

# HBSC Factsheet 03

## Die Gesundheitskompetenz österreichischer Schülerinnen und Schüler: HBSC Ergebnisse 2014

Die Gesundheitskompetenz\* der Bevölkerung zu steigern ist derzeit eines der wichtigsten Ziele der österreichischen Gesundheitspolitik [1]. Aktuelle Informationen zur derzeitigen Situation in diesem Bereich wurden in der HLS-EU Studie (Health Literacy Survey), an der acht Länder genommen haben, gesammelt [2]. Darüber hinaus wird versucht, mit vielen verschiedenen Projekten und Maßnahmen drei Arten von Zielen zu erreichen [3]: (1) das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter zu machen; (2) die persönliche Gesundheitskompetenz verschiedener Bevölkerungsgruppen unter besonderer Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen zu stärken; und (3) Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor zu verankern. Kinder und Jugendliche sind eine der Bevölkerungsgruppen, auf die sich diese Ziele beziehen [4-5].

\*Definition und Messung siehe Seite 2



### Wie können Kinder und Jugendliche Gesundheitskompetenz entwickeln?

Einfacher als die Frage, welche Art von Gesundheitskompetenz Kinder und Jugendliche in welchem Alter haben sollten, ist zu beantworten, wie sie sich Gesundheitskompetenz aneignen können. Dies geschieht, wie beim Erwerb anderer Kompetenzen, durch Erziehung und Bildung und gelingt in einer günstigen Lern- und Lebensumgebung in der Regel besser.

Es ist bekannt, wie Kinder und Jugendliche am besten nachhaltig lernen – durch Beobachtung und Nachahmung, durch Vermittlung von Wissen, das handhabbar, verstehbar und sinnhaft ist (vgl. Kohärenzgefühl nach Antonovsky [6]) und durch die Möglichkeit, das Gelernte zu üben und anzuwenden.

Außerdem brauchen sie Beziehungen zu Menschen, die ihnen zugetan sind und sie beim Lernen unterstützen [7]. Das sind in erster Linie Eltern und Familie und in zweiter Linie Kindergartenpädagog/inn/en, Lehrer/innen, Betreuer/innen in Vereinen und außerschulischen Kinder- und Jugendeinrichtungen, aber auch Ärztinnen / Ärzte und Therapeut/inn/en, sofern sie mit diesen in Kontakt treten bzw. deren Hilfe brauchen.

Deshalb geht die Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen immer Hand in Hand mit der entsprechenden (Aus-)Bildung ihrer Bezugspersonen und einer gesundheitsförderlichen Gestaltung ihrer Lebenswelten (Wohnumfeld, Kindergarten, Schule, außerschulische Kinder- und Jugendeinrichtungen, etc.).

Doch wie misst man Gesundheitskompetenz? Um den Begriff für eine Messung zu operationalisieren, braucht es zunächst eine Definition. Die Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz bietet, in Anlehnung an die Arbeiten der HLS-EU Studiengruppe [2, 8], folgende Definition an [9]:

Gesundheitskompetenz leitet sich vom englischen „Health Literacy“ ab und ist verknüpft mit allgemeiner Bildung. Sie umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenversorgung Entscheidungen treffen zu können, die zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit während des gesamten Lebensverlaufs beitragen.

In Anlehnung an diese Definition erfolgten auch Messungen der Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen, allerdings haben die internationalen Forschungsarbeiten, die sich mit einer Adaptierung von Definition und Messmethoden für Kinder und Jugendliche befassen, erst begonnen [4, 5, 10, 11]. Auf Grund des großen öffentlichen Interesses wurde aber beschlossen, Gesundheitskompetenz auch in der „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) Studie 2014 zu erfassen, vorerst nur in Österreich. Dieses Factsheet beschreibt die Messmethode und die Ergebnisse.

## Die Messung von Gesundheitskompetenz in der HBSC-Studie

Für die HLS-EU Studie, bei der Teilnehmer/innen aller Altersgruppen ab 15 Jahren befragt wurden [2], war ein Instrument erarbeitet worden, in dem vier Dimensionen des Informationsverarbeitungsprozesses (finden, verstehen, beurteilen und anwenden) in jeweils drei unterschiedlichen gesundheitsrelevanten Domänen (Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung) durch insgesamt 47 Items operationalisiert wurden.

