefähr ein Drittel der Schüler:innen aus Schulstufe 11 zutrifft. Wiederholter Alkoholkonsum (an 3 Tagen pro Monat oder öfter) ist bei Schüler:innen der Schulstufe 11 stärker zu beobachten als bei jenen aus Schulstufe 9. Zwischen Mädchen und Burschen zeigt sich kein Unterschied in der Frequenz ihres Alkoholkonsums.

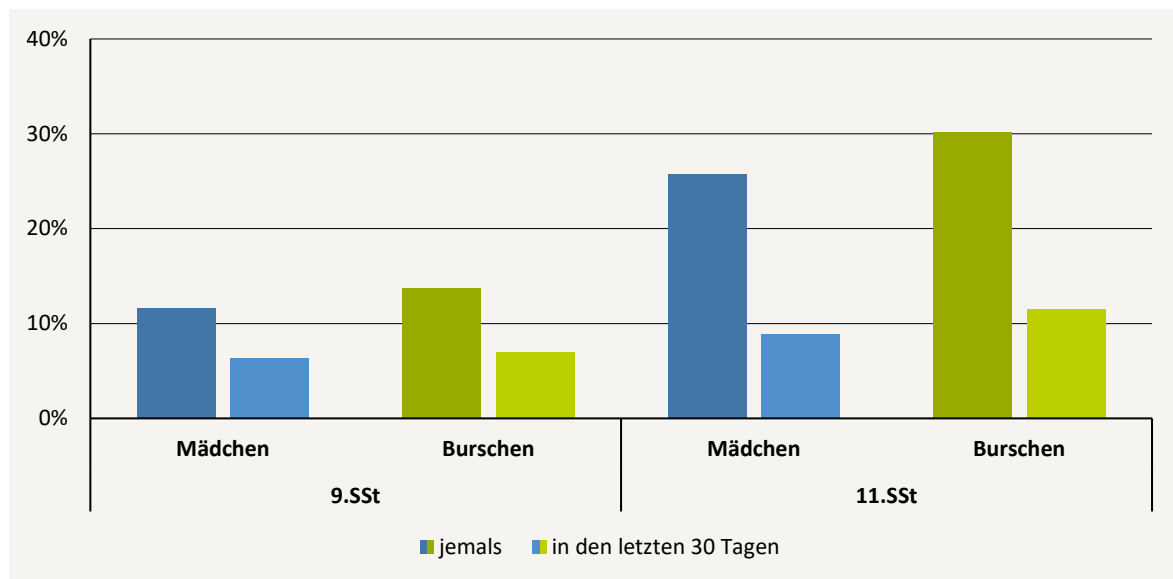
Tabelle 10: An wie vielen Tagen im letzten Monat wie viele Schüler:innen der Schulstufen 9 und 11 Alkohol konsumiert haben, nach Geschlecht und Schulstufe

	Mädchen		Burschen	
	9. Schulstufe	11. Schulstufe	9. Schulstufe	11. Schulstufe
nie	50,8 %	31,7 %	50,3 %	34,4 %
1-2 Tage	24,9 %	25,7 %	19,5 %	24,1 %
3-5 Tage	12,2 %	22,0 %	12,0 %	21,2 %
6 Tage und mehr	12,0 %	20,6 %	18,2 %	20,3 %
Gesamt	100 %	100 %	100 %	100 %

Bier ist das beliebteste alkoholische Getränk der Burschen in den Schulstufen 9 und 11, es wird von 23 % mindestens 1 Mal wöchentlich getrunken, während dies bei Mädchen auf 8 % zutrifft (ohne Darstellung). Wein (pur oder gespritzt) wird von jeweils ca. 11 % der Mädchen und Burschen wöchentlich konsumiert. Ähnlich verhält es sich bei Spirituosen, die von 12 % mindestens 1 Mal pro Woche getrunken werden. Alkopops sowie andere alkoholische Getränke werden von jeweils 9 % wöchentlich konsumiert. 11 % der Mädchen und 15 % der Burschen waren in den letzten 30 Tagen mindestens 2 Mal betrunken (ohne Darstellung).

Knapp über 10 % der Schüler:innen aus Schulstufe 9 haben bereits Cannabis konsumiert (Abbildung 21). In Schulstufe 11 sind es mehr als doppelt so viele. Aktuell nehmen ungefähr 7 % der Mädchen und 9 % der Burschen aus den beiden Schulstufen Cannabis zu sich.

Abbildung 21: Relative Anzahl der Schüler:innen der Schulstufen 9 und 11, die jemals bzw. im letzten Monat Cannabis konsumiert haben, nach Geschlecht und Schulstufe



Sexualverhalten

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

In Österreich wurden ältere Schüler:innen zusätzlich nach ihrer möglichen sexuellen Orientierung gefragt, da es dazu bis dato keine Daten gibt (Itembox 15).

25 % der Mädchen und 24 % der Burschen in den Schulstufen 9 und 11 hatten bereits Geschlechtsverkehr (ohne Darstellung). 87 % gaben an, beim ersten Mal 14 Jahre alt oder älter gewesen zu sein. Das Kondom ist das am häufigsten genutzte Verhütungsmittel. In ungefähr 35 % der Fälle wird es allein und in 19 % gemeinsam mit der Anti-Baby-Pille verwendet. Ungefähr 17 % der sexuell aktiven Schüler:innen verhüteten beim letzten Verkehr gar nicht oder mit einer anderen Methode. Aus einer älteren Erhebung (Ramelow et al.,

2015) ist bekannt, dass von jenen, die weder Kondom noch Pille verwenden, ungefähr zwei Drittel gar nicht verhüten und ein Drittel eine andere Verhütungsmethode anwendet.

Itembox 15: Sexualverhalten

Hast du schon einmal Geschlechtsverkehr gehabt (Sex gehabt, mit jemandem geschlafen)?

Antwortoptionen: ja – nein

Wie alt warst du, als du zum ersten Mal Geschlechtsverkehr hattest?

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

Als du das letzte Mal Geschlechtsverkehr hattest, hast du oder hat dein Partner ein Kondom benutzt?

Antwortoptionen: ja – nein – weiß nicht

Als du das letzte Mal Geschlechtsverkehr hattest, hast du oder hat deine Partnerin die Antibabypille benutzt?

Antwortoptionen: ja – nein – weiß nicht

Wie würdest du deine momentane sexuelle Orientierung beschreiben? Damit meinen wir, zu welchem Geschlecht du dich in deinem Fühlen und Begehren sexuell hingezogen fühlst.

*Antwortoptionen: heterosexuell (fühle mich zum anderen Geschlecht hingezogen) -
bisexuell (fühle mich zu beiden Geschlechtern hingezogen) – schwul oder lesbisch
(fühle mich zum eigenen Geschlecht hingezogen) – anders, und zwar:
_____ - ich bin mir (noch) nicht sicher*

In der österreichischen HBSC-Studie 2021/22 wurden ältere Schüler:innen zum ersten Mal nach ihrer sexuellen Orientierung gefragt, da dazu kaum Daten vorliegen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 11 dargestellt. Unterschiede zwischen Mädchen und Burschen sind in allen Kategorien außer bei der Homosexualität festzustellen.

Abbildung 22: Wie viele sexuell aktive Schüler:innen welches Verhütungsmittel benutzen, nach Geschlecht und Schulstufe

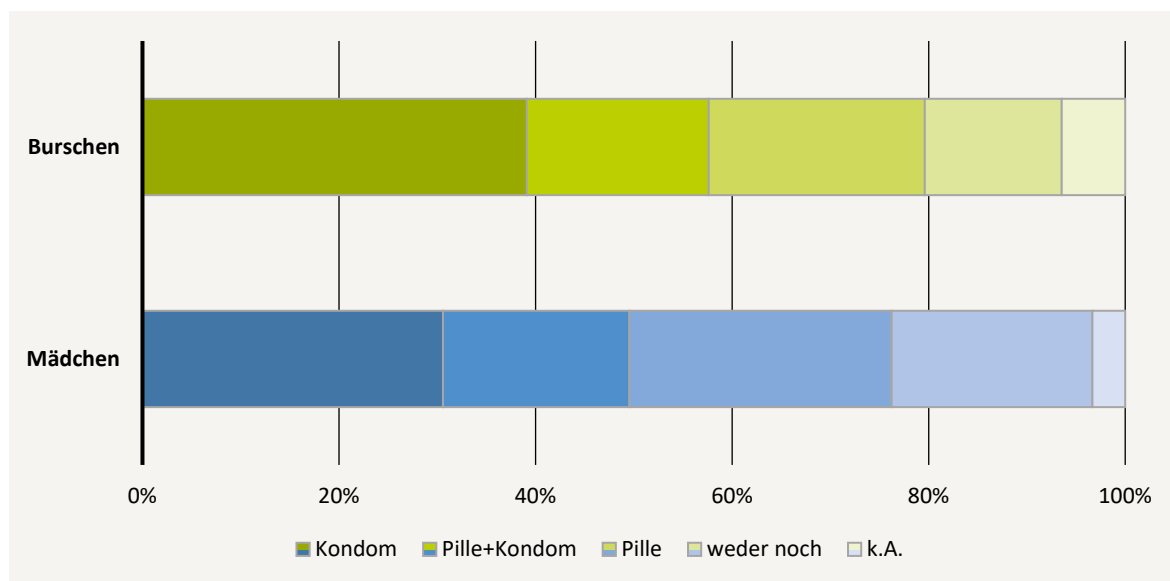


Tabelle 11: Sexuelle Orientierung der Schüler:innen in Schulstufe 9 und 11, nach Geschlecht und Schulstufe

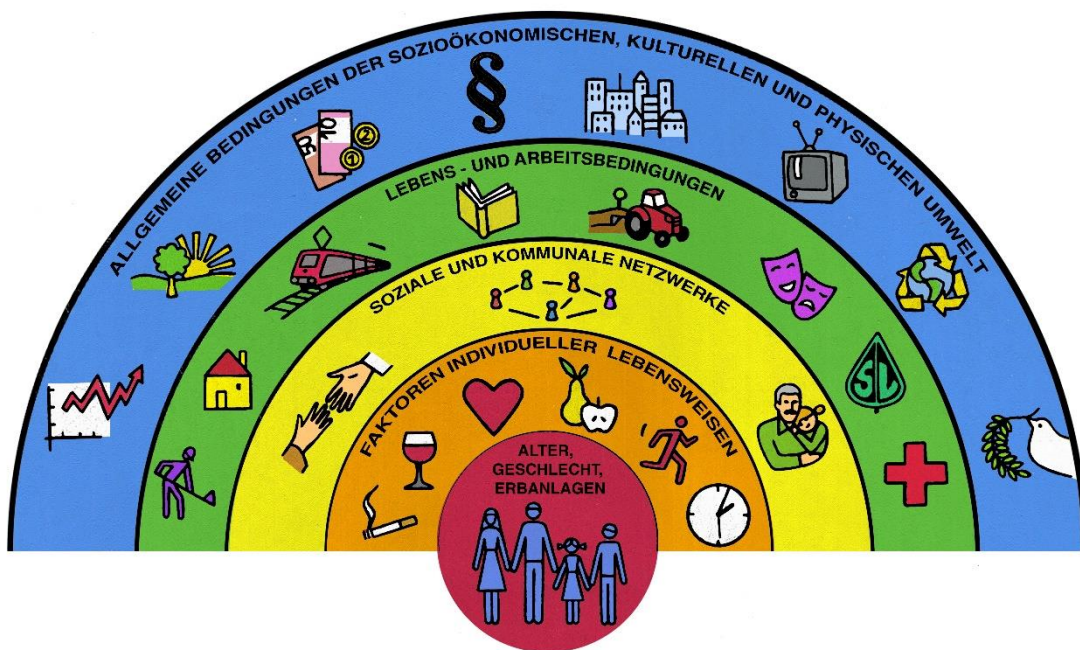
	Mädchen		Burschen	
Schulstufe	9	11	9	11
heterosexuell	75,4 %	79,1 %	93,3 %	91,1 %
bisexuell	10,0 %	10,9 %	1,9 %	3,9 %
homosexuell	1,7 %	1,7 %	1,2 %	1,1 %
anderes*	2,6 %	1,7 %	0,6 %	0,6 %
unsicher	10,3 %	6,6 %	3,0 %	3,3 %
Gesamt	100 %	100 %	100 %	100 %

*z.B. pansexuell, demisexuell, asexuell

Sonstige Gesundheitsdeterminanten

Es gibt eine Vielzahl von Gesundheitsdeterminanten, das sind Faktoren, die Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen können. In Abbildung 23 ist das bekannte „Regenbogenmodell“ der Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren & Whitehead (1991) dargestellt. Auf einige der dort gelisteten Determinanten, wie Geschlecht, Alter und lebensstilassoziiertes Verhalten bzw. Gesundheits- und Risikoverhalten wurde bereits in den vorausgehenden Kapiteln eingegangen. In diesem Kapitel werden weitere Ergebnisse zu Gesundheitsdeterminanten behandelt, wie der sozioökonomische Status der Schüler:innen, ihre Selbstwirksamkeit, die Beziehungen zu ihrer Familie, ihren Freund:innen, ihren Mitschüler:innen und ihren Lehrer:innen oder ihre Gesundheitskompetenz.

Abbildung 23: Das „Regenbogenmodell“ der Gesundheitsdeterminanten



Quelle und Darstellung: Fonds Gesundes Österreich

Sozioökonomischer Status und Migrationshintergrund

Es gibt zahlreiche empirische Hinweise darauf, dass sich die soziale Lage von Kindern und Jugendlichen auf ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden auswirkt (Hofmann & Felder-Puig, 2014). Dies wird hauptsächlich mit dem unterschiedlichen Zugang zu Ressourcen materieller, sozialer und kultureller Art erklärt, die den Kindern und Jugendlichen und ihren Familien zur Realisierung ihrer Gesundheitspotenziale zur Verfügung stehen. Drei entsprechende Indikatoren, die in der HBSC-Studie verwendet werden, sind Familienwohlstand, Arbeitslosigkeit der Eltern und Migrationshintergrund. Die relevanten Items sind in Itembox 16 und 17 abgebildet.

Gemäß den Werten, die sich aus den Antworten zu den Fragen der *Family Affluence Scale* (FAS) ergeben, werden 17 % der österreichischen Schüler:innen einem niedrigen, 70 % einem mittleren und 13 % einem hohen Familienzustand zugeordnet (ohne Darstellung). Die entsprechenden FAS-Scores lauten 0-7, 8-11 und 12-13.

96 % der Schüler:innen berichten von einer aktuellen Berufstätigkeit des Vaters (ohne Darstellung). Von den 4 % erwerbslosen Vätern sind 28 % auf Arbeitssuche, 10 % kümmern sich um Haushalte und/oder Angehörige und 62 % haben andere Gründe. Bei den Müttern sind 90 % beschäftigt, und von den 10 % erwerbslosen sind 13 % auf Arbeitssuche, 71 % kümmern sich um Haushalte und/oder Angehörige und 16 % haben andere Gründe.

Jeweils 24 % der Mädchen und Burschen, die an der HBSC-Studie teilnahmen, haben beidseitigen Migrationshintergrund, d.h., sie selbst und/oder beide Eltern sind im Ausland geboren (ohne Darstellung).

Itembox 16: Migrationshintergrund

In welchem Land bist du geboren?

In welchem Land ist deine Mutter geboren?

In welchem Land ist dein Vater geboren?

Antwortoptionen: Österreich – Deutschland – Serbien – Türkei – Rumänien –

Bosnien und Herzegowina – in einem anderen Land, nämlich in: _____

Itembox 17: Ökonomische Situation der Familie

Besitzt deine Familie ein Auto? *Antwortoptionen: nein – ja, eines – ja, zwei oder mehrere*

Hast du ein eigenes Zimmer? *Antwortoptionen: nein – ja*

Wie viele Computer (inklusive Laptops und Tablets, ohne Spielekonsolen und Smartphones) besitzt deine Familie? *Antwortoptionen: keinen – einen – zwei – mehr als zwei*

Wie viele Badezimmer (mit Badewanne und/oder Dusche) hast du zu Hause? *Antwortoptionen: keines – eines – zwei – mehr als zwei*

Hat deine Familie einen Geschirrspüler zu Hause? *Antwortoptionen: nein – ja*

Wie häufig bist du in den letzten 12 Monaten mit deiner Familie in den Ferien (im Urlaub) verreist? *Antwortoptionen: überhaupt nicht – einmal – zweimal – öfter als zweimal*

Bitte klicke an, welche Aussagen für deinen Vater und welche für deine Mutter zutreffen.

Vater:

Ist dein Vater berufstätig?

Antwortoptionen: ja – nein – weiß nicht – habe keinen Vater oder sehe ihn nicht

Wenn „Nein“, warum ist er nicht berufstätig?

Antwortoptionen: Er ist krank, in Pension oder studiert. – Er ist auf Arbeitssuche. – Er kümmert sich Vollzeit um den Haushalt oder jemanden aus der Familie. – Weiß nicht.

Mutter:

Ist deine Mutter berufstätig?

Antwortoptionen: ja – nein – weiß nicht – habe keine Mutter oder sehe sie nicht

Wenn „Nein“, warum ist sie nicht berufstätig?

Antwortoptionen: Sie ist krank, in Pension oder studiert. – Sie ist auf Arbeitssuche. – Sie kümmert sich Vollzeit um den Haushalt oder jemanden aus der Familie. – Weiß nicht.

Körperliche und psychische Gewalt

Gewalt geschieht in unterschiedlichen Ausprägungen und Erscheinungsformen an sozialen Orten, zum Beispiel in der Schule. Die Ausdrucksformen sind vielfältig: Am häufigsten kommen Mobbing von oder durch Mitschüler:innen in der Schule, Cybermobbing (das oft auch außerhalb der Schule stattfindet) und körperliche Attacken oder Auseinandersetzungen in oder außerhalb der Schule, nicht selten am Schulweg, vor (Felder-Puig & Teufl, 2020). Die entsprechenden Items sind in Itembox 18 und 19 zu finden. Andere Gewalterfahrungen (z.B. innerfamiliär) werden in der HBSC-Studie nicht erhoben.

Itembox 18: Raufereien und Mobbing in der Schule

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

Antwortoptionen: Ich war in den letzten 12 Monaten an keinem Kampf /keiner Rauferei beteiligt. – 1 Mal – 2 Mal – 3 Mal – 4 Mal oder öfter

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

Antwortoptionen: Ich habe in den letzten paar Monaten niemanden in der Schule gemobbt. – Ich habe das 1 oder 2 Mal gemacht. – 2 oder 3 Mal pro Monat – ungefähr 1 Mal pro Woche – mehrmals pro Woche

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

Antwortoptionen: Ich wurde in den letzten paar Monaten in der Schule nicht gemobbt. – Das ist 1 oder 2 Mal passiert. – 2 oder 3 Mal pro Monat – ungefähr 1 Mal pro Woche – mehrmals pro Woche

Bist du von Burschen oder von Mädchen gemobbt worden?

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

Itembox 19: Cybermobbing

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

Antwortoptionen: Ich habe in den letzten paar Monaten niemanden online gemobbt. – Ich habe das 1 oder 2 Mal gemacht. – 2 oder 3 Mal pro Monat – ungefähr 1 Mal pro Woche – mehrmals pro Woche

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

Antwortoptionen: Ich wurde in den letzten paar Monaten online nicht gemobbt. – Das ist 1 oder 2 Mal passiert. – 2 oder 3 Mal pro Monat – ungefähr 1 Mal pro Woche – mehrmals pro Woche

Schüler:innen aus den höheren Schulstufen sind weniger oft an Raufereien beteiligt als jene aus den unteren. Bei den Mädchen waren zwischen 74 % und 91 %, je nach Schulstufe, und bei den Burschen zwischen 46 % und 76 % innerhalb eines Jahres nie in eine Rauferei verwickelt (Abbildung 24).

Von wiederholten Mobbing-Übergriffen in der Schule (in den letzten Monaten mindestens 2 Mal pro Monat oder öfter) sind bei den Mädchen zwischen 3 % und 12 % und bei den Burschen zwischen 4 % und 13 % als Opfer betroffen (Abbildung 25). In Schulstufe 5 sind die höchsten Opfer-Fallzahlen zu beobachten. Zwischen 74 % und 92 % der Mädchen, je nach Schulstufe, und 74 % bis 93 % der Burschen wurden in den letzten paar Monaten in der Schule nie gemobbt (ohne Darstellung).

Unter jenen Schüler:innen, die mehrmals Mobbing gegenüber Mitschüler:innen betrieben haben, sind in höherer Anzahl Burschen als Mädchen zu finden (Abbildung 25). Im Schnitt sind es ungefähr 2 % aller Schülerinnen und 5 % aller Schüler, die andere regelmäßig mobben. Zwischen 90 % und 95 % der Mädchen, je nach Schulstufe, und zwischen 80 % und 91 % der Burschen haben ihre Mitschüler:innen in den letzten paar Monaten in der Schule nie gemobbt (ohne Darstellung).

