

HBSC-Studienverbund Deutschland

Faktenblatt zur Studie Health Behaviour in School-aged Children 2022



Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen

Hintergrund

Die Gesundheitskompetenz (GK) umfasst ein breites Spektrum von Wissen und Fähigkeiten, die Menschen in die Lage versetzen, gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen und die Faktoren, die auf Gesundheit wirken, zu beeinflussen (1). In aktuellen Studien ergeben sich in Abhängigkeit des untersuchten Bereichs und der eingesetzten Instrumente für 15 bis 50 Prozent der Kinder und Jugendlichen Einschränkungen ihrer GK (2-6). Mit Blick auf das Alter und Geschlecht der Heranwachsenden weisen Jüngere im Vergleich zu Älteren sowie Jungen im Vergleich zu Mädchen häufiger eine geringere GK auf (6, 7). Auch das Vorliegen eines Migrationshintergrundes sowie ein geringer familiärer Wohlstand sind mit Einschränkungen der GK verbunden (2, 6, 7, 8). Die GK gilt als eine wichtige Einflussgröße für die Gesundheit (3, 4, 7, 9). So weisen Studien für Kinder und Jugendliche auf Zusammenhänge zwischen einer geringen GK und Einschränkung des Gesundheitsverhaltens (z. B. Ernährung, Bewegung) und der psychosomatischen Gesundheit hin (3, 10, 11).

Wie wurde die Gesundheitskompetenz erfasst?

Zur Selbsteinschätzung der GK durch die Kinder und Jugendlichen wurde die Skala Health Literacy for School Aged Children (HLSAC) verwendet (1, 7, 12, 13). Die HLSAC-Skala umfasst zehn Items, die auf einer vierstufigen Likert-Skala von „überhaupt nicht zutreffend“ bis „eindeutig zutreffend“ beantwortet wurden. Es wurden fünf Bereiche der GK (theoretisches Wissen, praktisches Wissen oder Fähigkeiten, kritisches Denken, Selbstbewusstsein und bürgerschaftliches Engagement) mit jeweils zwei Items abgebildet. Eingeleitet wurden alle Items mit „Ich bin zuversichtlich, dass...“, woraufhin verschiedene Einschätzungen folgten (bspw. „...ich Gesundheitsinformationen aus unterschiedlichen Quellen vergleichen kann“). Zur Skalenbildung wurde

ein Summenscore aller Items gebildet, welcher einen Wertebereich zwischen 10 und 40 annehmen kann. Dies erfolgte nur für Fälle mit vollständiger Beantwortung aller Items. Im Zuge der Analysen wurde der Summenscore auf Basis geltender Konventionen in drei Kategorien eingeteilt, welche eine geringe (Wertebereich 10 – 25), moderate (26 – 35) und hohe (36 – 40) GK der Befragten abbilden (12). In Abbildung 1 wird der altersspezifische Anteil der Mädchen, Jungen und gender-diversen Kinder und Jugendlichen dargestellt, für die sich aus den Auswertungen eine geringe GK ergibt. Tabelle 1 zeigt den Anteil an Kindern und Jugendlichen mit geringer GK nach Alterskategorien, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund.

Hauptergebnisse

- Insgesamt ergibt sich für 24,4 % der Kinder und Jugendlichen eine geringe GK.
- Dabei zeigt sich für gender-diverse Befragte mit 51,2 % am häufigsten eine geringe GK. Weibliche (22,6 %) und männliche (25,2 %) Befragte unterscheiden sich hingegen kaum voneinander.
- Bei gender-diversen Befragten steigt mit zunehmendem Alter der Anteil derjenigen mit geringer GK (11-Jährige: 35,3 %; 13-Jährige: 45,8 %; 15-Jährige: 55,1 %). Bei Mädchen (11-Jährige: 28,8 %; 13-Jährige: 21,9 %; 15-Jährige: 18,7 %) zeigt sich eine umgekehrte Tendenz. Für Jungen ergibt sich kein klares Muster.
- Für Kinder und Jugendliche aus Familien mit geringem Wohlstand ergibt sich häufiger eine geringe GK (29,1 %) als für Befragte mit mittlerem (24,8 %) und hohem (17,5 %) familiärem Wohlstand.
- Hinsichtlich des Migrationsstatus geht aus den Ergebnissen hervor, dass Kinder und Jugendliche mit einseitigem (27,3 %) und beidseitigem

Methodische Erläuterungen zur HBSC-Studie 2022 finden Sie unter

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads/J/ConceptsMethods/JHealthMonit_2024_01_Konzept_Methodik_HBSC.html

Migrationshintergrund (27,1 %) etwas häufiger Einschränkungen ihrer GK aufweisen als Befragte ohne Migrationshintergrund (22,8 %)