Aus dem 47 Items umfassenden HLS-EU Instrument wurde im Jahr 2012 eine Kurzform, die aus 16 Items besteht, entwickelt. Diese wurde sowohl an den Daten aller acht HLS-EU Teilnehmerländer (Deutschland (NRW), Griechenland, Irland, Niederlande, Österreich, Polen, Bulgarien, Spanien) als auch anhand der Daten von 571 in Österreich lebenden Jugendlichen im Alter von 15 Jahren psychometrisch getestet [12].

Bei der Bewertung der Items dieses Instruments gab es allerdings Zweifel, ob die HBSC-Zielgruppe (11- bis 17-Jährige) die Inhalte verstehen würde. Erste Ergebnisse aus einem Projekt von deutschen Wissenschaftler/inne/n scheinen diese Zweifel in der Zwischenzeit auch zu bestätigen [10].

Die Items der Kurzform wurden deshalb für die HBSC-Studie von zwei Expertinnen für Kinder- und Jugendgesundheit und zwei Experten für Gesundheitskompetenz aus dem ehemaligen Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research – unter Einbeziehung einer Gruppe von Jugendlichen - sprachlich so überarbeitet, dass sie auch für die HBSC-Zielgruppe zumindest semantisch verständlich sein sollten. Außerdem wurde die ursprünglich 4-stufige Antwortskala („sehr einfach – ziemlich einfach – ziemlich schwierig – sehr schwierig“) auf zwei Antworten („einfach“ und „schwierig“) reduziert und um eine zusätzliche Antwortkategorie („weiß nicht“) erweitert (siehe Tabelle 1).

Eine Prätestung der neuen Items an 72 Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren ergab, dass 11- und teilweise auch 12-Jährige trotz der sprachlichen Neugestaltung häufig Verständnisprobleme zeigten, weshalb beschlossen wurde, das Instrument in der HBSC-Studie nur für 13-Jährige und Ältere einzusetzen.

## Ergebnisse

In Tabelle 1 sind die einzelnen Items, die die Gesundheitskompetenz in den drei Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbewältigung messen, abgebildet. Die möglichen Antworten, die die befragten Schülerinnen und Schüler geben konnten, waren: „einfach“, „schwierig“ und „weiß nicht“.

In der Tabelle sind auch die dazugehörigen Häufigkeiten für die drei möglichen Antworten abgebildet. Die Rangreihung der Items in dieser Tabelle entspricht den Häufigkeiten in der Kategorie „schwierig“: Je weiter oben sich ein Item in der Tabelle befindet, umso mehr haben auf die jeweilige Frage geantwortet, dass dies schwierig für sie sei.

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

In der Darstellung ist auch ersichtlich, dass relativ viele Jugendliche keine Antwort auf einzelne Fragen finden konnten. Dies ist wahrscheinlich damit zu erklären, dass viele noch gar keine Erfahrung mit einer ernsteren Krankheit hatten (siehe z.B. Item 14 in Tabelle 1), deshalb für Gesundheitsinformationen aus den Medien auch kaum Interesse haben und/oder selten eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen.