Abbildung 24: Wie oft Schüler:innen in den letzten 12 Monaten an Raufereien beteiligt waren, nach Geschlecht und Schulstufe

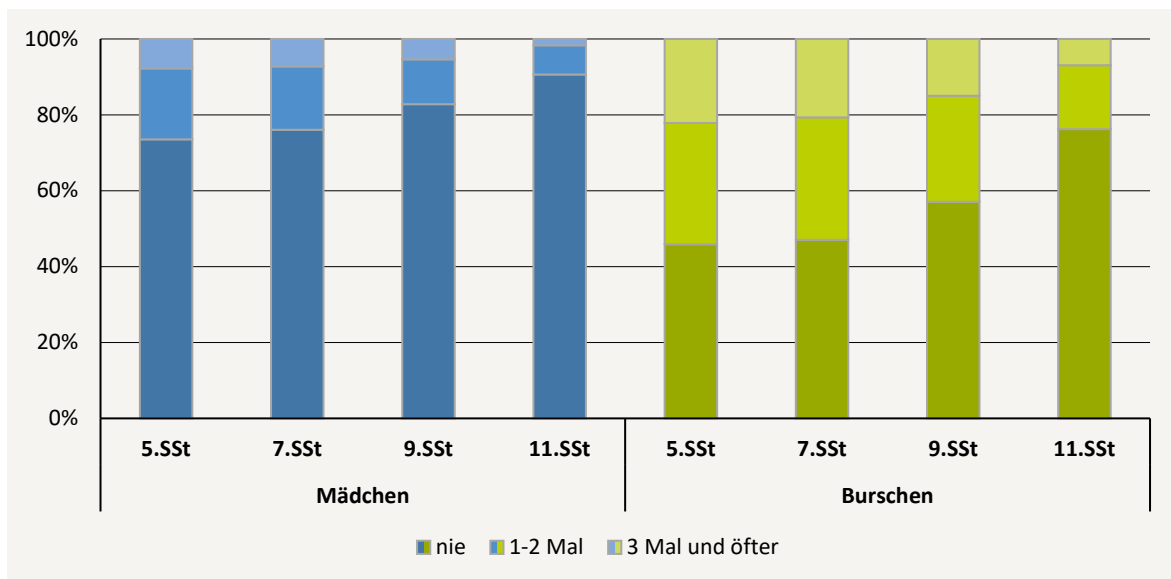


Abbildung 25: Wie viele Schüler:innen mehrmals Opfer von Mobbing in der Schule wurden oder selbst an häufigerem Mobbing von Mitschüler:innen beteiligt waren, nach Geschlecht und Schulstufe

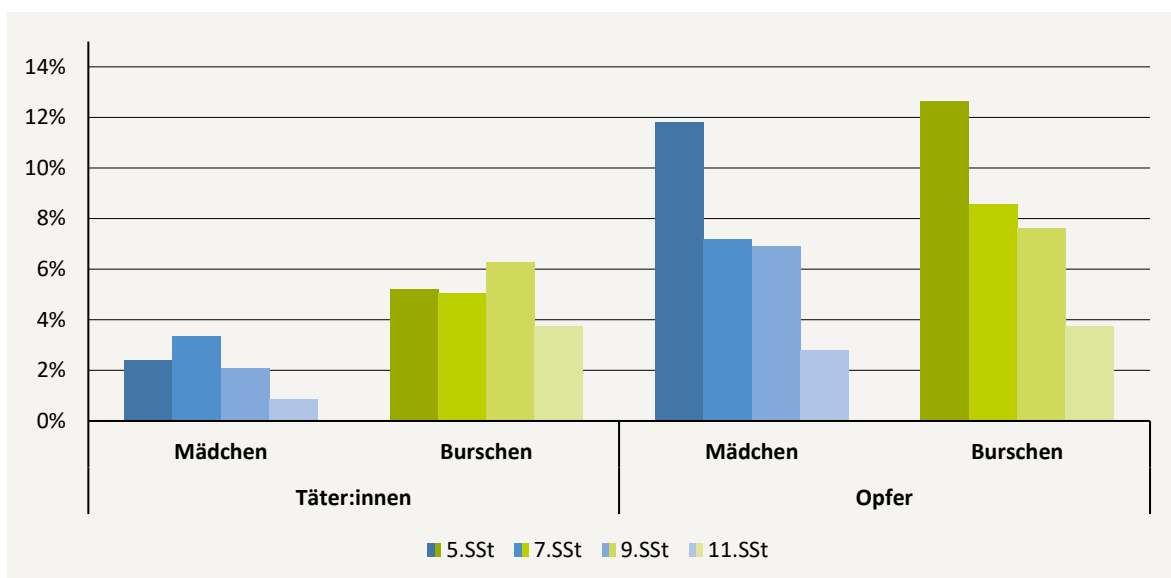


Tabelle 12: Von wem Mobbing-Opfer in der Schule hauptsächlich gemobbt werden, nach Geschlecht und Schulstufe

Schulstufe	Mädchen				Burschen			
	5	7	9	11	5	7	9	11
von einem Mädchen	18 %	19 %	14 %	20 %	13 %	13 %	9 %	9 %
von einem Burschen	30 %	25 %	14 %	14 %	33 %	33 %	31 %	32 %
von mehreren Mädchen	12 %	12 %	18 %	30 %	9 %	6 %	8 %	8 %
von mehreren Burschen	22 %	19 %	24 %	9 %	25 %	34 %	40 %	28 %
von Mädchen und Burschen	18 %	26 %	30 %	27 %	21 %	15 %	12 %	23 %
Gesamt	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Prozentzahlen wurden hier wegen besserer Darstellbarkeit auf- oder abgerundet

Zwischen 7 % und 26 % aller Schüler:innen haben in den letzten paar Monaten zumindest einmalige Erfahrung als Mobbingopfer in der Schule gemacht. Von wem diese hauptsächlich gemobbt wurden, ist aus Tabelle 12 ersichtlich. Gegenüber jüngeren Schülerinnen sind es vor allem einzelne Burschen, von denen Mobbing ausgeht, während es bei den älteren Schülerinnen mehrheitlich gemischte Gruppen und in geringerem Ausmaß Mädchen- oder Burschengruppen sind. Gegenüber Burschen hingegen geht die Gewalt in allen Schulstufen vor allem von anderen Burschen aus, sowohl von Gruppen als auch von einzelnen Tätern.

Tabelle 13: Wie viele Schüler:innen in den letzten paar Monaten Opfer von Cybermobbing geworden sind, nach Geschlecht und Schulstufe

Schulstufe	1-2 Mal				2-3 Mal /Monat oder öfter			
	5	7	9	11	5	7	9	11
Mädchen	9,8 %	9,6 %	8,7 %	5,4 %	4,4 %	4,3 %	3,3 %	1,6%
Burschen	7,2 %	7,0 %	5,4 %	5,7 %	5,0 %	3,6 %	4,3 %	3,0 %
Gesamt	8,5 %	8,3 %	7,1 %	5,5 %	4,7 %	3,9 %	3,8 %	2,2 %

Cybermobbing, das mittels digitaler Medien ausgeführt wird, kann sowohl in als auch außerhalb der Schule stattfinden. In Tabelle 13 ist die relative Anzahl der Cybermobbing-Opfer dargestellt. Die höchsten Fallzahlen, ca. 13 %, sind in Schulstufe 5 und die niedrigsten,

ca. 8 %, in Schulstufe 11 zu beobachten, und Mädchen sind etwas stärker betroffen als Burschen.

Unter jenen, die andere digital gemobbt haben, sind Burschen stärker vertreten als Mädchen (Tabelle 14). Außerdem sind in den Schulstufen 7 und 9 mehr Cybermobbing-Täter:innen (11 % und 10 %) zu finden als in den Schulstufen 5 und 11 (7 % und 6 %).

Tabelle 14: Wie viele Schüler:innen in den letzten paar Monaten Cybermobbing betrieben haben, nach Geschlecht und Schulstufe

Schulstufe	1-2 Mal				2-3 Mal /Monat oder öfter			
	5	7	9	11	5	7	9	11
Mädchen	3,8 %	5,4 %	4,1 %	2,8 %	1,5 %	3,7 %	1,6 %	0,6 %
Burschen	4,4 %	7,9 %	7,0 %	5,7 %	4,4 %	5,1 %	7,3 %	3,9 %
Gesamt	4,1 %	6,7 %	5,5%	3,9 %	3,0 %	4,4 %	4,3 %	1,9 %

Selbstwirksamkeit

Unter Selbstwirksamkeit versteht die kognitive Psychologie die Überzeugung einer Person, auch schwierige Situationen und Herausforderungen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können (Bandura, 1997). Sie wurde in der aktuellen HBSC-Studie mit den in Itembox 20 dargestellten zwei Fragen gemessen.

Itembox 20: Selbstwirksamkeit

Bei den folgenden Fragen geht es darum, wie oft du etwas schaffst.

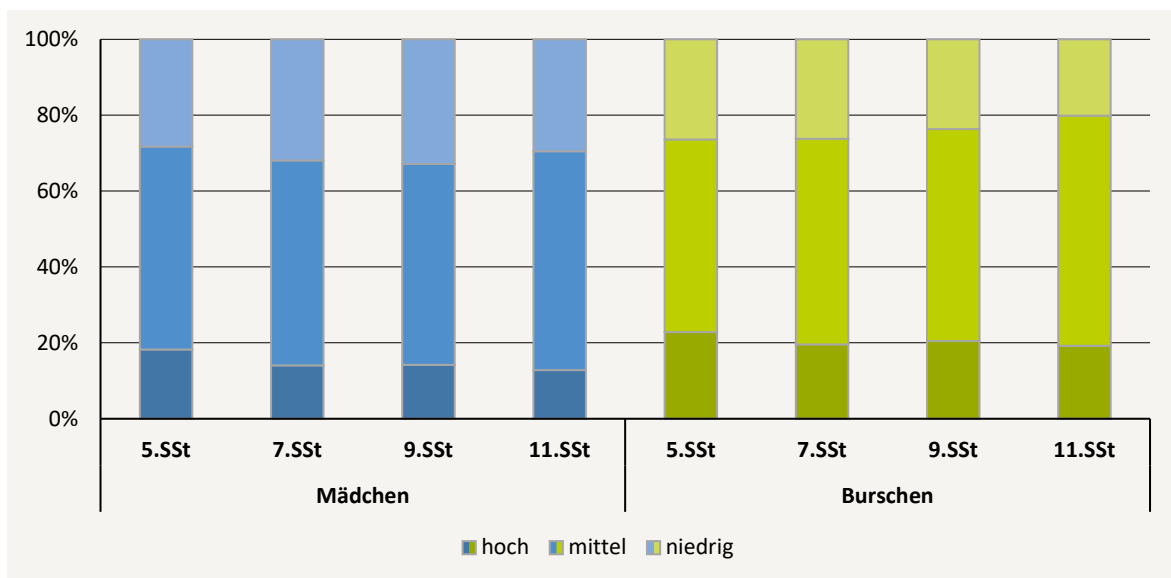
- Wie oft findest du eine Lösung auf ein Problem, wenn du dich genug anstrengst?
- Wie oft schaffst du es, das zu tun, was du dir vorgenommen hast?

Antwortoptionen: nie – selten – manchmal – meistens - immer

Zur Berechnung der Selbstwirksamkeit werden gemäß HBSC-Studienprotokoll die Scores der Antworten summiert, woraus sich eine Skala von 2 bis 10 ergibt. Ein Score von 9 bis 10 bedeutet hohe Selbstwirksamkeit und Scores von 7-8 bzw. 2-6 mittlere bzw. niedrige Selbstwirksamkeit.

In Abbildung 26 ist dargestellt, wie sich die drei Kategorien auf Mädchen und Burschen in den vier Schulstufen verteilen. In fast allen Fällen schneiden Mädchen schlechter ab als Burschen: Es gibt 15 % Mädchen und 19 % Burschen mit hoher Selbstwirksamkeit und 31 % Mädchen und 24 % Burschen, deren Selbstwirksamkeit als niedrig bezeichnet werden muss. Mit zunehmendem Alter wird bei den Mädchen die Gruppe mit hoher Selbstwirksamkeit kleiner, während dies bei Burschen für die Gruppe mit niedriger Selbstwirksamkeit gilt.

Abbildung 26: Anteil der Schüler:innen mit hoher, mittlerer und niedriger Selbstwirksamkeit, nach Geschlecht und Schulstufe



Schule

Schule kann sowohl Schutzfaktor als auch Risikofaktor für die Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Schüler:innen darstellen (Hascher, 2004; Berk, 2020). Der Auftrag von Schule lautet, die heranwachsende Generation mit Wissen und Bildung auszustatten, damit sie in der Lage ist, sich in dieser Gesellschaft zurechtzufinden und die Gesellschaft von

morgen aktiv und verantwortungsbewusst zu gestalten (Brägger et al., 2008). Gelingt dies und fühlen sich die Schülerinnen und Schüler dabei wohl, unterstützt und gefördert, so ist Schule ein Schutzfaktor. Zum Risikofaktor kann Schule werden, wenn Schülerinnen und Schüler häufig unter starkem Schulstress stehen, wiederholten Versagensgefühlen, Demütigungen oder Mobbing ausgesetzt sind oder andere Formen von Ablehnung oder Ausgrenzung erleiden müssen. Einige dieser Faktoren werden – zusätzlich zu einer allgemeinen Bewertung der schulischen Verbundenheit – in der HBSC-Studie abgefragt (Itembox 21). Die Ergebnisse zum Mobbing in der Schule wurden separat dargestellt.

Itembox 21: Schulische Faktoren

Wie gefällt es dir derzeit in der Schule?

Antwortoptionen: Es gefällt mir sehr gut – Es gefällt mir einigermaßen 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?

Antwortoptionen: überhaupt nicht belastet – ein bisschen belastet – ziemlich stark belastet – sehr stark belastet

Hier sind einige Aussagen über die Schüler:innen deiner Klasse:

Die Schüler:innen in meiner Klasse sind gerne zusammen. – Die meisten Schüler:innen in meiner Klasse sind nett und hilfsbereit. – Meine Mitschüler:innen akzeptieren mich so wie ich bin.

Antwortoptionen: stimmt genau – stimmt – weder richtig noch falsch – stimmt nicht – stimmt überhaupt nicht

Hier sind einige Aussagen zu deinen Lehrer:innen:

Ich habe das Gefühl, dass meine Lehrer:innen mich akzeptieren, wie ich bin. – Ich habe das Gefühl, dass meine Lehrer:innen sich für mich als Person interessieren. – Ich habe großes Vertrauen in meine Lehrer:innen.

Antwortoptionen: stimmt genau – stimmt – weder richtig noch falsch – stimmt nicht – stimmt überhaupt nicht

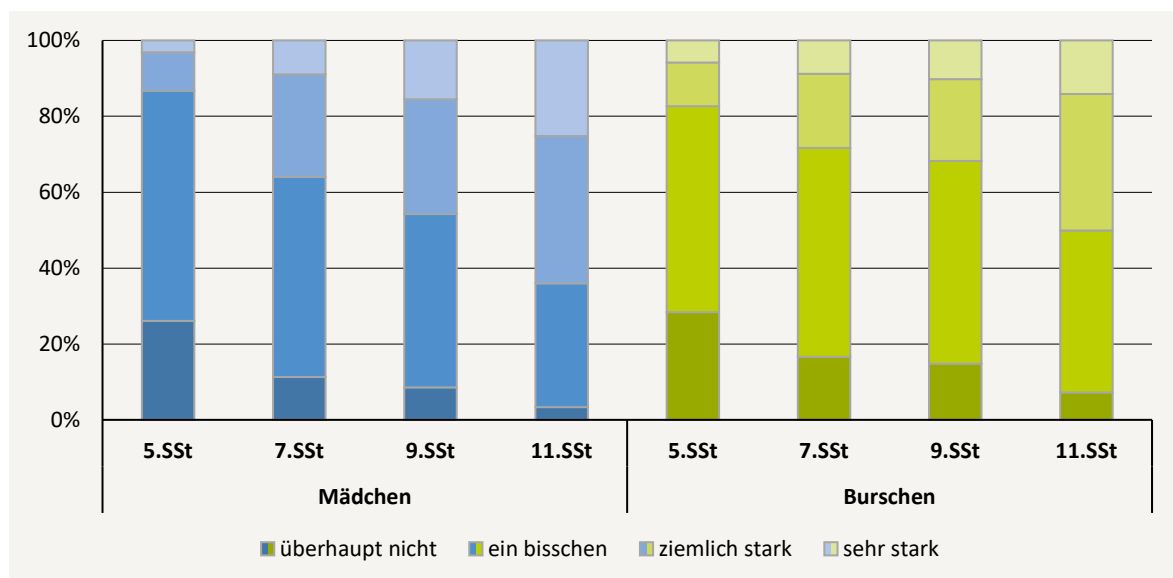
Mindestens der Hälfte der Schüler:innen in der 5. Schulstufe gefällt es noch „sehr gut“ in der Schule, und weiteren 36 % zumindest „ganz gut“ (Tabelle 15). Ab Schulstufe 7 fallen

die Urteile nicht mehr so positiv aus: Von da an sind es nur mehr ungefähr ein Viertel, die die Frage mit „sehr gut“ beantwortet. Über alle Schulstufen gerechnet, gefällt es einem Fünftel der Schüler:innen „nicht so gut“ oder „gar nicht“ in der Schule, wobei hier in Schulstufe 11 die höchsten Fallzahlen zu beobachten sind.

Tabelle 15: Wie vielen Schüler:innen es derzeit wie in der Schule gefällt, nach Geschlecht und Schulstufe

	Mädchen				Burschen			
Schulstufe	5	7	9	11	5	7	9	11
sehr gut	55,1 %	23,7 %	26,5 %	13,1 %	50,9 %	23,7 %	30,1 %	22,0 %
ganz gut	35,5 %	53,6 %	51,5 %	54,4 %	36,8 %	52,7 %	50,9 %	53,7 %
nicht so gut	8,8 %	15,7 %	15,6 %	22,5 %	8,5 %	14,8 %	13,1 %	18,1 %
gar nicht	0,6 %	7,0 %	6,4 %	10,0 %	3,8 %	8,8 %	5,9 %	6,2 %
Gesamt	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

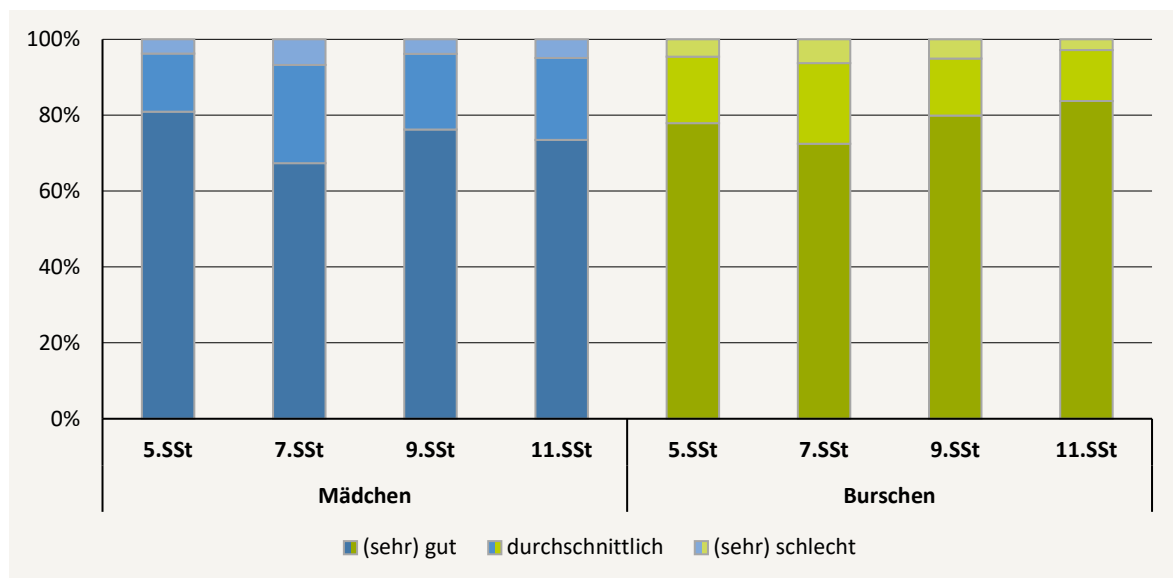
Abbildung 27: Wie viele Schüler:innen sich wie stark durch die Anforderungen der Schule belastet fühlen, nach Geschlecht und Schulstufe



Die Belastung, die die Schüler:innen durch die an sie in der Schule gestellten Anforderungen empfinden, steigt in den höheren Schulstufen (Abbildung 27). Bereits in der 7. Schulstufe fühlt sich ca. ein Drittel der Schüler:innen, etwas mehr Mädchen als Burschen, ziemlich oder sehr stark belastet. In den Schulstufen 9 bzw. 11 trifft das sogar auf 46 % bzw. 64 % der Mädchen und auf 32 % bzw. 50 % der Burschen zu.