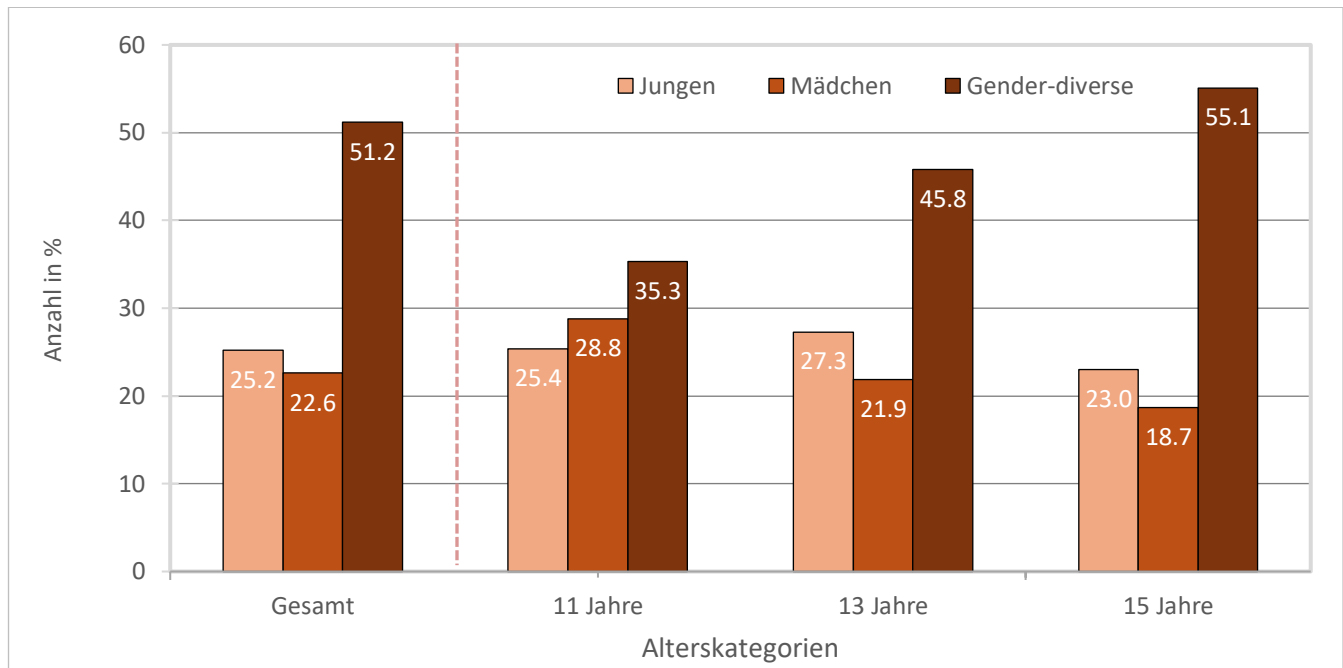


Abbildung 1: Anteil der Mädchen, Jungen und gender-diversen Kinder und Jugendlichen mit geringer Gesundheitskompetenz nach Alter und Geschlecht (in %), N = 4.839

Bewertung und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der HBSC-Studie verdeutlichen die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Stärkung der GK von Kindern und Jugendlichen. Die Schule stellt für junge Menschen ein geeignetes Setting dar, das Maßnahmen zur Förderung von Gesundheitskompetenzen umsetzen kann. Dabei empfiehlt sich die Integration der GK in bestehende ganzheitliche Ansätze der gesundheitsfördernden und guten gesunden Schule, d.h. auf der Ebene individueller Kompetenzen, auf der Ebene schulischer Strukturen und Prozesse sowie der außerschulischen Lebenswelt (14, 15).

Wie in den Auswertungen festgestellt, zeigen sich in Abhängigkeit des Sozialstatus Unterschiede in der GK bei Schülerinnen und Schülern. Entsprechend sollten Interventionsaktivitäten im Setting Schule bedarfsgerecht differenziert werden und besonders solche Schulformen, an denen vermehrt Kinder und Jugendliche aus Familien mit geringem Wohlstand unterrichtet werden, adressieren.

Literatur

1. Paakkari, L., Paakkari, O. & Simovska, V. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education*, 112(2), 133–152.
2. Bollweg, T.M., Okan, O., Freġian, A. et al. (2021). Dimensionen der Gesundheitskompetenz von Viertklässler*innen. *Präv Gesundheitsf*, 16(4), 296–302.
3. Dadaczynski, K., Rathmann, K., Schricker, J. et al. (2022). Digitale Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern. Ausprägung und Assoziationen mit dem Bewegungs- und Ernährungsverhalten. *Bundesgesundheitsbl*, 65(7/8), 784–794.
4. Domanska, O.M., Loer, A.K.M., Stock, C. et al. (2021). Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung Jugendlicher. *Präv Gesundheitsf*, 17(4), 479–487.