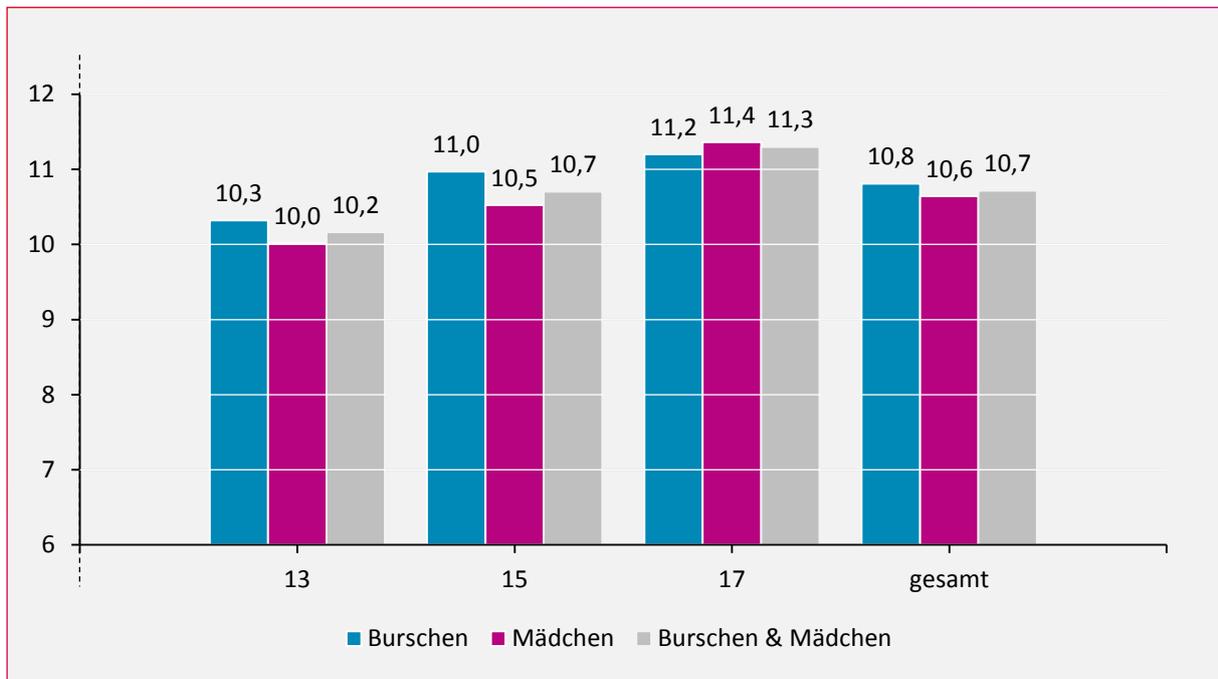
Auch wenn relativ viele der 13- bis 17-Jährigen einzelne Items aus verständlichen Gründen nicht beantworten konnten und deshalb ein Indexwert für die Gesundheitskompetenz nur mit Vorbehalt valide erscheint, wurde, in Anlehnung an die Arbeiten von Röthlin et al. [12], ein solcher gebildet, indem die Zahl der „das ist einfach“-Antworten addiert wurde, woraus mögliche Indexwerte zwischen 0 und 16 resultieren.

**Tabelle 1: Ergebnisse aus der HBSC Befragung der 13-, 15- und 17-jährigen Schülerinnen und Schüler zu ihrer Gesundheitskompetenz. Zahlen sind Prozentwerte. Ausgewertete Fälle: n = 3.950**

	<b>Bitte sag uns (sagen Sie uns), ob die folgenden Dinge einfach oder schwierig für dich (für Sie) sind:</b>	<b>+</b>	<b>-</b>	<b>?</b>
1	Herauszufinden, an wen ich mich wenden kann, wenn es mir psychisch schlecht geht (zum Beispiel, wenn ich traurig bin oder Angst habe).	52,2	23,7	24,1
2	Informationen darüber zu finden, was ich tun kann oder andere tun können, damit es mir psychisch gut geht.	53,6	20,2	26,2
3	Durch Informationen aus den Medien herauszufinden, wie ich mich vor Krankheiten schützen kann.	61,1	17,4	21,5
4	Das zu tun, was mein Arzt mir sagt.	73,0	17,0	10,0
5	Herauszufinden, ob das richtig ist, was ich über Gefahren für meine Gesundheit in den Medien (Zeitung, Fernsehen, Internet) lese oder höre.	58,2	16,9	24,9
6	Zu verstehen, warum ich manchmal zu einer Kontrolluntersuchung beim Arzt gehen soll, auch wenn ich mich gesund fühle.	68,5	16,2	15,3
7	Zu verstehen, warum es manchmal, wenn man krank ist, nötig ist, sich die Meinung eines zweiten Arztes anzuhören.	60,0	14,0	26,0
8	Informationen aus den Medien darüber, wie ich noch gesünder leben kann, zu verstehen.	66,5	13,5	20,0
9	Gesundheitsratschläge meiner Eltern, Verwandten oder Freunde zu verstehen.	75,8	12,7	11,5
10	Mich mit Hilfe der Informationen, die ich von einem Arzt bekomme, richtig zu verhalten.	73,4	12,0	14,6
11	Herauszufinden, wer mir – außer meinen Eltern – helfen kann, wenn ich mich krank fühle.	69,3	11,8	18,9
12	Zu verstehen, was ein Arzt mir sagt.	76,5	11,6	11,9
13	Zu verstehen, welche meiner Gewohnheiten einen Einfluss auf meine Gesundheit haben werden.	70,4	11,4	18,2
14	Etwas über die Behandlung einer Krankheit, die ich habe oder hatte, zu erfahren.	47,3	11,1	41,6
15	Informationen über ungesunde Lebensweisen (zum Beispiel Rauchen oder zu wenig Bewegung) zu verstehen.	81,1	5,9	13,0
16	Zu verstehen, wenn ein Arzt mir erklärt, wie ich ein Medikament einnehmen soll.	87,3	5,3	7,4

Angaben in %; + = einfach, - = schwierig, ? = weiß nicht oder keine Antwort.

Abbildung 1: Indexwerte für die Gesundheitskompetenz von 13-, 15- und 17-jährigen Schülerinnen und Schülern, gesamt und getrennt nach Geschlecht und Altersgruppen; die Indexwerte stellen die aggregierten Werte für die in Tabelle 1 abgebildeten Einzelergebnisse dar. Mögliche Spannweite der Indexwerte: 0 (schlechtest mögliche) bis 16 (bestmögliche Gesundheitskompetenz)



Aus Abbildung 1 ist ersichtlich, dass sich die Mittelwerte bei einem möglichen Range von 0 bis 16 (schlechtest mögliche bis bestmögliche Gesundheitskompetenz) im Zahlenbereich 10 bis 11,5 befinden. Eine statistische Überprüfung der Mittelwerteverteilung ergab, dass 17-Jährige beider Geschlechter eine signifikant bessere Gesundheitskompetenz haben als 13-Jährige. Bei den 15-Jährigen schneiden die Burschen wiederum signifikant besser ab als die Mädchen. Ansonsten zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

Zieht man die Kategorisierung von Röthlin et al. [12] zur Einteilung der Indexwerte in „inadäquate“ (Werte 0-8), „problematische“ (Werte 9-12) und „ausreichende“ (Werte 13-16) Gesundheitskompetenz heran, so schneiden die in der HBSC-Studie teilnehmenden Schülerinnen und Schüler wie folgt ab (Tabelle 2):

Tabelle 2: Anteil jener Schülerinnen und Schüler, die eine inadäquate, problematische oder ausreichende Gesundheitskompetenz haben; nach Altersgruppen. Ausgewertete Fälle: n=3.950.

Gesundheitskompetenz ist ...	13-Jährige	15-Jährige	17-Jährige	alle
...inadäquat	32,1%	27,4%	21,1%	27,0%
...problematisch	35,1%	36,3%	36,6%	36,0%
...ausreichend	32,8%	36,3%	42,2%	37,0%

Tabelle 2 gibt die Ergebnisse aus Abbildung 1 noch etwas detaillierter wieder und man sieht, dass sich die Unterschiede zwischen den Altersgruppen in den Kategorien „inadäquate“ und „ausreichende“ Gesundheitskompetenz, nicht aber in der mittleren Kategorie, manifestieren.

Bei der Indexbildung und der Kategorisierung der Indexwerte ist allerdings zu bedenken, dass nur die „einfach“-Antworten berücksichtigt werden, d.h. die „ich weiß nicht“-Antworten werden ebenso wie negative Antworten behandelt. Ob dies für eine Population, die (noch) kaum persönliche Erfahrung mit Krankheit und Krankheitsbewältigung hat, valide Ergebnisse bringt, muss noch weiter untersucht werden.

Jedoch ergibt eine getrennte Auswertung der dargestellten Items nach den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbewältigung keine Hinweise darauf, dass im Bereich Krankheitsbewältigung signifikant schlechtere Ergebnisse erzielt wurden als in den beiden anderen Bereichen. Zusammenhänge zwischen der Gesundheitskompetenz der Schülerinnen und Schüler und ihrem Gesundheitsverhalten zeigen sich lediglich für einzelne Aspekte von Gesundheitskompetenz: So konsumieren Schüler/innen, die in den Bereichen „Verstehen von gesundheitsrelevanten Informationen“ bzw. „Anwenden von gesundheitsrelevanten Informationen“ besser abschneiden, weniger häufig Alkohol und rauchen seltener [13]. In jedem Fall ist weitere Forschung auf diesem Gebiet zu empfehlen.

## Fazit

Das vorliegende Factsheet liefert erste Daten zur Gesundheitskompetenz von 13- bis 17-jährigen österreichischen Schülerinnen und Schülern, soweit dies auf Basis des aktuellen Forschungsstands möglich ist. Für weiterführende Aussagen ist zu klären, welche Art von Gesundheitskompetenz in welchem kindlichen und jugendlichen Alter nötig ist, um von einer guten oder ausreichenden Gesundheitskompetenz sprechen zu können. Dazu ist es erforderlich, mehr über die Ätiologie und Genese von Gesundheitskompetenz, über Kausalitätspfade und die Bedeutung von Gesundheitskompetenz für die Gesundheitssozialisation von Kindern und Jugendlichen zu erfahren [4]. Erste dahingehende Bemühungen werden beispielsweise in Deutschland mit der Gründung des HLCA (Health Literacy in Childhood and Adolescence)-Forschungsverbundes unternommen [5].

Für die Praxis empfiehlt es sich in jedem Fall, weiter den Weg zu verfolgen, gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen und Kinder und Jugendliche mit dem Wissen auszustatten, das sie brauchen, um ein gesundes und selbstbestimmtes Leben führen zu können, und im Falle einer Krankheit, diese auch gut zu bewältigen. Dass jene, die unter schwierigen sozialen Bedingungen aufwachsen, besondere Unterstützung benötigen, versteht sich dabei von selbst.

### **Die HBSC Studie:**

---



Die „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“-Studie ist eine regelmäßig alle vier Jahre stattfindende Erhebung der WHO und eine der größten Kinder- und Jugendgesundheitsstudien in Europa. Im Schuljahr 2013/14 haben 43 Länder teilgenommen. Alle präsentierten Ergebnisse basieren auf dem österreichischen Datensatz von 2013/14. Die HBSC-Studie wird vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen beauftragt und in seiner Umsetzung vom Bundesministerium für Bildung unterstützt. Nähere Informationen zur Studie unter: <http://www.hbosc.org/>

### **Autor/inn/en dieses Factsheets:**

---

Rosemarie Felder-Puig, Gunter Maier  
Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP) Wien  
September 2017  
Kontakt: [rosemarie.felder-puig@ifgp.at](mailto:rosemarie.felder-puig@ifgp.at)



## Literatur

- [1] Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016). Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Ziele für ein gesünderes Österreich. [www.gesundheitsziele-oesterreich.at](http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at) (Zugriff März 2017).
- [2] HLS-EU Consortium (2012). Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU. <https://www.healthliteracyeurope.net/hls-eu> (Zugriff März 2017).
- [3] Maßnahmen und Wirkungsziele. Webpage der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz. <https://oepgk.at/massnahme/> (Zugriff März 2017).
- [4] Okan, O., Pinheiro, P., Zamora, P, Bauer, U. (2015). Health Literacy bei Kindern und Jugendlichen. Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 58 (9), 930-941.
- [5] Zamora, P., Pinheiro, P., Okan, O., et al. (2016): “Health Literacy” im Kindes- und Jugendalter. Struktur und Gegenstand eines neuen interdisziplinären Forschungsverbunds (HLCA-Forschungsverbund). Prävention und Gesundheitsförderung, 10 (2), 167-172.
- [6] Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International, 11 (1), 11-18.
- [7] Bauer, J. (2007). Lob der Schule. Hamburg: Hoffmann & Campe.
- [8] Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12 (1), 80.
- [9] Gesundheitskompetenz: Was ist das? Webpage der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz. <https://oepgk.at/die-oepgk/gesundheitskompetenz/> (Zugriff März 2017)
- [10] Domanska, O., Firnges, C., Jordan S. (2016). Verstehen Jugendliche die Items des „Europäischen Health Literacy Survey Questionnaire“ (HLS-EU-Q47)? Ergebnisse kognitiver Interviews im Rahmen des Projektes „Messung der Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen“ (MOHLAA). Kongressbeitrag. Abstract veröffentlicht in Gesundheitswesen 2016; 78 – A200.
- [11] Velardo S. & Drummond M. (2016). Emphasizing the child in child health literacy research. J Child Health Care. 1-9.
- [12] Röthlin, F., Pelikan J. M.; Ganahl, K. (2013). Die Gesundheitskompetenz der 15 Jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz-Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien: LBIHPR Forschungsbericht.
- [13] Brandt, L., Schultes, M., Yanagida, T., Maier, G., Kollmayer, M., & Spiel, C. (in review): Differential associations of health literacy with Austrian adolescents’ tobacco and alcohol use. Submitted to European Journal of Public Health.