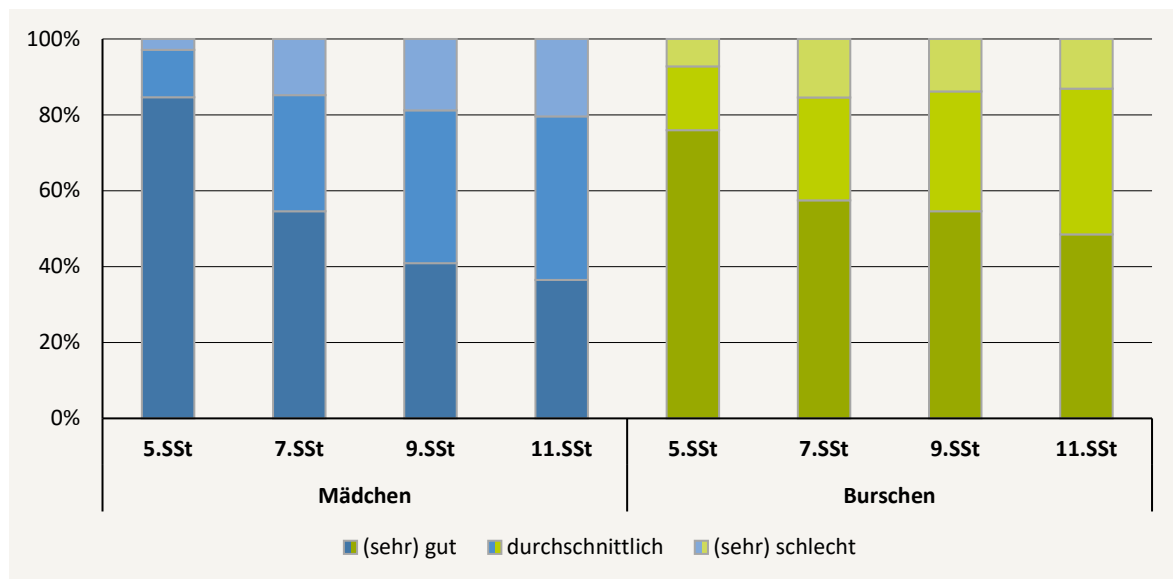
Zur Darstellung der Qualität der Beziehung der Kinder und Jugendlichen zu ihren Mitschüler:innen wurden auf Basis eines Summenindex Kategorien gebildet, die in Abbildung 28 dargestellt sind. Bei den Mädchen geben in den verschiedenen Schulstufen 67 % bis 81 % an, gute oder sehr gute Beziehungen zu ihren Mitschüler:innen zu haben. Bei den Burschen sind es 72 % bis 84 %. Bei Mädchen wie Burschen werden die Beziehungen in Schulstufe 7 am schlechtesten beurteilt.

Abbildung 28: Wie gut die Beziehungen der Schüler:innen untereinander sind, nach Geschlecht und Schulstufe



Wie die Schüler:innen die Beziehung zu ihren Lehrkräften pauschal beurteilen, ist in Abbildung 29 zu sehen. Während sie in Schulstufe 5 hier zu mindestens drei Viertel noch überwiegend positive Urteile abgeben, werden die Bewertungen ab Schulstufe 7 immer negativer. Zudem bewerten Mädchen ab Schulstufe 9 die Beziehung zu ihren Lehrer:innen deutlich schlechter als dies die Burschen tun.

Abbildung 29: Wie gut die Schüler:innen die Beziehungen zu ihren Lehrer:innen bewerten, nach Geschlecht und Schulstufe



Freundeskreis und Familie

Mit zunehmendem Alter verbringen Kinder und Jugendliche immer weniger Zeit mit den Mitgliedern der eigenen Familie, und die Beziehung zu Gleichaltrigen wird wichtiger. Freundschaften erfüllen dabei wichtige Funktionen und deren Qualität beeinflusst das Wohlbefinden der Betroffenen (Berk, 2020). Nichtsdestotrotz bleibt die Familie ein wichtiger Anker für die Heranwachsenden, weil sie nach wie vor die Führung durch die Eltern und deren Schutz vor gefährlichen Situationen benötigen.

In der HBSC-Studie wird die Qualität der Freundschaften und der Familienbeziehungen mit verschiedenen Fragen gemessen, die in Itembox 22 dargestellt sind.

Itembox 22: Freundeskreis und Familie

Wir wollen wissen, wie du zu den folgenden Aussagen stehst:

Meine Freund:innen versuchen mir wirklich zu helfen. – Ich kann mich auf meine Freund:innen verlassen, wenn mal was schief geht. – Ich habe Freund:innen, mit denen ich Freude und Kummer teilen kann. – Ich kann mit meinen Freund:innen über Probleme sprechen.

Fortsetzung Itembox 22

Meine Familie ist bereit, mir zu helfen, wo nötig. – Ich bekomme von meiner Familie die seelische Unterstützung, die ich brauche. – Ich kann mit meiner Familie über Probleme sprechen. – Meine Familie ist bereit, mich bei Entscheidungen zu unterstützen.

Antwortoptionen: 1 (stimmt überhaupt nicht) – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 (stimmt genau)

Es gibt unterschiedliche Familien (z.B. wohnt nicht jeder mit beiden Eltern zusammen, manche wohnen nur mit einem Elternteil zusammen, oder sie leben in zwei Familien). Wir würden gerne wissen, wie es bei dir ist. Bitte beantworte diese Frage für das Zuhause, wo du die ganze oder die meiste Zeit lebst, und klicke alle Personen an, mit denen du dort lebst.

Antwortoptionen: Mutter – Vater – zu gleichen Teilen abwechselnd bei Mutter und Vater – Stiefmutter, Partnerin oder Partner des Vaters – Stiefvater, Partner oder Partnerin der Mutter – Ich lebe in einem Heim, einer betreuten Wohngruppe /Wohngemeinschaft, einem Kinderdorf oder einer Pflegefamilie – Ich lebe mit einer oder mehreren anderen Personen. Bitte schreib auf, mit wem.

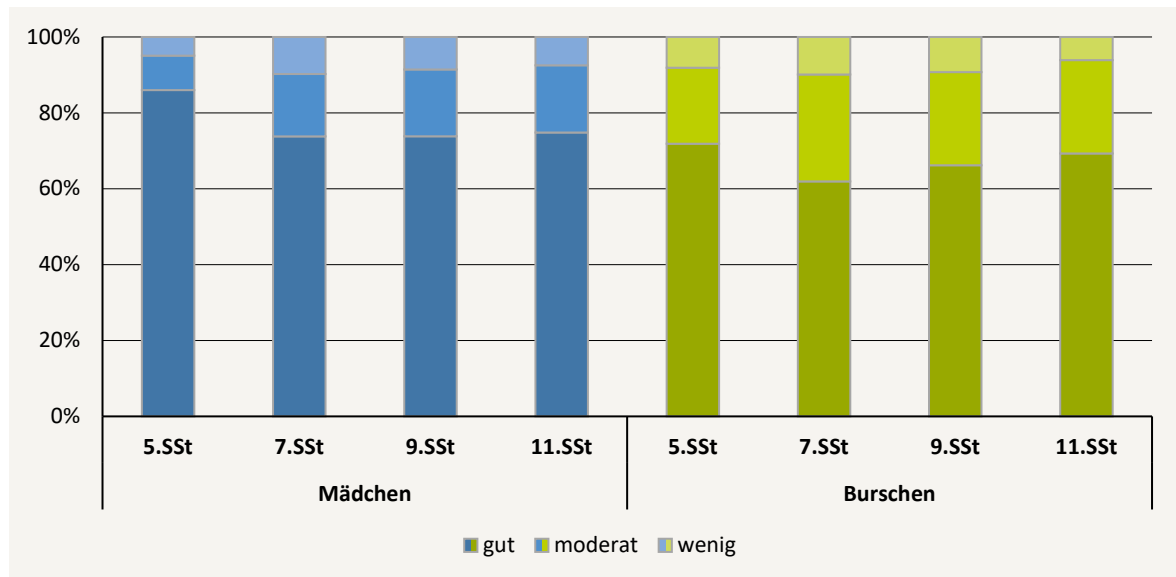
Wie leicht oder schwer fällt es dir, mit den folgenden Personen über Dinge zu sprechen, die dir wirklich nahe gehen und dir wichtig sind?

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

Antwortoptionen: sehr leicht – leicht – schwer – sehr schwer – ich habe oder sehe diese Person nicht

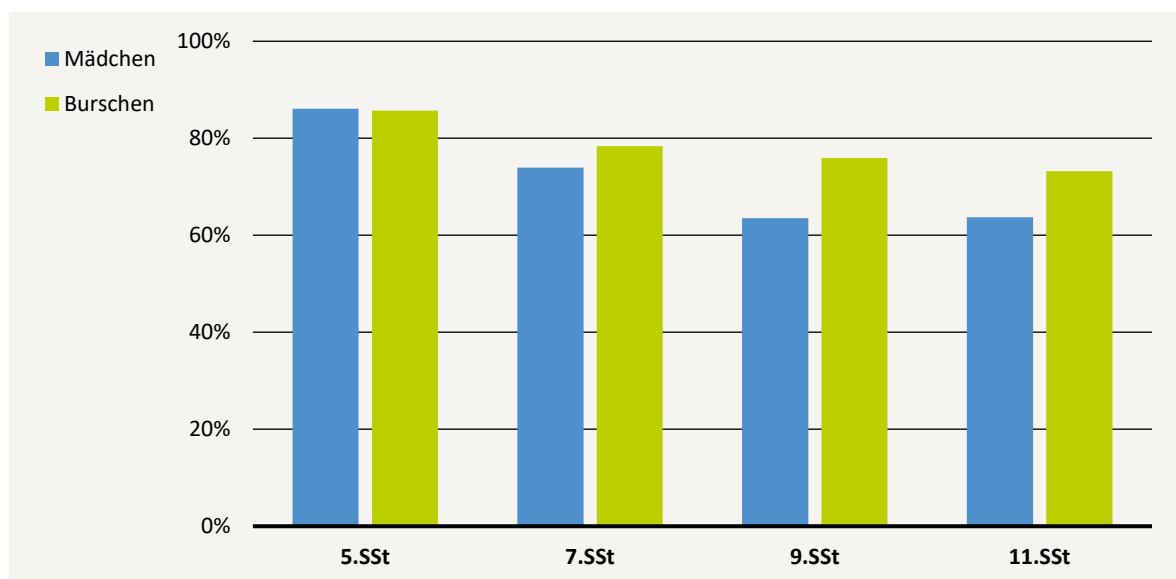
Nicht ganz drei Viertel der Schüler:innen bewerten die Qualität der Freundschaften, die sie pflegen, als gut oder sehr gut (Abbildung 30). Mädchen beschreiben in allen Altersgruppen etwas bessere Beziehungen als Burschen. Die meisten positiven Urteile sind bei den Mädchen in Schulstufe 5 zu finden, die meisten negativen bei den Burschen in Schulstufe 7.

Abbildung 30: Relative Anzahl der Schüler:innen, die sich durch Freund:innen gut, moderat oder wenig unterstützt fühlen, nach Geschlecht und Schulstufe



Die Unterstützung durch Familienmitglieder bewerten Burschen in allen Altersgruppen mit Ausnahme der Jüngsten häufiger positiv als Mädchen (Abbildung 31). Insgesamt genießt drei Viertel der Schüler:innen aller Altersgruppen einen hohen Rückhalt in ihren Familien.

Abbildung 31: Relative Anzahl der Schüler:innen, die angeben, hohen Rückhalt in ihrer Familie zu haben, nach Geschlecht und Schulstufe



Burschen scheinen mit beiden Elternteilen häufiger eine gute Gesprächsbasis zu haben als Mädchen (Tabelle 16). Dies trifft sowohl auf die Kommunikation mit den biologischen als auch mit Stiefeltern, sofern vorhanden, zu.

Tabelle 16: Relative Anzahl der Schüler:innen, die mit den Eltern oder Stiefeltern eine gute bis sehr gute Gesprächsbasis haben, nach Geschlecht

	Mädchen	Burschen	gesamt
Mutter	75,3 %	82,0 %	78,4 %
Vater	53,1 %	71,6 %	61,8 %
Stiefvater, Partner:in der Mutter	40,3 %	54,9 %	47,9 %
Stiefmutter, Partner:in des Vaters	41,2 %	52,1 %	46,9 %

Auf die Frage, mit wem die Schüler:innen in dem Zuhause, wo sie die ganze oder die meiste Zeit wohnen, leben, gaben 82 % Mutter, 69 % Vater, 8 % Stiefmutter bzw. Partner:in des Vaters, 2 % Stiefvater bzw. Partner:in der Mutter und 7 % Heim /Wohngruppe /Kinderdorf /Pflegefamilie an (ohne Darstellung).

Nutzung von Smartphones und sozialen Medien

Handys bzw. Smartphones und soziale Medien sind jene digitalen Angebote, die von Jugendlichen am häufigsten genutzt werden (Felder-Puig et al., 2020). Diese bieten viele Vorteile, allerdings können aus Vielnutzer:innen auch Abhängige werden, deren Gedanken sich nur mehr um das, was sich in sozialen Netzwerken abspielt, drehen oder die an Entzugerscheinungen leiden, wenn sie kein Handy bei sich oder keinen Zugang zu Instagram et al. haben. Um eine problematische Nutzung von sozialen Medien zu messen, wurde von Van den Eijnden et al. (2016) eine Skala namens „Social Media Disorder“ entwickelt. Diese sowie die Frage, an wie vielen Stunden pro Tag die Schüler:innen mit ihrem Handy beschäftigt sind, werden in der HBSC-Studie seit 2017/18 verwendet (Itembox 23).

Itembox 23: Nutzung von digitalen Medien

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

Enge Freund:innen – Freund:innen aus dem größeren Bekanntenkreis –

Freund:innen, die du im Internet kennengelernt hast, aber vorher nicht kanntest –
andere Personen

*Antwortoptionen: weiß nicht – nie oder fast nie – mindestens einmal pro Woche –
täglich oder fast täglich – mehrmals am Tag – fast den ganzen Tag über*

Wir interessieren uns für deine Erfahrungen mit sozialen Medien. Der Begriff soziale Medien bezieht sich auf soziale Netzwerke (z.B. Instagram, TikTok, Twitter, Facebook), Instant-Message-Programme (z.B. WhatsApp, Snapchat, Facebook Messenger) und Videoplattformen (z.B. Zoom, Teams, Webex).

Im vergangenen Jahr hast du ...

- ... regelmäßig bemerkt, dass du an nichts anderes denken kannst als an den Moment, in dem du wieder soziale Medien nutzen kannst?
- ... dich regelmäßig unzufrieden gefühlt, weil du mehr Zeit auf sozialen Medien verbringen wolltest?
- ... dich oft schlecht gefühlt, wenn du soziale Medien nicht nutzen konntest?
- ... versucht, weniger Zeit auf sozialen Medien zu verbringen, aber hast es nicht geschafft?
- ... regelmäßig andere Aktivitäten (z.B. Hobbies, Sport) vernachlässigt, weil du soziale Medien nutzen wolltest?
- ... regelmäßig Streit mit anderen gehabt wegen der Nutzung von sozialen Medien?
- ... regelmäßig deine Eltern oder Freund:innen darüber angeschwindelt, wie viel Zeit du mit sozialen Medien verbringst?
- ... oft soziale Medien benutzt, um negativen Gefühlen zu entkommen?
- ... einen ernsthaften Konflikt mit deinen Eltern oder Geschwistern gehabt wegen deiner Nutzung von sozialen Medien?

Antwortoptionen: nein - ja

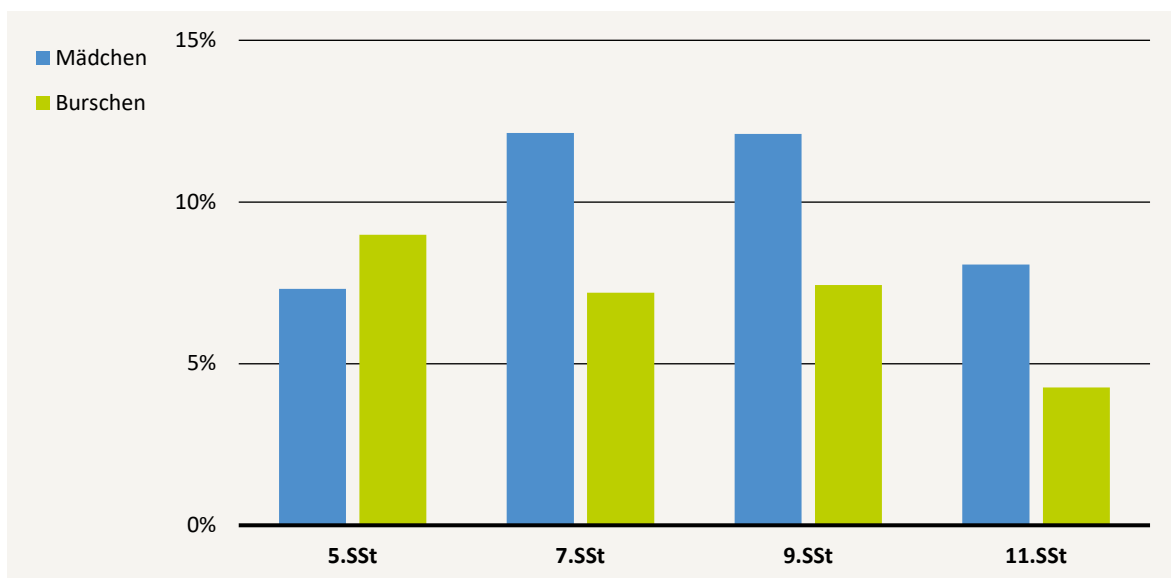
Zu engen Freund:innen haben die Schüler:innen zu ungefähr 80 % ein- oder mehrmals täglich online Kontakt, zu Familienmitgliedern oder Lehrkräften zu ca. 20 % (ohne Darstellung).

Fortsetzung Itembox 23

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

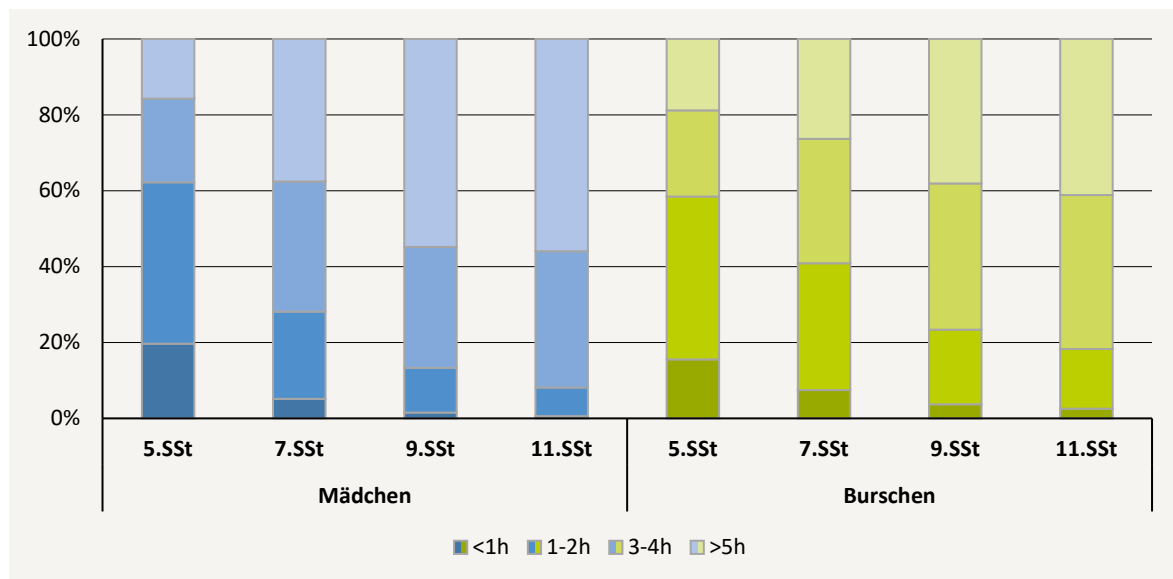
Antwortoptionen: *weniger als 1 Stunde pro Tag – 1 bis 2 Stunden pro Tag – 3 bis 4 Stunden pro Tag – 5 bis 6 Stunden pro Tag – 7 bis 8 Stunden pro Tag – mehr als 8 Stunden pro Tag*

Abbildung 32: Relative Anzahl der Schüler:innen, die eine problematische Nutzung von sozialen Medien zeigen, nach Geschlecht und Schulstufe



Nicht ganz 9 % aller Schüler:innen liegen mit ihren Antworten über dem Schwellenwert der „Social Media Disorder“ Skala – mehr Mädchen als Burschen (10 % vs. 7 %) – und zeigen damit eine problematische Nutzung von sozialen Medien (Abbildung 32). Am stärksten davon betroffen sind Mädchen in Schulstufe 7 und 9 (jeweils 12 %), am wenigsten Burschen in Schulstufe 11 (4 %).