5. Hanewinkel, R., Hansen, J., Neumann, C. et al. (2021). Präventionsradar. Kinder- und Jugendgesundheit in Schulen. Ergebnisbericht2020/2021. https://www.praeventionsradar.de/downloads/Ergebnisbericht_SJ2021.pdf (Stand: 23.11.2023)
 6. Paakkari, L., Torppa, M., Mazur, J. et al. (2020). A comparative study on adolescents' health literacy in Europe: Findings from the HBSC study. *Int J Environ Res Public Health*, 17(10), 3543–3555.
 7. Fischer, S.M., Dadaczynski, K., Sudeck, G. et al. (2022). Measuring health literacy in childhood and adolescence with the scale Health Literacy in School-Aged Children – German version. *Diagnostica*, 68(4), 184–196.
 8. Quenzel, G. & Schaeffer, D. (2016). Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Universität Bielefeld, Bielefeld. https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ag6/publikationen/QuenzelSchaeffer_GesundheitskompetenzVulnerablerGruppen_Ergebnisbericht_2016.pdf (Stand: 23.11.2023)
 9. Rathmann, K., Bründel, H., Hurrelmann, K. (2024). Kindheit heute. Entwicklungen und Herausforderungen. 2. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz.
 10. Zhang, S., Li, D., Yang, R. et al. (2019). The association between health literacy and psychosomatic symptoms of adolescents in China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19(1), 1259.
 11. Sendatzki, S. et al. (2024). Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern in Deutschland – Ergebnisse der HBSC-Studie 2022. *Journal of Health Monitoring*, 9(1), 25-45.
 12. Paakkari, O., Torppa, M., Kannas, L. et al. (2016). Subjective health literacy: Development of a brief instrument for school-aged children. *Scand J Public Health*, 44(8), 751–757.
 13. Paakkari, O., Torppa, M., Boberova, Z. et al. (2019). The cross-national measurement invariance of the health literacy for school-aged children (HLSAC) instrument. *Eur J Public Health*, 29(3), 432–436.
 14. Dadaczynski, K., Jensen, B.B., Viig, N.G. et al. (2020) Health, well-being and education. *Health Educ* 120(1):11–19
 15. Okan, O., Paakkari, L. & Dadaczynski, K. (2020). Health literacy in schools. State of the art. Schools for Health in Europe (SHE) network. Online verfügbar: <https://tinyurl.com/y63ovqth>
-

Tabelle 1: Gesundheitskompetenz von **Mädchen, Jungen und gender-diversen Kindern und Jugendlichen** nach Alter, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund (in %)

	Hoch			Moderat			Gering		
	%			%			%		
Geschlecht ¹	w	m	d	w	m	d	w	m	d
Gesamt ² (4.839 Angaben)	13,1	15,6	8,8	64,3	59,2	40,0	22,6	25,2	51,2
	14,2			61,4			24,4		
Alterskategorien (n=4.839 Angaben) ^{2, 3}									
11-Jährige (n=1.414)	19,1			53,9			27		
13-Jährige (n=1.626)	12,5			62,5			24,9		
15-Jährige (n=1.796)	11,9			66,4			21,8		
Familiärer Wohlstand (n=4.763 Angaben) ^{2, 3}									
Niedrig (n=859)	11,5			59,4			29,1		
Mittel (n=3.086)	13,6			61,6			24,8		
Hoch (n=818)	19,1			63,4			17,5		
Migrationshintergrund (n=4.698 Angaben) ^{2, 3, 4}									
Kein (n=3.032)	15,1			62,0			22,8		
Einseitig (n=546)	13,6			59,2			27,3		
Beidseitig (n=1.120)	11,8			61,2			27,1		

1 w = weiblich, m = männlich, d = gender-divers, Mädchen: 2.400, Jungen: 2.359, gender-diverse Kinder und Jugendliche: 80.

2 Häufigkeits- und Prozentangaben beziehen sich auf die gewichteten Daten.

3 Innerhalb einer Merkmalskombination (z.B. 11-jährige Jungen; Jungen ohne Migrationshintergrund) ist die Summe der %-Werte aller GK-Stufen 100%.

4 Einseitig: Ein Elternteil nicht in Deutschland geboren. Zweiseitig: Beide Eltern oder Person selbst und mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren.

Bitte zitieren Sie dieses Faktenblatt wie folgt:

HBSC-Studienverbund Deutschland* (2024). Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen“ (Autorinnen Rathmann, Dadaczynski, Helmchen, Rybkina, Sendatzki).

Autorinnen: Katharina Rathmann, Kevin Dadaczynski, Ronja Maren Helmchen, Natalie Rybkina, Saskia Sendatzki

Kontakt HBSC-Studie

Prof. Dr. Katharina Rathmann
Hochschule Fulda
Fachbereich Gesundheitswissenschaften

Leipziger Str. 123
36037 Fulda
Tel +49 (0) 661 9640-6418
Fax +49 (0) 661 9640-6490

E-Mail: katharina.rathmann@gw.hs-fulda.de



* Der HBSC-Studienverbund Deutschland setzt sich aktuell aus den folgenden Standorten zusammen: Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg (Prof. Dr. Ludwig Bilz), Hochschule Heidelberg (Prof. Dr. Jens Bucksch), Hochschule Fulda (Prof. Dr. Kevin Dadaczynski, Co-Leitung & Prof. Dr. Katharina Rathmann), Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Dr. Irene Moor, Co-Leitung), Technische Universität München (Prof. Dr. Matthias Richter), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberger).