



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Eine quantitative Analyse der Gesundheitskompetenz
14- bis 19-jähriger Schülerinnen und Schüler einer
berufsbildenden höheren Schule unter besonderer
Berücksichtigung der Dimension Bewegung“

verfasst von / submitted by

Romana Herb, BEd

angestrebter akademischer Grad/ in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Education (MEd)

Wien, 2020 / Vienna 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 199 500 520 02

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Lehramt Sek (AB) Lehrverbund
UF Bewegung und Sport Lehrverbund
UF Mathematik Lehrverbund

Betreut von / Supervisor:

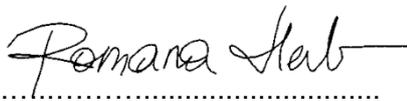
Ass.-Prof. Mag. Dr. Rosa Diketmüller

EIDESSTÄTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die Arbeit selbständig angefertigt, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und alle aus ungedruckten Quellen, gedruckter Literatur oder aus dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte gemäß den Richtlinien wissenschaftlicher Arbeiten zitiert, durch Fußnoten gekennzeichnet beziehungsweise mit genauer Quellenangabe kenntlich gemacht habe.

Göstling/Ybbs, 22.Juni 2020
.....

Ort, Datum


.....

Unterschrift

VORWORT

Die Thematik Gesundheit und Bewegung erweist sich als äußerst aktuell (Fahrland, Pieter, & Fröhlich, 2014) und wird für die Zukunft als bedeutend angesehen. Demzufolge werden Forschungen zu Fragen nach der menschlichen Gesundheit, der Gesundheitsförderung sowie letztlich ebenso zur Gesundheitskompetenz (GK) und zu einer Subdimension dieser, zur Bewegungskompetenz (BK), laut (Abel & Sommerhalder, 2015). Bereits in jungen Jahren an der Förderung der Gesundheit und die damit im Zusammenhang stehenden Fähigkeiten und Fertigkeiten anzusetzen ist wichtig, um sich in immer komplexer werdenden Gesundheitssystemen erfolgreich zu orientieren, Gesundheitsinformationen zu selektieren und zu bewerten und schließlich lebenslang einen gesundheitsförderlichen, körperlich aktiven Lebensstil zu verfolgen (Soellner, Huber, Lenartz, & Rudinger, 2010). Die Förderung der GK, die eine Verbesserung der BK mit sich bringen sollte, kann demnach Kosten im Gesundheitssystem einsparen und gesundheitliche Ungleichheit reduzieren (Pelikan, 2015). Die Menschen müssen dazu befähigt beziehungsweise empowert werden (Lenartz, 2012).

Damit dies ebenfalls in der Schule passieren kann, muss die Unterrichtspolitik adaptiert werden und die Lehrer/innen ihre Unterrichtsfächer dahingehend auslegen. Bevor jedoch Interventionsprogramme gestartet werden können, ist die literarische Recherche und Erforschung der GK unerlässlich. Aus diesem Grund und hohem persönlichen Interesse entstand die vorliegende Masterarbeit. Als Bewegung- und Sportlehrerin bin ich tagtäglich mit der Bewegungs- und Gesundheitsförderung beschäftigt, da ich die Schüler/innen bestmöglich auf ihre Zukunft vorbereiten möchte.

Demzufolge sollte diese Arbeit als Schließung der Forschungslücke hinsichtlich der GK und das damit im Zusammenhang stehende Bewegungsverhalten der Schüler/innen in der Zielgruppe der Jugendlichen dienen. Nicht nur die hermeneutische Ausarbeitung, sondern ebenso die Forschungsarbeit, die im Laufe des Forschungsprozesses erweitert wurde, konnten mit hohem Interesse an den Ergebnissen durchgeführt werden. Gesamt gesehen sollte ein umfassender Einblick in die Thematik, die Erforschung der GK und in Zusammenhänge der GK mit ausgewählten Prädiktoren für die Verfolgung nachhaltiger, gesundheitswirksamer Bewegung gegeben werden.

Diese wissenschaftliche Arbeit bietet wertvolle Ansätze für weitere Forschungen sowie Interventionsstrategien zur Förderung der GK und BK der Schüler/innen für Lehrer/innen, Direktor/innen, Sportwissenschaftler/innen, Trainer/innen, Politiker/innen oder weitere interessierte Individuen.

In der vorliegenden Arbeit wird mit entsprechender Kenntnismachung darauf geachtet, beide Geschlechter anzusprechen, zum Beispiel Schüler/innen, sowie auf eine neutrale Geschlechterbezeichnung, wie die Schülerschaft, zurückzugreifen. Ebenso sind die Termini „Mädchen“ und „Buben“ weder alters- noch geschlechterdiskriminierend den untersuchten Jugendlichen gegenüber gemeint, sondern werden aufgrund einer einheitlichen Bezeichnung im Vergleich zur Health-Behaviour-in-School-Aged-Children (HBSC)-Studie verwendet.

DANKSAGUNG

Im Rahmen dieser Masterarbeit habe ich während des gesamten Erstellungs- und Forschungsprozesses wertvolle Unterstützung von Personen erhalten, denen ich an dieser Stelle danken möchte. Allen voran möchte ich einen großen Dank an meine Betreuerin Ass.-Prof. Mag. Dr. Rosa Diketmüller aussprechen, die mich von Beginn an in meiner Forschungstätigkeit bestärkte und stets versuchte, mich auf den richtigen Weg zu leiten, wobei sie meine Eigenständigkeit nie einschränkte. Zudem gab sie mir bei Bedarf mit ihrem wertschätzenden Umgang wichtige Hilfestellungen.

An nächster Stelle gilt mein Dank besonders meiner Schule und ihrer Bediensteten. Sowohl, dass ich meine Forschung im Rahmen des Unterrichts in schulischen Räumlichkeiten durchführen durfte, als auch für die Selbstverständlichkeit der Unterstützung dabei. Hinzufügen möchte ich Dankensworte an meine Bewegung- und Sportkollegen Christian und Alexandra, die sich bereit erklärten, meinen Fragebogen ebenso mit ihren Schüler/innen im Unterricht auszufüllen.

Abschließend möchte ich meine Danksagung an meinen engsten Familien- und Freundeskreis aussprechen, allen voran meinen beiden Schwestern Linda und Lara, die mir nicht nur in der Erstellung der Forschungsmethodik kompetent zur Seite gestanden sind, sondern sich auch die Zeit zum Korrekturlesen nahmen. Ebenfalls gilt ein Dank meinen Eltern, die mich während meines gesamten Studiums und jetzt in der Abschlussphase bestens unterstützen sowie meinen Freund/innen, die meine Studienzeit sehr positiv prägten. Schließlich möchte ich mich von Herzen bei meinem Freund Sebastian bedanken, der immer versucht, mich mit aufbauenden Worten zu bestärken und gute Ohren zum Zuhören hat.

KURZZUSAMMENFASSUNG

„Wie wir gesünder älter werden können“ (Schobel, 2019, S. 9) wird laut Ulrich Reinhardt relevanter. Um Gesundheit als alltägliche Ressource zur Steigerung des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens zu nutzen (WHO, 1986b), und sich in informationsreichen Gesundheitssystemen zurechtzufinden (Maag, 2007), sind bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten nötig, welche unter Gesundheitskompetenz (GK) summiert werden (Soellner, Huber, Lenartz, & Rudinger, 2009).

In der Sportwissenschaft wird neben der bewegungsbezogenen GK (Sudeck & Pfeifer, 2016) die Subdimension Bewegungskompetenz (BK) betrachtet (Abel & Sommerhalder, 2015). Dabei werden physische, kognitive und affektive Komponenten beleuchtet (Whitehead, 2019). Da die BK und GK Schlüsselfaktoren für einen lebenslangen gesundheitsfördernden, körperlich aktiven Lebensstil sind (Allingham, Maude, & Whitehead, 2019; Lenartz, 2012), ist ihre Förderung Teil der österreichischen Gesundheitsziele (Delcour & Griebler, 2016).

Um die GK und ihre Bewegungsperspektive aufgrund der Forschungslücke in der Zielgruppe zu analysieren, wurde bei Schüler/innen einer berufsbildenden höheren Schule angelehnt an die Health-Behaviour-in-School-Aged-Children (HBSC)-Studie (Felder-Puig, Teutsch, Ramelow, & Maier, 2019) und Arbeiten von Sudeck und Pfeifer (2016) eine quantitative Forschung durchgeführt. Motorische Kompetenzen wurden nicht geprüft. Es nahmen 167 Personen (109 Mädchen, 58 Buben) im Alter von 14 bis 19 Jahren teil.

Die Forschung zeigte signifikante Zusammenhänge der GK mit der bewegungsbezogenen GK. Die GK unterschied sich im Alter und Geschlecht, die bewegungsbezogene nur im Alter. Die deskriptive Statistik wurde mit dem österreichischen Gesundheitsbericht 2018 (Felder-Puig, Teutsch, Ramelow, & Maier, 2019) verglichen, wobei das Durchschnittsalter (15,9 Jahre) dieser Studie höher ist. Das selbstberichtete Bewegungsausmaß zeigte keine Effekte zur GK, jedoch zur bewegungsbezogenen GK, weshalb sich Selbstregulations- und Selbststeuerungskompetenzen als zentral für gesundheitswirksame Bewegung herausstellten.

Schlüsselwörter: Gesundheit, Gesundheitskompetenz, Bewegungskompetenz, Bewegungsverhalten, körperliche Aktivität, bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz, Lebenskompetenz, Gesundheitsförderung, Selbstregulation, Selbststeuerung, österreichische Schule, HBSC

ABSTRACT

How to become older in a healthier way is of growing importance according to Ulrich Reinhardt (Schobel, 2019, S. 9). To use health as an everyday resource for increasing human well-being in a physical, mental and social way (WHO, 1986b) and to get used to complex health-related systems (Maag, 2007) needs abilities and skills, which are named as Health Literacy (HL) (Soellner, Huber, Lenartz, & Rudinger, 2009).

In the field of sport science concepts of movement-related HL (Sudeck & Pfeifer, 2016) or Physical Literacy (PL) are focussed (Abel & Sommerhalder, 2015). Within PL physical, cognitive and affective aspects are discussed (Whitehead, 2019). Because PL and HL are key factors for a lifelong health-promoting, physically active lifestyle (Allingham, Maude, & Whitehead, 2019; Lenartz, 2012) Austria included their promotion in the governmental health-program (Delcour & Griebler, 2016).

To analyse HL, its perspective of movement and to close the research gap in the group of young people, a quantitative investigation was carried out with 167 pupils (109 girls, 58 boys) 14 to 19 years old in a vocational High School following the Health-Behaviour-in-School-Aged-Children(HBSC)-study and work from Sudeck and Pfeifer (2016). No movement competences were tested.

The investigation showed significant correlations between HL and movement-related HL. HL differed within age and gender, whereas movement-related only in age. Descriptive statistics were compared with results from the HBSC-survey 2018 (Felder-Puig, et al., 2019), but the average age of this study was higher (15,9 years). The self-reported physical activity showed no effects for HL, but for movement-related HL, why competencies of self-regulation and self-control are central for health-effective movement.

Key words: Health, Health Literacy, Physical Literacy, Movement Behaviour, Physical Activity, movement-related Health Literacy, life-skills, Health Promotion, self-regulation, self-control, Austrian School, HBSC

INHALTSVERZEICHNIS

Eidesstattliche Erklärung	II
Vorwort	III
Danksagung	IV
Kurzzusammenfassung	V
Abstract	VI
Inhaltsverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	IX
1. Einleitung	1
1.1 Hinführung zum Thema	1
1.2 Vom Forschungsstand zum Forschungsanlass	3
1.2.1 Gesundheitskompetenz	3
1.2.2 Bewegungskompetenz bzw. körperliche Aktivität	7
1.3 Zielsetzung, Forschungsfragen und Methodenskizzierung	9
1.4 Gliederung der Arbeit	14
2. Theoretische Grundlagen	15
2.1 Gesundheit	15
2.1.1 Definition Gesundheit	15
2.1.2 Gesundheitsbereiche	16
2.1.3 Die Determinanten der Gesundheit – Was hält uns gesund?	17
2.1.4 Stress und Stressoren	24
2.1.5 Bewältigung/Coping	27
2.1.6 Der salutogenetische Ansatz nach A. Antonovsky	28
2.2 Kompetenz	30
2.2.1 Begriffsbestimmungen und Modelle	30
2.2.2 Handlungskompetenz aus Fach-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenz	30
2.2.3 Definition nach Weinert	31
2.2.4 Lebenskompetenzen – life skills	32
2.2.5 Zusammenhang Handlungskompetenz und Gesundheit	33
2.3 Gesundheitskompetenz bzw. Health Literacy	35
2.3.1 Entwicklung und Begriffsbestimmung	35
2.3.3 Selbstregulation, Selbststeuerung und Selbstbestimmung	39
2.3.4 Modelle der Gesundheitskompetenz	40
2.3.5 Operationalisierung der Gesundheitskompetenz	45
2.3.6 Ziele der Gesundheitskompetenz	46
2.4 Bewegungskompetenz bzw. Physical Literacy	48
2.4.1 Begriffsentwicklung und Definition	48
2.4.2 Modelle der bewegungs- und sportbezogenen Gesundheitskompetenz	51
2.4.3 Operationalisierung der Bewegungskompetenz bzw. Physical Literacy	55
2.5 Gesundheitsförderung (GF)	58
2.5.1 Begriffsbestimmung und Definition	58
2.5.2 Grundprinzipien und Ansätze der Gesundheitsförderung	59
2.5.3 Gesundheitsförderung in der Schule	62
2.5.4 Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen	63
3. Empirischer Teil	69
3.1 Methodik der Forschung	69
3.1.1 Der Fragebogen	69

3.1.2	Ablauf der Datenerhebung.....	76
3.1.3	Untersuchungsdesign	78
3.2	Auswertungsmethode der Variablen des Fragebogens.....	79
3.2.1	GK.....	79
3.2.2	Bewegungsbezogene GK.....	80
3.2.3	Gesundheitswissenstest.....	81
3.2.4	Sozioökonomischer Status: Family Affluence Scale (FAS)-Skala	81
3.2.5	BMI und Körperselbstbild.....	81
3.3	Zusammensetzung und deskriptive Auswertung der Stichprobe	82
3.4	Hypothesenprüfung und analytische Ergebnisse	90
3.4.1	Unterschied in der GK bezüglich des Alters	90
3.4.2	Unterschied in der GK zwischen den Geschlechtern	92
3.4.3	Zusammenhang zwischen der GK und der bewegungsbezogenen GK.....	95
3.4.4	Unterschied in der GK bezüglich der Kategorien der bewegungsbezogenen GK.....	97
3.4.5	Zusammenhang zwischen der bewegungsbezogenen GK und dem selbstberichteten Bewegungsverhalten.....	99
3.4.6	Unterschied im selbstberichteten Bewegungsverhalten zwischen den Kategorien der bewegungsbezogenen GK	102
3.4.7	Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich der bewegungsbezogenen GK.....	103
3.4.8	Unterschied in der bewegungsbezogenen GK zwischen den Altersgruppen.. ..	104
3.4.9	Zusammenhänge und Unterschiede zwischen der GK und ausgewählten Drittvariablen	105
3.4.10	Zusätzlich erhobene Drittvariable.....	110
4.	Schlussteil.....	114
4.1	Beantwortung der Forschungsfragen	114
4.2	Diskussion	123
4.2.1	Gesundheitskompetenz	123
4.2.2	Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz und Bewegungsverhalten	124
4.2.3	Gesundheitskompetenz und Bewegung.....	127
4.3	Limitationen	129
4.3.1	Hermeneutische Methoden- und Ergebniskritik.....	129
4.3.2	Empirische Methoden- und Ergebniskritik.....	130
4.4	Offene und weiterführende Fragestellungen	131
4.5	Ausblick und Implikationen für die Praxis.....	134
A)	Abbildungsverzeichnis.....	I
B)	Tabellenverzeichnis.....	III
C)	Literaturverzeichnis.....	VI
D)	Anhang	XXIV
1.	Ergänzende Informationen zur Literaturrecherche	XXIV
2.	Ergänzende Informationen zur empirischen Auswertung	XXVI
2.1	Tabelle zur Auswertung des BMI.....	XXVI
2.2	Deskriptive Statistiken zum Konsumverhalten der Jugendlichen	XXVI
2.3	Deskriptive Statistik zum Wohlbefinden der Jugendlichen nach dem Ausfüllen des Fragebogens.....	XXIX
2.4	Deskriptive Statistiken zur Beantwortung des Gesundheitsquiz	XXIX
3.	Mitteilungsblatt Erziehungsberechtigte.....	XXXII
4.	Fragebogen	XXXIII

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ANOVA	einfaktorielle Varianzanalyse (<i>englisch</i> analysis of variance)
Aufl.	Auflage
BK	Bewegungskompetenz
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMI	Body-Mass-Index
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BR	bewegungsspezifische Befindensregulation
BzgsA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
BuS	Bewegung und Sport (Unterrichtsfach)
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CAPL	Canadian Assessment of Physical Literacy
FAS	Family Affluence Scale
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GET	Gesunde Entscheidungen treffen (Projekt)
GF	Gesundheitsförderung
GK	Gesundheitskompetenz
GIVE	Servicestelle für Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen
HBSC	Health Behaviour in School-Aged Children
HELMA	Health Literacy Measure for Adolescents
HEPA	Health-enhancing physical activity
HL	Health Literacy
HLS-EU-Q	European Health Literacy Survey Questionnaire
HLSAC	Health Literacy for School-Aged Children
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
KS-Test	Kolmogorov-Smirnov-Test
Min.	Minute
MSPA	Muscle-strengthening physical activity
ÖPGK	Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz
PA	Physical Activity – Physische Aktivität

PFL	Passport for Life
PL	Physical Literacy
PLAY	Physical Literacy Assessment for Youth
QIBB	Qualitätsinitiative Berufsbildung
REALM	Rapid Estimate for Adult Literacy in Medicine
SEKO	Selbstkontrolle für die Verhaltensumsetzung
SKT	Steuerungskompetenz für körperliches Training
SMD	Social Media Disorder
SOC	Sense of Coherence, Kohärenzgefühl
SQA	Schulqualität Allgemeinbildung
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
WHO	World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

1. EINLEITUNG

Damit ein Einblick in die Thematik und dem Forschungsanliegen geschaffen wird, werden zu Beginn dieser Arbeit neben aktueller Literatur statistische Zahlen und Fakten präsentiert und schließlich das Forschungsvorhaben skizziert.

1.1 Hinführung zum Thema

„Die Förderung und Aufrechterhaltung von Gesundheit stellt ein generelles Ziel in der heutigen Gesellschaft dar.“ (Fahrland, Pieter, & Fröhlich, 2014, S. 90). „Die Frage, wie wir gesünder älter werden können, bekommt immer größere Bedeutung“, meint der Zukunftsforscher Ulrich Reinhardt (Schobel, 2019, S. 9). Dazu ist bereits in jungen Jahren anzusetzen.

Das Thema Gesundheit ist gegenwärtig in einem Zeitalter stets steigender Zahlen von Erkrankungen (Griebler, et al., 2017) immer mehr als persönliches Gut zu betrachten und bekommt deshalb zunehmend mehr Aufmerksamkeit. Gesundheit ist mit dem Fitnessboom ein Modetrend geworden (Zengerer & Zelinka-Roitner, 2019, S. 52). Belege dafür gibt die 2018 international durchgeführte HBSC - Studie, die Schüler/innen ab der 5. Schulstufe bezüglich ihrer Gesundheit und ihres Gesundheitsverhaltens untersuchte. Kinder und Jugendliche verfolgen immer gesündere Lebensweisen. Sie achten mehr auf ihre Ernährung, sind sportlich aktiv und konsumieren weniger Alkohol und Tabak. Jedoch zeigt sich vermehrt, dass die Schüler/innen stets durch schulische Anforderungen und Social Media unter mehr Druck leiden und sich infolgedessen ihr subjektiver Gesundheitszustand verschlechtert. Demzufolge berichten sie über Symptome wie Kopfschmerzen, Gereiztheit oder können am Abend nicht einschlafen (Felder-Puig, et al., 2019). Zudem wird weiterhin beobachtet, dass die Anzahl der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen in Österreich steigt (BMSGPK, 2017). Studien bestätigen, dass die Anzahl jener, die an psychischen Erkrankungen leiden, zunimmt. Psychische Probleme und Themen wie Arbeitslosigkeit, Migration oder ökonomische Schwierigkeiten der Eltern übertragen sich auch auf die Jugendlichen. Resultierend daraus steigen die Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem. Auch wenn es bereits zahlreiche Förderungsprogramme gibt (BMSGPK, 2017), mangelt es national an Umsetzungsstrategien in die Praxis (Bachinger, Lang, & Bammer, 2012). Haggerty und Aligne (2005), zwei Kinderärzte, führten im Zusammenhang damit den Begriff „neue Morbidität“ ein, der die entstandenen multidimensionalen physischen sowie psychischen Probleme, die die Gesundheit der Kinder beeinflussen, beschreibt. Die Adoleszenz ist der Ausgangspunkt der Hälfte aller psychischen Störungen,

die über das Leben hinweg auftreten, wobei beinahe alle bis zu einem Alter von 24 Jahren bestehen bleiben (Kessler, et al., 2005).

Das gestiegene öffentliche Interesse an Gesundheitsthemen und der komplexen, sich häufig ändernden Gesundheitssystemen und -dienstleistungen sorgen dafür, dass die Bevölkerung mit einer enormen Informationsflut konfrontiert ist (Maag, 2007). Es scheint immer wichtiger zu sein, Fähigkeiten zu entwickeln, sich in diesem System zurechtzufinden, was zum Begriff der GK führt (Soellner, et al., 2009). Pelikan (2015) begründet die nötige Erforschung der GK einerseits durch die nötige Anpassungsfähigkeit der Menschen an die Gesellschaftsstrukturen und andererseits empirisch, da zahlreiche Studien belegen, dass GK als Mediator für andere – vor allem soziale Faktoren – gilt. Durch die GK kann beispielsweise der gesundheitlichen Chancenungleichheit der Bevölkerung entgegengewirkt werden (Pelikan, 2015, S. 178f). Es verfügen 70 % aller befragten österreichischen Kinder und Jugendlichen weder über eine hohe noch niedrige GK und nur 18 % über eine hohe (Felder-Puig, et al., 2019). Laut dem Bundesministerium verfügen 56 % der Österreicher/innen über eine unzureichende GK (BMSGPK, 2020).

Gerade durch diese positiv bestätigte Tendenz zu mehr Gesundheitsbewusstsein des österreichischen Nachwuchses einerseits, aber dem negativen Ergebnis des subjektiven Gesundheitszustandes andererseits, ist nun der beste Zeitpunkt auch an der Feststellung und Förderung der GK der Schüler/innen anzusetzen, damit in beiden Bereichen positive Bilanzen gezogen werden können.

Demzufolge sollte Gesundheitsförderung (GF) Teil jeder Schule sein. Auch die Schule, in der die Autorin unterrichtet, verfolgt im Rahmen des Umweltzeichens das Ziel, die Gesundheit der Schüler/innen zu fördern. Zudem ist die Stärkung der GK der Bevölkerung in Österreich als Gesundheitsziel formuliert (BMGF, 2012). Denn die Förderung der GK wird nicht nur als individuelle Kompetenz, sondern als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen (Dierks, 2017) und wirkt sich bestätigt positiv auf die menschliche Gesundheit aus (BMSGPK, 2020). Da gerade in der Phase der Adoleszenz prägende Verhaltensweisen für das spätere Erwachsenenleben erlernt werden, ist es von Bedeutung, diese in die gesundheitsförderliche Richtung und somit auch zu einer Verfolgung eines physisch aktiven Lebensstils zu lenken.

Als Subkategorie der GK kann die BK betrachtet werden, die im deutschen Raum bislang noch wenig erforscht wurde, jedoch im angloamerikanischen Raum unter Physical Literacy (PL) schon stärker verbreitet ist. Gesundheitsförderliche Bewegung ist neben der Ernährung, dem Verzicht von schädlichen Substanzen wie Alkohol oder Tabak und einem ausgeglichenem Stressniveau ein wichtiger Faktor für ein langes, gesundes Leben

(BMSGPK, 2019a). Dass die Förderung der BK in der Kindheit beziehungsweise (bzw.) Jugend (laut Allingham von der Geburt an) ein Schlüsselfaktor ist, sich sein Leben lang gesundheitswirksam zu bewegen, wird in mehreren Literaturquellen betont (Allingham, Maude, & Whitehead, 2019)¹. Allingham et al. (2019), die Fallstudien bei Kindern durchführten, heben die Wichtigkeit des richtigen Umfeldes, der Motivation und der Vermittlung und Ermöglichung körperlicher Aktivitäten hervor. Ebenso die Förderung der BK (zielgruppenspezifisch) und die Schaffung von bewegungsfreundlichen Lebenswelten stellen ein Wirkungsziel als Maßnahme der Gesundheitsziele in Österreich dar (Delcour & Griebler, 2016). Inwiefern die Förderung der GK als Lebenskompetenz an Österreichs Schulen bereits praktiziert wird, untersuchte Jerusalem A. (2016) im Rahmen von Expert/inneninterviews und kam zu dem Entschluss, dass zwar die rechtlichen Grundlagen geschaffen sind, aber die konkrete Umsetzung große Defizite aufweist, zum Beispiel (z.B.) ist vielen Lehrpersonen schon der Begriff GK noch unbekannt (Jerusalem A., 2016). In Österreich bewegen sich rund zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen (unter 18 Jahren) zu wenig. Besonders das Ausmaß der Bewegung im Alltag ging bedeutend zurück (BMSGPK, 2019a).

Schließlich hat die World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf der letzten Konferenz zur Health Promotion in Shanghai 2016 die GK als zentralen Einflussfaktor auf die Gesundheit der weltweiten Bevölkerung und demnach als einen der vier wichtigsten Faktoren für die zukünftige Förderung der Gesundheit deklariert. Die Stärkung der GK vermindert gesundheitliche Ungleichheit in der Bevölkerung und empowert die Menschen (WHO, 2016). „Gesundheitliche Ungleichheit“ meint eine abgekürzte Bezeichnung für die Korrelation zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit (Mielck, 2002).

1.2 Vom Forschungsstand zum Forschungsanlass

Da der Forschungsstand Anlässe mit sich bringt, weitere Untersuchungen zu tätigen, wurden diese beiden Punkte in einem Absatz verfasst. Zuerst wird auf die Thematik der GK und sodann auf jene der BK eingegangen.

1.2.1 Gesundheitskompetenz

Wie bereits erwähnt belegen aktuelle Zahlen, dass mehr als die Hälfte aller Österreicher/innen (56 %) über eine unzureichende GK verfügen (BMSGPK, 2020), was den Forschungsanlass deutlich unterstreicht. Bezüglich der Messbarkeit der GK ist ebenso Forschungsbedarf nötig:

¹ <https://physicalliteracy.ca/play-tools/>, abgerufen am 07.04.2020

Aufgrund der Einfachheit der Erhebung der GK mit einem vorgefertigten Fragebogen wurden bereits zahlreich die quantitativen Messinstrumente *Test-of-Functional-Health-Literacy-in-Adults (TOFHLA)* oder *Rapid-Estimate-for-Adult-Literacy-in-Medicine (REALM)* verwendet, die schon in den Anfängen der Forschung zur GK entwickelt wurden. Der Nachteil dieser Messinstrumente besteht jedoch darin, dass sie nur die funktionale GK erfassen (Abel & Sommerhalder, 2015). Demnach sind Messinstrumente gefragt, die zudem die beiden weiteren Formen der GK (interaktiv und kritisch) erheben.

Einen Versuch dazu stellt die *Health-Literacy-Measure-for-Adolescents (HELMA)* dar. Dies ist eine im Iran durchgeführte Studie mit High-School Schüler/innen zur HL. Es wurde eine quantitative (Fragebogen) mit einer qualitativen Forschungsmethode (Interview) kombiniert. Als Hauptergebnis der Studie wird hervorgehoben, dass 44 % der Befragten Eltern als erste Instanz bezüglich ihrer Informationsquelle angaben und nur 29 % das Internet. Es wurden jedoch keine Informationen über die Wichtigkeit der Schule gewonnen, was wiederum die Relevanz dieser Arbeit betont. Außerdem weisen sie darauf hin, dass HELMA ein verlässliches Messinstrument zur Erhebung aller drei GK-Formen sei und auch für zukünftige Studien herangezogen werden könne (Ghanbari, Ramezankhani, Montazeri, & Mehrabi, 2016). Demzufolge wird dieses Konzept neben der internationalen durchgeführten *HBSC-Befragung* (Felder-Puig, et al., 2019) bzw. die dabei verwendete von finnischen Wissenschaftlern entwickelte *Health-Literacy-for-School-Aged-Children (HLSAC)-Skala* (Paakkari, et al., 2018b) als Richtlinie für den entworfenen Fragebogen der existenten Arbeit verwendet.

Die HBSC-Studie, die eine gekürzte Form des *European-Health-Literacy-Survey-Questionnaire (HLS-EU-Q)* beinhaltet, erhebt alle vier Jahre die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Menschen in Europa, Island und Kanada. Dabei wurde herausgefunden, dass die GK bei 70 % der befragten 11-, 13-, 15- und 17-Jährigen mittel ausgeprägt ist, aber sich die GK mit zunehmendem Alter verbessert. Zu beachten ist, dass es Schüler/innen leicht fällt, Gesundheitsratschläge von Bezugspersonen zu verstehen, aber bei der Bewertung und Hinterfragung gesundheitsbezogener Informationen der Medien große Schwierigkeiten bestehen (Felder-Puig, et al., 2019; Inchley, et al., 2016; BMSGPK, 2019c). Ebenso stuften deutsche Student/innen die Beurteilung und Umsetzung gesundheitsrelevanter Informationen als am schwierigsten ein (Reick & Hering, 2018). Deshalb wird am Ende im internationalen Report von 2013/14 auf die Dringlichkeit der Förderung der HL der Jugendlichen aufgrund des hohen medialen Konsums betont. Nicht erfasst wurde damals die GK (Inchley et.al, 2016). Internationale Forschungsergebnisse von

2018² sowie die österreichischen der ATHIS (Austrian Health Interview Survey) 2019³ wurden noch nicht veröffentlicht (Stand 04.04.2020). Deshalb sind die aktuellen österreichischen HBSC-Ergebnisse, die jene zur GK inkludieren, nur mit einer finnischen Studie vergleichbar (Paakkari, Torppa, Villberg, Kannas, & Paakkari, 2018a).

In Deutschland wurden ebenfalls Versuche inszeniert, geeignete Messinstrumente für HL zu konstruieren, so z.B. die *MOHLAA-Studie* (Measurement of Health Literacy Among Adolescents), die kognitive Interviews mit Jugendlichen umfasste (Domanska, et al., 2018). Als Grundlage wurde die deutsche Version des *HLS-EU-Q* verwendet, der einen ausführlichen Fragebogen zur Erfassung der multidimensional definierten HL der Bevölkerung meint (Sørensen, et al., 2013).

International kann Österreich beispielsweise anhand der HLS-EU-Q-Studie mit sieben anderen EU-Staaten verglichen werden. Die Studie basiert auf einem multidimensionalen Verständnis der GK und wurde von Geldern der EU-Staaten während des Zeitraumes der Durchführung von 2009 bis 2012 finanziert. Es nahmen 1000 Personen pro EU-Land teil, wobei vier Stufen der GK festgelegt wurden: mangelnd, problematisch, ausreichend, exzellent (Pelikan, Röthlin, & Ganahl, 2012).

Erkenntnisse der Studie:

- Die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit nimmt Einfluss auf die GK. Wer seine eigene Gesundheit als schlecht einstuft, weist eine niedriger ausgeprägte GK auf. Dies ist besonders in Österreich ein belegter Zusammenhang.
- Es besteht ein deutlicher Unterschied zwischen den untersuchten Ländern (Österreich, Bulgarien, Deutschland, Griechenland, Irland, Niederlande, Polen, Spanien). Am wenigsten Probleme haben die Niederländer/innen (circa (ca.) 28 % haben eine mangelnde und problematische GK. Bulgarien liegt deutlich an letzter Stelle (ca. 61 %) und Spanien und Österreich an vorletzter (ca. 55 %) (siehe Abbildung 1).
- Je nach Gesundheitsdimension variiert die Angabe von Schwierigkeiten in der Bewältigung entsprechender Aufgaben. In den Bereichen der Krankheitsbewältigung (ca. 40 % haben Schwierigkeiten) und der Krankheitsprävention (ca. 42 % haben Schwierigkeiten) sind die Prozentzahlen ähnlich, jedoch sagen 49 % der befragten Menschen – vor allem Österreicher/innen – aus, dass sie bei Entscheidungen hinsichtlich der Gesundheitsförderung

² <http://www.hbsc.org/publications/international/>, abgerufen, am 04.04.2020

³ https://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html, abgerufen am 05.04.2020

Probleme haben, z.B. beim Ablesen und Interpretieren von Nährwertangaben auf Lebensmittel. Dies bedeutet, dass die GK nahezu für jeden zweiten Menschen eine Herausforderung darstellt (siehe Abbildung 2).

- Speziell hinsichtlich der Determinanten Alter, Bildungsstand und finanzieller Situationen unterscheidet sich die GK der Menschen.

(Pelikan, et al., 2012; Röthlin, et al., 2017; ÖPGK, 2018a; HLS-EU Consortium, 2014)

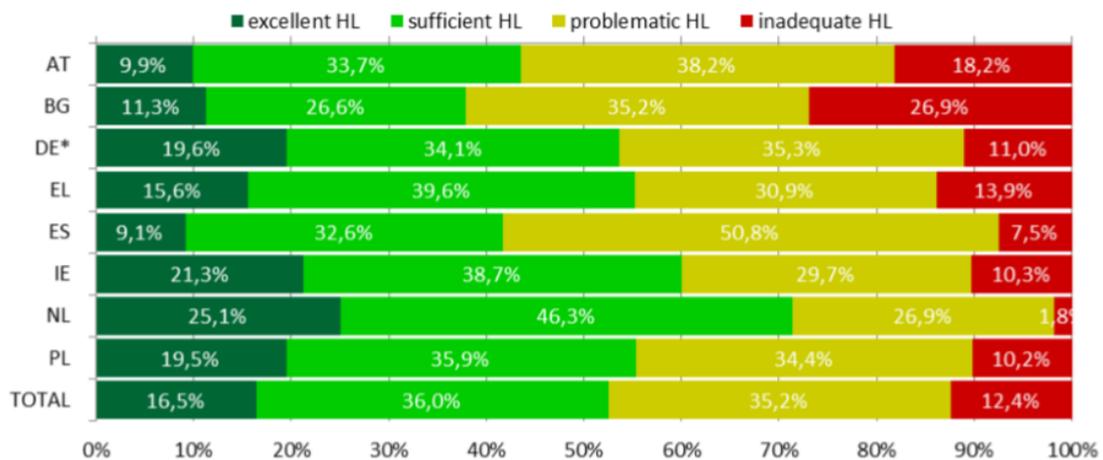
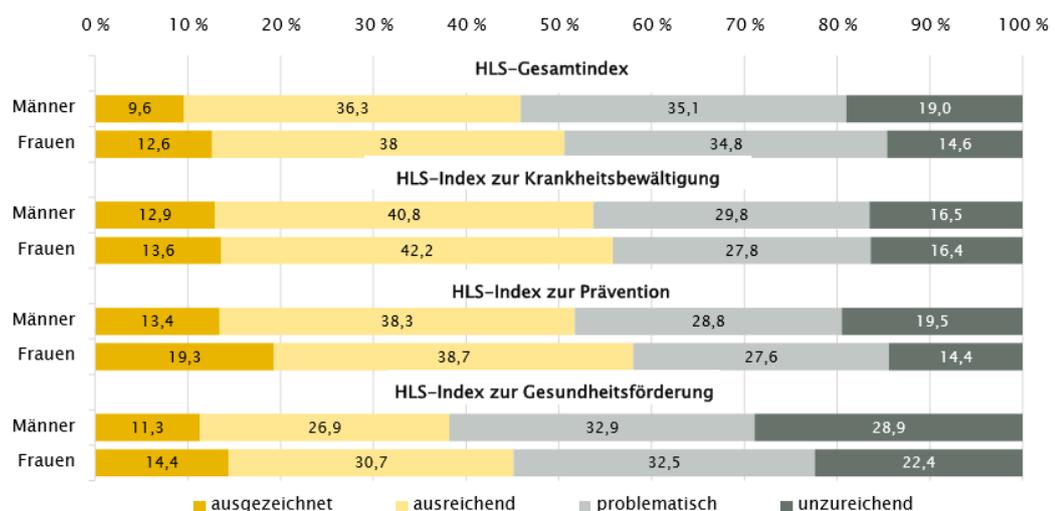


Abbildung 1: GK der HLS-EU-Q-Studie, Datenjahr 2011, EU-Ländervergleich (HLS-EU Consortium, 2012, S. 3)

Im österreichischen Gesundheitsbericht 2016 (Datenjahr 2011) wird zudem darauf hingewiesen, dass die weibliche Bevölkerung verglichen zur männlichen als auch die jüngere im Vergleich zur älteren vermehrt über eine bessere GK verfügen (Griebler, et al., 2017, S. 74) (siehe Abbildung 2).



Personen 15 Jahre und älter

Abbildung 2: GK nach GK-Domäne und Geschlecht, Datenjahr 2011, im Gesundheitsbericht Österreich 2016 (Griebler, et al., 2017, S. 75)

Aufgrund dieser Ergebnisse wurde in Österreich unter anderem das Gesundheitsziel „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ erlassen (Röthlin, et al., 2017, S. 1).

Darüber hinaus ist bekannt, dass ein geringerer Sozialstatus mit einer schlechteren GK zusammenhängt (Quenzel, Schaeffer, Messer, & Vogt, 2015; Pelikan, et al., 2012) und dass Personen mit einer geringeren GK das europäische Gesundheitssystem mehr in Anspruch nehmen (Berens, et al., 2018). Da die GK nicht nur eine individuelle Fähigkeit meint, sondern auch im Sozialsystem zu betrachten ist, merkt Dierks an, dass die Förderung der GK nicht nur auf Einzelpersonen zu beziehen ist, vielmehr als gesamtgesellschaftlicher Auftrag gesehen werden muss (Dierks, 2017). Demnach schlagen Dittrich et al. (2013) im Frankfurter Modell vor, dass Gesundheitsbildung bereits in die Aus- und Weiterbildung von Lehrer/innen einbezogen werden sollte. Die Gesundheit der Lehrpersonen ist eng mit jener der Schüler/innen verknüpft und da gerade im Jugendalter Grundbausteine bezüglich der Einstellungen zu Gesundheit für das spätere Leben gelegt werden, sollte das Thema Gesundheit bereits in der Schule aufgegriffen werden (Dittrich, et al., 2013).

Die Mehrheit der Daten zur GK wurden in der Bevölkerungsgruppe der Erwachsenen gemessen und unterliegen unterschiedlichen theoretischen Prinzipien (Okan, Pinheiro, Zamhora, & Bauer, 2015). Die fehlende Forschungslage bei Kindern und Jugendlichen gibt einen weiteren Anlass für diese Arbeit.

1.2.2 Bewegungskompetenz bzw. körperliche Aktivität

Ein wesentlicher Bestandteil eines gesunden und somit auch physisch aktiven Lebensstils ist die Ausübung von körperlicher Aktivität. Für ein dementsprechendes Bewegungsverhalten sind bestimmte Kompetenzen notwendig, womit von der BK bzw. PL gesprochen wird (Tuttner, 2018). Da das Ausmaß und die Art der körperlichen Aktivität einen wichtigen Teil der BK darstellt, folgen nun Erläuterungen zur Datenlage dieser.

Körperliche Aktivität wird definiert als „jede Bewegung des Körpers, die mit einer Kontraktion der Muskulatur einhergeht und den Energieverbrauch über den normalen Ruheenergiebedarf hinaus steigert“ (STATISTIK AUSTRIA, 2018). In etwa 75 % der 18- bis 60-Jährigen erfüllen die WHO-Empfehlung zur körperlichen Aktivität nicht (Datenjahr 2014). Die Empfehlung umfasst 150 Minuten (Min) pro Woche mäßig intensive Bewegung (health-enhancing-physical-activity (HEPA)) und zweimal pro Woche Muskelaufbautraining (Muscle-strengthening-physical-activity (MSPA)). Unterschiede in der Erfüllung der Empfehlung bestanden vorwiegend bei der jüngeren Generation (18 bis 29 Jahre) im Vergleich von Männern (43 %) und Frauen (24 %). Die Hälfte der Österreicher/innen im Alter von 18 bis 60 Jahren erfüllen die HEPA und nur rund ein Drittel die MSPA (STATISTIK AUSTRIA, 2015).

In Österreich gilt für Kinder und Jugendliche folgende Empfehlung für gesundheitswirksame Bewegung: Pro Tag mindestens 60 Min. mit mittlerer oder geringerer Intensität körperlich aktiv sein, wobei eine Einheit zumindest 10 Min. betragen soll. An mindestens drei Tagen pro Woche sollten sie muskel- bzw. knochenstärkende Sportarten praktizieren. Zusätzlich wird empfohlen, die Koordination und die Beweglichkeit zu verbessern. Außerdem sollte nach maximal 60 Min. Sitzzeit eine kurze Bewegungspause eingelegt werden (Titze, et al., 2012; Sevim, et al., 2016, S. 22). Zeit am Handy ist die häufigste passive Bewegungszeit der Jugendlichen (gemessen mit Selbsteinschätzung und Accelerometer in den USA) (Barnett, et al., 2018). Die meisten österreichischen Jugendlichen im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren verbringen zwischen ein und vier Stunden pro Tag sitzend oder liegend am Handy, wobei keine deutlichen Geschlechterunterschiede erkennbar sind. Die Erfüllung der Bewegungsempfehlungen (mindestens 60 Min. täglich) nimmt mit zunehmendem Alter ab, wobei Burschen diese häufiger erfüllen (durchschnittlich 4,5 Tage) als Mädchen (durchschnittlich 3,5 Tage). Ebenso bewegen sich Burschen häufiger und intensiver in ihrer Freizeit als Mädchen, wobei dies bei beiden Geschlechtern in der Jugend abnimmt (Felder-Puig, et al., 2019, S. 35ff). Die Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 wurden noch nicht veröffentlicht (Stand 05.04.2020).⁴ 2019 wurde jedoch in Österreich eine qualitative Studie (Fragebogen) zur Auswirkung von einem ganzheitlichen Trainingsprogramm auf die BK mit sportlich inaktiven Erwachsenen durchgeführt. Diese kam nach 15 Wochen zu dem Ergebnis, dass vor allem das physische Bewegungsverhalten und das Selbstvertrauen bzw. die Selbstwirksamkeit sowie schließlich deutlich die BK positiv beeinflusst wurden. Keine bedeutenden Veränderungen wurden jedoch hinsichtlich der Verfolgung eines physisch aktiven Lebensstils, dem Trainingswissen und der Motivation beobachtet (Holler, et al., 2019).

Demzufolge sind Initiativen zur Förderung der BK unter dem Aspekt der GK im Besonderen aufgrund der Forschungslücke in der Zielgruppe der Jugendlichen vonnöten, um ein positives Verhältnis zu einem gesundheitsförderlichen, körperlich aktiven Lebensstil herzustellen. Dieses Hauptziel setzte sich das österreichische Projekt „Primary Care und Bewegungskompetenz“ der FH Joanneum. Es umfasst eine qualitative Studie in Kooperation mit Sportwissenschaftler/innen und Ärzt/innen, die „Bewegung auf Rezept“ anordneten, um die BK körperlich inaktiver Personen zu stärken. Nach 15 Wochen Bewegungsprogramm konnte eine Verhaltensänderung der Proband/innen der Primärversorgung und eine erfolgreiche Integration der körperlichen Aktivität in den Alltag festgestellt werden (Tuttner, 2018). Zudem existiert eine österreichische Website namens

⁴ https://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html, abgerufen am 05.April 2020

„Bewegungskompetenzen“⁵, die verschiedene Übungsclips für unterschiedliche Altersgruppen zur Verfügung stellt. Dabei ist zu beachten, dass nur die Stärkung der Domäne motorische Fähigkeiten und Fertigkeiten, aber nicht kognitive und affektive Faktoren thematisiert werden. Weitere Daten zur Erforschung der BK bzw. PL der Österreicher/innen konnten mit der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Recherche (Stand 05.04.2020) nicht identifiziert werden.

Über die österreichischen Grenzen hinaus können diverse Assessments zur PL vorrangig in Kanada gefunden werden (siehe Punkt 2.4.3). Laut der Begründerin der PL sind diese nicht einheitlich und der vorwiegende Untersuchungskontext die Schule (Whitehead, 2019, S. 87). Zur Konzeptvalidierung eines kanadischen PL Assessments konnte Lodewyk (2019) herausfinden, dass sich die Erhebung und anschließende Thematisierung der PL im Unterricht einerseits positiv auf den Fortschritt der Schüler/innen im Sportunterricht und andererseits positiv auf den Unterricht der Lehrpersonen auswirkte (Lodewyk, 2019). Wie bereits die GK verbessert sich ebenso die PL mit dem Alter. Geschlechterdifferenzen sind dabei kaum zu beobachten (Cairney, Veldhuizen, Graham, & Rodriguez, 2017).

Darüber hinaus gibt es in Deutschland bereits Bestrebungen, die BK bzw. die bewegungsbezogene GK zu messen. Zweite Studie wurde im Rahmen von Reha-Maßnahmen und mit Hochschulsportler/innen als Erweiterung der Erforschung der GK um die Einbettung von gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität durchgeführt und dient als Grundlage der vorliegenden Arbeit für die Erfassung der bewegungsbezogenen GK. Sie konnten herausfinden, dass vor allem die Steuerungskompetenz, die es Personen ermöglicht, gesundheitswirksame und wohlbefindenssteigernde Entscheidungen zu treffen, mit den motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten korreliert. Für die Aufrechterhaltung regelmäßiger körperlicher Aktivität spielt die Selbstregulationskompetenz eine bedeutende Rolle (Sudeck & Pfeifer, 2016).

Der Forschungsanlass zur Untersuchung der GK aus der Perspektive der körperlichen Aktivität ergibt sich aus der fehlenden Forschungsgrundlage in der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen.

1.3 Zielsetzung, Forschungsfragen und Methodenskizzierung

Aus den vorangegangenen Ausführungen und dem Forschungsbedarf der GK sowie diesem hinsichtlich der Subkategorie Bewegung im Kontext Schule ergibt sich das Ziel dieser Arbeit, die GK unter besonderer Berücksichtigung der bewegungsbezogenen GK im

⁵ <http://www.bewegungskompetenzen.at/2020/>, abgerufen am 06.04.2020

Sinne der Ausführung und Aufrechterhaltung gesundheitswirksamer Bewegung zu untersuchen. Um einen Vergleich mit österreichischen bzw. internationalen Schüler/innen zu ermöglichen, wurde die GK mit einem modifizierten HBSC-Fragebogen erhoben.

Es sollten wichtige Drittvariablen im Zusammenhang mit Gesundheit und Bewegung analysiert und ein literarischer Einblick zur GK, BK und GF – da GK Teil der schulischen GF ist – gewonnen werden. Die Status quo Erhebung des Themas hat, wie eingangs erwähnt, hohe Relevanz, um zukünftige Interventionsstrategien für die Förderung GK und BK der Schüler/innen zu entwickeln. Aufgrund zeitlicher und personeller Ressourcen wurde die BK nicht mit einem praktischen Teil zur Überprüfung der motorischen Domäne der BK der Schüler/innen gemessen.

Aufgrund der Zielsetzung wurde die untenstehende Hauptforschungsfrage formuliert. Diese wird im Rahmen des Forschungsprozesses beantwortet.

Wie wird die GK von Schüler/innen einer berufsbildenden höheren landwirtschaftlichen Schule unter besonderer Berücksichtigung des Aspektes Bewegung im Alter von 14 bis 19 Jahren aktuell eingeschätzt?

Für die Beantwortung der Forschungsfrage und der systematischen Erforschung dieser Thematik wurden Unterforschungsfragen generiert.

Um das Konzept der GK, BK und GF zu verstehen, müssen Definitionen sowie theoretische Konstrukte und Modelle dazu allgemeinen Konsens finden. Weiters sollten für die Untersuchung von Drittvariablen alle Begriffe, die die empirische Untersuchung beinhaltet, geklärt werden. Demzufolge ergeben sich für die hermeneutische Ausarbeitung folgende Forschungsfragen:

U1: Welche aktuellen Informationen lassen sich zur Erforschung der GK und BK bzw. HL und PL mit Fokus auf Österreich finden?

U2: Welche Ansätze und Modelle sind zur GK und BK existent?

U3: Welche Erhebungsinstrumente zur GK und BK wurden vor allem hinsichtlich der Zielgruppe Kinder und Jugendliche bereits erforscht?

Letztere ist für die empirische Forschung besonders wichtig, um einen Ausgangspunkt und Vergleichswert der Erforschung der GK zu finden. Da sich in der quantitativen Forschung im Rahmen dieser Arbeit die Zielgruppe auf Jugendliche beschränkt, wird ebendiese bei der Ausarbeitung forciert und weitere Unterfragen für die untersuchte Stichprobe der 14-19-Jährigen Schüler/innen formuliert.

U4: Besteht ein Unterschied in der GK bezüglich des Alters?

U5: Besteht ein Unterschied in der GK zwischen den Geschlechtern?

U6: Korreliert die untersuchte GK mit Parametern der Bewegung und der bewegungsbezogenen GK?

U7: Lassen sich signifikante Korrelationen zwischen der GK und möglichen Drittvariablen bei den Schüler/innen finden?

Gemäß den Kriterien einer statistischen Hypothese wurden die folgenden Aussagen generiert, um zu Ergebnissen der empirischen Untersuchung zu kommen (Bortz & Döring, 2006, S. 24, 491f). Bei den untenstehenden Hypothesen eins bis drei handelt es sich um Unterschiedshypothesen und bei vier und fünf um Zusammenhangshypothesen (Bortz & Döring, 2006, S. 492).

Hypothesen:

1. Unterschied in der GK bezüglich des Alters

H_0 : Es besteht kein Unterschied in der GK bezüglich des Alters.

H_1 : Es besteht ein Unterschied in der GK bezüglich des Alters.

2. Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich der GK

H_0 : Es besteht kein Unterschied in der GK zwischen den Geschlechtern.

H_1 : Es besteht ein Unterschied in der GK zwischen den Geschlechtern.

3. Zusammenhang zwischen der GK und der bewegungsbezogenen GK unter Berücksichtigung des Ausmaßes der körperlichen Aktivität

H_0 : Es besteht kein Zusammenhang zwischen der GK und der bewegungsbezogenen GK.

H_1 : Es besteht ein Zusammenhang zwischen der GK und der bewegungsbezogenen GK.

4. Unterschied in der GK bezüglich der Kategorien der bewegungsbezogenen GK.

H_0 : Es besteht kein Unterschied in der GK (Summenscore) in den Kategorien der bewegungsbezogenen GK.

H_1 : Es besteht ein Unterschied in der GK (Summenscore) in den Kategorien der bewegungsbezogenen GK.

5. Zusammenhang der bewegungsbezogenen GK und dem Bewegungsverhalten

H_0 : Es besteht kein Zusammenhang zwischen der bewegungsbezogenen GK und dem Ausmaß der selbstberichteten körperlichen Aktivität.

H_1 : Es besteht ein Zusammenhang zwischen der bewegungsbezogenen GK und dem Ausmaß der selbstberichteten körperlichen Aktivität.

6. Unterschied im selbstberichteten Bewegungsverhalten zwischen den Kategorien der bewegungsbezogenen GK

H_0 : Es besteht kein Unterschied im Ausmaß der selbstberichteten körperlichen Aktivität zwischen den Kategorien der bewegungsbezogenen GK.

H_1 : Es besteht ein Unterschied im Ausmaß der selbstberichteten körperlichen Aktivität zwischen den Kategorien der bewegungsbezogenen GK.

7. Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich der bewegungsbezogenen GK

H_0 : Es besteht kein Unterschied zwischen den Geschlechtern in der bewegungsbezogenen GK.

H_1 : Es besteht ein Unterschied zwischen den Geschlechtern in der bewegungsbezogenen GK.

8. Zusammenhänge und Unterschiede zwischen der GK und ausgewählten Drittvariablen

8.1 Body-Mass-Index (BMI)

H_0 : Es besteht kein Unterschied in der GK (Summenscore) zwischen den BMI-Kategorien.

H_1 : Es besteht ein Unterschied in der GK (Summenscore) zwischen den BMI-Kategorien.

8.2 sozioökonomischer Status (SES) der Familie

H_0 : Es besteht kein Zusammenhang zwischen der GK und dem SES der Familie.

H_1 : Es besteht ein Zusammenhang zwischen der GK und dem SES der Familie.

8.3 Emotionales Wohlbefinden

H_0 : Es besteht kein Unterschied im emotionalen Wohlbefinden bezüglich der GK.

H_1 : Es besteht ein Unterschied im emotionalen Wohlbefinden bezüglich der GK.

Zusätzlich wurden die sitzende/liegende Beschäftigung mit dem Handy als Teilvariable des Bewegungsverhaltens, die Nutzung der sozialen Medien als Hinweis auf eine Störung in diesem Bereich, sogenannte *Social Media Disorder (SMD)*, das Ernährungsverhalten von Personen mit hoher und niedriger GK sowie ein Gesundheitswissenstest zur Prüfung des gesundheitsbezogenen Wissens und die Lebenszufriedenheit untersucht. Warum vorwiegend ergänzende Variablen der Themenbereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht hinsichtlich möglicher Zusammenhänge mit der GK untersucht wurden, liegt unter

anderem an dem Ergebnis der Dissertation von Maag (2007), die die GK genau in diesen drei Bereichen qualitativ untersuchte. Sie definierte schließlich als einen von vier Idealtypen den „gesundheitskompetenten Typ“, der sehr interessiert in diesen Themenbereichen ist, infolge dementsprechendes Wissen darüber besitzt und deshalb gesundheitsbezogene Informationen verstehen und verarbeiten kann (Maag, 2007, S. 298). Ebenso deuten Quenzel, et al., (2015) in den Ergebnissen ihrer Studie an, dass im Besonderen das Ernährungs- und Bewegungsverhalten mit der GK korreliert. Das Ausmaß von risikogefährdenden Verhaltensweisen, die gesundheitsschädigend wirken können, wie der Tabak- oder Alkoholkonsum, hängen ihrem Ermessen nach bei den Jugendlichen eher von anderen Faktoren als der GK ab (Quenzel, et al., 2015, S. 955).

Es wurden im Rahmen der literarischen Recherche nur wissenschaftliche Quellen der Datenbanken PubMed⁶, der Suchmaschine der Universität Wien⁷ sowie wissenschaftliche Artikel über die Suchmaschine Google⁸ verwendet. Zudem wurden diverse Websites mit Überprüfung derer Daten, wie z.B. die Website der Servicestelle für Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen (GIVE)⁹ oder dem österreichischen Bundesministerium, für ergänzende Informationen herangezogen. Der Fokus wurde auf aktuelle Online-Literatur gelegt. Außerdem werden Artikel, die nicht die beschriebene Zielgruppe forcieren, ebenfalls nur bei inhaltlichem Bedarf bei der Recherche berücksichtigt.

Hinsichtlich der Forschungsmethode wurde für die Erhebung der GK ein Fragebogen aus bereits bestehenden validierten Befragungen (HBSC bzw. HLSAC, HLS-EU-Q, HELMA) generiert (Felder-Puig, et al., 2019; Sørensen, et al., 2013; Ghanbari, et al., 2016). Zusätzlich wurde ein kurzes Gesundheitsquiz mit Fragen in Anlehnung an die Untersuchung von Wallmann, Gierschner und Froböse (2012) erstellt. Schließlich wurden zur Einschätzung der bewegungsspezifischen Perspektive der GK bestimmte Parameter zur Bewegungsausübung und körperlichen Aktivität verwendet. Dabei wurden Fragen von Arbeiten von Sudeck und Pfeifer (2016) zur bewegungsbezogenen GK und die selbsteingeschätzte physische Aktivität in Anlehnung an die HBSC-Studie mit einer Erweiterung des International-Physical-Activity-Questionnaire (IPAQ) (IPAQ, 2000) gestellt. Da die benötigten Daten einer repräsentativen Stichprobe für die genannte Zielgruppe nur zu einem Zeitpunkt erhoben wurden, handelt es sich um eine Querschnittsstudie (Bortz &

⁶ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>, abgerufen am 07.Mai 2020

⁷ https://usearch.uaccess.univie.ac.at/primo-explore/search?vid=UWI&lang=de_DE, abgerufen am 07.Mai 2020

⁸ https://www.google.com/?gws_rd=ssl, abgerufen am 07.Mai 2020

⁹ <http://www.give.or.at/>, abgerufen am 07.Mai 2020

Döring, 2006, S. 506). Die Daten wurden online an Computern der Schule im Rahmen des Unterrichtsfaches Bewegung und Sport (BuS) mit dem Programm Questback EFS Fall 2019 erhoben, mit IBM® SPSS® Statistics Version 22 (Armonk, New York, USA) und Excel® Office 365 Pro Plus Version 1908 (Remond, Washington, USA) aufbereitet und nach statistischen Kriterien ausgewertet. Dabei wurden besonders Ausführungen zu der Auswertung der bereits genannten validierten Verfahren berücksichtigt.

Infolgedessen wird eine IST-Analyse und nicht Entwicklungen der GK bzw. BK der Schüler/innen forciert. Die BK wurde nur mittels Fragebogen und somit ohne praktischen Überprüfungen der motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten überprüft. Demzufolge kann schließlich nicht von einer Auswertung der BK gesprochen werden, sondern es wird die GK aus einer bewegungsbezogenen Perspektive betrachtet und spezifische Zusammenhänge mit Drittvariablen wie dem Sozialstatus, dem emotionalen Wohlbefinden oder der Lebenszufriedenheit von Schüler/innen bzw. statistisch bedeutsamen Gruppen (z.B. jene mit niedriger GK) beurteilt.

1.4 Gliederung der Arbeit

Nach einführenden Worten wird im theoretischen Teil zuerst das Thema Gesundheit näher beleuchtet und Definitionen sowie Begriffsbestimmungen dazu angeführt. Sodann wird die daraus entstandene GK (*englisch* HL) sowie die BK (*englisch* PL) und schließlich der Bereich der GF thematisiert, da die GK Teil dieser ist, wobei besonders die Institution Schule in das Blickfeld gerückt wird.

Im empirischen Teil wird beginnend die Forschungsmethode und das Untersuchungsdesign sowie die Stichprobe erläutert. Anschließend wird auf die Ergebnisse der Forschung und deren Interpretation sowie der Beantwortung der Forschungsfragen eingegangen. Zuletzt werden Limitationen der existenten Arbeit aufgezeigt und ein Ausblick für weitere Forschungsarbeiten dieser Art sowie praktische Implikationen besonders für das Setting Schule gegeben.

2. THEORETISCHE GRUNDLAGEN

2.1 Gesundheit

In diesem Kapitel werden Begriffsbestimmungen und Modelle zum Bereich Gesundheit getätigt, um einen allgemeinen Konsens der forcierten Gesundheitsauffassung und der verwendeten Begriffe und Theorien der vorliegenden Arbeit zu erreichen. Zudem wird die Entwicklung der Auffassung der Gesundheit skizziert.

2.1.1 Definition Gesundheit

Da Gesundheit ein sehr breites Fachgebiet meint, einem ständigen Wandel unterliegt, von gesellschaftlichen Normen und subjektiv unter anderem vom Alter geprägt ist, existieren diverse Definitionen und individuelle Auffassungen dieser (Baumgarten & Joensson, 2005, S. 12; Balz, Erlemeyer, Kastrup, & Mergelkuhl, 2016; Naidoo & Wills, 2003).

2.1.1.1 Definition der WHO

Die WHO verfasste 1946 die erste Definition, die Gesundheit nicht nur mehr negativ als die Abwesenheit von Krankheit verstand, sondern diese ganzheitlich beschreibt (Grad, 2002, S. 981). Diese lautete wie folgt: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (WHO, 1946, S. 1). Übersetzt bedeutet dies ein menschliches Befinden, in dem körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden sichergestellt ist und nicht nur an keinen Erkrankungen zu leiden (Balz, et al., 2016, S. 19). Außerdem stellt ein bestmöglicher Gesundheitszustand ein grundlegendes Menschenrecht ohne ethnische Ausgrenzungen dar (WHO, 1946, S. 1).

2.1.1.2 Aus der Kritik der Definition der WHO zu einem mehrdimensionalen Konstrukt von Gesundheit

Kritisch betrachtet Mitterbauer in ihrer Dissertation (2007) den Anspruch auf Vollkommenheit in der Definition der WHO, da dieser grundsätzlich alle Personen mit Behinderungen¹⁰ ausgegrenzt (Mitterbauer, 2007, S. 29). Außerdem betont sie wie Erlemeyer im Werk „Gesundheitsförderung im Schulsport“ (2016), dass Gesundheit in der Definition der WHO als ein zu erreichbarer Zustand gesehen wird (Mitterbauer, 2007, S. 29), aber nicht als ein immer variabler Prozess, was die Voraussetzung für

¹⁰ In der UN-Behindertenrechtskonvention ist Behinderung folgendermaßen definiert: „Danach bezieht sich der Begriff „Menschen mit Behinderungen“ auf Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ (Artikel 1, Satz 2)., <https://www.behindertenrechtskonvention.info/menschen-mit-behinderungen-3755/>, abgerufen am 02. Februar 2020

Gesundheitstheorien wie jene von Antonovsky (siehe Punkt 2.1.6) darstellt. Bei diesem Prozess geht es um das Finden und die Erhaltung eines Gleichgewichts zwischen Anforderungen und Risiken und den persönlichen Ressourcen (physisch und psychosozial) sowie Wünschen (Balz, et al., 2016, S. 20). Ebenso geht Hurrelmann bei seiner Theorie von der Notwendigkeit der immer neuerlichen Herstellung eines Gleichgewichtsstadiums zwischen den Ressourcen einer Person und den Möglichkeiten und Zielvorstellungen dieser aus. Gesundheit ist dann der Zustand des Befindens dieser Person, das daraus resultiert (Hurrelmann, 2003, S. 8). Johannsen meint, dass der Begriff „Zustand“ falsch übersetzt wurde und demnach besser von „Ressourcen“ oder „Potenzial“ die Rede sein sollte (Johannsen, 2003, S. 18).

Grundstein für derartige Konzepte legte die Erweiterung der Gesundheitsauffassung der WHO im Jahre 1986 in der Ottawa-Charta: „Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities.“ (WHO, 1986b).

Gesundheit wird somit als alltägliche Ressource und nicht nur als ein anzustrebendes Ziel aufgefasst, bei der ebenso gesellschaftliche und soziale Komponenten berücksichtigt werden müssen. Sowohl individuelle Ressourcen (sozial und persönlich) als auch körperliche Fähigkeiten werden thematisiert. Demzufolge kann jede/r das eigene Wohlbefinden beeinflussen.

Das sozialwissenschaftliche Konzept der Gesundheit ist im Gegenzug zum medizinischen Konzept der Krankheit, das oftmals bei Laien vorherrscht, ein positives sowie dynamisches Konstrukt, das sich aufgrund der sich ständig ändernden Umwelteinflüsse einer Person wandelt (Naidoo & Wills, 2003, S. 17; Riedl, 2008, S. 109). In der folgenden Arbeit wird die ganzheitliche, mehrdimensionale Auffassung der Gesundheit forciert, denn diese ist der Grundstein für die untersuchte GK.

2.1.2 Gesundheitsbereiche

Riedl (2008) liefert in ihrem Werk konkrete Beispiele zu den bereits in den Definitionen vorkommenden Bereichen der Gesundheit:

- Die *körperliche Gesundheit*, z.B. die körperliche Leistungsfähigkeit, keine physischen Beeinträchtigungen zu haben
- Die *psychische Gesundheit* wie das positive Selbstbild
- Die *soziale Gesundheit*, die sich unter anderem in der Einbindung in ein soziales Umfeld widerspiegelt (Riedl, 2008, S. 110)

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verwendet anstatt „Gesundheit“ das Wort „Wohlbefinden“, das sich wie bereits erwähnt in der Definition der WHO wiederfindet (BZgA, 2001, S. 16).

Aktuelle Ansätze verwenden den Begriff der *psychosozialen Gesundheit*, der den zweiten und dritten Bereich von Riedl vereint (Braunegger-Kallinger, et al., 2019; BMSGPK, 2019b). Die psychosoziale Gesundheit setzt an dem Gesundheitsverständnis der WHO an. Die psychosoziale Gesundheit bedeutet, dass aufgrund des ausreichenden Wohlbefindens eines Individuums eine Verwirklichung der eigenen Fähigkeiten stattfinden kann. Darüber hinaus geht es um die Kompetenz „mit einem normalen Maß an Belastungen im Leben zurechtzukommen, produktiv zu sein und einen Beitrag für die Gesellschaft zu leisten“ (Haller, 2019). Deshalb ist deren Stärkung nicht nur im Rahmen der Verfolgung der Gesundheitsziele in Österreich von wichtiger Bedeutung, sondern sollte auch in der Schule Berücksichtigung finden (ebda.).

2.1.3 Die Determinanten der Gesundheit – Was hält uns gesund?

Wie schon bei den Definitionen von Gesundheit existieren hinsichtlich ihrer Einflussfaktoren ebenso viele verschiedene Modelle. Deshalb wird im Folgenden auf zielführende für diese Arbeit eingegangen.

Gesundheitsfaktoren sind identifiziert worden, da in Studien bewiesen wurde, dass es ein Ungleichgewicht bezüglich der Gesundheit in der Bevölkerung gibt. Es wurden sozusagen Merkmale generiert, die prognostizieren sollten, ob ein Mensch früher oder später sterben wird (Naidoo & Wills, 2003, S. 27). Aktuelle Statistiken aus Österreich belegen, dass beispielsweise das Alter (vor allem bei Männern mit Diabetes), die Arbeitslosigkeit und der Migrationshintergrund wesentliche Risikofaktoren im Bereich der soziodemographischen und sozioökonomischen Einflussfaktoren auf die Gesundheit sind (Klimont, Baldaszt, & Ihle, 2016).

Im Ottawa-Charta Dokument der WHO werden als Grundvoraussetzungen von Gesundheit folgende Aspekte angeführt: „Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit.“ (WHO, 1986c, S. 1f). Diese Grundvoraussetzungen werden sich auch in den folgenden vorgestellten Modellen wiederfinden.

2.1.3.1 Bewältigungsmodell nach Hurrelmann

Hurrelmann betrachtet Gesundheit mehr aus einer soziologischen Perspektive und erweitert den Gesundheitsbegriff der Gesundheitspsychologie um die Analyse von Umweltfaktoren sozialer und ökologischer Herkunft. Er beschreibt in seinem Werk (2003) diverse Leitvorstellungen für Gesundheits- und Krankheitkonzepte, wobei eine davon seine Auffassung von Gesundheit prägnanter beschreibt: „Gesundheit ist die gelungene, Krankheit die nicht gelungene Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen.“ (Hurrelmann, 2003, S. 87). Dies ist in Abbildung 3 ersichtlich:

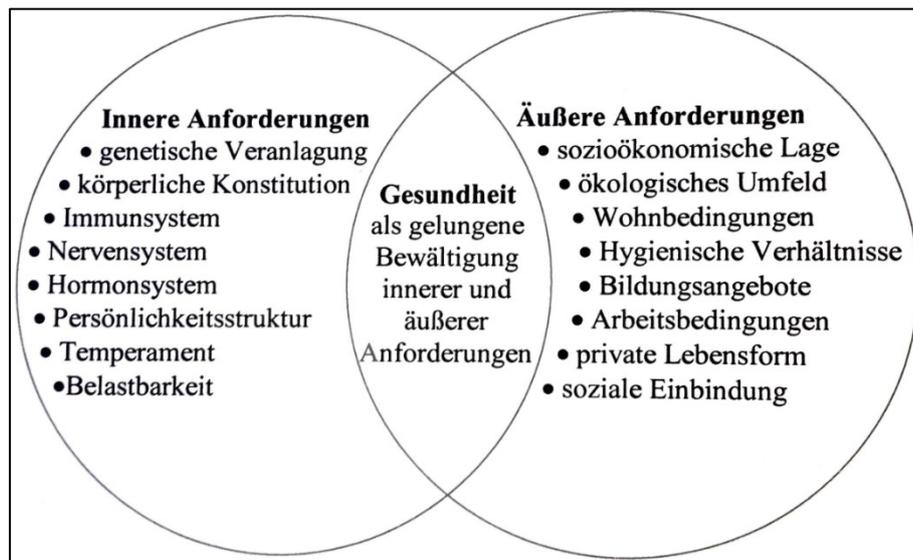


Abbildung 3: Gesundheit als „Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen“ (Hurrelmann, 2003, S. 88)

Das Modell meint somit, dass die Bewältigung stark von den persönlichen Kompetenzen und Bedingungen der Gesellschaft abhängt, was sich ebenso in den weiteren Modellen wiederfinden lässt. Es sind bestimmte Ressourcen nötig, um die Anforderung(en) erfolgreich zu bewältigen. Wenn es an Kompetenzen oder gesellschaftlichen Gegebenheiten fehlt, dann ist es wahrscheinlicher, die Bewältigung nicht zu schaffen (Hurrelmann, 2003, S. 88).

2.1.3.2 Sozioökologisches Regenbogenmodell nach Dahlgren und Whitehead

Das Determinationsmodell der Gesundheit von Dahlgren und Whitehead (1991), der sogenannte Dahlgren-Whitehead-Regenbogen, findet im Gesundheitswesen häufig Anwendung (Naidoo & Wills, 2003, S. 29; FGÖ, 2006b), unter anderem des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), der hierzu auf seiner Website eine anschauliche Abbildung mit einer ausführlichen Erklärung (FGÖ, 2006b) bietet.

Der regenbogenförmige Aufbau zeigt, dass die äußeren Schichten jeweils die inneren beeinflussen können. Einen ähnlichen Aufbau wählt ebenso das ganzheitliche Modell nach Aggleton und Homans (1987) und Ewles und Simnett (1999), bei denen der Kern der Kreise verschiedene Gesundheitsdimensionen (physisch, psychisch, sozial, sexuell, spirituell, emotional) darstellt und die Gesellschaft und Umwelt als die beiden einflussnehmenden Außenkreise skizziert (Aggleton & Homans, 1987; Ewles & Simnett, 1999, zit. n. Naidoo & Wills, 2003, S. 6).

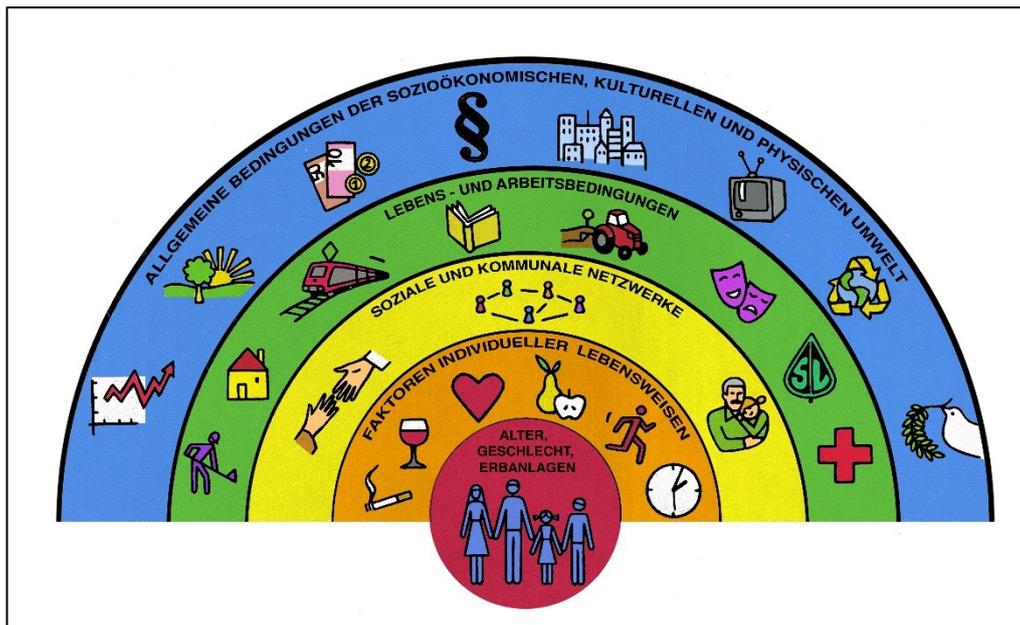


Abbildung 4: Determinantenmodell FGÖ (Dahlgren & Whitehead (1991), zit. n. Fonds Gesundes Österreich)

In Anlehnung an den FGÖ lässt sich Abbildung 4 folgendermaßen erklären:

1. Ebene: Die erste Ebene ist als Kreis dargestellt und meint die **Erbanlagen, Alter und Geschlecht** des Menschen (FGÖ, 2006b). Naidoo und Wills betonen dabei, dass diese Ebene unbeeinflussbar ist und es deshalb nur vier Ebenen gibt, die einen möglichen Einfluss auf die Gesundheit einer Person nehmen können.
2. Ebene: Unter **Faktoren individueller Lebensweisen** werden Verhaltensweisen, Einstellungen und auch Wissen der jeweiligen Person verstanden. Die grafischen Symbole sollten laut FGÖ folgende Einflussfaktoren widerspiegeln: „Tabakkonsum, Alkoholkonsum, Liebe/Sexualität/Beziehungen, Ernährung, Bewegung, Entspannung und Stressabbau und Selbstfürsorge“ (FGÖ, 2006b).
3. Ebene: Ebenso die **sozialen und kommunalen Netzwerke** können positiven oder negativen Einfluss auf die Gesundheit einer Person nehmen und konstituieren demzufolge die dritte Ebene. Die grafischen Symbole stehen für „soziale Unterstützung, weiteres

soziales Netzwerk/sozialer Zusammenhalt, engeres soziales Netz: Eltern/Kind-Bindung, Familie, Paarbeziehungen/Freundinnen und Freunde“ (ebda.).

4. Ebene: Darüber hinaus müssen die **Lebens- und Arbeitsbedingungen** einer Person beachtet werden. Diese sind mit den grafischen Symbolen für „Arbeit/Beschäftigung; Wohnen; Verkehr; Bildung/Bildungs-Chancen; Landwirtschaft/Lebensmittelproduktion; Kunst/Kultur/Freizeit; soziale Sicherheit; Sozial- und Gesundheitsversicherung; Gesundheitswesen/medizinische Versorgung“ dargestellt (ebda.).

5.Ebene: Schließlich nehmen Faktoren der **Umwelt** unterschiedlicher Art (siehe Abbildung 4) Einfluss auf alle bereits beschriebenen Ebenen und bilden somit den äußersten Bogen. Die acht symbolischen Abbildungen stehen für „Wirtschaftliche Entwicklung, Produktivität, Wohlstand, Globalisierung; natürliche Umwelt; Finanzwesen, Vermögens- und Einkommensverteilung; Gesetzliche Rahmenbedingungen, Werte, Normen; Stadt- und Raumplanung, Infrastruktur; Medien; Ökologie, Ressourcen, Klimaschutz; Sicherheit, Friede, Gewaltfreiheit“ (FGÖ, 2006b). Naidoo und Wills (2003) ergänzen hierbei den Arbeitsmarkt und den Lebensstandard als weitere mögliche Determinanten (Naidoo & Wills, 2003, S. 29).

Die Ebenen bestehen nicht isoliert, sondern können sich untereinander beeinflussen. Wenn die Gesundheit der Menschen gefördert werden sollte, muss auf den zuvor skizzierten Ebenen angesetzt und die Prinzipien der GF (siehe Punkt 2.5.2) berücksichtigt werden, was zur Begriffbestimmung der GF führt (siehe Punkt 2.5). Deshalb ist folgende Fragestellung zentral: „Über welche gesundheitsfördernden personalen und sozialen Ressourcen soll/muss ein Individuum verfügen können, um ein Leben in guter Gesundheit zu führen, und wie können diese individuellen und sozialen Ressourcen gefördert werden?“ (FGÖ, 2006a).

Fahrland et al. (2014) haben in einer empirischen Studie mit sportlich aktiven sowie inaktiven Personen mit und ohne Körperbehinderung in Anlehnung an andere Forschungen zentrale gesundheitsbeeinflussende psychische und soziale Ressourcen erforscht. Diese werden im folgenden Abschnitt erläutert.

2.1.3.3 Wichtige psychische und soziale Ressourcen als Determinanten für die menschliche Gesundheit

Bedeutsame untersuchte psychische Ressourcen umfassen die Einflussfaktoren *Selbstwirksamkeitserwartung*, *Wohlbefinden* und *Lebensqualität* und die *soziale Unterstützung*. Dabei werden direkte sowie protektive Einflüsse von körperlicher Aktivität auf die Gesundheit des Menschen behandelt (Fahrland et al., 2014).

2.1.3.3.1 Selbstwirksamkeitserwartung

Die Selbstwirksamkeitserwartung (*englisch* self-efficacy beliefs) meint den „Glaube[n] an die eigene Fähigkeit eine Anforderung auf Basis der eigenen Kompetenzen bzw. Anstrengungen bewältigen zu können“ (Fahrland et al., 2014, S. 88). Dies impliziert, dass nur jene Personen, die überzeugt sind, Anforderungen selbst zu bewältigen, eine demensprechende Veränderung im Verhalten tatsächlich durchführen (ebda). Deshalb wird auch von der „Selbstwirksamkeitsüberzeugung“ gesprochen (Satow, 2017).

Der Begriff wurde vom berühmten Psychologen Albert Bandura geprägt. Dieser fand im Rahmen von Studien heraus, dass vorwiegend jene Menschen, die an einen erfolgreichen Handlungsausgang glaubten, die Handlung auch initiierten (Satow, 2017; Bandura, 1977).

Nach Bandura dienen folgende vier Quellen der Stärkung der Selbstwirksamkeit:

1. **Erfolgserebnisse** steigern die Selbstwirksamkeit auf natürliche Art, Misserfolgserebnisse können zu einer Schwächung dieser führen.
2. **Erfolgreiche Modellpersonen beobachten**
3. **Verbale Überzeugungskraft anderer:** Diese hängt eng mit dem Einfluss von sozialen Gruppen zusammen
4. **Subjektive Wahrnehmung von Emotionen und Empfindungen:** Angst oder ähnliche Gefühle können die Selbstwirksamkeitserwartung deutlich einschränken. Körperliche Empfindungen wie feuchte Hände, Zittern oder Herzrasen nehmen viele Personen unter Druck als leistungseinschränkend wahr. Es kann jedoch gelernt werden, diese Zeichen neuartig zu interpretieren.

(Bandura, 1977, S. 195ff; Satow, 2017)

Die Selbstwirksamkeit stellt somit einen Schlüsselfaktor der GK dar.

2.1.3.3.2 Wohlbefinden

Das Wohlbefinden ist wie bereits bei der Definition der WHO auf drei Ebenen angesiedelt: **physisch, psychisch und sozial**. Dabei ist bedeutend, wie die allgemeine Gefühlslage eines Menschen ist und dieser sein Wohlbefinden beurteilt (Fahrland et al., 2014, S. 89).

Weiters kann beim subjektiven Wohlbefinden in **aktuelles und habituelles** unterschieden werden. Das erstere meint das gegenwärtige Befinden und die positiven Empfindungen einer Person wie z.B. Freude und Glück. Das zweitere bezeichnet eher ein überdauerndes Verhalten, wobei der Mensch aus früheren Erfahrungen und Erlebnissen subsumiert und somit ein relativ stabiles Konstrukt im Kopf hat, wie beispielsweise bei der Zufriedenheit eines Menschen. Wenn es sich jedoch für eine Person durch unerklärliche negative

Erfahrungen verändert, kann es schnell zum Negativen überspringen (Mitterbauer, 2007, S. 100ff).

Da der Fragebogen, der im Rahmen dieser Masterarbeit behandelt wurde, ebenso eine Frage zum **emotionalen Wohlbefinden** beinhaltet, wird dieses an dieser Stelle geklärt. Die Frage zum subjektiven Wohlbefinden wurde aus dem *World Health Organization Well-Being Index*, dem sogenannten „WHO-5“, entnommen. Dieser findet weltweit Anwendung und wurde ursprünglich in den späten 1990er in medizinischen Gebieten, vorrangig bei Diabetes, verwendet (Topp, Østergaard, Søndergaard, & Bech, 2015; Felder-Puig, et al., 2019, S. 22). Sie zielt auf das habituelle Wohlbefinden ab, da es um die erlebten Stimmungslagen und Gefühle der Person der vergangenen beiden Wochen geht. Im Zusammenhang mit der Schule lässt sich emotionales Wohlbefinden ebenso unter dem Begriff der Schulzufriedenheit subsumieren. Laut Schwab (2014) geht es dabei zumeist um „eine subjektive Selbsteinschätzung der Qualität des schulischen Lebens und somit auch einen Teil der Lebenszufriedenheit von Schüler/innen“ (Schwab, 2014, S. 49). In der Schule sind dabei Faktoren wie Peer-Beziehungen, die erlebte Sinnerfassung der Lerninhalte und die Leistungszufriedenheit von zentraler Bedeutung. Geraume Studien konnten bereits beweisen, dass das emotionale Wohlbefinden ebenso mit schulischen Leistungen korreliert (Dür & Mrvalag, 2002; Schreimer, Breit & Haider, 2008, zit. n. Schwab, 2014, S. 49).

2.1.3.3.3 Lebensqualität

Bei der Lebensqualität sind die vorangegangenen Einflussfaktoren und die Umweltbedingungen einer Person entscheidend. Lebensqualität umfasst einerseits die objektiven Lebensbedingungen und andererseits die subjektiv bewertete Lebenssituation (Schäfers, 2008, S. 27; Fahrland et al., 2014, S. 89).

2.1.3.3.4 Soziale Unterstützung

Schließlich stellt die soziale Unterstützung die wichtigste soziale Ressource dar. Dazu sollen zwei verschiedene Hauptmodelle unterschieden werden:

Beim ersten geht es um die Unterscheidung zwischen wahrgenommener und erhaltener Unterstützung. Erstere besagt *Wenn ich Hilfe brauche, dann ist jemand für mich da*, also eine prospektive Perspektive, die als ein eher stabiles Persönlichkeitsmerkmal gilt. Zweitere bezieht sich auf die vergangenen Erfahrungen tatsächlicher Hilfeleistungen und Zuwendung. Zwischen den beiden Formen konnte in Studien jedoch meist nur ein geringer Zusammenhang festgestellt werden (Hünniger, 2018, S. 33f).

Beim zweiten Modell wird zwischen dem der direkten Effekte (bzw. dem „Haupteffektmodell“) und dem Puffermodell unterschieden. Beim Haupteffektmodell übertragen sich die Effekte der sozialen Unterstützung sozusagen direkt positiv auf die

Gesundheit, wie die Förderung des Selbstwertgefühls und des Wohlbefindens (Hartung, 2010, S. 245). Außerdem geht es dabei vermehrt um den positiven Langzeiteffekt (Hünniger, 2018, S. 38).

Beim Puffermodell stellen indirekte Wirkmechanismen den Ausgangspunkt dar. Die Stressoren (siehe Punkt 2.1.4) werden durch die soziale Unterstützung positiver beurteilt und die Belastung in Kombination mit positiven Bewältigungsstrategien vermindert (Hartung, 2010, S. 245). Somit kommt das Puffermodell in konkreten Belastungssituationen mehr zu tragen (Hünniger, 2018, S. 38). Wenn eine Person höherem Stress ausgesetzt ist, ist der Effekt dieses Modells mit positiven Auswirkungen auf die Gesundheit größer. Demzufolge gilt: Je höher die Stressoren an eine Person sind, desto mehr kann diese die Belastung durch die soziale Unterstützung ausgleichen, da die Belastungen optimistischer eingeschätzt werden (Fahrland et al., 2014, S. 89).

Wichtig zu betonen ist, dass sich die beiden Modelle nicht ausschließen, sondern als synergetisch betrachtet werden. Wichtig sind ohnehin weitere Faktoren wie z.B. die Fähigkeit, soziale Unterstützung in Anspruch nehmen zu können oder die Art der Belastungssituation (Hünniger, 2018, S. 39).

Insgesamt kristallisierte sich bei der durchgeführten Studie das Aktivitätsniveau – egal, ob mit oder ohne Körperbehinderung – als ausschlaggebendster Faktor für die menschliche Gesundheit heraus. Sport kann auch bei Personen mit Behinderung ihre Ressourcen stärken. Nur bei der Variable Wohlbefinden konnte ein statistischer Unterschied beim Gesundheitsverhalten zwischen Menschen mit und ohne Körperbehinderung festgestellt werden. Am stärksten gesundheitlich gefährdet sind sportlich Inaktive mit Körperbehinderung (Fahrland et al., 2014, S. 93).

Resümierend kann aus allen angeführten Gesundheitsdeterminanten festgehalten werden, dass umso differenzierter die Anforderungen an die menschliche Gesundheit und deren Einflussfaktoren sind, desto weniger Menschen sich als „gesund“ einstufen können. Zusammengefasst können in Anlehnung an Mitterbauer (2007) und den österreichischen Gesundheitsbericht 2016 folgende Einflussfaktoren für eine mehrdimensionale Auffassung eines dynamischen Gesundheitsverständnisses als zentral festgelegt werden:

- **Genetische** und biologische **Faktoren**: Veranlagungen für Krankheiten (physische Ressourcen) wie z.B. Adipositas, Bluthochdruck
- Psychische Ressourcen
 - Individuelle Verhaltensweisen des Individuums (= **persönlicher Lebensstil**, Gesundheitsverhalten) z.B. Alkohol- und Tabakkonsum, Ausmaß der körperlichen Aktivität, Ernährung, Konsum illegaler Drogen

- **Psychische Faktoren** wie der Umgang mit Konflikten oder auch die Selbstwirksamkeitserwartung oder die gestörte Körperwahrnehmung → GK
- **Soziales Umfeld:** Soziale Unterstützung, die sich positiv oder negativ auf die Gesundheit auswirken kann. (soziale Ressourcen)
- **Umweltbedingungen** wirtschaftlicher, kultureller und physischer Art wie das Nahrungsangebot, der Arbeitsmarkt, Zugang zu Wasser, Luftqualität, Lebensstandard oder Bedingungen der Gesellschaft
- Zugang zu und Qualität **öffentlicher Gesundheitsdienste**

(Mitterbauer, 2007, S. 42; Griebler, et al., 2017, S. 67)

2.1.4 Stress und Stressoren

Im Umgang mit Stress ist es wichtig zu wissen, welche Ursachen dieser haben kann und wie dieser für eine persönliche Verbesserung des Wohlbefindens und somit im Sinne der GF bewältigt werden sollte (Mitterbauer, 2007, S. 70f). Der aktuelle Gesundheitsbericht 2018 von Österreich belegt, dass die psychischen Belastungen, unter anderem der Leistungsdruck in der Schule, trotz gesünderen Lebensweisen der Jugendlichen heutzutage immer weiter zunimmt und schließlich in einem höherem Stressniveau resultieren. Auch die Schüler/innen spüren die Schnelllebigkeit und das Gefühl in einer globalisierten Welt mit anderen nicht mithalten zu können (Felder-Puig, et al., 2019, S. 100). Auch soziale Probleme können sich bereits im Pflichtschulalter herausstellen (Mitterbauer, 2007, S. 70). Dem aktuellen HBSC-Bericht von Österreich ist zu entnehmen, dass bei Kindern und Jugendlichen infolgedessen Symptome wie „Gereiztheit, Niedergeschlagenheit und Kopfschmerzen“ öfter auftreten und viele am Abend nicht einschlafen können. Außerdem kämpfen immer mehr Personen in unserer schnelllebigen, von sozialen Medien beherrschten Gesellschaft mit Burnout, was die Folge von einer andauernden Überforderung der persönlichen Ressourcen im Sinne des Transaktionsmodelles von Lazarus ist. Laut dem Bericht weisen 10 % der Kinder und Jugendlichen sogar Symptome eines sozialen Fehlverhaltens SMD auf (Felder-Puig, et al., 2019, S. 100). Schließlich könnte aufgrund unzureichender Stressbewältigungskompetenzen der hilflose Ausweg ein Risikoverhalten wie z.B. der Substanzenmissbrauch sein (Mitterbauer, 2007, S. 70f), welcher ebenso in der Forschung im Rahmen dieser Arbeit erhoben wurde.

Infolgedessen sollten Eltern und Lehrer/innen in diesen Bereichen mehr Wissen und Schulungen im Umgang damit erlangen (Felder-Puig, et al., 2019, S. 100). Derartige Verhaltensweisen und Belastungen können sich auch negativ auf die Gesundheit der

Kinder und Jugendlichen auswirken. Um Wissenslücken zu schließen, beschreibt der nächste Abschnitt Stress- und Bewältigungsstrategien ausführlicher.

Bevor der Begriff der Stressoren geklärt wird, sollte jener des Stressses erläutert werden. Umgangssprachlich wird die Bezeichnung „Stress“ einerseits für stressauslösende Faktoren, wie z.B. Prüfungsstress, verwendet, aber andererseits ebenso für stressbedingte Reaktionen wie die Gefühlslage von „Ich fühle mich gestresst“. In der Wissenschaft wird zwischen dem Stressor als Stressreiz und der Stressreaktion unterschieden (Tewes & Wildgrube, 2016, S. 377). Antonovsky bezeichnet im Rahmen seines salutogenetischen Gesundheitsmodells Stressoren als sogenannte „Widerstandsdefizite“, die das Kohärenzgefühl (siehe Punkt 2.1.6.1) beeinflussen können. Diesen gegenüber stehen die sogenannten „generalisierten Widerstandsressourcen“, die jene situationselastischen Faktoren (individuell, sozial, kulturell) bezeichnen, die die Gesundheit stärken oder schwächen (Antonovsky, 1987, zit. n. BZgA, 2001, S. 34).

2.1.4.1 Das biologische Stressmodell von Selye

Ursprünglich wurde der Stressbegriff vom kanadischen Arzt Dr. Hans Selye (1956) geprägt. Für ihn bedeutet Stress eine Reaktion des Organismus, der mit bestimmten körperlichen Veränderungen wie einer erhöhten Herzrate oder der Ausschüttung von gewissen Hormonen eine Antwort auf eine erhöhte Beanspruchung gibt. Die Reize, die diese Reaktion auslösen heißen „Stressoren“ (Faltermaier, 2005, S. 73; Mitterbauer, 2007, S. 71). Sie können unterschiedlich eingeteilt werden. Z.B. in physische, psychische und soziale Faktoren, wobei sich Beispiele wie Lärm, Krankheit, Angst und zwischenmenschliche Konflikte anführen lassen (Mitterbauer, 2007, S. 72). Im Alltag ist die Grenze zwischen den Stressoren nicht immer eindeutig zu ziehen, da sie einander beeinflussen können (Mitterbauer, 2007, S. 71). Wichtig ist, dass die Stressoren sehr individuell wahrgenommen werden und deshalb der gleiche Stressor nicht zwangsläufig zu Stress führt (Reif, Spieß, & Stadler, 2017, S. 44). Dies ist im ursprünglichen reaktionsorientiertem Stressmodell nach Selye noch nicht hervorgegangen, denn erst Lazarus griff es in seinem Transaktionsmodell auf (Faltermaier, 2005, S. 74).

Selye hat je nach der Wirkung des Stressors im Organismus zwei Arten von Stress unterschieden: Eustress und Distress. Eustress ist der *positive Stress*, das heißt er wirkt anregend und sorgt für einen höheren Erregungszustand des Körpers. Es kommt zu Ermutigung und motivierten, aktiven Leistungen. Deshalb ist Stress nicht gleich gesundheitsschädigend. Selye formulierte Stress als „die Würze des Lebens“ (Kaluzza, 2011, S. 23). Beim Distress, auch bekannt als *negativer Stress*, übersteigen subjektiv empfundene Anforderungen die persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten und es breiten sich Gefühle wie Hilflosigkeit und Angst bzw. Handlungsunfähigkeit aus. Dauert er langfristig

an, kann er zu Erkrankungen wie Burnout¹¹ führen (Reif, et al., 2017, S. 10; Mitterbauer, 2007, S. 71).

Kaluza nennt im Zusammenhang mit Stressreaktionen und Gesundheit folgende entscheidende Aspekte:

- Die *nicht verbrauchte Energie*, die die Menschen heutzutage im Vergleich zu früher nicht mehr benötigen und sich so Fett in der Blutbahn anlagert.
- *Chronische Belastungen*, die den Körper in eine ständige Widerstandsbereitschaft setzen und ihm so keine Anpassungszeit mehr geben.
- Die *geschwächte Immunkompetenz*, die aus einer erhöhten Kortisolausschüttung aufgrund von Dauerbelastungen resultiert und es damit sogar zu Autoimmunerkrankungen kommen kann.
- Das *gesundheitliche Risikoverhalten*, bei der die Menschen versuchen, die Belastungssituation durch oftmals gesundheitsschädigende Verhaltensweisen, wie Alkohol- oder Tabakkonsum oder eine ungesunde Ernährungsweise, zu bewältigen. Dies wirkt sich direkt negativ auf die Gesundheit aus und sorgt dafür, dass die allgemeine Belastbarkeit und somit auch die Widerstandsressourcen reduziert werden (Kaluza, 2011, S. 23ff).

2.1.4.2 Das transaktionale Stressmodell von Lazarus

Lazarus, der Begründer der transaktionalen Stresstheorie, interpretierte Stress als eine bestimmte Art der Transaktion, welche bedeutet, dass die Faktoren *Person* und *Umwelt* in einer ständigen Wechselbeziehung miteinander stehen und Einfluss aufeinander nehmen können. Zudem ist es nach Lazarus entscheidend, wie eine Person diese genannte Transaktion subjektiv bewertet. Stress entsteht demnach dann, wenn die Ansprüche der Beziehung Person-Umwelt die persönlichen Ressourcen beansprucht oder übersteigt und dahingehend das persönliche Wohlbefinden gefährdet (Faltermaier, 2005, S. 75). Daher ist Stress sehr individuell zu betrachten (Zedler, 2012). Der Ablauf dieser Transaktion ist in untenstehender Abbildung 5 dargestellt.

¹¹ „(englisch "to burn out" = "ausbrennen") ist ein Sammelbegriff und steht für einen emotionalen, geistigen und körperlichen Erschöpfungszustand, der durch eine Antriebs- und Leistungsschwäche gekennzeichnet ist und typischerweise am Ende eines monate- oder sogar jahrelang andauernden "Teufelskreises" aus Überarbeitung und Überforderung steht.“ (Zedler, 2012)

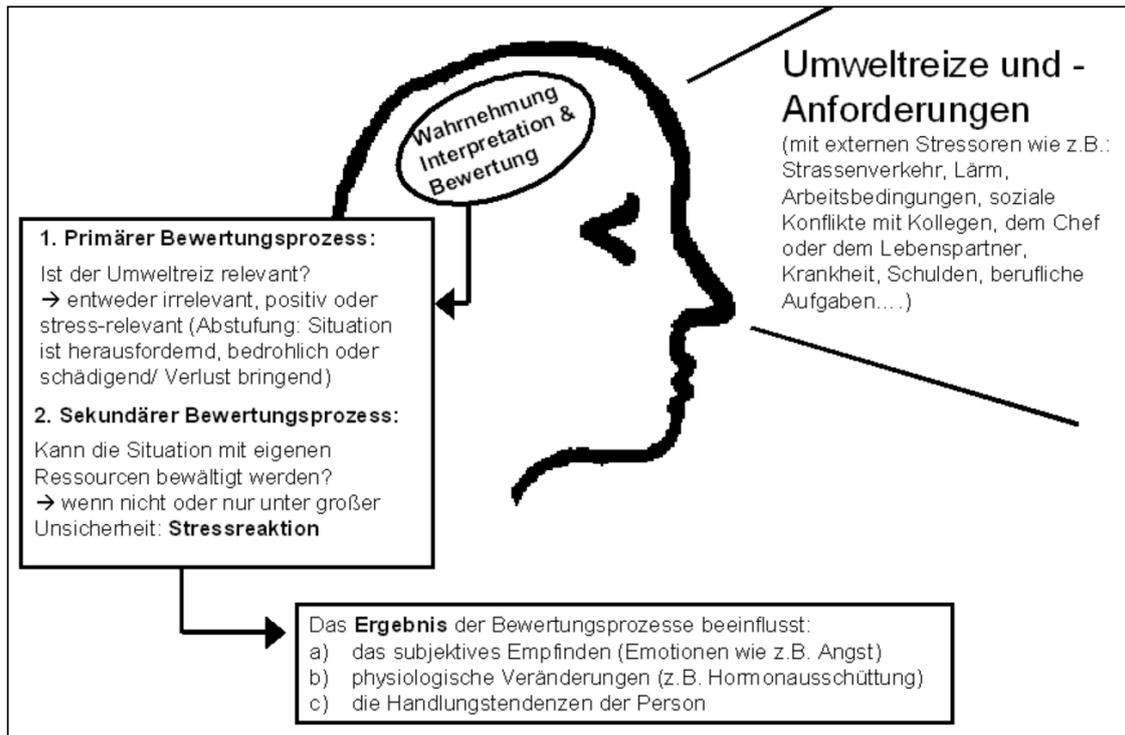


Abbildung 5: Transaktionales Stressmodell nach Lazarus (Zedler, 2012, S. 1)

Aufgrund von Reizen aus der Umwelt finden im Kopf eine primäre und sekundäre Bewertung statt, wobei sich primär und sekundär weder auf die Relevanz, noch auf die zeitliche Abfolge beziehen, sondern hinsichtlich der Einstufung auf die Stressrelevanz gedeutet ist. Bei der primären Bewertung geht es um die Frage „Was steht auf dem Spiel?“ (Reif, et al., 2017, S. 45). Wenn der Reiz als stressrelevant (herausfordernd, bedrohlich oder schädigend) eingestuft wird, kommt es zur sekundären Bewertung. Bei dieser werden die eigenen Bewältigungsfähigkeiten und -strategien (bzw. Ressourcen) eingeschätzt. Wenn die Situation nicht mit den eigenen Ressourcen bewältigt werden kann, kommt es zur Stressreaktion. Schließlich kommt es zur Handlungsausführung als Bewältigung der Situation auf Basis der letzten Bewertung (Zedler, 2012; Faltermaier, 2005, S. 78; Reif, et al., 2017, S. 46f).

2.1.5 Bewältigung/Coping

Für lange Zeit wurden Konzepte der Stressbewältigung (*englisch* „Coping“) in der Forschung nicht debattiert, doch heute werden sie bei jedem Stressprozess mitberücksichtigt (Faltermaier, 2005, S. 99). Das Coping meint den Umgang mit Stressoren (Mitterbauer, 2007, S. 76). Nicht nur eine möglichst erfolgreich ausgefallene Bewältigung dieser stehen im Mittelpunkt, sondern wissenschaftlich gesehen besonders die Bemühungen und Anstrengungen dazu und demnach auch das Aushalten und Tolerieren

(Kaluza, 2011, S. 50). Praktische Hilfestellungen zur Stressbewältigung können dem Anhang (siehe Punkt D) 1.) entnommen werden.

2.1.6 Der salutogenetische Ansatz nach A. Antonovsky

Der pathogenetische Ansatz fokussiert das Fernbleiben und die Verhinderung von Krankheit und Gebrechen und findet deshalb in der Medizin großen Anwendungsbereich. Der salutogenetische Ansatz nach Aaron Antonovsky forciert diejenigen Faktoren, die für die Erhaltung der menschlichen Gesundheit ausschlaggebend sind und leitet dazu Ressourcen ab, über die die Menschen für die Förderung ihrer individuellen Gesundheit verfügen sollten. Antonovsky betont, dass Pathogenese und Salutogenese als ergänzend zu betrachten sind, denn Gesundheit reicht über den pathogenetischen Ansatz hinaus (BZgA, 2001, S. 26). Die zentrale Fragestellung lautet deshalb: „Wie wird ein Mensch mehr gesund und weniger krank?“ (BZgA, 2001, S. 24).

Damit der dichotomen Beurteilung von gesund bzw. krank entgegengewirkt wird, entwickelte Antonovsky das sogenannte „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“. Jeder Mensch kann zwischen den beiden Extrema Gesundheit und Krankheit – nur nicht an den Polen – eingeordnet werden (Antonovsky, 1979, zit.n. BZgA, 2001, S. 32).

2.1.6.1 Kohärenzgefühl

Das Kernelement seines Ansatzes bildet das sogenannte „Kohärenzgefühl“ (*englisch* sense of coherence (SOC)). Dieses meint eine allgemeine individuelle Grundeinstellung einerseits gegenüber der Welt und andererseits hinsichtlich des eigenen Lebens, die Welt als sinnvoll zu erleben. Demnach geht es um das flexible, dennoch andauernd existierende und sich ändernde Gefühl der Zuversicht, inwiefern auf der einen Seite ein Zusammenspiel von Anforderungen und Lebensumständen gelingt und auf der anderen Seite individuell verfügbare Ressourcen genutzt werden. (BZgA, 2001; S. 28f & 35; Balz, et al., 2016, S. 21). Faltermeier ergänzt, dass SOC die „tiefe Überzeugung eines Menschen [ist], dass das Leben trotz vieler Belastungen, Risiken und Unwägbarkeiten doch im Prinzip zu verstehen ist, überwiegend Sinn macht und die auf ihn zu kommenden Probleme zu bewältigen sind.“ (Faltermaier, 2005, S. 164). Demzufolge spielen laut Antonovsky für das Ausmaß des individuellen SOC, das sich im Laufe der Kindheit und Jugend bis etwa 30 Jahren entwickelt, aber im Erwachsenenalter schwer von Grund auf verändert werden kann, folgende drei Faktoren eine bedeutende Rolle:

- Gefühl der Verstehbarkeit: Stimuli (auch unbekannte) sollten als geordnete, strukturierte Reize aus der Lebenswelt wahrgenommen werden. Mit der unwillkürlichen Ausschließung von nicht zu beachtenden Reizen sollte ein *kognitives Verarbeitungsmuster* entstehen.

- Gefühl von Bewältigbarkeit/Handhabbarkeit: Ein Mensch sollte überzeugt davon sein, gewisse Situationen aufgrund der individuellen verfügbaren Ressourcen bewältigen zu können, um so ein *kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster* aufzubauen.
- Gefühl von Sinnhaftigkeit: Das Leben und die von ihm gestellten Herausforderungen müssen als sinnhaft – sozusagen als „willkommene Abwechslung“ – betrachtet werden und es sich somit für den Menschen lohnen, Energie dafür aufzubringen. (BZgA, 2001, S. 29f; Balz, et al., 2016, S. 22)

Damit SOC entwickelt werden kann, müssen positive, wie Erfolg als sich lohnendes Ereignis, und negative Erlebnisse, wie Frustration, in einem ausgeglichenem Verhältnis stehen und sich eine Person weder überfordert noch unterfordert fühlen (BZgA, 2001, S. 31).

2.1.6.2 Auswirkungen SOC auf die Gesundheit

Hinsichtlich der Gesundheit kann sich das SOC auf den menschlichen Körper, wie das Zentralnerven- oder Hormonsystem, direkt auswirken, indem es als Filter von Informationen z.B. bezüglich der Gefahr einer Situation wirkt. Zudem können Menschen mit einem höheren SOC besser auf ihre Ressourcen zurückgreifen und mit der gekonnten Wahl der richtigen Bewältigungsstrategie Spannungszustände bewältigen. Schließlich erwähnt die BZgA, dass das SOC indirekt über das Verhalten des Menschen den Gesundheitszustand beeinflussen kann und somit beispielsweise eine gesündere Ernährung oder ein Arztbesuch schneller umgesetzt werden (BZgA, 2001, S. 37f; Faltermaier, 2005, S. 166).

2.2 Kompetenz

Da dem Konstrukt der GK sowie BK ein Kompetenzverständnis zugrunde liegt, folgen an dieser Stelle Erläuterungen dazu. Wird das Kompetenzverständnis mit den vorangegangenen Kapiteln zur Gesundheit verknüpft, liegt der Begriff der GK nahe.

2.2.1 Begriffsbestimmungen und Modelle

Der Begriff „Kompetenz“ ist gegenwärtig im Besonderen im Bildungswesen ein Modebegriff geworden. Kompetenzen wurden zur Sicherung der Unterrichtsqualität eingeführt (Pfitzner, 2018), damit der Bildungsauftrag nicht nur in der Vermittlung von Wissen, sondern auch in Können resultiert (Gogoll, 2009, S. 8). Weinert weist darauf hin, dass das Konzept der Kompetenz deshalb so attraktiv geworden ist, da einerseits Kompetenzen aufgrund ihrer Interdisziplinarität und Multifunktionalität wichtig für die Erreichung von bedeutsamen Zielen und der erfolgreichen Vollziehung verschiedener Aufgabenstellungen und Situationen sind und andererseits Kompetenzen für das moderne, sich ständig verändernde Leben essenziell sind und somit in die Lehrpläne Einzug genommen haben (Weinert F., 2001, S. 2435). Auch der seit 2016 neue semestrierte Lehrplan in BuS ist stark von diesem geprägt. Die Schüler/innen sollen zu einer bewegungs- und sportbezogenen Handlungskompetenz erzogen werden. Diese Handlungskompetenz wird nach dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) unterteilt in Fach-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenz (BMBWF, 2016).

2.2.2 Handlungskompetenz aus Fach-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenz

- Sachkompetenz oder Fachkompetenz:

bezeichnet „die zur Realisierung von Aufgaben erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten“ (Riedl, 2008, S. 18). Zeuner und Hummel sprechen von der „Disposition für das **geistig selbstorganisierte Handeln**“ (Zeuner & Hummel, 2006, S. 41). Dabei geht es um Problemlösefähigkeiten und der sinngemäßen Anwendung, Bewertung und Verknüpfung von Wissen (Mitterbauer, 2007, S. 54f).

- Methodenkompetenz:

ist die „Fähigkeit, selbstorganisiert zu handeln, d.h. kreativ und selbstständig Lösungswege durch den flexiblen Einsatz kognitiver Fähigkeiten zu finden und anzuwenden“ (Riedl, 2008, S. 18) sowie die „Disposition für das **instrumentell selbstorganisierte Handeln** (...) und das geistige vorgehen [zu] strukturieren“ (Zeuner & Hummel, 2006, S. 41). Eine Person sollte somit über unterschiedliche Methoden zur Bearbeitung und zum Lösen einer Aufgabe verfügen. Dies bedeutet einen zielführenden Umgang mit Informationen.

Methodenkompetente Personen können Aufgaben dadurch selbstständiger lösen (Mitterbauer, 2007, S. 55).

- Sozialkompetenz:

umfasst „kommunikative und kooperative Fähigkeiten“ (Riedl, 2008, S. 18) bzw. die „Disposition, **kommunikativ und kooperativ selbstorganisiert zu handeln**“ (Zeuner & Hummel, 2006, S. 41), das heißt die Auseinandersetzung mit anderen und ein gruppen- und beziehungsorientiertes Verhalten, „um neue Pläne und Ziele zu entwickeln“ (Zeuner & Hummel, 2006, S. 41). Mitterbauer betrachtet die Sozialkompetenz als das Ergebnis eines langfristigen Sozialisationsprozesses, das nicht durch wenige Trainings oder Übungen nachhaltig verändert werden kann (Mitterbauer, 2007, S. 57).

- Selbstkompetenz (auch Human- oder Personalkompetenz genannt)

meint die „Disposition, **reflexiv selbstorganisiert zu handeln**“ (Zeuner & Hummel, 2006, S. 41). Hierbei geht es um den Umgang und der Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit sowie die Bereitschaft, ständig an sich selbst zu arbeiten. Zentral dabei ist die Selbsteinschätzung und das Selbstwertgefühl, aber auch die Reflexion über eigene Handlungen und Gefühle sowie innere Einstellungen und Werthaltungen und das Ausmaß bestimmter Eigenschaften wie Selbstdisziplin, Selbstständigkeit, Belastbarkeit, Engagement, Zielstrebigkeit oder auch der Umgang mit Belastungen und Konflikten. Demnach bildet diese Kompetenz die Basis für die anderen bereits genannten Kompetenzen (Mitterbauer, 2007, S. 56; Zeuner & Hummel, 2006, S. 41).

Das zielführende Zusammenspiel der oben genannten Kompetenzen wird als *Handlungskompetenz* oder als „Disposition, **ganzheitlich selbstorganisiert zu handeln**“ (Zeuner & Hummel, 2006, S. 41) bezeichnet. Für den Erfolg sind nicht die einzelnen Ausprägungen der beschriebenen Kompetenzen, sondern die Interaktion dieser bei der Ausführung entscheidend. Ein Beispiel dazu wäre die Kompetenz zum selbstregulierten Lernen (Gogoll, 2009, S. 8).

2.2.3 Definition nach Weinert

Die am häufigsten zitierte Definition von Kompetenzen ist jene nach Weinert: „Die bei Individuen verfügbaren oder von ihnen erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können.“ (Weinert, F.E., 2001, S. 27)

Der Kernbereich der Definition stellt wiederum kognitive Leistungsdispositionen dar. Das von den Problemlöseprozessen erlernte Wissen und Können sollte verantwortungsvoll

eingesetzt werden. Es werden jedoch ebenso pädagogisch-psychologische Aspekte wie Motivation und Volition genannt, die in der erziehungswissenschaftlichen Definition oben nicht hervorkommen (Gogoll, 2009, S. 8). Demzufolge handelt es sich um den Trias *Wissen*, *Können* und *Wollen*. Im Sportunterricht ist dann im Zusammenhang mit der Kompetenzmodellierung entscheidend „welcher Ton im Dreiklang von Wissen, Können und Wollen die Musik macht“ (Pfitzner, 2018, S. 23; Klieme & Hartig, 2007).

Eder und Hofmann beschreiben im Bildungsbericht 2012 im Auftrag des BMBWF diese Kompetenzen auch als *überfachliche* bzw. *fachübergreifende Kompetenzen*, da einerseits für die Ausbildung mehr als ein Schulfach verantwortlich sind und sie andererseits aufgrund der motivationalen, volitionalen und sozialen Faktoren ebenso außerhalb der Schule gebraucht werden können (Eder & Hofmann, 2012).

Schließlich zielt der Unterricht darauf ab, dass Lehrer/innen Lernsituationen für Schüler/innen schaffen, in denen das Zusammenspiel von Wissen und Handeln in der jeweiligen Situation aufgrund einer allgemeinen Bereitschaft (Wollen) gefördert wird (Pfitzner, 2018, S. 123).

2.2.4 Lebenskompetenzen – life skills

Der life-skills-Ansatz entwickelte sich in den 1980er Jahren aus der Theorie des sozialen Lernens (Albert Bandura) und der Theorie des Problemverhaltens nach Jessor und Jessor mit dem Ziel, allgemeine Bewältigungskompetenzen für Anforderungen des alltäglichen Lebens aufzubauen (Mitterbauer, 2007, S. 59; Jerusalem & Meixner, 2009, S. 143). Auf Deutsch wurden *life-skills* mit *Lebenskompetenzen* übersetzt. „Als Lebenskompetenzen werden psychosoziale Fertigkeiten verstanden, die Kinder und Jugendliche befähigen, mit Anforderungen und Schwierigkeiten des täglichen Lebens aus eigener Kraft erfolgreich umzugehen, und ihnen einen angemessenen Umgang mit ihren Mitmenschen ermöglichen“ (Jerusalem & Meixner, 2009, S. 141). Demzufolge sind eine realistische und wertschätzende Einstellung einem selbst gegenüber und ein dementsprechender sozialer Umgang mit den Mitmenschen zentral. Grundeinstellungen dazu sind bereits bei Säuglingen und Kleinkindern erkennbar. Entscheidend ist dann, Umgebungen zu schaffen, in denen sie Erfahrungen erleben können und Grundeinstellungen erwerben (Mitterbauer, 2007, S. 59).

Laut WHO sind folgende miteinander vernetzte Kompetenzen als life-skills deklariert:

- Entscheidungsfindung und Problemlösen
- kritisches und kreatives Denken
- effektive Kommunikation und zwischenmenschliche Beziehungen
- Selbstwahrnehmung und Empathie

- Umgang mit Stress und negativen Emotionen (WHO, 1993, S. 1)

Wenn gesundheitsfördernde Entscheidungen getroffen werden, so müssen diese Kompetenzen vernetzt eingesetzt werden (Mitterbauer, 2007, S. 60; FGÖ, Lebenskompetenzen, o.D.). Die GK konstituiert sich aus den oben genannten Kompetenzen und wird demzufolge ebenfalls als Lebenskompetenz definiert (Lenartz, 2012; Jerusalem A. , 2016).

Jerusalem und Meixner (2009) weisen darauf hin, dass der Ansatz der erfolgreichste ressourcenorientierte Ansatz in der Gesundheitsförderung hinsichtlich einer ganzheitlichen Auffassung von Gesundheit ist. Beispielsweise wird anhand dieses Ansatzes erklärt, dass jugendliches Risikoverhalten wie der Konsum von Alkohol- und Drogen oder das Rauchen als sozial gelerntes bzw. entwicklungsbedingtes und nicht gesundheitliches Problemverhalten verstanden wird (Jerusalem & Meixner, 2009, S. 143). *Entwicklungsbedingt* deshalb, weil es darum geht, inwiefern die Kinder und Jugendlichen im Laufe des Erwachsenwerdens auf der Suche nach ihrer eigenen Identität, Anerkennung, Selbstakzeptanz und dem Sinn des Lebens es schaffen, alltägliche Anforderungen zu meistern und ihre persönlichen Bedürfnisse zu befriedigen. Deshalb sollten Möglichkeiten geschaffen werden, damit sie ihre Persönlichkeit stärken und ihre Selbstwirksamkeitsüberzeugungen in einem sozialen Rahmen fördern, um dem Risikoverhalten entgegenzuwirken (Jerusalem & Meixner, 2009, S. 141ff).

Es kann resümiert werden, dass die Lebenskompetenzen gewiss einen Zusammenhang mit den oben vorgestellten Fach-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenzen haben. Sie legen sich wie ein Schleier über diese. Jedoch sollten in einem schulischen Kontext der Umgang mit Stress und negativen Emotionen, der in der Beschreibung der überfachlichen Kompetenzen wenig Raum findet, nie außer Acht gelassen und den Schüler/innen ein Werkzeug mitgegeben werden, wie sie derartige Situationen bewältigen können. Somit werden ihre Lebenskompetenzen gestärkt.

2.2.5 Zusammenhang Handlungskompetenz und Gesundheit

Als Überleitung der Kompetenzen zur Begriffsbestimmung der GK sollten Erläuterungen der Dissertation von Riedl (2007) herangezogen werden. Denn wenn Gesundheit mit Handlungskompetenz als verbunden betrachtet wird, liegt der Begriff der GK bereits nahe.

Wie Gesundheit und Handlungskompetenz in Verbindung stehen ist in folgender Abbildung ersichtlich:

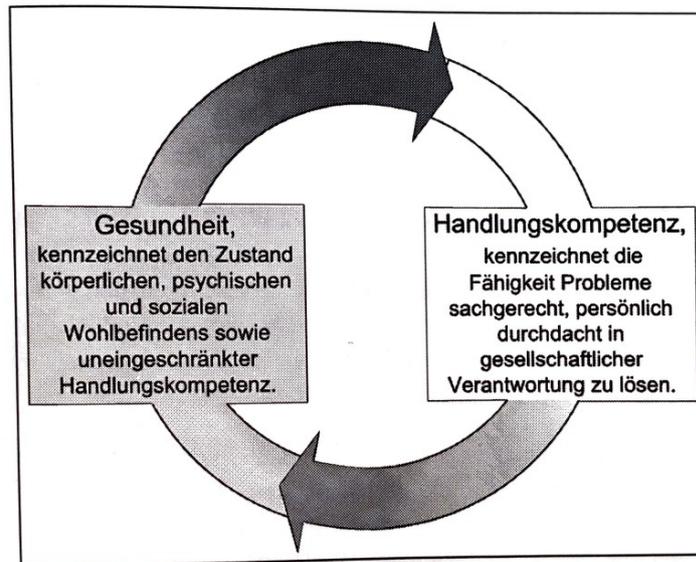


Abbildung 6: Zusammenhang zwischen Gesundheit und Handlungskompetenz (Riedl, 2008, S. 113)

Die Abbildung 6 veranschaulicht, dass eine ausgebildete Handlungskompetenz ein Potenzial für die Gesundheit darstellt und somit auf sie Einfluss nehmen kann, vorausgesetzt es besteht ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Anforderungen des Lebens und den persönlichen Bewältigungsstrategien (siehe Punkt 2.1.3.1). Gesundheit stellt sich im Handlungsprozess „als Bedingende und Resultierende“ (Riedl, 2008, S. 113) dar, auf die positiv Einfluss genommen werden kann.

Ebenso spricht das BMBWF (2018b) beide Kompetenzen in einem Atemzug an, denn es deklariert Handlungskompetenz als jenen Teil der GK, in dem es um die Beschaffung und Verarbeitung von Informationen und der Selbstwahrnehmung geht.

Riedl betont schließlich, dass ein Sportunterricht, der als Ausgangspunkt die Förderung der Handlungskompetenz der Schüler/innen hat, zugleich gesundheitsfördernd und stabilisierend wirken kann (Riedl, 2008, S. 113).

2.3 Gesundheitskompetenz bzw. Health Literacy

Damit das Leben gemäß der Gesundheitsdefinition der WHO mit einem hohen Maß an körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefinden gestaltet werden kann, muss ein Mensch über gewisse gesundheitsbezogene Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügen, die unter dem Begriff der GK subsumiert werden (Lenartz, 2012). Da ein schlechter Gesundheitszustand mit einer unzureichend ausgeprägten GK korrelieren kann, rückt diese in neuen Forschungen immer mehr in den Fokus (Soellner, et al., 2009, S. 111). Auch im aktuellen österreichischen Gesundheitsbericht und auf der Homepage des BMBWF wird die GK aufgegriffen (BMBWF, 2018b; Griebler, et al., 2017, S. 74).

2.3.1 Entwicklung und Begriffsbestimmung

Die Diskussion um *Health Literacy* (HL) begann laut Ratzan (2001) im Jahre 1974 im angloamerikanischen Raum von Scott Simonds, ein damaliger Professor der Gesundheitserziehung, im Rahmen der schulischen Gesundheitsbildung (Abel & Sommerhalder, 2015, S. 923; Ratzan, 2001, S. 210; Simonds, 1974).

2.3.1.1 Klinischer Ansatz der Gesundheitskompetenz

Anfangs wurde HL mit dem Begriff der „Gesundheitsalphabetisierung“ übersetzt, worunter „Grundfertigkeiten im Sinne des Lesens, Verarbeitens und Verstehens von gesundheitlichen Informationen“ verstanden wurden (Tones, 2002, S. 287). Denn *literacy* meint grundlegende Lese- und Schreibfertigkeiten. Die HL umfasst somit grundlegende Fähigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen vorwiegend in einem medizinisch-klinischen Kontext. Bis heute ist die Forschung zu HL im angloamerikanischen Raum von diesem Ansatz geprägt (Lenartz, 2012, S. 20f; Töpfer & Sygusch, 2014, S. 165).

2.3.1.2 Ansatz der Gesundheitskompetenz aus der Perspektive der Gesundheitsförderung (public health)

Um die Jahrtausendwende begann sich dieser Forschungsansatz ausgehend von der WHO (1998) zu erweitern: „Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health“ (WHO, 1998, S. 10). Demnach stehen nicht nur grundlegende Fähigkeiten in Bezug auf die Gesundheit, sondern ebenso ein aktiver, konstruktiver Umgang mit Gesundheitsinformationen im Sinne einer Gesundheitsvorsorge bzw. GF im Fokus (Abel & Sommerhalder, 2015, S. 106; Tones, 2002; S. 288, Lenartz, 2012, S. 21). Nutbeam (2000) erweiterte die Begriffsbestimmung der WHO und erwähnt im Zusammenhang mit den Auswirkungen von Gesundheitserziehung neben Wissen und Verstehen von Gesundheitsfaktoren ebenso psychologische Aspekte wie eine verbesserte Selbstwirksamkeit oder Motivation zu gesundheitsförderlicherem

Verhalten (Nutbeam, 2000, S. 263). Die WHO betont deshalb, dass HL über das bloße Lesen von Beipackzetteln und der Vereinbarung von Arztterminen hinausgeht, denn die Menschen sollen ihre gesundheitlichen Fähigkeiten effektiv nutzen können, um schwierige Gesundheitssituationen besser bewältigen zu können, da sich eine schlecht ausgeprägte HL direkt negativ auf die Gesundheit einer Person auswirken kann, was die Notwendigkeit von Empowerment unterstreicht (WHO, 1996, S.10; Lenartz, 2012, S. 21).

2.3.1.3 Definition der Gesundheitskompetenz

Diese Erweiterungen des klinischen Ansatzes wurden in der deutschen Literatur mit dem Begriff der „Gesundheitskompetenz“ übersetzt (Lenartz, 2012, S. 21).

Zumeist geht es um den Erwerb, das Verständnis und die Bewertung von Gesundheitsinformationen, den Austausch mit anderen bezüglich derartiger Informationen, das Treffen von gesundheitsbezogenen Entscheidungen und die adäquate Nutzung dieser Informationen, damit Gesundheit aufrechterhalten und gefördert wird (Abel & Sommerhalder, 2015, S. 923). Damit werden die Bereiche Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung angesprochen, wie auch in der Definition der Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz (ÖPGK), die aufgrund ihrer Mehrdimensionalität als Grundlage für die existente Masterarbeit dient:

Gesundheitskompetenz ist verknüpft mit allgemeiner Bildung und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen Gesundheitsförderung (zur Erhaltung und Stärkung der Gesundheit), Prävention (zur Vorbeugung von Beschwerden oder Erkrankungen) und Krankenversorgung (bei bestehenden Beschwerden oder Erkrankungen) Entscheidungen treffen zu können, die zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit während des gesamten Lebensverlaufs beitragen. Gesundheitskompetenz ist einerseits eine Frage der persönlichen Fähigkeiten, hängt aber andererseits von den Anforderungen der Umgebung an diese Fähigkeiten ab. (ÖPGK, 2018c; Parker, 2009).

Betont wird hierbei der Bezug zum Alltag und somit GK aus der Perspektive der GF, da mehr als grundlegende Lese-, Schreib- und Rechenfertigkeiten wie bei der HL im

ursprünglichen Sinne nötig sind. GK wird als Lebenskompetenz im Sinne einer Verbesserung des Wohlbefindens des Individuums, wie es in der ganzheitlichen Gesundheitsdefinition der WHO verlangt ist (siehe Punkt 2.1.1.1), aufgefasst. Schließlich soll eine gut ausgeprägte GK zu einer besseren Lebensqualität führen.

Außerdem genügt diese Definition den Kriterien der Kompetenz nach Weinert (siehe Punkt 2.2.3), da es die Fähigkeiten, Fertigkeiten und das kognitive Wissen sowie die motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften bezogen auf die Gesundheit des Menschen umfasst. Somit stellt GK eine domainspezifische Handlungskompetenz im Alltag in Wechselwirkung mit den jeweiligen Umweltbedingungen dar, bei der es um eigenverantwortliches Handeln und somit auch um Empowerment und Selbstregulation geht (Lenartz, 2012, S. 72). Kurz gefasst meint GK die „Kompetenz, aktiv und selbstbestimmt Verantwortung für meine Gesundheit zu übernehmen“ (Rudinger, 2015, S. 645).

Aktuell lässt sich die Förderung der GK der österreichischen Bevölkerung in den Gesundheitszielen von 2020 an dritter Stelle finden. Durch eine Verbesserung der GK sollte ebenso für mehr Chancengleichheit hinsichtlich der Gesundheit der Menschen gesorgt werden. Letztlich soll es für die Menschen „auf einfache Weise möglich sein, sich im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem zurechtzufinden und die Rolle als verantwortliche Partner/innen im System wahrzunehmen“ (BMGF, 2012, S. 10).

Der multidimensionale Ansatz der GK wird für die nachfolgende Arbeit gebraucht, weil diese am häufigsten in der Literatur und bei Testverfahren verwendet wird und der ganzheitliche Blick auf die Thematik für die weitere Bearbeitung relevant ist.

2.3.1.4 Forschungsstatistiken zur Health Literacy bzw. Gesundheitskompetenz

Bei der Recherche zu HL findet PubMed derzeit 16 888 Treffer, wobei die Hälfte davon (8 352) nur in den letzten fünf Jahren (2015-2020) veröffentlicht wurde. In folgender Abbildung lassen sich die Anzahl der Dateneinträge in PubMed abhängig von der Jahresanzahl erkennen. Die erste dreistellige Zahl war 1998, genau im gleichen Jahr, in dem die WHO erstmals HL definierte.

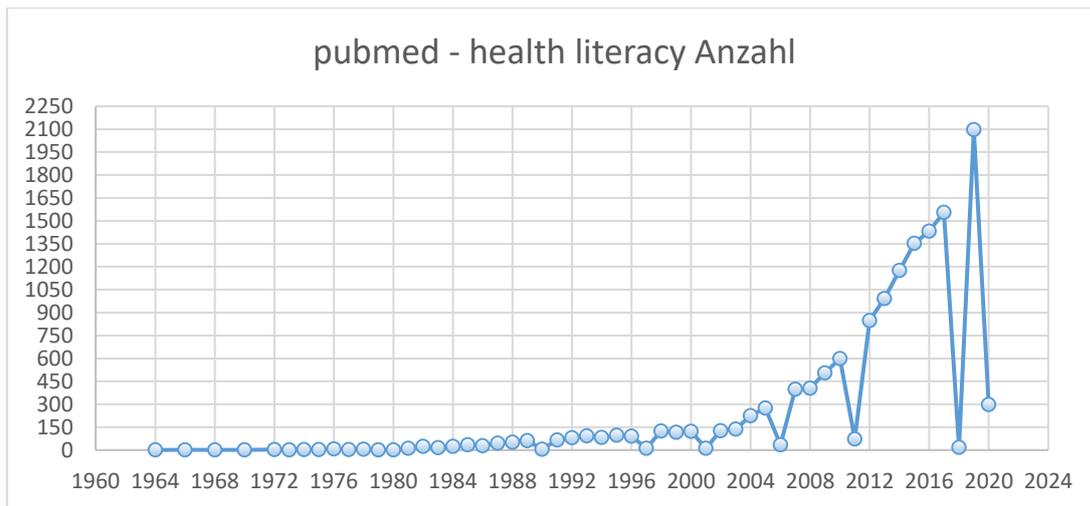


Abbildung 7: Zeitverlauf der Trefferquote von HL in PubMed (PubMed, 2020)

Bei der Eingabe von „Gesundheitskompetenz“ fand PubMed nur 6 Treffer. Dies spricht unter anderem dafür, dass im deutschsprachigen Raum die Begriffe HL und GK synonym gebraucht werden, obwohl die beiden Begriffe verschiedenen Forschungsansätzen entsprechen. Auch wenn Autoren wie Lenartz (2012) vorschlagen, die Begriffe nicht synonym zu verwenden, werden HL und GK in der vorliegenden Masterthesis nicht unterschieden.

2.3.2 Kritik der Gesundheitskompetenz

Dass gegenwärtig diverse Ansätze und keine verbindliche Definition der GK mit einer Bestimmung, welche Kompetenzen bzw. Fähigkeiten und Fertigkeiten aus empirischer Sichtweise genau inkludiert sind, existieren, beurteilt Lenartz kritisch (Lenartz, 2012, S. 21). Ebenso übt Tones (2002) Kritik an der Begriffserweiterung aus, da er argumentiert, dass die erweiterten Dimensionen bereits bekannte Konstrukte aus der Psychologie sind, die nicht neu „verpackt“ werden müssten und stellt somit den Begriff „literacy“ in Frage (Tones, 2002, S. 289).

Töpfer und Sygusch (2014), die sich mit der GK im Sportunterricht befassen, weisen in ihrem Artikel darauf hin, dass sich das Konzept der GK anfangs eher auf klinische Settings, das Berufsleben und den Alltag konzentrierte, jedoch kaum im Zusammenhang mit Schule diskutiert wurde, obwohl die GK als gesellschaftlich vermittelte Kompetenz gilt (Abel & Walter, 2002; Töpfer & Sygusch, 2014, S. 166).

Untenstehend lässt sich eine zusammenfassende Abbildung der GK in Anlehnung an die wichtigsten Autor/innen finden. Die Hauptgliederung in „Wissen“, „Handlungskompetenz“ und „Methoden anwenden“ stammt vom BMBWF (2018b). Links finden sich die Bereiche, in denen die GK eine Rolle spielt und rechts wichtige psychische Faktoren, die die beschriebenen Modelle gemein haben.

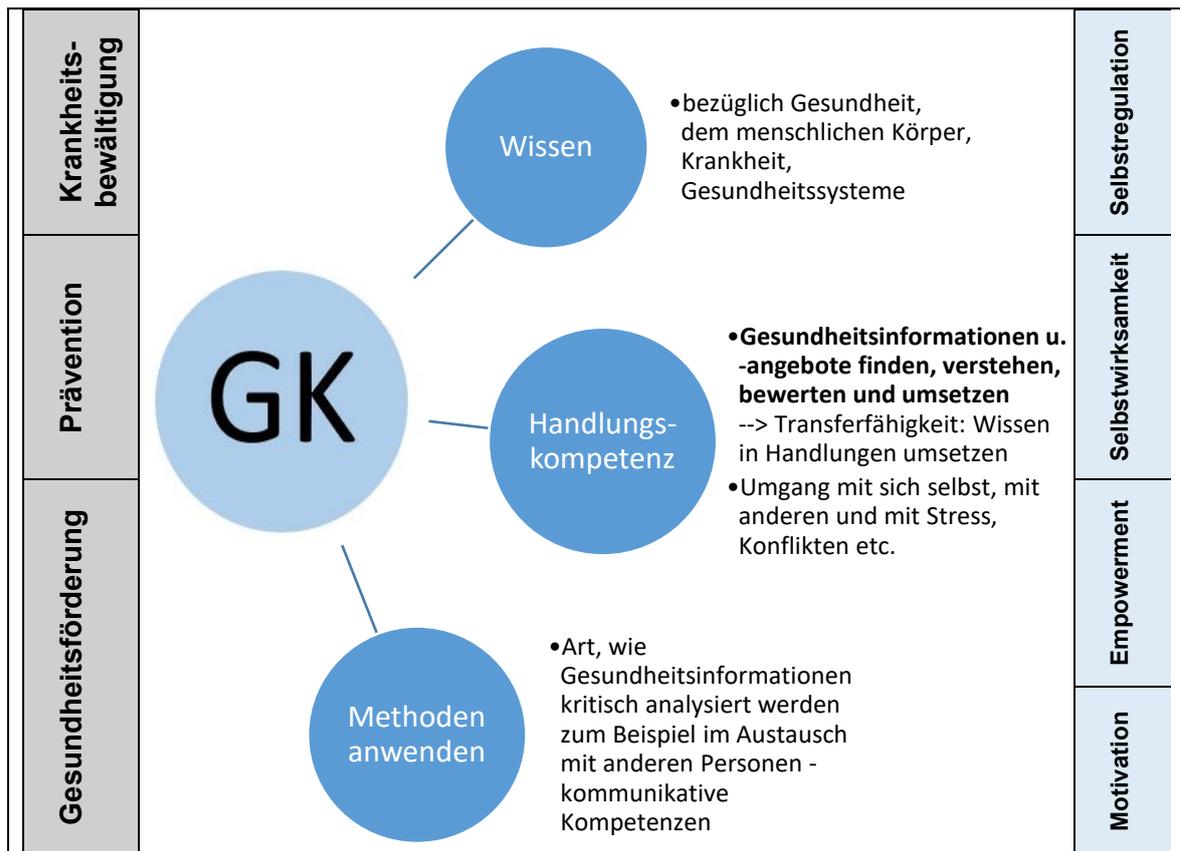


Abbildung 8: Eigene zusammenfassende Darstellung der GK in Anlehnung an BMBWF (2018b); Dierks (2017); Sørensen, et al. (2012); Pelikan (2015)

Da bei der GK ebenso stark psychische Komponenten wie die Selbstwirksamkeit oder Selbstregulation gefragt sind, folgen Erläuterungen dazu. Lenartz untersuchte 2012 die Verknüpfung der Selbstbestimmungstheorie und der GK und kam zu dem zentralen Ergebnis, dass die personenbezogene Förderung der GK nur dann möglich ist, wenn psychologische Grundbedürfnisse sowie Selbstbestimmung befriedigt sind (Lenartz, 2012, S. 188f).

2.3.3 Selbstregulation, Selbststeuerung und Selbstbestimmung

Neben der Selbstwirksamkeit spielen weiters die Selbstregulation und die Selbststeuerung nach Lenartz (2012) bei der GK eine bedeutende Rolle. Diese werden jedoch in vielen Forschungsarbeiten nicht fokussiert. Ohne ein hohes Maß an Selbstregulation und Selbstbestimmung können gesundheitskompetente Handlungen nicht durchgeführt werden. (Lenartz, 2012, S. 43f).

Selbstregulation meint, dass bei der Bildung von Zielen nach den eigenen Normen möglichst viele individuelle Bedürfnisse, Emotionen, Werte und Vorlieben Berücksichtigung finden. Subkomponenten sind unter anderem die Selbstbestimmung, das Stimmungsmanagement, die Selbstaktivierung und -beruhigung sowie die Selbstmotivierung (Fröhlich & Kuhl, 2004, S. 244, zit. n. Lenartz, 2012. S. 50).

2.3.4 Modelle der Gesundheitskompetenz

Dieser Abschnitt behandelt Modelle der GK. Es werden je nach Schwerpunkt des Modells Stufen- und Strukturmodelle unterschieden. Beim Stufenmodell wird zwischen verschiedenen Niveaus der Kompetenz differenziert und beim Strukturmodell eher nach inhaltlichen Ansatzpunkten (Soellner, et al., 2009, S. 108; Töpfer & Sygusch, 2014, S. 166). Vor allem das Stufenmodell nach Nutbeam stellt ein sehr einflussreiches für die Forschungsentwicklung dar, jedoch wurde es laut Lenartz (2012) noch nicht empirisch überprüft (Lenartz, 2012, S. 28).

2.3.4.1 Stufenmodelle der Gesundheitskompetenz

2.3.4.1.1 Stufenmodell nach Nutbeam

Nutbeam (2000), ein Vorreiter in der Erforschung der GK, trifft eine Unterscheidung zwischen funktionaler, interaktiver und kritischer GK. Da diese drei Formen aufeinander aufbauend sind, können sie in Pyramidenform wie in Abbildung 9 dargestellt werden:

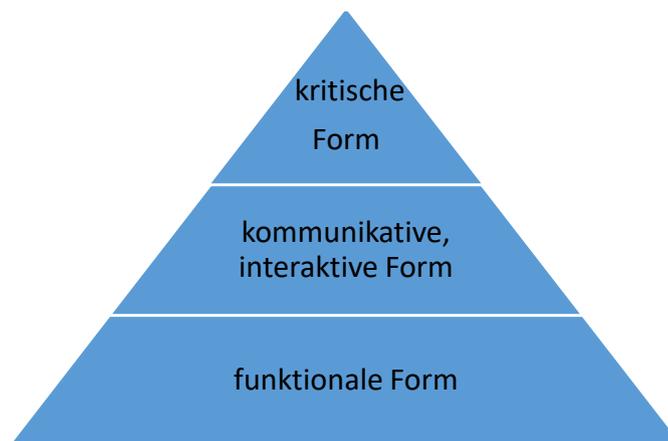


Abbildung 9: Stufenmodell der GK nach Nutbeam (2000) (Soellner, et al., 2009, S. 107)

Die **funktionale GK** bildet das Fundament, da sogenannte „Basisfähigkeiten“ für den Alltag ausreichend vorhanden sein müssen, was dem ursprünglich klinischen Ansatz der HL entspricht. Als Beispiele können das Lesen und Verstehen von Medikamentenanleitungen und gesundheitlichen Informationen der Medien oder die gesundheitsbezogene Wissensaneignung angeführt werden.

Bei der **interaktiven GK** steht der interaktive Austausch mit anderen im Zentrum, also die Aufnahme und Weitergabe an Informationen über gesundheitliche Themen und die flexible Anwendung im Alltag. Dies kommt im Austausch mit Fachkundigen wie der Ärzteschaft, aber auch mit Gleichgesinnten zu tragen.

Die **kritische GK** geht noch einen Schritt weiter, indem sie die kritische Analyse von gesundheitsbezogenen Aussagen für eine selbstbewusstere Lebensgestaltung umfasst.

Nun sollte ein kritischer Umgang mit dem Gesundheitssystem und Angeboten dessen möglich sein (Abel & Sommerhalder, 2015, S. 924; Soellner, et al., 2009, S. 107f).

2.3.4.1.2 Stufenmodell von Sørensen et al. (2012) nach Pelikan (2015)

Ein weiteres Stufenmodell stellt jenes von Sørensen et al. (2012) dar (Sørensen, et al., 2012, S. 9), das von Pelikan (2015) ins Deutsche übersetzt wurde und ebenfalls von der WHO verwendet wird (Kickbusch, Pelikan, Apfel, & Tsouros, 2013). Es wurde aus einer systematischen Literaturrecherche gewonnen. Damit können Interventionen und Messungen der HL initiiert und validiert werden (Kickbusch, et al., 2015).

Dieses Modell („integrated model of health literacy“, wie es Sørensen bezeichnet) besteht wie bei Nutbeam (2000) aus aufeinander aufbauenden Stufen. Anstatt drei sind es nun vier Stufen. Gesundheitliche Informationen müssen gefunden, verstanden, bewertet und angewandt werden, was die Kernkompetenzen der GK darstellen. Im ursprünglich klinischen Ansatz der HL würde sich diese auf die ersten beiden Stufen beschränken. Für derartige Handlungen sind emotionale bzw. motivationale und beurteilende Facetten einer GK wichtig (Pelikan, 2015, S.176f, Sørensen, et al., 2012, S. 8f).

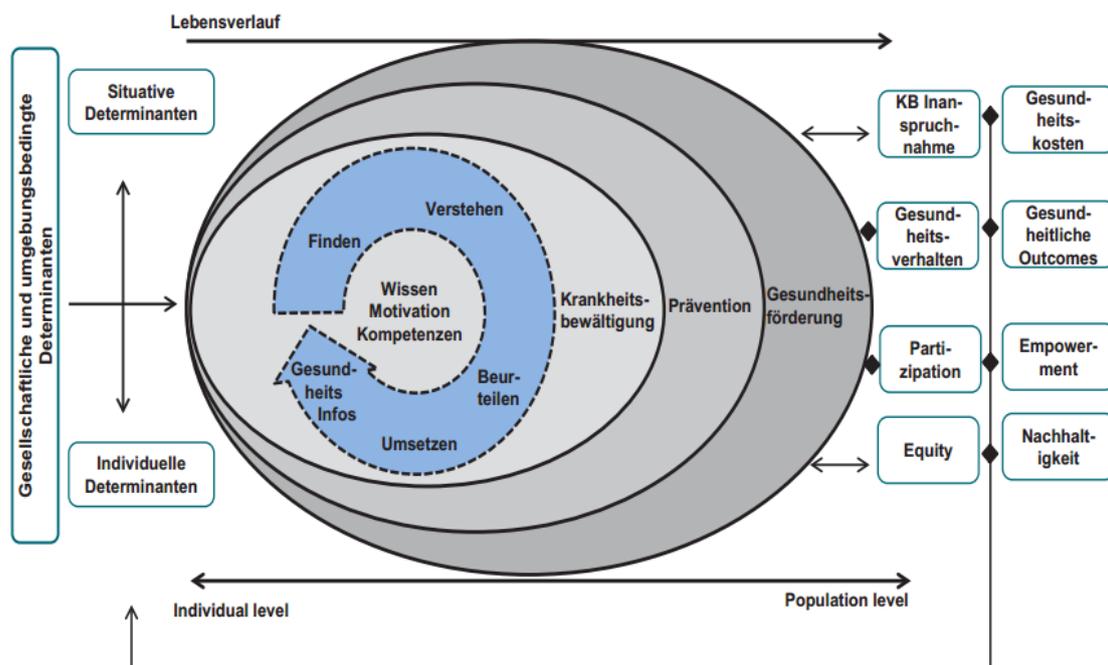


Abbildung 10: Konzeptuelles Modell der GK nach Sørensen, et al. (2012) modifiziert von Pelikan (2015, S. 176)

Linkerhand der Abbildung 10 wird abgebildet, dass GK in allen alltagsrelevanten Entscheidungen und Funktionssystemen eine bedeutende Rolle spielt und somit nicht nur von der jeweiligen Situation, sondern auch vom Individuum einerseits in der Patient/innenrolle im Krankheitsbewältigungsbereich, und andererseits auch in jeglichen

Alltagssettings im Präventions- und Gesundheitsförderungsbereich beeinflusst wird. Sørensen nennt als Beispiele für soziale und umweltliche Einflussfaktoren, die Demographie einer Person, Kultur, Sprache, politische Einflüsse oder auch Gesellschaftssysteme. Noch entscheidendere Faktoren für die GK sind die personalen wie Geschlecht, Alter, Rasse, sozioökonomischer Status, Erziehung, Beruf und Einkommen und die situationsabhängigen wie soziale Unterstützung, Familien- und Gleichgesintteneinfluss, Medienkonsum und physische Umwelt (Sørensen, et al., 2012, S. 10). Dies ist notwendig, um sich in spätmodernen Gesellschaften, in denen jede/r selbst Entscheidungen unter sich rasch verändernden Bedingungen treffen muss, ein Leben mit der gewünschten Lebensqualität zu führen (Pelikan, 2015, S. 176f).

Da es vier Kernkompetenzen und drei Anwendungsbereiche gibt, wurde untenstehende Matrix im Zusammenhang mit dem eben beschriebenen Modell entwickelt:

Gesundheitskompetenz = Fähigkeit	Informationen finden	Informationen verstehen	Informationen beurteilen	Informationen anwenden
für Krankheitsbewältigung	1) Informationen über Krankheitsbewältigung finden	2) Informationen über Krankheitsbewältigung verstehen	3) Informationen über Krankheitsbewältigung beurteilen	4) Informationen über Krankheitsbewältigung anwenden
für Prävention	5) Informationen über Prävention finden	6) Informationen über Prävention verstehen	7) Informationen über Prävention beurteilen	8) Informationen über Prävention anwenden
für Gesundheitsförderung	9) Informationen über Gesundheitsförderung finden	10) Informationen über Gesundheitsförderung verstehen	11) Informationen über Gesundheitsförderung beurteilen	12) Informationen über Gesundheitsförderung anwenden

Abbildung 11: Matrix der GK (HL) Messung nach Sørensen, et al. (2012) übersetzt von Pelikan (2015, S. 181)

Diese Matrix wurde als Basis für Messungen der GK wie dem europaweiten HLS-EU-Q (European Health Literacy Survey Questionnaire) verwendet (Pelikan, 2015, S. 181).

2.3.4.2 Strukturmodell der Gesundheitskompetenz

Laut Töpfer und Sygusch ist das aktuellste Strukturmodell jenes von Soellner et al. (2010, S. 109f), die eine mehrstufige Expert/innenbefragung und dazu ein Concept Mapping durchführten. Bei den Expert/innen handelte es sich um Praktiker/innen sowie Wissenschaftler/innen, die im Gesundheitsbereich und in der Kompetenzforschung tätig

sind. Aufgrund der Strukturierung ihrer Aussagen – insgesamt wurden 382 Einzelaussagen ausgewertet – ergaben sich folgende Cluster:

- (1) die Fähigkeit zu Selbstregulation und Selbstdisziplin
- (2) die Fähigkeit zur Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse und Gefühle sowie ein hohes Körperbewusstsein
- (3) die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit
- (4) gesundheitsbezogene Grundfertigkeiten, insbesondere die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Texte lesen und verstehen zu können (literacy) und gesundheitsrelevante mathematische Aufgabenstellungen lösen zu können (numeracy)
- (5) die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen angemessen interpretieren und nutzen zu können, wozu auch ein bestimmtes Maß an medizinisch-biologischem Grundwissen nötig ist
- (6) die Fähigkeit, sich gesundheitsrelevante Informationen beschaffen zu können;
- (7) die Fähigkeit, innerhalb des Gesundheitssystems navigieren und handeln zu können sowie über das dazu notwendige Systemwissen zu verfügen
- (8) die Fähigkeit zur Kommunikation und Kooperation bezüglich gesundheitsrelevanter Inhalte
- (9) förderliche Persönlichkeitseigenschaften

(Soellner, et al., 2010, S. 109f; Lenartz, 2012, S. 77)

Obenstehende Kategorien werden anhand von Persönlichkeitsbeschreibungen von Expert/innen folgendermaßen beschrieben:

ad (1): Wenn diese Kategorie bei Personen ausgeprägt ist, so sind sie diszipliniert, können ihre Impulse und Bedürfnisse kontrollieren und können Belohnungen aufschieben. Durch ihre ausgeprägte Selbstregulation können sie sich entspannen und ihre Erwartungen herabschrauben, um sich selbst zu schützen. Diese Personen verlassen sich auf sich selbst und ihre Einschätzungen, sorgen sich geduldig um ihre Gesundheit und können mit Stress und Enttäuschungen umgehen.

ad (2): „Eine gut ausgeprägte Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und das Wissen über innere Prozesse, eigene Wünsche, Bedürfnisse und Ziele unterstützt das Gelingen selbstregulatorischer Prozesse.“ (Kuhl, 2001, 2010; Brown & Ryan, 2004, zit. n. Lenartz, 2012, S. 78f). Jene Personen besitzen unter anderem ein hohes Körperbewusstsein und können mit ihren Bedürfnissen und Gefühlen gekonnt umgehen. Außerdem wissen sie, dass die physische und psychische Gesundheit eines Menschen nie getrennt voneinander betrachtet werden dürfen (Lenartz, 2012, S. 79).

Der *Cluster (3)* repräsentiert den motivationalen Teil der GK, da der Person bewusst werden muss, dass sie sich aktiv um ihre Gesundheit kümmern muss und Gesundheit als Lebensziel versteht. *Cluster (4)* repräsentiert den Teil der grundlegenden Fähigkeiten und Fertigkeiten, was den Kern des klinischen Ansatzes darstellt. Gesundheitskompetente Personen können sich über Gesundheitsdienstleistern, Medien, Internet oder anderen Informationsquellen nötige Erklärungen suchen (*Cluster (6)*), diese „sachbezogen erfassen und in ihr eigenes Verständnis integrieren“ (*Cluster (5)*) (Lenartz, 2012, S. 82) und mit ihrem Wissen über das Gesundheitssystem ihre Möglichkeiten und Rechte dementsprechend nutzen (*Cluster (7)*).

ad (9): Folgende Persönlichkeitsmerkmale wurden von Expert/innen als gesundheitskompetenzförderlich angesehen: Selbstvertrauen, Gelassenheit, Optimismus, gute Problemlösefähigkeit, Beharrlichkeit, Ausdauer, Eigeninitiative ergreifen, Selbstbewusstsein, Toleranz, Neugierde und Offenheit.

(Soellner, et al., 2010, S. 109f, Lenartz, 2012, S. 76ff)

Aus diesen Clustern wurde untenstehende Abbildung entwickelt, wobei die Handlungskompetenz mit dem Trias *Wissen, Können und Wollen* von Klieme und Hartig (2007) verglichen werden kann (Klieme & Hartig, 2007; Töpfer & Sygusch, 2014).

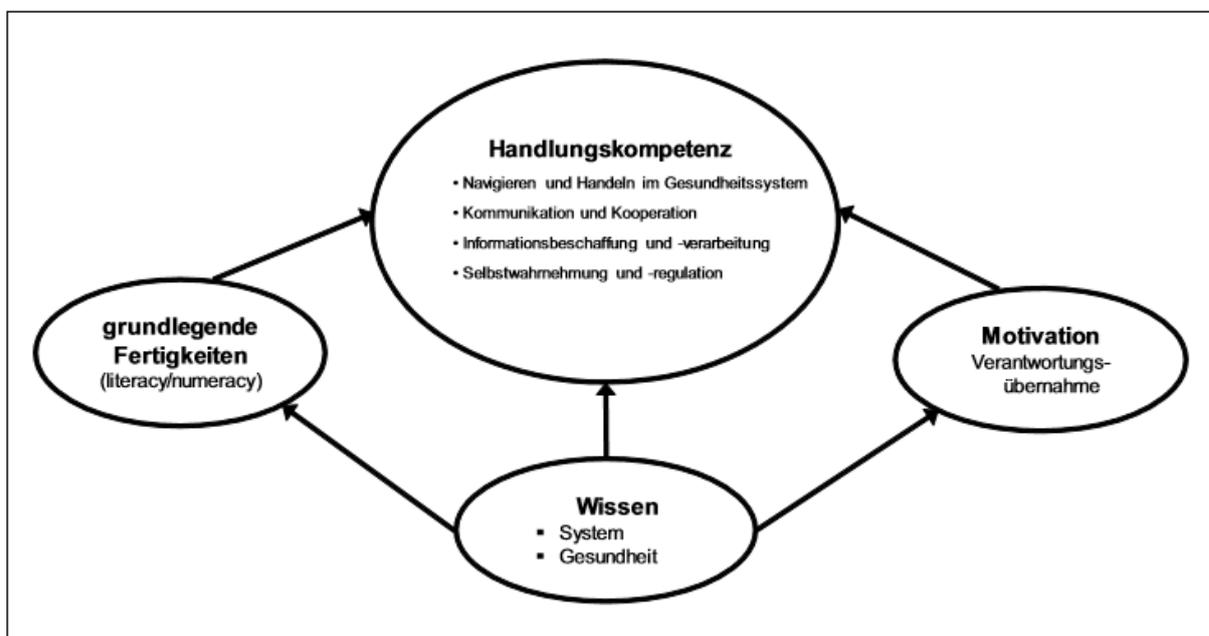


Abbildung 12: Strukturmodell der GK nach Soellner, et al. (2010, S. 110)

Dieses Modell für die GK im Sinne des Public-Health-Ansatzes ist situationsunabhängig und umfasst alle Fähigkeiten und Fertigkeiten, sozusagen alle Facetten der GK auf unterschiedlichen Niveaus und gilt somit als Erweiterung der bisherigen Modelle. Gefahr dabei ist, dass kontextgebundene Probleme durch die sehr allgemeine Formulierung

schwieriger zu lösen sind (Weinert, 2001, S. 2436). Deshalb sollten daraus zukünftig kontextgebundene Untermodelle erstellt werden (Soellner, et al., 2010, S. 112; Töpfer & Sygusch, 2014, S. 167f).

2.3.5 Operationalisierung der Gesundheitskompetenz

Die Messung der GK fand bislang auf sehr unterschiedliche Arten (siehe Punkt 1.2.1) und auf Basis unterschiedlicher theoretischer Prinzipien statt, was den Vergleich der GK schwierig gestaltet (Okan, et al., 2015, S. 933).

Pelikan (2015, S. 179f) unterscheidet folgende drei Arten, um die GK zu messen:

Testinstrumente

Zuerst wurden „objektive“ Tests kreiert, um gesundheitsbezogenes Wissen und Fähigkeiten von der Bevölkerung zu messen. Es werden beispielsweise medizinische Fachbegriffe abgefragt oder das Verständnis von schriftlichen gesundheitsbezogenen Informationen geprüft. Die Objektivität ist durch kulturelle Voreingenommenheiten und Erwartungen eingeschränkt. Beispiele dafür wären Tests wie REALM oder TOFHLA (ebda.).

Selbsteinschätzungsinstrumente

Um der Selektivität der ersten Messart entgegenzuwirken wurden Messinstrumente zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Selbsteinschätzung auf der Basis einer mehrdimensional definierten GK generiert. Z.B. sollen Personen ihre eigenen gesundheitlichen Fähigkeiten in bestimmten Situationen, die dem Konzept der GK zugeordnet sind, auf einer Ratingskala einschätzen (ebda.). Ein Beispiel dafür wäre der HLS-EU-Q (Sørensen, et al., 2012), welcher in gekürzter Form bei der Forschung der vorliegenden Arbeit verwendet wird. Kritisch zu betrachten ist hierbei jedoch, dass es *subjektive* Einschätzungen sind.

Kombination der ersten beiden

Nur wenige Instrumente kombinieren Test- und Selbsteinschätzungsmethoden bei denen Situationen und Kontexte und die dabei verwendeten Materialien wie Medikamentenanleitungen durch Expert/innen oder Patient/innen hinsichtlich ihrer Anforderungen an die GK eingeschätzt werden. Beispielsweise wird gemessen, welche sprachlichen oder schulischen Erfordernisse bei Personen vorhanden sein müssen, um einen Medikamentenbeipackzettel zu lesen und zu verstehen (Abel & Sommerhalder, 2015, S. 926; Pelikan, 2015, S. 179f). Ebenso die in dieser Arbeit verwendete HBSC-Studie (Felder-Puig, et al., 2019) bzw. die HLSAC-Studie (Paakkari, Torppa, Kannas, & Paakkari, 2016) würde dieser Messart zugeteilt werden.

Weiters können Messungen nicht nur wie eben nach ihrem Messansatz unterschieden werden, sondern ebenfalls nach ihrer Reichweite (klinischer Kontext oder alltagsrelevante GK) oder ihrem inhaltlichen Schwerpunkt (generische oder spezifische GK) (Abel & Sommerhalder, 2015, S. 926f).

Wenn nach inhaltlicher Ausrichtung unterschieden wird, könnte im Zusammenhang mit der GK im Bereich der Sportwissenschaft die BK der Menschen untersucht werden (Abel & Sommerhalder, 2015, S. 926). Demzufolge wurde in der existenten Arbeit ebenso die BK berücksichtigt.

2.3.6 Ziele der Gesundheitskompetenz

Bevor nun weiter auf die BK eingegangen wird, werden die Ziele der GK zusammengefasst:

- Die Gesundheit der Menschen und ihre Verhaltensweisen sollen verbessert werden.
- Eine gestärkte GK sollte aufgrund ausgeprägter gesundheitsbezogenen Entscheidungs- und Handlungskompetenzen mit mehr gesellschaftlicher Teilhabe und *Empowerment* (siehe Punkt 2.5.2.3) einhergehen.
- Die soziale Ungleichheit, die aus einer gesundheitlichen Ungleichheit resultiert, soll durch die Stärkung der GK der Bevölkerung reduziert werden und ist daher ein Kernkonzept der Gesundheitsförderung.
- Die Krankenbehandlung und Nutzung des Gesundheits- und Krankensystems soll effizienter in Anspruch genommen werden können.
- Demzufolge sollten Kosten im Gesundheits- und Krankensystem eingespart werden.

(Sørensen, et al., 2012; Pelikan, 2015)

Dass die Förderung der GK Einzug in den Sportunterricht finden soll, heben unter anderem Töpfer und Sygusch (2014) in ihrem Modellentwurf der sportbezogenen GK auf. Ebenso wird dies vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung im Zusammenhang mit den Unterrichtsprinzipien und der Gesundheitsbildung der Schüler/innen betont und erläutert. GK stellt somit eine zu fördernde Lebenskompetenz der Schüler/innen dar (BMBWF, 2019a). Im neuen semestrierten Lehrplan von BuS lässt sich der Begriff „Gesundheitskompetenz“ nicht wiederfinden, jedoch wird bei der Bildungs- und Lehraufgabe für alle Schulstufen die Fähigkeit, die „Bedeutung von Bewegung und Sport für die Gesundheit und das persönliche Wohlbefinden erkennen [zu] können“ (BMBWF, 2016, S. 1) hervorgehoben. Zudem wird bei den Bildungsbereichen betont, dass, die Schule als ein gesundheits- und bewegungsfördernder Lebensort, die Aufgabe hat, den Schüler/innen mit dem Ziel der Verbesserung des Wohlbefindes (psychisch und physisch)

die Korrelationen zwischen körperlicher Aktivität und Lernleistung sowie Ernährung näher zu bringen. Dies zielt schließlich auf die Förderung der GK ab (BMBWF, 2016, S. 2f).

Damit nicht nur Kompetenzen hinsichtlich der Gesundheit im Zusammenhang mit Schule thematisiert werden, sondern auch jene in Bezug auf die Bewegung, folgen nun Erläuterungen zur BK und einer bewegungs- bzw. sportbezogenen GK.

2.4 Bewegungskompetenz bzw. Physical Literacy

Da die BK bei der inhaltlichen Differenzierung der GK im Bereich der Sportwissenschaft betrachtet werden kann (Abel & Sommerhalder, 2015), wurde diese ebenso im Rahmen dieser Masterarbeit hinsichtlich ihrer Definition, Konzeptualisierung und Modelle dazu untersucht und ein Teil bei der empirischen Erhebung inkludiert.

2.4.1 Begriffsentwicklung und Definition

Der Begriff PL, der im englischsprachigen Raum verwendet wird, stellt einen jungen Begriff dar, der seit den 2000er Jahren immer mehr erforscht wird. Er wurde aufgrund von Studienergebnissen zur Vernachlässigung der körperlichen und philosophischen Dimensionen des Menschen von Margaret Whitehead ins Leben gerufen. Whitehead, die mehr als ein Jahrzehnt PL untersuchte (Lundvall, 2015, S. 114), definierte PL folgendermaßen: „As appropriate to each individual, physical literacy can be described as the *motivation, confidence, physical competence, knowledge and understanding* to maintain physical activity throughout the lifecourse“ (Whitehead, S. 9). Diese Definition wurde von ihr geändert auf „... understanding to *value and take responsibility for engaging in physical activities for life.*“ (Whitehead, 2019, S. 8), da hervorgehoben werden sollte, dass das Individuum für einen aktiven Lebensstil die körperliche Aktivität schätzt und diese selbstmotiviert durchführt. Somit hat die aktuelle Definition zwei Bestreben: Einerseits sollten *alle* Menschen lebenslang körperlich aktiv sein, dies schätzen und Verantwortung dafür übernehmen. Andererseits beinhaltet sie ebenso Aspekte unter welchen körperliche Aktivität ein Leben lang nachgegangen werden kann – Motivation, Selbstvertrauen, BK, Wissen und Verständnis (Whitehead, 2019, S. 8f).

Demzufolge wird im englischen Sprachraum ein Unterschied zwischen „physical literacy“ und „physical competence“ gezogen, da der zweite Begriff Teil des ersten ist. Im deutschsprachigen Raum setzte sich für den Begriff PL die deutsche Bezeichnung BK durch (Deutsches Register Klinischer Studien, 2018; ÖPGK, 2018d), obwohl Whitehead den Terminus „movement literacy“ ablehnt (Whitehead, 2019, S. 9). PubMed findet 1771 Einträge zur PL¹², aber keinen zur BK¹³ (Stand 28. Februar 2020). Infolgedessen werden PL und BK ebenso in der existenten Arbeit als Synonyme verwendet. Je nachdem, ob die Quelle englischer oder deutscher Natur ist, wird von PL oder BK gesprochen.

¹² <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=physical+literacy>, abgerufen am 27. Februar 2020

¹³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=bewegungskompetenz>, abgerufen am 27. Februar 2020

Lundvall (2013) betont wie Whitehead, dass PL die Antwort auf die unzureichende Erfahrung philosophischer Ideen im Sportunterricht ist (Lundvall, 2015, S. 114). Ebenso hebt dies Klafki in seinem Artikel „Bewegungskompetenz als Bildungsdimension“ (2005) hervor, indem er erläutert, dass Sportunterricht mehr als die Fixierung von Leistungen und konkurrierenden Individuen bzw. Teams und somit Leistungsvergleichen ist. Dies sei nur *eine* Form der Bewegungsbildung. Aus bildungstheoretischer und pädagogischer Sicht müssen nicht konkurrierende Bewegungsspiele, Formen der Gymnastik, Tanz oder ähnliches als gleichberechtigt betrachtet werden. Weiters müssen Schüler/innen mit Erfahrungen der Natur und Kultur aus sportlicher Sicht in Beziehung treten. Als Beispiel nennt Klafki dabei einen Schwimmer/eine Schwimmerin im Meer, der/die bei dieser sportlichen Handlung die Temperatur und Zugkräfte des Wassers oder mögliche Wellengänge spürt. Alle bewegungstreibenden Personen – vom spielenden Kind bis zum/r Seniorensportler/in sowie Leistungssportler/innen oder Personen mit körperlichen Einschränkungen – gestalten somit Ich-Welt-Bezüge, anhand deren sie Rückmeldungen über ihre Bewegungen erfahren (Klafki, 2005, S. 20). Dazu betont Klafki: „Bildung vollzieht sich in der Begegnung, in der Auseinandersetzung, im Zusammenspiel, in der Wechselwirkung von Mensch und Welt.“ (Klafki, 2005, S. 21).

Des Weiteren führt Whitehead aus, dass PL eine affektive, kognitive und physische Domäne beinhaltet. Jedes Individuum konstituiert sich unterschiedlich aus diesen drei Bereichen. Darüber hinaus erläutert sie Merkmale der drei Domänen, die sich als Ansatzpunkt für pädagogische und zielorientierte Interventionen erweisen können. Whitehead spricht von sogenannten „attributes“ über die eine Person mit hoher PL verfügen soll (Whitehead, 2019, S. 12). Diese können wie in Tabelle 1 dargestellt werden.

Tabelle 1: Übersicht der Domänen und Attribute der PL (Whitehead, 2019, S. 12)

Domäne	Attribute	vereinfachte Attribute
affektiv	Die Motivation, aktiv zu sein und diese Aktivität aufrecht zu erhalten. → Interesse, Enthusiasmus	in physischen Aktivitäten teilnehmen wollen
	Die Sicherheit, dass beim Erlernen neuer Aktivitäten Fortschritte erreicht werden und dass sich die Bemühungen auszahlen.	Individuum beweist Selbstsicherheit bei der Ausübung körperlicher Aktivitäten
affektiv und kognitiv	Die Selbstsicherheit und das Selbstwertgefühl, Verantwortung für ein aktives Leben zu übernehmen.	Selbstbewusstsein, einen aktiven Lebensstil zu planen und zu leben
kognitiv	Die Fähigkeit, wichtige Einflussfaktoren für die Effektivität der Bewegungsqualität zu identifizieren und zu kommunizieren.	verschiedene körperliche Aktivitäten hinsichtlich ihrer Durchführung verbessern können
	Die Prinzipien eines ganzheitlichen Körperkonzeptes hinsichtlich eines erfüllten und ausbalancierten Lebensstil verstehen.	wissen, wie körperliche Aktivität das Wohlbefinden verbessern kann
physisch	Die Bewegungen können ökonomisch und effektiv in verschiedenen Situationen durchgeführt werden.	sich bei verschiedenen körperlichen Aktivitäten effizient und effektiv bewegen
	Die physische Umwelt und all ihre Aspekte sollen sensitiv und bewusst wahrgenommen, um angemessen mit Kreativität und Fantasie zu reagieren.	Person erkennt bewusst Bewegungsbedürfnisse und -möglichkeiten in unterschiedlichen körperlichen Aktivitäten → Körperbewusstsein haben
	Die Fähigkeit, physische Aktivitäten alleine oder mit anderen, sowohl in kooperativen als auch in konkurrierenden Situationen durchzuführen.	sich in verschiedenen körperlichen Aktivitäten alleine oder mit anderen bewegen zu können

Diese Ausführungen von Whitehead zu einer ganzheitlichen PL schließen eindimensionale Definitionen, die PL nur als Bewegungsfähigkeiten deklariert, aus.

Schließlich kann festgehalten werden, dass sich im deutschsprachigen Raum folgende Definition der BK etablierte: „Bewegungskompetenz ist die Fähigkeit, die eigene Bewegung zu nutzen, um Herausforderungen motorischer, kognitiver oder sozialer Natur über Bewegung zu lösen und Situationen optimal zu gestalten.“ (Traulsen, 2000, zit. n. WIKIPEDIA, 2019; Kaufmann, 2007). Somit geht es nicht darum, in einem Bewegungssetting eine gewisse Übung erfolgreich auszuführen, also um eine bestimmte Bewegungsfähigkeit oder einer gewissen Bewegungsleistung, sondern mehr darüber, die Herausforderungen körperlicher Natur von seinen eigenen Ressourcen aus zu meistern, um die Körpererfahrung positiv zu beeinflussen, wie bereits Klafki in seinem Artikel betonte (WIKIPEDIA, 2019; Klafki, 2005). Körpererfahrung bezeichnet nach Bielefeld alle Erfahrungen in Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, die im Laufe des Lebens gemacht werden. Somit hängt Körpererfahrung auch eng mit der Verbesserung der BK zusammen (Bielefeld, 1991).

2.4.2 Modelle der bewegungs- und sportbezogenen Gesundheitskompetenz

Im deutschsprachigen Raum wurden zwei Modelle hinsichtlich der Kombination von BuS und der GK gefunden.

2.4.2.1 Modell der bewegungsbezogenen GK

Bei diesem Modell wurden aufgrund eines empirischen Erhebungsverfahrens, in dem Rehapatient/innen und Hochleistungssportler/innen anhand eines Online-Fragebogens befragt wurden, Teilkompetenzen der GK identifiziert.

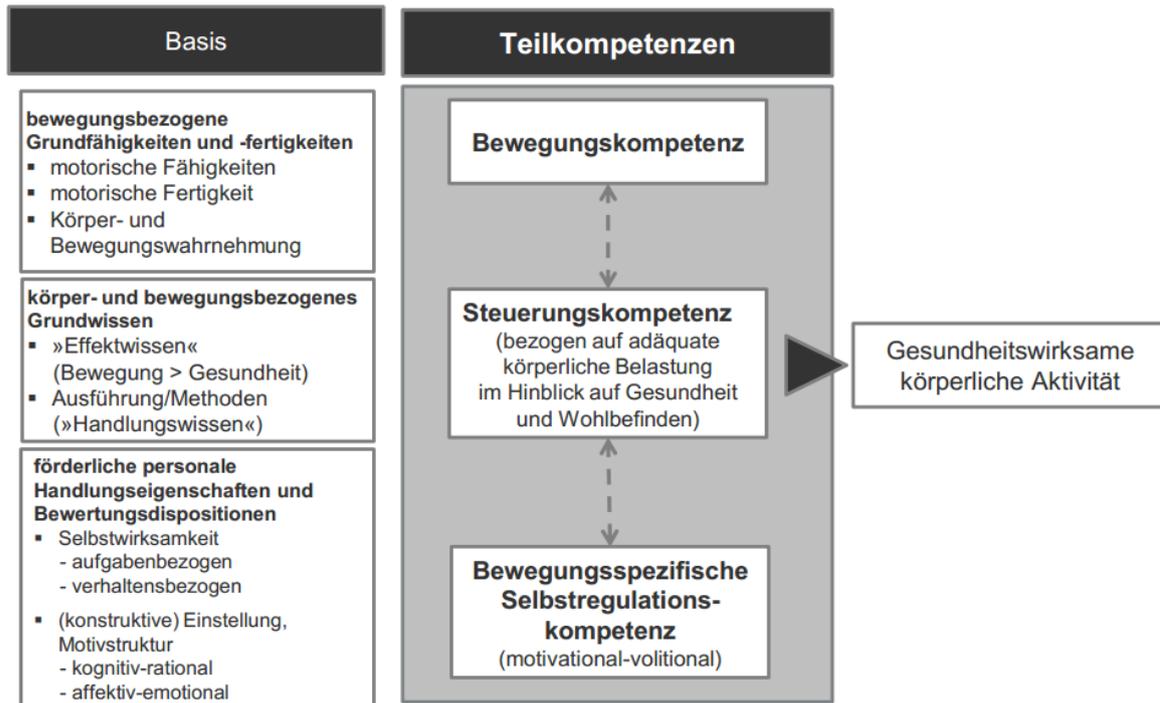


Abbildung 13: Modell der bewegungsbezogenen GK (Sudeck & Pfeifer, 2016, S. 36)

Das Modell wurde vorrangig ausgehend von den Arbeiten Lenartz' zur GK und Selbstregulation entworfen (Lenartz, 2012; Sudeck & Pfeifer, 2016). Der erste Kasten auf der linken Seite der Abbildung 13 stellt vorwiegend den ursprünglichen Ansatz der HL dar. Jener links unten bezieht sich vorrangig auf Ansätze der GF. Zentral ist die zweite Spalte der Teilkompetenzen:

1) Bewegungskompetenz

Sudeck und Pfeifer (2016) beziehen die BK auf die unmittelbaren körperlichen Anforderungen, die im Wesentlichen wegen grundlegender Bewegungsfähigkeiten und -fertigkeiten bewältigt werden. Aktivitäten im Gesundheitsbereich, wie Walken, Radfahren oder Gymnastik, aber ebenso jene im Alltag sind in dieser Kategorie inbegriffen.

2) Steuerungskompetenz

Aufgrund der Steuerungskompetenz sollten Bewegungen zielgerichtet und belastungstechnisch angemessen bezüglich des Wohlbefindens und der Gesundheit ausgeführt werden. Es gehe darum, „inwieweit trainingspezifisches Handlungs- und Effektwissen zielgerichtet und situationsangemessen angewendet und für eine gesundheitswirksame Aktivitätsgestaltung genutzt werden“ (Sudeck & Pfeifer, 2016). Dazu sind die Wahrnehmung von Körpersignalen und eine dementsprechende Belastungskontrolle und -steuerung sowie Befindensregulation unerlässlich.

Selbststeuerung umfasst sehr viele willentliche Mechanismen einer Person, die aufgrund einer dementsprechenden Verhaltenskontrolle und psychischen Regulation, z.B. der Emotionen, dazu führen, dass die Ziele auch gegen innere und äußere Widerstände umgesetzt werden (Biebrich & Kuhl, 2002; Kuhl, 2001).

3) Bewegungsspezifische Selbstregulationskompetenz

Dazu zählen die motivationalen und volitionalen Aspekte, damit gesundheitsbezogene körperliche Aktivität regelmäßig ausgeführt und in den Alltag integriert wird (Sudeck & Pfeifer, 2016).

Für eine kompetente Bewegungskompetenz sind somit nicht nur gute motorische Voraussetzungen sowie ein gewisses Maß an Selbstvertrauen nötig, sondern auch der Wille und die Motivation der Person. Als Beispiel könnte angeführt werden, dass Ängste eine erfolgreiche Bewegungskompetenz negativ beeinflussen können (Whitehead, 2019, S. 9). Personen mit einer gut ausgeprägten Steuerungskompetenz in Kombination mit einer dementsprechend guten Selbstregulationskompetenz können beispielsweise Vorschläge für das Ausmaß der physischen Aktivität zur Förderung der Gesundheit kritisch bewerten und abschätzen, wie gut dies für ihre persönliche Gesundheit sowie demzufolge ihr Wohlbefinden ist. Dazu müssen sie sich bezüglich ihrer eigenen Motive zur Bewegungskompetenz bewusst sein. Diese sollten für eine erfolgreiche regelmäßige sportliche Aktivität mit den individuellen Zielen einhergehen, was im günstigsten Fall die intrinsische Motivation bei der Sportausübung ist (Sudeck & Pfeifer, 2016).

Dieses Modell und dessen Fragebogen zur Befindensregulation (BR), Steuerungskompetenz für körperliches Training (SKT) und Selbstkontrolle für die Verhaltensumsetzung (SEKO) wurden unter anderem als Ausgangspunkt für die Erhebung der bewegungsbezogenen GK im Rahmen dieser Masterarbeit verwendet. Die SKT und die BR würden der Steuerungskompetenz und die SEKO der Selbstregulationskompetenz zugeordnet werden.

2.4.2.2 Modell der sportbezogenen GK

Bei diesem Modell steht die GK im Zusammenhang mit Sport ausgehend vom Sportunterricht im Mittelpunkt. Der Modellentwurf stammt von Töpfer und Sygusch (2014), die versuchten, die verschiedenen Ansätze aus der Sportpädagogik (Handlungsfähigkeit und mehrperspektivistischer Sportunterricht), der Bildungsdiskussion (Kompetenzbegriff von Weinert – Fokussierung auf die Handlungskompetenz) und der Gesundheitswissenschaft (ganzheitliche GK) in ein Konzept zu vereinen (Töpfer & Sygusch, 2014, S. 159f).

Demzufolge entwickelten sie ausgehend vom Kompetenzbegriff nach Weinert mit dem Trias *Wissen*, *Können* und *Wollen* eine Definition der GK im Sportunterricht im Sinne eines Public-Health-Ansatzes: „Sportbezogene GK umfasst jene Gesamtheit von Wissen, Können und Wollen, über die ein Schüler verfügen muss, um im Sport so handeln zu können, dass es sich positiv auf die Gesundheit auswirkt.“ (Töpfer & Sygusch, 2014, S. 169). Ihre erfasste sportbezogene GK als Handlungskompetenz lässt sich demnach in Abbildung 14 festhalten.



Abbildung 14: wichtige Teilbereiche der sportbezogenen GK nach Töpfer und Sygusch (2014, S. 170)

Der Teilbereich „Wissen“ behandelt einerseits, *wie* die Sportaktivität ausgeübt werden muss (Handlungswissen) sowie andererseits *welche* Auswirkungen diese Aktivität auf den Körper hat (Effektwissen). Auch Schüler/innen sollten wissen, wie und warum es ratsam ist, Sport gesundheitswirksam zu betreiben. Demzufolge ist von ihnen ein bestimmtes Maß an *Können* von motorischen Fertigkeiten und Fähigkeiten, als auch bezüglich der Selbstwahrnehmung im Sinne des Konzeptes der Körpererfahrung, der Deutung dieser Wahrnehmungen und schließlich der Selbstregulation als Steigerung des persönlichen Wohlbefindens nötig. Z.B. ein aktuelles Befinden wie einen hohen Pulsschlag wahrzunehmen, diesen nach möglichen Gründen zu hinterfragen und eine entsprechende Handlung wie eine Pause zu initiieren. Ohne Zweifel muss dazu eine bestimmte Bereitschaft (das *Wollen*) an den Tag gelegt werden, dass BuS beispielsweise

gesundheitsbezogen angesehen wird (Töpfer & Sygusch, 2014, S. 170f). In der Definition von Weinert wird dies mit „motivationalen und volitionalen Bereitschaften und Fähigkeiten“ ausgedrückt (Weinert, F.E., 2001, S. 27).

2.4.3 Operationalisierung der Bewegungskompetenz bzw. Physical Literacy

Wenn über die Grenzen von Österreich hinausgeblickt wird, so lassen sich internationale Forschungen zur PL anführen, wobei Whitehead betont, dass jedes Land seine eigenen Vorlieben hat und somit keine einheitlichen Assessments vorliegen, aber der Hauptkontext jener der Schule ist (Whitehead, 2019, S. 87). Im Besonderen Kanada ist bei der Forschung sehr aktiv. Whitehead führt in ihrem Werk fünf Messmethoden der PL an: drei aus Kanada, eine aus den USA (Society of Health and Physical Educators America - SHAPE America) und eine aus Australien (Australian Physical Literacy Standard and charting progress) (Whitehead, 2019, S. 132ff), wobei exemplarisch die drei kanadischen mit ausgewählten Evaluationsstudien an dieser Stelle erläutert werden:

Canadian Assessment of Physical Literacy (CAPL)

In Kanada wurde 2007 das CAPL für 8- bis 12-Jährige entworfen. Sie untersuchten die vier Domänen: Motivation und Selbstbewusstsein (affektiv), physische Kompetenz (körperlich), Wissen und Verständnis (kognitiv) und das Ausmaß der körperlichen Aktivität (Verhalten). Die physische Domäne wurde mit bestimmten Übungen, die eine Kombination von Schnelligkeit und Geschicklichkeit erforderten, getestet. Es gab drei Ebenen: fundamentale Übungen wie Springen, kombinierte wie Gleichgewicht und Rumpfstabilität und komplexe wie Hand-Augen-Koordination. Der Umfang der physischen Aktivität wurde mit Messungen dieser (Schrittzähler) und Antworten zur selbstberichteten Aktivitäts- und Sitzzeit eruiert. Die anderen beiden wurden mit Fragebogen und Wissenstests beforscht. Schließlich wurde für jedes Kind ein Prozessprotokoll geführt (Longmuir, et al., 2015; Whitehead, 2019).

Passport for Life (PFL)

Dieses Messinstrument wurde für die Eruerung der PL von Schüler/innen und Sportpädagog/innen im Kontext des Unterrichtsfaches BuS erstellt. Wiederum werden vier Domänen erhoben:



Abbildung 15: vier Erhebungsbereiche des PFL- Assessment PL (Physical & Health Education Canada, 2020)

Die oberen beiden werden anhand von Fragebögen erhoben und die unteren beiden mit praktischen Fitness- und Beweglichkeitstests während des Unterrichtsfaches BuS. Geprüft werden dabei spezifische Bewegungsfähigkeiten wie Werfen und Fangen oder koordinative Bewegungskombinationen aus Laufen, Drehen und Rückwärtslaufen, aber auch Gleichgewicht (vor allem das dynamische), Rumpfstabilität und Ausdauer. PFL ist schließlich eine Online-Plattform, wo Schüler/innen und Pädagog/innen einen eigenen Zugangsaccount haben. Dort gibt die Lehrperson die Daten der Schüler/innen ein, die schließlich einen individuellen „Reisepass“ inklusive ihrer selbst eingegebenen Daten über die ersten beiden Domänen erhalten. Die Lehrkraft kann für die weitere Entwicklung und Interventions- sowie Differenzierungsmaßnahmen im Unterricht ebenso einen Klassenbericht erstellen lassen. Das Messinstrument ist jedoch nicht für den Miteinbezug in die Benotung der Schüler/innen gedacht (Physical & Health Education Canada, 2020; Whitehead, 2019, S. 87f).

Lodewyk untersuchte PFL hinsichtlich der Konzeptvalidierung und berichtet, dass die Lehrer/innen sehr positiv über den Einfluss dieses Instrumentes auf den Fortschritt der Schüler/innen gestimmt waren und dass sich die Thematisierung und das Verständnis für PL positiv auf den Unterricht und ihr eigenes Unterrichten auswirkten. Die Unterlagen konnten von den Schüler/innen ohne Missverständnisse ausgefüllt werden. Kritisch wurde die benötigte Zeit für das Ausführen der praktischen Tests betrachtet. Um dem entgegenzuwirken sollten zukünftig mehr Videoberichte zum Einsatz kommen. Lodewyk kam zu dem Entschluss, dass PFL ein sehr praktikables Messinstrument für eine ganzheitlich definierte PL ist (Lodewyk, 2019).

Physical Literacy Assessment for Youth (PLAY)

Dieses seit 2013 eingesetzte Erhebungsinstrument wurde kreiert, um die PL der Bevölkerung zu messen und zu verbessern. Es gibt sechs verschiedene Broschüren für unterschiedliche Zielgruppen, die online als Download verfügbar sind: „PLAYfun“, „PLAYbasic“, „PLAYparent“, PLAYcoach, „PLAYself“ und „PLAYinventory“¹⁴ (Whitehead, 2019, S. 89). Derzeit sind auch „PLAY PE teacher“ und „A-PLAY“ für Personen mit speziellen Bedürfnissen in Planung (ebda., S. 89). PLAY umfasst die Bereiche BK, Bewegungsverständnis und Selbstbewusstsein. Cairney et al. (2018) untersuchten PLAYfun bezüglich Geschlechts- und Altersunterschiede (Proband/innen ab sieben Jahre). Es waren wie bei der HBSC-Studie sowie der vorliegenden Forschung kaum Geschlechtsunterschiede, aber eine Zunahme der PL mit steigendem Alter erkennbar. Buben übten jedoch Bewegungsanweisungen mit Einbezug der Hände, Füße und Objekten wie z.B. Bällen signifikant besser aus als Mädchen (Cariney, et al., 2017).

In Deutschland wurde eine Studie mit Expert/inneninterviews zur „Food & Move Literacy“ erstellt, wobei sie anhand dieser „Move Literacy“ wie folgt definierten: Jene „Kompetenzen [..], [um] den existenziell basalen Alltag zwischen Bewegung und Entspannung selbstbestimmt, verantwortungsbewusst und motiviert zu gestalten“ (Johannsen, et al., 2019, S. 278). Dabei lassen sich Parallelen zur BK identifizieren. Anschließend wurde die „Food & Move Literacy“ als die „Kompetenz verstanden, den (existenziell basalen) Ernährungs- und Bewegungsalltag selbstbestimmt, verantwortungsbewusst und gesundheitsfördernd zu gestalten“ (ebda.). Es wurden Kompetenzraster mit dementsprechenden Kriterien erstellt und daraus ein Kompetenzmodell zum Bildungsansatz „Food & Move Literacy“ entwickelt. Dieses empirisch fundierte Konzept zur Verbesserung der Bildungsarbeit ist im Bereich der Erwachsenenbildung und mit dem Fokus auf die Ernährung entwickelt worden (Johannsen, Schlapkohl, & Kaiser, 2019) weshalb es an dieser Stelle nicht weiter erläutert wird.

Im Rahmen des Projektes „Primary Care und Bewegungskompetenz“ der FH Joanneum (siehe Punkt 1.2.2) wurden zur Erhebung der BK qualitative Interviews mit Fragen zum „körperlichen Aktivitätsverhalten“, zur „Motivation zu körperlicher Aktivität“, zur „Haltung in Bezug auf einen aktiven Lebensstil“, zum „Wissen über körperliche Aktivität“ und zur Kategorie „Selbstbewusstsein und – wirksamkeit in Bezug auf körperliche Aktivität“ durchgeführt (Tuttner & Amort, 2017).

¹⁴ <https://physicalliteracy.ca/play-tools/>, abgerufen am 07.04.2020

2.5 Gesundheitsförderung (GF)

Da laut dem BMBWF (2018b) das Resultat der „Bildungs- und Kommunikationsmaßnahmen in der Gesundheitsförderung“ (BMBWF, 2018b) die GK (siehe Punkt 2.3) sein soll, wird im Folgenden ebenso die GF vorwiegend im österreichischen Kontext erläutert.

Es existiert bereits umfassende Literatur zur GF an Schulen. Hierbei können folgende Themen exemplarisch von der Website GIVE angeführt werden:

- BuS: Z.B., dass Schüler/innen lernen, sich mehr im Alltag zu bewegen.
- Ernährung im schulischen Umfeld
- Kommunikation und Konfliktbewältigung
- Gesundheit der Schüler/innen wie die Begriffbestimmung von Gesundheit und ein Angebot an Aktivitäten dazu
- Förderung des Selbstwerts der Schüler/innen
- Suchtprävention¹⁵

Dabei wird jedoch im deutschsprachigen Raum die GK kaum explizit hervorgehoben oder Modelle zur Förderung dieser vorgeschlagen (Ghanbari, et al., 2016).

2.5.1 Begriffsbestimmung und Definition

Dieser Begriff wird sehr häufig ohne eine genaue Klärung über dessen Aspekte verwendet. Demzufolge gibt es wiederum in der Literatur verschiedenste Ansätze und breit gefasste Definitionen (Naidoo & Wills, 2003; Baumgarten & Joensson, 2005).

Gemäß der Ottawa-Charta der WHO, die Gesundheit sowie die GF als ein ganzheitliches Konzept betrachtet, wird GF als ein „Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO, 1986c) angesehen. Personen sollen die Gesundheitsdeterminanten besser steuern können und demnach mit einem erhöhten körperlichen, sozialen und psychischen Wohlbefindens ihre Gesundheit aktiv verbessern (FGÖ, Gesundheitsförderung, o.D.). Angesichts der sozialen und ökonomischen Einflussfaktoren auf die Gesundheit ist GF nicht nur eine Aufgabe jedes Individuums, sondern der gesamten Gesellschaft und somit auch der Regierung (Naidoo & Wills, 2003, S. 80). In Österreich findet dies aufgrund des Gesundheitsförderungsgesetzes (GfG), BGBl. Nr. 51/1998) Anwendung. Dieses orientiert sich an den Ausführungen der WHO und beansprucht jährlich ein Budget von 7,25 Millionen Euro (BMSGPK, 2019b). Die GF geht

¹⁵ <http://www.give.or.at/angebote/praxis/>, abgerufen am 11.08.2019

somit über die Prävention von Krankheiten, also der Minimierung von Krankheitsrisiken, hinaus und setzt sich zudem die gesundheitliche Chancengleichheit zum Ziel (BMSGPK, 2019b; Naidoo & Wills, 2003).

Aus dem Lehrbuch der Gesundheitsförderung von Naidoo und Wills (2003) sollten entsprechend der Begriffsbestimmung der WHO folgende Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit getroffen werden:

- Förderung gesunder Lebensweisen
- Förderung des Zugangs zu Gesundheitsdiensten und der Befähigung der Menschen, gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen
- Verbesserung der physischen und sozialen Umwelt für ein gesünderes Leben
- Verbreitung von Wissen über den menschlichen Körper und dessen gesundheitsbezogener Erhaltung

Ursprünglich waren derartige Maßnahmen den Termini *Gesundheitsaufklärung* oder *Gesundheitserziehung* zugeordnet, da diese als Aufgabe der Bildung und Erziehung galten (Naidoo & Wills, 2003, S. 71). Die skizzierten Maßnahmen weisen deutliche Ähnlichkeit mit dem Konzept der GK auf.

Kritisch betrachtet Mitterbauer (2007), dass einerseits ein derartig umfassendes Konzept einen zu hohen Anspruch zur Umsetzung darstellt und andererseits Qualitätskriterien für die GF fehlen und somit Initiativen unter dem Begriff der GF beworben werden (Sie verweist jedoch auf jene der guten, gesunden Schule¹⁶) sowie einheitliche Kriterien für die Messung wie dem Wohlbefinden fehlen. Zudem betont sie, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen hinsichtlich der Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit zu wenig evaluiert und wissenschaftlich belegt sind. Und schließlich, dass keine genaue Abgrenzung der GF zur Prävention, Vorsorge und Krankheitsverhütung stattfindet, was den Nachweis der Wirksamkeit ebenso schwierig gestaltet (Mitterbauer, 2007, S. 140f).

2.5.2 Grundprinzipien und Ansätze der Gesundheitsförderung

Im Rahmen der GF müssen einige grundsätzliche Ansatzpunkte sowie Konzepte dazu berücksichtigt werden. Die Auswahl der nun behandelten Punkte geht aus mehreren Literaturquellen hervor, welche dann bei den entsprechenden Textstellen angeführt wurden.

¹⁶ <https://fgoe.org/qualitaetskriterien>, abgerufen am 27. Februar 2020

2.5.2.1 Settingbegriff

GF ist ein sogenannter „Settingbegriff“, da sich diese in Lebenswelten (Settings) vollzieht. Ein Setting als ein Ort oder eine soziale Gruppe des Alltags der Menschen wäre beispielsweise der Arbeitsplatz, das Wohnumfeld, die Schule oder diverse Freizeiteinrichtungen (FGÖ, 1x1 der Gesundheitsförderung, o.D.). Dort sollten Strukturen und Prozesse verändert werden (Mitterbauer, 2007, S. 143).

2.5.2.2 Gesundheitsförderung als medizinischer Ansatz

Dabei beschränkt sich das Ziel auf die Minimierung von Krankheiten und richtet sich somit an bestimmte Bevölkerungsgruppen. Es sollten medizinische Interventionen verbessert werden. Dabei werden drei Interventionsebenen unterschieden, um die Ausbreitung von Krankheiten zu vermeiden:

- Primäre Prävention: Risikoaufklärung beispielsweise durch Impfungen, damit Krankheiten nicht entstehen
- Sekundäre Prävention: Verhinderung, dass die Krankheit fortschreitet wie etwa durch Vorsorgeuntersuchungen
- Tertiäre Prävention: Vermeidung, dass sich die Krankheit bei bereits erkrankten Patient/innen verschlechtert z.B. durch Rehabilitation (Naidoo & Wills, 2003, S. 90)

Der Ansatz ist populär, weil er strukturiert aufgebaut, von Expert/innen empfohlen, kurzfristig billiger ist und im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens bereits erfolgreiche Resultate erzielt (Naidoo & Wills, 2003, S. 91). In Österreich ist der FGÖ dafür zuständig ¹⁷ (FGÖ, 1x1 der Gesundheitsförderung, o.D.).

Verhaltens- und Verhältnisprävention

Einerseits wollen Fördermaßnahmen im Gesundheitsbereich das Verhalten des Individuums z.B. durch Ernährungsberatung oder bestimmten Bewegungsprogrammen verändern. Andererseits sollten ebenso die Lebensverhältnisse der Menschen wie jene in der Arbeitswelt, der Familie, der Freizeit oder der Umwelt z.B. durch das Rauchverbot in Lokalen oder GF-Programmen am Arbeitsplatz gefördert und so Gesundheitsrisiken vermindert werden (FGÖ, 1x1 der Gesundheitsförderung, o.D.).

2.5.2.3 Empowerment

Übersetzt vom Englischen bedeutet Empowerment so viel wie „Selbstbefähigung“, „Selbstbemächtigung“ oder „Stärkung von Autonomie“ (Herriger, 2014). Zentrales Ziel dieses eher neueren psychosozialen Ansatzes aus den USA ist es, die Menschen zur

¹⁷ <https://fgoe.org/>, abgerufen am 27. Februar 2020

Entdeckung ihrer persönlichen Stärken anzuregen, damit sie ihr Leben mit mehr Selbstbestimmung und Autonomie gestalten können. Somit sollten die persönlichen Ressourcen und Fähigkeiten entweder der einzelnen Menschen oder einer sozialen Gruppe im Sinne von kollektiven Ressourcen gestärkt werden. Empowerte Menschen fühlen sich weniger ihrer Umwelt ausgegrenzt und profitieren von einem höheren Maß an Selbstsicherheit und -bestimmtheit im eigenen Leben oder in einer Gruppe (Herriger, 2014; Naidoo & Wills, 2003, S.96, Mitterbauer, 2007, S. 105).

2.5.2.4 Partizipation

Wenn GF-Maßnahmen partizipativ angelegt sind, so ist sichergestellt, dass die Bedürfnisse auf die Zielpersonen bzw. -gruppen abgestimmt sind und Ressourcen aller Personen miteinbezogen werden. Die Menschen haben somit Teil am Prozess, indem sie ihr Wissen einbringen, Entscheidungen treffen oder aktiv zum Beispiel an der Projektdurchführung beteiligt sind. Demzufolge ergeben sich gute Erfolgsquoten in der Umsetzung (FGÖ, Partizipation, o.D.). Voraussetzung für Partizipation ist ein dementsprechendes Empowerment der Personen (Mitterbauer, 2007, S. 112). Partizipation ist wiederum eine wichtige Grundlage für die Nachhaltigkeit der GF-Maßnahme (FGÖ, Partizipation, o.D.) und demzufolge enorm bedeutend ebenso für Ansätze der GK.

Wie Powerment, Partizipation, Selbst- und Mitbestimmung mit der Gesundheit eines Menschen zusammenhängen stellt Mitterbauer (2005) in ihrer Dissertation verändert nach Barkholz (2001, S. 151) folgendermaßen dar:

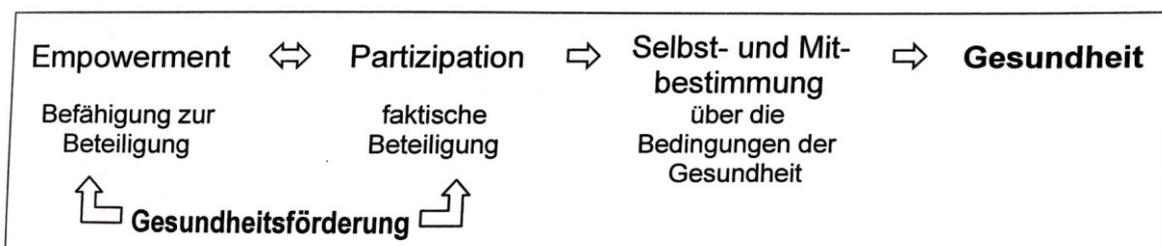


Abbildung 16: Zusammenhang von Empowerment, Partizipation und Selbst- und Mitbestimmung mit der Gesundheit eines Menschen (Mitterbauer, 2007, S. 112)

Wenn Menschen an Entscheidungsprozessen ihrer Lebensumwelt partizipieren (teilnehmen als Betroffene/r und teilhaben als Beteiligte/r), so verspüren sie Selbstwirksamkeit, auch hinsichtlich ihres Lebensumfeldes und fühlen sich somit gestärkt. Ihr Tun wird als sinnvoll erlebt, was schließlich eine Förderung des SOC bewirkt (Mitterbauer, 2007, S. 113).

GF-Maßnahmen sollten somit nachhaltig, ganzheitlich und settingorientiert aufgebaut sein sowie eine aktive Beteiligung (Partizipation) und selbstbestimmtes Handeln (Empowerment) der Zielpersonen zum Ziel haben. Schließlich sollten die Maßnahmen in den Alltag

übertragbar sein (Baumgarten & Joensson, 2005, S. 25), damit ein gesundheitsförderlicher aktiver Lebensstil geführt werden kann.

2.5.3 Gesundheitsförderung in der Schule

Aufgrund der Ottawa Charta zur GF entstand 1995 ein von der WHO initiiertes Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen (Sevim, et al., 2016, S. 3f; WHO, 2017, S. 2). Kinder und Jugendliche befinden sich zu einem sehr hohen zeitlichen Anteil in der Schule, die somit einen deutlichen Einfluss auf ihre Entwicklung und demzufolge ebenso auf ihre Gesundheitseinstellungen nimmt. Die Schule ist ein sehr bedeutender Ort, an dem präventiv gesunde Lebensweisen erlernt oder positive Körperhaltungen entwickelt werden können (Faltermaier, 2005, S. 315). GF ist nicht nur im Lehrplan verankert, sondern beinhaltet viele Bereiche des alltäglichen Schullebens, weshalb auch von einem sogenannten „verdeckten Lehrplan“ gesprochen wird (Naidoo & Wills, 2003, S. 285). Warum gerade in der Schule die GF eine derartig große Bedeutung hat, begründen Naidoo & Wills (2003) in ihrem Werk damit, dass der Großteil der Menschen einige Jahre lang diese Institution besuchen und dass die Einstellungen und das Wissen zur menschlichen Gesundheit bereits im frühen Kindesalter erworben werden (ebda., S. 279).

Die beiden Hauptziele der schulischen GF liegen laut dem BMB (Bundesministerium für Bildung) Österreichs zum einen in der Förderung der Selbstbestimmung der Kinder und Jugendlichen und zum anderen in der Verbesserung ihrer Lebensumstände wie z.B. durch den Aufbau von Bewegungs- und Sportprogrammen. Somit sollte die Wahl zu gesundheitlichen Verhaltensweisen die einfachere sein (Sevim, et al., 2016, S. 4). Die WHO legte zwölf Kriterien für eine „Gesundheitsfördernde Schule“ fest, wobei beispielsweise das erste Kriterium jenes der Stärkung des Selbstwertgefühles der Schüler/innen darstellt, indem bewusst gemacht wird, dass jede/r das alltägliche Schulleben im Sinne der GF mitgestalten kann. Weiters werden die Wichtigkeit der Förderung von Beziehungen aller im Schulalltag beteiligten Personen und die gute Kooperation mit dem Elternhaus sowie näherem Umfeld betont, womit der bereits angesprochene „verdeckte Lehrplan“ erkennbar wird (Naidoo & Wills, 2003, S. 286).

Warum GF in der Schule bislang oft in den Hintergrund geraten ist, erklärt sich Faltermaier dadurch, dass zu wenig Verbindlichkeiten bestanden. Trotzdem ist ein deutlicher Aufschwung durch diverse Projekte (Faltermaier, 2005, S. 316) und nun ebenso in den Gesundheitszielen Österreichs erkennbar (BMGF, 2012). Dass auch die Stärkung der GK Einzug in die schulische GF finden soll, wird von mehreren Autor/innen und dem Bildungsministerium betont (Bachinger, et al., 2012, S. 170; BMBWF, 2019a). Welche Programme und Initiativen in Österreich bereits ergriffen wurden und aktuell in Gebrauch sind, wird im nächsten Kapitel überblicksmäßig geklärt.

2.5.4 Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen

In Österreich findet die GF bereits an mehreren Schulen Anwendung. Welche rechtlichen Grundlagen und Grundsätze des Bundesministeriums in Österreich gegeben sind und Initiativen bereits ergriffen wurden bzw. aktuell im Gange sind, erklärt das aktuelle Kapitel.

2.5.4.1 Rechtliche Grundlagen

„Junge Menschen [sollen] zu gesunden und gesundheitsbewussten Gliedern der Gesellschaft heran[ge]bildet [werden]“ (BMBWF, 2019a). Diese Aufgabe ist in Österreich im SchOG (Schulorganisationsgesetz) § 2 (ebda.) sowie im Lehrplan als Unterrichtsprinzip bzw. Bildungsbereich verankert. Dazu steht im Grundsatzterlass zum Unterrichtsprinzip Gesundheitserziehung GZ 27.909/15-V/3/96, Rundschreiben Nr. 7/1997, dem die Ottawa-Charta Gesundheitsauffassung von 1986 zugrunde liegt, zu Beginn „Schulische Gesundheitsförderung umfaßt nicht nur die Information über Gesundheitsthemen und das Einwirken auf das Verhalten des Einzelnen, sondern auch die Gestaltung eines gesundheitsfördernden Lebensraumes.“ (BMBWF, 2018c). Die wichtigsten Zielsetzungen bzw. Umsetzungsmaßnahmen aus diesem zuletzt 2018 inhaltlich überarbeiteten Erlass sind folgende:

1. Schule als Arbeits- und Lebensort: Die neue Art der GF soll nicht nur wie im traditionellen Sinn Informationsaufklärungen über gesundheitsschädigende Verhaltensweisen umfassen, sondern besonders Schule als einen gesundheitsförderlichen Lebens- und Lernort mit einem dementsprechenden Umfeld für alle im Schulgeschehen beteiligten Personen verstehen.
2. Vernetzung unterschiedlicher Lebenswelten: Für Punkt 1 muss sich die Schule mit dem regionalen Umfeld sowie mit Schlüsselpersonen wie Eltern oder Expert/innen vernetzen.
3. Kompetenzen: GF ist als überfachliche Kompetenz definiert, was bedeutet, dass sie nicht als fachspezifisch zu erwerbende Kompetenz gilt, sondern ein Ziel aller Unterrichtsfächer und somit der ganzen Schule sein sollte. Dazu müssen die Unterrichtsformen adaptiert und weiterentwickelt werden. Schließlich sollen so die *Lebenskompetenzen* der Schüler/innen hinsichtlich der Wahl eines gesundheitsfördernden Lebensstils und das nötige Wissen dazu gestärkt werden.
4. Sozialkultur an der Schule – positives Schulklima: Um der Gesundheitsdefinition der Ottawa-Charta gerecht zu werden, soll Schule ebenfalls für das soziale Wohlbefinden aller Beteiligten der Schule sorgen. Somit soll die Kommunikation verständlicher und das Zusammenwirken von Schüler/innen, Lehrer/innen sowie Eltern verbessert werden, um schließlich die Eigenständigkeit und das Selbstwertgefühl der Schüler/innen und Lehrer/innen zu verbessern.

5. Projektteam: Geplant und organisiert werden sollte die schulische GF von einem Team aus Lehrkräften der Schule, die in enger Zusammenarbeit mit der Schulleitung und den Schüler/innen sowie Eltern stehen. Dazu müssen dementsprechende *schulinterne Fortbildungen* angeboten werden.
6. Öffentlichkeitsarbeit: Die Schule muss dafür sorgen, dass einerseits schulintern gesundheitsförderliche Projekte durchgeführt und andererseits, dass diese gut dokumentiert an die Öffentlichkeit gelangen und sie sich dahingehend mit anderen Schulen austauscht.

(BMBWF, 2018c; Mitterbauer, 2007, S. 152; Sevim, et al., 2016, S. 6f)

Kritisch an diesem Erlass betrachtet Mitterbauer zuallererst, dass der Titel inadäquat gewählt wurde, denn es handelt sich zum Großteil um die Gesundheitsförderung und nicht um die Gesundheitserziehung. Außerdem sollte die schulische GF, wie eingangs im Erlass beschrieben, eine überfachliche Kompetenz darstellen, doch in Punkt „Lehrpläne“ werden jene Gegenstände aufgelistet, in dessen GF stattfinden soll (BMBWF, 2018c; Mitterbauer, 2007, S. 154).

Laut Paulus (2002) sind somit Maßnahmen auf mehrere Ebenen nötig: Die *schulische Ebene*, die bereits im Grundsatzterlass stark hervorkommt; die *curriculare Ebene*, bei der es um Anpassungen im Sinne der GF im schulischen Lehrplan geht; Ebene der *Lehrer/innenaus- und fortbildung*, die dementsprechend GF verstärkt thematisieren und dahingehende Angebote einrichten muss und schließlich Änderungen auf der *politischen Ebene* (Paulus, 2002, S. 975). Dem Anhang ist eine umfassender Darstellung zu den Faktoren des Gesundheitserlassens und den daraus resultierenden Handlungsfelder zu entnehmen (siehe Anhang D) 1.).

Allgemein betrachtet Mitterbauer (2007) die unklare Definierung dessen, was genau diesem Bereich zugeordnet wird und wo die Grenze zu anderen Bereichen wie der Krankheitsverhütung oder der Gesundheitsvorsorge gezogen werden, kritisch am Konzept der GF. Demzufolge fehlen einheitliche Kriterien, was die Erhebung der GF neben ihrer indirekten Wirksamkeit und umfassenden Konzeptdarstellung als schwierig gestaltet. Zudem mangelt es an wissenschaftsgestützten Evaluierungsmethoden und Projekten (Mitterbauer, 2007, S. 140ff).

2.5.4.2 Gesundheitswirksame Bewegung – Richtlinien und Grundsätze des BMBWF

Alle Heranwachsenden sollen die Möglichkeit und das Recht auf altersgerechte Bewegungs- und Sportangebote haben. Nach den Maßstäben des Gesundheitsministeriums bzw. des FGÖ für gesundheitsfördernde Bewegung müssen sich

die junge Generation mindestens 60 Min. pro Tag mit mittlerer Intensität bewegen, damit sie gesundheitsfördernd wirken. Mindestens dreimal pro Woche sollten neben Koordinations- und Mobilitätstraining muskelkräftigende- und knochenstärkende Bewegungsweisen ausgeführt sowie Bewegungspausen nach maximal 60 Min. Sitzzeit eingelegt werden (Sevim, et al., 2016, S. 22).

Damit diese Empfehlungen in der Schule umgesetzt werden können, sollte ein Programm zur GF laut dem Bundesministerium für Bildung auf folgenden drei Säulen beruhen:

1. Bewegter Unterricht/Didaktik

Während des regulären Schulunterrichts sollten kurze Bewegungseinheiten z.B. mit Vital4Brain¹⁸ durchgeführt werden. Dazu gehört beispielsweise ebenso die bewegte Pause.

2. Schulsport

Hier sollen vorrangig das Unterrichtsfach BuS und die damit im Zusammenhang stehenden Schulsportbewerbe thematisiert werden. BuS soll als Lehrmittel zur Gesundheitsbildung und zur Förderung der Selbst-, Sozial-, Fach-, und Methodenkompetenz dienen. Kinder und Jugendliche lernen die bewegungs- und sportausübende Tätigkeit an sich als persönlich wichtig einzuschätzen.

3. Sportverbände

Letztlich erscheint die Kooperation mit außerschulischen Angeboten wie Vereinen, die innerhalb und außerhalb des Unterrichtsfaches BuS umgesetzt werden als überaus wichtig. (Sevim, et al., 2016, S. 23f)

2.5.4.3 Initiativen zur schulischen GF in Österreich

Damit die GF an Österreichs Schulen langfristig und nachhaltig sichergestellt ist und somit die günstigsten Voraussetzungen für Lehren und Lernen gegeben sind, bedarf es einer stetigen Schul- und Qualitätsentwicklung. Das Bundesministerium für Bildung hat demzufolge in Kooperation mit der GIVE die beiden Schulqualitätsinitiativen Schulqualität Allgemeinbildung (SQA) und Qualitätsinitiative Berufsbildung (QIBB) ins Leben gerufen (GIVE, Gesundheitsförderung und Schulentwicklung, o.D.).

2.5.4.3.1 SQA¹⁹

Diese Initiative bezieht sich nur auf allgemeinbildende Schulen. Dort sollen optimale individuelle Lernbedingungen für Schüler/innen aufgrund der pädagogischen Qualitätsentwicklung und -sicherung geboten werden. Jede Schule erstellt jährlich einen

¹⁸ <https://www.simplystrong.at/vital4brain/>, abgerufen am 28.März 2020

¹⁹ <http://www.sqa.at/>, abgerufen am 28. März 2020

Entwicklungsplan mit mindestens zwei unterschiedlichen Themen, die in Bezug zu den Rahmenzielvorgaben des BMBWF stehen. Die Gesundheitsförderung spielt hier eine zentrale Rolle, da sich qualitäts- und gesundheitsfördernde Handlungsstrategien in vielen Gesichtspunkten überschneiden (BMBWF, 2019b).

2.5.4.3.2 QIBB²⁰

QIBB hat ein effektives Qualitätsmanagement hinsichtlich der Schul- und Unterrichtsqualität und der Verwaltungsthemen in berufsbildenden Schulen zum Ziel. Demzugrunde liegt ein vierphasiger Qualitätszyklus: Planen, Umsetzen, Evaluieren, Überprüfen. QIBB hat mehrere „Q-Matrizen“ (Qualitätszielematrizen) entwickelt, unter anderem ebenso mit Qualitätsstandards der Gesunden Schule beispielsweise für Gesundheitsmanagement, Ernährung und Bewegung entwickelt (QIBB, 2008). Für eine fokussierte Beobachtung wurden sechs QIBB Indikatoren erstellt, wovon einer „Gesundheitsförderung – Bewegung und Sport“ ist (BMBWF, 2018a).

Zwei weitere Maßnahmen hinsichtlich der Erreichung des ersten Rahmenziels „Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche“ des Bildungsressorts Österreichs stellen die folgenden beiden Initiativen dar (Sevim, et al., 2016, S. 25):

2.5.4.3.3 Ausbauoffensive Ganztagsschule

Mit einem ganztägigen Bildungs- und Erziehungsangebot kann hier vermehrt auf die Förderung der Gesundheit aller am Schulwesen beteiligten Personen und die Einhaltung der 60-minütigen Bewegungsempfehlung für Kinder und Jugendliche geachtet werden. Die GIVE hat beispielsweise umfassende aktuelle Materialien GF in Ganztagsschulen erstellt (GIVE, Gesundheitsförderung in ganztägigen Schulformen, o.D.). Unter dem Namen „Bewegte Schule“ bietet GIVE Materialien zur Unterstützung für Pädagog/innen an, denn „Bewegung ist [] notwendig für die menschliche Entwicklung, für die Reifung des Gehirns und die Entwicklung von motorischen Fähigkeiten und sozialen Kompetenzen“ (GIVE, Bewegte Schule, o.D.).

2.5.4.3.4 Initiative Gesunde Schule

Im Jahr 2007 wurden in Kooperation des Bundesministeriums für Bildung und Gesundheit und dem Dachverband der österreichischen Versicherungsträger Maßnahmen und Projekte an Schulen zu einer nachhaltigen GF verstärkt und nationale Qualitätsstandards entwickelt. Servicestelle dafür ist die GIVE (GIVE, Gesunde Schule, o.D.).

²⁰ <https://qibb.at/home>, abgerufen am 28. März 2020

Auch in der zukünftigen Entwicklung der Bewegungserziehung wird BuS als Mittel zur Förderung von Gesundheit, Wohlbefinden und der Körperwahrnehmung vermehrt in den Fokus rücken (BMBWF, Vom Schulturnen zur Bewegungserziehung, o.D.).

2.5.4.3.5 Plattform GIVE

Mit dem Ziel der Förderung der Gesundheit und der GK aller Schulbeteiligten initiierte 2019 das BMBWF, das BMASGK und das Österreichische Jugendrotkreuz (ÖJRK) die GIVE.²¹ Dort lassen sich sehr viele Informationen und Unterrichtsmaterialien zur Umsetzung der Ziele finden (ÖPGK, 2018b):

Bis Dezember 2021 soll die Fachberatung an den Schulen für einen angepassten Informationsfluss für alle Pädagog/innen und Schulärzt/innen sichergestellt sein, eine Vernetzung mit regionalen Anbietern stattfinden und ebenso im Internet die GIVE-Datenbank stets mit neuen Medien erneuert und überarbeitet werden. Die kostenlosen Materialien, die auf das stufenartige GK-Verständnis von Nutbeam aufbauen (siehe Punkt 2.3.4.1), sind nach Themenschwerpunkten gegliedert und mit praktischen Umsetzungsmöglichkeiten ergänzt. Z.B. lässt sich dort das 35-seitige Dokument „Positive Körperbilder fördern“²² finden, in dem erstens allgemeine Informationen zum jugendlichen Körper und den Änderungen in der Pubertät beschrieben, zweitens Ansatzpunkte auf Schul-, Klassen- und Unterrichtsebene geliefert werden und schließlich konkrete Übungen für den Unterricht angeführt werden. Außerdem sind Anreize für eine gesundheitsfördernde Schulentwicklung als Setting-Ansatz der GF zu finden, wie z.B. im Dokument „Gesundheitskompetenz und Schule“, in dem sich neben kritischen Selbstfragen für Gesundheitsinformationen aus dem Internet auch allgemeine Informationen und diverse Links zur GK befinden.²³ Der Ansatz auf individueller sowie schulischer Ebene ist enorm wichtig, da die GK stark vom Lebensumfeld geprägt wird (ÖPGK, 2018b).

2.5.4.3.6 Probleme im Bereich GF in Österreich

Allgemein besteht in Österreich im Rahmen der GF an Schulen das Problem, dass der Schulleiter/die Schulleiterin große Machtbefugnisse besitzt und demnach die Entscheidungen häufig interessengesteuert fallen. Darüber hinaus steht zumeist der finanzielle Rahmen nicht zur Verfügung steht. Außerdem fühlen sich viele Lehrpersonen nicht dafür zuständig, gesundheitsrelevante Themen in ihren Unterricht zu integrieren, da sie keine zusätzliche Entlohnung dafür bekommen und sozusagen ihre Freizeit „opfern“

²¹ <https://www.give.or.at/>, abgerufen am 04.April 2020

²² <http://www.give.or.at/material/positive-koerperbilder-foerdern/>, abgerufen am 04.April 2020

²³ <http://www.give.or.at/material/gesundheitskompetenz-und-schule/>, abgerufen am 04.April 2020

müssten. Außerdem meint Teutsch, dass die GF an Österreichs Schulen noch kaum erforscht ist (Teutsch, 2015). Teutsch verglich drei Schulen hinsichtlich der GF und kam so folgenden Ergebnissen:

- Auch wenn erfolgreich Einzelmaßnahmen getätigt wurden, waren diese selten aufeinander abgestimmt.
- Lehrer/innen und Schulleiter/innen engagierten sich oftmals aufgrund ihrer persönlichen Interessen, also ihrer biographischen Aspekte.
- Lehrpersonen wollen die Gesundheit der Schüler/innen stärken (oftmals als persönliches Anliegen von einzelnen Personen im Schulkontext formuliert).
- Die beteiligten Personen teilen häufig nicht die gleiche Auffassung von Gesundheit.
- Die Hauptrolle hinsichtlich der schulischen GF kommt dem Schulleiter/der Schulleiterin zu und kann somit sehr interessensgesteuert sein. Auch die jeweilige Gemeinde erweist sich als bedeutsam. Die Kooperation wurde in den Interviews jedoch zum Großteil als schleppend interpretiert.
- Als zentralen Aspekt für schulische GF wurde immer wieder die Wichtigkeit der Bewegung der Schüler/innen für die Förderung ihrer körperlichen und geistigen Entwicklung angeführt.
- Die Schule möchte den Eindruck als moderne Schule wecken und mitunter dadurch die Schüler/innenanzahl erhöhen (ebda.)

Zukünftig müssen im Besonderen Änderungen in der Organisationsstruktur getroffen werden, um die Gesundheit aller Schüler/innen nachhaltig zu fördern (ebda.).

3. EMPIRISCHER TEIL

Um die beschriebene Forschungslücke etwas zu schließen und die Forschungsfragen beantworten zu können, wurde neben einer umfassenden hermeneutischen Recherche eine empirische Untersuchung in der Schule, in welcher die Autorin unterrichtet, durchgeführt.

Im folgenden Kapitel werden zuerst die Voraussetzungen für die durchgeführte quantitative Forschung geklärt bzw. auf den erhobenen Fragebogen eingegangen. Anschließend wird das Auswertungsverfahren beschrieben und Erläuterungen zur Zusammensetzung der Stichprobe sowie erste deskriptive Resultate diskutiert. Schließlich besteht jedoch der Großteil aus der Prüfung der eingangs aufgestellten Hypothesen (siehe Punkt 1.3) und der Ergebnisdarstellung. Die Interpretation dieser wird erst in Kapitel vier vollzogen.

3.1 Methodik der Forschung

Um möglichst aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, wurden bestimmte Methoden der Erhebung sowie Auswertung verwendet, die nun erklärt werden sollen. Das Kapitel gliedert sich in die Beschreibung des Fragebogens, das Untersuchungsdesign und den Ablauf der Forschung.

3.1.1 Der Fragebogen

Für die Erhebung der GK sowie der bewegungsbezogenen GK und möglichen Drittvariablen im Zusammenhang mit diesen Kenngrößen wurde aufgrund bereits vorhandener Erhebungsinstrumente dazu (siehe Punkt 1.2.1 und 2.3.5) wiederum ein quantitatives Messinstrument, der Fragebogen (Bortz & Döring, 2006, S. 296), gewählt. Da die Autor/innen der bereits erprobten und validierten Studien HBSC bzw. HLSAC und HELMA (Felder-Puig, et al., 2019; Ghanbari, et al., 2016) sowie Sudeck und Pfeifer (2016) in ihrer Studie zur bewegungsbezogenen GK darauf hinweisen, dass von einer multidimensionalen GK ausgegangen wird und für weitere Forschungen herangezogen werden können und die Erhebungsinstrumente die Kriterien eines Fragebogens erfüllen (Bortz & Döring, 2006, S. 254f), wurden diese für die Untersuchung des eingangs formulierten Forschungsanliegens verwendet. Es wurde ein Fragebogen in schriftlicher Form erstellt (ebda., S. 252f).

Der Fragebogen setzt sich aus verschiedenen Bereichen zusammen:

1. **GK:** 16 Items des HBSC-Fragebogens (Felder-Puig, et al., 2019) der HLSAC-Skala (Paakkari, et al., 2018b) und gekürzte Form der HLS-EU-Q-Studie (Sørensen, et al.,

- 2012) wie in der HBSC-Studie sowie ergänzte Items in Anlehnung an HELMA (Ghanbari, et al., 2016)
2. Erhebung der **bewegungsbezogenen GK** zur BR, SEKO und SKT aus Arbeiten von Sudeck und Pfeifer (2016)
 3. **Körperliche Aktivität:** Abfrage der selbsteingeschätzten physischen Aktivität (physical activity (PA)) in Anlehnung an HBSC und IPAQ (IPAQ, 2000)
 4. Kurzer **Gesundheitswissenstest** zu den Bereichen Ernährung, Vorsorge, Freizeit, Wissen über den menschlichen Körper in Anlehnung an Wallmann et al. (2012)
 5. Ausgewählte **Drittvariablen** in Anlehnung an den HBSC-Fragebogen, die einen Einfluss auf die GK und somit auf die Gesundheit haben können (Felder-Puig, et al., 2019)

Die Punkte zwei und drei bilden den bewegungsspezifischen Teil hinsichtlich der GK, der im Rahmen dieser Forschung erhoben wurde.

Ad 1. GK

Bei der Abfrage der GK wurden in Anlehnung an die HELMA-Studie (Ghanbari, et al., 2016) Ergänzungen zum Fragebogen der österreichischen Gesundheitsbefragung (HBSC-Studie 2018) vorgenommen, die in Tabelle 2 ersichtlich sind.

Tabelle 2: Änderungen des Fragebogens der GK

Kategorie	Erweiterung im Fragebogen
funktionale GK	<p><i>Ich bin ziemlich sicher, dass ich...</i></p> <p><i>... wenn ich krank bin weiß, wann ich zum Arzt gehen muss.</i></p> <p><i>...weiß, bei welcher Krankenkasse ich versichert bin.</i></p>
interaktive GK	<p><i>Ich bin ziemlich sicher, dass ich...</i></p> <p><i>... mich mit Freunden über das Vermeiden von gesundheitsschädigenden Themen wie Rauchen, Alkohol- oder Drogenkonsum unterhalte.</i></p> <p><i>... bei einem Arztbesuch die Namen meiner (zuvor) eingenommenen Medikamente wiedergeben kann.</i></p>
kritische GK	<p><i>Ich bin ziemlich sicher, dass ich...</i></p> <p><i>... abwägen kann, welche gesundheitsbezogenen Informationen wichtig für mich sind.</i></p> <p><i>... die Informationen, die ich über Fitnessblogger/innen auf Social Media Plattformen wie Instagram, Facebook, ... lese, beurteilen kann.</i></p> <p><i>... beim Einkaufen Produkte aufgrund ihrer Nährwerte als gesund/ungesund einstufen kann.</i></p>

Schließlich setzten sich die Fragen der Forschung aus folgenden den beiden Itemboxes der Tabelle 3 und Tabelle 4 zusammen.

Tabelle 3: Itembox 1: Erhebung der GK in Anlehnung an das HLSAC-Instrument (Paakkari, et al., 2018b)

Wie stehst du zu folgenden Aussagen? Ich bin ziemlich sicher, dass ich...

- ...gute Informationen über Gesundheit habe.
- ...leicht gesundheitsbezogene Informationen finde, die ich verstehen kann.
- ...leicht Beispiele anführen kann, die gesundheitsfördernd sind.
- ...für gewöhnlich rausfinden kann, welche gesundheitsbezogenen Informationen richtig oder falsch sind.
- ... wenn ich krank bin weiß, wann ich zum Arzt gehen muss.
- ...weiß, bei welcher Krankenkasse ich versichert bin.
- ...den Anweisungen von Personal aus dem Gesundheitswesen (z.B. Krankenschwester oder -pfleger, Arzt / Ärztin, etc.) folgen kann.
- ...wenn es notwendig erscheint, gesundheitsfördernde Inhalte meiner unmittelbaren Umgebung (Familie, Freunde / Freundinnen, Leute aus dem Ort, etc.) vermitteln kann.
- ... mich mit Freunden über das Vermeiden von gesundheitsschädigenden Themen wie Rauchen, Alkohol- oder Drogenkonsum unterhalte.
- ... bei einem Arztbesuch die Namen meiner (zuvor) eingenommen Medikamente wiedergeben kann.
- ...ermessen kann, inwiefern meine eigenen Handlungen meine Umwelt beeinflussen.
- ...Begründungen anführen kann, die mein Gesundheitsverhalten erklären.
- ...ermessen kann, inwiefern meine Verhaltensweisen meine Gesundheit beeinflussen.
- ...gesundheitsbezogene Informationen aus unterschiedlichen Quellen vergleichen kann.
- ... abwägen kann, welche gesundheitsbezogenen Informationen wichtig für mich sind.
- ... die Informationen, die ich über Fitnessblogger/innen auf Social Media Plattformen wie Instagram, Facebook,... lese, beurteilen kann.
- ... beim Einkaufen Produkte aufgrund ihrer Nährwerte als gesund/ungesund einstufen kann.

Antwortmöglichkeiten: stimme überhaupt nicht zu - stimme nicht zu - stimme eher zu - stimme voll und ganz zu

Die ersten sechs Items wurden im Sinne des Stufenmodells nach Nutbeam (siehe Punkt 2.3.4.1) der funktionalen GK, die nächsten vier der interaktiven und die restlichen sieben der kritischen GK zugeordnet.

Aufgrund der einfacheren Formulierung und Einschätzung ihrer Verhaltensweisen für die jüngeren Schüler/innen wurde untenstehende Itembox 2 aus der HLS-EU-Q-Studie von

Sørensen, et al.(2012) in stark gekürzter Form zur Erhebung der selbst eingeschätzten GK wie bereits bei der HBSC-Befragung benutzt.

Tabelle 4: Itembox 2: Erhebung der GK in Anlehnung an die HBSC-Befragung (Felder-Puig, et al., 2019) und die HLS-EU-Q-Studie (Sørensen, et al., 2012)

Bitte sag mir, ob die folgenden Dinge einfach oder schwierig für dich sind:

- Herauszufinden, an wen ich mich wenden kann, wenn es mir psychisch schlecht geht (zum Beispiel, wenn ich traurig bin oder Angst habe).
- Herauszufinden, ob das richtig ist, was ich über Gefahren für meine Gesundheit in den Medien (Zeitung, Fernsehen, Internet) lese oder höre.
- Informationen aus den Medien darüber, wie ich noch gesünder leben kann, zu verstehen.
- Gesundheitsratschläge meiner Eltern, Verwandten oder Freunde / Freundinnen zu verstehen.
- Zu verstehen, welche meiner Gewohnheiten einen Einfluss auf meine Gesundheit haben werden.
- Informationen über ungesunde Lebensweisen (zum Beispiel Rauchen oder zu wenig Bewegung) zu verstehen.
- Gesundheitsratschläge umsetzen und in meinen Alltag integrieren kann.

Antwortmöglichkeiten: einfach - schwierig - weiß nicht

Das letzte Item „Gesundheitsratschläge umsetzen und in meinen Alltag integrieren kann“ der Itembox 2 wurde bei der Auswertung nicht berücksichtigt, da es nicht Teil der HBSC-Studie war (Felder-Puig, et al., 2019).

Ad 2. und 3. Fragen zur Erhebung der Dimension Bewegung im Zusammenhang mit der GK

Der Fragebogen zur bewegungsbezogenen GK von Sudeck und Pfeifer (2016), die in ihren Arbeiten eine Studie mit Rehabilitand/innen und eine mit Hochschulsportler/innen durchführten, wurde identisch übernommen (siehe Tabelle 5).

Sie weisen in ihrem Artikel darauf hin, dass ihr Modell besonders für die Erhebung von Faktoren, die für einen physisch-aktiven Lebensstil bzw. der Aufrechterhaltung dessen, verantwortlich sind, geeignet ist (Sudeck & Pfeifer, 2016, S. 25). Hierbei kann jedoch nicht von der Erhebung der BK gesprochen werden, da die körperliche Komponente in der Untersuchung sowohl bei Sudeck und Pfeifer (2016) als auch bei jener im Rahmen dieser Masterarbeit nicht berücksichtigt wurde.

Tabelle 5: Itembox 3 zur bewegungsbezogenen GK aus einer Konzeptvalidierten Forschung von Sudeck und Pfeifer (2016)

Kategorie	Item
BR 1	<i>Ich bin in der Lage durch körperliche Aktivität meine Stimmung zu regulieren.</i>
BR 2	<i>Wenn es mir schlecht geht, kann ich mich durch körperliche Aktivität gut ablenken.</i>
BR 3	<i>Mir gelingt es gut, meine gedrückte Stimmung durch Bewegung zu verbessern.</i>
BR 4	<i>Ich kann aufgestauten Stress und innere Anspannung durch Bewegung gut wieder abbauen.</i>
SKT 1	<i>Ich bin in der Lage eine Trainingsbelastung gut auf meine körperlichen Voraussetzungen anzupassen.</i>
SKT 2	<i>Ich weiß, wie ich mit körperlichem Training meine Ausdauerleistung am besten steigern kann.</i>
SKT 3	<i>Wenn ich muskulär verspannt bin, weiß ich genau, wie ich mit körperlicher Aktivität etwas dagegen tun kann.</i>
SKT 4	<i>Ich kann Signale meines Körpers (Puls, Atemgeschwindigkeit) sehr gut dafür nutzen, um die Höhe der körperlichen Belastung einzuschätzen und zu regulieren.</i>
SKT 5	<i>Wenn ich meine Gesundheit durch die Kräftigung der Rumpfmuskulatur (Rücken, Bauch) fördern möchte, traue ich mir zu, die richtigen Übungen auszuwählen.</i>
SKT 6	<i>Ich weiß, worauf ich bei meinem Körper achten muss, damit ich mich nicht über- oder unterfordere.</i>
SEKO 1	<i>Wenn ich eine sportliche Aktivität geplant habe, setze ich das in der Regel auch um.</i>
SEKO 2	<i>Ich behalte mein Vorhaben, mich zu bewegen, im Auge und lasse mich nicht leicht davon abbringen.</i>
SEKO 3	<i>Wenn ich mir vornehme, mich mehr bewegen zu wollen, habe ich viel Disziplin bei der Umsetzung.</i>
<i>Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft nicht zu, trifft eher zu, trifft genau zu</i>	

Da eine praktische Erhebung der physischen Domäne der BK den zeitlichen Rahmen der Forschung im Rahmen dieser Masterarbeit gesprengt hätte, wurde im Zuge des Fragebogens die selbst-berichtete physische Aktivität abgefragt. Spezifische motorische Kompetenzen sind dabei nicht inbegriffen.

Das selbstberichtete Bewegungsverhalten wurde wie in der HBSC-Studie im Bereich „Bewegung und sitzende Beschäftigung mit dem Handy“ anhand der physischen Aktivität

gemäß der Erfüllung der WHO-Empfehlung von 60 Min. pro Tag der letzten sieben Tage (PA_60 Min) und der Häufigkeit der wöchentlichen Sportausübung außerhalb der Schulstunden mit mindestens mittlerer Intensität (dies wurde im Fragebogen formuliert mit „sodass du dabei außer Atem kommst“) untersucht. Zusätzlich wurde dazu das tägliche Ausmaß der Handyzeit im Sitzen oder Liegen erhoben. Dass die GK mit dem Ausmaß der körperlichen Aktivität zusammenhängt, wurde bereits in der Studie von Quenzel et al. (2015) bestätigt.

Eine Frage wurde in diesem Bereich in Anlehnung an einen Fragebogen des IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) (IPAQ, 2000) ergänzt:

An wie vielen der letzten 7 Tage hast du Sport in der folgenden Form ausgeübt:

- *Krafttraining*
- *Radfahren/Laufen*
- *Ballsportart (Fußball, Volleyball,...)*
- *Walken/Wandern*
- *Leichtes Radfahren*
- *Aerobic/Dance Workout/Tanzen*
- *Yoga/Qui Gong/Pilates/Tai Chi*
- *Reiten*
- *keine*
- *sonstige:*

Ad 4. Gesundheitswissenstest

Wallmann et al. (2012) haben in ihrer Studie sieben Fragen zur Ernährung, sechs zur Vorsorge, vier zur Freizeit und 32 Fragen zum Wissen über den menschlichen Körper, wobei sie zwischen Verhaltensweisen und Körperanatomie unterschieden, generiert. Für den Fragebogen der existenten Arbeit wurden jedoch nur exemplarische Fragen zu den Themenbereichen in Anlehnung an ihre Ausführungen erstellt. Die Fragenbatterie der im Rahmen dieser Masterarbeit durchgeführten Forschung umfasste zwei Fragen zum Bereich Ernährung (Flüssigkeitszufuhr, gesunde Ernährung), zwei Fragen zum Bereich Freizeit (durchschnittliche Handyzeit pro Tag, Kalorienverbrauch beim Laufen), vier Fragen zum Bereich Vorsorge (Organschädigungen beim Rauchen, Blutdruck, empfohlene Schlafdauer, empfohlene Sporteinheitenanzahl pro Woche) und zwei Fragen zum Bereich Körperwissen (täglicher Kalorienverbrauch bei Jugendlichen getrennt für Buben und Mädchen). Vor allem der letzte Bereich wurde im Gegensatz zur Studie von Wallmann et al. (2012) in der Untersuchung der vorliegenden Arbeit sehr wenig abgefragt. Jedoch wäre der Fragebogen sonst zu lange geworden, denn die durchschnittliche Bearbeitungsdauer der Jugendlichen lag bei ca. 20 Min. Die genauen Fragen sowie Antwortmöglichkeiten können dem Anhang entnommen werden (siehe Punkt 4).

Ad 5. Drittvariablen hinsichtlich der Untersuchung der GK und Bewegung

Neben den personenbezogenen Informationen Geschlecht und Alter wurden folgende Drittvariablen zur Prüfung von ausgewählten Zusammenhängen und Ursachenfindung bei der Interpretation der Ergebnisse zusätzlich dem Fragebogen beigefügt:

- *Wohnsituation während der Schulzeit* (Internat oder extern) und eine dementsprechende *Matrix zur Zurücklegung des Schulweges*
- Subjektiver Gesundheitszustand
- Lebenszufriedenheit
- Emotionales Wohlbefinden
- Selbstwirksamkeit
- Körper selbstbild sowie Gewicht und Größe zur Berechnung des BMI
- Familienwohlstand und Migrationshintergrund zur Eruierung des SES *ergänzt um Fragen nach der Staatsbürgerschaft und der höchsten abgeschlossenen Ausbildung der Eltern*
- Nutzung sozialer Medien und sitzende Beschäftigung am Handy
- Ernährungsverhalten
- Konsum psychoaktiver Substanzen
- *Derzeitiges Wohlbefinden auf einer Skala von 1-10*

Die kursiv geschriebenen Variablen wurden zu der HBSC-Befragung (Felder-Puig, et al., 2019) ergänzt und die restlichen identisch übernommen. Die unterstrichenen wurden aufgrund bereits durchgeführter Studien, wie jene von Quenzel et al. (2015), bei der vorliegenden Forschung in Bezug zur GK gesetzt. Der Einfluss der Schule auf die Gesundheit der Jugendlichen wurde im Zuge dieser Forschung nicht untersucht.

Messung des Familienwohlstandes – Schluss auf SES

Da nicht nur die GK, sondern im Besonderen sozioökonomische Faktoren und demnach der Sozialstatus Einflüsse auf die Gesundheit eines Menschen haben (Felder-Puig, et al., 2019, S. 13), wird dieser ebenso in der vorliegenden Forschung berücksichtigt.

Dass die Förderung der GK zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit beitragen soll, wurde bereits bei den Zielen der GK (siehe Punkt 2.3.6) erläutert. Gesundheitliche Ungleichheit stellt die soziale Ungleichheit bezüglich der Gesundheit dar, worunter vorrangig Differenzen hinsichtlich Bildung, Berufsstatus und Einkommen zum Vergleich herangezogen werden. Aus dieser *vertikalen* sozialen Ungleichheit, die eine hierarchische Einteilung der Menschen erlaubt, resultiert der sogenannte „sozioökonomische Status“ (SES). Daneben bilden Faktoren der Herkunft, des Geschlechts und Alters die *horizontale*

Ungleichheit, die bislang empirisch weniger Beachtung gefunden hat. Zu dieser zählt auch die erhobene Größe des Wohnortes (Mielck, 2002, S. 388). Im Rahmen dieser empirischen Forschung und Auswertung wird jedoch nicht zwischen vertikaler und horizontaler sozialer Ungleichheit unterschieden.

Dass ein niedriger SES mit einer früheren Sterberate und mehr Erkrankungen zusammenhängt, wurde bereits in vielen Studien, auch bei Kindern und Jugendlichen bewiesen. Erklärt wird dies durch andere Lebensumstände hinsichtlich der Wohn- und Arbeitsumgebung, dem Zugang zu Gesundheitssystemen und das Gesundheitsverhalten, wobei die GK eine bedeutende Rolle spielt. Problematisch weist Mielck (2002, S. 389ff) auf, dass die Unterschiede bezüglich der Geschlechter dabei unzureichend untersucht wurden, was sich jedoch durch die gegenwärtige Forschung verbessert. Es kann der SES auf der Ebene des Haushaltes und jener des Individuums untersucht werden, wobei bei der ersteren Forschungsmethode der SES automatisch auf alle im Haushalt lebenden Menschen übertragen wird.

Dieser Zugang wurde auch für die vorliegende Forschung gewählt, indem die Beschaffenheiten im Haushalt abgefragt wurden. Schließlich weist Mielck (2002, S. 400) darauf hin, dass aufgrund der bereits beobachteten geschlechtlichen Unterschiede z.B. bei der Morbidität und Mortalität und dem SES bei allen Untersuchungen nach Differenzen zwischen den Geschlechtern und dem Sozialstatus geforscht werden soll.

In der vorliegenden Studie wurde gemäß der HBSC-Studie der Wohlstand der Familie über die Abfrage von materiellen Ressourcen wie der Anzahl der Autos oder Computer im Haushalt und nicht über das Einkommen der Eltern erhoben (Kolip, Hoffarth, Ottova, Bucksch, & HBSC-Team-Deutschland, 2013, S. 31). Die Ausbildung und der Beruf der Eltern wurden zwar erhoben, aber in der Berechnung des SES nicht einkalkuliert. Der Migrationshintergrund wurde nicht berücksichtigt, da alle befragten Schüler/innen österreichische Staatsbürger/innen sind. c

3.1.2 Ablauf der Datenerhebung

Die Schüler/innen wurden im Voraus über den Fragebogen und das Forschungsziel von der entsprechenden BuS-Lehrperson mittels einem Mitteilungsblatt an die Erziehungsberechtigten informiert (siehe Punkt 3). Dieses musste von einer erziehungsberechtigten Person oder ab einem Alter von 18 Jahren von den Schüler/innen selbst unterzeichnet und der Autorin dieser Arbeit zurückgegeben werden. Diese Blätter werden bis Dezember 2020 hinsichtlich eines Einspruches aufgehoben.

Die online-Befragung, welche im Voraus mit der Direktion abgesprochen war, wurde im Rahmen des BuS an Computern der Schule ausgefüllt. Die PC-Räume wurden dafür im

Voraus von der Autorin reserviert. Dankenswerterweise erklärten sich ein männlicher Sportlehrer und eine weibliche Kollegin bereit, einen Teil ihrer Unterrichtsstunden dafür aufzubringen. Für die statistische Auswertung und Interpretation wird von einer Zufallsstichprobe, welche eine Teilerhebung der Grundgesamtheit nach probabilistischen Auswahlkriterien des Samples meint. Diese ist repräsentativ für die definierte Zielgruppe, denn es wurden alle Schulstufen sowie beide Geschlechter untersucht. Die Fallzahl der 18- und 19-Jährigen liegt unter 30, weshalb nicht von einer Vollerhebung ausgegangen wird und deshalb Einschränkungen hinsichtlich der Interpretierbarkeit der Ergebnisse gegeben sind (Bortz & Döring, 2006, S. 738; Brosius, Haas, & Koschel, 2016, S. 60ff). Darüber hinaus wird aufgrund der Einheitlichkeit die grafische Darstellung von Balkendiagrammen bevorzugt, obwohl hinsichtlich der Prüfung auf Normalverteilung nicht immer die Mittelwerte der abhängigen Variablen auf der zugehörigen Achse aufgetragen sind, sondern ebenso Mediane benutzt werden, was für die Verwendung von Boxplots sprechen würde.

Die Schüler/innen wurden am Beginn des Fragebogens um die Zustimmung zum Verarbeiten ihrer anonymen Daten aufgrund der Datenschutzgrundverordnung gebeten. Wenn ein/e Schüler/in den Fragebogen nicht ausfüllen wollte, wurde keinesfalls jemand dazu gezwungen. Das Ausfüllen der Fragebögen dauerte im Schnitt 20 Min. Wenn Fragen bezüglich des Ausfüllens bestanden, wurden diese sofort von der zuständigen Lehrperson beantwortet. Zudem wurde darauf hingewiesen, den Fragebogen nach bestem Gewissen und Wissen auszufüllen.

Der Ablauf kann übersichtlich der untenstehenden Abbildung 17 entnommen werden.

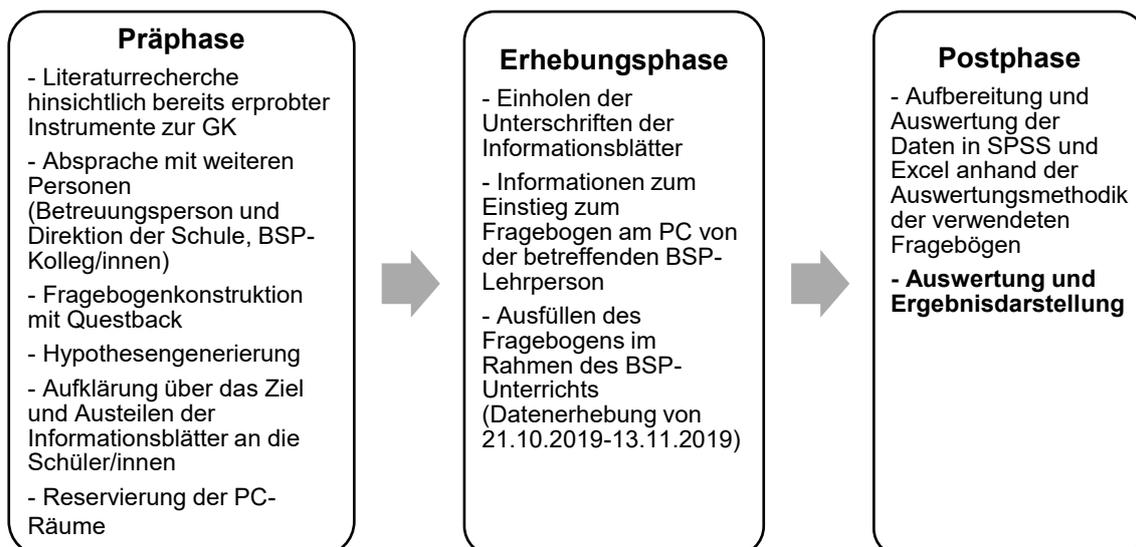


Abbildung 17: Ablauf der Datenerhebung in Prä-, Erhebungs- und Postphase

3.1.3 Untersuchungsdesign

Um die formulierten Hypothesen zu prüfen, wurden sowohl deskriptivstatistische Verfahren als auch inferenzstatistische verwendet und mit den Programmen IBM® SPSS® Statistics Version 22 (Armonk, New York, USA) und Excel® Office 365 Pro Plus Version 1908 (Remond, Washington, USA) nach statistischen Kriterien ausgewertet. Zur Auswahl des statistischen Tests wurden Kriterien des Messniveaus, der Normalverteilung, der Anzahl der Gruppen und der Abhängigkeit der Stichproben berücksichtigt und nach dem statistischen Entscheidungsbaum für Unterschiedshypothesen (siehe Abbildung 18) sowie nach Bortz und Döring (2006) und dem Werk „Der Fragebogen“ von Raab-Steiner und Benesch (2012) vorgegangen. Wenn nötig, wurde homogene Varianz angenommen.

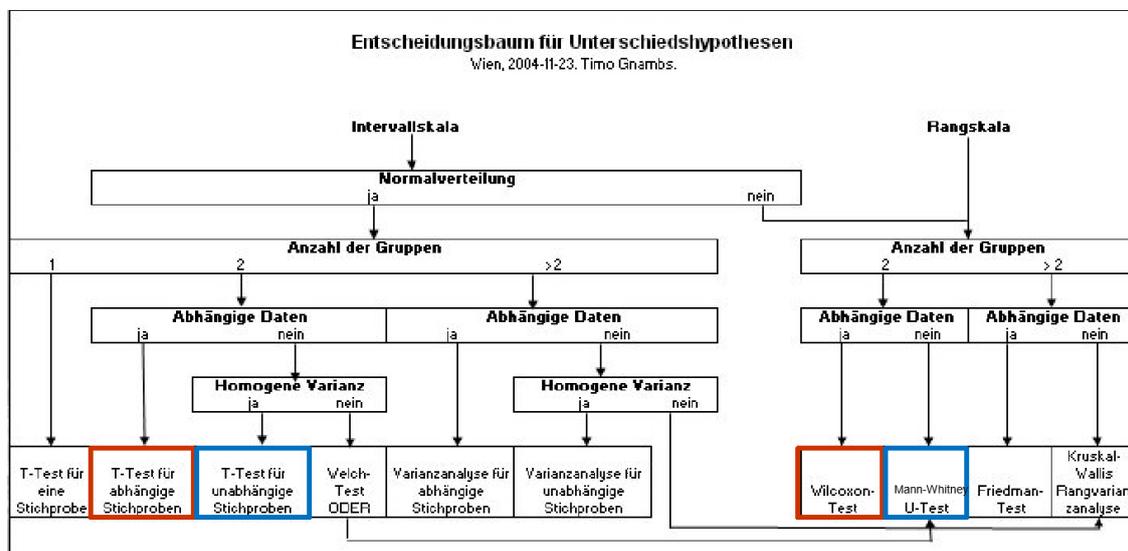


Abbildung 18: statistischer Entscheidungsbaum für Unterschiedshypothesen nach Gnambs (Wessner, 2019)²⁴

Metrische Variablen wurden nach dem Kolmogorov-Smirnov-Test (KS-Test) oder dem Shapiro-Wilk Test (wenn die Fallzahl mindestens in einer Gruppe kleiner als 30 war) und eine grafische Inspektionen von Boxplots, Histogrammen und teilweise auch von Q-Q-Diagrammen vorgenommen (Degen, 2010, S. 91ff; Raab-Steiner & Benesch, 2012, S. 123; Decker, Rašković, & Brunziek, 2010, S. 502).

Für die Interpretation der Größe eines Korrelationsmaßes wurde in Anlehnung an Raab-Steiner und Benesch (2012) für die Interpretation der Stärke des Zusammenhangs Tabelle 6 verwendet.

²⁴ Dieser Entscheidungsbaum entstammt der Lehrveranstaltung Quantitative Forschungsmethoden des WS 2019/20 von Barbara Wessner, Zentrum für Sportwissenschaft Wien. Die Originalquelle konnte nicht identifiziert werden.

Tabelle 6: Werte des Korrelationskoeffizienten zum Interpretieren von Zusammenhängen (Raab-Steiner & Benesch, 2012, S. 142)

Wert	Interpretation
$r \leq 0,2$	sehr geringer Zusammenhang
$r \leq 0,5$	geringer Zusammenhang
$r \leq 0,7$	mittlerer Zusammenhang
$r \leq 0,9$	hoher Zusammenhang
$r > 0,9$	sehr hoher Zusammenhang

Wenn bei der Prüfung von Zusammenhangshypothesen bei Chi²-Tests der Wert für die erwartete Anzahl von weniger als fünf über 20 % lag, so wurde aufgrund der Unzuverlässigkeit des Pearsonschen Tests der exakte Test nach Fisher interpretiert (Raab-Steiner & Benesch, 2012, S. 134). Das Signifikanzniveau wurde im Zuge der Datenauswertung auf $p < 0,05$ gesetzt (Bortz & Döring, 2006, S. 740).

Bei der Untersuchung der Variablen GK und bewegungsbezogene GK ist anzumerken, dass diese einerseits *ordinal* aufgrund der im nächsten Abschnitt beschriebenen Kategorien eingestuft wurden und andererseits *metrisch*, wenn der Summenscore der ausreichenden Items betrachtet wurde (z.B. GK (Summenscore)), obwohl ordinale Daten hinter den einzelnen Items stecken. Häufig wurden zur statistischen Überprüfung beide Kategorien in die Untersuchung eingebunden, um zu einer höheren Aussagekraft zu gelangen. Dies wurde im Fließtext vermerkt. Bei der Verwendung des Medians wurden keine Nachkommastellen angegeben und auf ganze gerundet. Dahingegen wurden bei Mittelwerten auf eine Nachkommastelle gerundet, da das arithmetische Mittel ebenso bei der HBSC-Studie dementsprechend angegeben ist (Felder-Puig, et al., 2019).

3.2 Auswertungsmethode der Variablen des Fragebogens

Nachfolgend wird beschrieben, wie die Daten in SPSS aufbereitet wurden. Bei der Auswertung wird vorrangig die HBSC-Umfrage als Richtlinie und Vergleichswert herangezogen (Felder-Puig, et al., 2019).

3.2.1 GK

Demnach wird für die Einstufung der GK die von finnischen Wissenschaftler/innen entwickelte und erprobte Skala mit 10 Items verwendet, das sogenannte HLSAC-Instrument (Felder-Puig, et al., 2019; Paakkari, et al., 2016).

Zur Auswertung der Itembox 1 wurden jedem Item Punkte von eins bis vier (1=„stimme überhaupt nicht zu“ bis 4=„stimme voll und ganz zu“) vergeben, um schließlich einen Summenscore bilden zu können. Dabei wurde die Unterteilung der Tabelle 7 getroffen.

Tabelle 7: Auswertung der GK: Punkte des Summenscores laut HBSC-Befragung (Felder-Puig, et al., 2019)

GK - Kategorie	Summenscore 1
niedrige	10 - 25
mittlere	26 - 35
hohe	36 - 40

Bei Inkludierung der ergänzten Items wurden angepasste Summenscores, die der Tabelle 8 zu entnehmen sind, verwendet.

Tabelle 8: Auswertung der GK: angepasste Punkte des Summenscores

GK - Kategorie	Summenscore 2
niedrige	17 - 43
mittlere	44 - 59
hohe	60 - 68

Der angepasste Summenscore 2 wurde mithilfe deskriptiver Statistik so adaptiert, dass die Fallzahlen und Prozentangaben im Vergleich zur GK mit Summenscore 1 nach der HBSC-Studie identisch waren. Es musste nach der prozentuellen Berechnung von Summenscore 1 auf 2 die obere Grenze der Kategorie der niedrigen GK des Summenscore 2 auf 43 statt 42 und die obere Grenze der mittleren GK auf 59 statt 60 gesetzt werden. Demnach wird die Variable GK mit erweiterten Items und Summenscore 2 für die weiteren Untersuchungen verwendet werden.

3.2.2 Bewegungsbezogene GK

Aufgrund der Komplexheit der Auswertung von Sudeck und Pfeifer (2016) wurde bei der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Forschung eine andere Auswertungsmethode gewählt. Es wurden wiederum den einzelnen Antworten Punkten von eins bis vier zugeordnet (1= „trifft gar nicht zu“ bis 4= „trifft genau zu“) Summenscores gebildet. Mit den gleichen Prozentwerten wie bei der Auswertung der GK der HBSC-Studie wurden auch hier die Kategorien „niedrige“, „mittlere“ und „hohe“ bewegungsbezogene GK mit dementsprechenden Summenscores (Zahlen auf Ganze korrekt gerundet) gebildet (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Auswertung der bewegungsbezogenen GK - Summenscore Werte

Kategorie - bewegungsbezogene GK	Summenscore
niedrige	13 - 33
mittlere	34 - 46
hohe	47 - 52

3.2.3 Gesundheitswissenstest

Pro Frage gab es von vier Antwortmöglichkeiten eine richtige Antwort. Wenn jemand die Frage richtig beantwortete, wurden fünf Punkte vergeben, ansonsten null. Schließlich wurde wie in Tabelle 10 dargestellt ein Summenscore der Punkte erstellt und Kategorien zur Einschätzung des Gesundheitswissens der Schüler/innen gebildet.

Tabelle 10: Kategorien zum Gesundheitsquiz mit jeweiligen Summenscore

Kategorie	Summenscore
sehr gut	45 - 50
gut	35 - 40
mittel	25 - 30
genügend	15 - 20
schlecht	3 - 10

3.2.4 Sozioökonomischer Status: Family Affluence Scale (FAS)-Skala

Zur Auswertung des Familienwohlstandes wurde die sogenannte FAS-Skala mit sechs Fragen herangezogen. Dabei wurden wiederum Summenscores der einzelnen Fragen gebildet, wobei „nein“=0 bedeutete und bei „ja“ die beantwortete Anzahl eingerechnet wurde. Demnach ergab sich ein Score, der sogenannte „FAS-Index“ mit maximal 13 Punkten. Je mehr Punkte, desto wohlhabener ist die Familie (Hobza, Hamrik, Bucksch, & De Clercq, 2017). Es wurde die Kategorisierung der Tabelle 11 vorgenommen.

Tabelle 11: FAS-Index - Summenscores zur Kategorisierung des sozioökonomischen Status

Kategorie - FAS	Score
niedrig	0 – 4
mittel	5 – 9
hoch	10 – 13

3.2.5 BMI und Körperselbstbild

Anhand der Angaben von Größe und Gewicht wurde der BMI mit der Formel $BMI = \frac{\text{Körpergewicht [kg]}}{\text{Körpergröße [m]}^2}$ berechnet. Da es sich um Jugendliche mit unabgeschlossener körperlicher Entwicklung und nicht um Erwachsene handelt, wurde die Einteilung der BMI-Kategorien in Anlehnung an die Arbeiten von Kromeyer-Hauschild et al. (2001) und der Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE) (2019) als Durchschnittswert der 14,5- bis 18-Jährigen der jeweiligen Perzentilen von Kromeyer-Hauschild et al. berechnet. Kleiner als das 10. Perzentil entspricht Untergewicht, größer als das 90. Perzentil Übergewicht und

größer als das 97. Perzentil bedeutet Adipositas (Kromeyer-Hauschild, et al., 2001; ÖGE, 2019). Die Tabelle mit den Werten zu den einzelnen Kategorien kann dem Anhang entnommen werden (siehe Punkt 2.1).

Zuletzt wurden bestimmte Variablen zwar im Fragebogen erhoben, aber aufgrund der Irrelevanz für die Forschung nicht ausgewertet. Betroffen dabei waren die Fragenbatterie zum Konsum psychoaktiver Substanzen der HBSC-Studie sowie die höchste abgeschlossene Ausbildung der Eltern und das derzeitige Wohlbefinden. Deskriptive Statistiken zu Teile davon lassen sich jedoch im Anhang wiederfinden (siehe Punkt 2.2 und 2.3).

3.3 Zusammensetzung und deskriptive Auswertung der Stichprobe

Die Stichprobe (n=167) setzte sich aus Schüler/innen einer berufsbildenden höheren landwirtschaftlichen Schule mit Matura in Niederösterreich zusammen. Das Durchschnittsalter betrug 15,89 ($\pm 1,50$) Jahre. Der Mittelwert der Mädchen (15,87 Jahre) und jener der Burschen (15,93 Jahre) waren beinahe ident. Aufgrund der übersichtlicheren Auswertung wurden zum Teil folgende Altersgruppen verwendet:

- Altersgruppe 1: 14- und 15-Jährige (n=78, 46,7 %)
- Altersgruppe 2: 16- und 17-Jährige (n=64, 38,3 %)
- Altersgruppe 3: 18- und 19-Jährige (n=25, 15,0 %)

Da bei dieser Forschung im Gegensatz zur HBSC-Studie nicht das Geburtsdatum erhoben wurde, konnten nicht die Kategorien der HBSC-Befragung übernommen werden. Zu beachten gilt zudem, dass in der HBSC-Studie das Alter maximal bei 17 Jahren lag und demzufolge für die letzte Altersgruppe kein dementsprechender Vergleich mit der HBSC-Studie gezogen werden kann (Felder-Puig, et al., 2019, S. 11).

Es füllten 58 männliche Schüler (34,7 %) und 109 weibliche Schülerinnen (65,3 %) den Fragebogen vollständig aus. Drei Schüler/innen haben den Fragebogen abgebrochen und werden deshalb nicht in die Auswertung miteinbezogen. Die höchste Anzahl der Schüler/innen, die den Fragebogen vollständig ausfüllten, konnte in der Altersgruppe der 14- und 15-Jährigen unter den weiblichen Schülerinnen (n=51, 30,5 %) gleich gefolgt von den 16- und 17-Jährigen Schülerinnen (n=46, 27,5 %) gefunden werden.

Die meisten Studienteilnehmer/innen entstammten dem Zweig Landwirtschaft (55 %), ca. 38 % jenem der Lebensmittel- und Biotechnologie und der Rest der Landtechnik. Aufgrund der Interessensspezialisierung der befragten Schüler/innen in der berufsbildenden höheren

Schule ist kein Schluss auf die Grundgesamtheit aller Schüler/innen einer berufsbildenden höheren Schule bzw. auf alle Schüler/innen einer höheren Schule in Österreich möglich.

Weiters besitzen alle Schüler/innen die *österreichische Staatsbürgerschaft*. Bis auf zwei Väter und eine Mutter wurden ebenfalls alle in Österreich geboren.

Bezüglich ihres *Wohnortes während der Schulzeit* gaben rund 53 % das Internat in der Schule, 32 % die Wohnung mit Mitbewohner/innen nahe der Schule, also extern, und 15 % ebenso extern (z.B. bei den Eltern) an. Demzufolge wurde die Frage nach dem Schulweg etwas verfälscht, da beinahe alle Internatsschüler/innen bei dieser Frage „zu Fuß“ ankreuzten. Auffällig ist, dass jene, die die Frage mit „extern“ beantworteten, häufig das Auto und nicht das Fahrrad angaben. Gesamt gaben 33 % an, täglich mit dem Auto (aber nicht mit den Eltern) zur Schule zu fahren und nur 3,5 % das Fahrrad, je nach Wetter bzw. Saison, zu benutzen.

Wird der *BMI* der Schüler/innen nach den Werten der Perzentilen für Jugendliche betrachtet, so sind ca. 79 % der Stichprobe normalgewichtig, wobei dies zwischen den Geschlechtern sehr ausgeglichen ist. Nicht ausgeglichen sind die Prozentzahlen des Untergewichts, das bei Mädchen (11,2 %) weit höher ausfällt als bei Jungen (5,3 %), und gegensätzlich bei der Adiposität (Mädchen: 2,8 %, Buben: 8,8 %). Diese beiden Tendenzen fallen ebenso bei der HBSC-Studie auf (Felder-Puig, et al., 2019, S. 26). Drei Werte wurden von SPSS bei der Variable Gewicht als fehlend deklariert. Da bei der HBSC-Studie aufgrund des unterschiedlichen Alters von anderen Perzentilen ausgegangen worden ist, können die Ergebnisse nicht direkt verglichen werden. Normalgewicht wurde im Rahmen der HBSC-Studie zwischen 17 und 25 kg/m² eingestuft. Aufgrund dieser Kategorisierung konnte festgestellt werden, dass 71 % der Schüler/innen Österreichs als normalgewichtig eingestuft werden (Felder-Puig, et al., 2019, S. 25). Generell sollte beachtet werden, dass Jugendliche oftmals bei der Frage nach dem Gewicht eine zu niedrige Zahl angeben. Deshalb liegen laut einer deutschen Studie die tatsächlichen Prozentzahlen des Übergewichts und der Adipositas höher (Kurth & Ellert, 2010).

Bezüglich des *Körperselbstbildes* kann die Tendenz der HBSC-Studie, dass sich mehr Mädchen als Jungen zu dick fühlen und mehr Jungen als Mädchen zu dünn (Felder-Puig, et al., 2019, S. 26), bestätigt werden. In der Kategorie „ein bisschen zu dick“ fallen rund 66 % auf die weiblichen und 33 % auf die männlichen Schüler/innen. Die Frage, ob zwischen dem Körperselbstbild und der BMI-Kategorie ein signifikanter Zusammenhang besteht, lässt sich mittels dem signifikanten Rangkorrelationskoeffizienten bejahen. Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen den BMI-Kategorien und dem

Körperselbstbild (Kendall-Tau-b=0,439, $p < 0,001$). Dies spricht dafür, dass das Körperselbstbild der Schüler/innen nicht verzerrt ist.

Hinsichtlich dem SES, der mithilfe der FAS erfasst wurde, konnte beschreibend Tabelle 12 generiert werden. Die Ausprägung eines niedrigen Wohlstandes wurde in der existenten Forschung nicht angenommen.

Tabelle 12: Deskriptive Statistik zum Familienwohlstand der Schüler/innen nach der FAS-Skala

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig hoch	106	63,5	63,5	63,5
mittel	61	36,5	36,5	100,0
Gesamtsumme	167	100,0	100,0	

Bezüglich der *Selbstwirksamkeit* beantworteten fast 70 % die Aussage, dass sie sich in schwierigen Situationen auf die eigenen Fähigkeiten verlassen können bzw. schwierige Probleme und anstrengende Aufgaben aus eigener Kraft gut lösen können, mit „trifft ziemlich zu“ und 12 % mit „trifft voll und ganz zu“. Nur vier Personen beantworteten diese mit „trifft wenig zu“. In der HBSC-Studie wurden zur Messung die drei Items getrennt befragt und schließlich eine Skala von 0-100 gebildet, weshalb hier kein Vergleich gezogen werden kann (Felder-Puig, et al., 2019, S. 23).

Bezüglich der *Lebenszufriedenheit* der Schüler/innen konnte auf die Frage, wo sie sich auf einer Skala von null bis zehn persönlich einordnen würden (0= „das schlechteste für dich mögliche Leben“, 10= „das beste für dich mögliche Leben“). Die absoluten und relativen Anzahlen der jeweiligen Kategorien der Skala kann der Tabelle 13 entnommen werden. Der Mittelwert der Mädchen ist geringfügig niedriger (7,2 ($\pm 1,5$)) als jener der Buben (7,4 ($\pm 1,4$))²⁵. Das Ergebnis der HBSC-Studie von Österreich 2018 lag im Mittel bei 7,8, wobei ebenso betont wird, dass Mädchen durchschnittlich etwas unzufriedener sind. Zudem weisen sie darauf hin, dass die Lebenszufriedenheit mit dem Alter konstant abnimmt (Felder-Puig, et al., 2019, S. 21). Deshalb ist bezüglich der niedrigeren Lebenszufriedenheit der Schüler/innen der vorliegenden Stichprobe zu beachten, dass bei der HBSC-Studie ein geringeres Durchschnittsalter vorliegt.

²⁵ Der Mittelwert wurde als Vergleichswert zur HBSC-Studie verwendet, obwohl die Variable bezüglich des Geschlechts nach dem KS-Test (Fallzahl pro Gruppe $n > 30$) nicht normalverteilt ist ($p < 0,05$) und demnach der Median herangezogen werden müsste (Raab-Steiner & Benesch, 2012, S. 99).

Tabelle 13: Lebenszufriedenheit von 0-10 der Schüler/innen nach Geschlecht

	0, 1, 2	3	4	5	6	7	8	9	10
weiblich	0	0	6 (5,5 %)	11 (10,2 %)	15 (13,9 %)	31 (28,7 %)	25 (23,1 %)	14 (13,0 %)	6 (5,6 %)
männlich	0	1 (1,9 %)	1 (1,9 %)	5 (9,3 %)	4 (7,4 %)	14 (25,9 %)	19 (35,2 %)	9 (16,7 %)	1 (1,9 %)
gesamt	0	1 (0,6 %)	7 (4,3 %)	16 (9,9 %)	19 (11,7 %)	45 (27,8 %)	44 (27,2 %)	23 (14,2 %)	7 (4,3 %)

Zudem wurde mittels dem validierten sogenannten „WHO-5“, ein global sehr verbreiteter Fragebogen mit fünf Items, das *emotionale Wohlbefinden* erhoben. Jeder Antwort wird ein Score (0= „zu keiner Zeit“ und 5= „die ganze Zeit“) zugeordnet und schließlich ein Summenscore gebildet, welcher mit vier multipliziert eine Skala von 0 bis 100 ergibt. 100 bedeutet vollständiges emotionales Wohlbefinden (Topp, et al., 2015). In der vorliegenden Stichprobe kann im Gegensatz zur HBSC-Studie weder bei den weiblichen noch bei den männlichen Schüler/innen von einer Abnahme der Lebenszufriedenheit mit zunehmendem Alter gesprochen werden. Im österreichischen Gesundheitsbericht wurde im Besonderen bei den Mädchen in der siebten Schulstufe mit Beginn der Pubertät ein Einbruch dieser festgestellt (Felder-Puig, et al., 2019, S. 23). Diese Alterskategorie ist in der untersuchten Stichprobe nicht enthalten. Erkennbar sind ähnlich der HBSC-Studie Unterschiede im Geschlecht in jeder Altersgruppe.

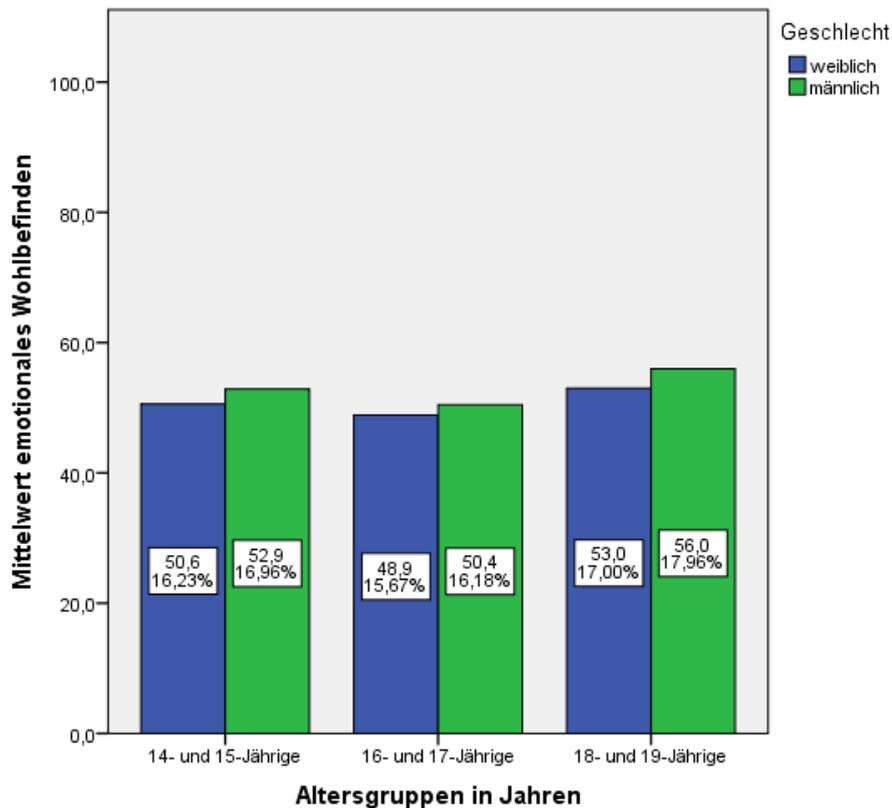


Abbildung 19: Mittleres emotionales Wohlbefinden nach Geschlecht und Altersgruppe (0=schlechtestes bis 100=bestes Wohlbefinden)²⁶

Wenn die untersuchte Stichprobe mit den Daten der HBSC-Studie in den jeweiligen Alterskategorien verglichen wird, so lässt sich bei den 14- und 15-Jährigen der vorliegenden Erhebung im Vergleich zu jenen der neunten Schulstufe der HBSC-Studie feststellen, dass Mädchen ein höheres emotionales Wohlbefinden (HBSC-Studie: 45,3) und Buben ein niedrigeres (HBSC-Studie: 55,1) aufweisen (siehe Abbildung 19)²⁷. Der gleiche Schluss lässt sich bei einem Vergleich der 16- und 17-Jährigen mit der elften Schulstufe der HBSC-Studie ziehen (ebda., S. 23).

Hinsichtlich der GK gehen Teilergebnisse dieser Studie (siehe Tabelle 14) Hand in Hand mit jenen der HBSC-Studie von Österreich, denn dort wird berichtet, dass rund 70 % der Schüler/innen über eine mittlere GK verfügen (Felder-Puig, et al., 2019, S. 65). Ebenso ähnlich ist das Ergebnis bei der hohen GK, denn laut dem österreichischen Gesundheitsbericht haben rund 18 % eine hohe GK (ebda., S. 66). Der etwas höhere

²⁶ Es darf der Mittelwert des emotionalen Wohlbefindens nach den Altersgruppen interpretiert werden, da die Variable nach dem Shapiro-Wilk-Test normalverteilt ist (alle Altersgruppen: $p > 0,05$).

²⁷ Der Mittelwert wurde als Vergleichswert zur HBSC-Studie verwendet, obwohl die Variable bezüglich des Geschlechts nach dem KS-Test (Fallzahl pro Gruppe $n > 30$) nicht normalverteilt ($p < 0,05$) ist und demnach der Median herangezogen werden müsste (Raab-Steiner & Benesch, 2012, S. 99).

Prozentsatz der beiden Gruppen der vorliegenden Untersuchung könnte auf das höhere Durchschnittsalter zurückzuführen sein.

Tabelle 14: Deskriptive Statistik der GK nach HLSAC mit erweiterten Items

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig niedrige	9	5,4	5,4	5,4
mittlere	124	74,3	74,3	79,6
hohe	34	20,4	20,4	100,0
Gesamtsumme	167	100,0	100,0	

Im internationalen Vergleich können Resultate der 2018 in Finnland durchgeführten HBSC-Studie herangezogen werden. Dort verfügten rund ein Drittel über eine hohe, rund 60 % über eine mittlere und ein Zehntel über eine niedrige GK (Paakkari, et al., 2018a).

Der Tabelle 15 und Tabelle 17 zufolge, sind bei der *bewegungsbezogenen* GK weniger Personen einer mittleren (n=90) und mehr einer niedrigen Kategorie (n=61) zugeordnet als bei der GK.

Tabelle 15: Deskriptive Statistik zur bewegungsbezogenen GK

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig niedrige	61	36,5	36,5	36,5
mittlere	90	53,9	53,9	90,4
hohe	16	9,6	9,6	100,0
Gesamtsumme	167	100,0	100,0	

Bezüglich der *selbstberichteten körperlichen Aktivität* der letzten sieben Tage von mindestens 60 Min. täglich mit mittlerer Intensität (Bewegungsempfehlung der WHO) ist wie in der HBSC-Studie auffällig, dass diese mit zunehmendem Alter abnimmt, vor allem bei den Mädchen. Auffällig ist ein Anstieg diesbezüglich bei den Buben der untersuchten Stichprobe im Alter von 18 und 19 Jahren. Wird ein altersspezifischer Vergleich zur HBSC-Studie gezogen, so ist das Aktivitätsniveau der Schüler/innen der Stichprobe dieser Forschung in der neunten Schulstufe bei beiden Geschlechtern und in der elften Schulstufe nur bei den Mädchen höher (siehe Abbildung 20 und Abbildung 21) (Felder-Puig et al., 2019, S. 35).

Der Mittelwert der Mädchen²⁸ liegt bei 3,8 ($\pm 1,7$) Tage und jener der Buben bei 4,2 ($\pm 1,7$) Tage. Dies ist im Vergleich zur HBSC-Studie bei den Mädchen etwas höher und bei den Buben etwas geringer (Mädchen: 3,5 Tage; Buben: 4,5 Tage) (Felder-Puig, et al., 2019, S. 35ff).

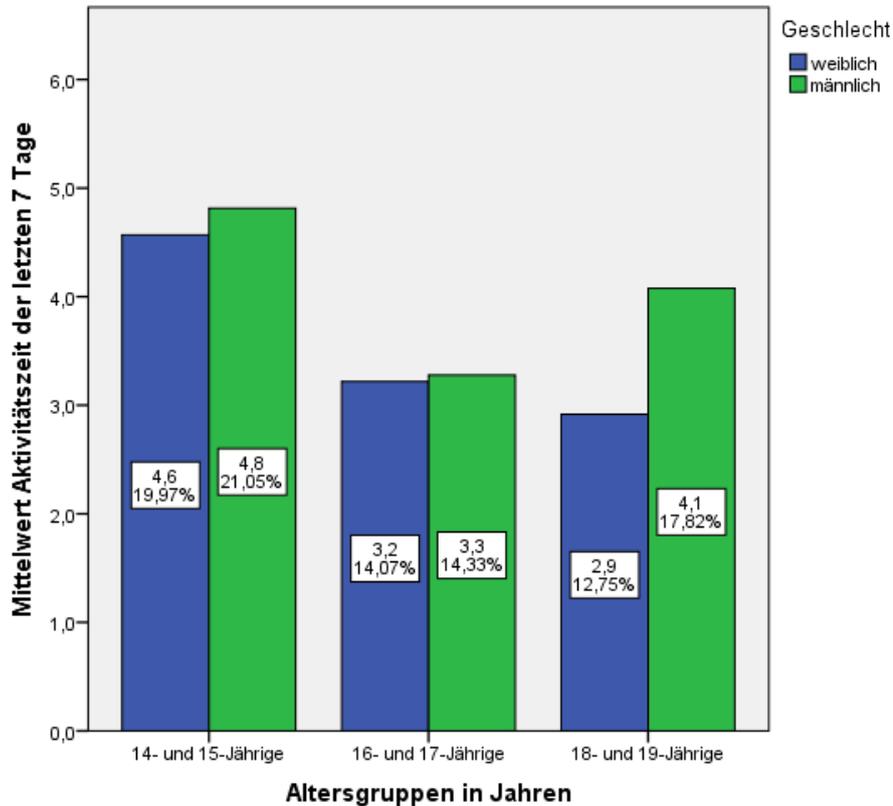


Abbildung 20: Mittlere körperliche Aktivität der Schüler/innen der letzten sieben Tage von mindestens 60 Min. mittlerer Intensität pro Tag nach Alter und Geschlecht

²⁸ Der Mittelwert wurde als Vergleichswert zur HBSC-Studie verwendet, obwohl die Variable bezüglich der Altersgruppen nach dem KS-Test nicht normalverteilt ist ($p < 0,05$) und demnach der Median herangezogen werden müsste (Raab-Steiner & Benesch, 2012, S. 99).

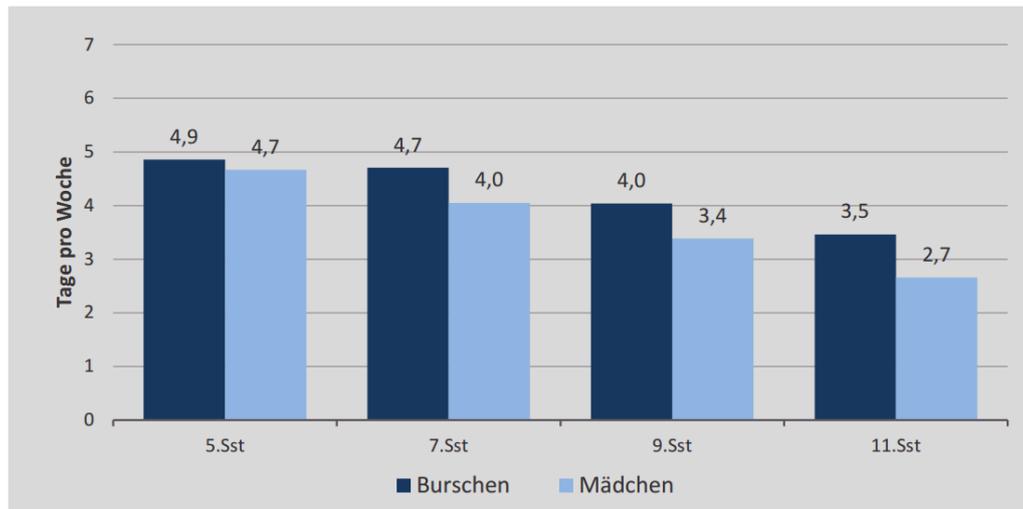


Abbildung 21: Mittlere körperliche Aktivität der Schüler/innen der letzten sieben Tage von mindestens 60 Min. mittlerer Intensität pro Tag nach Schulstufe und Geschlecht (Felder-Puig, et al., 2019, S. 35)

Weiters wurde die *Nutzung der sozialen Medien* mittels einer Fragebogenbatterie von neun Items der HBSC-Studie abgefragt. Wie auch bei der HBSC-Studie (Felder-Puig, et al., 2019, S. 43f) wurde dieses mittels der validierten Skala für SMD von Van den Eijnden, Lemmens und Valkenburg (2016) ausgewertet. Wenn mehr als fünf der Fragen mit „ja“ beantwortet wurden, so liegt ein SMD vor (ebda., 2016). In der vorliegenden Studie konnte die deskriptive Statistik der Tabelle 16 getrennt nach dem Geschlecht erstellt werden:

Tabelle 16: Social Media Disorder (SMD) - Nutzung von sozialen Medien nach dem Geschlecht

Geschlecht	kein SMD		SMD	
	Anzahl	Häufigkeit	Anzahl	Häufigkeit
weiblich	102	93,6 %	7	6,4 %
männlich	56	96,6 %	2	3,4 %
gesamt	158	94,6 %	9	5,4 %

Somit weisen wie bereits bei der HBSC-Studie gering mehr Mädchen als Buben eine SMD auf. Die Prozentzahlen der SMD sind jener der elften Schulstufe der HBSC-Studie sehr ähnlich (weiblich: 6,8 %, männlich: 3,6 %). Betont wird von Felder-Puig et al. (2019, S. 44) dabei, dass diese mit dem Alter abnehmen.

3.4 Hypothesenprüfung und analytische Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die in der Einleitung aufgestellten Hypothesen (siehe Punkt 1.3) mit statistischen Auswertungsverfahren überprüft und damit im Zusammenhang stehende Resultate präsentiert. Die Auswertungen werden themengruppiert und hypothesenorientiert dargestellt.

3.4.1 Unterschied in der GK bezüglich des Alters

H_0 : *Es besteht kein Unterschied in der GK bezüglich des Alters.*

H_1 : *Es besteht ein Unterschied in der GK bezüglich des Alters.*

Nach dem Shapiro-Wilk-Test ist die GK (Summenscore) als metrische Variable bezüglich der Altersgruppen nicht normalverteilt, denn der Wert der 14- und 15-Jährigen ist signifikant ($p=0,024$). Wird der Unterschied zwischen mehr als zwei unabhängigen Gruppen mit nicht-normalverteilten Variablen getestet, so kann der Kruskal-Wallis-Test bei unabhängigen Stichproben herangezogen werden (Universität Zürich, 2018). Dieser ergibt ein signifikantes Ergebnis ($p=0,011$), warum die Nullhypothese abgelehnt und die Alternativhypothese angenommen wird. Um herauszufinden zwischen welchen Altersgruppen Unterschiede bestehen, müssen Post-hoc-Tests durchgeführt werden. Eine Bonferroni-korrigierte Post-hoc-Analyse ergab, dass der Median der 16- und 17-Jährigen (56 (40-66) Punkte) um fünf niedriger war als jener der 18- und 19-Jährigen (58 (47-68) Punkte) ($p=0,015$). Es bestanden jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den 14- und 15-Jährigen und den 16- und 17-Jährigen ($p=0,12$) sowie zwischen den 14- und 15-Jährigen und den 18- und 19-Jährigen ($p=0,5$). Als grafische Darstellung zum beschriebenen Sachverhalt wurde das Balkendiagramm mit Fehlerbalken des 95%igen Konfidenzintervalls der Abbildung 22 herangezogen.

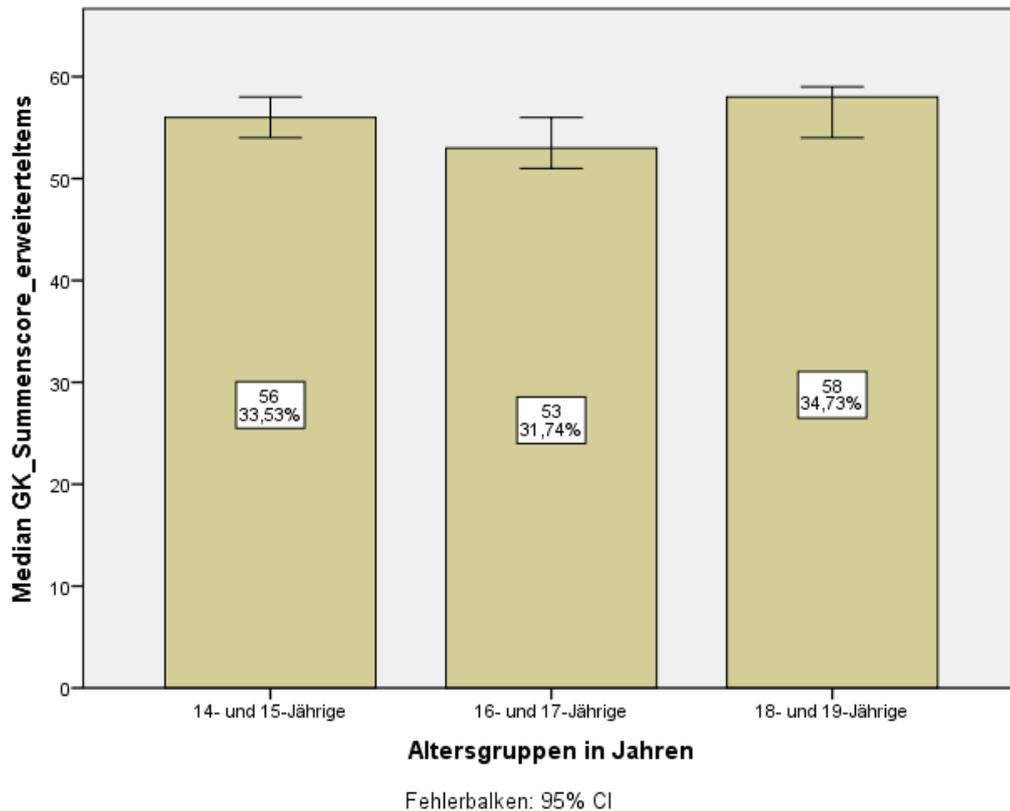


Abbildung 22: Balkendiagramm zum Unterschied in der GK (Summscore) bezüglich der Altersgruppen

Wird ergänzend der Zusammenhang der beiden Variablen GK (Summscore) und Alterskategorien mithilfe einer Korrelationsmatrix betrachtet, so lässt sich kein signifikanter identifizieren (Spearman-Rho= -0,003; $p=0,968$). Auch nicht, wenn das Alter als metrische Variable in die Korrelationsberechnung miteinbezogen wird (Spearman-Rho=0,018; $p=0,812$).

Hinsichtlich der *eigenen Einschätzung der Schüler/innen auf die Bewältigung von gesundheitsbezogenen Aufgaben*, die in Anlehnung an die HLS-EU-Q-Studie erstellt wurden (Felder-Puig, et al., 2019), lässt sich anhand Tabelle 17 feststellen, dass von der jeweiligen Alterskategorie die folgenden Prozentzahlen der Schüler/innen die linksstehenden Aufgaben als „einfach“ einschätzen.

Tabelle 17: Relative Anzahl der Schüler/innen, die den Vollzug ausgewählter Gesundheitsaufgaben als "einfach" einstufen, Aufgaben in Anlehnung an die HBSC-Studie (Felder-Puig, et al., 2019, S. 66)

	14- und 15-Jährige	16- und 17-Jährige	18- und 19-Jährige
Gesundheitsratschläge verstehen	88,5 %	89,1%	92,0 %
Informationen über ungesunde Lebensweisen verstehen	96,2 %	92,2 %	100 %
Einfluss von Gewohnheiten auf Gesundheit verstehen	79,5 %	85,9 %	100 %
Hilfe bei psychischen Problemen finden	69,2 %	68,8 %	72,0 %
Informationen aus den Medien verstehen	70,5 %	78,1 %	92,0 %
Informationen aus den Medien bewerten	65,4 %	50,0 %	80,0 %

Alle Werte liegen deutlich über jenen der HBSC-Studie (Felder-Puig, et al., 2019, S. 66), was den Trend zur Verbesserung mit zunehmendem Alter bestätigen würde. Bei einem altersspezifischen Vergleich fallen alle Prozentzahlen der vorliegenden Stichprobe – mit Ausnahme des grau hinterlegten Feldes in Tabelle 17 – höher als bei der HBSC-Studie (Felder-Puig, et al., 2019) aus, was bedeutet, dass die untersuchten Personen Gesundheitsaufgaben leichter einschätzen als die durchschnittliche österreichische Schülerschaft. Eine Ausnahme stellt dabei die letzte Aufgabe „Informationen aus den Medien bewerten“ in der Kategorie der 16- und 17-Jährigen dar, die in der Studie der im Rahmen dieser Masterarbeit durchgeführten Forschung weit geringer ist (50,0 %) als jene der elften Schulstufe (59,0 %) (ebda.). Hier und auch im Rahmen der HBSC-Studie kann anhand der Ergebnisse gefolgert werden, dass diese Aufgabe den Schüler/innen am schwersten fällt. Ein Fünftel (20,1 %) der 14- und 15-Jährigen beantworteten diese Aufgabe mit „Ich weiß nicht“. Dahingegen trafen 8 % der 18- und 19-Jährigen die gleiche Einschätzung, was wiederum die Verbesserung mit steigendem Alter bestätigt. Anders als bei der HBSC-Studie, bei der die Schüler/innen die Aufgabe „Gesundheitsratschläge verstehen“ als am einfachsten einstufen, stellte sich hier die Aufgabe „Informationen über ungesunde Lebensweisen verstehen“ als einfachste heraus.

3.4.2 Unterschied in der GK zwischen den Geschlechtern

H_0 : Es besteht kein Unterschied in der GK zwischen den Geschlechtern.

H_1 : Es besteht ein Unterschied in der GK zwischen den Geschlechtern.

Wenn die GK (Summenscore) als metrische Variable betrachtet wird, so ist diese bezüglich des Geschlechts mithilfe des KS-Test normalverteilt ($p \geq 0,2$). Demzufolge wurde für die Prüfung der Hypothese der T-Test für unabhängige Stichproben unter Annahme von homogenen Varianzen verwendet (Bortz & Döring, 2006, S. 496; Raab-Steiner & Benesch, 2012, S. 120). Da der Levene-Test nicht signifikant ist ($p=0,782$) wird Varianzgleichheit angenommen. Der T-Test ergibt signifikante Unterschiede der Mittelwerte der weiblichen und männlichen Schüler/innen ($p=0,025$). Der Mittelwert der Mädchen liegt bei 55,5 ($\pm 6,0$) Punkte und jener der Buben bei 53,3 ($\pm 5,9$) Punkte. Demzufolge weisen die weiblichen Schülerinnen im Durchschnitt eine höhere GK auf als die männlichen.

Wird die GK als ordinale Variable betrachtet, so kann zur Beantwortung der Hypothese zum „Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich der GK“ der Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben (Raab-Steiner & Benesch, 2012, S. 128) mit den Variablen GK (Itembox 1) und Geschlecht verwendet werden. Es besteht ein Unterschied in der GK zwischen weiblichen und männlichen Schüler/innen ($p=0,012$). Der mittlere Rang der weiblichen Schülerinnen ist höher als jener der männlichen. Die Mediane sind bei beiden Geschlechtern identisch mit einer mittleren GK.

Da bei beiden Skalenniveaus ein signifikanter Unterschied resultiert, wird die H_0 verworfen und die H_1 angenommen. Eine Veranschaulichung dazu liefert Abbildung 23, die zeigt, dass der Personengruppe der mittleren und hohen GK mehr Schülerinnen und in der niedrigen GK mehr Schüler zuzuordnen sind. Vor allem in der Kategorie der hohen GK ist ein großer Unterschied hinsichtlich der Geschlechter ersichtlich.

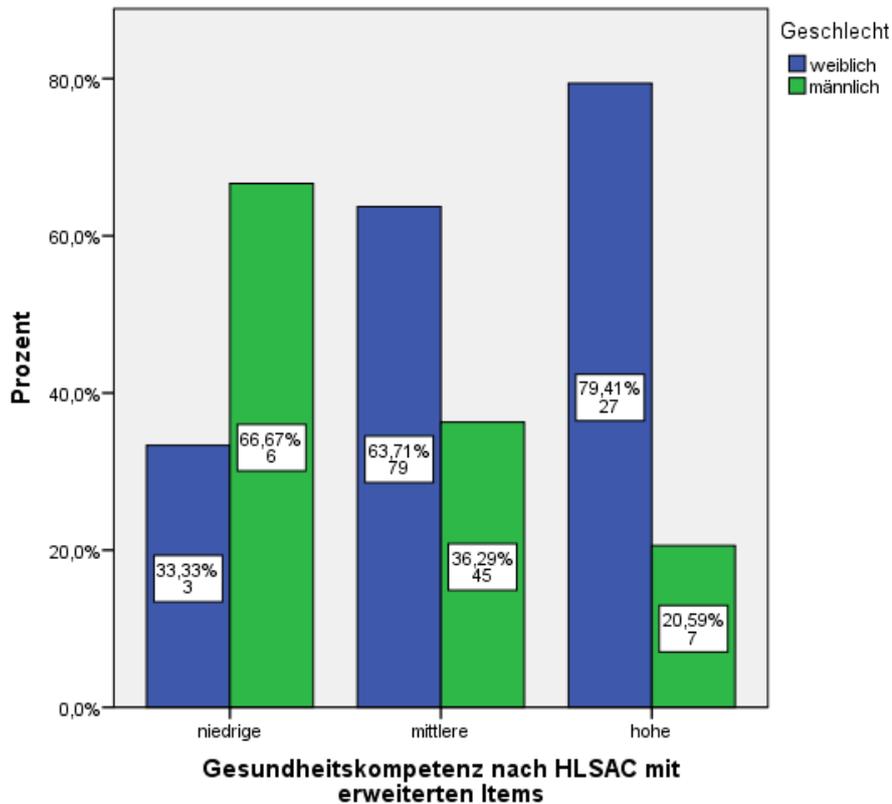


Abbildung 23: gruppiertes Balkendiagramm der GK-Kategorien bezüglich des Geschlechts

Die Resultate einer Verbesserung der GK mit zunehmendem Alter und dass Mädchen im Durchschnitt über eine bessere GK verfügen als Buben, wurden bereits in einer finnischen Studie 2018 als Teil der HBSC-Studie bei der Befragung von Schüler/innen der siebten und neunten Schulstufe festgestellt (Paakkari, et al., 2018a).

Werden die Korrelationen der Summenscores der einzelnen Stufen der GK nach Nutbeam (siehe Punkt 2.3.4.1) mit der GK (Summenscore) untersucht, so lässt sich der größte signifikante Zusammenhang zwischen der GK und der kritischen GK feststellen (Pearson=0,893, $p < 0,001$) und der geringste mit der interaktiven GK (Pearson=0,686, $p < 0,001$). Es besteht somit zwischen der GK und der kritischen GK ein hoher positiver Zusammenhang ($r = 0,893$).

Bezüglich der Geschlechter lässt sich anhand von Chi²-Tests nur in der kritischen GK (Summenscore) ein signifikanter Zusammenhang identifizieren ($p = 0,025$). Die kritische GK (Summenscore) ist nach dem KS-Test nicht normalverteilt ($p = 0,002$ für weiblich und $p = 0,009$ für männlich). Deshalb wird zur Interpretation des Zusammenhangs der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman verwendet (Bortz & Döring, 2006, S. 140). Es besteht ein geringer negativer Zusammenhang zwischen den Geschlechtern in der kritischen GK (Spearman = -0,215, $p < 0,05$). Wird ein Unterschied im Geschlecht bezüglich der kritischen GK (Summenscore) geprüft, so ist diese nach dem KS-Test nicht

normalverteilt ($p=0,002$ für weiblich und $p=0,009$ für männlich). Ein Mann-Whitney-U-Test (Raab-Steiner & Benesch, 2012, S. 127) liefert ein signifikantes Ergebnis ($p=0,006$), wonach ein Unterschied zwischen den Geschlechtern besteht. Der Median der Mädchen liegt bei 23 (16-28) Punkten und jener der Buben bei 21 (10-27) Punkten. Demzufolge haben weibliche Schülerinnen eine geringfügig höhere kritische GK als männliche.

3.4.3 Zusammenhang zwischen der GK und der bewegungsbezogenen GK

H_0 : Es besteht kein Zusammenhang zwischen der GK und der bewegungsbezogenen GK.

H_1 : Es besteht ein Zusammenhang zwischen der GK und der bewegungsbezogenen GK.

Werden beide Variablen GK und die bewegungsbezogene GK als ordinal betrachtet, ist bei der Interpretation der Kreuztabelle auffällig, dass die höchste absolute Anzahl der Personen in der Kreuzung der Spalte „mittlere bewegungsbezogene GK“ und „mittlere GK“ vorkommt ($n=68$, 40,7 %). Zudem lässt sich festhalten, dass rund 28 % zwar eine mittlere GK, aber eine niedrige bewegungsbezogene GK haben. Niemand von der Personengruppe mit einer niedrigen GK verfügt über eine mittlere oder hohe bewegungsbezogene GK.

Da beim χ^2 -Test der beiden ordinalen Variablen 44,4 % eine erwartete Anzahl von unter fünf aufweisen, wurde der exakte Test nach Fisher, herangezogen (Raab-Steiner & Benesch, 2012, S. 134). Dieser liefert ein signifikantes Ergebnis ($p<0,001$). Da es sich um die Prüfung eines Zusammenhangs zweier ordinalskalierten Variablen handelt, wurde der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman zur Prüfung der Hypothese verwendet (Raab-Steiner & Benesch, 2012, S. 142). Es besteht ein geringer positiver Zusammenhang zwischen der GK und der bewegungsbezogenen GK (Spearman-Rho = 0,347, $p<0,001$).

Werden die beiden metrischen Variablen GK (Summenscore) und die bewegungsbezogene GK (Summenscore) betrachtet, so lässt sich eine geringe signifikante Korrelation identifizieren (Pearson=0,403, $p<0,01$). Mithilfe eines Streudiagramms wurden keine abgeschiedenen Gruppen bzw. Punktwolken eruiert (Degen, 2010, S. 110). Dies bedeutet, dass eine höhere GK mit einer höheren bewegungsbezogenen GK einhergeht. Den Ausführungen zufolge kann die H_0 verworfen und die H_1 angenommen werden.

Bezüglich des Zusammenhangs der GK mit dem *selbstberichteten Bewegungsverhalten* konnte inferenzstatistisch betrachtet keine signifikante Korrelation gefunden werden. Die körperliche Aktivität der letzten sieben Tage als metrische Variable (PA_60 Min) ist nach dem Shapiro-Wilk-Test nicht normalverteilt (mittlere GK: $p<0,001$, hohe GK: $p=0,034$). Der exakte Test nach Fisher ist für beide Variablen für das Bewegungsverhalten PA_60 Min.

(metrisch; $p=0,563$; Spearman-Rho= $0,132$) sowie PA_außerhalb der Schule (ordinal; $p=0,599$; Spearman-Rho= $-0,13$) nicht signifikant.

Jene zehn Personen mit einer hohen bewegungsbezogenen GK, die fünf oder sechs Tage pro Woche für mindestens 60 Min. täglich körperlich aktiv sind, weisen eine mittlere oder hohe GK auf und niemand eine niedrige GK. Bei der Personengruppe mit einer niedrigen bewegungsbezogenen GK sind 60 % nur ein oder zwei Tage pro Woche gemäß der WHO-Empfehlung körperlich aktiv. Zuletzt weist niemand von der Personengruppe mit einer niedrigen GK eine mittlere oder hohe bewegungsbezogene GK auf.

Werden die einzelnen *Kategorien der bewegungsbezogenen GK* (BR, SKT und SEKO als Summenscore) hinsichtlich des Zusammenhangs zur GK und bewegungsbezogenen GK betrachtet, so lässt sich der größte signifikante Zusammenhang zwischen der bewegungsbezogenen GK und der BR finden. Es besteht ein hoher signifikanter Zusammenhang zwischen der bewegungsbezogenen GK und der BR (Spearman-Rho= $0,876$; $p<0,01$). Auch zu den beiden anderen Größen SKT (Spearman-Rho= $0,845$; $p<0,01$) und SEKO (Spearman-Rho= $0,746$; $p<0,01$) bestehen hohe signifikante Zusammenhänge. Bezüglich der GK besteht der höchste signifikante Zusammenhang zur SKT, der gering ausgeprägt ist (Spearman-Rho= $0,399$; $p<0,01$). Der Korrelationskoeffizient Spearman-Rho wurde aufgrund der nicht-normalverteilten Größen BR, SKT und SEKO in den Kategorien der bewegungsbezogenen GK (Shapiro-Wilk $p<0,05$ in allen Kategorien bei allen drei Größen) und der GK (Shapiro-Wilk $p<0,05$ bei mittleren GK in BR und SEKO, in hoher GK in SKT), wobei auch die grafischen Inspektionen der Histogramme, Q-Q-Diagramme und Boxplots für nicht normalverteilte Variablen sprechen, verwendet. Dass die SEKO eine hohe Korrelation zur habituellen Sportaktivität aufweist und das motorischem Kompetenzniveau mit der Steuerungskompetenz für körperliches Training assoziiert wird, konnte von Sudeck und Pfeifer (2016) in ihre Studie zur bewegungsbezogenen GK bestätigt werden.

Außerdem wurde nach Unterschieden in der BR, SEKO und SKT bezüglich des Alters geforscht. Die Variablen BR und SEKO sind bezüglich der Altersgruppen anhand des Shapiro-Wilk-Tests und grafischen Diagrammen nicht normalverteilt ($p<0,05$). Die Variable SKT wäre nach dem Shapiro-Wilk-Test normalverteilt ($p>0,05$ in allen Kategorien), jedoch nach dem KS-Test in der Gruppe der 14- und 15-Jährigen nicht. Nach grafischen Untersuchungen sind besonders beim Boxplot in der Kategorie der 14- und 15-Jährigen Ausreißer nach oben und unten erkennbar, weshalb von keiner Normalverteilung ausgegangen wird (Degen, 2010, S. 95). Um zu prüfen, ob ein Unterschied zwischen den Altersgruppen bezüglich der drei Variablen besteht, wurde ein Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt (Universität Zürich, 2018). Eine Bonferroni

korrigierte Post-hoc-Analyse ergab, dass in der SKT zwischen den Altersgruppen 16- und 17-Jährige und 18- und 19-Jährige ein signifikanter Unterschied besteht ($p=0,03$). Der Median der jüngeren liegt bei 16 (6-24) Punkten und der der älteren bei 18 (10-24) Punkten. Hinsichtlich der SEKO konnte zwischen den Alterskategorien der 14- und 15-Jährigen und der 16- und 17-Jährigen ein signifikanter Unterschied gefunden werden ($p<0,001$). Der Median der 14- und 15-Jährigen liegt bei 9 (4-12) Punkten und jener der 16- und 17-Jährigen bei 7 (3-12). Bei der BR konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($p=0,054$).

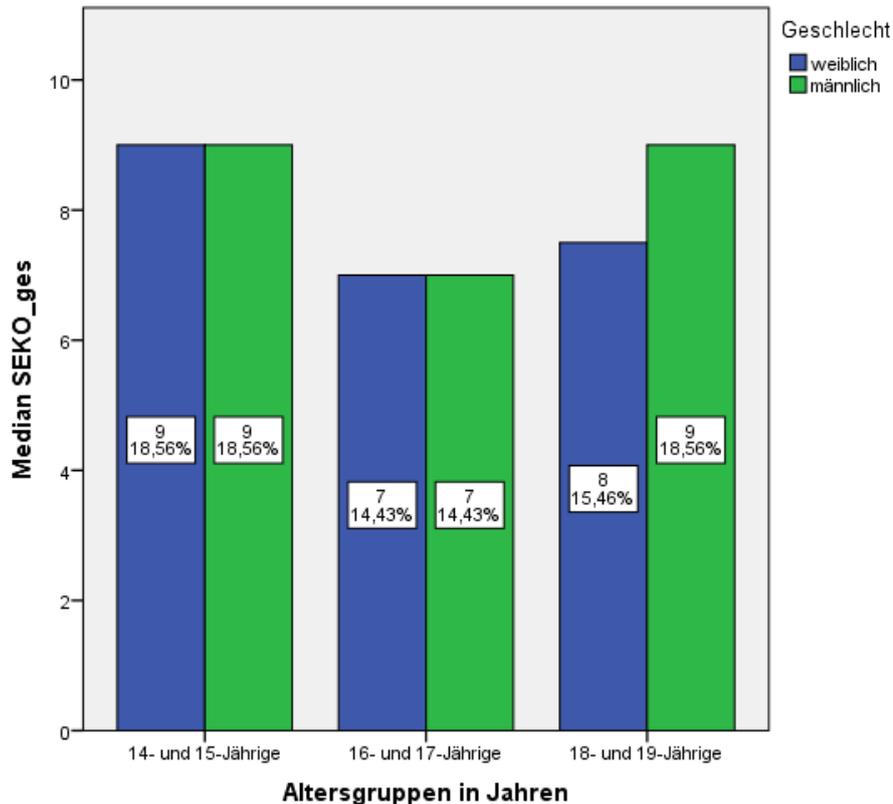


Abbildung 24: Gruppieretes Balkendiagramm der Mediane der SEKO (Summenscore) nach Altersgruppe und Geschlecht

Wie in Abbildung 24 ersichtlich ist, könnte die fallende SEKO für einen Einbruch bei der körperlichen Aktivität in der Alterskategorie der 16- und 17-Jährigen verantwortlich sein.

3.4.4 Unterschied in der GK bezüglich der Kategorien der bewegungsbezogenen GK

Damit mehr Aussagekraft bezüglich der Daten besteht, wurde die Zusammenhangshypothese bezüglich der beiden Größen GK (Summenscore) und bewegungsbezogene GK (ordinal) um folgende Unterschiedshypothese erweitert:

H_0 : Es besteht kein Unterschied in der GK als metrische Variable in den Kategorien der bewegungsbezogenen GK.

H₁: Es besteht ein Unterschied in der GK als metrische Variable in den Kategorien der bewegungsbezogenen GK.

Die GK (Summenscore) ist bezüglich der bewegungsbezogenen GK nicht normalverteilt, da in der Personengruppe der hohen bewegungsbezogenen GK der Shapiro-Wilk-Test, welcher aufgrund der geringen Fallzahl von $n=16$ in dieser Gruppe verwendet wurde, signifikant ist ($p=0,005$) (Decker et al., 2010, S. 502). Das Histogramm und der Boxplot mit Ausreißern nach unten wurden in dieser Kategorie ebenso als nicht normalverteilt eingestuft (Degen, 2010, S. 95). Demzufolge sind statistische Tests zur Prüfung von Unterschiedshypothesen anzuwenden, die bei ordinalen Daten und mehr als zwei Gruppen verwendet werden können. Deshalb wurde der Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt (Universität Zürich, 2018). Dieser ist signifikant ($p<0,001$). Um paarweise Unterschiede herauszufinden wurden einzelne Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt. Eine Bonferroni-korrigierte Post-hoc-Analyse ergab zwischen den Kategorien niedrige-mittlere und niedrige-hohe einen signifikanten Unterschied ($p<0,001$), zwischen mittlere und hohe nicht ($p=0,213$). Der Median der Schüler/innen mit einer niedrigen bewegungsbezogenen GK liegt bei 52 (40-66) Punkten und somit um sieben Punkte niedriger als jener mit einer hohen bewegungsbezogenen GK, die einen Median von 59 (45-64) Punkten aufweisen. Die Gruppe mit mittlerer bewegungsbezogener GK hat einen Median von 56 (45-68) Punkten. Den Ausführungen zufolge kann die H_0 abgelehnt und die H_1 angenommen werden.

Bei der grafischen Veranschaulichung (siehe Abbildung 25) lässt sich erkennen, dass bei beiden Geschlechtern der Median mit zunehmender bewegungsbezogener GK steigt und jener der männlichen stets unter dem der weiblichen liegt.

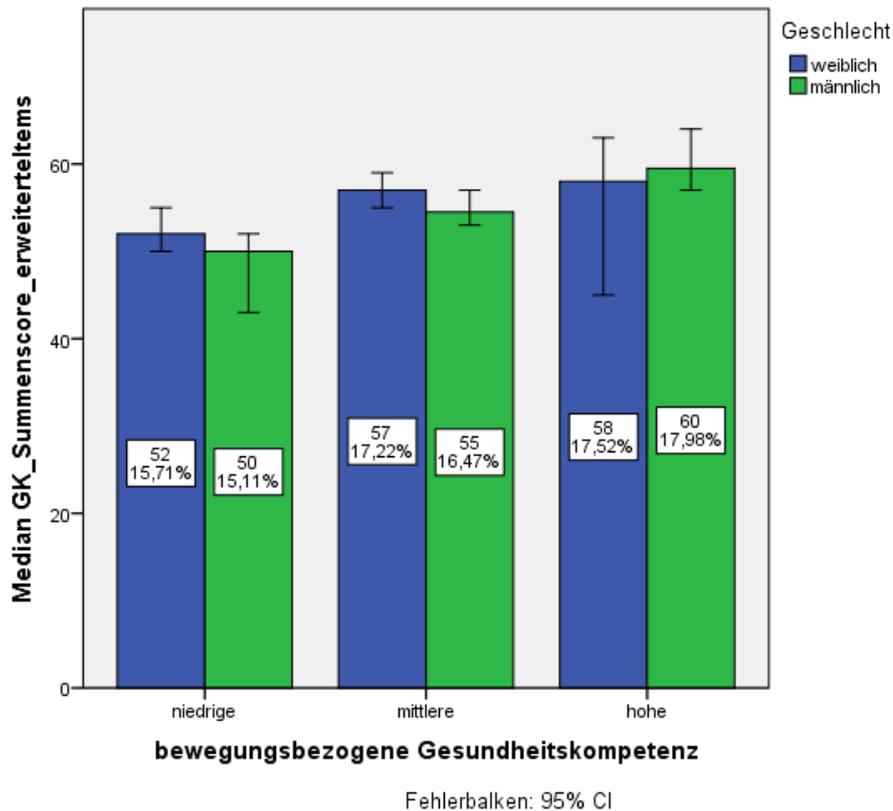


Abbildung 25: Gruppieretes Balkendiagramm zu den Medianen der GK (Summscore) nach den Kategorien der bewegungsbezogenen GK und dem Geschlecht

3.4.5 Zusammenhang zwischen der bewegungsbezogenen GK und dem selbstberichteten Bewegungsverhalten

H_0 : Es besteht kein Zusammenhang zwischen der bewegungsbezogenen GK und dem Ausmaß der selbstberichteten körperlichen Aktivität.

H_1 : Es besteht ein Zusammenhang zwischen der bewegungsbezogenen GK und dem Ausmaß der selbstberichteten körperlichen Aktivität.

Sudeck und Pfeifer (2016, S. 22f) berichten im Ergebnisteil ihrer Studie zur bewegungsbezogenen GK über die bestätigte Assoziation zwischen der SKT und den motorischen Kompetenzen. Nicht entscheidend ist jedoch ein hoher Umfang der physischen Aktivität, der die Bewegungsempfehlungen möglicherweise übersteigt, sondern vor allem der reflektierte und auf sich selbst zugeschnittene Umgang mit der körperlichen Aktivität.

Anhand der Kreuztabelle treiben von den Schüler/innen mit einer *hohen bewegungsbezogenen GK* die Hälfte vier bis sechs Mal pro Woche außerhalb der Schulstunden Sport. Ähnliches gilt in dieser Personengruppe für die Erfüllung der Bewegungsempfehlung der WHO (PA_60 Min), denn von diesen sind die meisten (n=6, 37,5 %) fünf Tage pro Woche für zumindest 60 Min. täglich körperlich aktiv.

Von den Personen mit einer *niedrig ausgeprägten bewegungsbezogenen GK* sind die meisten (41 %) nur einmal pro Woche außerhalb der Schule körperlich aktiv. Ähnliches gilt für PA_60 Min. Dabei erfüllt der Großteil (n=22, 36,1 %) nur zwei Tage wöchentlich die Bewegungsempfehlung und übt somit an drei Tagen pro Woche weniger Aktivität aus als die Personengruppe mit einer hohen bewegungsbezogenen GK (siehe Abbildung 26).

Bei der Betrachtung der *gesamten Stichprobe* ist auffällig, dass sich der Großteil der Schüler/innen entweder zwei- bis dreimal (n=67; 40,1 %) oder nur einmal pro Woche (n=56; 33,5 %) neben dem BuS-Unterricht sportlich betätigen. Gesamt gesehen sind dies fast drei Viertel der Stichprobe.

Die körperliche Aktivität der letzten sieben Tage (metrisch) ist bezüglich der Kategorien der bewegungsbezogenen GK nicht normalverteilt (Shapiro-Wilk-Test in allen Kategorien $p < 0,05$). Demzufolge wird bei beiden Variablen zur selbstberichteten körperlichen Aktivität (PA_60 Min. und PA_außerhalb der Schule) von ordinalen Variablen ausgegangen. In einer Korrelationsmatrix ist erkenntlich, dass sowohl zwischen der bewegungsbezogenen GK und der Aktivitätszeit der letzten sieben Tage (Spearman-Rho=0,446, $p < 0,01$) ein geringer als auch zur körperlichen Aktivität außerhalb der Schulstunden (Spearman-Rho= -0,524, $p < 0,01$) ein mittlerer signifikanter Zusammenhang besteht. Negativ deshalb, da PA_außerhalb der Schule absteigend (d.h. „1=jeden Tag“) und nicht wie die bewegungsbezogene GK aufsteigend (d.h. „1=niedrige bewegungsbezogene GK“) kodiert ist. Dies bedeutet, dass eine Zunahme der bewegungsbezogenen GK mit einem erhöhten Ausmaß der physischen Aktivität einhergeht. Die höchste Korrelation weisen die beiden Variablen Aktivitätszeit der letzten sieben Tage und körperliche Aktivität außerhalb der Schulstunden auf (Spearman=-0,634, $p < 0,01$), was inhaltlich plausibel ist. Den Ausführungen zufolge lässt sich festhalten, dass jene die eine niedrige bewegungsbezogene GK aufweisen, sich weniger bewegen und jene die über eine hohe bewegungsbezogenen GK verfügen, ein höheres Aktivitätsniveau haben (siehe Abbildung 26). Schließlich kann gefolgert werden, dass die H_0 verworfen und die H_1 angenommen werden kann.

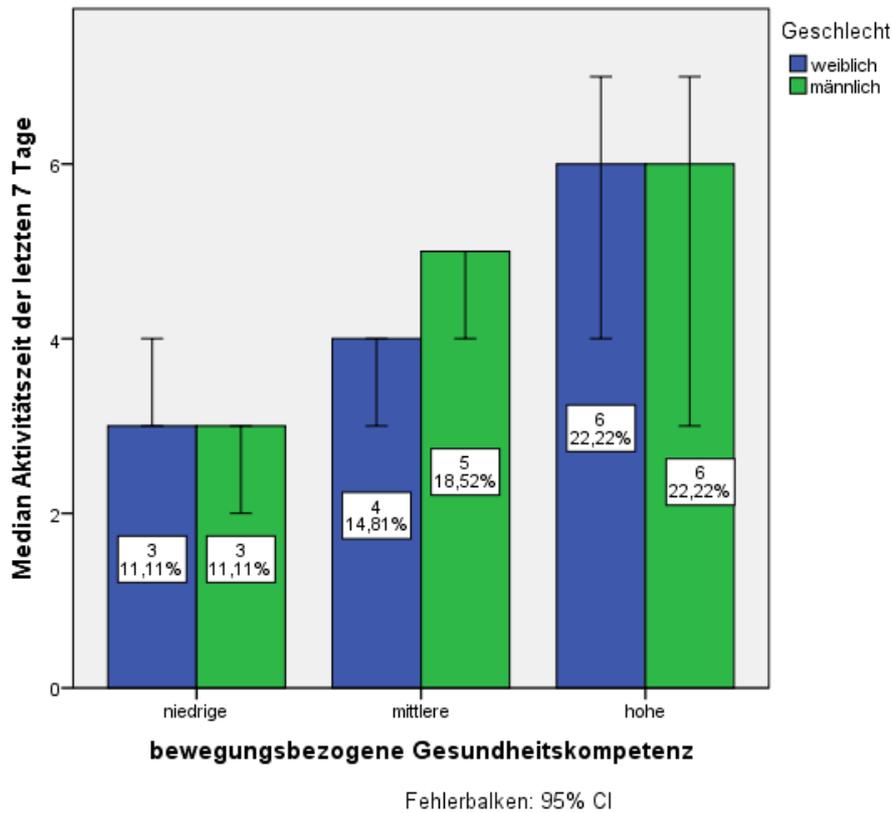


Abbildung 26: Gruppiertes Balkendiagramm der Medianvergleiche der berichteten körperlichen Aktivität der letzten sieben Tage zwischen den Kategorien der bewegungsbezogenen GK bezüglich des Geschlechts

Zum *Bewegungsverhalten bezüglich der einzelnen Sportarten* konnte erfasst werden, dass die meisten Schüler/innen von den befragten Sportarten Laufen (n=96; 57,5 %), Ballsportarten (n=81; 48,5 %) oder/und Krafttraining (n=61; 36,5 %) bevorzugen. Die durchschnittliche Anzahl der letzten sieben Tage des Ausübens der jeweiligen Sportart liegt bei allen Sportarten bei rund eineinhalb Tagen. Geschlechterspezifisch konnte anhand deskriptiver Statistik Tabelle 18 mit ausgewählten Sportarten erstellt werden.

Tabelle 18: Häufigkeiten der „Ja“-Antworten ausgewählter Sportarten der letzten sieben Tage nach Geschlecht

Sportart	Mädchen	Buben
Laufen	51,4 %	69,0 %
Ballsportarten	36,7 %	70,7 %
Krafttraining	30,3 %	48,3 %
Radfahren	20,2 %	39,7 %
Reiten	9,2%	0 %

Der Grundwert der Prozentzahlen ist auf das Geschlecht bezogen, was beispielsweise bedeutet, dass 69 % der Buben angaben, in den letzten sieben Tagen die Sportart „Laufen“ ausgeübt zu haben. 70,7 % der Buben und 36,7 % der Mädchen gaben an, in der vergangenen Woche eine Ballsportart ausgeübt zu haben. Gesamt gesehen lässt sich

erkennen, dass besonders bei den Ballsportarten und Reiten ein großer Geschlechterunterschied herrscht.

Weiters wurde im Rahmen der Erhebung des Bewegungsverhaltens in Anlehnung an die HBSC-Studie das *Ausmaß der sitzenden und liegenden Beschäftigung vor dem Handy* untersucht. Die Handyzeit hat keinen bestätigten Einfluss auf den Umfang der körperlichen Aktivität. Dies stellte sich nicht nur in der HBSC-Studie heraus (Felder-Puig, et al., 2019, S. 37), sondern kann ebenso anhand der vorliegenden Studie bestätigt werden, denn mithilfe der Filterfunktion in SPSS konnten untenstehende Zahlen herausgefunden werden. Dabei ist ersichtlich, dass sich gering mehr Personen außerhalb der Schule körperlich betätigen, wenn sie vier Stunden pro Tag am Handy verbringen als jene mit ein bis zwei Stunden pro Tag. Dies ist in Tabelle 19 ersichtlich. Wenn die Werte der physischen Aktivität gemäß der WHO-Empfehlung betrachtet werden, so kann kein genereller Schluss gezogen werden.

Tabelle 19: Zusammenhang Handyzeit und körperliche Aktivität

Kategorie	PA außerhalb der Schule: 2-3 Mal pro Woche	PA 60 Min. pro Tag (WHO-Empfehlung): 2 Tage	PA 60 Min. pro Tag (WHO-Empfehlung): 3 Tage	PA 60 Min. pro Tag (WHO-Empfehlung): 4 Tage
Handyzeit 1-2 Stunden pro Tag	n=26, 40,6 %	n=12, 18,8 %	n=13, 20,3 %	n=10, 15,6 %
Handyzeit bis 4 Stunden pro Tag	n=30, 42,7 %	n=40, 24,0 %	n=34, 20,4 %	n=22, 13,2 %

Beim Vergleich der Mediane bestehen bezüglich der Geschlechter bei dieser Variable keine Unterschiede, denn dieser liegt bei beiden Geschlechtern bei 8 (6-10) (8= „bis zu 4 Stunden pro Tag“).

Zu betonen ist hierbei, dass 62 % die Frage beim Gesundheitsquiz nach der durchschnittlichen Handyzeit der Jugendlichen pro Tag korrekterweise mit zwei bis vier Stunden beantworteten.

3.4.6 Unterschied im selbstberichteten Bewegungsverhalten zwischen den Kategorien der bewegungsbezogenen GK

Um wiederum mehr Aussagekraft für die Interpretation der Ergebnisse zu erhalten, wurde weiters zu den beiden untersuchten Variablen eine Unterschiedshypothese generiert:

H_0 : Es besteht ein Unterschied im Ausmaß der selbstberichteten körperlichen Aktivität zwischen den Kategorien der bewegungsbezogenen GK.

H_1 : Es besteht kein Unterschied im Ausmaß der selbstberichteten körperlichen Aktivität zwischen den Kategorien der bewegungsbezogenen GK.

Die Aktivitätszeit der letzten sieben Tage als metrische Variable wurde auf Normalverteilung geprüft. Aufgrund der geringen Fallzahl in der Kategorie der hohen bewegungsbezogenen GK ($n=16$) wurde der Shapiro-Wilk-Test zur Prüfung dieser herangezogen (Decker, et al., 2010, S. 502). Da dieser in den ersten beiden signifikant ist ($p<0,001$ und $p=0,006$) und die grafischen Inspizierungen der Histogramme und Boxplots gleiches nahe legen, wird bei der Variable Aktivitätszeit der letzten sieben Tagen nicht von einer Normalverteilung ausgegangen (Degen, 2010, S. 95). Demzufolge wurde zur Prüfung von Unterschieden der Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben (Universität Zürich, 2018) mit der abhängigen Variable der Aktivitätszeit der letzten sieben Tage und der unabhängigen die Kategorien der bewegungsbezogenen GK verwendet. Dieser ergibt, dass der Unterschied signifikant ist ($p<0,001$). Eine Bonferroni-korrigierte Post-hoc-Analyse ergab, dass anhand signifikanter Mann-Whitney-U-Tests (niedrige-hohe: $p<0,001$, niedrige-mittlere: $p<0,001$, mittlere-hohe: $p=0,009$) zwischen allen Kategorien paarweise signifikante Unterschiede bestehen. Der Median der Schüler/innen mit einer niedrigen bewegungsbezogenen GK liegt bei 3 (1-7) Tage, mit einer mittleren bei 4 (1-8) Tage und mit einer hohen bei 6 (3-7) Tage. Im Durchschnitt betätigen sich jene mit hoher zu jenen mit niedriger bewegungsbezogenen GK drei Tage pro Woche mehr körperlich (siehe Abbildung 26). Demzufolge kann auch bei der Prüfung von Unterschieden im Bewegungsverhalten zwischen den Kategorien der bewegungsbezogenen GK festgehalten werden, dass diese signifikante Differenzen aufweisen. Die H_0 wird verworfen und die H_1 angenommen.

3.4.7 Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich der bewegungsbezogenen GK

H_0 : Es besteht kein Unterschied zwischen den Geschlechtern in der bewegungsbezogenen GK.

H_1 : Es besteht ein Unterschied zwischen den Geschlechtern in der bewegungsbezogenen GK.

Nach dem KS-Test und dem Histogramm sowie dem Boxplot ist die bewegungsbezogene GK (Summenscore) bei den männlichen Schülern nicht normalverteilt ($p=0,049$, Histogramm linksschief, Ausreißer nach unten im Boxplot). Demzufolge wurde zur Prüfung des Unterschiedes der Mann-Whitney-U-Test herangezogen (Raab-Steiner & Benesch, 2012, S. 127), wie es auch bei der GK als ordinale Variable der Fall gewesen wäre. Dieser liefert weder bei der metrischen ($p=0,356$) noch bei der ordinalen Variable GK ($p=0,409$) ein signifikantes Ergebnis. Deshalb wird die H_0 nicht verworfen.

Zusätzlich wird das *Ausmaß der körperlichen Betätigung* bezüglich möglicher Geschlechterdifferenzen ausgewertet. Der in der HBSC-Studie bestätigte Unterschied im Ausmaß der sportlichen Betätigung, dass männliche Schüler sportlich aktiver sind als weibliche Schülerinnen (Felder-Puig, et al., 2019, S. 35f) geht aus der vorliegenden Forschung nicht hervor.

Wird der Unterschied bezüglich der metrischen Variable PA_60 Min. zwischen den Geschlechtern untersucht, so ist dieser nicht signifikant (PA_60 Min. nicht normalverteilt mit KS-Test $p > 0,01$, Mann-Whitney-U-Test $p = 0,201$). Ebenso bezüglich der ordinalen Variable PA_außerhalb der Schulstunden ist dieser zwischen den Geschlechtern nicht signifikant (Mann-Whitney-U-Test $p = 0,061$). Dies geht ebenso aus der Analyse der deskriptiven Statistiken der Anzahl der sportlich aktiven Tage mit mindestens 60 Min. körperlicher Aktivität pro Woche hervor (siehe Tabelle 20). Auffällig ist, dass bei den Mädchen entweder viel Sport an fünf Tagen pro Woche oder wenig Sport an ein bis zwei Tagen pro Woche betrieben wird. Wenn vier Tage verglichen werden, so erfüllen nur 9,2 % der Mädchen, aber 20,7 % der Buben die Bewegungsempfehlung.

Tabelle 20: Erfüllung der Bewegungsempfehlung 60 Min. körperliche Aktivität pro Tag - Darstellung nach dem Geschlecht

Geschlecht	0 Tage	1 Tag	2 Tage	3 Tage	4 Tage	5 Tage	6 Tage	sieben Tage
weiblich	6,4 %	16,5 %	23,9 %	23,9 %	9,2 %	12,8 %	6,4 %	0,9 %
männlich	3,4 %	13,8 %	24,1 %	13,8 %	20,7 %	15,5 %	6,9 %	1,7 %
gesamt	5,4 %	15,6 %	24,0 %	20,4 %	13,2 %	13,8 %	6,6 %	1,2 %

3.4.8 Unterschied in der bewegungsbezogenen GK zwischen den Altersgruppen

H_0 : Es besteht kein Unterschied in der bewegungsbezogenen GK (Summenscore) zwischen den Altersgruppen.

H_1 : Es besteht ein Unterschied in der bewegungsbezogenen GK (Summenscore) zwischen den Altersgruppen.

Die Variable bewegungsbezogene GK (Summenscore) ist hinsichtlich der Altersgruppen nach dem Shapiro-Wilk-Test ($p > 0,05$) und den Histogrammen normalverteilt. Um den Unterschied zu prüfen wurde demnach eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt, um die Mittelwerte der einzelnen Gruppen miteinander zu vergleichen (Bortz & Döring, 2006, S. 530). Diese liefert ein signifikantes Ergebnis ($p = 0,012$), weshalb die

Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen wird. Eine Bonferroni-korrigierte Post-hoc-Analyse ergab einen signifikanten Unterschied zwischen 14- und 15-Jährigen und 16- und 17-Jährigen Schüler/innen ($p=0,025$). Der Mittelwert der 14- und 15-Jährigen liegt bei 37,1 ($\pm 7,6$) Punkte und jener der 16- und 17-Jährigen bei 33,7 ($\pm 8,0$) Punkten. Getrennt nach dem Geschlecht können die mittleren Werte der Altersgruppen bezüglich der bewegungsbezogenen GK der Abbildung 27: Gruppiertes Balkendiagramm zu Mittelwerten der bewegungsbezogenen GK bezüglich der Alterskategorien und Geschlecht Abbildung 27 entnommen werden.

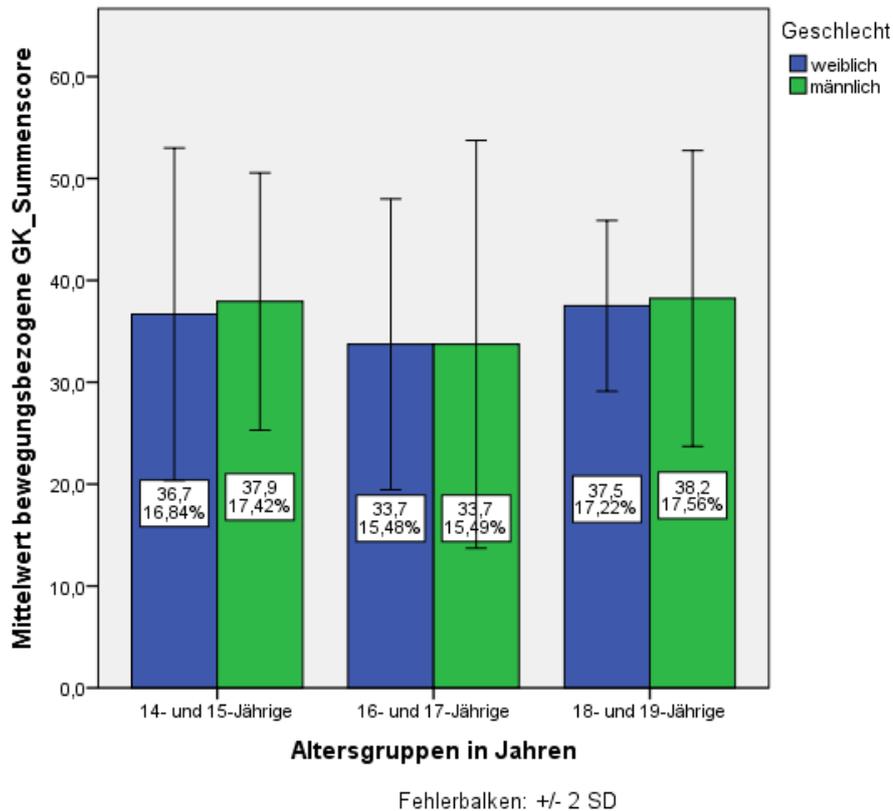


Abbildung 27: Gruppiertes Balkendiagramm zu Mittelwerten der bewegungsbezogenen GK bezüglich der Alterskategorien und Geschlecht

3.4.9 Zusammenhänge und Unterschiede zwischen der GK und ausgewählten Drittvariablen

3.4.9.1 GK und BMI

H_0 : Es besteht kein Unterschied in der GK (Summenscore) zwischen den BMI-Kategorien.

H_1 : Es besteht ein Unterschied in der GK (Summenscore) zwischen den BMI-Kategorien.

Aufgrund der geringen Fallzahl in der Kategorie der übergewichtigen ($n=12$) und adipösen ($n=8$) Personen wurde der Shapiro-Wilk-Test zur Prüfung auf Normalverteilung verwendet (Degen, 2010, S. 95). Diesem zufolge ist die GK (Summenscore) in allen BMI-Kategorien normalverteilt (untergewichtig: $p=0,930$; normalgewichtig: $p=0,248$; übergewichtig:

$p=0,927$; adipös: $p=0,601$). Auch der Boxplot und die Q-Q-Diagramm sprechen für eine Annahme der Normalverteilung. Resultierend daraus kann für die Prüfung des Unterschiedes eine ANOVA für mehr als zwei unabhängige Gruppen durchgeführt werden (Bortz & Döring, 2006, S. 530). Diese ergibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ($p=0,149$). Demzufolge kann die H_0 nicht verworfen werden.

Auch wenn eine Korrelationsmatrix für normalverteilte Variablen zwischen dem BMI (metrisch) und der GK (Summenscore) betrachtet wird, kann kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden (Pearson=0,021, $p=0,791$).

Die obigen Ausführungen können in der Grafik eines Balkendiagramms in Abbildung 28 veranschaulicht werden. Zu beachten ist, dass in der Kategorie der adipösen nur drei weibliche und fünf männliche Personen in der Stichprobe vorhanden sind und demzufolge der Balken der Standardabweichung (SD) eine große Schwankung aufweist. Werden die Mittelwerte nach Geschlecht differenziert, so ist der niedrigste Mittelwert der GK bei den untergewichtigen Buben mit $45,7 (\pm 7,4)$ Punkte.

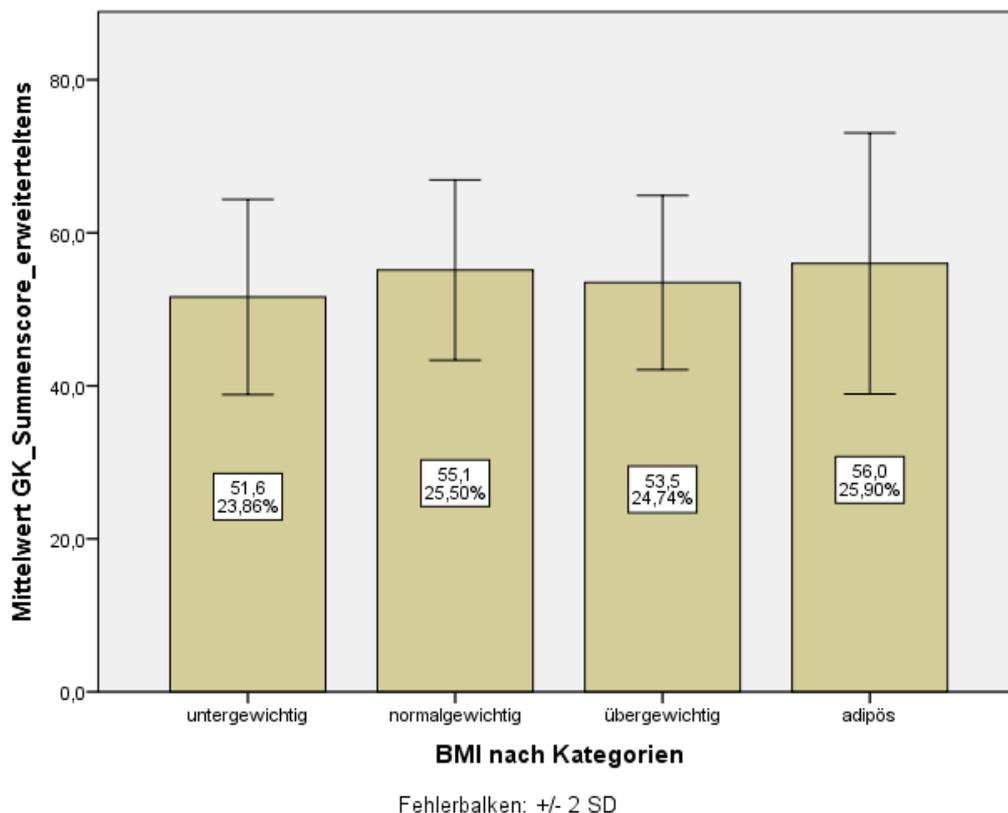


Abbildung 28: Balkendiagramm zum Vergleich der Mittelwerte der GK bezüglich der BMI-Kategorien

Bei der Betrachtung der *bewegungsbezogenen* GK (Summenscore) hinsichtlich der BMI-Kategorien kann von keiner Normalverteilung der bewegungsbezogenen GK ausgegangen werden, denn der Shapiro-Wilk-Test ist in der Kategorie der normalgewichtigen signifikant ($p=0,038$). Ebenso spricht das Q-Q-Diagramm dabei nicht für eine Normalverteilung

(Degen, 2010, S. 91ff). Demzufolge wird zur Prüfung eines möglichen Unterschiedes der Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben verwendet (Universität Zürich, 2018). Dieser ist nicht signifikant ($p=0,518$). Demzufolge kann auch in der bewegungsbezogenen GK (Summenscore) in den BMI-Kategorien von keinem Unterschied gesprochen werden.

Hinsichtlich möglicher Korrelationen konnte herausgefunden werden, dass ein sehr geringer, negativer, aber nicht signifikanter Zusammenhang zwischen dem BMI (metrisch) und der bewegungsbezogenen GK (Summenscore) besteht (Spearman-Rho= $-0,109$, $p=0,164$).

Das Balkendiagramm (siehe Abbildung 29) macht wiederum deutlich, dass die adipösen Personen eine niedrigere bewegungsbezogene GK aufweisen. Der Fehlerbalken in dieser Gruppe ist aufgrund der geringen Fallzahl länger.

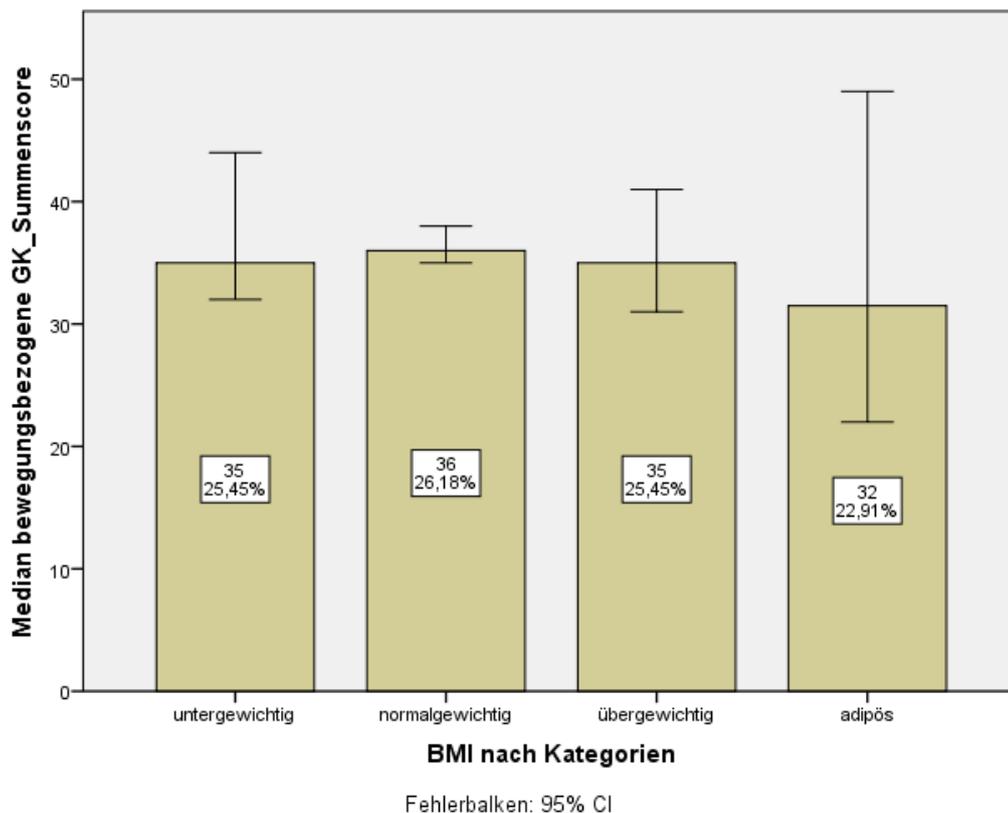


Abbildung 29: Balkendiagramm zum Vergleich der Mediane der bewegungsbezogenen GK bezüglich der BMI-Kategorien

Deskriptivstatistisch betrachten konnte jedoch festgestellt werden, dass anhand der Filterfunktion in SPSS die Personengruppen des Übergewichts und der Adipositas summiert folgende Prozentzahlen aufweisen: 75 % dieser Personengruppe Übergewicht und Adipositas eine mittlere und 5 % eine niedrige GK auf. Hingegen besitzen 45 % eine niedrige und weitere 45 % eine mittlere bewegungsbezogene GK. Diese Ergebnisse sind in Tabelle 21 veranschaulicht, wobei der erste Summand der Kategorie der Adipösen und der zweite der Übergewichtigen entspringt.

Tabelle 21: GK und bewegungsbezogene GK bei übergewichtigen und adipösen Schüler/innen

Adipositas (n=8) und Übergewicht (n=12)	GK		bewegungsbezogene GK	
	Anzahl	Häufigkeit	Anzahl	Häufigkeit
niedrig	1+0=1	5 %	5+4 = 9	45 %
mittel	4+11 = 15	75 %	2+7 = 9	45 %
hoch	3+1 = 4	20 %	1+1 = 2	10 %
gesamt	20+0=20	100 %	20+0=20	100 %

3.4.9.2 GK und SES der Familie

H_0 : Es besteht kein Zusammenhang zwischen der GK und dem SES der Familie.

H_1 : Es besteht ein Zusammenhang zwischen der GK und dem SES der Familie.

Quenzel et al. (2015) bestätigen im Rahmen ihrer Studienergebnisse, dass sozial benachteiligte Personen eine niedrigere GK aufweisen. Sie argumentieren, dass bildungsferne Adoleszente mit Migrationshintergrund rund doppelt so häufig eine unzureichend ausgeprägte GK als jene ohne Migrationshintergrund aufweisen. Zurückführen lässt sich dies unter anderem auf die unterschiedlichen sozioökonomischen Voraussetzungen (Quenzel, et al., 2015, S. 955).

Dass die GK mit dem SES der Familie korreliert, konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden, denn der Chi²-Test ist nicht signifikant ($p=0,077$). Auch wenn die FAS-Kategorien verändert wurden (niedrig: FAS-Index 0-6; mittel: FAS-Index 7-10, hoch: FAS-Index 11-13), lässt sich nach dem exakten Test nach Fisher kein signifikanter Zusammenhang finden ($p=0,753$). Zugrunde könnte diesem Ergebnis liegen, dass rund zwei Drittel der Schüler/innen einen hohen Familienstand aufweisen und niemand einen niedrigen SES, sodass die Fallzahlen sehr ungleich verteilt sind. Die Untersuchung von Quenzel et al. (2015), die einen Zusammenhang zwischen dem SES und der GK bestätigte, wurde hingegen vorrangig mit Jugendlichen mit Migrationshintergrund aus bildungsferneren Familien durchgeführt. Ergänzend kann angemerkt werden, dass die Schule, in der die Untersuchung stattfand, im Zuge des Aufnahmeverfahrens auf hohe Leistungsniveaus achtet, die mitunter Schüler/innen aus Familien mit höherem SES im Vergleich zu bildungsferneren Familien bevorzugt. Für eine höhere Aussagekraft wurde weiters nach Unterschieden in der GK (Summenscore) bezüglich der SES-Kategorien gesucht und folgendes Hypothesenpaar geprüft:

H_0 : Es besteht kein Unterschied in der GK bezüglich des SES.

H_1 : Es besteht ein Unterschied in der GK bezüglich des SES.

Zwischen den beiden vorherrschenden Gruppen mit hohem und mittlerem Familienwohlstand lassen sich keine signifikanten Mittelwertdifferenzen feststellen. Die GK als Summenscore ist hinsichtlich des SES normalverteilt (KS-Test $p > 0,05$ in beiden Gruppen). Da nur zwei Gruppen zu vergleichen sind, wurde ein T-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt (Raab-Steiner & Benesch, 2012, S. 120). Nach dem nicht signifikanten Levene-Test wird eine Varianzgleichheit angenommen und es kommt somit zu keinem signifikanten Ergebnis bezüglich der Mittelwertsunterschiede ($p = 0,581$). Der Mittelwert der Schüler/innen mit einem hohen Familienwohlstand liegt bei $54,9 (\pm 6,3)$ Punkte und jener mit mittlerem bei $54,4 (\pm 5,7)$ Punkte. Die H_0 hat Gültigkeit.

Das Balkendiagramm der Abbildung 30 kann zur Veranschaulichung des FAS in Abhängigkeit der GK dienen.

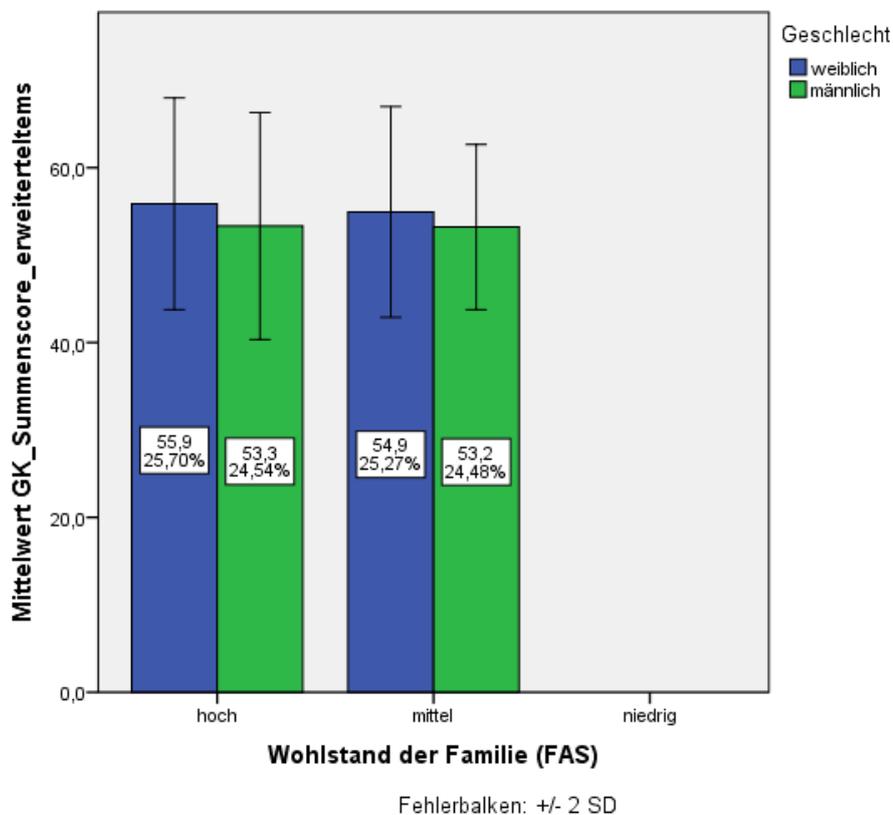


Abbildung 30: Balkendiagramm zum Familienwohlstand in Abhängigkeit der GK

3.4.9.3 GK und das emotionale Wohlbefinden

H_0 : Es besteht kein Unterschied im emotionalen Wohlbefinden bezüglich der GK.

H_1 : Es besteht ein Unterschied im emotionalen Wohlbefinden bezüglich der GK.

Nach dem Shapiro-Wilk-Test, der aufgrund der geringen Fallzahl von $n=9$ in der Kategorie der niedrigen GK gewählt wurde, und der Untersuchung der Histogramme sowie Boxplots ist das emotionale Wohlbefinden in der Gruppe der hohen GK nicht normalverteilt ($p=0,035$). Demzufolge muss ein inferenzstatistischer Test für eine nicht-normalverteilte

intervallskalierte Variable zur Prüfung des Unterschieds bezüglich dem emotionalen Wohlbefinden zwischen den Kategorien der GK verwendet werden (Universität Zürich, 2018). Nach dem Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben wird die Nullhypothese aufgrund eines nicht signifikanten Ergebnisses des Tests ($p=0,071$) nicht verworfen.

Eränzend kann die Korrelation der beiden Variablen emotionales Wohlbefinden und GK betrachtet werden. Es besteht ein sehr geringer positiver signifikanter Zusammenhang zwischen dem emotionalen Wohlbefinden und den Kategorien der GK (Spearman-Rho=0,172; $p=0,026$). Dies bedeutet, dass das emotionale Wohlbefinden mit zunehmender GK steigt. Dies ist in Abbildung 31 ersichtlich. Männliche Personen mit einer hohen GK weisen das höchste emotionale Wohlbefinden auf ($59,4 \pm 16,1$).

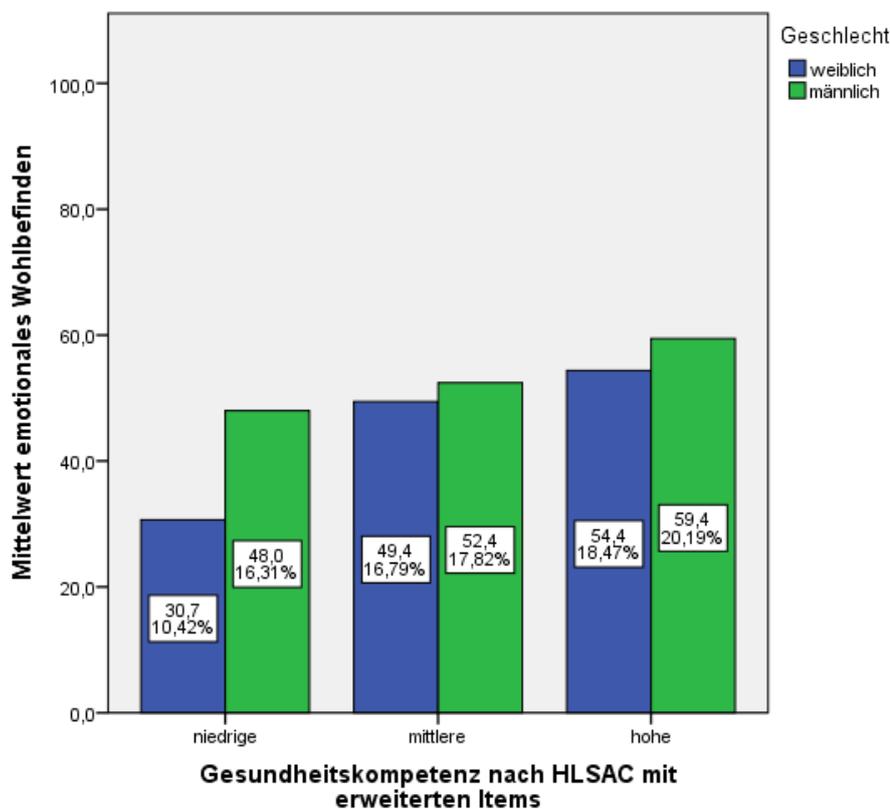


Abbildung 31: Mittleres emotionales Wohlbefinden der Schüler/innen nach Geschlecht und GK (0=schlechtestes und 100=bestes emotionales Wohlbefinden)

3.4.10 Zusätzlich erhobene Drittvariable

3.4.10.1 GK und das Gesundheitsquiz

Das Gesundheitsquiz wurde mit Excel und der Wenn-Dann-Funktion ausgewertet, denn auf diese Weise konnten den korrekten Antworten eine Punkteanzahl von fünf und den restlichen jene von null vergeben werden, sodass schließlich eine Kategorisierung vorgenommen und der Wert dieser in SPSS importiert werden konnte. Zwischen der GK und den ausgewerteten Kategorien des Gesundheitsquiz konnte mithilfe einer

Korrelationsmatrix kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden (Spearman-Rho= -0,74, $p=0,341$).

Bei der deskriptiven Auswertung des Gesundheitsquiz sind die meisten Personen (46,1 %) in der mittleren Kategorie einzuordnen (siehe Tabelle 22).

Tabelle 22: Deskriptive Statistik zum Gesundheitsquiz

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig Kategorie 1 (sehr gut)	10	6,0	6,0	6,0
Kategorie 2 (gut)	48	28,7	28,7	34,7
Kategorie 3 (mittel)	77	46,1	46,1	80,8
Kategorie 4 (genügend)	27	16,2	16,2	97,0
Kategorie 5 (schlecht)	5	3,0	3,0	100,0
Gesamtsumme	167	100,0	100,0	

Beim Kalorienverbrauch konnten nur 41 % konnten die Frage zum Kalorienverbrauch bei einer Stunde Laufen korrekt beantworten. Auch beim Kalorienverbrauch getrennt nach dem Geschlecht beantworteten nur knapp 40 % die Frage korrekt.

Interessant ist zudem, dass 50 % die Frage bezüglich der Empfehlung des sportlichen Ausmaßes pro Woche richtig beantwortete mit „3 Mal die Woche muss ich mich bewegen“, jedoch beinahe gleich so viele (44 %) für die Antwort „jeden Tag ungefähr eine Stunde, und dabei richtig ins Schwitzen kommen“, was der Bewegungsempfehlung der WHO entspricht. 58 % beantworteten die Frage zum Blutdruck korrekterweise mit 120/80. Dass Rauchen nicht nur die Lunge, sondern alle Organe schädigt, waren sich 82 % der Stichprobe bewusst. Die restliche deskriptive Statistik zum Gesundheitsquiz lässt sich dem Anhang entnehmen (siehe 2).

3.4.10.2 GK und das Ernährungsverhalten

Ergänzend wurde im Fragebogen das Ernährungsverhalten erhoben, da dieses ebenso als Teil eines gesundheitswirksamen Lebensstils angesehen wird (Siegert, Hillger, Schindler, & Kirch, 2008, S. 241) und somit als Einflussfaktor auf die GK im Sinne einer förderlichen Lebensweise gesehen werden kann. Siegert et al. (2008, S. 241) betonen dabei neben der Vermittlung von Wissen vor allem den Transfer dessen in den Alltag, was vielen sehr schwierig fällt. Quenzel et al. (2015, S. 955) gehen in den Ergebnissen ihrer Studie mit bildungsfernen Jugendlichen von einem deutlichen Zusammenhang der GK mit dem Ernährungsverhalten der Adoleszenten aus.

Werden die einzelnen Variablen bezüglich des Ernährungsverhaltens (wöchentlicher Konsum einzelner Lebensmittelgruppen) der HBSC-Studie (Felder-Puig, et al., 2019, S. 30)

verglichen, so fällt auf, dass Personen mit hoher GK im Vergleich zu jenen mit niedriger GK öfters Obst und Gemüse und weniger oft Fast Food, Energy Drinks, zuckerhaltige Getränke und Süßigkeiten pro Woche konsumieren. Die nötigen Werte für diesen Schluss liefert Tabelle 23. Zu beachten ist jedoch die geringe Fallzahl in den Gruppierungen, im Besonderen bei der niedrigen GK (n=9; hohe GK: n=34).

Tabelle 23: Ernährungsverhalten im Zusammenhang mit der GK

Lebensmittel	Obst, Früchte (1x täglich)	Gemüse, Salat (mehrmals täglich)	Fast Food	Süßigkeiten (an 2-4 Tagen pro Woche)	Energy Drinks (nie)	zucker-haltige Getränke
hohe GK	23,5 % (n=8)	23,5 % (n=8)	61,8 % (n=21): seltener als 1x in der Woche	32,4 % (n=11)	70,6 % (n=24)	35,3 % (n=12) seltener als 1x/Woche; 17,6 % (n=6) an 2-4 Tagen pro Woche
niedrige GK	11,1 % (n=1)	0 %	44,4 % (n=4): an 2-4 Tagen pro Woche	55,6 % (n=5)	55,6 % (n=5)	55,6 % (n=5) an 2-4 Tagen pro Woche

3.4.10.3 GK und die Lebenszufriedenheit

Deutlich ersichtlich ist, dass jene Personen mit einer niedrigen GK tendenziell ebenso eine niedrigere Lebenszufriedenheit haben, was sich auch in den unterschiedlichen Mittelwerten widerspiegelt. Die Personengruppe mit einer niedrigen GK weist einen Mittelwert von 7,1 ($\pm 0,8$) auf und jene mit einer hohen GK einen von 7,5 ($\pm 1,6$). Abbildung 32 veranschaulicht die Mittelwerte der Lebenszufriedenheit nach der GK-Kategorie und Geschlecht. Schüler/innen mit einer niedrigen GK gaben eine maximale Zufriedenheit von 8 an und jene mit einer hohen 10. Inferenzstatistisch betrachtet konnte kein Unterschied festgestellt werden. Die GK weist nach dem Shapiro-Wilk-Test nur in der Gruppe der niedrigen GK eine Normalverteilung auf ($p=0,055$), jedoch ist die Fallzahl (n=9) sehr gering. Schließlich weist der Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben (Universität Zürich, 2018) keinen signifikanten Unterschied auf ($p=0,373$).

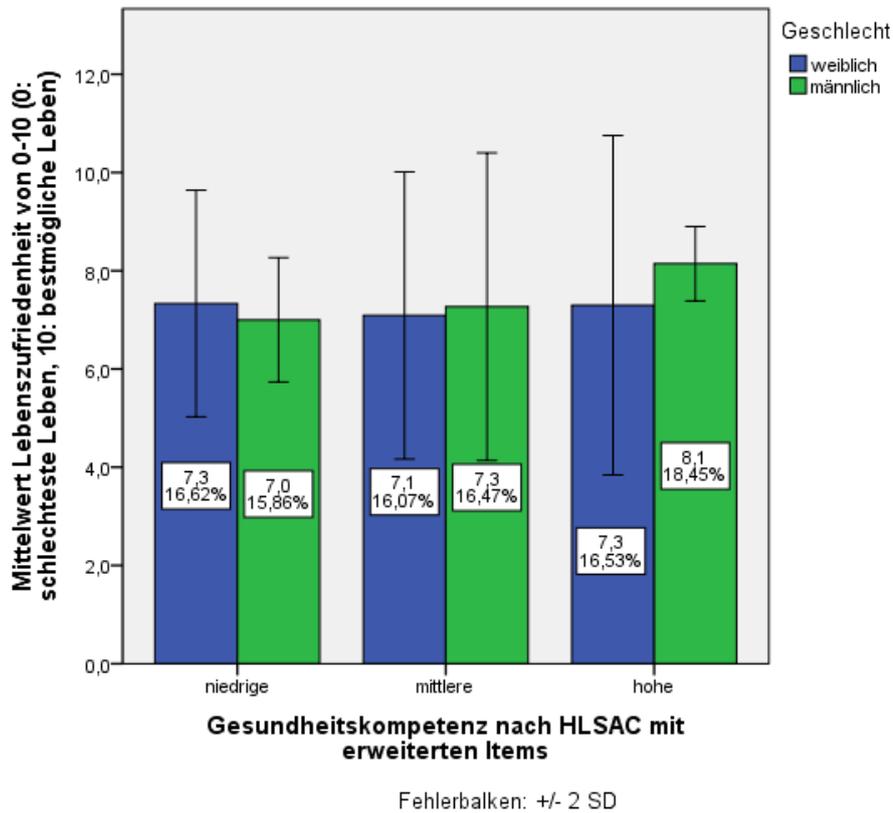


Abbildung 32: Mittlere Lebenszufriedenheit von 0 bis 10 nach den Kategorien der GK und Geschlecht

Aufgrund des bisherigen Umfangs dieser Masterarbeit wurden schließlich keine multiplen Regressionsanalysen wie bei der HBSC-Studie (Felder-Puig, et al., 2019) durchgeführt.

4. SCHLUSSTEIL

4.1 Beantwortung der Forschungsfragen

Hauptforschungsfrage: *Wie wird die Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern einer berufsbildenden höheren landwirtschaftlichen Schule unter besonderer Berücksichtigung des Aspektes Bewegung im Alter von 14 bis 19 Jahren eingeschätzt?*

Für die Beantwortung der Hauptforschungsfrage wurden folgende Unterforschungsfragen generiert und beantwortet:

U1: *Welche aktuellen Informationen lassen sich zur Erforschung der GK und BK bzw. Health and Physical Literacy mit Fokus auf Österreich finden?*

Gesundheitskompetenz bzw. Health Literacy

Die menschliche Gesundheit hängt eng mit der GK zusammen, das heißt die GK zeigt direkte Auswirkungen auf die Gesundheit des Menschen (Pelikan, et al., 2012). Mehr als die Hälfte aller Österreicher/innen (56 %) verfügen über eine unzureichend ausgeprägte GK (BMSGPK, 2020). Rund 70 % der österreichischen Schüler/innen weisen laut der HBSC-Befragung 2018 eine mittlere und 18 % eine hohe GK auf. Es wird von einem Unterschied zwischen Mädchen und Buben berichtet. Diese Differenz ist je nach GK-Kategorie anders ausgeprägt. Am schwierigsten ist es für Schüler/innen, ihren Selbsteinschätzungen zufolge, Informationen aus Medien zu beurteilen. Deutlich erkennbar ist eine Steigerung der GK mit zunehmendem Alter (Felder-Puig, et al., 2019, S. 63ff). Diese Ergebnisse lassen sich ebenso bei der finnischen HBSC-Studie wiederfinden, wobei in dieser Studie betont wird, dass Mädchen durchschnittlich eine höhere GK aufweisen als Buben. Rund 60 % der Stichprobe verfügen über eine mittlere und ein Zehntel über eine niedrige GK (Paakkari, et al., 2018a). Daraus lässt sich schließen, dass rund ein Drittel eine hohe GK vorweisen, was einem deutlich höheren Prozentsatz von Österreich entspricht. Bezüglich der österreichischen Bevölkerung sind gleiche Trends der Geschlechterunterschiede erkennbar. Jedoch wird bemerkt, dass die jüngere verglichen zur älteren Generation eine bessere GK besitzen (Griebler, et al., 2017, S. 74).

Von den drei Gesundheitsbereichen Krankheitsprävention, -bewältigung und GF sind besonders in der letzten Domäne große Schwierigkeiten in der österreichischen Bevölkerung erkennbar. Z.B. fällt es den Österreicher/innen schwerer, Nährwertangaben von Produkten zu interpretieren und somit ihre Gesundheit zu fördern (Röthlin, et al., 2017) als zu wissen, wie sie Krankheiten bewältigen. Hinsichtlich der Stufen der GK nach Nutbeam spricht dies die kritische GK an (siehe Punkt 2.3.4.1) (Nutbeam, 2000).

Darüber hinaus ist bekannt, dass ein geringerer Sozialstatus mit einer schlechteren GK zusammenhängt (Quenzel, et al., 2015; Pelikan, et al., 2012) und dass Personen mit einer geringeren GK das europäische Gesundheitssystem mehr in Anspruch nehmen (Berens, et al., 2018). Demnach unterscheidet sich die GK der Menschen nach bisherigen Untersuchungen im Besonderen hinsichtlich dem Bildungsstandard, dem Alter und der finanziellen Situation (siehe Punkt 1.2.1).

Bewegungskompetenz bzw. Physical Literacy

Das Ausmaß und der Umgang mit der körperlichen Aktivität ist zur Aufrechterhaltung und Förderung eines gesunden Lebensstils von Bedeutung. Wenn von Kompetenzen im Zusammenhang damit gesprochen wird, liegt der Begriff der BK bzw. PL bereits nahe. In der österreichischen Bevölkerung (zwischen 18 und 60 Jahren) erfüllen in etwa 75 % die Bewegungsempfehlung der WHO (HEPA und MSPA wöchentlich) nicht. Dabei liegen besonders bei der jüngeren Generation Geschlechterunterschiede vor, wobei sich Männer mehr bewegen als Frauen (STATISKTIK AUSTRIA, 2015). Die Empfehlungen für Kinder und Jugendliche (siehe Punkt 1.2.2) werden in der Jugend mit zunehmendem Alter, im Besonderen von Mädchen, unzureichender erfüllt (Felder-Puig, et al., 2019, S. 35ff). Die häufigste passive Bewegungszeit ist die Zeit am Handy (Barnett, et al., 2018).

Die BK kann mithilfe von dementsprechenden Trainingsprogrammen innerhalb von vier Monaten deutlich verbessert werden, wobei vor allem das Bewegungsverhalten, die Selbstwirksamkeit und das Selbstvertrauen verbessert wurden (Holler, et al., 2019), was die Wichtigkeit der affektiven Komponenten der BK unterstreicht (Whitehead, 2019). In Österreich konnten keine weiteren Daten zur Beforschung der BK gefunden werden.

Laut kanadischen Studien sind bei der BK kaum Geschlechterdifferenzen, aber eine Verbesserung mit zunehmendem Alter erkennbar (Cairney, et al., 2017). Zudem kann sich die Verbesserung der BK der Schüler/innen sehr positiv auf den BuS-Unterricht auswirken und die Interventionsmethoden der Lehrperson vertiefen (Lodewyk, 2019).

U2: Welche Ansätze und Modelle werden zur GK und BK unterschieden?

Um ein Leben gemäß der Definition der Gesundheit der WHO (siehe Punkt 2.1.1.1) zu führen, sind gewisse Kompetenzen, also *Wissen*, *Können* und *Wollen* nach dem Kompetenzbegriff von Weinert (F.E., 2001; Pfitzner, 2018, S. 23) (siehe Punkt 2.2.3) nötig, welche unter dem Begriff der GK summiert werden. Diese wird zumeist aus einer ganzheitlichen Perspektive (auch als Public-Health-Ansatz benannt) betrachtet, was bedeutet, dass sie nicht nur in ein medizinisch-klinisches Setting, wo die GK gesundheitsbezogene Lese- und Schreibfertigkeiten meint, eingebunden wird, sondern auf mehreren Ebenen betrachtet werden muss (Abel & Sommerhalder, 2015, S. 106; Lenartz,

2012, S. 21; Tones, 2002; S. 288, WHO, 1998, S. 10). Relevant ist eine Palette von Fähigkeiten (Dierks, et al., 2017) hinsichtlich des Umgangs mit Gesundheit in den Bereichen Krankheitsprävention und -versorgung sowie GF. Durch die GK soll die Lebensqualität verbessert werden. Vorrangig sind demnach die Aufnahme, das Verstehen und die Beurteilung von Gesundheitsinformationen als auch die Übernahme in den Alltag ausschlaggebend (ÖPGK, 2018c; Parker, 2009). Für diese alltägliche Handlungskompetenz sind ein dementsprechendes eigenverantwortliches Handeln, Empowerment und Selbstregulation gefragt (Lenartz, 2012, S. 72). Kurz meint die GK jene „Kompetenz, aktiv und selbstbestimmt Verantwortung für meine Gesundheit zu übernehmen“ (Rudinger, 2015, S. 645).

Bezüglich der Modelle lässt sich in der Literatur eine Unterscheidung in Stufen- und Strukturmodelle unterscheiden (Soellner, et al., 2009, S. 108; Töpfer & Sygusch, 2014, S. 166). Ein Stufenmodell ist z.B. jenes von Nutbeam (siehe Punkt 2.3.4.1) (Nutbeam, 2000), das aus drei aufeinander aufbauenden Stufen der funktionalen, interaktiven und kritischen GK besteht. Daneben kann ein Modell von Sørensen et al. (2012), das als Grundlage für den HLS-EU-Q verwendet wurde, angeführt werden. Dabei werden vier Stufen des Findens, des Verstehens, der Beurteilung und der Anwendung von gesundheitsbezogenen Informationen in den Bereichen Krankheitsprävention und -bewältigung sowie GF unterschieden, woraus sich eine Matrix für die nötigen Teilkompetenzen ergibt (siehe Abbildung 11). Eine erfolgreiche Anwendung der GK in diesen Bereichen soll die gesundheitliche Ungleichheit minimieren (Sørensen, et al., 2012; Pelikan, 2015). Als Beispiel für ein Strukturmodell, bei dem die Unterscheidung aus inhaltlicher Perspektive zentral ist, kann jenes von Soellner et al. (2010) angeführt werden. Anhand von Expert/inneninterviews wurden Cluster mit den Fähigkeiten der GK inklusive notwendiger Persönlichkeitsmerkmale dazu in umfassender Beschreibung erstellt (siehe Punkt 2.3.4.2). Dieses Modell umfasst deshalb alle Facetten der GK und ist nicht an Situationen gebunden. Es wird als Erweiterung der bisherigen Modelle im Sinne eines Public-Health-Ansatzes gesehen, wobei zukünftig Untermodelle erstellt werden sollten, damit auch kontextgebundene Probleme auf Grundlage dessen gelöst werden können (Soellner, et al., 2010, S. 112; Töpfer & Sygusch, 2014, S. 167f).

Nach inhaltlicher Perspektive könnten im Bereich der Sportwissenschaft die Modelle der bewegungsbezogenen GK (Sudeck & Pfeifer, 2016) und der sportbezogenen GK (Töpfer & Sygusch, 2014), welche im Kontext des Unterrichtsfaches BuS entwickelt wurde, differenziert werden. Das erste Konzept handelt besonders von der kognitiven und affektiven Domäne, welche Whitehead (2019) in ihrer Definition der BK angesprochen hat (Whitehead, 2019). Die bewegungsbezogene GK setzt neben der BK, welche motorische

Kompetenzen beinhaltet, vor allem bei selbstregulatorischen Prozessen sowie der Identifizierung von Selbststeuerungsdeterminanten zur Aufrechterhaltung eines Lebensstils mit regelmäßiger Ausübung körperlicher Aktivität an. Das Hauptaugenmerk liegt demnach auf der Art und Weise *wie* Bewegungen bewältigt werden, ob diese zielführend und belastungstechnisch angemessen durchgeführt werden (SKT), wozu ein bestimmtes Maß an Handlungs- und Effektwissen und die Wahrnehmung von Körpersignalen notwendig sind, ob sie entsprechend der eigenen Motivstruktur gestaltet sind und die Person sich selbst regulieren kann (BR) und schließlich ob nötige motivationale und volitionale Aspekte vorhanden sind, damit eine physisch aktive Lebensführung aufrechterhalten wird (SEKO) (Sudeck & Pfeifer, 2016). Töpfer und Sygusch (2014) gehen von Weinerts Kompetenzdefinition und demnach dem Trias von *Wissen*, *Können* und *Wollen* aus und versuchen diese im BuS-Unterricht kontextgebunden anzuwenden. *Wissen* umfasst Effekt- und Handlungswissen, *Können* den Aspekt der motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie der Körperwahrnehmung und *Wollen* die Bereitschaft für eine gesundheitsbezogene Sportausübung, die mit einer Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit einhergeht (siehe Punkt 2.4.2).

U3: Welche Erhebungsinstrumente zur GK und BK wurden vor allem hinsichtlich der Zielgruppe Kinder und Jugendliche bereits erforscht?

Die GK wurde bereits mit mehreren Erhebungsinstrumenten erhoben, was jedoch die Vergleichbarkeit der Resultate schwierig gestaltet. Anzuführen ist hierbei eine Unterscheidung der Messmethoden in Testinstrumente, z.B. TOFHLA und REALM, Selbsteinschätzungsverfahren, z.B. der HLS-EU-Q, und eine Kombination der beiden, wie es Pelikan (2015) vorschlägt. Letztere spiegelt sich in der HBSC-Studie (Felder-Puig, et al., 2019) bzw. in der HLSAC-Skala (Paakiri, et al., 2016) wider. Ein weiteres Forschungsinstrument wäre die iranische HELMA-Studie (Ghanbari, et al., 2016). Für die Untersuchung im Rahmen dieser Masterarbeit wurden die HLSAC-Skala der HBSC-Studie, Items in Anlehnung an HELMA und eine gekürzte Form des HLS-EU-Q, wie sie sich auch in der HBSC-Studie wiederfinden lässt, verwendet.

Die BK wurde in Österreich bislang mehr in Projekten überprüft und im Rahmen dieser verbessert, wie z.B. bei „Primary Care und Bewegungskompetenz“ (Tuttner, 2018) oder jenem von Holler et al. (2019). Vor allem im kanadischen Raum haben sich im Besonderen an Schulen bereits Erhebungsinstrumente der PL etabliert, z.B. CAPL, PFL und PLAY (siehe Punkt 2.4.3). Diese streben nicht nur eine empirische Erhebung des kognitiven Wissens und affektiven Determinanten an, sondern prüfen ebenso die physischen Fähigkeiten und Fertigkeiten, denn all diese Aspekte sind laut Whitehead (2019), der Begründerin der PL, entscheidend. Im Rahmen der Forschung dieser Arbeit wurde ein

Fragebogen zur bewegungsbezogenen GK von Sudeck und Pfeifer (2016) ohne Messung der körperlichen Kompetenzen, welche bei ihnen die Domäne der BK darstellt, verwendet. Das Bewegungsverhalten wird in der vorliegenden Forschung mit dem selbstberichteten Ausmaß der körperlichen Aktivität in Anlehnung an einen Fragebogen von IPAQ gemessen (IPAQ, 2000).

U4: Besteht ein Unterschied in der GK bezüglich des Alters?

Zwischen der GK und dem Alter liegt, wie bereits in der HSBC-Studie von Österreich (Felder-Puig, et al., 2019) und Finnland (Paakkari, et al., 2018a) bestätigt, ein signifikanter Unterschied vor. Bei paarweisen Vergleichen konnte herausgefunden werden, dass in der vorliegenden Stichprobe zwischen den 16- und 17-Jährigen und 18- und 19-Jährigen signifikante Unterschiede bestehen, wobei die ältere Gruppe einen um fünf Punkte höheren Median des Summenscores aufweisen als die jüngere.

Bezüglich der selbst eingeschätzten GK des Fragebogens in Anlehnung an den HLS-EU-Q konnte diese Tendenz mit der Verbesserung der GK mit zunehmendem Alter bestätigt werden. Am schwierigsten wurde die Aufgabe „Informationen aus den Medien bewerten“ von den 16- und 17-Jährigen eingestuft, denn nur 50 % beantworteten diese mit „einfach“. Bei einem altersspezifischen Vergleich fallen die Prozentzahlen der vorliegenden Stichprobe mit einer Ausnahme bei den 16- und 17-Jährigen höher als bei der HBSC-Studie (Felder-Puig, et al., 2019) aus, was darauf hindeutet, dass die untersuchten Personen Gesundheitsaufgaben leichter einschätzen als die durchschnittliche österreichische Schülerschaft. Aus beiden Studien kann gefolgert werden, dass die Aufgaben „Gesundheitsratschläge verstehen“ und „Informationen über ungesunde Lebensweisen verstehen“ als am einfachsten eingeschätzt werden.

U5: Besteht ein Unterschied in der GK zwischen den Geschlechtern?

Wie sich bereits bei der finnischen HBSC-Studie herausstellte, verfügen Mädchen durchschnittlich über eine bessere GK als Buben (Paakkari, et al., 2018a). Dies konnte für die GK in dieser Forschung ebenso festgestellt werden, jedoch nicht für die bewegungsbezogene GK. Außerdem konnte die höchste Korrelation der GK mit der kritischen GK gefunden werden, worin ebenfalls die Mädchen eine geringfügig höhere besitzen.

U6: Korreliert die untersuchte GK mit Parametern der Bewegung und der bewegungsbezogenen GK? Lassen sich Unterschiede in den Variablen finden?

Die GK weist einen geringen signifikanten Zusammenhang mit der bewegungsbezogenen GK auf. Wird nach Unterschieden in der GK in den Kategorien der bewegungsbezogenen GK geforscht, so konnte zwischen den Kategorien niedrige-mittlere und niedrige-hohe

bewegungsbezogene GK ein signifikanter Unterschied gefunden werden. Der Median der Schüler/innen mit niedriger bewegungsbezogenen GK liegt um sieben Punkte unter jener mit hoher.

Wenn die Parameter der selbstberichteten körperlichen Aktivität PA_60 Min. und PA_außerhalb der Schule untersucht werden, so weisen diese zur GK keine signifikanten Zusammenhänge auf, zur bewegungsbezogenen GK jedoch schon. Die Korrelation ist bei beiden Variablen des Bewegungsverhaltens zur bewegungsbezogenen GK gering ausgeprägt. Es lässt sich folgern, dass eine Zunahme der bewegungsbezogenen GK mit einer Zunahme der physischen Aktivität einhergeht.

Ähnliche Tendenzen berichten Sudeck und Pfeifer (2016) in ihrer Studie zur bewegungsbezogenen GK. Sie betonen, dass nicht der höchstmögliche Umfang der körperlichen Aktivität zentral ist, sondern im Besonderen die Reflexion und dementsprechende individuelle Anpassung der Bewegungsaktivität für die nachhaltige Verfolgung gesundheitswirksamer Bewegungsausübung wichtig sind, sodass diese zu einem möglichst hohen Maß an Wohlbefinden und demnach auch Gesundheit führen (ebda.).

Wenn inferenzstatistisch Unterschiede im selbstberichteten Bewegungsverhalten zwischen den Kategorien der bewegungsbezogenen GK untersucht werden, wird erkenntlich, dass alle Kategorien paarweise signifikante Differenzen aufweisen. Jene mit einer hohen bewegungsbezogenen GK bewegen sich durchschnittlich drei Tage mehr pro Woche für mindestens 60 Min. täglich. Gesamt gesehen liegt der Durchschnitt der Aktivitätszeit der letzten sieben Tage bei den Mädchen (3,8 Tage; HBSC: 3,5) geringfügig über dem HBSC-Schnitt und bei den Buben leicht darunter (4,2 Tage; HBSC: 4,5 Tage) (Felder-Puig, et al., 2019). Zu beachten gilt, dass laut dem HBSC-Bericht die Aktivitätszeit mit dem Alter abnimmt (ebda.).

Ebenso weisen die Schüler/innen der untersuchten Stichprobe gesamt eine höhere GK auf als jene der HBSC-Studie (Felder-Puig, et al., 2019). Rund 74 % verfügen über eine mittlere und 20 % über eine hohe GK, was 94 % der untersuchten Personen entspricht. Im Gegensatz dazu weisen rund zwei Drittel eine mittlere oder hohe, jedoch ca. ein Drittel keine ausreichende bewegungsbezogene GK auf. Auch in der vorliegenden Studie konnte ein Hinweis gefunden werden, dass das Ausmaß der täglichen Handyzeit nicht mit jenem der Bewegung zusammenhängt.

Als die bedeutendsten der einzelnen Komponenten der bewegungsbezogenen GK stellten sich die SKT im Zusammenhang mit der GK ($r=0,399$; $p<0,01$) und die BR hinsichtlich der bewegungsbezogenen GK ($r=0,876$; $p<0,01$) heraus.

U7: Lassen sich signifikante Korrelationen zwischen der GK und möglichen Drittvariablen bei den Schüler/innen finden?

Hinsichtlich des *BMI's* lassen sich weder signifikante Zusammenhänge zur GK und bewegungsbezogenen GK noch signifikante Unterschiede in den BMI-Kategorien finden. Demzufolge hat der BMI keine Auswirkung auf das Ausmaß der GK. Bezüglich der untersuchten Stichprobe wurden prozentuell mehr Personen dem Normalgewicht zugeordnet (79 %) als bei der HBSC-Befragung (71 %) (Felder-Puig, et al., 2019).

Darüber hinaus konnte kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der GK zwischen den SES-Kategorien sowie kein signifikanter Zusammenhang identifiziert werden, obwohl dieser bereits in durchgeführten Studien bestätigt wurde (Pelikan et al., 2012; Quenzel et al., 2015). Hinzuzufügen ist, dass keine Person der Stichprobe die Ausprägung eines niedrigen Familienwohlstandes annahm. Etwas mehr als ein Drittel wies einen mittleren und geringfügig weniger als zwei Drittel einen hohen SES auf.

Ebenso konnte im *emotionalen Wohlbefinden* zwischen den GK-Kategorien ein signifikanter, sehr geringer positiver Zusammenhang gefunden werden, was für eine Zunahme des emotionalen Wohlbefindens mit zunehmender GK spricht. Männliche Personen mit einer hohen GK weisen das höchste untersuchte mittlere emotionale Wohlbefinden auf. Geschlechterdifferenzen sind in allen Alterskategorien erkennbar. Im Vergleich zur HBSC-Studie weisen die Mädchen der untersuchten Stichprobe ein höheres und die Buben ein niedrigeres emotionales Wohlbefinden auf (Felder-Puig, et al., 2019).

Um zudem das gesundheitsbezogene Wissen der Schüler/innen zu testen, wurde im Rahmen des Fragebogens ein *Gesundheitsquiz* erhoben. Zwischen den Kategorien dieses Tests und der GK konnte zwar kein signifikanter, aber dennoch hoher Zusammenhang gefunden werden (Spearman-Rho = -0,74; p=0,341). Dies könnte vermuten lassen, dass ein besseres Testergebnis des Gesundheitsquiz (1= „sehr gut“ bis 5 = „sehr schlecht“) mit einer höheren GK (1= „niedrig bis 3= „hohe“) einhergeht.

Bezüglich des *Ernährungsverhaltens* wurde die Stichprobe rein deskriptiv untersucht, weshalb sich geringe Differenzen im Konsum von bestimmten Lebensmittelgruppen identifizieren ließen. Schüler/innen mit hoher GK nehmen mehr Gemüse und Obst und weniger zuckerhaltige Produkte sowie Fast Food und Energy Drinks zu sich als Schüler/innen mit niedriger GK. Die Wichtigkeit einer gesunden Ernährungsweise für einen gesundheitsfördernden Lebensstil und demnach für die GK zeigte die Studie von Quenzel et al. (2015).

Wenn die *Lebenszufriedenheit* im Zusammenhang mit der GK beleuchtet wird, so kann kein signifikanter Unterschied zwischen den Kategorien der GK in der Lebenszufriedenheit

festgestellt werden. Generell ist die Lebenszufriedenheit der erforschten Stichprobe etwas niedriger im Vergleich zu den Daten der HBSC-Studie (Felder-Puig, et al., 2019). Dabei sollte beachtet werden, dass im Gesundheitsbericht angemerkt wird, dass die Lebenszufriedenheit mit zunehmendem Alter abnimmt und die vorliegende Stichprobe mit 15,9 Jahren ein höheres Durchschnittsalter aufweist.

Hauptforschungsfrage:

Wie wird die Gesundheitskompetenz von Schüler/innen einer berufsbildenden höheren landwirtschaftlichen Schule unter besonderer Berücksichtigung des Aspektes Bewegung im Alter von 14 bis 19 Jahren aktuell eingeschätzt?

Die GK der untersuchten Stichprobe wird im Vergleich zu Resultaten der HBSC-Studie gering besser eingeschätzt, was auf das höhere Durchschnittsalter zurückgeführt werden könnte. Denn dass sich die GK bei Jugendlichen mit zunehmendem Alter verbessert, wurde nicht nur in der HBSC-Studie (Felder-Puig, et al., 2019), sondern ebenso in der vorliegenden Forschung herausgearbeitet. Die GK weist in der untersuchten Stichprobe mehrere signifikante Unterschiede und Zusammenhänge auf (siehe Abbildung 33). Nicht signifikant präsentierten sich die Ergebnisse zum selbstberichteten Bewegungsausmaß der Schüler/innen, jedoch schon zur bewegungsbezogenen GK. Bei der bewegungsbezogenen GK konnten signifikante Resultate zur selbsteingeschätzten körperlichen Aktivität ermittelt werden. Zwischen den Geschlechtern sind bei der GK, nicht aber bei der bewegungsbezogenen GK, Differenzen erkennbar. Details dazu wurden in den Unterfragen geklärt. Infolgedessen wurde versucht, die eingangs beschriebene Forschungslücke in der untersuchten Stichprobe zu verringern. Die Resultate stellen erste Hinweise für die Altersgruppe der 14- bis 19-Jährigen dar. Ein Überblick über die untersuchten Variablen und Forschungsergebnisse geben die beiden Abbildungen Abbildung 33 und Abbildung 34. Die orangen Linien kennzeichnen signifikante, die schwarzen nicht signifikante Zusammenhänge (=Z.) bzw. Unterschiede (=U.).

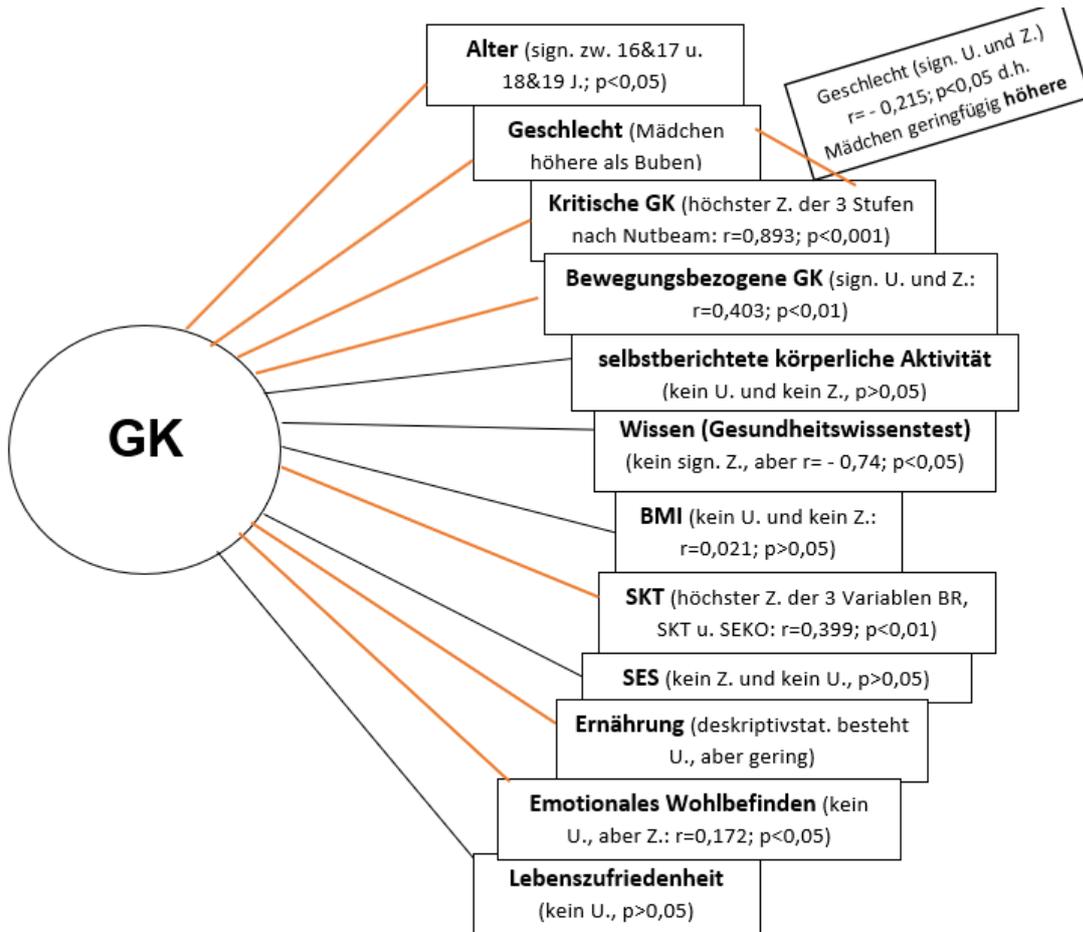


Abbildung 33: Zusammenfassung der Untersuchungen zur GK, orange Linie bedeutet signifikantes, schwarze Linie kein signifikantes Ergebnis; Unterschied (=U.), Zusammenhang (=Z.)

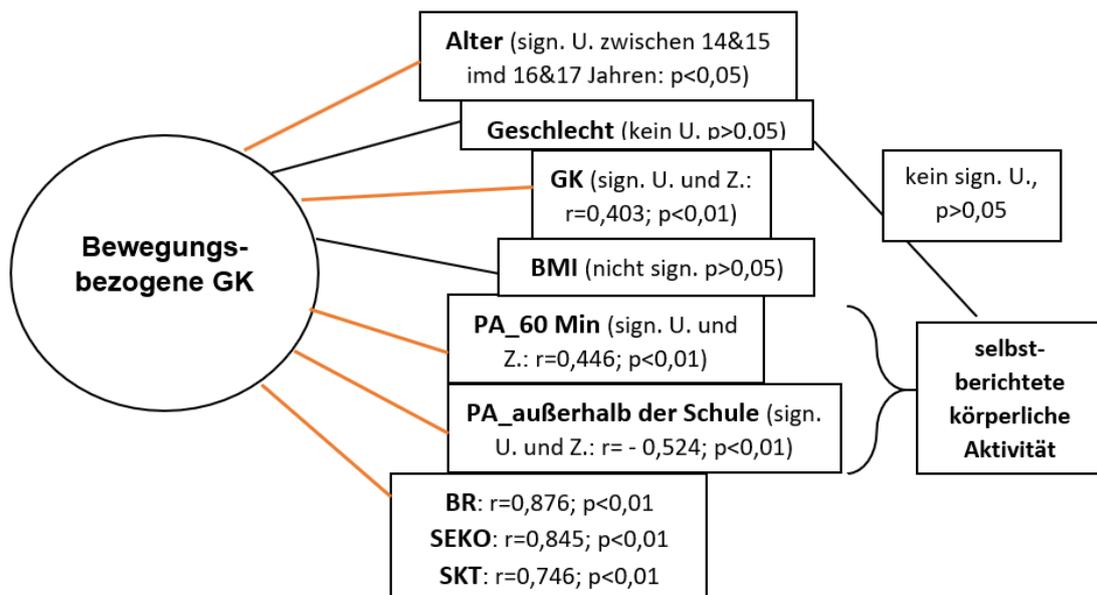


Abbildung 34: Zusammenfassung der Untersuchungen zur bewegungsbezogenen GK, orange Linie bedeutet signifikantes, schwarze Linie kein signifikantes Ergebnis; Unterschied (=U.), Zusammenhang (=Z.)

4.2 Diskussion

In diesem Kapitel wird versucht, die Forschungsergebnisse mit jenen der hermeneutischen Recherche zu verknüpfen, um mögliche Erklärungsansätze zu diskutieren. Aufgrund der Resultate der Hypothesenprüfung sowie der Beantwortung der Forschungsfragen werden in diesem Absatz mögliche Interpretationsansätze dazu thematisiert.

Die Daten liefern Zusammenhänge und Unterschiede der GK und Bewegungsdeterminanten sowie Tendenzen dieser Größen, sind jedoch nur für die in der Hauptforschungsfrage festgelegte Zielgruppe repräsentativ (Brosius, et al., 2016, S. 60ff). Die Interpretation bezieht sich auf das beschriebene Sample (n=167) und lässt deshalb nur bedingt Schlüsse auf die Allgemeinheit zu.

4.2.1 Gesundheitskompetenz

Wie bereits bei der Beantwortung der Hauptforschungsfrage erwähnt, verfügen mehr Schüler/innen der untersuchten Stichprobe über eine hohe und mittlere GK als bei der HBSC-Studie in Österreich (Felder-Puig, et al., 2019) und Finnland (Paakkari, et al., 2018a). Dies könnte auf ein höheres Durchschnittsalter von 15,9 Jahren zurückzuführen sein, da sich die GK mit zunehmendem Alter verbessert, was in der HBSC-Studie sowie in der durchgeführten Forschung bestätigt wurde. Wird jedoch die Gesamtbevölkerung betrachtet, lässt sich bei der jüngeren im Vergleich zur älteren Generation eine bessere GK identifizieren (Griebler, et al., 2017).

Bereits im Datenjahr 2016 als auch 2018 wurde festgestellt, dass Frauen bzw. Mädchen über eine höhere GK verfügen als Männer (Griebler, et al., 2017; Felder-Puig, et al., 2019). Dies kann ebenso den Ergebnissen dieser Studie entnommen werden, denn besonders in der Kategorie der hohen GK lassen sich deutlich mehr Mädchen als Buben wiederfinden. Dabei wurde die GK sowohl ordinal in Kategorien als auch metrisch als Summenscore betrachtet. Aus eigener praktischer Erfahrung in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen könnte ein möglicher Grund in der unterschiedlichen Interessensstruktur der Geschlechter liegen. Mädchen zeigen tendenziell mehr Interesse an dem Thema Gesundheit und die Beeinflussung dieser, was ein erhöhtes Körperbewusstsein inkludieren kann, als Buben. Zusammenhängen könnte dies unter anderem mit verfestigten Rollenbildern in der Gesellschaft, was jedoch in der Studie nicht erhoben wurde.

Besonders bedeutsam stellte sich hinsichtlich der GK-Stufen nach Nutbeam (2000) die kritische GK heraus. Diese weist den höchsten signifikanten Zusammenhang zur GK auf ($r=0,893$) und führt, gemäß der selbsteingeschätzten GK, zu den meisten Schwierigkeiten bei den Schüler/innen, denn nur die Hälfte der 16- und 17-Jährigen führen z.B. an, dass es ihnen leicht fällt, „Informationen aus den Medien [zu] bewerten“. Die zweitniedrigsten

Prozentzahlen bei den gesundheitsbezogenen Aufgaben aus der HBSC-Studie konnten bei dem Item „Hilfe bei psychischen Problemen finden“ festgestellt werden, was auf eine fehlende Handlungskompetenz zurückgeführt werden könnte. Das heißt, Schüler/innen haben Probleme, Wissen in Handlungen umzusetzen und Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, und vor allem zu bewerten und umzusetzen, wie es im „integrated model of health literacy“ von Sørensen et al. (2012) vorgeschlagen wird. Darüber hinaus konnte hinsichtlich möglicher Geschlechterdifferenzen nur in dieser Kategorie ein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden, der belegt, dass wiederum Mädchen eine geringfügig höher ausgeprägte kritische GK haben. Zukünftig sollte demnach in Förderprogrammen, besonders bei Buben, die Beurteilung und Interpretation sowie Transferfähigkeit fokussiert werden.

Interessant war zudem die Auswertung bestimmter Fragen des Gesundheitsquiz. Dass Rauchen nicht nur die Lunge, sondern alle Organe des menschlichen Körpers schädigt, ist 82 % der Jugendlichen bekannt. Jedoch beantworteten 42 % die Frage zum Blutdruck falsch und rund 60 %, also deutlich mehr als die Hälfte der Stichprobe, konnten den Kalorienverbrauch beim Laufen und den täglichen Bedarf bei jugendlichen Mädchen und Buben nicht richtig einschätzen. Dass Bewegung wichtig ist, ist den Schüler/innen bewusst, denn 43 % stimmten der WHO-Empfehlung von mindestens einer Stunde täglich mit mittlerer Intensität zu, 50 % meinten, dass sie sich dreimal wöchentlich bewegen müssten. Letztere wurde beim Quiz als korrekte Antwort gewertet, obwohl dies nicht der Bewegungsempfehlung der WHO entspricht und deshalb kritisch betrachtet werden kann. Trotzdem sind sich 93 % der Stichprobe einig, dass der BuS-Unterricht und der zu Fuß zurückgelegte Schulweg nicht ausreichen. Das gesundheits- und vor allem körperbezogene Wissen der Schüler/innen könnte den Ausführungen zufolge für zukünftige Förderprogramme verbessert werden. Damit validere Aussagen zu den einzelnen Wissensbereichen getroffen werden können, müssten mehr Fragen zum Quiz generiert werden.

4.2.2 Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz und Bewegungsverhalten

Bei der Untersuchung der vorliegenden Stichprobe ist auffällig, dass deutlich mehr Personen einer niedrigen bewegungsbezogenen GK (n=61) zugeteilt wurden als der GK (n=9). Dies könnte vermuten lassen, dass die untersuchten Schüler/innen zwar eine gute GK aufweisen, aber nicht über dementsprechende Dispositionen zur Verfolgung gesundheitswirksamer Bewegung sowie nötige Selbstregulationskompetenzen verfügen.

Wird das Bewegungsausmaß der beiden Variablen PA_60 Min. und PA_außerhalb der Schule betrachtet, so konnte im Vergleich zur HBSC-Studie bei den Mädchen ein geringfügig höheres durchschnittliches Ausmaß und bei den Buben ein niedrigeres festgestellt werden. Dabei sollte hinzugefügt werden, dass im Gesundheitsbericht vermerkt ist, dass das Ausmaß der körperlichen Aktivität mit zunehmendem Alter bei Kinder und Jugendlichen, im Besonderen in der Phase der Pubertät, abnimmt (Felder-Puig, et al., 2019) und das Durchschnittsalter dieser Studie höher ist. Trotzdem konnte ein Abfall der mittleren Aktivitätszeit der letzten sieben Tage bei 16- und 17-Jährigen gefunden werden. Am niedrigsten ist das Ausmaß des untersuchten Samples bei den 18-jährigen Mädchen, bei der HBSC-Studie bei den weiblichen Schülerinnen in der elften Schulstufe. Zudem konnte erforscht werden, dass ebenso die SEKO deutlich abnimmt. Diesbezüglich konnten signifikante Altersunterschiede in der SEKO und SKT, nicht aber in der BR gefunden werden. Bei 19-jährigen Buben ist der Wert der SEKO gleich dem der 14- und 15-jährigen Schüler/innen, aber in der Gruppe der 16- und 17-Jährigen deutlich niedriger. Die Abnahme in dieser Altersgruppe könnte unter anderem auf eine Unsicherheit der Jugendlichen aufgrund von verändernden Körperprozessen in der Pubertät zurückgeführt werden.

Des Weiteren berichtet das Bundesministerium, dass sich rund zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren unzureichend bewegen und besonders das Bewegungsausmaß im Alltag erheblich zurückging (BMSGPK, 2019a). Erster Gesichtspunkt fällt ebenso in der untersuchten Stichprobe auf. Die meisten Jugendlichen treiben zwei- bis dreimal in der Woche außerhalb der Schule Sport. Dabei sind Geschlechterdifferenzen bemerkbar, denn Buben betätigen sich pro Woche für 60 Min. mit mittlerer Intensität durchschnittlich 0,4 Tage mehr als Mädchen. Bei der PA_außerhalb der Schule geben männliche Schüler an, zwei- bis dreimal wöchentlich körperlich aktiv zu sein, während der Großteil der Mädchen nur einmal anführten. Beim Vergleich von vier Tagen der PA_60 Min. zwischen den Geschlechtern, stimmten rund 21 % der Buben, aber nur 9 % der Mädchen zu. Dabei ist bei den Mädchen eine deutliche Schere erkennbar, denn entweder sie treiben viel Sport mit fünf oder mehr Tagen pro Woche oder sehr wenig. Ein Interpretationsansatz dabei könnte sein, dass vorrangig jene Mädchen, die Leistungssport betreiben oder von klein auf mit dem Sport aufgewachsen sind, einen nachhaltigen Zugang zu Sport haben. Dies wurde jedoch in dieser Studie nicht untersucht. Deshalb wird es zukünftig wichtig sein, vor allem in dieser Zielgruppe neben dem Sportunterricht, der für eine Förderung des SOC (BZgA, 2001; Balz, et al., 2016) ermutigend, empowernd und selbstwirksamkeitsstärkend sein sollte, eine gute Kooperationen mit Vereinen zu pflegen. Dies wurde ebenso von Allingham et al. (2019) in ihren Studien bestätigt, da sie im

Besonderen das richtige Umfeld, die Motivation sowie die Vermittlung und Ermöglichung physischer Aktivität anspricht (Allingham, et al., 2019).

Bei der Frage bezüglich der Ausübung gewisser Sportarten ist aufgefallen, dass bei der Zustimmung zu Krafttraining kaum geschlechtliche Unterschiede erkennbar waren. Dies könnte unter anderem auf den Fitnesstrend der gegenwärtigen Zeit und das vorherrschende Körper- und Figurbewusstsein der Mädchen sowie auf Räumlichkeiten der Schule mit dem Angebot eines Fitnessraumes zurückgeführt werden. Gesamt betrachtet sind jedoch bei den abgefragten Determinanten hinsichtlich des Bewegungsverhaltens die Geschlechterdifferenzen sehr gering. Generell sollte bei der Angabe des Bewegungsausmaßes die soziale Erwünschtheit und eine dementsprechend höhere möglicherweise inkorrekte Angabe berücksichtigt werden (Raab-Steiner & Benesch, 2012, S. 62).

Die höchste Korrelation wies die bewegungsbezogene GK mit der BR auf, welche prüft, ob sich Personen aufgrund der Verbesserung ihrer Stimmung bzw. ihres Verhaltens bewegen (Sudeck & Pfeifer, 2016). Sehr ähnlich ist der Korrelationskoeffizient der SEKO, welche unter die Selbstregulationskompetenz des Modells fällt und die eigene Kontrolle sowie Disziplin für die Verhaltensumsetzung umfasst und somit volitionale Bereitschaften beinhaltet, um eine körperliche Aktivität tatsächlich durchzuführen. Aufgrund der SKT sollte die Bewegungsausübung dem individuellen Niveau hinsichtlich der Gesundheit und Belastung angepasst sein, wozu vorhandenes Wissen z.B. zur gesundheitswirksamen Trainingsausführung, situationselastisch Anwendung finden sollte (ebda.). Diese drei Konzepte sprechen demnach ähnliche psychologische Phänomene an.

Dass die bewegungsbezogene GK mit dem selbstberichteten Bewegungsausmaß (PA_60 Min, PA_außerhalb der Schule) signifikant zusammenhängt und signifikante Unterschiede in den Variablen zwischen den Kategorien der bewegungsbezogenen GK erkennbar sind, bestätigt die Wichtigkeit der affektiven Komponente der BK, die mit der erforschten Literatur vereinbar ist (siehe Punkt 2.4.2). Dies könnte darauf hindeuten, dass eine Person sich erst dann ausreichend gesundheitswirksam bewegt, wenn sie über die nötigen psychischen Potenziale (BR, SEKO, SKT) dazu verfügt.

Ferner erfüllen Personen mit niedriger bewegungsbezogener GK die Bewegungsempfehlung der WHO (PA_60 Min) um durchschnittlich drei Tage pro Woche weniger als jene mit hoher bewegungsbezogener GK. Das heißt eine höhere bewegungsbezogene GK geht mit einem höheren Ausmaß körperlicher Aktivität einher. Demzufolge könnte die physische Domäne der BK neben effizienter Bewegungsgestaltung,

der körperbewussten sowie situationselastischen Bewegungsausführung (Whitehead, 2019) um das Bewegungsausmaß ergänzt werden.

4.2.3 Gesundheitskompetenz und Bewegung

Da die GK sowohl eine signifikante positive Korrelation als auch signifikante Unterschiede zwischen den Kategorien der bewegungsbezogenen GK aufweist, wird die Wichtigkeit der eben beschriebenen psychologischen Aspekte für die GK, die im Rahmen der bewegungsbezogenen GK untersucht wurden, unterstrichen. Ähnliches arbeitete Lenartz (2012) in seiner Dissertation heraus. Er betonte besonders das Konzept der Selbstregulation (siehe Punkt 2.3.3). Nicht nur für die Bewegungsumsetzung, sondern auch für den Aufbau der GK muss eine Person über bestimmte Handlungseigenschaften verfügen. Sie muss in der Lage sein, sich selbst zu steuern, das eigene Befinden zu regulieren und mit Handlungen situationsadäquat auf Umwelтанforderungen mit Rücksicht auf die eigenen Ressourcen zu reagieren. Laut Sudeck und Pfeifer (2016) stellt die erhobene bewegungsbezogene GK große Parallelen zum Kern der GK dar, da körperliche Aktivität so ausgeübt wird, dass sie optimal auf die Förderung des persönlichen Wohlbefindens abgestimmt ist und demnach positive Konsequenzen für die Gesundheit hat.

Außerdem könnte bezüglich des Zusammenhangs der GK und der bewegungsbezogenen GK sowie der Tatsache, dass niemand von den Personen, die viel Sport betreiben (fünf- bis sechsmal wöchentlich) *und* der Kategorie der hohen bewegungsbezogenen GK zugeordnet wurden, eine niedrige GK aufweist, erklärt werden, dass die bewegungsbezogene GK bzw. schließlich die BK, wie in der hermeneutischen Recherche vermerkt (Abel & Sommerhalder, 2015), als Teil der GK angesehen werden sollte. Bei einer Förderung der GK darf niemals jene der BK außer Acht gelassen werden, um schließlich gesundheitskompetent einen gesundheitswirksamen, körperlich aktiven Lebensstil zu verfolgen.

Darüber hinaus sollte hervorgehoben werden, dass der BMI weder zur GK noch zur bewegungsbezogenen GK signifikante Ergebnisse erzielte. Dies könnte auf der einen Seite bedeuten, dass auch übergewichtige Personen durchaus gesundheitskompetent sein können, was aus Tabelle 21 hervorgehen könnte, oder auf der anderen Seite, dass der BMI für diese Zielgruppe nicht gut interpretierbar ist, da von Quenzel et al. (2015), sowie deskriptivstatistisch in der vorliegenden Forschung, der Zusammenhang zwischen der GK und der Ernährungsweise, die zu einem höheren BMI führen könnte, bestätigt wurde. Da jedoch fast die Hälfte der übergewichtigen und adipösen Schüler/innen eine niedrige bewegungsbezogene GK aufweisen (siehe Tabelle 21), könnte der Schluss gefasst

werden, dass das Bewegungsverhalten eine größere Bedeutung für den BMI hat als das Gesundheitsbewusstsein.

Neben dem BMI wurden noch weitere Drittvariablen, die laut dem HBSC-Bericht einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten haben könnten (Felder-Puig, et al., 2019), untersucht. Der Zusammenhang der GK mit dem Ernährungsverhalten wurde bereits erläutert. Neu ist die signifikante Korrelation der GK mit dem emotionalen Wohlbefinden, die jedoch sehr gering ausgeprägt ist. Trotzdem könnte an der Verbesserung dessen im Zuge der Förderung der GK angesetzt werden. Nicht signifikante Differenzen wurden bei der GK bezüglich der Lebenszufriedenheit identifiziert. Um valide Ansätze für Interventionsprogramme zu stellen, reicht jedoch die vorliegende Forschungsgrundlage nicht aus. Dies lässt somit Forschungsansätze und -bedarf für umfangreiche Studien diese Themen betreffend offen.

Schließlich sollte eine zentrale Erkenntnis dieser Forschung thematisiert werden. Obwohl das Bewegungsausmaß mit der bewegungsbezogenen GK signifikant zusammenhängt und die bewegungsbezogene GK wiederum signifikant mit der GK, können zwischen der GK und dem selbstberichteten Bewegungsausmaß keine statistisch relevanten Resultate präsentiert werden. Da jedoch die bewegungsbezogene GK Elemente der Selbststeuerung, Selbstregulation und Selbstkontrolle beinhaltet, könnten die Ergebnisse darauf hindeuten, dass ein hoher Umfang an körperlicher Aktivität kein zentrales Kriterium für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil ist, sondern besonders die persönliche Deutung und Reflexion dieser essentiell für *gesundheitswirksame* physische Aktivität ist. Belege dafür lieferte auch die Studie von Sudeck und Pfeifer (2016). Weiters könnte der Interpretationsansatz getätigt werden, dass sich Jugendliche mit niedriger GK auch körperlich betätigen ohne sich der positiven Wirkung der Bewegung auf die Gesundheit bewusst zu sein. Dabei könnten unter Umständen soziale Faktoren entscheidend sein, die das Bewegungsausmaß bewusst oder unbewusst steuern. Die Beweggründe für das Bewegungsausmaß der Schüler/innen wurden jedoch im Rahmen dieser Forschung nicht untersucht. Dazu sind weitere Forschungen nötig.

Den Erklärungs- und Interpretationsansätzen zufolge, kann ein zukunftsorientierter Ausblick mit Implikationen für die Praxis sowie Fragestellungen für weitere Forschungen gegeben werden. Dazu sollten die Limitationen der vorliegenden Arbeit sowohl hermeneutischer als auch empirischer Natur nicht vernachlässigt werden.

4.3 Limitationen

Um die nötige Transparenz zu gewährleisten folgen nun Erläuterungen zu möglichen Limitationen, die die Forschung mit sich brachte. Wenn Ergebnisse interpretiert werden, sollten diese Berücksichtigung finden.

Zuerst wird auf die Limitationen der hermeneutischen Literaturrecherche eingegangen und anschließend werden jene der empirischen Forschung klargestellt.

4.3.1 Hermeneutische Methoden- und Ergebniskritik

Zur Vorgehensweise bei der Literatursuche ist anzumerken, dass diese umfassend und angelehnt an die Forschungsfragen war, aber für das Forschungsanliegen nicht ausreichend eingeschränkt und anschließend selektiert wurde. Trotzdem ist aufgrund der Aktualität der Thematik kein Anspruch auf Vollständigkeit gegeben, denn zukünftige Ergebnisse werden weiteren Aufschluss in der untersuchten Zielgruppe bringen. Zum Teil fand keine ausreichende Einschränkung der literarischen Ausarbeitung bezüglich des Umfangs sowie der Zielgruppen oder Veröffentlichungsdaten für die empirische Forschung statt. Besonders bei Definitionen wurden bei Bedarf Quellen herangezogen, deren Veröffentlichung vor mehr als zehn Jahren war. Zudem wurden hinsichtlich der Einschränkung von untersuchten Personen mitunter Studien über Erwachsene verwendet, obwohl diese nicht der Zielgruppe entsprechen. Dennoch konnte gesamt gesehen ein guter Überblick sowie ein tieferer Einblick in die zum Großteil sehr aktuelle Literatur für die empirische Forschung gegeben werden.

Zudem wurde in der untersuchten Literatur häufig betont, dass weder die Gesundheit, noch die GK oder die BK einem einheitlichen Konstrukt und verbindlichen Modellen, Konzepten sowie Assessments dazu unterliegen. Die Auswahl dieser könnte als subjektiv betrachtet werden, wobei jedoch darauf geachtet wurde, eine breit verwendete sowie zielführende Auswahl für die Forschung zu treffen.

Ferner wurden mit Ausnahme von Google Datenbanken mit hoher Gütestufe in den Forschungsprozess miteinbezogen. Der Großteil der Recherche fand in u:search statt, der Onlinekatalog der Bibliothek der Universität Wien, der auf weitere Quellen wie PubMed, Google Scholar oder Online-Arbeiten verwies. Sehr viele Informationen konnten zudem von sehr aktuellen Quellen des Bundesministeriums sowie des FGÖ, der ÖPGK und der GIVE weiter verarbeitet werden. Die Neuheit der Thematik der BK im deutschen Raum schränkte die literarische Ausarbeitung in diesem Bereich ein. Dennoch wurde versucht, die zugrundeliegenden Konzepte sowie Assessments dazu aus anderen Ländern zu erklären. Für zukünftige Arbeiten wird es aufgrund der nun schon umfassenden Literatur zur GK genügen, die Suche den Zielgruppen entsprechend einzuschränken.

4.3.2 Empirische Methoden- und Ergebniskritik

Die Empirie betreffend müssen einige Punkte bezüglich der Einschränkungen der Forschungsgültigkeit beachtet werden.

Zuerst dürfen die Ergebnisse nicht auf die österreichische Schülerschaft und jene der berufsbildenden höheren Schulen verallgemeinert werden, da die untersuchte Schule eine Schwerpunktschule im Bereich Landwirtschaft ist und bereits nach Interesse und Leistungsniveau selektiert wird. Positiv hervorzuheben ist hinsichtlich der Interessensspezialisierung, dass der Fragebogen nicht nur von gesundheitsinteressierten Personen ausgefüllt worden ist, sondern von allen, die am Unterrichtsfach BuS teilnahmen. Trotzdem sind die Resultate nur für die untersuchte Gruppe interpretierbar.

Darüber hinaus konnte bei der Auswertung nicht das exakte Alter berechnet werden, da der Fragebogen nicht das Geburtsdatum der Schüler/innen erhob. Demzufolge könnten Forschungsergebnisse bezüglich des Alters verfälscht sein. Außerdem wurden in der Kategorie der 18- und 19-Jährigen 25 Personen befragt, wobei nur eine Person davon 19 Jahre alt war. Folglich ergibt sich eine geringe Aussagekraft. Ferner konnte in der Forschung kein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis vorgewiesen werden, was die Signifikanz bezüglich untersuchter Unterschiede im Geschlecht einschränken könnte.

Zudem berichteten Schüler/innen nach dem Ausfüllen des Fragebogens über den hohen Leseaufwand, die sehr lange Dauer – die durchschnittliche Bearbeitungsdauer lag bei 20 Minuten – sowie zum Teil über die komplexen Fragen. Die letzte Frage nach dem derzeitigen Wohlbefinden auf einer Skala von 0-10 wurde im Durchschnitt mit 8,1 ($\pm 1,6$) beantwortet (siehe Punkt 2). Um die Konzentration bei den zentralen Forschungsanliegen nicht zu mindern, wurden die Fragen zur GK und bewegungsbezogenen GK am Beginn angesetzt.

Generell konnte bei diversen Variablen wie der GK, der bewegungsbezogenen GK, dem BMI, dem Alter oder dem SES festgestellt werden, dass die Stichprobe sehr homogen war, da sich der Großteil der Personen in der mittleren GK ($n=124$) sowie bewegungsbezogenen GK ($n=90$), im Normalgewicht ($n=129$), bei den 14- und 15-Jährigen ($n=78$) oder bei einem hohen SES ($n=109$) wiederfinden ließen. Deshalb war teilweise kein Unterschied identifizierbar. Trotzdem spricht für die Forschung, dass im Vergleich zur HBSC-Studie auch ältere Schüler/innen hinsichtlich gesundheits- und bewegungsrelevanter Determinanten befragt wurden.

Darüber hinaus darf bei selbstberichteten Variablen die Unter- oder Überangabe der Werte gemäß der sozialen Erwünschtheit nie außer Acht gelassen werden (Raab-Steiner & Benesch, 2012, S. 62). Dazu meinten die Schüler/innen nach der Befragung, dass es ihnen

schwer fiel, die Fragen zur PA zu beantworten, da sie sehr unregelmäßig, z.B. nur alle drei Wochen einmal wöchentlich, Sport treiben. Demzufolge müssten die Fragen zur selbstberichteten PA in dieser Altersgruppe überarbeitet werden.

Dass das selbstberichtete Bewegungsausmaß und nicht praktisch motorische Tests erhoben wurden, schränkt die Schlüsse auf die BK sowie die Interpretation dieser ein. Für zukünftige Forschungen zur BK sollten auf alle Fälle in Anlehnung an die kanadischen Assessment Tools CAPL, PFL und PLAY und den Ausführungen von Whitehead (2019) eine quantitative Forschung zur affektiven und kognitiven Komponente der BK ebenso eine praktische Prüfung dementsprechender motorischer Kompetenzen stattfinden.

Schließlich weist auch die Erhebung der GK mit der HLSAC-Skala Schwächen auf (Ramelow & Felder-Puig, 2019, S. 14). Die im Rahmen der HBSC-Studie verwendete HLSAC-Skala zur Erhebung der GK (Paakkari, et al., 2018a) mit 16 Items wurde in der vorliegenden Forschung ohne Prüfung der wissenschaftlichen Gütekriterien (Bortz & Döring, 2006, S. 40) erweitert verwendet, was die Aussagekraft aller Resultate einschränken könnte. Nichtsdestotrotz konnten ähnliche Tendenzen wie bei der HBSC-Studie gefunden und der Großteil der Items, auch anderer Variablen, von bereits erprobten Studien übernommen werden.

Bezüglich der Testung des Gesundheitswissens der Schüler/innen sollten für zukünftige Forschungen mehr Fragen zu den Themenbereichen von Wallmann et al. (2012) zur Erhöhung der Relevanz und Verlässlichkeit der Ergebnisse generiert werden. Vor allem die Fragen zum Kalorienverbrauch beurteilten die Schüler/innen als schwierig auszufüllen. Schließlich wurde dieses Quiz nur dem Interesse wegen in den Fragebogen integriert, jedoch nicht in den Fokus der Forschung gerückt.

4.4 Offene und weiterführende Fragestellungen

Anhand der erläuterten Limitationen sollten zukünftige Forschungen versuchen, die beschriebenen Gesichtspunkte zu ändern. Besonders im Bereich der BK sind mehr wissenschaftsgestützte Daten in Österreich für die Zukunft nötig. Wenn die BK untersucht wird, so sollten Items in Anlehnung an die Ausführungen zu den drei Domänen der BK von Whitehead (siehe Tabelle 1) generiert werden. Nicht vernachlässigt werden dürfen dabei die psychologischen Aspekte, die sich in der durchgeführten Forschung hinsichtlich des Bewegungsverhaltens als bedeutsam herausstellten.

Da die BK als Teil der GK zu betrachten ist, könnten in zukünftigen Forschungstätigkeiten bei der Prüfung der GK ebenso Komponenten der BK abgefragt werden, da sich in der untersuchten Forschung der Zusammenhang zwischen der GK und der bewegungsbezogenen GK sowie Unterschiede in den Kategorien als signifikant erwiesen.

Dass die getätigten Erweiterungen der GK in Anlehnung an die HELMA-Studie sowie die Unterteilung der Items in die Stufen der GK nach Nutbeam, sodass relevante Korrelationen der einzelnen Stufen mit der GK untersucht werden können, zielführend sind und für weitere Untersuchungen ausgebaut werden sollten, bestätigen die Forschungsbefunde. Denn daraus können sich in Kombination mit der selbsteingeschätzten GK nach dem HLS-EU-Q mögliche Schwerpunkte für Interventionsprogramme entwickeln. Für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen könnte der Miteinbezug von alltagsbezogenen Situationen in den Fragebogen zur Erhöhung der Gültigkeit und Minimierung der sozialen Erwünschtheit beitragen. Denn besonders jüngeren Schüler/innen des Samples fiel die Beantwortung der Fragen zur GK und bewegungsbezogenen GK zum Teil schwer. Zudem könnte das vorherrschende gesundheitsbezogene Wissen der Schüler/innen abgefragt werden, da dies ebenso Teil der GK ist (siehe Abbildung 8) und in der Untersuchung in gewissen Bereichen wie dem Kalorienverbrauch schlechte Ergebnisse erzielte.

Resultierend daraus sollte der Fragebogen für zukünftige Studien auf zentrale Forschungsanliegen reduziert werden, um Konzentrationsschwächen und beliebige Antworten zu vermeiden.

Folgende Fragestellungen würden sich für zukünftige Untersuchungen im Zusammenhang mit dieser Thematik anbieten:

1. Welches einheitliche und valide Messinstrument kann einerseits zur Erhebung der GK sowie andererseits zur Feststellung der BK im Setting Schule verwendet werden?

In der existenten Literatur wird des Öfteren angemerkt, dass die Konzepte keiner Einheitlichkeit unterliegen, weshalb Ergebnisse nicht immer miteinander vergleichbar sind. Für die Zukunft wäre es wünschenswert, ein verbindliches Assessment auf der einen Seite der GK und auf der anderen der BK für den Kontext Schule online zur Verfügung zu haben. Ein Bestreben dazu stellt bereits die HBSC-Studie (Felder-Puig, et al., 2019), welche 16 Items zur GK in Anlehnung an die HLSAC-Skala und die Abfrage von sechs gesundheitsbezogenen Aufgaben aus dem HLS-EU-Q-Fragebogen, dar. Jedoch weist diese Ausbaufähigkeit auf, denn z.B. wird die GK bei der HLSAC-Skala (Paakkari, et al., 2018a) in drei Kategorien und beim HLS-EU-Q (Sørensen, et al., 2013) in vier Kategorien eingeteilt, was die Vergleichbarkeit erschwert. Zudem wird im österreichischen Gesundheitsbericht kein einziges Mal über die BK gesprochen, obwohl die Förderung dieser als Maßnahme in den Gesundheitszielen von Österreich verankert ist.

2. In welchem Ausmaß korrelieren die GK und die BK, wenn zweitens auch praktisch erhoben wird?

Zu dieser Fragestellung konnte bereits eine positive Tendenz zu einem bestätigten Zusammenhang im Rahmen dieser Studie gefunden werden. Jedoch wurden keine motorischen Kompetenzen geprüft und das selbstberichtete Bewegungsausmaß zeigte keine signifikanten Korrelationen mit der GK.

3. Welche Interventionsprogramme zur GK können im Bereich Schule erfolgreich Anwendung finden?

Da die Förderung der GK der Bevölkerung als Gesundheitsziel von Österreich formuliert ist (BMGF, 2012), wäre es essentiell, bereits in jungen Jahren im Setting Schule daran anzusetzen, denn gesundheitsrelevantes Lernen findet bereits ab dem dritten Lernjahr statt (Braunegger-Kallinger, et al., 2019, S. 15). Zwar ist die Förderung der GK im Rahmen der GF bereits auf mehreren Ebenen im schulischen Rahmen theoretisch verankert, jedoch weist die Umsetzung in die Praxis noch geraume Defizite auf (Jerusalem A., 2016).

Das Projekt *GET! – Gesunde Entscheidungen treffen (GET)* setzt genau an dieser Erkenntnis an und hat sich die Förderung der GK von Volksschulkindern sowie ihren Eltern zum Ziel gesetzt (siehe Punkt 4.5). Auch die Plattform GIVE²⁹ bietet bereits umfassende Materialien zur Förderung der GK an. Wünschenswert wäre nun, aufgrund von Lehrplanänderungen der Schulen die Förderung der GK – und demzufolge auch der BK – in das Schulleitbild aufzunehmen und konkrete Umsetzungsmaßnahmen für Pädagog/innen zu entwickeln bzw. die GK im Rahmen der schulischen GF, die bereits Teil vieler Schulen ist, verstärkt hervorzuheben. Auch wenn erfolgreiche Einzelinitiativen ergriffen werden (Teutsch, 2015), ist es wichtig, die Nachhaltigkeit der Interventionen anzustreben.

4. Welche Beweggründe haben Jugendliche für die Ausübung regelmäßiger sportlicher Aktivität?

In der präsenten Studie konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der GK und dem selbstberichteten Bewegungsverhalten, aber schon zwischen der GK und der bewegungsbezogenen GK, die vor allem selbstregulatorische und selbstkontrollierende Determinanten forciert, herausgefunden werden. Dies könnte bedeuten, dass ein hoher Umfang an körperlicher Aktivität kein zentrales Kriterium für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil ist, sondern besonders die persönliche Deutung und Reflexion dieser essentiell für gesundheitswirksame physische Aktivität ist. Belege dafür lieferte auch die Studie von Sudeck und Pfeifer (2016). Für Jugendliche könnten neben dem gesundheitlichen Aspekt weitere Beweggründe im Vordergrund stehen. Wie sich diese gestalten sowie welches

²⁹ <https://www.give.or.at/>, abgerufen am 26.Mai 2020

Ausmaß dabei der Gesundheitsaspekt annimmt, könnte für Ansatzpunkte von weiteren Interventionsprogrammen von Interesse sein.

5. *Wie kann eine Förderung der GK sowie der BK im Unterrichtsfach BuS gestaltet werden?*

Jersusalem, A. (2016) brachte in ihrem Beitrag zu „Gesundheitskompetenz als Lebenskompetenz in der Lehrdidaktik an österreichischen Schulen“ die Idee auf, die GK wie auch das Fach Berufsorientierung in den Stundenplan einer Schulstufe zu einer definierten Stundenanzahl miteinzubeziehen. Dabei muss in jeder Schule ein Koordinator/eine Koordinatorin festgelegt werden, der/die dem Fach die nötige Struktur gibt sowie den Prozes in der Schule dokumentiert und überprüft (Jerusalem A., 2016). Die zu behandelnden Inhalte und Themen sollten an die Pädagog/innen ausgehändigt werden. Dabei könnte die Plattform GIVE erste Anregungen und Unterstützung bieten.

6. *Welchen Einfluss haben soziale Medien wie Instagram und die von Influencern vermittelten Wissensinhalte auf die Bildung der GK der Jugendlichen?*

Zengerer und Zelinka-Roitner (2019) verfassten nach der Fachtagung „Digitalisierung braucht Gesundheitskompetenz“ einen Konferenzbeitrag, bei dem sie Inhalte von Instagram-Influencern zu den Themen Fitness, Ernährung und Gesundheit untersuchten. Unter den Beiträgen und Posts konnten sehr viele Berichte aus dem Privatleben gefunden werden, aber wenig Accounts, die Wissensinhalte aufbereiten und vermitteln. Deshalb wurde ein eigener Account gegründet und dessen Wirksamkeit untersucht (Zengerer & Zelinka-Roitner, 2019, S. 52).

4.5 Ausblick und Implikationen für die Praxis

Aus den offenen Fragestellungen geht hervor, dass für die Praxis die weitere Erforschung sowie Inkludierung der GK in politische sowie schulische Förderungsprogramme essentiell sind. Bezüglich dem Setting Schule wird es vonnöten sein, konkrete Umsetzungspläne an die Schulleiter/innen bzw. Pädagog/innen auszuhändigen. Die GK kann im Rahmen der schulischen GF integriert werden. Wichtig ist, früh an der Förderung gesundheitskompetenter Lebensweisen anzusetzen. Um die Nachhaltigkeit und Gültigkeit der Maßnahmen zu gewährleisten, müssen gewisse Qualitätskriterien erfüllt sein. Deshalb wurden im Rahmen des bereits angesprochenen Projektes GET sogenannte „Standards“ festgelegt, die von einer gesundheitskompetenten Schule abgedeckt werden müssen (Braunegger-Kallinger, et al., 2019, S. 15). Die Standards sind aus dem Leitfaden von Malli und Zelinka-Roitner (2020, S. 8ff) von styria vitalis.

1. **„Sich zur Gesundheitskompetenz bekennen“** – aller am Schulwesen beteiligten Personen, was eine Aufnahme der Förderung der GK in das Schulleitbild bedeutet
2. **„Gesundheitskompetenz in der Schulentwicklung verankern“**: Festlegung von Zielen und Maßnahmen
3. **„Den Schulalltag gesundheitsfördernd gestalten“** wie bewegungsfreundliche Raum- und grüne Außengestaltung, gesundes Essen und Trinken, respektvoller Umgang miteinander
4. **„Materialien zur Stärkung der Gesundheitskompetenz im Unterricht einsetzen“** z.B. zuckerhaltige Getränke und Lebensmittel kennenlernen
5. **„Zur Gesundheit(-skompetenz) von Schulleitung und Schulteam beitragen“**: Fortbildungen und Gesundheit am Arbeitsplatz anbieten
6. **„Miteinander gesundheitskompetent kommunizieren“**: kritisches Hinterfragen der Gesundheitsinformationen und respektvolle Kommunikationsstruktur in der Schule
7. **„Eine unterstützende Schulumwelt sicherstellen“**, z.B. mithilfe eines schulischen Koordinationsteam für herausfordernde sowie Krisensituationen bei Gewalt oder Mobbing
8. **„Regionale Potenziale und Expertisen nutzen“**: z.B. Gesunde Gemeinde, Bewegungsinitiativen, Sportvereine, Ärzt/innen
9. **„Erfahrungsaustausch pflegen und als Vorbild dienen“**: strategische Zusammenarbeit mit der Bildungsdirektion und Gemeinde (ebda.)

Im Leitfaden von styria vitalis sind zu jedem Standard anschauliche Praxisbeispiele sowie eine Checkliste in rot, grün und gelb beigefügt (ebda.). Infolgedessen könnte dies ein praktikabler Leitfaden für den Einzug der GK in das schulische Umfeld sein.

Im Zuge des Projektes GET, das seit Mai 2019 in Österreich durchgeführt wird, soll die GK der Schüler/innen der ersten bis vierten Volksschule – gesundheitsrelevantes Lernen findet ab dem dritten Lernjahr statt – verbessert werden. Eltern und Pädagog/innen erhalten mehr Informationen zur GK und zur möglichen Förderung dieser. Zudem beschäftigen sie sich in der Schule mit den fünf Themengebieten „Ernährung, Bewegung, Medienkompetenz, Psychosoziale Gesundheit und Prävention/Versorgung“ (Braunegger-Kallinger, et al., 2019, S. 15). Ziel ist der Erwerb einer multidimensionalen GK, also nicht nur die Verbesserung der Sprach- und Lesekompetenzen, sondern ebenso das kritische Hinterfragen von Gesundheitsinformationen, der Vermittlung von Systemwissen im Gesundheitswesen und ein gesundheitskompetentes Verhalten. Es wurden beispielhafte Unterrichtsmaterialien wie Stundenausarbeitungen und Arbeitsblätter sowie Good-Practice-Beispiele in einer

sogenannten „Materialbox“³⁰ zur Verfügung gestellt. Des Weiteren sind Checklisten für Schulen verfügbar, um abzufragen, inwiefern GK an der Schule gefördert wird (Braunegger-Kallinger, et al., 2019, S. 15).

Bevor schließlich die GK an der Schule inkludiert wird, müssen einheitliche Assessments zur Prüfung der GK der Schüler/innen erstellt werden, um die Effektivität der Interventionen zu kontrollieren. Der Fragebogen dieser Studie ist aufgrund der Berichte der Schüler/innen nach der Befragung begrenzt optimal. Aufgrund des hohen Umfangs des Lesetextes fühlten sich im Besonderen Schüler/innen der unteren Jahrgänge zum Teil überfordert. Es sollte zukünftig in Anlehnung an die Resultate dieser Forschung eine zielführende Auswahl der Items stattfinden. Dabei könnten alltagsrelevante Situationen beschrieben und Reaktionen darauf abgefragt werden. Die HELMA-Studie (Ghanbari et al., 2016) könnte dabei Hilfestellungen bieten. Zudem könnten Resultate zu den signifikanten Korrelationen der GK mit der kritischen GK sowie zu den psychologischen Aspekten, die im Rahmen der bewegungsbezogenen GK erhoben wurden, hilfreich sein. Ferner sollte aufgrund der gefundenen Zusammenhänge bei der Förderung der GK die Determinanten der Selbststeuerung, -regulation und -kontrolle und somit die affektive Komponente der GK bzw. BK Berücksichtigung finden.

Als mögliche Risikogruppen bezüglich der GK stellten sich vorrangig das männliche Geschlecht, besonders in der Kategorie der untergewichtigen, die einen deutlich niedrigeren Mittelwert der GK als die anderen Gruppen aufwiesen, und die unteren Schulstufen heraus. Hinsichtlich des Ausmaßes der physischen Aktivität sollten besonders Schülerinnen gefördert und bestärkt werden, denn der niedrigste Bewegungsumfang konnte in der Gruppe der 18-jährigen Mädchen festgestellt werden. Dabei ist anzumerken, dass die Schüler/innen in der fünften Schulstufe der untersuchten höheren Schule keinen BuS-Unterricht mehr haben. Jedoch wurde in der Studie ohnehin das Ausmaß der körperlichen Aktivität *außerhalb* des schulischen Unterrichts gemessen. Die Förderung der GK sollte im Besonderen in den beschriebenen Gruppen stattfinden.

Das Wissen über die GK soll unter Pädagog/innen weiter verbreitet und die Thematisierung verbindlich in die Lehrer/innenausbildung aufgenommen werden. Denn Interventionen auf persönlicher Ebene werden nicht die nötige Nachhaltigkeit zeigen. Sehr viele von den angesprochenen Punkten wurden von Jerusalem A. (2016) anhand der Untersuchung mit Expert/inneninterviews aufgefasst. Sie kam zu den in Tabelle 24 dargestellten Erkenntnissen, die hohe Zukunftsrelevanz aufweisen.

³⁰ <https://styriavitalis.at/information-service/downloads/get-materialbox/>, abgerufen am 03.04.2020

Tabelle 24: Handlungsempfehlungen für die Förderung der GK sowie Defizite dieser im Setting Schule aus Forschungen von Jersusalem, A. (2016, S. 4)

Gesundheitskompetenz ist im pädagogischen Alltag nicht verankert, weil ...	Daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen sind ...
... der Gesundheitskompetenzansatz den PädagogInnen nicht vertraut ist	... die Bedeutung und das Verständnis von Gesundheitskompetenz mehr im Bewusstsein (der LehrerInnen) zu verankern
... das Vermitteln überfachlicher Kompetenzen und somit auch das Vermitteln von Gesundheitskompetenz keine Verbindlichkeit darstellt	... das verbindliche Vermitteln von Gesundheitskompetenz im Unterricht
... sie in der LehrerInnenausbildung bisher einen untergeordneten Stellenwert einnimmt	... die Verankerung von Gesundheitskompetenz in der LehrerInnenausbildung (aller Unterrichtsfächer)
... Gesundheitsbildung im schulischen Kontext nach wie vor hauptsächlich mit der Vermittlung von Ernährungs- und Körperbewusstsein assoziiert wird und sich daher vornehmlich auf die Fächer Biologie sowie Sport und Bewegung beschränkt	... die Integration von Gesundheitskompetenz in Form eines eigenen Unterrichtsfaches mit fächerübergreifendem Charakter oder in Form von fächerübergreifendem Projektunterricht im Schulalltag

Positiv anzumerken ist hierbei, dass die WHO 2019 ein europäisches Netzwerk zur GK gründete. Bei einer Erhebung im Rahmen dieses Netzwerkes sollten vorrangig organisatorische Bereiche zur GK überprüft werden. Dies betrifft z.B. Rahmenbedingungen in Organisationssystemen, die für eine Förderung der GK gegeben sein müssen. Dabei spielt unter anderem Jürgen Pelikan der ÖPGK eine bedeutende Rolle (Dietscher, 2018).

Darüber hinaus sollte das Unterrichtsfach BuS nicht nur in Schwerpunktschulen die bewegungs- und sportbezogene GK aufgreifen, sondern bei allen Sportpädagog/innen Einzug in den Unterricht finden. Besonders bei Mädchen ist auf das Empowerment der sportlichen Ausübung und bei Buben auf die Förderung des Gesundheitsbewusstseins zu achten. Nie sollte die Förderung des SOC, das bei einer ausgewogenen Balance zwischen Unter- und Überforderung gefördert wird, außer Acht gelassen werden. Hinsichtlich der Körpererfahrung könnte z.B. im Rahmen des Unterrichts der Puls gemessen, subjektiv gefühlt und schließlich dessen Aussagekraft und Hintergründe für Unterschiede in den Werten thematisiert werden. Viele weitere Praxisbeispiele zum Einbezug der GK in das Unterrichtsgeschehen liefert die GIVE.

Schließlich sollte es jeder Lehrperson ein Anliegen sein, ihre Schüler/innen bestmöglich für die Zukunft vorzubereiten, worunter eben auch die Förderung ihrer GK fällt. Es kann schlussgefolgert werden, dass die GK bei der untersuchten Zielgruppe noch weiter erforscht werden muss, um die richtigen Ansatzpunkte für Interventionsprogramme zu finden. Aus dieser Forschung kann jedoch mitgenommen werden, dass auch im

Unterrichtsfach BuS nicht nur ein hoher Umfang der körperlichen Aktivität, sondern besonders die selbststeuerungsspezifischen und selbstregulatorischen Elemente dieser für die Ausübung eines gesundheitswirksamen Lebensstils zentral sind und infolgedessen im Unterrichtsgeschehen von den Lehrpersonen dementsprechend angeleitet werden müssen.

Letztlich ist festzuhalten, dass das österreichische Bundesministerium bereits sehr viele Schritte in die richtige Richtung tätigte und an dem Thema hoffentlich auch zukünftig intensiv weiterarbeiten wird. Denn die Förderung der GK sollte nicht nur in der Schule der Autorin, sondern ebenso in weiteren zur Ermöglichung und Vertiefung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils der Schüler/innen Einzug finden. Dazu soll diese Masterarbeit und die im Zusammenhang damit betriebene Forschung Aufschluss geben und Interesse wecken.

A) ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: GK der HLS-EU-Q-Studie, Datenjahr 2011, EU-Ländervergleich (HLS-EU Consortium, 2012, S. 3).....	6
Abbildung 2: GK nach GK-Domäne und Geschlecht, Datenjahr 2011, im Gesundheitsbericht Österreich 2016 (Griebler, et al., 2017, S. 75)	6
Abbildung 3: Gesundheit als „Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen“ (Hurrelmann, 2003, S. 88)	18
Abbildung 4: Determinantenmodell FGÖ (Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991), zit. n. Fonds Gesundes Österreich).....	19
Abbildung 5: Transaktionales Stressmodell nach Lazarus (Zedler, 2012, S. 1).....	27
Abbildung 6: Zusammenhang zwischen Gesundheit und Handlungskompetenz (Riedl, 2008, S. 113).....	34
Abbildung 7: Zeitverlauf der Trefferquote von HL in PubMed (PubMed, 2020).....	38
Abbildung 8: zusammenfassende Darstellung der GK in Anlehnung an BMBWF (2018b); Dierks (2017); Sørensen, et al. (2012); Pelikan (2015)	39
Abbildung 9: Stufenmodell der GK nach Nutbeam (2000) (Soellner, et al., 2009, S. 107)	40
Abbildung 10: Konzeptuelles Modell der GK nach Sørensen, et al. (2012) modifiziert von Pelikan (2015, S. 176)	41
Abbildung 11: Matrix der GK (HL) Messung nach Sørensen, et al. (2012) übersetzt von Pelikan (2015, S. 181)	42
Abbildung 13: Strukturmodell der GK nach Soellner, et al. (2010, S. 110)	44
Abbildung 13: Modell der bewegungsbezogenen GK (Sudeck & Pfeifer, 2016, S. 36)	52
Abbildung 14: wichtige Teilbereiche der sportbezogenen GK nach Töpfer & Sygusch (2014, S. 170).....	54
Abbildung 16: vier Erhebungsbereiche des PFL- Assessment PL (Physical & Health Education Canada, 2020)	56
Abbildung 16: Zusammenhang von Empowerment, Partizipation und Selbst- und Mitbestimmung mit der Gesundheit eines Menschen (Mitterbauer, 2007, S. 112).....	61
Abbildung 17: Ablauf der Datenerhebung in Prä-, Erhebungs- und Postphase	77

Abbildung 18: statistischer Entscheidungsbaum für Unterschiedshypothesen nach Gnamb (Wessner, 2019)	78
Abbildung 19: Mittleres emotionales Wohlbefinden nach Geschlecht und Altersgruppe (0=schlechtestes bis 100=bestes Wohlbefinden)	86
Abbildung 20: Mittlere körperliche Aktivität der Schüler/innen der letzten sieben Tage von mindestens 60 Min. mittlerer Intensität pro Tag nach Alter und Geschlecht	88
Abbildung 21: Mittlere körperliche Aktivität der Schüler/innen der letzten sieben Tage von mindestens 60 Min. mittlerer Intensität pro Tag nach Schulstufe und Geschlecht (Felder-Puig, et al., 2019, S. 35)	89
Abbildung 22: Balkendiagramm zum Unterschied in der GK (Summenscore) bezüglich der Altersgruppen	91
Abbildung 23: gruppiertes Balkendiagramm der GK-Kategorien bezüglich des Geschlechts	94
Abbildung 24: Gruppiertes Balkendiagramm der Mediane der SEKO (Summenscore) nach Altersgruppe und Geschlecht.....	97
Abbildung 25: Gruppiertes Balkendiagramm zu den Medianen der GK (Summenscore) nach den Kategorien der bewegungsbezogenen GK und dem Geschlecht	99
Abbildung 26: Gruppiertes Balkendiagramm der Medianvergleiche der berichteten körperlichen Aktivität der letzten sieben Tage zwischen den Kategorien der bewegungsbezogenen GK bezüglich des Geschlechts.....	101
Abbildung 27: Gruppiertes Balkendiagramm zu Mittelwerten der bewegungsbezogenen GK bezüglich der Alterskategorien und Geschlecht	105
Abbildung 28: Balkendiagramm zum Vergleich der Mittelwerte der GK bezüglich der BMI-Kategorien	106
Abbildung 29: Balkendiagramm zum Vergleich der Mediane der bewegungsbezogenen GK bezüglich der BMI-Kategorien.....	107
Abbildung 30: Balkendiagramm zum Familienwohlstand in Abhängigkeit der GK	109
Abbildung 31: Mittleres emotionales Wohlbefinden der Schüler/innen nach Geschlecht und GK (0=schlechtestes und 100=bestes emotionales Wohlbefinden).....	110
Abbildung 32: Mittlere Lebenszufriedenheit von 0 bis 10 nach den Kategorien der GK und Geschlecht.....	113

Abbildung 33: Zusammenfassung der Untersuchungen zur GK, orange Linie bedeutet signifikantes, schwarze Linie kein signifikantes Ergebnis; Unterschied (=U.), Zusammenhang (=Z.) 122

Abbildung 34: Zusammenfassung der Untersuchungen zur bewegungsbezogenen GK, orange Linie bedeutet signifikantes, schwarze Linie kein signifikantes Ergebnis; Unterschied (=U.), Zusammenhang (=Z.)..... 122

Abbildung 36: hilfreiche Fragestellungen zur Stressbewältigung aus Reif, et al. (2017, S. 47) XXIV

Abbildung 17: Leitbild einer gesundheitsfördernden Schule in Österreich (Sevim, et al., 2016, S. 10)..... XXV

B) TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Übersicht der Domänen und Attribute der PL (vgl. Whitehead, 2019, S. 12)..50

Tabelle 2: Änderungen des Fragebogens der GK70

Tabelle 3: Itembox 1: Erhebung der GK in Anlehnung an das HLSAC-Instrument (Paakkari, et al., 2018b).....71

Tabelle 4: Itembox 2: Erhebung der GK in Anlehnung an die HBSC-Befragung (Felder-Puig, et al., 2019) und die HLS-EU-Q-Studie (Sørensen, et al., 2012)72

Tabelle 5: Itembox 3 zur bewegungsbezogenen GK aus einer konzeptvalidierten Forschung von Sudeck & Pfeifer (2016)73

Tabelle 6: Werte des Korrelationskoeffizienten zum Interpretieren von Zusammenhängen (Raab-Steiner & Benesch, 2012, S. 142)79

Tabelle 7: Auswertung der GK: Punkte des Summenscores laut HBSC-Befragung (Felder-Puig, et al., 2019).....80

Tabelle 8: Auswertung der GK: angepasste Punkte des Summenscores.....80

Tabelle 9: Auswertung der bewegungsbezogenen GK - Summscore Werte80

Tabelle 10: Kategorien zum Gesundheitsquiz mit jeweiligen Summscore81

Tabelle 11: FAS-Index - Summenscores zur Kategorisierung des sozioökonomischen Status81

Tabelle 12: Deskriptive Statistik zum Familienwohlstand der Schüler/innen nach der FAS-Skala	84
Tabelle 13: Lebenszufriedenheit von 0-10 der Schüler/innen nach Geschlecht.....	85
Tabelle 14: Deskriptive Statistik der GK mit erweiterten Items	87
Tabelle 15: Deskriptive Statistik zur bewegungsbezogenen GK.....	87
Tabelle 16: Social Media Disorder (SMD) - Nutzung von sozialen Medien nach dem Geschlecht.....	89
Tabelle 17: Relative Anzahl der Schüler/innen, die den Vollzug ausgewählter Gesundheitsaufgaben als "einfach" einstufen, Aufgaben in Anlehnung an die HBSC-Studie (Felder-Puig, et al., 2019, S. 66).....	92
Tabelle 18: Häufigkeiten der „Ja“-Antworten ausgewählter Sportarten der letzten sieben Tage nach Geschlecht.....	101
Tabelle 19: Zusammenhang Handyzeit und körperliche Aktivität	102
Tabelle 20: Erfüllung der Bewegungsempfehlung 60 Min. körperliche Aktivität pro Tag - Darstellung nach dem Geschlecht	104
Tabelle 21: GK und bewegungsbezogene GK bei übergewichtigen und adipösen Schüler/innen.....	108
Tabelle 22: Deskriptive Statistik zum Gesundheitsquiz	111
Tabelle 23: Ernährungsverhalten im Zusammenhang mit der GK.....	112
Tabelle 24: Handlungsempfehlungen für die Förderung der GK sowie Defizite dieser im Setting Schule aus Forschungen von Jersusalem, A. (2016, S. 4).....	137
Tabelle 25: Einteilung der BMI-Kategorien bei Kindern und Jugendlichen in Anlehnung an Kromeyer-Hauschild et al. (2001).....	XXVI
Tabelle 26: Alkoholkonsum der Schüler/innen bezüglich Bier	XXVII
Tabelle 27: Alkoholkonsum der Schüler/innen bezüglich Wein	XXVII
Tabelle 28: Alkoholkonsum der Schüler/innen bezüglich Spirituosen.....	XXVII
Tabelle 29: Alkoholkonsum der Schüler/innen von Alkopops (z.B. Bacardi Breezer) .	XXVII
Tabelle 30: Tabakkonsum der Schüler/innen in ihrem Leben.....	XXVIII
Tabelle 31: regelmäßiger Zigarettenkonsum der Schüler/innen	XXVIII
Tabelle 32: Cannabiskonsum der Schüler/innen in ihrem Leben.....	XXVIII

Tabelle 33: Einschätzung des Wohlbefindes der Schüler/innen auf einer Skala von 0-10 nach dem Ausfüllen des Fragebogens.....	XXIX
Tabelle 34: Beantwortung der Frage zum Kalorienverbrauch bei einer Stunde Laufen mittleres Tempo	XXIX
Tabelle 35: Beantwortung der Frage zum weiblichen Kalorienverbrauch der Jugendlichen pro Tag	XXIX
Tabelle 36: Beantwortung der Frage zum männlichen Kalorienverbrauch der Jugendlichen pro Tag	XXX
Tabelle 37: Beantwortung der Frage zu Organschäden beim Rauchen	XXX
Tabelle 38: Beantwortung der Frage zu einem gesunden Blutdruck	XXX
Tabelle 39: Beantwortung der Frage zur empfohlenen Schlafdauer bei Jugendlichen .	XXX
Tabelle 40: Beantwortung der Frage zum empfohlenen Sportausmaß pro Woche.....	XXXI
Tabelle 41: Beantwortung der Frage zur durchschnittlichen Handyzeit eines Jugendlichen pro Tag	XXXI
Tabelle 42: Beantwortung der Frage zur empfohlenen Flüssigkeitszufuhr pro Tag	XXXI

C) LITERATURVERZEICHNIS

- Abel, T., & Sommerhalder, K. (23. Juli 2015). Gesundheitskompetenz/Health Literacy. Das Konzept und seine Operationalisierung. *Bundesgesundheitsblatt*, 58, S. 923-929. doi:10.1007/s00103-015-2198-2
- Abel, T., & Walter, E. (2002). Individuelles Verhalten und soziale Verantwortung für Gesundheit: Anmerkungen zur Wissenschaft und Praxis der Gesundheitsförderung. In P. Heusser (Hrsg.), *Gesundheitsförderung - Eine neue Zeitforderung* (S. 31-42). Frankfurt/M.: Lang.
- Allingham, S., Maude, P., & Whitehead, M. (2019). Physical Literacy in early Childhood. In R. Duncombe, *The Physical Development Needs for Young Children* (S. 18-32). New York: Routledge. doi:https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.4324/9780429469831
- Bachinger, A., Lang, G., & Bammer, D. (2012). Die Entwicklung von Gesundheitskompetenz - ein Beitrag zur Förderung psychischer Gesundheit im Setting Schule. In K. Kleiner, *Fachdidaktik "Bewegung und Sport" im Kontext zwischen Orientierung und Positionierung* (S. 110-117). Purkersdorf: Verlag Brüder Hollinek.
- Balz, E., Erlemeyer, R., Kastrup, V., & Mergelkuhl, T. (2016). *Gesundheitsförderung im Schulsport. Grundlagen, Themenfelder und Praxisbeispiele*. Aachen: Meyer & Meyer Verlag.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*(2), S. 191-215. Abgerufen am 03. April 2020 von <https://ovidsp-dc2-ovid-com.uaccess.univie.ac.at/sp-4.05.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=EHNMFPEABIEBJHPBIPBKPEPEDPGCAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3fMain%2bSearch%2bPage%3d1%26S%3dEHNMFPEABIEBJHPBIPBKPEPEDPGCAA00&fromjumpstart=1&directlink=https%3a%2f%2fo>
- Barnett, T. A., Kelly, A. S., Young, D. R., Perry, C. K., Pratt, C. A., Edwards, N. M., . . . Vos, M. B. (11. September 2018). Sedentary Behaviors in Today's Youth: Approaches to the Prevention and Management of Childhood Obesity: A Scientific Statement From the American Heart Association. *American Heart Association, Inc.*, 138(11), S. 142-159. doi:https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000591

- Baumgarten, K., & Joensson, N. (2005). *Wellness & Gesundheitsförderung. Konzepte, Angebote und Zusammenhänge*. Werbach-Gamburg: G. Conrad, Verlag für Gesundheitsförderung.
- Berens, E.-M., Vogt, D., Ganahl, K., Weishaar, H., Pelikan, J., & Schaeffer, D. (April 2018). Health Literacy and Health Service Use in Germany. *Health Literacy Research and Practice*, 2(2), S. 115-122. doi:10.3928/24748307-20180503-01
- Biebrich, R., & Kuhl, J. (2002). Selbststeuerung und affektive Sensibilität: Persönlichkeitsspezifische Antezedenzen der Depressivität. *Zeitschrift für Psychologie*, S. 74-86. doi:<https://doi.org/10.1026//0044-3409.210.2.74>
- Bielefeld, J. (1991). *Körpererfahrung - Grundlage menschlichen Bewegungsverhaltens* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- BMBWF. (2016). *LEHRPLÄNE FÜR BEWEGUNG UND SPORT BGBl. II Nr.217*. Abgerufen am 03. Februar 2020 von www.ris.bka.gv.at/: https://www.schulsportinfo.at/fileadmin/user_upload/COO_2026_100_2_1263913_LP_BESP.pdf
- BMBWF. (Mai 2018a). *Bundesqualitätsbericht*. Abgerufen am 28. März 2020 von https://www.qibb.at/fileadmin/content/QIBB/Dokumente/Q-Berichte/BBS-Bundes-Q-Bericht_2014-16_QIBB-STG_FINAL.pdf
- BMBWF. (6. April 2018b). *Gesundheitsbildung*. Abgerufen am 04. Februar 2020 von <https://www.bmbwf.gv.at/Themen/schule/schulpraxis/uek/gesundheit.html>
- BMBWF. (06. April 2018c). *Grundsatzterlass zum Unterrichtsprinzip Gesundheitserziehung GZ 27.909/115-V/3/96*. Abgerufen am 22. März 2020 von https://www.bmbwf.gv.at/Themen/schule/schulrecht/rs/1997-2017/1997_07.html
- BMBWF. (11. September 2019a). *Gesundheitsförderung*. Abgerufen am 23. Februar 2020 von <https://www.bmbwf.gv.at/Themen/schule/schulpraxis/prinz/gesundheitsfoerderung.html>
- BMBWF. (2019b). *Rundschreiben Nr.: 6/2019. Schulentwicklung mit SQA - Schulqualität Allgemeinbildung Richtlinien ab September 2019. Anpassung mit Jänner 2020*. Abgerufen am 28. März 2020 von <http://www.sqa.at/pluginfile.php/1208/course/section/498/Rundschreiben%206-2019%20Anpassung%20Jänner%202020.pdf>

- BMBWF. (o.D.). *Vom Schulturnen zur Bewegungserziehung*. Abgerufen am 28. März 2020 von <https://www.schulsportinfo.at/infos/bewegung-und-sport/root/abteilung-schulsport/vom-schulturnen-zur-bewegungserziehung>
- BMGF. (2012). *Gesundheitsziele Österreich Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung* (akt. Aufl., 2017). Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Abgerufen am 06. Februar 2020 von https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2018/08/gz_langfassung_2018.pdf
- BMSGPK. (08. November 2017). *Gesundheit.gv.at*. Abgerufen am 03. April 2020 von <https://www.gesundheit.gv.at/aktuelles/archiv-2017/ernaehrungsbericht-2017>
- BMSGPK. (17. September 2019a). *Bewegung*. Abgerufen am 03. April 2020 von <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung/Bewegung.html>
- BMSGPK. (17. September 2019b). *Gesundheitsförderung und Prävention*. Abgerufen am 27. Februar 2020 von <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung/Gesundheitsförderung-und-Prävention.html>
- BMSGPK. (08. Oktober 2019c). *HBSC*. Abgerufen am 04. April 2020 von <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Kinder--und-Jugendgesundheit/HBSC.html>
- BMSGPK. (10. Februar 2020). *Gesundheitskompetenz*. Abgerufen am 03. April 2020 von <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung/Gesundheitskompetenz.html>
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Braunegger-Kallinger, G., Gajar, P., Kichler, R., Krappinger, A., Lang, G., Rohrauer-Näf, G., . . . ZeuschVerena ner. (2019). Lebensqualität der Zukunft gestalten. (H. Ostermann, & K. Ropin, Hrsg.) *Gesundes ÖSTERREICH. Magazin für Gesundheitsförderung und Prävention*(2). Abgerufen am 04. März 2020 von https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/inline-files/GESUNDES_OESTERREICH2_2019.pdf
- Brosius, H.-B., Haas, A., & Koschel, F. (2016). *Methoden der empirischen Kommunikationsforschung. Eine Einführung* (7. Aufl.). München: Springer VS. doi:10.1007/978-3-531-19996-2

- BZgA. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Ausg., Bd. 6). (B. f. (BZgA), Hrsg.) Köln: BZgA. Abgerufen am 02. Februar 2020 von <https://www.bug-nrw.de/fileadmin/web/pdf/entwicklung/Antonowski.pdf>
- Cairney, J., Veldhuizen, S., Graham, J. D., & Rodriguez, C. (2017). A Construct Validation Study of PLAYfun. *Official Journal of the American College of Sports Medicine*, S. 855-862. doi:10.1249/MSS.0000000000001494
- Decker, R., Rašković, S., & Brunsiek, K. (2010). Diskriminanzanalyse. In C. Wolf, & H. Best, *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse* (S. 495-524). Mannheim: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Abgerufen am 01. Mai 2020 von <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-531-92038-2.pdf>
- Degen, H. (2010). Graphische Datenexploration. In C. Wolf, & H. Best, *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse* (S. 91-116). Mannheim: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Abgerufen am 01. Mai 2020 von <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-531-92038-2.pdf>
- Delcour, J., & Griebler, R. (Dezember 2016). *Gesundheitsziele Österreich: Machbarkeitsprüfung zu den Wirkungsziele-Indikatoren des GZ 8. Ergebnisbericht*. Wien: Bundesgesundheitsagentur. Abgerufen am 06. April 2020 von https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2019/07/gz-machbarkeitspruefung-wirkungsindikatoren-gz-8_be.pdf
- Deutsches Register Klinischer Studien. (09. Februar 2018). *Auswirkungen von Bewegungsinterventionen auf die Physical Literacy bei körperlich inaktiven Personen*. DRKS00013991. Abgerufen am 23. Februar 2020 von https://www.drks.de/drks_web/navigate.do?navigationId=trial.HTML&TRIAL_ID=DRKS00013991
- Dierks, M.-L. (2017). Gesundheitskompetenz - Was ist das?. Gesundheitskompetenz oder health literacy - what does it mean? *Public Health Forum*, 25(1), S. 2-5. doi:10.1515/pubhef-2016-2111
- Dietscher, C. (05. März 2018). *Europäisches WHO-Netzwerk zur Messung von Gesundheitskompetenz erfolgreich gestartet*. (ÖPGK, Hrsg.) Abgerufen am 26. Mai 2020 von <https://oepgk.at/europaeisches-who-netzwerk-zur-messung-von-gesundheitskompetenz-erfolgreich-gestartet/>

- Dittrich, W. H., Romit, N., Maier, M., Schulz, A., Bihan, A., Uibel, S., & Groneberg, D. A. (2013). Gesundheitskompetenz in der LehrerInnenbildung 1: Ein neuer Ansatz zur Prävention in der Schule. *Zbl. Arbeitsmed*, 63, S. 24-32.
- Domanska, O. M., Firnges, C., Bollweg, T. M., Sørensen, K., Holmberg, C., & Jordan, S. (10. Juli 2018). Do adolescents understand the items of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47) – German version? Findings from cognitive interviews of the project “Measurement of Health Literacy Among Adolescents” (MOHLAA) in Germany. *Archives of Public Health*, 76(46). doi:10.1186/s13690-018-0276-2
- Eder, F., & Hofmann, F. (2012). *Überfachliche Kompetenzen in der österreichischen Schule: Bestandsaufnahme, Implikationen, Entwicklungsperspektiven*. Wien: BMBWF.
- Fahrland, S., Pieter, A., & Fröhlich, M. (19. August 2014). Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden in vergleichender Betrachtung. Empirische Studie bei sportlich aktiven und inaktiven Personen mit und ohne Körperbehinderung. *Präv Gesundheitsf 2015 · 10:88–94*, S. 88-94. doi:10.1007/s11553-014-0470-1
- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie* (Bd. 21). (M. von Salisch, H. Selg, & D. Ulich, Hrsg.) Stuttgart: W. Kohlhammer.
- 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: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). Abgerufen am 11. 08 2019 von sozialministerium.at:
https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/8/2/CH4154/CMS1562043067885/2018_hbsc-bericht_mit_alternativtexten_final.pdf
- FGÖ – Fonds Gesundes Österreich (1. August 2006). *Gesundheitsdeterminanten*. (Gesundes Österreich GmbH, Hrsg.) Abgerufen am 6. Jänner 2020 von <https://fgoe.org/glossar/gesundheitsdeterminanten>
- FGÖ – Fonds Gesundes Österreich (1. August 2006). *Grundprinzipien der Gesundheitsförderung*. (Gesundes Österreich GmbH, Hrsg.) Abgerufen am 06. Jänner 2020 von https://fgoe.org/Grundprinzipien_der_Gesundheitsfoerderung
- FGÖ – Fonds Gesundes Österreich (o.D.). *1x1 der Gesundheitsförderung*. (Gesundes Österreich GmbH, Hrsg.) Abgerufen am 27. Februar 2020 von https://fgoe.org/1x1_der_Gesundheitsfoerderung

- FGÖ – Fonds Gesundes Österreich (o.D.). *Gesundheitsförderung*. (Gesundes Österreich GmbH, Hrsg.) Abgerufen am 27. Februar 2020 von <https://fgoe.org/glossar/gesundheitsfoerderung>
- FGÖ – Fonds Gesundes Österreich (o.D.). *Lebenskompetenzen*. (Gesundes Österreich GmbH, Hrsg.) Abgerufen am 12. Mai 2020 von <https://fgoe.org/glossar/lebenskompetenzen>
- FGÖ – Fonds Gesundes Österreich (o.D.). *Partizipation*. (Gesundes Österreich GmbH, Hrsg.) Abgerufen am 27. Februar 2020 von <https://fgoe.org/glossar/partizipation>
- Ghanbari, S., Ramezankhani, A., Montazeri, A., & Mehrabi, Y. (16. Februar 2016). Health Literacy Measure for Adolescents (HELMA): Development and Psychometric Properties. *PLOS ONE*, 11(2). doi:10,1371/journal.pone.0149202
- GIVE – Servicestelle für Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen (o.D.). *Bewegte Schule*. Abgerufen am 28. März 2020 von <https://www.give.or.at/angebote/themen/bewegte-schule/>
- GIVE – Servicestelle für Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen (o.D.). *Gesunde Schule*. Abgerufen am 28. März 2020 von <http://www.give.or.at/gesundeschule/>
- GIVE – Servicestelle für Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen (o.D.). *Gesundheitsförderung in ganztägigen Schulformen*. Abgerufen am 28. März 2020 von <http://www.give.or.at/angebote/themen/gesundheitsfoerderung-in-ganztaegigen-schulformen/>
- GIVE – Servicestelle für Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen (o.D.). *Gesundheitsförderung und Schulentwicklung*. Abgerufen am 22. März 2020 von <http://www.give.or.at/angebote/themen/gesundheitsfoerderung-schulentwicklung/>
- Gogoll, A. (2009). Kompetenzmodelle für das Schulfach Sport – zur Fundierung und Empirisierung sportpädagogischer Bildungserwartungen. In E. Balz, *Sollen und Sein in der Sportpädagogik. Beziehungen zwischen Normativem und Empirischem* (S. 49-62). Aachen: Shaker.
- Grad, F. P. (2002). The Preamble of the Constitution of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organisation*, 80(12), S. 981-984. Abgerufen am 19. Oktober 2019 von <https://apps.who.int/iris/handle/10665/268688>
- Griebler, R., Winkler, P., Gaiswinkler, S., Delcour, J., Juraszovich, B., Nowotny, M., . . . Schmutterer, I. (2017). *Österreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005-2014/15*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Abgerufen am

15. 08 2019 von <https://goeg.at/sites/default/files/2018-01/gesundheitsbericht2016.pdf>
- Haggerty, R. J., & Aligne, A. C. (1. April 2005). Community pediatrics: The Rochester story. *Pediatrics*, 115(4), S. 1136-1138.
- Haller, B. (06. Mai 2019). *Psychosoziale Gesundheit in der Schule*. (R. Gesundheitsportal, Hrsg.) Abgerufen am 03. April 2020 von <https://www.gesundheit.gv.at/leben/lebenswelt/schule/schulpsychologie/psychosoziale-gesundheit>
- Hartung, S. (2010). Was hält uns gesund? Gesundheitsressourcen: Von der Salutogenese zum Sozialkapital. In C. Hornberg, & T. Schrott (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft* (S. 235-256). Bielefeld: VS Verlag für Sozialwissenschaften Springer Fachmedien Wiesbaden. Abgerufen am 02. Februar 2020 von <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-531-92790-9.pdf>
- Herriger, N. (Dezember 2014). *Empowerment*. (s. GmbH, Hrsg.) Abgerufen am 27. Februar 2020 von <https://www.empowerment.de/grundlagen/>
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU (second revised and extended version, Datum: 22. Juli 2014), online Publikation: <http://www.health-literacy.eu> Abgerufen am 04. April 2020 von https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2015/09/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf
- Hobza, V., Hamrik, Z., Bucksch, J., & De Clercq, B. (08. Dezember 2017). The Family Affluence Scale as an Indicator for Socioeconomic Status: Validation on Regional Income Differences in the Czech Republic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), S. 1540. doi:10.3390/ijerph14121540
- Holler, P., Jaunig, J., F.M., A., Tuttner, S., Hofer-Fischanger, K., Wallner, D., . . . Moser, O. (2019). Holistic physical exercise training improves physical literacy among physically inactive adults: a pilot intervention study. *BMC Public Health*, 19(393). doi:10.1186/s12889-019-6719-z.
- Hünniger, J. (2018). *Selbsthilfeforen als Ressource sozialer Unterstützung. Eine qualitative Studie sozialer Unterstützungsprozesse in Liebeskummerforen*. Universität Augsburg: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. doi:10.1007/978-3-658-25166-6

- Hurrelmann, K. (2003). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung* (5. Auflage). Juventa Verlag Weinheim und München.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., . . . Barnekow, V. (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey*. Kopenhagen: WHO. Abgerufen am 04. April 2020 von <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc/hbsc-international-reports/growing-up-unequal.-hbsc-2016-study-20132014-survey>
- IPAQ. (2000). *INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE SHORT LAST 7 DAYS SELF-ADMINISTERED FORMAT- German Version*. Abgerufen am 03. Mai 2020 von https://sites.google.com/site/theipaq/questionnaire_links
- Jerusalem, A. (2016). Gesundheitskompetenz als Lebenskompetenz in der Lehrdidaktik an österreichischen Schulen. *Forschungsforum der österreichischen Fachhochschulen*. Abgerufen am 25. April 2020 von http://ffhoarep.fh-ooe.at/bitstream/123456789/594/1/104_239_Jerusalem_FullPaper_dt_Final.pdf
- Jerusalem, M., & Meixner, S. (2009). Lebenskompetenzen. In A. Lohaus, & D. Holger (Hrsg.), *Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kinder- und Jugendalter* (S. 141-157). Bielefeld: Springer Medizin Verlag. Abgerufen am 04. Februar 2020 von <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-540-88384-5.pdf>
- Johannsen, U. (2003). *Die Gesundheitsfördernde Schule. Möglichkeiten und Grenzen von Gesundheitsförderung durch Organisations- und Schulentwicklung*. Gießen: Justus-Liebig-Universität Gießen. Abgerufen am 11. April 2020 von <https://d-nb.info/969490526/34>
- Johannsen, U., Schlapkohl, N., & Kaiser, B. (08. März 2019). Food & Move Literacy in der Erwachsenenbildung – Kompetenzanforderungen im Bereich der Alphabetisierung und Grundbildung. *Zeitschrift für Weiterbildungsforschung*, S. 265-287. doi:<https://doi.org/10.1007/s40955-019-0128-x>
- Kaluza, G. (2011). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Marburg: Springer Verlag Berlin-Heidelberg. Abgerufen am 04. Februar 2020 von <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-642-13720-4.pdf>

- Kaufmann, M. (2007). Der Bewegungssinn und seine Bedeutung für Lernprozesse. *Lebensqualität. Die Fachzeitschrift für Kinaesthetics und Lebensqualität*, S. 25-27. Abgerufen am 27. Februar 2020 von <http://www.proeval.com/cgi-bin/ViewDownloadsExec.pl?targetid=525&fileid=243>
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (1. Juni 2005). *Archives of General Psychiatry*, 6, S. 593-602.
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health Literacy. The solid facts*. World Health Organization. Abgerufen am 14. Februar 2020 von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf?ua=1
- Klafki, W. (2005). *Bewegungskompetenz als Bildungsdimension* (Schriftenreihe der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft, Bd. 150). (R. Laging, & R. Prohl, Hrsg.) Hamburg: Czwalina Verlag Hamburg.
- Klieme, E., & Hartig, J. (2007). Kompetenzkonzepte in den Sozialwissenschaften und im erziehungswissenschaftlichen Diskurs. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 10(Sonderheft 8), S. 11-29. Abgerufen am 04. Februar 2020 von [https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-531-90865-6.pdf](https://link.springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-531-90865-6.pdf)
- Klimont, J., Baldaszt, E., & Ihle, P. (2016). *Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2014) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Wien: STATISTIK AUSTRIA. Abgerufen am 02. Februar 2020 von https://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView§ionName=Gesundheit&pubId=726
- Kolip, P., Hoffarth, K., Ottova, V., Bucksch, J., & HBSC-Team-Deutschland. (2013). Die Methodik des HBSC-Surveys 2009/10. In Kolip, Klocke, Melzer, & Ravens-Sieberer, *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitsurvey "Health Behaviour in School-Aged Children"* (S. 25-35). Weinheim Basel: Juventa Verlag. Abgerufen am 14. Mai 2020 von https://tu-dresden.de/gsw/ew/iew/spsf/ressourcen/dateien/forschung/gesundheit/ordnersurvey/matstudien/ordnerhbsc3/leseprobe_hbsc3.pdf?lang=de
- Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D., Geller, F., Geiß, H. C., Hesse, . . . J. (2001). Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149(8), S. 807-818. doi:10.1007/s001120170107

- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit : Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Kurth, B.-M., & Ellert, U. (Juli 2010). Estimated and Measured BMI and Self-Perceived Body Image of Adolescents in Germany: Part 1 – General Implications for Correcting Prevalence Estimations of Overweight and Obesity. *Obesity Facts*, 3(3), S. 181-190. doi:10.1159/000314638
- Lenartz, N. (2012). *Gesundheitskompetenz und Selbstregulation*. Göttingen: V & R unipress.
- Lodewyk, K. R. (2019). Early Validation Evidence of the Canadian Practitioner-Based Assessment of Physical Literacy in Secondary Physical Education. *The Physical Educator*, 76(3), S. 634-660. doi:http://dx-doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.18666/TPE-2019-V76-I3-8850
- Longmuir, P. E., Boyer, C., Lloyd, M., Yang, Y., Boiarskaia, E., Zhu, W., & Tremblay, M. S. (2015). The Canadian Assessment of Physical Literacy: methods for children in grades 4 to 6 (8 to 12 years). *BMC Public Health*, 15(767). doi:10.1186/s12889-015-2106-6
- Lundvall, S. (10. April 2015). Physical literacy in the field of physical education - A challenge and a possibility. *Journal of Sport and Health Science*, S. 113-118. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jshs.2015.02.001
- Maag, D. (2007). *Gesundheitskompetenz bezüglich Ernährung, Bewegung und Gewicht*. Lugano: Fakultät für Kommunikationswissenschaften Università della Svizzera italiana . Abgerufen am 04. April 2020 von <https://core.ac.uk/download/pdf/20641352.pdf>
- Malli, G., & Zelinka-Roitner, I. (2020). *Schulen für Gesundheitskompetenz! Wissen fragen, verstehen und anwenden. Ein Leitfaden, um gesunde Entscheidungen in der Lebenswelt Schule zu erleichtern*. Styria vitalis . Wien: Dachverband der Sozialversicherungsträger.
- Mielck, A. (2002). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In K. Hurrelmann, & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich* (S. 387-402). Bern, Göttinge, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Mitterbauer, E. (2007). *Gesundheitsförderung als pädagogisches Konzept*. Wien: Universität Wien.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der*

- Gesundheitsförderung*. (B. f. Aufklärung, Hrsg.) Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL*, 15(3), S. 259-267.
- ÖGE. (2019). *BMI*. Von <https://www.oege.at/index.php/bildung-information/ernaehrung-von-a-z/1757-bmi> abgerufen
- Okan, O., Pinheiro, P., Zamhora, P., & Bauer, U. (02. Juli 2015). Health Literacy bei Kindern und Jugendlichen. (S. V. Heidelberg, Hrsg.) *Bundesgesundheitsblatt*, 58, S. 930-941. doi:10.1007/s00103-015-2199-1
- ÖPGK. (13. Oktober 2018a). *Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU*. Abgerufen am 04. April 2020 von <https://oepgk.at/comparative-report-of-health-literacy-in-eight-eu-member-states-the-european-health-literacy-survey-hls-eu/>
- ÖPGK. (10. Oktober 2018b). *Förderung der Gesundheitskompetenz im Setting Schule*. Abgerufen am 04. April 2020 von <https://oepgk.at/foerderung-der-gesundheitskompetenz-im-setting-schule/>
- ÖPGK. (10. Oktober 2018c). *Gesundheitskompetenz*. Abgerufen am 21. Oktober 2019 von <https://oepgk.at/glossary/gesundheitskompetenz-2/>
- ÖPGK. (11. Oktober 2018d). *Primary Care und Bewegungskompetenz*. (Ö. P. Gesundheitskompetenz, Hrsg.) Abgerufen am 23. Februar 2020 von <https://oepgk.at/primary-care-und-bewegungskompetenz/>
- Paakkari, O., Torppa, M., Boberova, Z., Vålmaa, R., Maier, G., & Mazur, J. (08. November 2018b). The cross-national measurement invariance of the health literacy for school-aged children (HLSAC) instrument. *European Journal of Public Health*, 29(3), S. 432-436. doi:10.1093/eurpub/cky229
- Paakkari, O., Torppa, M., Kannas, L., & Paakkari, L. (23. August 2016). Subjective health literacy: Development of a brief instrument for school-aged children. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44, S. 751-757. doi:10.1177/1403494816669639
- Paakkari, O., Torppa, M., Villberg, J., Kannas, L., & Paakkari, L. (05. Februar 2018a). Subjective health literacy among school-aged children. *Health Education*, 118(2), S. 182-195. doi:10.1108/HE-02-2017-0014

- Parker, R. (2009). *Measures of Health Literacy. Workshop Summary: What? So What? Now What?* Washington: The National Academies Press. doi:10.17226/12690
- Paulus, P. (2002). Gesundheitsförderung im Setting Schule. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, S. 970-975. doi:10.1007/s00103-002-0512-2
- Pelikan, J. (2015). Gesundheitskompetenz - ein vielversprechender Driver für die Gestaltung der Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems. In R. Bauer, & A. Wesenauer (Hrsg.), *Zukunftsmotor Gesundheit. Entwürfe für das Gesundheitssystem von morgen* (S. 173-196). Linz: Springer. doi:10.1007/978-3-658-10783-3
- Pelikan, J., Röthlin, F., & Ganahl, K. (2012). *European Health Literacy Survey Project - Erste Ergebnisse für Österreich. Präsentation im Workshop zur Entwicklung von Gesundheitszielen in Österreich*. LBIHPR, Wien. Abgerufen am 04. April 2020 von <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/05/praesentation-european-health-literacy-survey-erste-ergebnisse-oesterreich.pdf>
- Pfützner, M. (2018). *Lernaufgaben im kompetenzförderlichen Sportunterricht. Theoretische Grundlagen und empirische Befunde* (Bd. 14). (N. Neuber, & M. Krüger, Hrsg.) Münster: Springer VS. doi:10.1007/978-3-658-19776-6
- Physical & Health Education Canada. (2020). *Passport for Life*. (G. o. Canada, Herausgeber) Abgerufen am April. 07 2020 von <https://passportforlife.ca/what-is-passport-for-life>
- PubMed. (2020). Abgerufen am 06. Februar 2020 von <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=health+literacy>
- QIBB. (11. November 2008). *Qualitätsstandards für die "Gesunde Schule"*. Abgerufen am 28. März 2020 von https://qibb.at/fileadmin/content/QIBB/Dokumente/Q-Matrizen/Annex_zur_QIBB_Q-Matrix_Q-Standards_Gesunde_Schule_Version_11.11.2008.pdf
- Quenzel, G., Schaeffer, D., Messer, M., & Vogt, D. (19. August 2015). Gesundheitskompetenz bildungsferner Jugendlicher. Einflussfaktoren und Folgen. *Bundesgesundheitsblatt*, 58, S. 951-957. doi:10.1007/s00103-015-2201-y
- Raab-Steiner, E., & Benesch, M. (2012). *Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung* (3. Aufl.). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

- Ramelow, D., & Felder-Puig, R. (2019). Gesundheitskompetenz von österreichischen Schülerinnen und Schülern – Ergebnisse der HLSAC-Skala . In ÖPGK, *Digitalisierung braucht Gesundheitskompetenz. Konferenzbeiträge. 5. Konferenz der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz. 19. September 2019. St. Pölten*. Abgerufen am 25. Mai 2020 von https://oepgk.at/wp-content/uploads/2019/09/sammelband_konferenzbeitraege_final.pdf
- Ratzan, S. C. (2001). Health literacy: communication for the public good. *HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL*, 16(2), S. 207-214.
- Reick, S., & Hering, T. (28. März 2018). Gesundheitskompetenz Studierender – Ergebnisse einer Online-Befragung an der Hochschule für Gesundheit Bochum. *International Journal of Health Professions*, 5, S. 44-52. doi:10.2478/ijhp-2018-0007
- Reif, J. A., Spieß, E., & Stadler, P. (2017). *Effektiver Umgang mit Stress. Gesundheitsmanagement im Beruf* (Die Wirtschaftspsychologie). (F. C. Brodbeck, E. Kirchner, & R. Woschée, Hrsg.) München: Springer Verlag. doi:10.1007/978-3-662-55681-8
- Riedl, M. (2008). *Berufliche Handlungskompetenz und Sport. Konzept zur Kompetenzentwicklung und Gesundheitsförderung durch das Fach Sport an Berufsschulen*. (Schriften zur Sportwissenschaft, Bd. 78). Universität Magdeburg: Dr. Kovač.
- Röthlin, F., Ganahl, K., Nowak, P., Flaschberger, E., Griebler, R., Pelikan, J. M., & Braunegger-Kallinger, G. (2017). *Empfehlungen für eine international vergleichbare Erhebung von Gesundheitskompetenz (HLS-Neu) in Österreich. Diskussionspapier und Entscheidungshilfe*. Wien: Gesundheit Österreich. Abgerufen am 04. April 2020 von https://jasmin.goeg.at/150/1/Empfehlungen_Erhebung%20Gesundheitskompetenz.pdf
- Rudinger, G. (17. November 2015). Gesundheitskompetenz. Schlüsselqualifikation für ein gesundes Leben. *Der Diabetologe*, 8, S. 645-648. doi:10.1007/s11428-015-0041-x
- Satow, L. (2017). *psychomeda.de*. Abgerufen am 03. April 2020 von <https://www.psychomeda.de/lexikon/selbstwirksamkeit.html>
- Schäfers, M. (2008). *Lebensqualität aus Nutzersicht. Wie Menschen mit geistiger Behinderung ihre Lebenssituation beurteilen*. (T. U. Prof. Dr. Elisabeth Wacker, Hrsg.) Dortmund: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi:10.1007/978-3-531-91015-4

- Schobel, D. (2019). Alles wird immer besser. *GesundesÖsterreich. Magazin für Gesundheitsförderung und Prävention*, 2, S. 8-10. Abgerufen am 2020. April 05 von https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/inline-files/GESUNDES_OESTERREICH2_2019.pdf
- Schwab, S. (2014). Schulische Integration, soziale Partizipation und emotionales Wohlbefinden in der Schule. Ergebnisse einer empirischen Längsschnittstudie. In *Integrations- und Heilpädagogik* (Bd. 4, S. 49-50). Wien: LIT Verlag. Abgerufen am 03. Februar 2020 von https://books.google.at/books?hl=de&lr=&id=t67tAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA8&dq=emotionales+wohlbefinden+wissenschaftlich&ots=HxfPgGNf8a&sig=F4qaE95VHMF7mpLq_QONWGGzmJs#v=onepage&q=emotionales%20wohlbefinden%20wissenschaftlich&f=false
- Sevim, A., Apflauer, G., Gümüs, Z., Haller, B., Jürs, J., Kern, A., . . . Wilkens, E. (2016). *Die gesundheitsfördernde Schule. Gesundheitsförderungsmaßnahmen des BMB im Kontext der Rahmengesundheitsziele*. Wien: Bundesministerium für Bildung. Abgerufen am 09. Mai 2020 von file:///C:/Users/Romana/Downloads/gesundheit_gfs.pdf
- Siegert, J., Hillger, C., Schindler, C., & Kirch, W. (25. September 2008). Gesundheitsförderung im Setting Schule. Das Lernfeld Ernährung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4(3), S. 241-245. doi:10.1007/s11553-008-0143-z
- Simonds, S. C. (01. März 1974). Health Education as Social Policy. *Health Education Monographs*, 2(1), S. 1-10. Abgerufen am 06. Februar 2020 von <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>
- Soellner, R., Huber, S., Lenartz, N., & Rudinger, G. (2009). Gesundheitskompetenz – ein vielschichtiger Begriff. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17(3), S. 105-113. doi: 10.1026/0943-8149.17.3.105
- Soellner, R., Huber, S., Lenartz, N., & Rudinger, G. (2010). Facetten der Gesundheitskompetenz – eine Expertenbefragung. Projekt Gesundheitskompetenz. In E. Klieme, D. Leutner, & M. Kenk (Hrsg.), *Kompetenzmodellierung. Eine aktuelle Zwischenbilanz des DFG-Schwerpunktprogramms und Perspektiven des Forschungsansatzes* (Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft 56, S. 104-114). Weinheim: Beltz. Abgerufen am 09. Februar 2020 von https://www.pedocs.de/volltexte/2010/3384/pdf/Soellner_Huber_Lenartz_Rudinger_Projekt_Gesundheitskompetenz_D_A.pdf

- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slinska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80). doi:10.1186/1471-2458-12-80
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., . . . Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13(948). doi:10.1186/1471-2458-13-948
- STATISTIK AUSTRIA. (12. November 2015). Abgerufen am 05. April 2020 von Körperliche Aktivität 2014: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/koerperliche_aktivitaet/105605.html
- STATISTIK AUSTRIA. (15. Jänner 2018). Abgerufen am 05. April 2020 von Körperliche Aktivität in der Freizeit: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/koerperliche_aktivitaet/index.html
- Sudeck, G., & Pfeifer, K. (17. Mai 2016). Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz als integrative Zielgröße in Bewegungstherapie und Gesundheitssport - Konzeption und Validierung eines Erhebungsverfahrens. *Zeitschrift Sportwissenschaft*(2). doi:10.1007/s12662-016-0405-4
- Teutsch, F. (17. Februar 2015). Motive in Schulen für die Einführung von Gesundheitsförderung. Ergebnisse einer österreichischen Fallstudie. (S. B. Heidelberg, Hrsg.) *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10, S. 105-109. doi: 10.1007/s11553-015-0489-y
- Tewes, U., & Wildgrube, K. (2016). *Psychologie-Lexikon* (2. überarb. erw. Aufl. Reprint 2016). Berlin/München/Boston: De Gruyter Oldenbourg. Abgerufen am 05. Februar 2020 von <http://web.a.ebscohost.com.uaccess.univie.ac.at/ehost/ebookviewer/ebook/bmxIYmtfXzE4MTk3NzJfX0FO0?sid=59edcad9-d535-4df2-baa3-5147907850fa@sessionmgr4006&vid=0&format=EB&rid=1>
- Titze, S., Ring-Dimitriou, S., Schober, P., Halbwachs, C., Samitz, G., Miko, H., . . . & A. (2012). *Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung* (Bd. Wissen 8). (GÖG/FGÖ, Hrsg.) Wien: Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Abgerufen am 06. April 2020 von <https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/2017-10/2012-10-17.pdf>

- Tones, K. (01. Juni 2002). Health literacy - new wine in old bottles? *Health Education Research, 17*(3), S. 287-290. Abgerufen am 05. Februar 2020 von <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1093/her/17.3.287>
- Töpfer, C., & Sygusch, R. (2014). Gesundheitskompetenz im Sportunterricht. In S. Becker (Hrsg.), *Aktiv & Gesund?. Interdisziplinäre Perspektiven auf den Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit* (S. 153-180). Heidelberg: Springer VS. doi:10.1007/978-3-531-19063-1
- Topp, C., Østergaard, S., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics, 84*, S. 167-176. doi:10.1159/000376585
- Traulsen, J. (2000). *Zur Berufsorientierung von Sportunterricht an Berufsschulen. Eine empirische Untersuchung am Innovationsprojekt "Fit für Forst und Freizeit"* (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsanwendungsbericht, Bd. 51). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH.
- Tuttner, S. (05. März 2018). Von Wie gut wirkt "Bewegung auf Rezept?": <https://oepgk.at/wie-gut-wirkt-bewegung-auf-rezept/> abgerufen
- Tuttner, S., & Amort, F. M. (2017). *Primary Care und Bewegungskompetenz. Informationen für Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner*. FH Joanneum; Gesundheitsförderungsfonds Steiermark. Abgerufen am 08. April 2020 von https://cdn.fh-joanneum.at/media/2017/05/Folder_PC_final.pdf
- Universität Zürich. (13. August 2018). *Kruskal-Wallis-Test*. Abgerufen am 20. Mai 2020 von https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse_spss/unterschiede/zentral/kruskal.html#
- Van den Eijnden, R. J., Lemmens, J. S., & Valkenburg, P. M. (25. März 2016). The Social Media Disorder Scale. *Computers in Human Behavior, 61*, S. 478-487. doi:10.1016/j.chb.2016.03.038
- Wallmann, B., Gierschner, S., & Froböse, I. (2012). Gesundheitskompetenz: Was wissen unsere Schüler über Gesundheit? Eine empirische Erhebung. *Prävention und Gesundheitsförderung, 1*(7), S. 5-10. doi:10.1007/s11553-011-0322-1
- Weinert, F. E. (2001). Vergleichende Leistungsmessung in Schulen - eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In F. Weinert, *Leistungsmessung in Schulen* (S. 17-31). Weinheim: Beltz.

- Weinert, F. (2001). Competencies and Key Competencies: Educational Perspective. In N. J. Smelser, & P. B. Baltes (Hrsg.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (S. 2433-2436). Munich: Max Planck Institute for Psychological Research. doi:10.1016/B0-08-043076-7/02384-6
- Wessner, B. (2019). *Vorlesung Quantitative Forschungsmethoden. Hypothesenbildung und Inferenzstatistik*. Wien: Universität Wien.
- Whitehead, M. (2019). Physical Literacy across the world. In D. Kirk, *Routledge Studies in Physical Education*. University of Strathclyde: Routledge. doi: <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.4324/9780203702697>
- WHO – World Health Organization (1946). *CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION*. Abgerufen am 18. Oktober 2019 von <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- WHO – World Health Organization (1986a). The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Abgerufen am 21. Oktober 2019 von <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO – World Health Organization (1986b). *Ottawa-Charter for Health Promotion*. Abgerufen am Oktober. 19 2019 von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1
- WHO – World Health Organization (1986c). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Abgerufen am 04. Jänner 2020 von https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59557/Ottawa_Charter_G.pdf
- WHO – World Health Organization (1993). *LIFE SKILLS EDUCATION FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS IN SCHOOLS. Introduction and Guidelines to Facilitate the Development and Implementation of Life Skills Programmes*. Genf. Abgerufen am 12. Mai 2020 von https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63552/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- WHO – World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. World Health Organization. Abgerufen am 06. Februar 2020 von <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>
- WHO – World Health Organization (2016). *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Shanghai: WHO. Abgerufen am 04.

- April 2020 von <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1>
- WHO – World Health Organization (2017). *Global School Health Initiatives. Report of a Meeting. Bangkok, Thailand, 23–25 November 2015*. Genf: World Health Organization. Abgerufen am 09. Mai 2020 von <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259813/WHO-NMH-PND-17.7-eng.pdf;jsessionid=B2E57B5B9B61013E1A1CA636372B16BD?sequence=1>
- WIKIPEDIA. (15. Oktober 2019). *Bewegungskompetenz*. Abgerufen am 27. Februar 2020 von https://de.wikipedia.org/wiki/Bewegungskompetenz#cite_ref-1
- Zedler, C. M. (10. November 2012). (P. GmbH, Herausgeber) Abgerufen am 05. Februar 2020 von https://www.burnout-info.ch/stressmodell_lazarus.htm
- Zengerer, A., & Zelinka-Roitner, I. (2019). Förderung der Gesundheitskompetenz auf Instagram: Erfahrungen aus dem Instagram Account der Jugendwebsite feel-ok.at. In ÖPGK, *Digitalisierung braucht Gesundheitskompetenz. Konferenzbeiträge. 5. Konferenz der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz. 19. September 2019* (S. 52). St. Pölten. Abgerufen am 25. Mai 2020 von https://oepgk.at/wp-content/uploads/2019/09/sammelband_konferenzbeitraege_final.pdf
- Zeuner, A., & Hummel, A. (2006). Ein Kompetenzmodell für das Fach Sport als Grundlage für die Bestimmung von Qualitätskriterien für Unterrichtsergebnisse. *Sportunterricht*, 55(2), S. 40-44.

D) ANHANG

1. Ergänzende Informationen zur Literaturrecherche

Stressbewältigung

Reif, et al. (2017, S. 47) führen in ihrem Werk in Anlehnung an Kaluza (2015) und Mainka (2015) noch eine Tabelle an, wie das eben beschriebene Modell nach Lazarus im Alltag umgesetzt werden kann. Diese könnte hilfreich für die Bewältigung von Stresssituationen auch im Setting Schule sein.

Nehmen Sie sich Zeit für die Bewertung der Situation

- Was denkt jemand, den die Situation weniger belastet als Sie?
- Wie werden Sie später, morgen, in einem Monat oder in einem Jahr über die Situation denken?
- Was würde schlimmstenfalls geschehen?
- Was genau wäre daran so schlimm?
- Wie wahrscheinlich ist das?
- Was wäre schlimmer als diese Situation?
- Haben Sie schon einmal eine ähnlich schwierige Situation gemeistert?
- Was würden Sie einem Freund zur Unterstützung sagen, der sich in einer ähnlichen Situation befindet?
- Wie wichtig ist diese Sache wirklich für Sie?
- Gibt es etwas anderes, etwas, was Ihnen sehr wichtig ist, woran Sie sich in dieser Situation erinnern könnten und was Ihnen Sicherheit und Mut geben kann?

Überprüfen Sie Ihre Sichtweise

- Was würden Sie einem Freund raten, wenn dieser in Ihrer Situation wäre?
- Wie sieht Ihre Bezugsperson die Situation?

Prüfen Sie kritisch Ihre vorhandenen Ressourcen und Handlungsspielräume

- Welche Ihrer Fähigkeiten und Kenntnisse könnten Ihnen in dieser Situation weiterhelfen?
- Gibt es in Ihrem sozialen Umfeld technische, logistische oder fachliche Helfer, auf die Sie zurückgreifen könnten?
- Welche alternativen Handlungsmöglichkeiten lässt die Situation zu? Welche Wege (und Auswege) sind denkbar?

Abbildung 35: hilfreiche Fragestellungen zur Stressbewältigung aus Reif, et al. (2017, S. 47)

GF

Die folgende Abbildung 36 entspringt dem Gesundheitserlass und beinhaltet alle wichtigen Faktoren und Handlungsfelder, die eine gesundheitsfördernde Schule berücksichtigen muss.

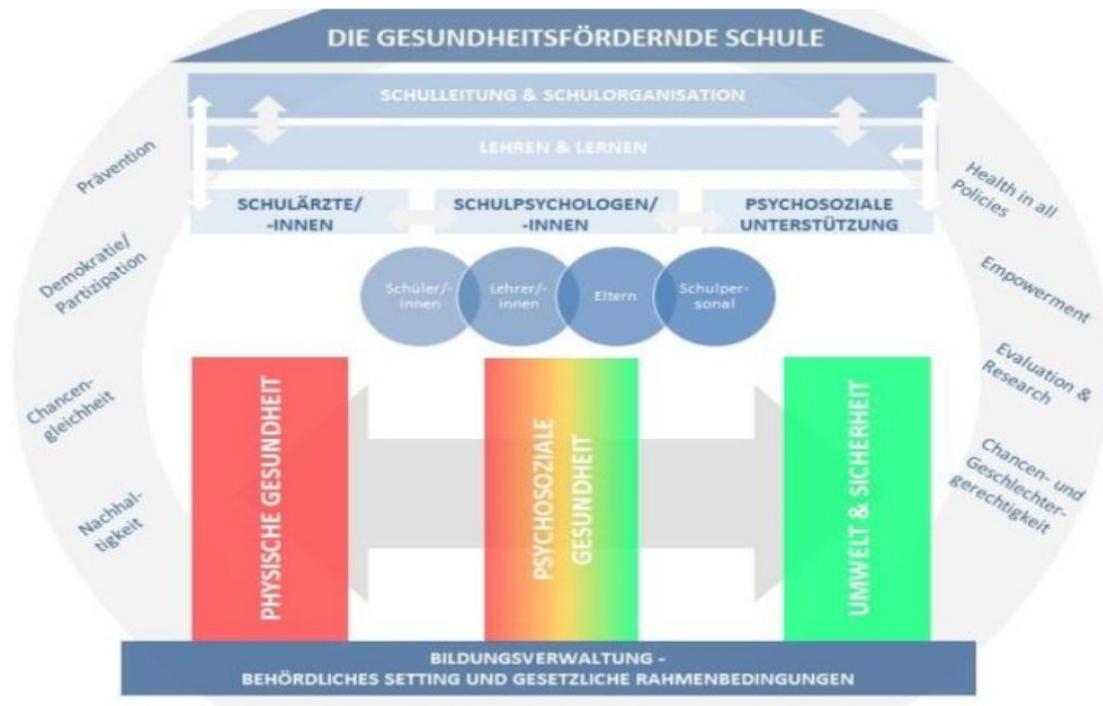


Abbildung 36: Leitbild einer gesundheitsfördernden Schule in Österreich (Sevim, et al., 2016, S. 10)

Die Säulen stellen die forcierten inhaltlichen Themen dar. Neben den Akteur/innen und den Grundprinzipien der GF beinhaltet die Abbildung die Systemebenen, die vernetzt mit den Themenfeldern am Rand und den Säulen unterhalb interagieren (Sevim, et al., 2016, S. 9ff).

Neben der „Leitung und Schulorganisation“, dem „Lehren und Lernen“, verschiedenen „Stützsystemen zur Verbesserung der physischen und psychosozialen Gesundheit“ (z.B. Schulpsychologe/in) und der „Umwelt und Sicherheit“ stellt „Bewegung und Sport“ ein weiteres Handlungsfeld der gesundheitsfördernden Schule dar (Sevim, et al., 2016).

2. Ergänzende Informationen zur empirischen Auswertung

2.1 Tabelle zur Auswertung des BMI

Tabelle 25: Einteilung der BMI-Kategorien bei Kindern und Jugendlichen in Anlehnung an Kromeyer-Hauschild et al. (2001)

Jungen (14,5-18 Jahre)	BMI (kg/m ²)	BMI-Kategorie
	<17,7199999999	untergewichtig
	17,72 - 25,0199999999	normalgewichtig
	25,02 - 28,0699999999	übergewichtig
	>28,07	adipös
Mädchen (14,5-18 Jahre)	<17,7399999999	untergewichtig
	17,74 - 24,8999999999	normalgewichtig
	24,9 - 27,5999999999	übergewichtig
	>27,6	adipös

2.2 Deskriptive Statistiken zum Konsumverhalten der Jugendlichen

Zusammenfassend können zum Konsum psychoaktiver Substanzen folgende Resultate festgehalten werden:

- Konsum von Zigaretten, rauchfreien Tabak, E-Zigarette oder Shischa: Rund 50 % haben dies noch nie im Leben geraucht; 72 % in den letzten 30 Tagen nie
- 82 % rauchen nie regelmäßig Zigaretten
- Alkoholkonsum:
 - 30 % trinken jede Woche Bier
 - 33 % jede Woche Wein
 - 28 % jede Woche Spirituose
 - 27 % jeden Monat
 - Alkopops (z.B. Bacardi Breezer): 19 % jede Woche, 20 % jeden Monat
 - 86 % noch nie Cannabis geraucht
 - 93 % nicht in den letzten 30 Tagen

Hier sind alle deskriptiven Statistiken der eben zusammengefassten Ergebnisse angeführt:

Tabelle 26: Alkoholkonsum der Schüler/innen bezüglich Bier

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig täglich	11	6,6	6,6	6,6
jede Woche	51	30,5	30,5	37,1
jeden Monat	28	16,8	16,8	53,9
seltener	25	15,0	15,0	68,9
nie	52	31,1	31,1	100,0
Gesamtsumme	167	100,0	100,0	

Tabelle 27: Alkoholkonsum der Schüler/innen bezüglich Wein

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig 0	2	1,2	1,2	1,2
täglich	2	1,2	1,2	2,4
jede Woche	56	33,5	33,5	35,9
jeden Monat	35	21,0	21,0	56,9
seltener	35	21,0	21,0	77,8
nie	37	22,2	22,2	100,0
Gesamtsumme	167	100,0	100,0	

Tabelle 28: Alkoholkonsum der Schüler/innen bezüglich Spirituosen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig 0	1	,6	,6	,6
täglich	2	1,2	1,2	1,8
jede Woche	47	28,1	28,1	29,9
jeden Monat	46	27,5	27,5	57,5
seltener	27	16,2	16,2	73,7
nie	44	26,3	26,3	100,0
Gesamtsumme	167	100,0	100,0	

Tabelle 29: Alkoholkonsum der Schüler/innen von Alkopops (z.B. Bacardi Breezer)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig 0	1	,6	,6	,6
täglich	2	1,2	1,2	1,8
jede Woche	31	18,6	18,6	20,4
jeden Monat	33	19,8	19,8	40,1
seltener	36	21,6	21,6	61,7
nie	64	38,3	38,3	100,0
Gesamtsumme	167	100,0	100,0	

Tabelle 30: Tabakkonsum der Schüler/innen in ihrem Leben

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig nie	88	52,7	52,7	52,7
1 bis 2 Tage	22	13,2	13,2	65,9
3 bis 5 Tage	13	7,8	7,8	73,7
6 bis 9 Tage	14	8,4	8,4	82,0
10 bis 19 Tage	11	6,6	6,6	88,6
20 bis 29 Tage	2	1,2	1,2	89,8
30 Tage (oder mehr)	17	10,2	10,2	100,0
Gesamtsumme	167	100,0	100,0	

Tabelle 31: regelmäßiger Zigarettenkonsum der Schüler/innen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig jeden Tag	8	4,8	4,8	4,8
1 Mal oder öfter pro Woche, aber nicht jeden Tag	4	2,4	2,4	7,2
seltener als 1 Mal pro Woche	17	10,2	10,2	17,4
ich rauche gar nicht	138	82,6	82,6	100,0
Gesamtsumme	167	100,0	100,0	

Tabelle 32: Cannabiskonsum der Schüler/innen in ihrem Leben

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig nie	143	85,6	85,6	85,6
1 bis 2 Mal	11	6,6	6,6	92,2
3 bis 5 Mal	4	2,4	2,4	94,6
6 bis 9 Mal	2	1,2	1,2	95,8
10 bis 19 Mal	4	2,4	2,4	98,2
20 bis 29 Mal	2	1,2	1,2	99,4
30 Mal (oder öfter)	1	,6	,6	100,0
Gesamtsumme	167	100,0	100,0	

2.3 Deskriptive Statistik zum Wohlbefinden der Jugendlichen nach dem Ausfüllen des Fragebogens

Tabelle 33: Einschätzung des Wohlbefindes der Schüler/innen auf einer Skala von 0-10 nach dem Ausfüllen des Fragebogens

		derzeitiges Wohlbefinden von 0-10			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	1	1	,6	,6	,6
	2	1	,6	,6	1,2
	3	3	1,8	1,8	3,0
	4	2	1,2	1,2	4,2
	5	15	9,0	9,0	13,2
	6	35	21,0	21,0	34,1
	7	38	22,8	22,8	56,9
	8	33	19,8	19,8	76,6
	9	33	19,8	19,8	96,4
	10	6	3,6	3,6	100,0
	Gesamtsumme		167	100,0	100,0

2.4 Deskriptive Statistiken zur Beantwortung des Gesundheitsquiz

Tabelle 34: Beantwortung der Frage zum Kalorienverbrauch bei einer Stunde Laufen mittleres Tempo

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	200-400 kcal	77	46,1	46,1	46,1
	500-700 kcal	69	41,3	41,3	87,4
	700-800 kcal	15	9,0	9,0	96,4
	800-1000 kcal	6	3,6	3,6	100,0
	Gesamtsumme	167	100,0	100,0	

Tabelle 35: Beantwortung der Frage zum weiblichen Kalorienverbrauch der Jugendlichen pro Tag

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	800 kcal	18	10,8	10,8	10,8
	1100 kcal	79	47,3	47,3	58,1
	2100 kcal	65	38,9	38,9	97,0
	3000 kcal	5	3,0	3,0	100,0
	Gesamtsumme	167	100,0	100,0	

Tabelle 36: Beantwortung der Frage zum männlichen Kalorienverbrauch der Jugendlichen pro Tag

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig 0	1	,6	,6	,6
1300 kcal	41	24,6	24,6	25,1
2000 kcal	55	32,9	32,9	58,1
3000 kcal	62	37,1	37,1	95,2
3600 kcal	8	4,8	4,8	100,0
Gesamtsumme	167	100,0	100,0	

Tabelle 37: Beantwortung der Frage zu Organschäden beim Rauchen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig Lunge	12	7,2	7,2	7,2
Gehirn	16	9,6	9,6	16,8
Kehlkopf	2	1,2	1,2	18,0
Alle Organe werden durch Rauchen gefährdet	137	82,0	82,0	100,0
Gesamtsumme	167	100,0	100,0	

Tabelle 38: Beantwortung der Frage zu einem gesunden Blutdruck

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig 0	1	,6	,6	,6
150/70	14	8,4	8,4	9,0
140/90	26	15,6	15,6	24,6
130/60	30	18,0	18,0	42,5
120/80	96	57,5	57,5	100,0
Gesamtsumme	167	100,0	100,0	

Tabelle 39: Beantwortung der Frage zur empfohlenen Schlafdauer bei Jugendlichen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig <6h	1	,6	,6	,6
6-7h	36	21,6	21,6	22,2
8-10h	129	77,2	77,2	99,4
10-12h	1	,6	,6	100,0
Gesamtsumme	167	100,0	100,0	

Tabelle 40: Beantwortung der Frage zum empfohlenen Sportausmaß pro Woche

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig Jeden Tag zu Fuß zur Schule gehen reicht aus	3	1,8	1,8	1,8
Der Sportunterricht in der Schule reicht voll und ganz aus.	6	3,6	3,6	5,4
Jeden Tag ungefähr eine Stunde, und dabei richtig ins Schwitzen kommen.	73	43,7	43,7	49,1
3.mal die Woche muss ich mich bewegen	85	50,9	50,9	100,0
Gesamtsumme	167	100,0	100,0	

Tabelle 41: Beantwortung der Frage zur durchschnittlichen Handyzeit eines Jugendlichen pro Tag

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig 0	1	,6	,6	,6
<1h	2	1,2	1,2	1,8
1-2h	21	12,6	12,6	14,4
2-4h	103	61,7	61,7	76,0
>4h	40	24,0	24,0	100,0
Gesamtsumme	167	100,0	100,0	

Tabelle 42: Beantwortung der Frage zur empfohlenen Flüssigkeitszufuhr pro Tag

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig 1 1/2 bis 2 Liter	103	61,7	61,7	61,7
3 Liter	59	35,3	35,3	97,0
4 Liter	5	3,0	3,0	100,0
Gesamtsumme	167	100,0	100,0	

3. Mitteilungsblatt Erziehungsberechtigte

Liebe Erziehungsberechtigten!

Im Zuge meiner Masterarbeit untersuche ich den Zusammenhang zwischen der Bewegungs- und Gesundheitskompetenz (Health und Physical Literacy) bei Mädchen und Buben in verschiedenen Schulstufen. Die Schüler/innen werden gebeten im Rahmen des Bewegung- und Sportunterrichts einen online-Fragebogen auszufüllen. Die Daten werden anonym erhoben und ebenso anonymisiert weiterverarbeitet. Der gesammelte Datensatz wird nach Fertigstellung der Masterarbeit gelöscht.

Ich bitte nun mit einer Unterschrift unten um die Zustimmung Ihrerseits. Falls die/der Schüler/in seine/ihre Daten nicht abgeben oder im Nachhinein widerrufen möchte, ist dies selbstverständlich möglich.

Danke im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen,

Romana Herb, BEd



Bewegung und Sport

Mathematik

Name des/der Schülers/in: _____ **Klasse:** _____

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

4. Fragebogen

Liebe Schüler/innen,

im Rahmen meiner Masterarbeit untersuche ich den Zusammenhang zwischen Bewegung und Gesundheit bei Mädchen und Buben in verschiedenen Schulstufen.

Ich bitte euch, den folgenden Fragebogen bestmöglich auszufüllen. Die Daten sind bereits bei der Eingabe anonymisiert und werden auch nur anonymisiert verarbeitet.

Die Dauer beträgt in etwa 15 Minuten.

Falls Fragen unklar sein sollten, kannst du dich gerne an deine Lehrperson wenden.

Danke fürs Ausfüllen!

Warum erheben und verarbeiten wir Ihre Daten

Aus Datenschutzgründen ist es notwendig, dass du dich bereit erklärst, an der Befragung teilzunehmen. Bei Schüler/innen unter 16 Jahren haben sich deine Eltern bereiterklärt, dass du an der Befragung, die im Rahmen des Unterrichts durchgeführt wird, teilnimmst.

Wie können Sie uns kontaktieren:

████████████████████

Romana Herb

Wenn Sie mehr Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten wünschen, bitte auf folgenden Link klicken.

Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten gemäss den hier aufgeführten Angaben verarbeitet werden.

Geschlecht: weiblich , männlich

Alter: _____ (in Jahre)

Bist du österreichische Staatsbürger/in?: ja / nein

Wenn nein: **Welche Staatsbürgerschaft hast du?**

Welchen Schulzweig besuchst du hier ██████████ **?**

- Lebensmittel- und Biotechnologie
- Landwirtschaft
- Landtechnik
- Landwirtschaft und Digitalisierung

Wo wohnst du während der Schulzeit unter der Woche?

- Internat

- Wohnung mit Mitschüler/innen
- extern (z.B. bei den Eltern)

Wie kommst du zur Schule? Ich komme zur Schule...

- mit dem Schulbus
- mit dem Moped
- mit dem Fahrrad
- mit meinen Eltern
- mit dem Auto
- mit dem E-Bike
- Sonstiges

Kategorien: täglich - min. 2-3x/Woche - sehr selten - wetter-abhängig/saisonal - nie

Wie viel wiegst du ohne Kleidung? _____ (Angabe in kg)

Wie groß bist du ohne Schuhe? _____ (Angabe in cm)

Glaubst du, dass du ... ? (*Körperselbstbild*)

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

Wie würdest du deinen Gesundheitszustand beschreiben?

(subjektiver Gesundheitszustand)

Antwortmöglichkeiten: ausgezeichnet - gut - eher gut - schlecht

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



Antwortmöglichkeiten: Zahlenwerte von 0 bis 10

In den letzten 2 Wochen

(Emotionales Wohlbefinden)

...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

Antwortmöglichkeiten: zu keiner Zeit - manchmal - weniger als die Hälfte der Zeit - mehr als die Hälfte der Zeit - meistens - die ganze Zeit

In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen. – Die meisten Probleme kann ich aus eigener Kraft gut meistern. - Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel gut lösen.
(Selbstwirksamkeit)

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu - trifft wenig zu - trifft etwas zu – trifft ziemlich zu - trifft voll und ganz zu

Ich interessiere mich für deine Erfahrungen mit sozialen Medien. Der Begriff soziale Medien bezieht sich auf Netzwerke (z.B. Facebook, Instagram, Twitter) und Instant-Message-Programme (z.B. WhatsApp, Snapchat, Facebook-Messenger). 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 hast, 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 deiner Nutzung von sozialen Medien?
- ...regelmäßig deine Eltern oder Freunde/Freundinnen darüber angelogen, 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?

Antwortmöglichkeiten: ja / nein

Wie stehst du zu folgenden Aussagen? Ich bin ziemlich sicher, dass ich...

- ...gute Informationen über Gesundheit habe.
- ...leicht gesundheitsbezogene Informationen finde, die ich verstehen kann.
- ...leicht Beispiele anführen kann, die gesundheitsfördernd sind.
- ...für gewöhnlich rausfinden kann, welche gesundheitsbezogenen Informationen richtig oder falsch sind.
- ... wenn ich krank bin weiß, wann ich zum Arzt gehen muss.
- ...weiß, bei welcher Krankenkasse ich versichert bin.
- ...den Anweisungen von Personal aus dem Gesundheitswesen (z.B. Krankenschwester oder -pfleger, Arzt / Ärztin, etc.) folgen kann.
- ...wenn es notwendig erscheint, gesundheitsfördernde Inhalte meiner unmittelbaren Umgebung (Familie, Freunde / Freundinnen, Leute aus dem Ort, etc.) vermitteln kann.
- ... mich mit Freunden über das Vermeiden von gesundheitsschädigenden Themen wie Rauchen, Alkohol- oder Drogenkonsum unterhalte.
- ... bei einem Arztbesuch die Namen meiner (zuvor) eingenommen Medikamente wiedergeben kann.
- ...ermessen kann, inwiefern meine eigenen Handlungen meine Umwelt beeinflussen.
- ...Begründungen anführen kann, die mein Gesundheitsverhalten erklären.
- ...ermessen kann, inwiefern meine Verhaltensweisen meine Gesundheit beeinflussen.
- ...gesundheitsbezogene Informationen aus unterschiedlichen Quellen vergleichen kann.
- ... abwägen kann, welche gesundheitsbezogenen Informationen wichtig für mich sind.
- ... die Informationen, die ich über Fitnessblogger/innen auf Social Media Plattformen wie Instagram, Facebook,... lese, beurteilen kann.
- ... beim Einkaufen Produkte aufgrund ihrer Nährwerte als gesund/ungesund einstufen kann.

Antwortmöglichkeiten: stimme überhaupt nicht zu - stimme nicht zu - stimme eher zu - stimme voll und ganz zu

Bitte entscheide, ob die folgenden Dinge einfach oder schwierig für dich sind:

- Herauszufinden, an wen ich mich wenden kann, wenn es mir psychisch schlecht geht (z.B., wenn ich traurig bin oder Angst habe).
- Herauszufinden, ob das richtig ist, was ich über Gefahren für meine Gesundheit in den Medien (Zeitung, Fernsehen, Internet) lese oder höre.
- Informationen aus den Medien darüber, wie ich noch gesünder leben kann, zu verstehen.
- Gesundheitsratschläge meiner Eltern, Verwandten oder Freunde / Freundinnen zu verstehen.
- Zu verstehen, welche meiner Gewohnheiten einen Einfluss auf meine Gesundheit haben werden.
- Informationen über ungesunde Lebensweisen (z.B. Rauchen oder zu wenig Bewegung) zu verstehen.
- Gesundheitsratschläge umsetzen und in meinen Alltag integrieren kann.

Antwortmöglichkeiten: einfach - schwierig - weiß nicht

Entscheide inwiefern folgende Aussagen für dich zutreffen.

Mir gelingt es gut, meine gedrückte Stimmung durch Bewegung zu verbessern.

Ich kann aufgeregten Stress und innere Anspannung durch Bewegung gut wieder abbauen.

Wenn es mir schlecht geht, kann ich mich durch körperliche Aktivität gut ablenken.

Ich bin in der Lage durch körperliche Aktivität meine Stimmung zu regulieren.

Ich weiß, worauf ich bei meinem Körper achten muss, damit ich mich nicht über- oder unterfordere.

Ich kann Signale meines Körpers (Puls, Atemgeschwindigkeit) sehr gut dafür nutzen, um die Höhe der körperlichen Belastung einzuschätzen und zu regulieren.

Wenn ich meine Gesundheit durch die Kräftigung der Rumpfmuskulatur (Rücken, Bauch) fördern möchte, traue ich mir zu, die richtigen Übungen auszuwählen.

Wenn ich muskulär verspannt bin, weiß ich genau, wie ich mit körperlicher Aktivität etwas dagegen tun kann.

Ich bin in der Lage eine Trainingsbelastung gut auf meine körperlichen Voraussetzungen anzupassen.

Ich weiß, wie ich mit körperlichem Training meine Ausdauerleistung am besten steigern kann.

Ich behalte mein Vorhaben, mich zu bewegen, im Auge und lasse mich nicht leicht davon abbringen.

Wenn ich mir vornehme, mich mehr bewegen zu wollen, habe ich viel Disziplin bei der Umsetzung.

Wenn ich eine sportliche Aktivität geplant habe, setze ich das in der Regel auch um.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu-trifft eher nicht zu-trifft eher zu-trifft genau zu

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

Antwortmöglichkeiten: an 0 - 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7 Tag(en)

An wie vielen der letzten 7 Tage hast du Sport in der folgenden Form ausgeübt:

- Krafttraining
- Radfahren/Laufen
- Ballsportart (Fußball, Volleyball,...)
- Walken/Wandern
- Leichtes Radfahren
- Aerobic/Dance Workout/Tanzen
- Yoga/Qui Gong/Pilates/Tai Chi
- Reiten
- keine
- sonstige:

Antwortmöglichkeiten: ja/nein Anzahl der Tage (0-7)

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

Antwortmöglichkeiten: jeden Tag - 4 bis 6 Mal in der Woche - 2 bis 3 Mal in der Woche – 1 Mal in der Woche - 1 Mal im Monat - seltener als 1 Mal im Monat – nie

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

Antwortmöglichkeiten: 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

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

Obst, Früchte - Gemüse, Salat - Süßigkeiten, Schokolade - Cola oder andere Getränke, die Zucker enthalten - "Fast Food" Speisen (Kebab, Burger, Pizza, ...) - Energy Drinks (Red Bull, Monster, Power Horse, Clever,)

Antwortmöglichkeiten: nie - seltener als 1 Mal in der Woche - 1 Mal wöchentlich - an 2-4 Tagen in der Woche - an 5-6 Tagen in der Woche - 1 Mal täglich - mehrmals täglich

Wie häufig frühstückst du normalerweise (mehr als nur ein Getränk) an Schultagen und am Wochenende?

Antwortmöglichkeiten: an Schultagen: Ich frühstücke nie - an 1 - 2 - 3 - 4 - 5 Schultagen; am Wochenende: Ich frühstücke nie - an 1 - 2 Wochenendtag(en)

Wie oft rauchst du derzeit Zigaretten?

Antwortmöglichkeiten: jeden Tag - 1 Mal oder öfter pro Woche, aber nicht jeden Tag - seltener als 1 Mal pro Woche - ich rauche gar nicht

An wie vielen Tagen (wenn überhaupt) hast du Zigaretten, Wasserpfeife (Shischa), rauchfreien Tabak oder/und E-Zigaretten geraucht?

Antwortmöglichkeiten: nie - 1 bis 2 Tage - 3 bis 5 Tage - 6 bis 9 Tage - 10 bis 19 Tage – 20 bis 29 Tage - 30 Tage (oder mehr)

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

Antwortmöglichkeiten: täglich - jede Woche - jeden Monat - seltener – nie

Wenn du an die letzten 30 Tage denkst, bei wie vielen Gelegenheiten (wenn überhaupt) hast du mindestens 5 alkoholische Getränke (Bier, Wein, Spirituosen oder Mischgetränke) hintereinander getrunken?

Antwortmöglichkeiten: nie - 1 Mal - 2 Mal - 3 bis 5 Mal - 6 bis 9 Mal - 10 Mal oder öfter

Hast du jemals Cannabis (Haschisch, Marihuana) konsumiert?

Antwortmöglichkeiten: nie - 1 bis 2 Mal - 3 bis 5 Mal - 6 bis 9 Mal - 10 bis 19 Mal - 20 bis 29 Mal - 30 Mal (oder öfter)

Wieviel Liter Flüssigkeit solltest du mindestens pro Tag trinken?

a) 1/2 bis 1 Liter, b) 1 1/2 bis 2 Liter, c) 3 Liter, d) 4 Liter

(Die korrekte Antwort ist kursiv geschrieben)

Was beinhaltet eine gesunde Ernährung?

- a) viel Fleisch und Wurst, mäßig Obst und Gemüse, wenig Süßigkeiten
- b) viel Vollkornprodukte und Nudeln, viel Obst und Gemüse, viel Fleisch und Wurst
- c) wenig Vollkornprodukte und Nudeln, wenig Fleisch und Wurst, wenig Süßigkeiten

d) mäßig Fleisch und Wurst, viel Obst und Gemüse, viel Vollkornprodukte und Nudeln

Wie viel Kalorien verbrennt ein/e Jugendliche/r durchschnittlich bei einer Stunde Laufen mittleres Tempo, sodass du mit einem/r Freund/in gleichzeitig reden kannst ohne Seitenstechen zu bekommen?

a) 200-400 kcal b) 500-700kcal c) 700-800 kcal d) 800-1000 kcal

Wie viel Kalorien benötigen Mädchen durchschnittlich an einem normalen Schultag (24h)?

a) 800 b) 1100 c) 2100 d) 3000

Wie viel Kalorien benötigen Buben durchschnittlich an einem normalen Schultag (24h)?

a) 1300 b) 2000 c) 3000 d) 3600

Welche Organe werden durch das Rauchen nicht geschädigt?

a) Lunge, b) Gehirn, c) Kehlkopf, d) *Alle Organe werden durch Rauchen gefährdet*

Wie hoch sollte der Blutdruck bei einem gesunden Erwachsenen sein?

a) 150/70, b) 140/90, c) 130/60, d) 120/80

Wie lange solltest du täglich schlafen?

a) <7h b) 7-8h c) 8-10h d) 10-12h

Wie häufig solltest Du in der Woche Sport machen?

a) Jeden Tag zu Fuß zur Schule gehen reicht aus, b) Der Sportunterricht in der Schule reicht voll und ganz aus, c) Jeden Tag ungefähr eine Stunde, und dabei ruhig ins Schwitzen kommen d) *3-mal die Woche muss ich mich bewegen*

Wieviel Zeit verbringt ein/e Jugendliche durchschnittlich pro Tag vor dem Handy?

a) <1h b) 1-2h c) 2-4h d) >4h

Was ist die höchste abgeschlossene Ausbildung deiner Eltern?

kein Pflichtschulabschluss

Pflichtschule

Lehrabschluss

Berufsbildende mittlere Schule ohne Matura (z.B. Handelsschule, 3 jährige HBLA)

Allgemeinbildende oder berufsbildende höhere Schule mit Matura (z.B. Gymnasium, HTL, HAK)

Universität / Fachhochschule

Sonstiges

Antwortmöglichkeiten: Mutter/Vater

Sonstiges, und zwar: _____

Besitzt deine Familie ein Auto?

Antwortmöglichkeiten: nein - ja, eines - ja, zwei oder mehrere

Hast du ein eigenes Zimmer?

Antwortmöglichkeiten: nein - ja

Wie viele Computer (inklusive Laptops und Tablets, ohne Spielekonsolen und Smartphones) besitzt deine Familie?

Antwortmöglichkeiten: keinen - einen - zwei - mehr als zwei

Hat deine Familie einen Geschirrspüler zu Hause?

Antwortmöglichkeiten: nein - ja

Wie viele Badezimmer (mit Badewanne und/oder Dusche) habt ihr zu Hause?

Antwortmöglichkeiten: keines - eines - zwei - mehr als zwei

Wie häufig bist du in den letzten 12 Monaten mit deiner Familie in den Ferien (im Urlaub) verreist?

Antwortmöglichkeiten: überhaupt nicht - 1 Mal - 2 Mal - öfter als 2 Mal

In welchem Land wurdest du geboren? In welchem Land wurde deine Mutter geboren? In welchem Land wurde dein Vater geboren?

Antwortmöglichkeiten: Österreich - Deutschland - Serbien - Türkei - Bosnien und Herzegowina - Rumänien - Kroatien - Ungarn - Polen - Afghanistan, in einem anderen Land, nämlich in: ...

Wenn du dein derzeitiges Wohlbefinden auf einer Skala von 0-10 einordnen müsstest, welche Zahl würdest du wählen?

Skala von 0-10

Danke für deine Antworten! Wenn du über die Ergebnisse Bescheid wissen möchtest, kannst du mich gerne unter XXXXXXXXXX kontaktieren.