Abbildung 33: Wie viele Stunden sich die Schüler:innen täglich mit ihrem Handy beschäftigen, nach Geschlecht und Schulstufe



Dass Kinder und Jugendliche viel Zeit für Tätigkeiten mit dem Handy aufwenden, ist nicht neu. Abbildung 33 zeigt, wie viele Stunden dies nach Schätzungen der Schüler:innen täglich der Fall ist. Weniger als 1 Stunde pro Tag sind 6 % der Schüler:innen mit ihrem Handy beschäftigt, 1-2 Stunden pro Tag 23 %, 3-4 Stunden pro Tag 33 % und 5 Stunden oder mehr 38 %. Ab Schulstufe 7 steigt die durchschnittliche Zeit, die am Handy verbracht wird, rapide an und ist ab dann bei Mädchen immer etwas höher als bei Burschen.

Gesundheitskompetenz

Prinzipiell verschränkt sich im Begriff Gesundheitskompetenz das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit eines Menschen, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden. Dadurch soll die Gesundheit, aber auch die Lebensqualität in den unterschiedlichen Lebensphasen möglichst gesichert werden. Zudem sollen Menschen befähigt werden, effektive Präventionsmaßnahmen zu nutzen und einen adäquaten Umgang mit einem Krankheitsgeschehen zu erlernen (Gesundheitskompetenz (sozialministerium.at)).

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu steigern ist deshalb ein wichtiges Ziel der österreichischen Gesundheitspolitik (Empfehlungen zur Einrichtung der "Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz" (ÖPGK) - ÖPGK (oepgk.at)). Im HBSC-Netzwerk wurde dafür ein eigenes Instrument (Paakkari et al., 2016) entwickelt (Itembox 24). Dieses wird

allerdings nur bei Schüler:innen ab der 9. Schulstufe eingesetzt, weil es für Jüngere zu schwierig ist.

Da die Impfquoten in der österreichischen Bevölkerung bereits vor der SARS-CoV-2 Pandemie relativ niedrig waren, wurden die älteren Schüler:innen auch zu ihrer Impfbereitschaft und den verfügbaren Informationen dazu befragt. Ein separates Item sollte außerdem in groben Zügen einen Hinweis auf die psychosoziale Gesundheitskompetenz der Jugendlichen geben (Itembox 24).

Itembox 24: Gesundheitskompetenz

Wähle bitte bei den folgenden Fragen die Antwort aus, die am besten für dich passt.

Ich bin sicher, dass ich...

- ...gute Informationen über Gesundheit habe.
- ..., wenn es notwendig erscheint, gesundheitsfördernde Inhalte meiner unmittelbaren Umgebung (Familie, Freund:innen, Leute aus dem Ort, etc.) 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

Fortsetzung Itembox 24

Bist du grundsätzlich bereit, dich gemäß den Empfehlungen der Gesundheitsbehörden impfen zu lassen (z.B. gegen Zecken, Grippe, Tetanus, Covid-19 und andere)?

Antwortoptionen: *sicher ja – eher ja – eher nicht – sicher nicht*

Fühlst du dich über die empfohlenen Impfungen ausreichend informiert?

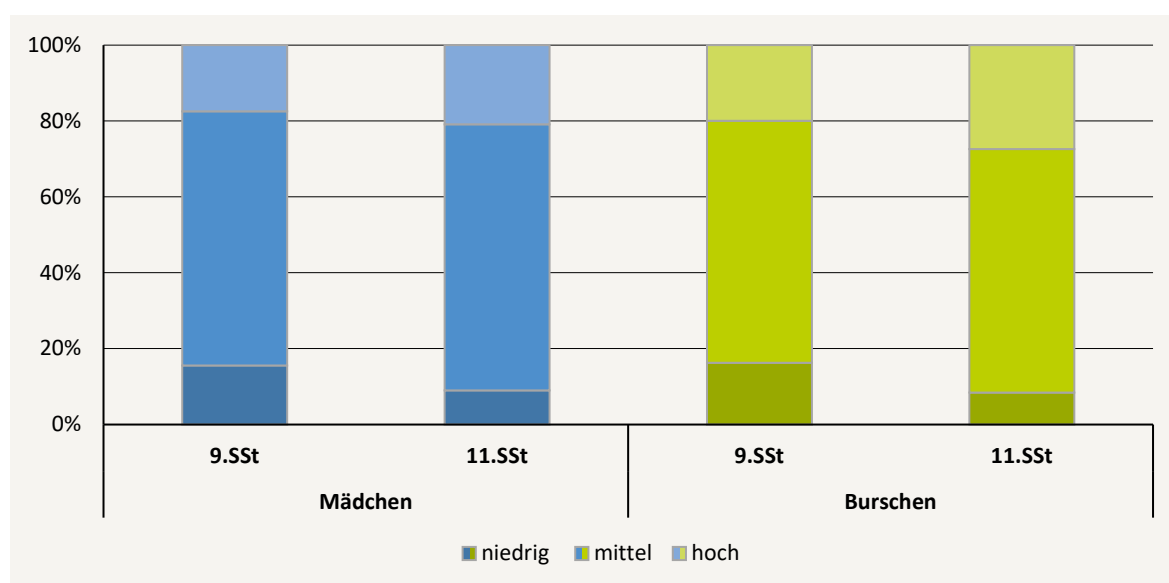
Antwortoptionen: *sicher ja – eher ja – eher nicht – sicher nicht*

Ist es einfach oder schwierig für dich, herauszufinden, an wen du dich wenden kannst, wenn es dir oder Menschen in deinem Umfeld (Freund:innen, Verwandte, Schulkolleg:innen) psychisch schlecht geht?

Antwortoptionen: *einfach – schwierig – weiß nicht*

Ungefähr zwei Drittel aller Schüler:innen in der 9. und 11. Schulstufe verfügen über eine Gesundheitskompetenz, die im mittleren Bereich liegt (Abbildung 34). 19 % der Mädchen und 23 % der Burschen haben eine hohe Gesundheitskompetenz. Prinzipiell steigt die Gesundheitskompetenz mit zunehmendem Alter.

Abbildung 34: Relative Anzahl der Schüler:innen der Schulstufen 9 und 11 mit niedriger, mittlerer und hoher Gesundheitskompetenz, nach Geschlecht und Schulstufe



Ca. die Hälfte der älteren Schüler:innen, etwas mehr Burschen als Mädchen, findet es einfach, herauszufinden, an wen sie sich wenden kann, wenn es ihr oder Menschen in ihrem Umfeld (Freund:innen, Verwandte, Schulkolleg:innen) psychisch schlecht geht (ohne Darstellung). Fast ein Viertel der Schüler:innen in Schulstufe 9 und 11 kann dazu kein Urteil abgeben.

Aus Tabelle 17 ist abzulesen, wie viele Schüler:innen ab Schulstufe 9 eher oder sicher bereit wären, sich entsprechend den Empfehlungen der Gesundheitsbehörden impfen zu lassen. Über 80 %, etwas mehr Burschen als Mädchen, bejahen diese Frage. Bei den Älteren ist die Impfbereitschaft geringfügig höher als bei den Jüngeren.

Tabelle 17: Relative Anzahl der Antworten auf die Frage nach der Impfbereitschaft gemäß Empfehlungen der Gesundheitsbehörden, nach Geschlecht und Schulstufe

	Mädchen		Burschen	
Schulstufe	9	11	9	11
sicher ja	51,4 %	54,1 %	55,7 %	63,5 %
eher ja	31,3 %	33,2 %	28,5 %	25,3 %
eher nicht	10,9 %	8,1 %	9,3 %	7,6 %
sicher nicht	6,3 %	4,6 %	6,5 %	3,7 %
Gesamt	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabelle 18: Relative Anzahl der Antworten auf die Frage, ob sich die Schüler:innen über die empfohlenen Impfungen gut informiert fühlen, nach Geschlecht und Schulstufe

	Mädchen		Burschen	
Schulstufe	9	11	9	11
sicher ja	26,6 %	25,6 %	39,4 %	41,1 %
eher ja	39,8 %	41,2 %	35,9 %	36,3 %
eher nicht	26,2 %	26,6 %	18,2 %	17,9 %
sicher nicht	7,4 %	6,7 %	6,5 %	4,8 %
Gesamt	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabelle 18 zeigt die Antworten auf die Frage, wie gut sich die Schüler:innen ab Schulstufe 9 über die empfohlenen Impfungen informiert fühlen. Insgesamt meinen ungefähr 70 %, mehr Burschen als Mädchen, eher oder sicher ausreichend informiert zu sein.

Entwicklungen der letzten 12 Jahre

Ein Ziel der HBSC-Studie ist es unter anderem, nationale wie internationale Entwicklungen über die Zeit abzubilden. Nicht zuletzt deshalb findet die Studie alle vier Jahre statt und verwendet eine Vielzahl von Fragen und Antworten, die in Form und Inhalt unverändert vorgegeben werden. Die im Folgenden dargestellten Entwicklungen bzw. Trends basieren auf den Erhebungen aus den Schuljahren 2009/10, 2013/14, 2017/18 und 2021/22. Da die Daten üblicherweise zwischen Jänner und Anfang Juli gesammelt wurden, werden in den folgenden Ausführungen als Erhebungszeitpunkte vereinfachend die Jahre 2010, 2014, 2018 und 2022 angegeben.

Um Verzerrungen zu minimieren und eine bessere Vergleichbarkeit der einzelnen Jahrgänge zu erreichen, wurden die Daten von 2010, 2014 und 2018 an jene von 2022 durch Gewichtung hinsichtlich Verteilung von Geschlecht, Schulstufen und Schultypen angepasst. Dadurch können sich im Vergleich mit den Ergebnissen aus den Erhebungen 2010, 2014 und 2018 (Ramelow et al., 2011; 2015; Felder-Puig et al., 2019) einige geringfügige Abweichungen ergeben. Die Trenddaten 2010 bis 2022 werden in Form von Lineardiagrammen dargestellt.

Nicht dargestellt wird die Entwicklung bei Variablen wie emotionales Wohlbefinden, Hören und Sehen, zahnärztliche Kontrolluntersuchungen, Gesundheitskompetenz und anderen, da die relevanten Fragen und Antworten in der gleichen Form noch nicht bereits 3 Mal vorgegeben wurden.

Gesundheit und Wohlbefinden

Abbildung 35: Die relative Anzahl der Mädchen, die ihren **Gesundheitszustand** als „**ausgezeichnet**“ bezeichnen, ist seit 2014 etwas rückläufig, während hier bei den Burschen und den verschiedenen Altersgruppen kein eindeutiger Trend zu beobachten ist.

Abbildung 36: Die **Beschwerdelast** ist bei den Schüler:innen seit 2010 kontinuierlich gestiegen, bei beiden Geschlechtern und in allen Altersgruppen.

Abbildung 37: Die durchschnittliche **Lebenszufriedenheit** der Schüler:innen hat sich bei den Burschen seit 2014 leicht verschlechtert und ist bei den Mädchen seit 2018 konstant. Eine kontinuierliche Verschlechterung seit 2014 ist nur bei älteren Schüler:innen zu sehen.

Abbildung 38: Die relative Anzahl der Schüler:innen mit **Übergewicht oder Adipositas** ist seit 2014 kontinuierlich gestiegen, bei beiden Geschlechtern und in allen Altersgruppen.

Abbildung 39: Die relative Anzahl der Schüler:innen mit einem **positiven Körperelbstbild** (die also meinen, ungefähr das richtige Gewicht zu haben) ist bei Burschen seit 2010 gesunken und bei Mädchen auf ähnlichem Niveau wie 2010. Im Vergleich zu 2018 ist 2022 eine Verschlechterung in den Schulstufen 7 und 11 zu beobachten.

Abbildung 35: Relative Anzahl der Schüler:innen, die ihren Gesundheitszustand als „ausgezeichnet“ einstufen, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010 bis 2022

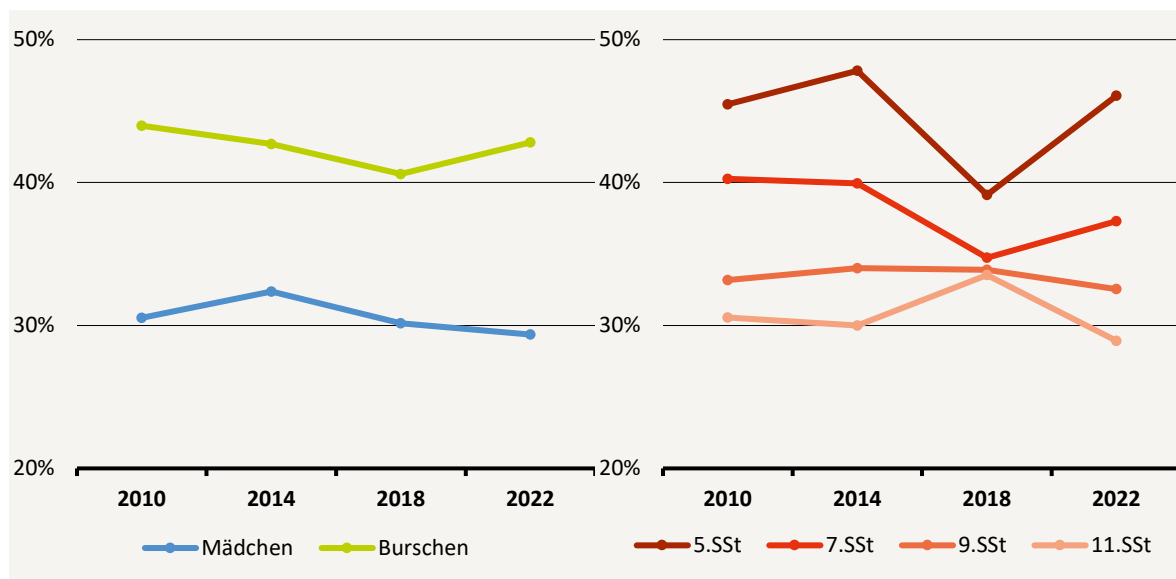


Abbildung 36: Mittlere Beschwerdelast, nach Geschlecht und Schulstufe; Spannbreite 0 (keine) bis 100 (höchste Beschwerdelast); 2010-2022

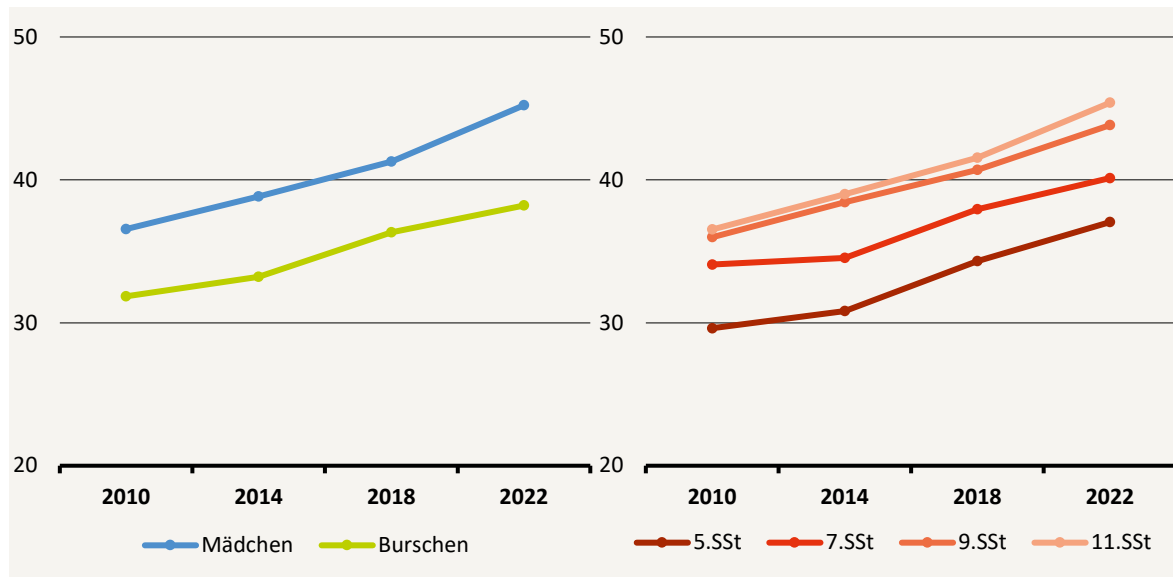


Abbildung 37: Mittlere Lebenszufriedenheit, nach Geschlecht und Schulstufe; Spannbreite 0 (schlechteste) bis 10 (bestmögliche Lebenszufriedenheit); 2010-2022

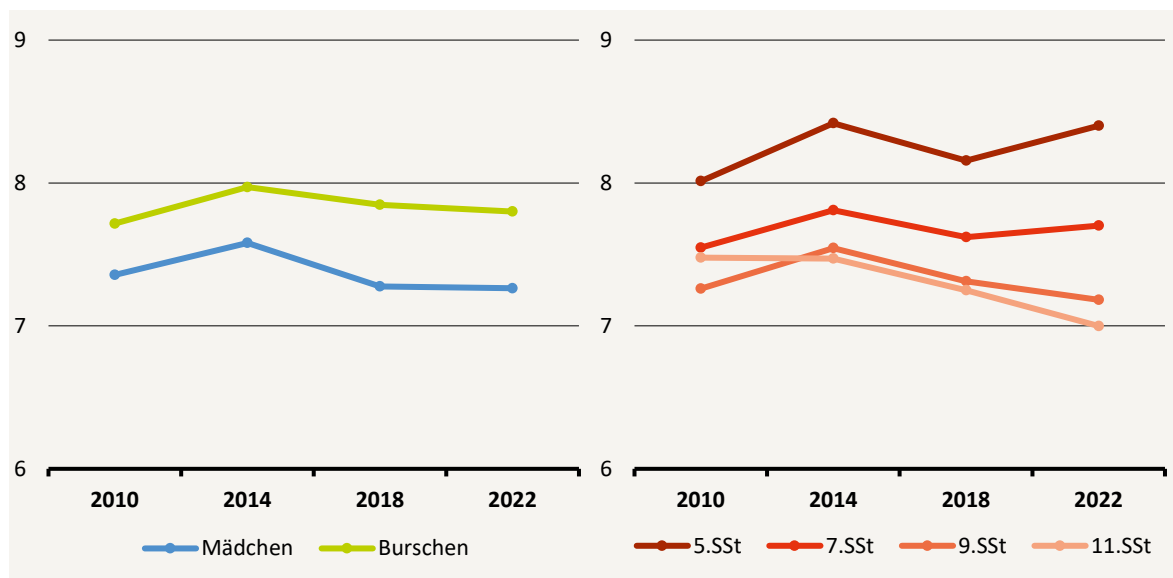


Abbildung 38: Relative Anzahl der übergewichtigen oder adipösen Schüler:innen, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022

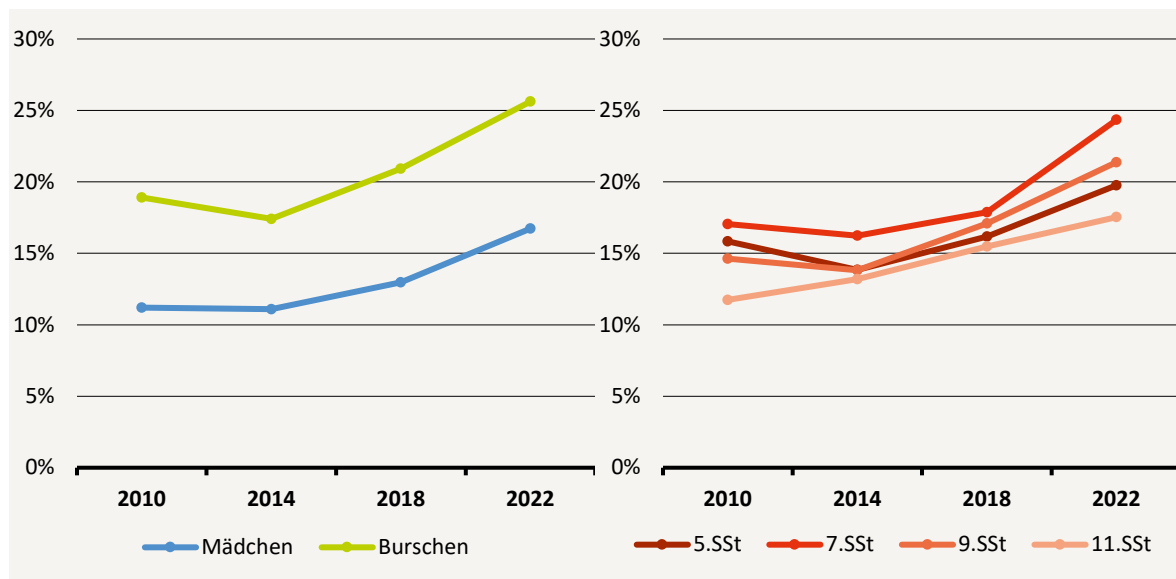
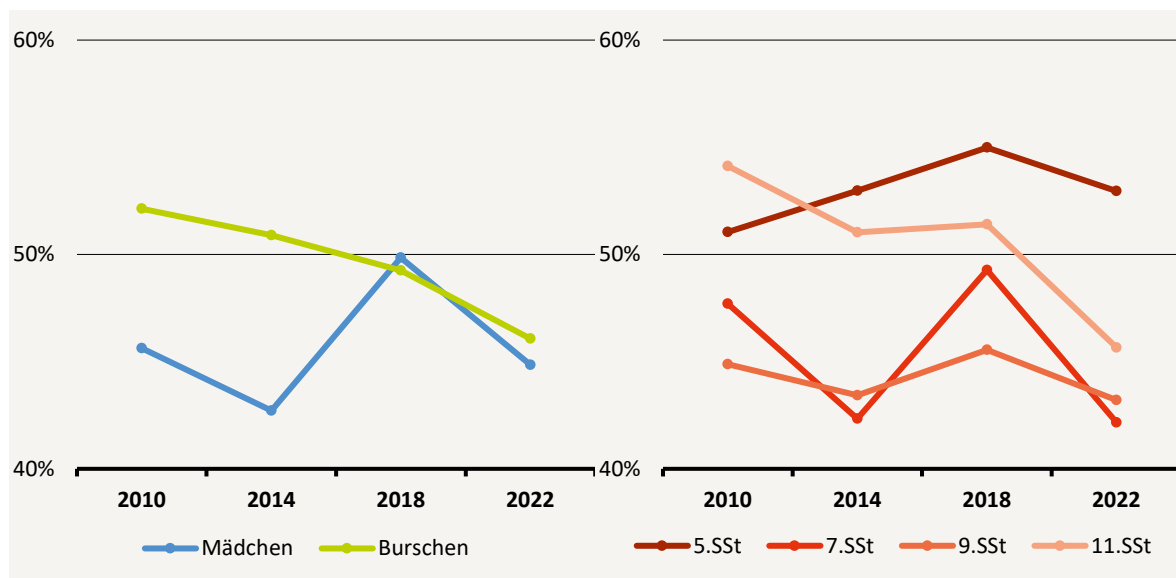


Abbildung 39: Relative Anzahl der Schüler:innen mit einem positiven Körper selbstbild, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022



Gesundheits- und Risikoverhalten

Abbildung 40: Die relative Anzahl der Schüler:innen, die sich täglich mindestens 2 Mal die **Zähne putzen**, ist seit 2010 bei beiden Geschlechtern relativ konstant geblieben.

Abbildung 41: Die relative Anzahl der Schüler:innen, die **täglich** mindestens 1 Mal **Obst** essen, ist bei Burschen seit 2010 gestiegen und bei Mädchen auf ungefähr dem Niveau von 2010. In Schulstufe 11 ist keine Steigerung gegenüber 2010 festzustellen, in den anderen Schulstufen schon.

Abbildung 42: Die relative Anzahl der Schüler:innen, die **täglich** mindestens 1 Mal **Gemüse** essen, ist seit 2010 mehr oder weniger kontinuierlich gestiegen, etwas stärker bei Burschen als bei Mädchen und bei Jüngeren als bei Älteren.

Abbildung 43: Die relative Anzahl der Schüler:innen, die **täglich** mindestens 1 Mal **Süßigkeiten** konsumieren, ist bei Mädchen seit 2010 gestiegen und bei Burschen einigermaßen unverändert. Die Steigerung ist in Schulstufe 5 am größten.

Abbildung 44: Die relative Anzahl der Schüler:innen, die **täglich** mindestens 1 Mal „**Soft-drinks**“ wie Cola, Fanta oder Eistee zu sich nehmen, ist nach einem Rückgang zwischen 2010 und 2018 bei Mädchen wieder gestiegen und bei Burschen weiter leicht gesunken. Die Unterschiede im Konsumverhalten zwischen den Geschlechtern sind also kleiner geworden, Burschen konsumieren diese Getränke aber immer noch in höherem Ausmaß als Mädchen. Für die verschiedenen Schulstufen sind zwar Veränderungen gegenüber 2010, aber nicht zwischen 2018 und 2022 feststellbar.

Abbildung 45: Die relative Anzahl der Schüler:innen, die unter der Woche **täglich** ein **Frühstück** zu sich nehmen, ist seit 2014 kontinuierlich gesunken, bei beiden Geschlechtern und in allen Schulstufen.

Abbildung 40: Relative Anzahl der Schüler:innen, die sich täglich mindestens 2 Mal die Zähne putzen, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022

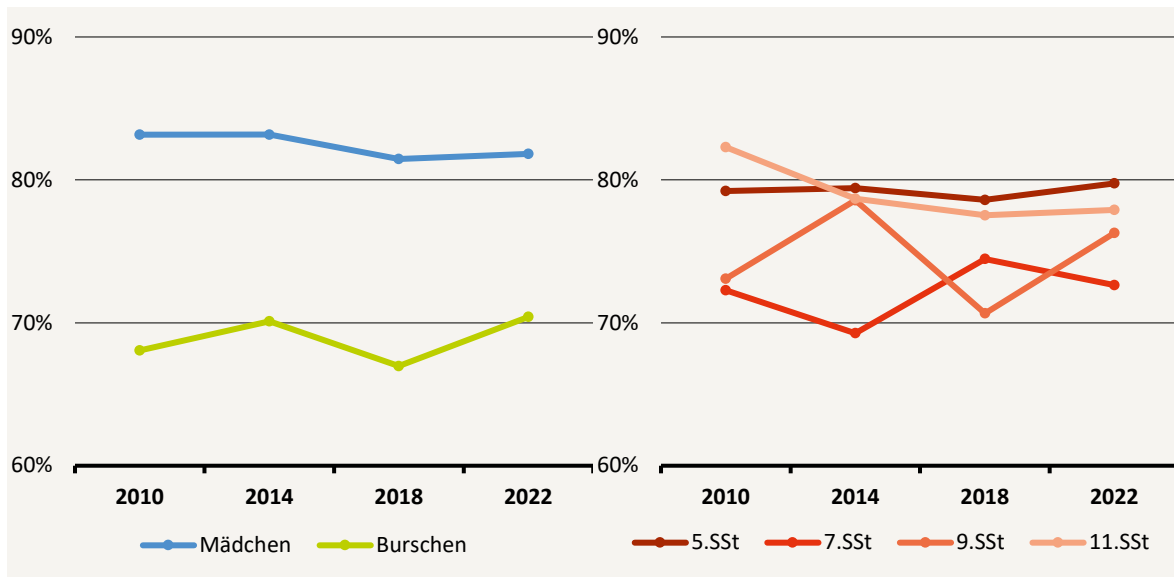


Abbildung 41: Relative Anzahl der Schüler:innen, die täglich mindestens 1 Mal Obst essen, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022

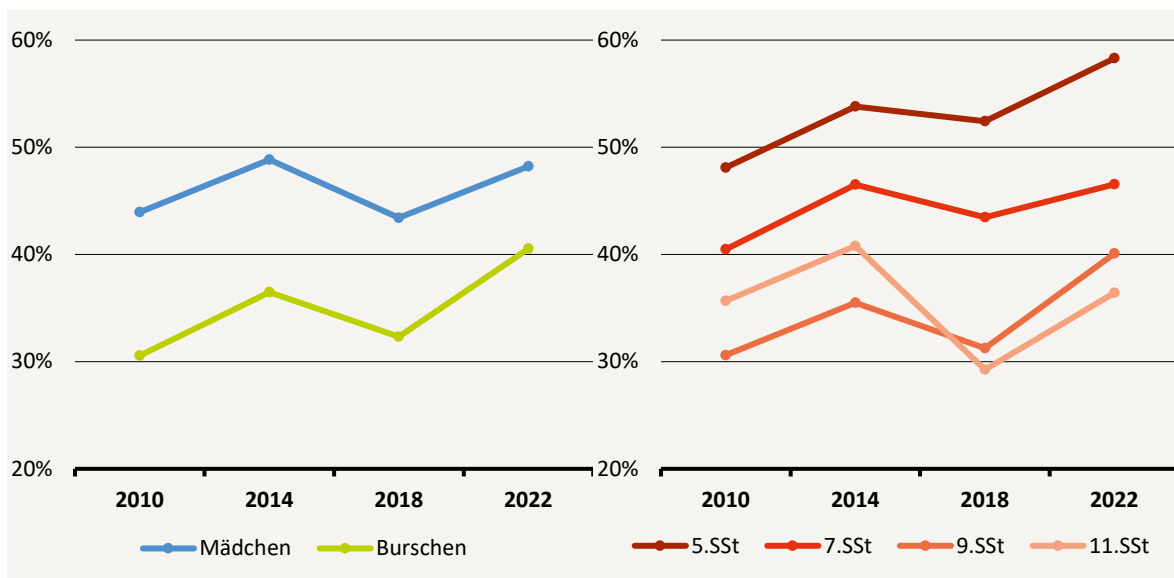


Abbildung 42: Relative Anzahl der Schüler:innen, die täglich mindestens 1 Mal Gemüse essen, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022

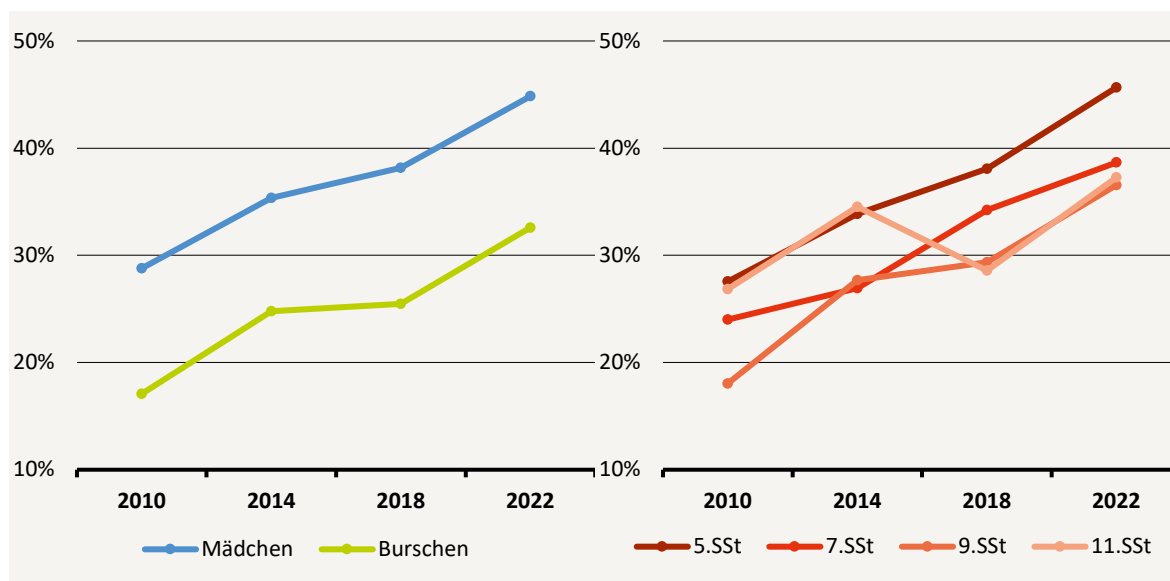


Abbildung 43: Relative Anzahl der Schüler:innen, die täglich mindestens 1 Mal Süßigkeiten konsumieren, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022

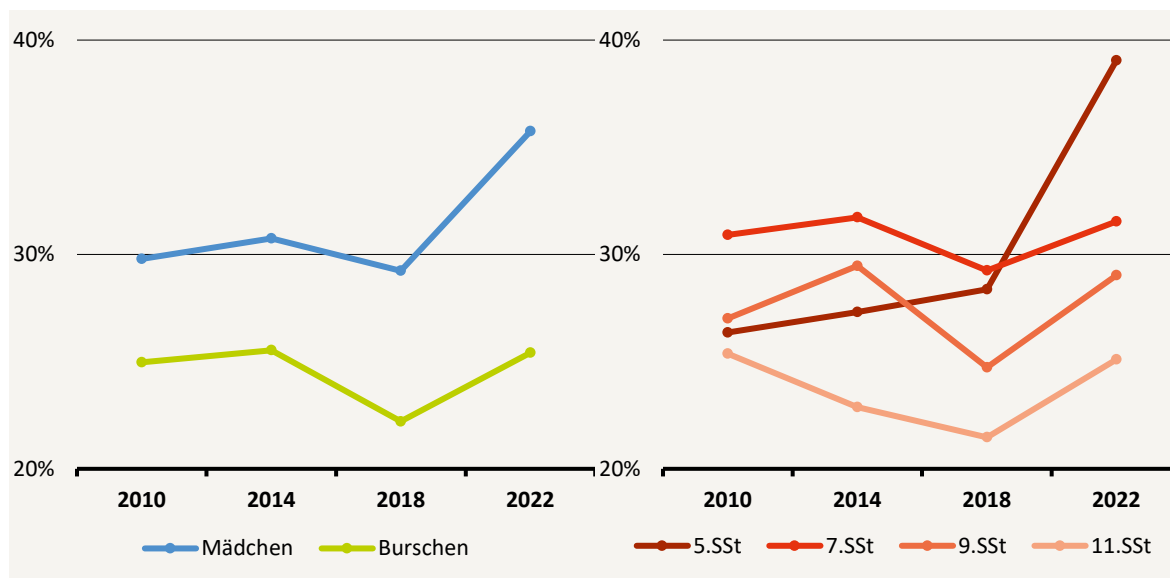


Abbildung 44: Relative Anzahl der Schüler:innen, die täglich mindestens 1 Mal süße „Softdrinks“ (Cola, Fanta, Eistee, etc.) konsumieren, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022

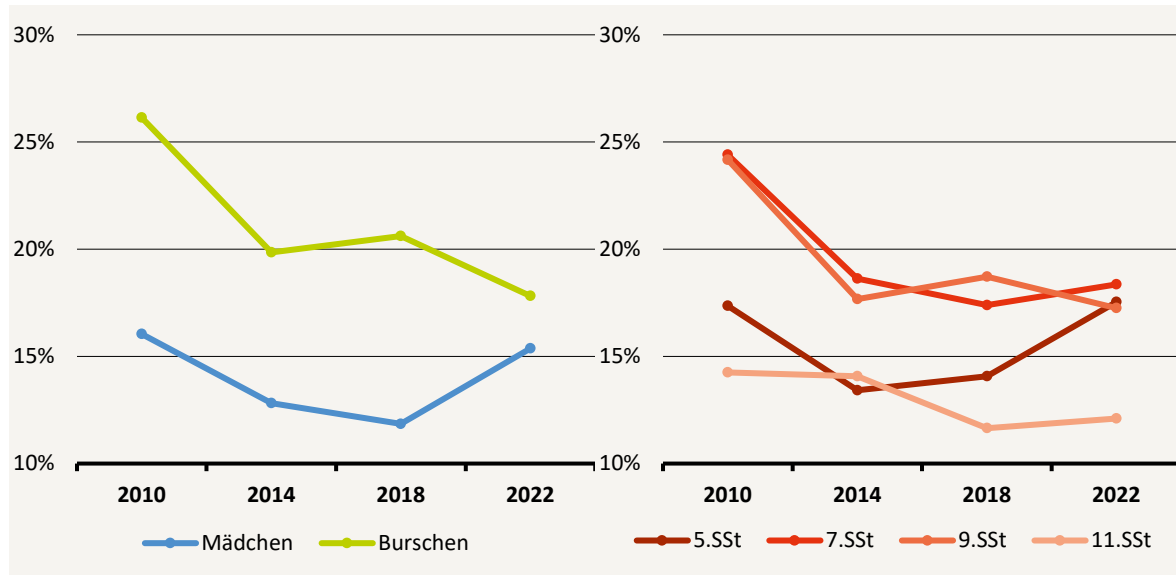


Abbildung 45: Wie viele Schüler:innen unter der Woche täglich frühstücken, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022

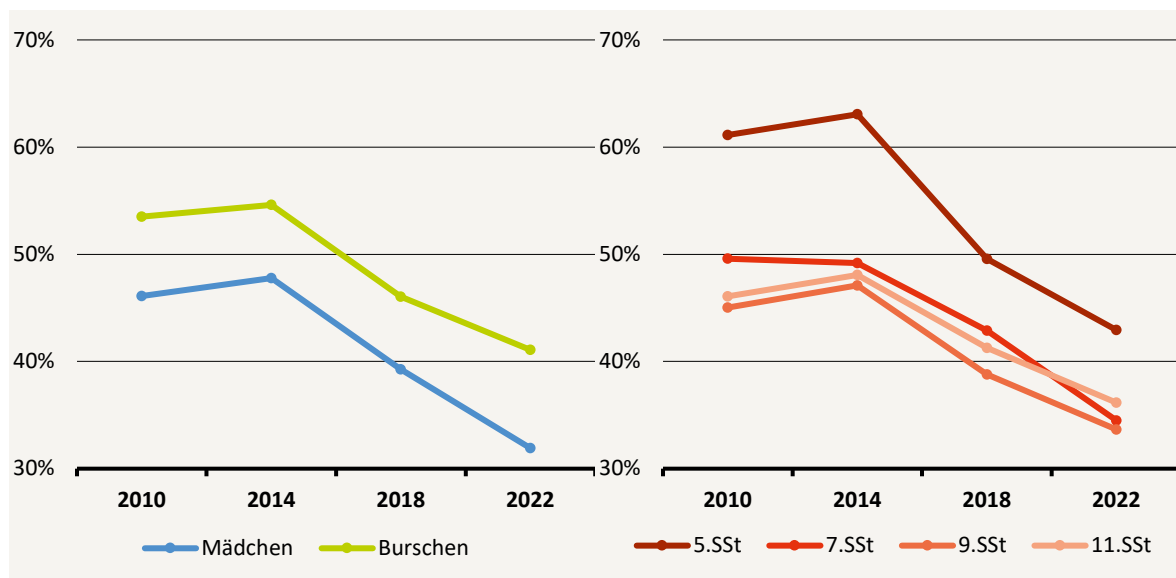


Abbildung 46: Die relative Anzahl der Schüler:innen, die an 4 bis 7 Tagen in der Woche für täglich mindestens eine Stunde **körperlich aktiv** sind, ist seit 2018 bei beiden Geschlechtern wieder gestiegen. Die Steigerungen sind vor allem auf ältere Schüler:innen zurückzuführen.

Abbildung 47: Die relative Anzahl der Schüler:innen, die **keine Zigaretten** rauchen, ist bei den Burschen seit 2010 kontinuierlich gestiegen. Bei den Mädchen war das nur zwischen 2010 und 2014 der Fall. Auf Ebene der Schulstufen hat der Trend zu mehr Nichtraucher:innen nachgelassen: zwischen 2018 und 2022 gibt es insgesamt keinen Unterschied.

Abbildung 48: Die relative Anzahl der Schüler:innen, die mindestens 1 Mal pro Woche **Alkohol** konsumieren, ist bei den Burschen seit 2014 leicht rückläufig. Die Mädchen befinden sich nun auf dem Niveau von 2014. Während bei den Schüler:innen der Schulstufe 11 hier seit 2014 ein Rückgang zu beobachten ist, gibt es bei jenen aus Schulstufe 9 eine leichte Steigerung.

Abbildung 49: Die relative Anzahl der Schüler:innen, die **Cannabis** konsumieren, ist bei den Burschen zwischen 2014 und 2018 gestiegen, während die aktuelle Veränderung statistisch nicht signifikant ist. Bei den Mädchen ist 2022 erstmals ein Anstieg zu vermerken. Bei Schüler:innen der Schulstufe 9 ist die relative Anzahl an Cannabis-Konsument:innen auf dem Niveau von 2010, bei jenen aus Schulstufe 11 ist sie höher als 2010.

Abbildung 46: Relative Anzahl der Schüler:innen, die 4 bis 7 Tage in der Woche täglich zumindest eine Stunde körperlich aktiv sind, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022

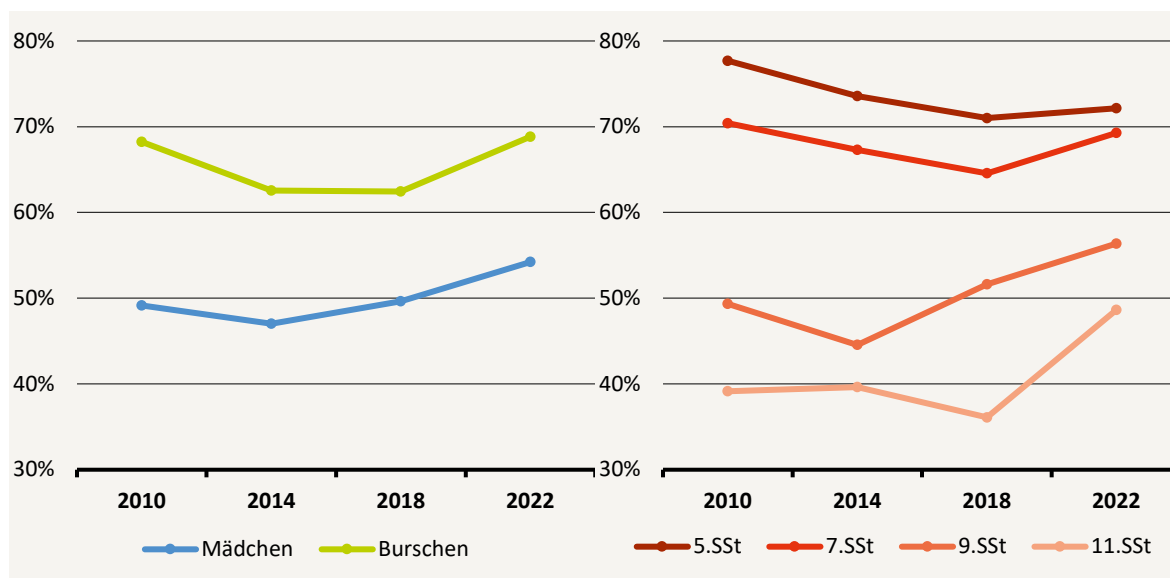


Abbildung 47: Relative Anzahl der Schüler:innen ab Schulstufe 9, die keine Zigaretten rauchen, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022

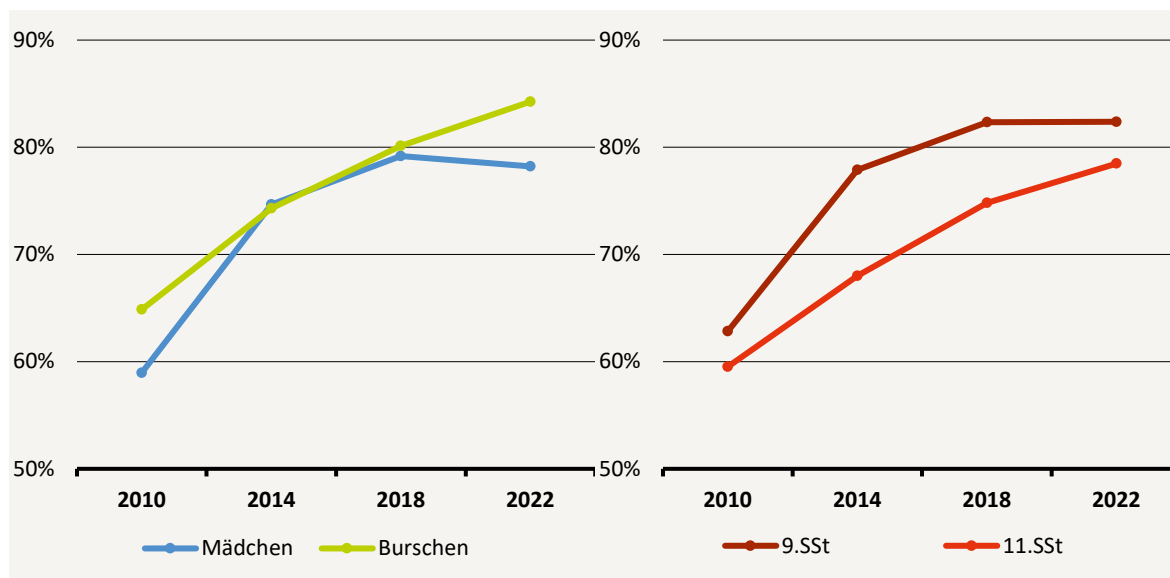


Abbildung 48: Relative Anzahl der Schüler:innen ab Schulstufe 9, die mindestens 1 Mal pro Woche Alkohol konsumieren, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022

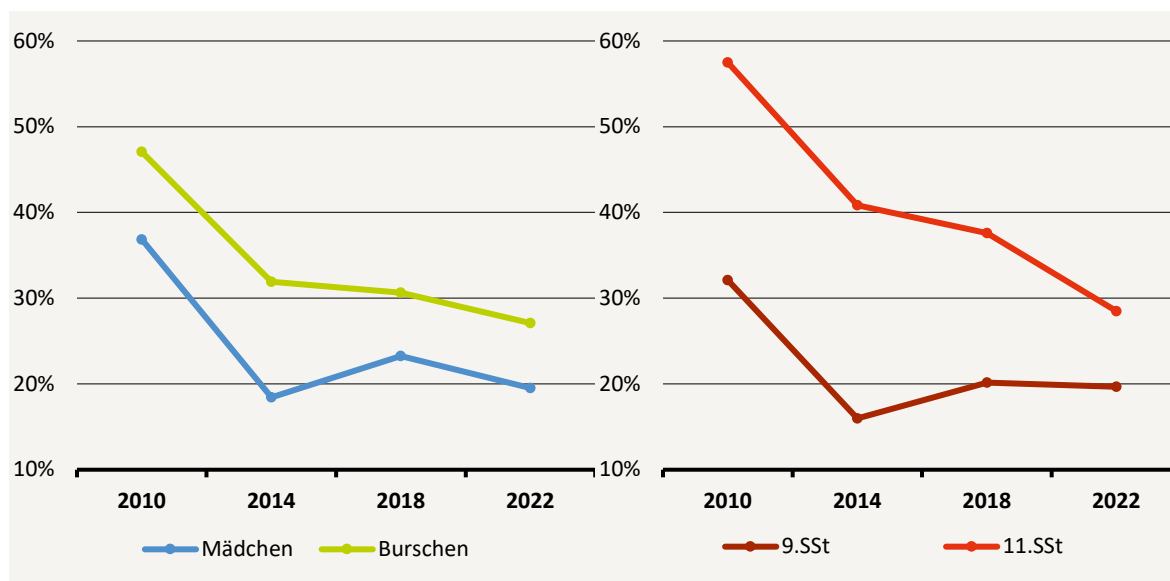
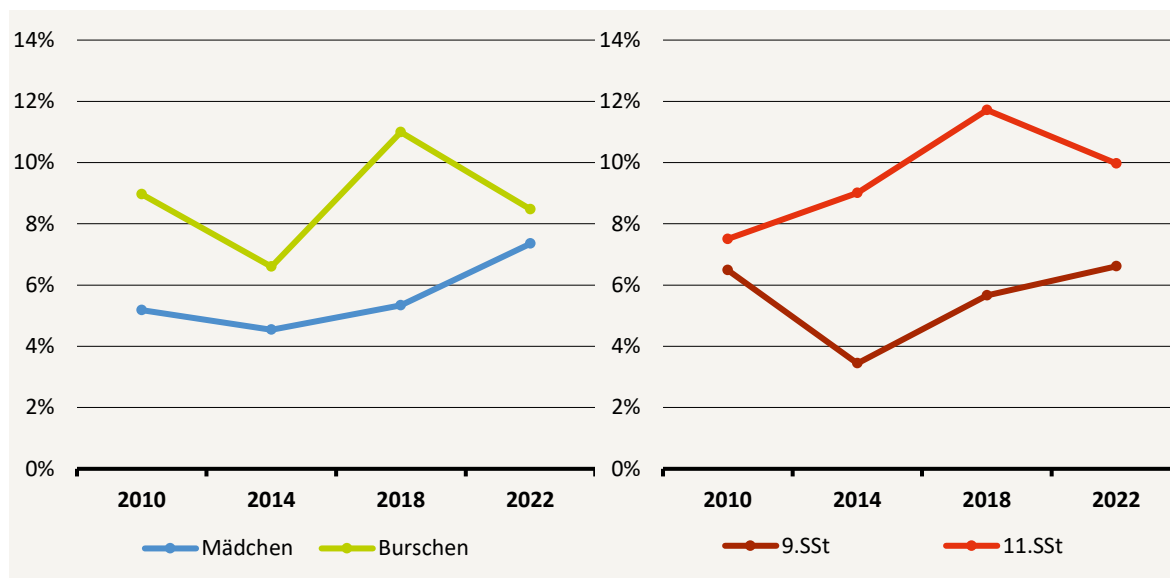


Abbildung 49: Relative Anzahl der Cannabis-Konsument:innen ab Schulstufe 9, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022



Sonstige Gesundheitsdeterminanten

Abbildung 50: Die relative Anzahl der **Mobbing-Opfer in der Schule** ist zwischen 2010 und 2018 stark gesunken und seitdem relativ konstant geblieben. Die Opfer-Fallzahlen waren bei den Burschen in der Vergangenheit viel größer als bei den Mädchen und nähern sich nun einander an. Der Rückgang seit 2010 ist in allen Schulstufen zu beobachten.

Abbildung 51: Die relative Anzahl der Schüler:innen, die in der Schule als **Mobbing-Täter:innen** in Erscheinung getreten sind, ist insgesamt zwischen 2010 und 2018 stark und seitdem leicht gesunken. Dieser Rückgang ist bis 2018 in allen Schulstufen festzustellen, bei Jugendlichen aus der 11. Schulstufe setzt sich der Trend 2022 fort.

Abbildung 52: Die relative Anzahl der Schüler:innen, denen es sehr gut in der **Schule** gefällt, ist bei beiden Geschlechtern seit 2014 gesunken und bei den Burschen nach 2018 wieder leicht gestiegen. Seit 2010 gibt es diesbezüglich ungefähr gleich verlaufende Unterschiede zwischen den Schulstufen: Es gibt mehr Schüler:innen aus den unteren Schulstufen, denen es sehr gut in der Schule gefällt als aus den oberen.

Abbildung 53: Die relative Anzahl der Schüler:innen, die sich durch die **schulischen Anforderungen** ziemlich oder sehr stark belastet fühlen, ist bei den Mädchen seit 2014 stetig gestiegen. Bei den Burschen kann eine Steigerung nur zwischen 2014 und 2018, nicht aber zwischen 2018 und 2022 festgestellt werden. Eine Steigerung der Fallzahlen seit 2014 ist in allen Schulstufen zu sehen.

Abbildung 54: Die relative Anzahl der Schüler:innen, die angeben, gute oder sehr gute **Beziehungen** zu ihren **Mitschüler:innen** zu haben, ist seit 2014 gesunken.

Abbildung 55: Wie die Schüler:innen die Beziehung zu ihren Lehrkräften beurteilen, wird in gleicher Form erst seit 2014 erhoben. Die relative Anzahl der Schüler:innen, die (sehr) positive Urteile über die **Beziehung** zu ihren **Lehrkräften** abgeben, ist seit 2014 bei beiden Geschlechtern kontinuierlich gesunken.

Abbildung 56: Die relative Anzahl der Schüler:innen, die eine sehr gute **Gesprächsbasis** zu mindestens einem **Elternteil** haben, ist seit 2014 gesunken, bei beiden Geschlechtern und in allen Schulstufen, mit Ausnahme von Schulstufe 5.

Abbildung 50: Relative Anzahl der Mobbing-Opfer in der Schule, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022

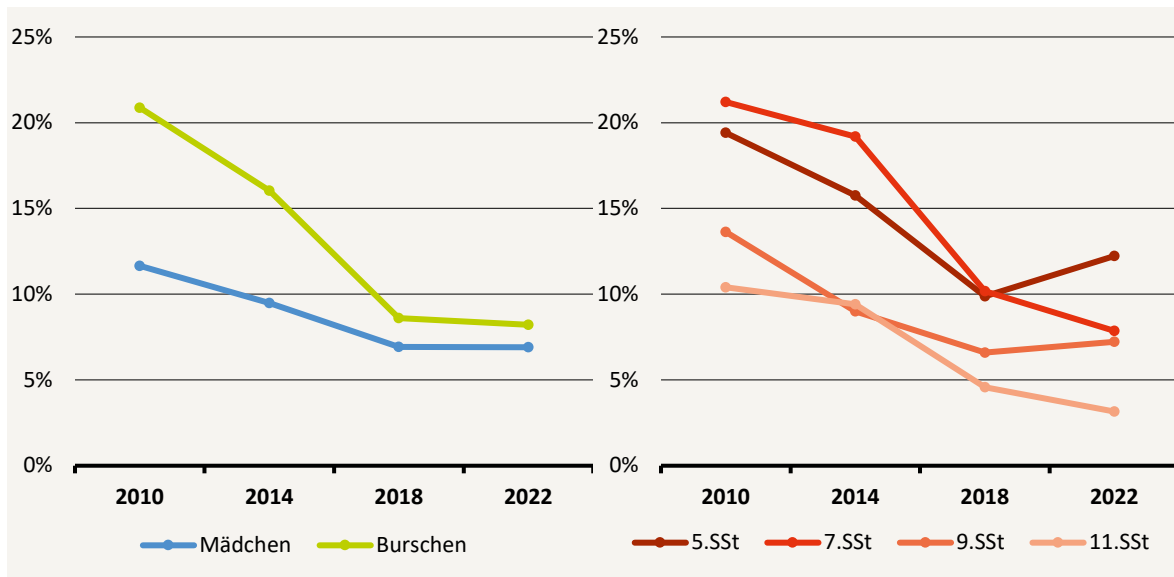


Abbildung 51: Relative Anzahl der Schüler:innen, die Mitschüler:innen in der Schule gemobbt haben, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022

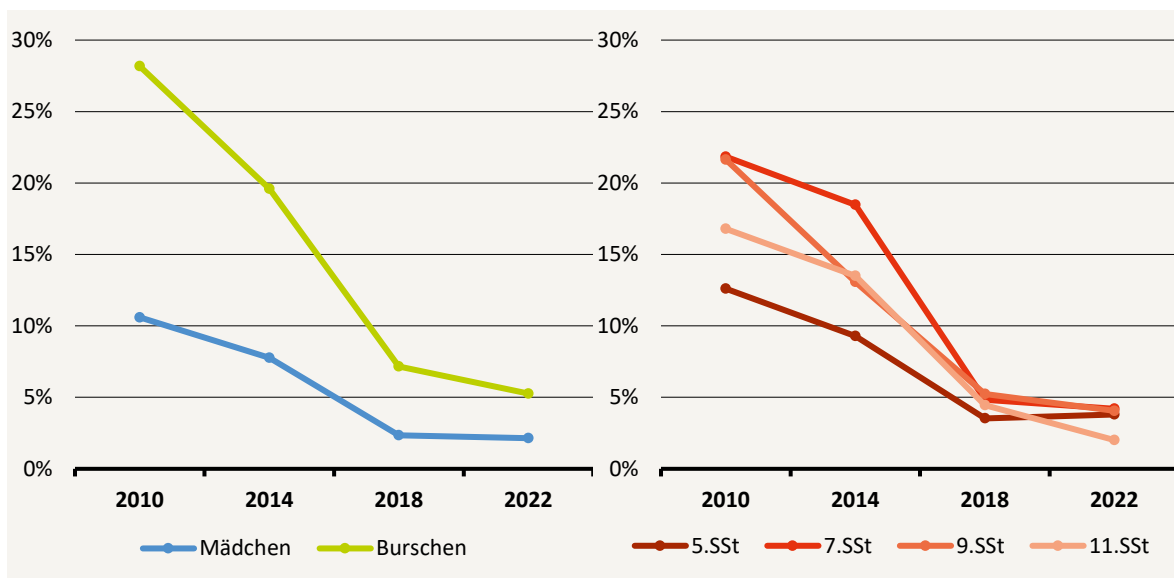


Abbildung 52: Relative Anzahl der Schüler:innen, denen es „sehr gut“ in der Schule gefällt, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022

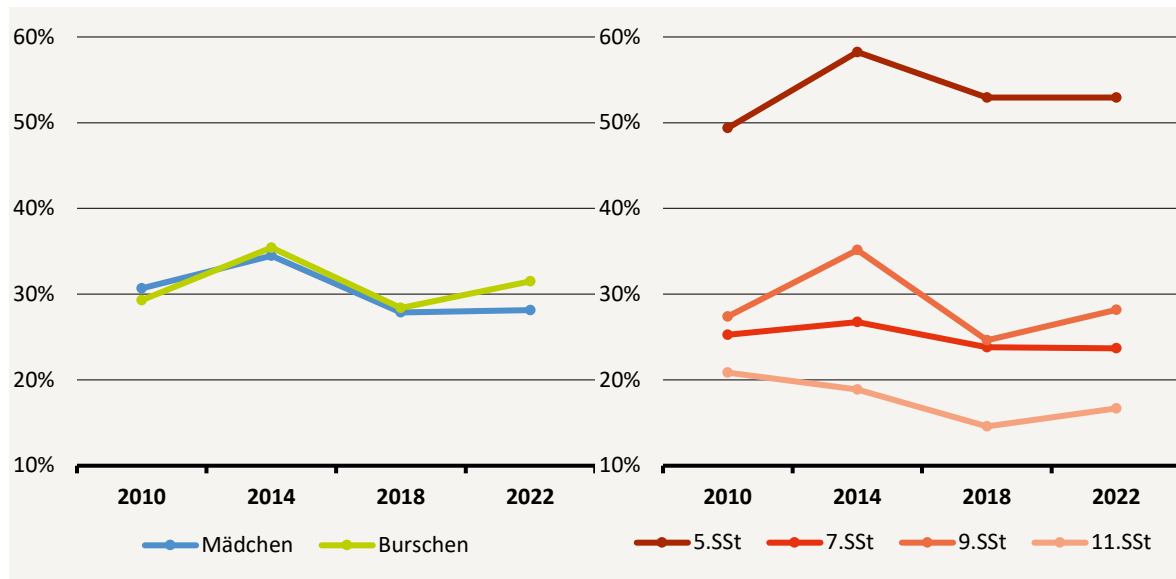


Abbildung 53: Relative Anzahl der Schüler:innen, die sich ziemlich oder sehr stark durch die schulischen Anforderungen belastet fühlen, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022

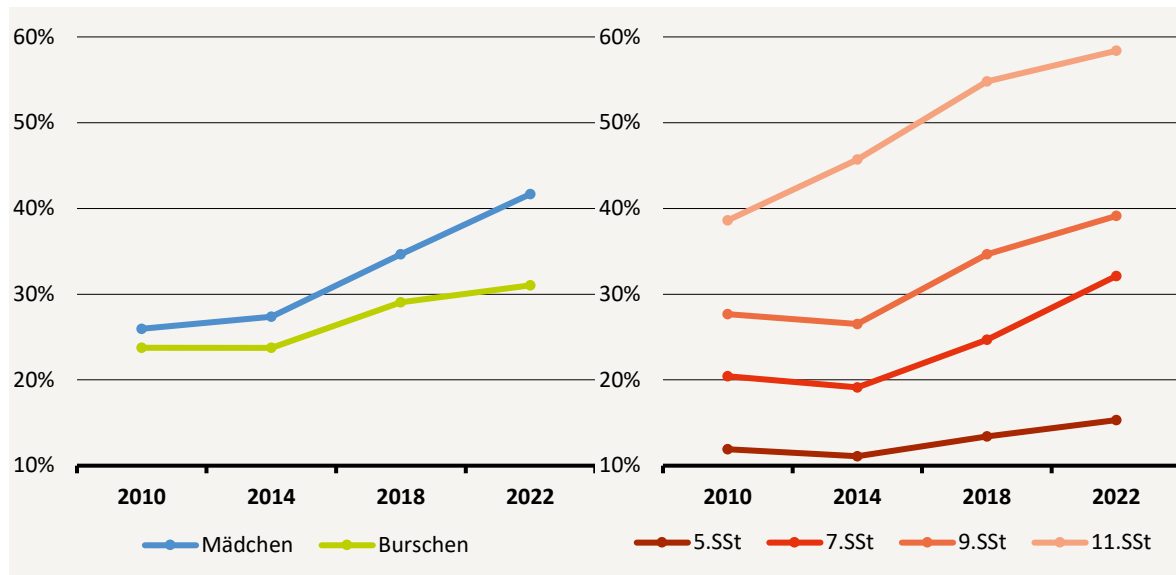


Abbildung 54: Relative Anzahl der Schüler:innen, die gute oder sehr gute Beziehungen zu ihren Mitschüler:innen haben, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022

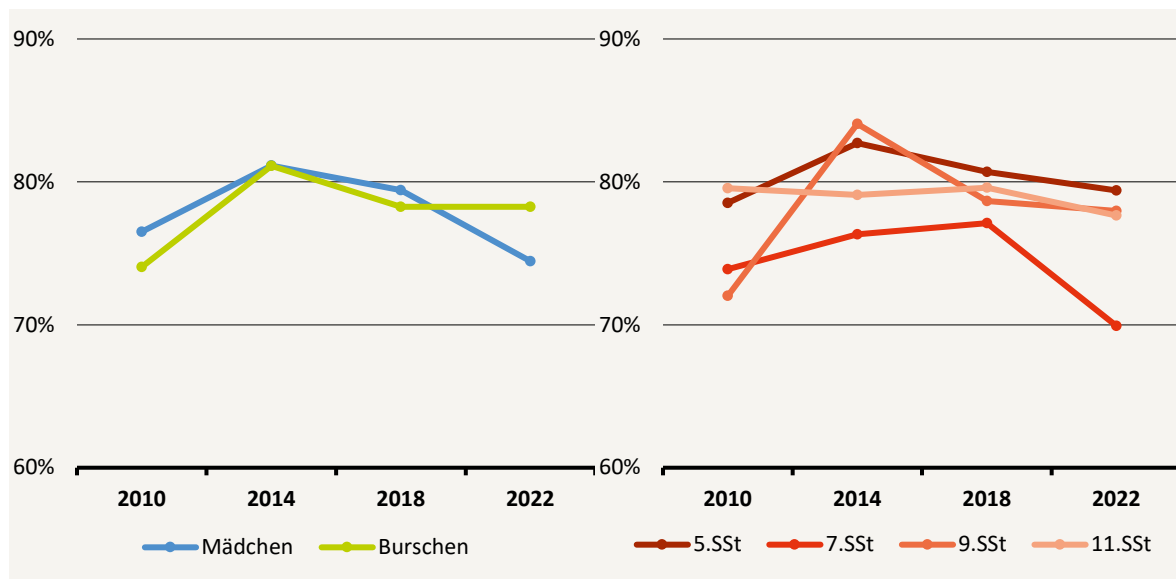


Abbildung 55: Relative Anzahl der Schüler:innen, die (sehr) positive Urteile über die Beziehung zu ihren Lehrkräften abgeben, nach Geschlecht und Schulstufe; 2014-2022

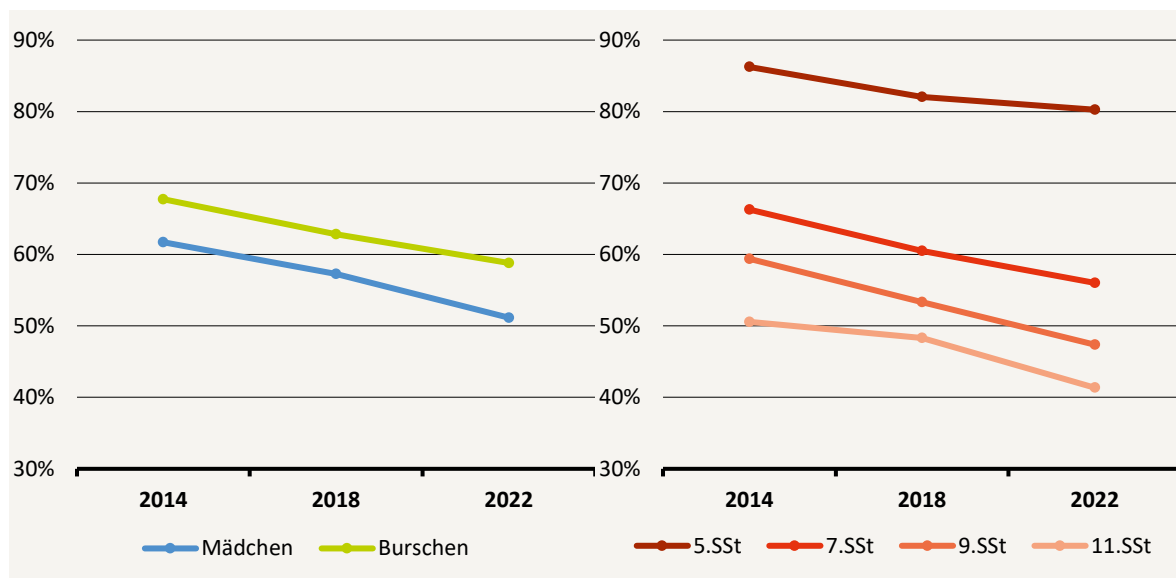
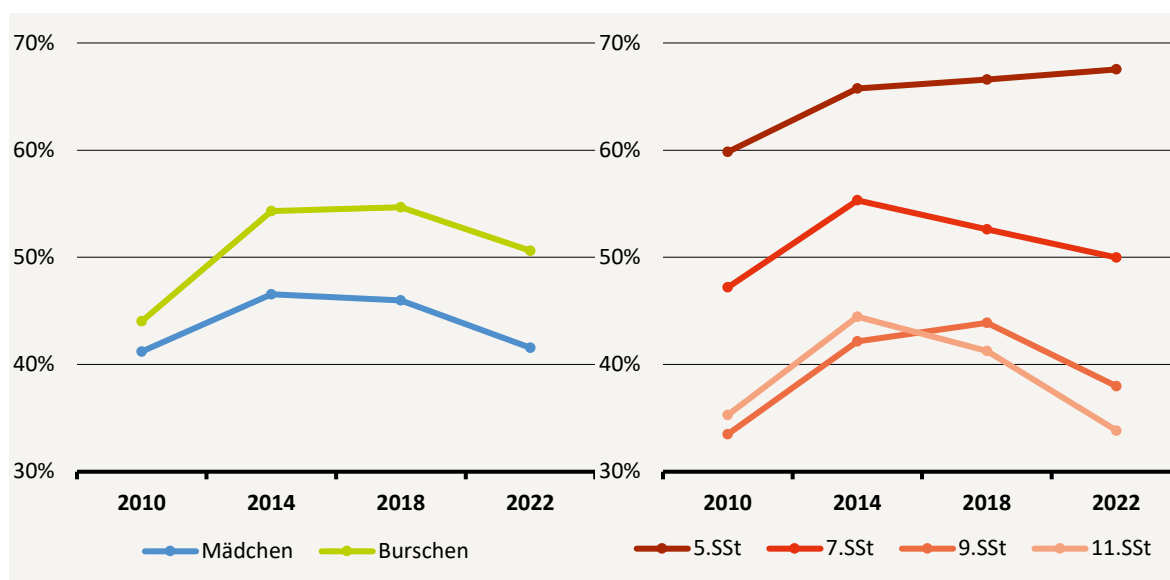


Abbildung 56: Relative Anzahl der Schüler:innen, denen es „sehr leicht“ fällt, mit mindestens einem Elternteil über persönliche Dinge zu sprechen



Diskussion

Die aktuelle HBSC-Erhebung fand dieses Mal unter schwierigen Bedingungen statt, da die Schulen im Schuljahr 2021/22 noch stark mit Corona-Testungen, Krankmeldungen, Quarantänen und der Aufarbeitung von Unterrichtsstoff belastet waren. Nichtsdestotrotz konnten viele Daten gesammelt werden, wofür den Schulleitungen, Lehrkräften, Schüler:innen und Eltern besonderer Dank gebührt.

Die Ergebnisse bestätigen das Bild, das andere internationale und nationale Studien, die während der SARS-CoV2-Pandemie durchgeführt und veröffentlicht wurden (Übersicht siehe z.B. Felder-Puig & Winkler, 2021), gezeigt haben: Gesundheit und Wohlbefinden der Schüler:innen haben sich verschlechtert, und auch bei einigen Lebensstilvariablen und Gesundheitsdeterminanten sind negativere Ergebnisse als in der Vergangenheit zu beobachten.

Besonders fallen dieses Mal die Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu Ungunsten der Mädchen auf. Wohl wiesen Mädchen ab ca. 13 Jahren auch in vergangenen Erhebungen bei einigen Indikatoren immer schlechtere Werte auf als die Burschen; hier sind v.a. Variablen des Befindens (Beschwerden, Lebenszufriedenheit, emotionales Wohlbefinden) und der körperlichen Aktivität zu nennen. Beides dürfte mit den speziellen geschlechtsspezifischen Entwicklungsaufgaben in der Pubertät, verschiedenen physiologischen und psychischen Belastungen, Unterschieden in der Wahrnehmung und Bewertung von Belastungen und gesellschaftlichen Rollenbildern zu tun haben, zweiteres auch mit anderen Interessenslagen (Felder-Puig et al., 2019; Felder-Puig & Teufl, 2019; Felder-Puig & Rame-low, 2020a).

In der aktuellen Erhebung waren gerade bei Indikatoren der psychischen Gesundheit die folgenden Unterschiede zwischen Mädchen und Burschen wesentlich größer als im Jahr 2018 (Felder-Puig et al., 2019): 44 % der Mädchen vs. 25 % der Burschen sind häufig gereizt oder schlecht gelaunt, 35 % vs. 18 % sind häufig nervös und 30 % vs. 12 % sind häufig niedergeschlagen. Bei den wegen der Pandemie erstmals erhobenen Symptomen lauten die Ergebnisse: 29 % der Mädchen vs. 17 % der Burschen machen sich häufig Sorgen um ihre Zukunft, 29 % vs. 9 % haben häufig Angst und 66 % vs. 43 % haben sich in den letzten 12 Monaten manchmal, meistens oder immer einsam gefühlt.

Dabei soll jedoch nicht unerwähnt bleiben, dass sich auch bei den Burschen die psychische Gesundheit bei einigen Indikatoren verschlechtert hat: So ist deren Beschwerdelast insgesamt gestiegen, während ihre Lebenszufriedenheit im Schnitt gesunken ist. Außerdem

sind häufige psychische Beschwerden und die allgemeine Beschwerdelast bei Schüler:innen beider Geschlechter nicht erst seit der SARS-CoV-2 Pandemie gestiegen, sondern bereits seit 2010 (Felder-Puig & Teufl, 2019). Auch ist die relative Anzahl an Schüler:innen, die bei den WHO-5 Ergebnissen auffällige Werte im Sinne einer depressiven Verstimmung oder Depression zeigen, mit 22 % bei den Mädchen und 10 % bei den Burschen nicht höher als 2018 (Felder-Puig et al., 2019). Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Prävalenz von schwerwiegenden psychischen Problemen, die in den ersten beiden Jahren der Pandemie berichtet wurden, nun wieder gesunken ist.

Ab 2021, als die ersten Studienergebnisse und Berichte aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie über die Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen erschienen, wurden in vielen Ländern Unterstützungsmaßnahmen entwickelt und versucht umzusetzen. Für Österreich sind hierbei beispielhaft zu nennen: „Pädagogisches Sofortpaket“ des BMBWF ([Pädagogisches Sofortpaket als Unterstützung für Schülerinnen und Schüler \(bmbwf.gv.at\)](#)), verschiedene vom Fonds Gesundes Österreich geförderte Projekte ([FGÖ-Aktivitäten im Rahmen der Programmlinie Gesundes Aufwachsen – PsychoSOZIALE Gesundheit von Kindern und Jugendlichen | Fonds Gesundes Österreich \(fgoe.org\)](#)), gemeinsame Angebote von BMSGPK und BMBWF ([WohlfühlPOOL - Ressourcen zur psychosozialen Gesundheit \(wohlfuehl-pool.at\)](#)) und mehrere Initiativen auf Seiten der Sozialversicherungen, der Bundesländer und der Gemeinden. Bis zumindest Ende 2023 wird es noch das Projekt „Gesund aus der Krise“ geben, bei dem Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene psychologische und psychotherapeutische Beratungen und Behandlungen kostenfrei in Anspruch nehmen können ([Gesund aus der Krise | Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene stärken](#)). Speziell zur Unterstützung von sozial benachteiligten Mädchen und jungen Frauen und zur Stärkung ihrer psychosozialen Gesundheit gibt es seit Mai 2022 das überregionale und vom BMSGPK geförderte Projekt „Selbstwert“ ([Frauengesundheitszentrum: Selbstwert – Mädchen und junge Frauen stärken](#)).

Erfreulicherweise ist zu berichten, dass es nun wieder mehr Schüler:innen als vor der Pandemie gibt, die sich regelmäßig bewegen bzw. Sport betreiben. Dies ist insofern bemerkenswert, als körperliche Aktivitäten der Mädchen und Burschen durch die verschiedenen Pandemie-Maßnahmen ja erheblich beschränkt waren und es Zweifel gab, ob das ursprüngliche Niveau überhaupt wieder erreicht werden kann (Neville et al., 2022). Nichtsdestotrotz sollten weitere Anstrengungen unternommen werden, um Kinder und Jugendliche „in Bewegung“ zu halten bzw. zu bringen. Deshalb ist z.B. das neue, groß angelegte Bewegungsprojekt von Sportministerium und BMBWF, das in Zukunft vielleicht sogar bundesweit umgesetzt werden könnte, zu begrüßen ([Tägliche Bewegungseinheit - Das 3-Säulen-Modell / - Tägliche Bewegungseinheit / Das Pilotprojekt / Fit Sport Austria](#)).

Beim Ernährungsverhalten, bei dem die Mädchen immer besser - im Sinne einer gesundheitsförderlicheren Ernährungsweise - abgeschnitten haben, sind entweder die Unterschiede zu den Burschen kleiner geworden (z.B. beim Konsum von Obst oder zuckerhaltigen Softdrinks), gar keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu sehen (z.B. beim täglichen Konsum von Fastfood, Energy Drinks und salzigen Knabbereien) oder ein ungünstigeres Ernährungsverhalten bei den Mädchen festzustellen (z.B. beim täglichen Konsum von Süßigkeiten und beim Weglassen des Frühstücks). Berichte von Expert:innen und Studienergebnisse zeigten während der SARS-CoV-2 Pandemie auch eine steigende Anzahl von Essstörungen, besonders bei jugendlichen Mädchen (z.B. Taquet et al., 2022; Zipfel et al., 2022). Dies könnte darauf hinweisen, dass die Belastungen der letzten Jahre das Essverhalten der jungen Menschen negativ beeinflusst hat, nicht nur, aber ganz besonders von jugendlichen Mädchen.

Die Übergewichtsraten sind bei beiden Geschlechtern, wie bereits vor der Pandemie, weiter gestiegen. Dafür gibt es vielfältige Gründe: Überall und jederzeit verfügbare und preisgünstige Produkte, die zu viel Zucker, Fett und/oder Salz enthalten, aggressive Produktwerbung (oft auch auf sozialen Medien), häufiges „Snacking“, Langeweile, Schlafmangel, zu wenig Bewegung (Felder-Puig et al., 2021a). Hohe Übergewichts- und Adipositasraten, sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen, gibt es in der Zwischenzeit in vielen Ländern der Welt (WHO, 2022). Gleichzeitig gibt es fortdauernde Bemühungen, diese Raten wieder einzudämmen oder wenigstens stabil zu halten. In Österreich sind hier z.B. die Qualitätsstandards für die Verpflegung in Kindergärten und Schulen, die Initiative „Richtig essen von Anfang an“ (Richtig essen von Anfang an!) oder das Projekt „Kinder essen gesund“ (Projekte | Initiative Kinder Essen Gesund) zu nennen. Diese und andere Projekte sind aber auf Prävention ausgerichtet und konnten gerade in den letzten Jahren nicht genügend Personen erreichen, um eine mögliche Wirkung auf Populationsebene zu erzielen (Nestle, 2022). Weiters ist derzeit auch der Zugang zur effektiven Therapie bei Übergewicht und Adipositas nur für einen Bruchteil der Betroffenen möglich und nicht flächendeckend verfügbar.

Positiv ist anzumerken, dass die Anzahl der männlichen Zigarettenraucher und regelmäßigen Alkoholkonsumenten seit 2014 kontinuierlich gesunken ist. Leider gibt es in der Zwischenzeit aber mehr Zigaretten rauchende Mädchen als Burschen und gleich viele Alkoholkonsumentinnen. Als Alternative zu Zigaretten haben andere Nikotinprodukte, die auf Grund ihres Suchtpotenzials nicht ungefährlich sind und vor denen die WHO warnt (WHO, 2021), ihren Weg in die Märkte gefunden (Simon et al., 2022). Über eine gesetzliche Verschärfung zum Schutz von jugendlichen Konsument:innen muss hier jedenfalls diskutiert werden. In Bezug auf Cannabis gibt es im Vergleich zu 2018 mehr Konsumentinnen und gleich viele Konsumenten. Auch hier ist also nur bei den Mädchen eine nachteilige Entwicklung festzustellen, auch wenn nach wie vor etwas mehr Burschen als Mädchen Cannabis zu sich nehmen.

Interessant sind die Ergebnisse zu den Indikatoren der Gesundheitsdeterminante „Schule“ im Vergleich zu 2018: Die Mädchen gehen nun ungefähr gleich gern in die Schule wie 2018 und bei den Burschen ist die „Liebe zur Schule“ gegenüber 2018 sogar leicht gestiegen. Die Mädchen fühlen sich 2022 etwas mehr belastet durch die schulischen Anforderungen als 2018, die Burschen nicht. Dass der schulische Leistungsdruck, der im Übrigen bei den Schüler:innen der Höheren Schulen bereits seit 2010 gestiegen ist (Felder-Puig et al., 2021b), trotz eines durch die Pandemie verursachten Nachholbedarfs nicht stärker gestiegen ist, ist wohl dem Know-how und der Umsicht der Lehrkräfte und möglicherweise auch der Resilienz der Schüler:innen zu verdanken.

„Mobbing in der Schule“, dessen Prävalenz in österreichischen Schulen zwischen 2010 und 2018 stark gesunken ist, ist auf nun auf ungefähr gleichem Niveau wie 2018. Die Cybermobbing-Fälle sind jedoch mehr geworden. Dies wird auch in einer anderen österreichischen Umfrage von Schüler:innen bestätigt (Studie: Cyber-Mobbing - saferinternet.at). Die verschiedenen Angebote, die es in Österreich zum Umgang mit und Prävention von Cybermobbing gibt (Saferinternet, Wohlfühlzone Schule, Nationale Strategie zur schulischen Gewaltprävention u.A.) sollten jedenfalls weiterhin genutzt werden.

Dass die Bildschirmzeiten von Kindern und Jugendlichen in der Pandemie stark gestiegen sind, haben internationale Studien gezeigt (Madigan et al., 2022). In der HBSC-Studie zeigt sich dies am Indikator „Tägliche Zeit am Handy“: Während im Jahr 2018 ungefähr 23 % der Schüler:innen täglich 5 Stunden und mehr mit Tätigkeiten an ihrem Handy beschäftigt waren, sind es 2022 bereits 38 %. Häufige gesundheitliche Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Schlafprobleme oder Augenschmerzen konnten vermehrt bei Vielhandynutzer:innen festgestellt werden (Felder-Puig et al., 2020). Deshalb sollte eine gesundheitsförderliche Nutzung von digitalen Medien noch stärker als bisher in Maßnahmen der Gesundheitserziehung und -förderung verankert werden.

Gesundheitskompetenz wird in derselben Form erst zum zweiten Mal gemessen. Gegenüber 2018 gibt es geringfügig mehr Schüler:innen mit hoher Gesundheitskompetenz. Analysen mit den Daten aus 2018 haben gezeigt, dass Schüler:innen mit einer hohen Gesundheitskompetenz eher einen gesundheitsförderlichen Lebensstil aufweisen als jene mit mittlerer oder niedriger Gesundheitskompetenz. Nur beim Alkoholkonsum unterschieden sich die drei Gruppen im Jahr 2018 nicht (Felder-Puig & Ramelow, 2020b). Die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen ist in Österreich Ziel verschiedener Maßnahmen in und für Bildungseinrichtungen (Förderung der Gesundheitskompetenz im Setting Schule - ÖPGK (oepgk.at), 2019 leitfadenschulegesundheitskompetenz (1).pdf) und in der außerschulischen Jugendarbeit (z.B. Gesundheitskompetente Jugendarbeit | gesunde-jugendarbeit.at). Neu ist eine Initiative des BMSGPK, die zum Ziel hat, Jugendlichen vertrauenswürdige Informationen und praktische Tipps zu den Themen Ernährung, Bewegung und Gesundheit zu liefern (<https://healthhacks.at/>).

Neu vorgegeben wurde Schüler:innen ab Schulstufe 9 eine Frage zur Impfwilligkeit, nicht nur gegen COVID-19, sondern auch gegen andere Erkrankungen. Basierend auf den Empfehlungen der Gesundheitsbehörden würden sich mehr als die Hälfte der Schüler:innen sicher und weitere 30 % wahrscheinlich impfen lassen. Insgesamt ca. 30 % fühlen sich über die Impfungen aber nicht gut informiert. Deshalb sollten die verfügbaren und qualitätsgesicherten Informationen, die kostenfrei zur Verfügung stehen (siehe z.B. [Impfungen für Schulkinder und Jugendliche \(sozialministerium.at\)](#); [Paediatric.at - Broschüren - Impfungen](#)) noch breiter disseminiert werden, v.a. an Jugendliche, die bereits selbst entscheiden können, wann und wogegen sie sich impfen lassen können.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Ergebnisse der HBSC-Studie 2021/22 die erwartete Verschlechterung in vielen Aspekten der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens von Schüler:innen bestätigt haben. Deshalb sollen Bemühungen, die jungen Menschen besonders zu unterstützen, weiter fortgeführt bzw. dort, wo nötig, ausgebaut werden. Dies gilt im Übrigen nicht nur für Österreich, sondern wird weltweit von Expert:innen gefordert (z.B. Ross et al., 2022; Mohan et al., 2022; Costello et al., 2022).

Weitere Ergebnisse aus der HBSC-Erhebung 2021/22, die auch Subgruppenunterschiede (z.B. in Bezug auf den sozioökonomischen Status der Schüler:innen) und Zusammenhänge zwischen Gesundheitsdeterminanten und Outcome-Variablen beleuchten, werden in den nächsten Jahren im Zuge von themenspezifischen HBSC Factsheets veröffentlicht werden. Demnächst erscheint auch ein österreichischer Lehrlingsgesundheitsbericht, in dem u.a. Lehrlinge mit gleichaltrigen Schüler:innen in Bezug auf ihre Gesundheit und ihr Gesundheitsverhalten verglichen werden.

Itemboxverzeichnis

Itembox 1: Subjektiver Gesundheitszustand	18
Itembox 2: Lebenszufriedenheit	19
Itembox 3: Körperliche und psychische Beschwerden	21
Itembox 4: Emotionales Wohlbefinden	23
Itembox 5: Einsamkeit.....	24
Itembox 6: Subjektives Stressempfinden	25
Itembox 7: Verletzungen	27
Itembox 8: Chronische Erkrankung oder Belastung.....	28
Itembox 9: Hören und Sehen	30
Itembox 10: Body-Mass-Index und Körperselbstbild	32
Itembox 11: Bewegung und Teilnahme an organisierten Freizeitaktivitäten.....	35
Itembox 12: Ernährungsverhalten.....	38
Itembox 13: Vorsorgemaßnahmen Zahngesundheit	42
Itembox 14: Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum	45
Itembox 15: Sexualverhalten.....	49
Itembox 16: Migrationshintergrund.....	52
Itembox 17: Ökonomische Situation der Familie	53
Itembox 18: Raufereien und Mobbing in der Schule	54
Itembox 19: Cybermobbing.....	55
Itembox 20: Selbstwirksamkeit	58
Itembox 21: Schulische Faktoren	60
Itembox 22: Freundeskreis und Familie	63
Itembox 23: Nutzung von digitalen Medien.....	67
Itembox 24: Gesundheitskompetenz	70

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verteilung der Stichprobe nach Datenclearing auf Geschlecht und Schulstufe .	14
Tabelle 2: Prävalenz einzelner häufiger Beschwerden (mehrmals pro Woche oder täglich), nach Geschlecht.....	22
Tabelle 3: Antworten der Schüler:innen auf die Frage, ob sie in Bezug auf ihre chronische Erkrankung oder Belastung ausreichend Unterstützung in der Schule erhalten, nach Schulstufe.....	29
Tabelle 4: Anteil der Schüler:innen, die schlecht hören, nach Geschlecht und Schulstufe.	30
Tabelle 5: Wie oft Mädchen in ihrer Freizeit mit höherer Intensität körperlich aktiv sind .	36
Tabelle 6: Wie oft Burschen in ihrer Freizeit mit höherer Intensität körperlich aktiv sind .	36
Tabelle 7: Relative Anzahl der Schüler:innen, die mindestens 1 Mal pro Woche einer organisierten Freizeitaktivität nachgehen, nach Geschlecht und Schulstufe.....	37
Tabelle 8: Relativer Anteil der Schüler:innen, die hochkalorische Lebensmittel mit niedrigem Nährstoffgehalt mindestens 1 Mal täglich zu sich nehmen, nach Geschlecht und Schulstufe	40
Tabelle 9: Welche Nikotinprodukte die Schüler:innen der Schulstufen 9 und 11 aktuell konsumieren, nach Geschlecht und Schulstufe	46
Tabelle 10: An wie vielen Tagen im letzten Monat wie viele Schüler:innen der Schulstufen 9 und 11 Alkohol konsumiert haben, nach Geschlecht und Schulstufe	47
Tabelle 11: Sexuelle Orientierung der Schüler:innen in Schulstufe 9 und 11, nach Geschlecht und Schulstufe	50
Tabelle 12: Von wem Mobbing-Opfer in der Schule hauptsächlich gemobbt werden, nach Geschlecht und Schulstufe	57
Tabelle 13: Wie viele Schüler:innen in den letzten paar Monaten Opfer von Cybermobbing geworden sind, nach Geschlecht und Schulstufe.....	57
Tabelle 14: Wie viele Schüler:innen in den letzten paar Monaten Cybermobbing betrieben haben, nach Geschlecht und Schulstufe.....	58
Tabelle 15: Wie vielen Schüler:innen es derzeit wie in der Schule gefällt, nach Geschlecht und Schulstufe	61
Tabelle 16: Relative Anzahl der Schüler:innen, die mit den Eltern oder Stiefeltern eine gute bis sehr gute Gesprächsbasis haben, nach Geschlecht.....	66
Tabelle 17: Relative Anzahl der Antworten auf die Frage nach der Impfbereitschaft gemäß Empfehlungen der Gesundheitsbehörden, nach Geschlecht und Schulstufe	72
Tabelle 18: Relative Anzahl der Antworten auf die Frage, ob sich die Schüler:innenüber die empfohlenen Impfungen gut informiert fühlen, nach Geschlecht und Schulstufe	72

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Subjektiver Gesundheitszustand, nach Geschlecht und Schulstufe.....	18
Abbildung 2: Lebenszufriedenheit nach Geschlecht und Schulstufe; dargestellt sind Mittelwerte; Spannbreite: 0 (niedrigste) bis 10 (höchstmögliche Lebenszufriedenheit)....	20
Abbildung 3: Beschwerdelast, nach Geschlecht und Schulstufe; dargestellt sind Mittelwerte, Spannbreite: 0 (keine Beschwerden) bis 100 (höchstmögliche Beschwerdelast)	22
Abbildung 4: Emotionales Wohlbefinden, nach Geschlecht und Schulstufe; dargestellt sind Mittelwerte, Spannbreite: 0 (schlechtestes) bis 100 (bestmögliches) emotionales Wohlbefinden	24
Abbildung 5: Wie oft sich die Schüler:innen in den letzten 12 Monaten einsam fühlten, nach Geschlecht und Schulstufe.....	25
Abbildung 6: Subjektives Stressempfinden, nach Geschlecht und Schulstufe; dargestellt sind Mittelwerte; mögliche Spannbreite: 0 (gar kein) bis 100 (sehr hoher Stress)	26
Abbildung 7: Wie viele Schüler:innen innerhalb eines Jahres verletzt waren und behandelt werden mussten, nach Geschlecht und Schulstufe.....	27
Abbildung 8: Anteil der Schüler:innen, die an einer chronischen Erkrankung oder Belastung leiden, nach Geschlecht und Schulstufe.....	28
Abbildung 9: Anteil der Schüler:innen, die den ganzen Tag eine Brille oder Kontaktlinsen tragen, nach Geschlecht und Schulstufe.....	31
Abbildung 10: Prävalenz von Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas, nach Geschlecht und Schulstufe.....	32
Abbildung 11: Körperselbstbild, nach Geschlecht und Schulstufe	33
Abbildung 12: An wie vielen Tagen pro Woche die Schüler:innen für mindestens 60 Minuten täglich körperlich aktiv sind, nach Geschlecht und Schulstufe; dargestellt sind Mittelwerte; Spannbreite: 0 bis 7 Tage.....	34
Abbildung 13: Relative Anzahl der Schüler:innen, die täglich Obst essen, nach Geschlecht und Schulstufe	39
Abbildung 14: Relative Anzahl der Schüler:innen, die täglich Gemüse essen, nach Geschlecht und Schulstufe	39
Abbildung 15: An wie vielen Schultagen in der Woche die Schüler:innen frühstücken, nach Geschlecht und Schulstufe	41
Abbildung 16: Wie oft die Schüler:innen gemeinsam mit ihrer Familie Mahlzeiten einnehmen, nach Geschlecht und Schulstufe	42

Abbildung 17: Relative Anzahl der Schüler:innen, die sich mindestens 2 Mal täglich die Zähne putzen, nach Geschlecht und Schulstufe.....	43
Abbildung 18: Relative Anzahl der Schüler:innen der Schulstufen 9 und 11, die sich mindestens 1 Mal jährlich einer zahnärztlichen Kontrolluntersuchung unterziehen, nach Geschlecht und Schulstufe.....	43
Abbildung 19: Relative Anzahl der Schüler:innen der Schulstufen 9 und 11, die jemals Zigaretten, E-Zigaretten, Wasserpfeife oder andere Nikotinprodukte geraucht bzw. konsumiert haben, nach Geschlecht und Schulstufe	44
Abbildung 20: Relative Anzahl der Schüler:innen der Schulstufen 9 und 11, die aktuell Zigaretten, E-Zigaretten, Wasserpfeife oder andere Nikotinprodukte rauchen bzw. konsumieren, nach Geschlecht und Schulstufe.....	46
Abbildung 21: Relative Anzahl der Schüler:innen der Schulstufen 9 und 11, die jemals bzw. im letzten Monat Cannabis konsumiert haben, nach Geschlecht und Schulstufe	48
Abbildung 22: Wie viele sexuell aktive Schüler:innen welches Verhütungsmittel benutzen, nach Geschlecht und Schulstufe	50
Abbildung 23: Das „Regenbogenmodell“ der Gesundheitsdeterminanten.....	51
Abbildung 24: Wie oft Schüler:innen in den letzten 12 Monaten an Raufereien beteiligt waren, nach Geschlecht und Schulstufe	56
Abbildung 25: Wie viele Schüler:innen mehrmals Opfer von Mobbing in der Schule wurden oder selbst an häufigerem Mobbing von Mitschüler:innen beteiligt waren, nach Geschlecht und Schulstufe	56
Abbildung 26: Anteil der Schüler:innen mit hoher, mittlerer und niedriger Selbstwirksamkeit, nach Geschlecht und Schulstufe	59
Abbildung 27: Wie viele Schüler:innen sich wie stark durch die Anforderungen der Schule belastet fühlen, nach Geschlecht und Schulstufe	61
Abbildung 28: Wie gut die Beziehungen der Schüler:innen untereinander sind, nach Geschlecht und Schulstufe	62
Abbildung 29: Wie gut die Schüler:innen die Beziehungen zu ihren Lehrer:innen bewerten, nach Geschlecht und Schulstufe.....	63
Abbildung 30: Relative Anzahl der Schüler:innen, die sich durch Freund:innen gut, moderat oder wenig unterstützt fühlen, nach Geschlecht und Schulstufe.....	65
Abbildung 31: Relative Anzahl der Schüler:innen, die angeben, hohen Rückhalt in ihrer Familie zu haben, nach Geschlecht und Schulstufe	65
Abbildung 32: Relative Anzahl der Schüler:innen, die eine problematische Nutzung von sozialen Medien zeigen, nach Geschlecht und Schulstufe	68

Abbildung 33: Wie viele Stunden sich die Schüler:innen täglich mit ihrem Handy beschäftigen, nach Geschlecht und Schulstufe.....	69
Abbildung 34: Relative Anzahl der Schüler:innen der Schulstufen 9 und 11 mit niedriger, mittlerer und hoher Gesundheitskompetenz, nach Geschlecht und Schulstufe.....	71
Abbildung 35: Relative Anzahl der Schüler:innen, die ihren Gesundheitszustand als „ausgezeichnet“ einstufen, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010 bis 2022	75
Abbildung 36: Mittlere Beschwerdelast, nach Geschlecht und Schulstufe; Spannweite 0 (keine) bis 100 (höchste Beschwerdelast); 2010-2022.....	76
Abbildung 37: Mittlere Lebenszufriedenheit, nach Geschlecht und Schulstufe; Spannweite 0 (schlechteste) bis 10 (bestmögliche Lebenszufriedenheit); 2010-2022.....	76
Abbildung 38: Relative Anzahl der übergewichtigen oder adipösen Schüler:innen, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022	77
Abbildung 39: Relative Anzahl der Schüler:innen mit einem positiven Körperselfbild, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022	77
Abbildung 40: Relative Anzahl der Schüler:innen, die sich täglich mindestens 2 Mal die Zähne putzen, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022	79
Abbildung 41: Relative Anzahl der Schüler:innen, die täglich mindestens 1 Mal Obst essen, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022	79
Abbildung 42: Relative Anzahl der Schüler:innen, die täglich mindestens 1 Mal Gemüse essen, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022.....	80
Abbildung 43: Relative Anzahl der Schüler:innen, die täglich mindestens 1 Mal Süßigkeiten konsumieren, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022.....	80
Abbildung 44: Relative Anzahl der Schüler:innen, die täglich mindestens 1 Mal süße „Softdrinks“ (Cola, Fanta, Eistee, etc.) konsumieren, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022	81
Abbildung 45: Wie viele Schüler:innen unter der Woche täglich frühstücken, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022	81
Abbildung 46: Relative Anzahl der Schüler:innen, die 4 bis 7 Tage in der Woche täglich zumindest eine Stunde körperlich aktiv sind, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022	83
Abbildung 47: Relative Anzahl der Schüler:innen ab Schulstufe 9, die keine Zigaretten rauchen, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022	83
Abbildung 48: Relative Anzahl der Schüler:innen ab Schulstufe 9, die mindestens 1 Mal pro Woche Alkohol konsumieren, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022.....	84
Abbildung 49: Relative Anzahl der Cannabis-Konsument:innen ab Schulstufe 9, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022	84

Abbildung 50: Relative Anzahl der Mobbing-Opfer in der Schule, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022	86
Abbildung 51: Relative Anzahl der Schüler:innen, die Mitschüler:innen in der Schule gemobbt haben, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022	86
Abbildung 52: Relative Anzahl der Schüler:innen, denen es „sehr gut“ in der Schule gefällt, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022	87
Abbildung 53: Relative Anzahl der Schüler:innen, die sich ziemlich oder sehr stark durch die schulischen Anforderungen belastet fühlen, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022	87
Abbildung 54: Relative Anzahl der Schüler:innen, die gute oder sehr gute Beziehungen zu ihren Mitschüler:innen haben, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022	88
Abbildung 55: Relative Anzahl der Schüler:innen, die (sehr) positive Urteile über die Beziehung zu ihren Lehrkräften abgeben, nach Geschlecht und Schulstufe; 2014-2022	88
Abbildung 56: Relative Anzahl der Schüler:innen, denen es „sehr leicht“ fällt, mit mindestens einem Elternteil über persönliche Dinge zu sprechen..	89

Literaturverzeichnis

Allgaier A.-K., Pietsch K., Frühe B. et al. (2012): Depression in pediatric care: Is the WHO-Five Well-Being Index a valid screening instrument for children and adolescents? *General Hospital Psychiatry* 34: 234–241.

Bandura A. (1997): *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman.

Bauer K.W., Hearst M.O., Escoto K. et al. (2012): Parental employment and work-family stress: associations with family food environments. *Social Science Medicine* 75: 496-504.

Berk L. (2020). *Entwicklungspsychologie*. 7., aktualisierte Auflage. München: Pearson Studium.

Brägger G., Posse N., Israel G. (2008): *Bildung und Gesundheit*. Bern: hep.

Cantril H. (1965): *The pattern of human concern*. Rutgers University Press.

Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. (1983): A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior* 24: 385–396.

Costello A., Clark H., Kobia M., Martinez J. (2022): Adolescents have not been well served by responses to the pandemic and the climate crisis. *British Medical Journal* 375: n2649.

Dahlgren G. & Whitehead M. (1991): *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.

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

Felder-Puig R., Teutsch F., Ramelow D., Maier G. (2019): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018*. Wien: BMASGK.

Felder-Puig R. & Teufl L. (2019): *Die psychische Gesundheit österreichischer Schülerinnen und Schüler. HBSC-Factsheet 01. Ergebnisse der HBSC-Studie 2018*. Wien: BMASGK.

Felder-Puig R. & Teufl L. (2020): Gewalt unter österreichischen Schülerinnen und Schülern. HBSC-Factsheet 04: Ergebnisse der HBSC-Studie 2018. Wien: BMSGPK.

Felder-Puig R., Quehenberger V., Teufl L. (2020): Nutzung von Smartphones und sozialen Medien durch österreichische Schülerinnen und Schüler. HBSC-Factsheet 03: Ergebnisse der HBSC-Studie 2018. Wien: BMSGPK.

Felder-Puig R. & Ramelow D. (2020a): Das Bewegungsverhalten österreichischer Schülerinnen und Schüler. HBSC-Factsheet 05: Ergebnisse der HBSC-Studie 2018. Wien: BMSGPK.

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

Felder-Puig R. & Winkler R. (2021): „Gemeinsam zurück in die Normalität“. Wie Schulen und andere Institutionen Kinder und Jugendliche dabei unterstützen können. Wien: GÖG.

Felder-Puig R. & Teufl L. (2021): Konsum von Nikotinprodukten, Alkohol und Cannabis. HBSC-Factsheet 07: Ergebnisse der HBSC-Studie 2018. Wien: BMSGPK.

Felder-Puig R., Soede I., Maier G. (2021a): Ernährungsverhalten und Körperselbstbild österreichischer Schülerinnen und Schüler. HBSC-Factsheet 08: Ergebnisse der HBSC-Studie 2018. Wien: BMSGPK.

Felder-Puig R., Soede I., Winkler R. (2021b): Wohlbefinden der österreichischen Schülerinnen und Schüler in der Schule. HBSC-Factsheet 09: Ergebnisse der HBSC-Studie 2018. Wien: BMSGPK.

FGÖ – Fonds Gesundes Österreich (2020): Österreichische Bewegungsempfehlungen (Wissensband 17). Wien: FGÖ.

Hascher T. (2004). Schule positiv erleben. Ergebnisse und Erkenntnisse zum Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern. Bern: Haupt.

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

Idler E. & Cartwright K. (2018): What do we rate when we rate our health? Decomposing age-related contributions to self-rated health. *Journal of Health and Social Behaviour* 59: 74-92.

Inchley J., Currie D., Samdal O. et al. (2022): Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: background, methodology and mandatory items for the 2021/22 survey. Glasgow: MRC/CSO Social and Public Health Sciences Unit, University of Glasgow.

Kurth B. & Ellert U. (2010): Estimated and measured BMI and self-perceived body image of adolescents in Germany. *Obesity Facts* 3, S. 181-190.

Madigan S., Eirich R., Pador P. et al. (2022): Assessment of changes in child and adolescent screen time during the COVID-19 pandemic. A Systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, doi: 10.1001/jamapediatrics.2022.4116.

Mazur J., Sentenac M., Brooks F. et al. (2013): Burden of chronic health conditions in adolescence measured by school surveys. *Developmental Period Medicine* 7: 157-164.

Mohan A., Kostecky S.M., Sivakumar A. et al. (2022): Improving adolescent wellbeing is an urgent global priority. *British Medical Journal* 379: o2551.

Nestle M. (2022): Preventing obesity – It is time for multiple policy strategies. *JAMA Internal Medicine*, doi: 10.1001/jamainternmed.2022.3039.

Neville R.D., Lakes K.D., Hopkins W.G. et al. (2022): Global changes in child and adolescent physical activity during the COVID-19 pandemic. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, doi:10.1001/jamapediatrics.2022.2313.

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.

Pavot W. & Diener E. (1993): Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment* 5: 164-172.

Peres M.A., Macpherson L., Weyant R.J. et al. (2019): Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet* 394: 249-260.

Portnuff C.D.F., Fligor B.J., Arehart K.H. (2011): Teenage use of portable listening devices: A hazard to hearing? Journal of the American Academy of Audiology Members 22: 663-677.

Räisänen A.M., Kokko S., Pasanen K. et al. (2018): Prevalence of adolescent physical activity-related injuries in sports, leisure time, and school: the National Physical Activity Behaviour Study for children and Adolescents. BMC Musculoskeletal Disorders 19: 1-8.

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

Ramelow D., Teutsch F., Hofmann F., Felder-Puig R. (2015): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Wien: BMG.

Ravens-Sieberer U., Erhart M., Torsheim T. et al. (2008): An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. European Journal of Public Health 18: 294-299.

Ross D.A., Friedman H.S., Welch D. et al. (2022): Four powerful reasons for increasing investment in adolescents and their wellbeing. British Medical Journal 379: o2526.

Shagar P., Harris N., Boddy J., Donovan C. (2017): The Relationship Between Body Image Concerns and Weight-Related Behaviours of Adolescents and Emerging Adults: A Systematic Review. Behaviour Change 34: 208-252.

Simon P., Jiang Y., Buta E. et al. (2022): Longitudinal trajectories of multiple nicotine product use among youths in the population assessment of tobacco and health study. Jama Network Open 5: e223549.

Statistik Austria (2022): Bildung in Zahlen 2020/21 - Tabellenband. https://www.statistik.gv.at/fileadmin/publications/BIZ_2020-21_Tabellenband.pdf

Svedberg P., Eriksson M., Boman E. (2013): Associations between scores of psychosomatic health symptoms and health-related quality of life in children and adolescents. Health and Quality of Life Outcomes 11:176.

Taquet M., Geddes J.R., Luciano S., Harrison P.J. (2021): Incidence and outcomes of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *The British Journal of Psychiatry*, doi: 10.1192/bjp.2021.105

Teutsch F., Felder-Puig R., Winkler R. (2022): Dokumentation der GÖG-Erhebungen 2021/22 zur Jugendgesundheit (HBSC und Lehrlinge). Wien: GÖG.

Vallejo M.A., Vallejo-Slocker L., Fernandez-Abascal E.G. et al. (2018). Determining factors for stress perception assessed with the perceived stress scale (PSS-4) in Spanish and other European samples. *Frontiers in Psychology* 9: 37.

Van den Eijnden R., Lemmens J., Valkenburg P. (2016): The Social Media Disorder Scale. *Computers in Human Behavior* 61: 478-487.

Vancampfort D., Ashdown-Franks G., Smith L. et al. (2019): Leisure-time sedentary behavior and loneliness among 148,045 adolescents aged 12–15 years from 52 low-and middle-income countries. *Journal of Affective Disorders* 251: 149-155.

Wang J., Li M., Zhu D., Cao Y. (2020): Smartphone overuse and visual impairment in children and young adults: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research* 22: e21923.

WHO (2021): WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products. Geneva: World Health Organization.

WHO (2022): WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: World Health Organization.

Zipfel S., Schmidt U., Giel K.E. (2022): The hidden burden of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry* 9: 9-10.

Abkürzungen

BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
ÖGPH	Österreichische Gesellschaft für Public Health
SSt	Schulstufe
WHO	World Health Organization

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

post@sozialministerium.gv.at

sozialministerium.gv.at