

Nancy John | Ludwig Bilz

# Kinder- und Jugendgesundheit in Brandenburg

Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie 2018  
im Auftrag der WHO



PABST

Nancy John | Ludwig Bilz

Kinder- und Jugendgesundheit in Brandenburg



Nancy John | Ludwig Bilz

# **Kinder- und Jugendgesundheit in Brandenburg**

**Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie  
2018 im Auftrag der WHO**



PABST SCIENCE PUBLISHERS | Lengerich

**Kontakt:**

Prof. Dr. Ludwig Bilz

Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg (BTU)

Fakultät 4 | Institut für Gesundheit

Universitätsplatz 1

01968 Senftenberg

[ludwig.bilz@b-tu.de](mailto:ludwig.bilz@b-tu.de)

*Weitere Autorinnen und Autoren:*

Saskia M. Fischer, BTU Cottbus-Senftenberg

Dr. Sebastian Wachs, Universität Potsdam

Anke Zeißig, BTU Cottbus-Senftenberg

*Information zu Förderern:*

Die HBSC-Studie Brandenburg wurde von der BTU Cottbus-Senftenberg in Kooperation mit dem Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBSJ) und dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz (MSGIV) des Landes Brandenburg sowie der AOK Nordost durchgeführt.

*Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:*

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2020 Pabst Science Publishers, 49525 Lengerich, Germany

Titelmotiv: Adobestock · 211379175 · irinabogomolova

Titelgestaltung: André Krämer, inevent GmbH & Co. KG

Printed in the EU by booksfactory.de

Print: ISBN 978-3-95853-556-5

eBook: ISBN 978-3-95853-557-2

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	<b>iii</b>
<b>Grußwörter</b>	<b>vii</b>
Grußwort des Brandenburger Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport . . . . .	vii
Grußwort des Brandenburger Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz	ix
Grußwort der AOK Nordost - Die Gesundheitskasse . . . . .	xi
<b>1 Konzept der HBSC-Studie   Ludwig Bilz   Nancy John</b>	<b>1</b>
<b>2 Methodik der HBSC-Studie Brandenburg   Nancy John</b>	<b>3</b>
2.1 Geplante Stichprobe . . . . .	3
2.2 Ablauf und Durchführung der Studie . . . . .	4
2.3 Befragungsinstrument . . . . .	5
2.4 Realisierte Stichprobe . . . . .	6
2.5 Auswertung und Darstellung der Ergebnisse . . . . .	11
<b>3 Ergebnisse zur Gesundheit   Nancy John   Ludwig Bilz</b>	<b>15</b>
3.1 Allgemeiner Gesundheitszustand . . . . .	15
3.2 Körperliche Gesundheit   Behandlungsrelevante Verletzungen . . . . .	18
3.3 Psychische Gesundheit . . . . .	21
3.4 Zwischenresümee . . . . .	34
<b>4 Ergebnisse zum Gesundheits- und Risikoverhalten   Nancy John   Saskia M. Fischer   Ludwig Bilz</b>	<b>37</b>
4.1 Bewegungsverhalten . . . . .	37
4.2 Ernährungsverhalten . . . . .	43
4.3 Zahnhygiene . . . . .	55
4.4 Soziales Risikoverhalten . . . . .	58
4.5 Substanzkonsum . . . . .	66
4.6 Abhängige Verhaltensweisen   Problematischer Konsum von sozialen Medien . . . . .	82
4.7 Sexualverhalten . . . . .	84
4.8 Zwischenresümee . . . . .	90

---

<b>5 Ergebnisse zu gesundheitlichen Einflussfaktoren</b>   Nancy John   Ludwig Bilz   Saskia M. Fischer   Anke Zeißig   Sebastian Wachs	<b>93</b>
5.1 Familie und soziale Lage . . . . .	93
5.2 Schule und Schulklima . . . . .	113
5.3 Freunde   Unterstützung durch Freundinnen und Freunde . . . . .	130
5.4 Individuelle Kompetenzen   Gesundheitskompetenz . . . . .	133
5.5 Konsum von Online-Medien . . . . .	137
5.6 Zwischenresümee . . . . .	144
<b>6 Resümee und Perspektiven der Gesundheitsförderung</b>   Ludwig Bilz   Nancy John	<b>147</b>
6.1 Fazit und Schlussfolgerungen für die schulische Gesundheitsförderung . . . . .	147
6.2 Schulgesundheitsprofile als Instrumente der schulischen Gesundheitsförderung . . . . .	152
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>157</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>161</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>163</b>

# Vorwort

Das Kindes- und Jugendalter galt lange Zeit als die gesündeste Altersphase. Im Zuge der Verschiebung der Krankheitslast in den letzten Jahrzehnten weg von körperlichen und Infektionskrankheiten hin zu chronischen und psychosomatischen Krankheitsbildern ('neue Morbidität'), sind Kinder und Jugendliche wieder stärker in den Fokus der Betrachtung geraten. Das Kindes- und Jugendalters ist prägend für die gesundheitliche Entwicklung bis hinein ins Erwachsenenalter. Insbesondere psychische Erkrankungen nehmen in dieser Lebensphase ihren Ausgang, viele gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und Lebensstile werden hier etabliert und beeinflussen die Gesundheit über die gesamte Lebensspanne.

Eine wichtige Voraussetzung für die passgenaue Steuerung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen sind verlässliche Daten zum Gesundheitsstatus dieser Altersgruppe. Diese liegen bisher in Brandenburg nur für einzelne Bereiche vor. So erfasst zum Beispiel die BJS-Studie ("Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum") alle vier Jahre das Suchtverhalten von Schülerinnen und Schülern der 10. Klassen in Brandenburg. Aus den Schulabgangsuntersuchungen liegen weiterhin Daten zur körperlichen Gesundheit für den Teil der Jugendlichen vor, die nach der 10. Klasse die Schule verlassen. Was bisher jedoch fehlt, ist eine umfassende und repräsentative Bestandsaufnahme der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens, die auch Bereiche wie zum Beispiel die psychische Gesundheit, das Ernährungsverhalten, die sportlichen Aktivitäten und das Sozialverhalten umfasst und hierbei die subjektive Sicht der Kinder und Jugendlichen auf ihre eigene Gesundheit berücksichtigt. Auch Informationen über die Ausprägungen gesundheitlicher Einflussfaktoren sind für zielgenaue gesundheitsförderliche Maßnahmen relevant. Wie steht es zum Beispiel um die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen, wie stark ist der Stress, den sie in der Schule erleben und welchen Stellenwert hat die Familie für das gesunde Aufwachsen?

Vor diesem Hintergrund haben sich das Brandenburger Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBJS), das Brandenburger Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz (MSGIV), die AOK Nordost sowie die Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg (BTU) zu einem Kooperationsver-

bund zusammengeschlossen mit dem Ziel, dass sich das Land Brandenburg mit einer eigenen repräsentativen Erhebung erstmalig an der internationalen HBSC-Studie beteiligt.

Bei der HBSC-Studie (“Health Behaviour in School-aged Children”) handelt es sich um ein internationales kooperatives Forschungsvorhaben, das von der World Health Organization (WHO) seit 36 Jahren unterstützt wird. Die Studie stellt Daten zur Gesundheit und zu gesundheitsbezogenen Wahrnehmungen, Einstellungen und Verhaltensweisen von Schülerinnen und Schülern im Alter von 11 bis 15 Jahren aus 49 Ländern zur Verfügung. Die HBSC-Studie gibt nicht nur Auskunft über die Gesundheit und das gesundheitsrelevante Verhalten, auch die personalen und sozialen Rahmenbedingungen, die die Gesundheit und eine gesunde Entwicklung positiv oder negativ beeinflussen, werden untersucht. Deutschland beteiligt sich seit 1993 an der HBSC-Studie, zuerst mit Länderstichproben und seit 2010 im regelmäßigen Abstand von vier Jahren mit einer bundesweiten Erhebung. Durch die regelmäßige Wiederholung der Befragung im Abstand von vier Jahren sind zuverlässige Aussagen über gesundheitliche Entwicklungstrends und Hinweise auf die Wirkungen präventiver Maßnahmen möglich. Durch Anpassungen und Erweiterungen des Erhebungsinstruments können bei diesen wiederholten Erhebungen zudem aktuelle gesundheitsbezogene Problemlagen wie zum Beispiel aktuell der Umgang mit Online-Medien oder Cybermobbing berücksichtigt werden.

Im vorliegenden Bericht werden die Daten der ersten repräsentativen HBSC-Erhebung von 2018 in Brandenburg vorgestellt und mit den Daten der bundesweiten HBSC-Studie verglichen. Nach der Vorstellung der konzeptuellen und methodischen Eckdaten in den Kapiteln 1 und 2, werden die Befunde zur körperlichen und psychischen Gesundheit im Kapitel 3 und die Ergebnisse zum Gesundheitsverhalten im Kapitel 4 präsentiert. Im Kapitel 5 werden Daten zu gesundheitlichen Einflussfaktoren aus den Bereichen Familie, Schule, Gleichaltrigengruppe, Medien und personale Gesundheitskompetenz auf ihre Zusammenhänge mit zentralen Gesundheitsindikatoren hin geprüft. Im Kapitel 6 finden sich die Zusammenfassung der Ergebnisse, Schlussfolgerungen für die Praxis schulischer Gesundheitsförderung und Informationen zu Modellprojekten in Brandenburg. Auch wird in diesem Kapitel beschrieben, wie die 55 zufällig ausgewählten Befragungsschulen in Brandenburg ganz direkt von der Teilnahme an der HBSC-Studie profitiert haben. Jede Befragungsschule hat von uns eine einzelschulbezogene Rückmeldung ihrer Daten in Form sogenannter ‘Schulgesundheitsprofile’ bekommen. Die Analyse dieser Schulgesundheitsprofile erlaubt den Schulen die selbstbestimmte Auswahl von Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung, die sich eng an den spezifischen Bedarfen der Einzelschule orientieren.

Damit diese Studie Realität werden konnte, war die Unterstützung der drei Kooperationspartner MBS, MSGIV und AOK Nordost eine wichtige Voraussetzung. Ein weiterer Dank gilt den Mitgliedern des deutschen und internationalen HBSC-Konsortiums sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern meiner Arbeitsgruppe an der BTU, insbesondere Nancy John und Kyra Pahlke. Nicht zuletzt ist den über 3.000 Brandenburger Schülerinnen und Schülern der Jahrgangsstufen 5, 7 und 9, ihren Lehrkräften und Eltern zu danken, ohne deren bereitwillige Unterstützung diese Studie nicht möglich gewesen wäre.

Senftenberg, im Januar 2020

Prof. Dr. Ludwig Bilz  
Institut für Gesundheit  
Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg



# **Grußwort des Brandenburger Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich über Ihr Interesse an der Diskussion über die Bedeutung und Qualität schulischer Gesundheitsförderung. Schon aufgrund der Tatsache, dass die Kinder und Jugendlichen einen Großteil ihres Alltags im Lebensraum Schule verbringen, haben besonders die Schulen eine wesentliche und bedeutsame Verantwortung für den Bereich der Gesundheitserziehung.

Erstmals haben sich nun Brandenburger Schulen an der internationalen Kinder- und Jugendgesundheitsstudie "Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC-Studie) beteiligt. Diese für Brandenburg repräsentative Erhebung wurde möglich durch die Zusammenarbeit des MBSJ mit dem MSGIV, der AOK Nordost und der BTU, ein Beleg für den großen Stellenwert der Kinder- und Jugendgesundheit in unserer Bildungs- und Jugendpolitik.

Die schulische Gesundheitsförderung als übergreifendes Thema für alle Fächer und Jahrgangsstufen ist seit dem Schuljahr 2017/18 im Rahmenlehrplan 1-10 verankert. Auch der "Orientierungsrahmen Schulqualität" enthält Qualitätskriterien für das Merkmal 'Gesundheitsfördernde Lern- und Arbeitsbedingungen'.

Mit der nun vorliegenden HBSC-Studie Brandenburg haben wir eine Bestandsaufnahme der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens unserer Schülerinnen und Schüler, z.B. bezüglich des Ernährungs- und Sozialverhaltens, der körperlichen Aktivitäten und der psychischen Gesundheit. Bei den meisten untersuchten Indikatoren unterschieden sich die Brandenburger Kinder und Jugendlichen nicht von den Gleichaltrigen im Bundesdurchschnitt. Der bundesweit rückläufige Alkohol- und Tabakkonsum im Jugendalter betrifft auch die Entwicklung in Brandenburg. Erfreulicherweise schätzt der überwiegende Teil der Brandenburger Kinder und Jugendlichen seine Gesundheit als ausgezeichnet oder gut ein und berichtet eine hohe Lebenszufriedenheit.

Unterschiede ergaben sich zwischen Mädchen und Jungen: z.B. sind Mädchen häufiger von psychischen Problemen betroffen während Jungen eher problematische Ausprägungen des Sozialverhaltens zeigen. Darum müssen wir überlegen, ob wir unsere Präventionsangebote durch geschlechtersensible Anteile ergänzen können.

Bei der Herausforderung, die jungen Menschen dahingehend zu befähigen, dass sie selbstbestimmt und verantwortungsbewusst eine gesundheitsorientierte Lebensweise führen, haben die Schulen Unterstützung wie z.B. die BUSS-Beraterinnen und BUSS-Berater mit dem Schwerpunkt Gesundheit, die Kooperationspartner im Landesprogramm Gute gesunde Schule - allen voran der GKV, die Überregionalen Suchtpräventionsfachstellen (ÜSPF), der Landessportbund. Wichtig ist dabei auch eine Abstimmung zwischen Schule und Elternhaus.

Ein differenzierteres Bild zeigt die HBSC-Studie insbesondere bei der psychischen Gesundheit insgesamt und bei der Schulzufriedenheit zwischen den Schultypen. In Zukunft stehen die Schulen daher vor der Aufgabe, ihre vielfältigen Aktivitäten zu bündeln, zu systematisieren und entsprechend ihrer schuleigenen Zielstellung und der schulinternen Bedarfe auszurichten. Nur so kann die Entwicklung der Schulen zu einem insgesamt gesunden Lebensraum einerseits und die Verbesserung der Lernbedingungen der Schülerinnen und Schüler andererseits gelingen. Ebenfalls steht die Stabilisierung der Arbeitszufriedenheit der Lehrkräfte im Fokus. Besonders gut gelingen kann dies den befragten Schulen, die bereits ein eigenes Schulgesundheitsprofil im Rahmen der HBSC-Studie erhalten haben.



Mein Dank gilt allen Partnern bei der Durchführung der Studie, ohne die das Projekt in seiner Gesamtheit nicht zustande gekommen wäre. Die HBSC-Studie bekräftigt uns, an den Präventionsthemen Substanzkonsum, Sozialverhalten, gesunde Ernährung, körperliche Bewegung und Nutzung digitaler sozialer Medien festzuhalten. Allen am Schulleben Beteiligten und an der Gesundheitsförderung Interessierten wünsche ich vor allem Gesundheit und viele kreative Ideen bei der Umsetzung weiterer Vorhaben.

Britta Ernst

Ministerin für Bildung, Jugend und Sport

# **Grußwort des Brandenburger Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz**

Liebe Leserinnen und Leser,

die vorliegenden Ergebnisse der HBSC-Studie zeigen, dass der überwiegende Teil der Brandenburger Kinder und Jugendlichen seine Gesundheit als ausgezeichnet oder gut einschätzt. Die meisten Kinder berichten eine hohe Lebenszufriedenheit. Das sind gute Nachrichten. Es gibt aber auch einen zu großen Teil von Schülerinnen und Schüler, der sich gesundheitlich beeinträchtigt fühlt. Fast ein Drittel der Schülerinnen und Schüler berichtet beispielsweise von Schlafproblemen, Gereiztheit, Kopfschmerzen und Ängsten. Positiv stellt sich der Substanzkonsum dar: die Jugendlichen in Brandenburg trinken heute viel weniger Alkohol und rauchen viel weniger als noch vor 15 Jahren.

Die Studie zeigt: Gesundheit steht in Beziehung zu soziostrukturellen und schulformbezogenen Unterschieden. Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem geringeren Wohlstand und an nicht-gymnasialen Schulformen fühlen sich eher belastet. Die Studienergebnisse aus Brandenburg können mit Ergebnissen aus Deutschland insgesamt verglichen werden. Hier zeigt sich, dass die meisten Auffälligkeiten bei Brandenburger Schülerinnen und Schülern nicht häufiger sind als im Bundesdurchschnitt. Der Verweis auf den Bundesdurchschnitt und andere Studien gibt zwar eine Orientierung, aber kann uns nicht zufrieden stellen. Gesundheitliche Chancengleichheit ist mir eine Herzensangelegenheit. Weder Elternhaus, sozialer Status oder die besuchte Schulform dürfen die Gesundheitsperspektiven unserer Kinder bestimmen. Wir wollen mehr Gesundheit für alle Brandenburger Kinder und Jugendlichen. Durch die Förderung der Stärken und Ressourcen der Lernenden und der Lehrenden kann es gelingen, die gesundheitliche Chancenungleichheit positiv zu verändern.

Die Ergebnisse der HBSC-Studie ergänzen die Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Landes über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Während die ärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen der Gesundheitsämter uns "objektive" Daten zur Häufigkeit von Krankheiten und Einschränkungen liefern, beruht die vorliegende Studie auf Selbstauskünften. Mit einem umfangreichen Fragebogen gaben die Kinder selbst Auskunft über ihre Gesundheit und die Umstände, die ihre Gesundheit und das Wohlbefinden beeinflussen. Besonders wertvoll sind die Erkenntnisse, weil sie eine Selbstbeschreibung der Kinder in der Lebenswelt Schule sind. Damit werden auch Anhaltspunkte für Verbesserungen deutlich, die für Lernende und Lehrende gleichermaßen zu mehr Gesundheit und Lebensqualität führen können.

Die Lebenswelt Schule ist ein Kernbereich der Gesundheitsförderung nach dem Präventionsgesetz. Die drei Förderer der Studie, das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz (MSGIV), das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBS) und die AOK Nordost, wirken hier bereits in der Brandenburger Konferenz für Prävention und Gesundheitsförderung zusammen. Die HBSC-Studie gibt uns eine gemeinsame Datenbasis für Gesundheitsförderung in der Schule. Die vom MSGIV geförderten überregionalen Suchtpräventionsfachstellen arbeiten bereits seit langem in enger Kooperation mit Schulen in der Suchtprävention. Hier gibt es bereits eine bewährte Kooperation zwischen MSGIV und MBS. Impulse für schulische Prävention und Gesundheitsförderung kommen auch vom Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg. Das MBS war von Anfang an ein tragendes Mitglied in diesem Gesundheitszieleprozess. Die am Bündnis Mitwirkenden werden die Ergebnisse der HBSC-Studie studieren und darüber beraten, wie die Unterstützung für Gesundheitsförderung in der Schule erweitert werden kann.



Ich danke Herrn Prof. Dr. Bilz von der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg (BTU) für seine Initiative, die HBSC-Studie nach Brandenburg zu bringen und ich danke den Partnern vom MBS und der AOK Nordost für die gute Zusammenarbeit, die, so hoffe ich, weiter Früchte tragen wird. Und schließlich wünsche ich den Ergebnissen der Studie eine weite Verbreitung.

Ursula Nonnemacher

Ministerin für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz

# **Grußwort der AOK Nordost - Die Gesundheitskasse**

Kinder und Jugendliche verbringen einen großen Teil ihrer Zeit in der Schule. Gute Rahmenbedingungen und ein gesundheitsfördernder Schulalltag tragen dazu bei, dass Kinder und Jugendliche ihr volles Potential an geistigen und körperlichen Möglichkeiten ausschöpfen können.

Wir wollen, dass Kinder und Jugendliche gesund aufwachsen und lernen können. Als größte regionale Krankenkasse und verlässlicher Gesundheitspartner ist uns das ein besonderes Anliegen. Daher unterstützen wir Schulen dabei, gesundheitsfördernde Strukturen zu etablieren. Wir tun dies gemeinsam mit dem Land Brandenburg sowie weiteren Akteuren.

Darüber hinaus können Schulen eine Vielzahl gesundheitsfördernder Projekte und Präventionsprogramme, wie z.B. das AOK-Programm Henrietta & Co. - Gesundheit spielend lernen, nutzen. Alle Programme unterstützen Lehrerinnen und Lehrer mit Expertenwissen sowie didaktischem Lern- und Spielmaterial dabei, Kindern eine gesunde Lebensführung zu vermitteln.

Um Präventionsangebote zielgerichtet entwickeln und etablieren zu können, müssen wir die Bedarfe und Bedürfnisse der Schulen kennen. Aus diesem Grund hat sich die AOK Nordost an der Durchführung der vorliegenden repräsentativen Länderstudie beteiligt.

Insgesamt 3.057 Schülerinnen und Schüler an 55 Brandenburger Schulen wurden zu verschiedenen Themenbereichen, wie Gesundheit und Gesundheitsverhalten, aber auch Familie, Schule und Freundeskreis befragt. Erstmals liegen nun spezifische Erkenntnisse zu gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg vor. Sie liefern neben der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten auch Informationen zu gesundheitlichen Einflussfaktoren.



Diese Ergebnisse sind wertvoll - um bereits bestehende Präventionsangebote weiterzuentwickeln und um neue Ansatzpunkte und Strategien für die Präventionsarbeit in der Lebenswelt Schule zu finden. Das schließt aus meiner Sicht auch ein, lehrplanintegrative Ansätze ernsthaft mitzudenken. Daher danken wir allen beteiligten Partnern für die praktische Umsetzung der vorliegenden HBSC-Studie für das Land Brandenburg, insbesondere Herrn Professor Dr. Ludwig Bilz und seinem Team der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg.

Daniela Teichert  
Vorstandsvorsitzende  
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse

# Kapitel 1

## Konzept der HBSC-Studie

*Ludwig Bilz | Nancy John*

Die internationale Kinder- und Jugendgesundheitsstudie “Health Behaviour in School-aged Children” (HBSC-Studie) ist ein kooperatives Forschungsvorhaben, das von der WHO seit über 30 Jahren unterstützt wird. Das Ziel der Studie ist die Beschreibung und Analyse der subjektiven Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 15 Jahren. Sie wurde 1982 von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus England, Finnland und Norwegen gemeinsam entwickelt und wird seither in einem vierjährigen Abstand durchgeführt. Ursprünglich mit vier Ländern begonnen, nehmen mittlerweile 49 Länder und Regionen mit mehr als 200.000 Kindern und Jugendlichen an der Studie teil. Die Abbildung 1.1 zeigt die Länder und Regionen, die sich 2017/18 an den Befragungen der HBSC-Studie beteiligt haben.



**Abb. 1.1:** Länder und Regionen (blau markiert), die sich 2017/18 an der HBSC-Studie beteiligt haben.

Deutschland beteiligt sich seit 1993/94 mit Länderstichproben an der HBSC-Studie und richtete 2009/10 erstmals eine bundesweite Befragung aus. Die bundesweite HBSC-Studie wird vom Institut für Medizinische Soziologie an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg unter der Leitung von Prof. Dr. Matthias Richter koordiniert. Zum deutschen HBSC-Konsortium gehören die folgenden Standorte: Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg (Prof. Dr. Ludwig Bilz), Pädagogische Hochschule Heidelberg (Prof. Dr. Jens Bucksch), Universität Bielefeld (Prof. Dr. Petra Kolip), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer) und Universität Tübingen (Prof. Dr. Gorden Sudeck).

Zeitgleich zur bundesweiten HBSC-Studie fand 2017/18 erstmals eine repräsentative Befragung von über 3.000 Schülerinnen und Schülern an allgemeinbildenden Schulen in Brandenburg statt. Die HBSC-Studie Brandenburg wurde in Kooperation mit dem Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBS) und dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz (MSGIV) des Landes Brandenburg sowie der AOK Nordost durch das Institut für Gesundheit der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg (BTU) durchgeführt. Es handelt sich bei der Studie um eine erstmalige Befragung dieses Umfangs in Brandenburg, welche Erkenntnisse zur Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten und den gesundheitlichen Rahmenbedingungen von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 15 Jahren liefern soll. Die Studienergebnisse sollen in die Gesundheitsberichterstattung des Landes Brandenburg einfließen und Ansatzpunkte für die schulische Gesundheitsförderung liefern.

## Kapitel 2

# Methodik der HBSC-Studie Brandenburg

*Nancy John*

### 2.1 Geplante Stichprobe

Zur Untersuchung der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren erfolgte eine Befragung von Schülerinnen und Schülern der Jahrgangsstufen 5, 7 und 9. Die Befragung wurde an allgemeinbildenden Schulen (Grundschulen, Oberschulen, Gymnasien, Gesamtschulen und Schulen mit sonderpädagogischem Förderschwerpunkt Lernen oder emotionale und soziale Entwicklung<sup>1</sup>) in öffentlicher und freier Trägerschaft des Landes Brandenburg durchgeführt. Das Vorgehen der Stichprobenplanung und -ziehung erfolgte nach dem Forschungsprotokoll des internationalen HBSC-Konsortiums (Inchley, Currie, Cosma & Samdal, 2018).

Die Stichprobe wurde geschichtet nach der Schulform gezogen. Das bedeutet, dass die Verteilung aller Brandenburger Schülerinnen und Schüler auf die allgemeinbildenden Schulformen entsprechend in der Stichprobe vertreten ist. Die Grundgesamtheit für die Stichprobenziehung bildeten alle Schülerinnen und Schüler der Jahrgangsstufen 5, 7 und 9, die im Schuljahr 2016/17 an einer allgemeinbildenden Schulform im Land Brandenburg unterrichtet wurden. Die Stichprobe wurde nach dem Probability Proportional to Size-Design (PPS-Design; Yates & Grundy, 1953) gezogen<sup>2</sup>. Das bedeutet, dass die Schulen einer Schulform (sog. Klumpen) proportional zu deren Schulgröße gezogen wurden. Durch dieses Vorgehen wird abgesichert, dass alle Schülerinnen

---

<sup>1</sup> Lernende anderer Förderschwerpunkte konnten aufgrund förderbedarfsbedingter Befragungsbarrieren nicht einbezogen werden.

<sup>2</sup> Die Ziehung der Befragungsschulen erfolgte getrennt nach Schulform mit dem R-Package *pps* (Gambino, 2015, Version 0.94).

und Schüler unabhängig von der Größe ihrer Schule die gleiche Ziehungswahrscheinlichkeit haben. In Anlehnung an den international empfohlenen Stichprobenumfang (Inchley et al., 2018) wurde eine Befragung von 1.200 Schülerinnen und Schülern pro Altersgruppe angestrebt. Es wurden alle Klassen der jeweiligen Jahrgangsstufen an den Befragungsschulen befragt, um die Anzahl der zu befragenden Schulen für eine erstmalige Befragung dieser Art in einem vertretbaren Umfang zu halten. Weiterhin wurde die Anzahl der zu ziehenden Schulen mit Berücksichtigung einer angenommenen Verweigerungsquote von 20.0% auf Schülerebene und 40.0% auf Schulebene festgelegt. Insgesamt wurden 158 Schulen (88 Grundschulen, 30 Oberschulen, 20 Gymnasien, 10 Gesamtschulen und 6 Schulen mit sonderpädagogischem Förderschwerpunkt Lernen) zufällig aus allen allgemeinbildenden Brandenburger Schulen gezogen.

## 2.2 Ablauf und Durchführung der Studie

Die Durchführung der HBSC-Studie Brandenburg wurde vom Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBS) des Landes Brandenburg genehmigt<sup>3</sup>. Die ethische Unbedenklichkeit der Studie wurde durch die Ethikkommission der BTU Cottbus-Senftenberg bestätigt<sup>4</sup>.

Die Schulleitungen der 158 zufällig ausgewählten Schulen/Schulzentren wurden schriftlich zur HBSC-Studie Brandenburg eingeladen. Mit dem Einladungsschreiben wurde die Schulleitung ebenfalls über die Inhalte, die datenschutzrechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen der geplanten Befragung im Rahmen der Studie informiert. Der postalische Versand der Befragungsmaterialien an die schulinterne Ansprechperson erfolgte bei Schulen in öffentlicher Trägerschaft nach Zustimmung der Schulkonferenz zur Durchführung der Befragung. Bei Schulen in freier Trägerschaft genügte die Zustimmung der Schulleitung zur Durchführung der Befragung. Die schulinterne Ansprechperson teilte die pro Klasse gebündelten Befragungsmaterialien an die Lehrkräfte aus, die in den entsprechenden Klassen die Befragung durchführen sollten. Neben den Befragungsmaterialien erhielten die Lehrkräfte ebenfalls Informationen zur HBSC-Studie und eine detaillierte Anleitung für die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Schülerbefragung.

Die Teilnahme an der Schülerbefragung erfolgte freiwillig. An der Befragung durften nur Schülerinnen und Schüler teilnehmen, von denen sowohl die eigene als auch die schriftliche Einverständniserklärung der Eltern zum Tag der Befragungsdurchführung vorlagen. Das Vorliegen der Einverständniserklärungen wurde durch die befragungsdurchführende Lehrkraft geprüft, welche in der Regel die Klassenlehrkraft war. Die Befragung dauerte ein bis zwei Unterrichtsstunden und erfolgte schriftlich

---

<sup>3</sup> Registriernummer: 07/2018.

<sup>4</sup> Aktenkennzeichen: EK2018-6.

und anonym mit einem Fragebogen. Die Rückgabe des Fragebogens durch die Schülerinnen und Schüler an die befragungsdurchführende Lehrkraft erfolgte in einem geschlossenen Briefumschlag. Die verschlossenen Briefumschläge wurden von der schulinternen Ansprechperson bis zum postalischen Rückversand an die BTU Cottbus-Senftenberg verschluss sicher aufbewahrt. Lehrkräfte und Eltern hatten keine Möglichkeit, die ausgefüllten Fragebögen einzusehen. Die Briefumschläge wurden erst durch die Beauftragten des Forschungsteams der BTU geöffnet und unmittelbar zur externen Dateneingabe weitergeleitet. Die Zuordnung der Fragebögen zu den befragten Klassen und Schulen erfolgte mit Hilfe von zufällig generierten Codes, die auf den Fragebögen notiert wurden.

Die Befragungen zur HBSC-Studie wurden schuljahresübergreifend im Zeitraum von April bis November 2018 an den Schulen durchgeführt. Die große Ausdehnung des Befragungszeitraums ergab sich durch Schwierigkeiten in der Rekrutierung der Schulen und der Befragungsdurchführung an den Schulen. Die Rekrutierung der Befragungsschulen gestaltete sich vor allem durch personale Engpässe der angeschriebenen Schulen schwierig, welche unter anderem durch die schwere Grippewelle im Winter 2017/18 bedingt wurden. Die Befragungsdurchführung an den Schulen wurde vor allem durch das umfangreiche Prozedere zur Einholung der Einverständniserklärungen erschwert.

### **2.3 Befragungsinstrument**

Neben soziodemografischen Merkmalen wurden mit dem Fragebogen verschiedene Indikatoren der Gesundheit, des Gesundheitsverhaltens und gesundheitlicher Einflussfaktoren standardisiert mittels Selbstauskunft der Schülerinnen und Schüler erfasst. Der Schülerfragebogen setzte sich aus einem international vorgegebenen Kernfragebogen, einer bundeseinheitlichen Schwerpunktsetzung und einer Erweiterung für das Land Brandenburg zusammen. Der Einsatz eines international und bundesweit einheitlichen Befragungsinstruments ermöglicht es, Vergleiche mit den Befragungsergebnissen in Deutschland und anderen Ländern zu berechnen. Der Fragebogen wurde mit positiver Evaluation an Schülerinnen und Schülern der Jahrgangsstufe 5 vorgetestet. In der Tabelle 2.1 findet sich eine Übersicht zu den Inhaltsbereichen des Schülerfragebogens mit entsprechenden Beispielindikatoren.

Einige Indikatoren wurden nur von Schülerinnen und Schülern höherer Jahrgangsstufen beantwortet. Beispielsweise wurden Indikatoren des illegalen Drogenkonsums und des Sexualverhaltens nur von Schülerinnen und Schülern der Jahrgangsstufe 9 erfragt.

**Tab. 2.1:** Inhaltsbereiche des Schülerfragebogens mit Beispielindikatoren

Inhaltsbereich	Beispielindikatoren
<b>Soziodemografische Merkmale</b>	Geschlecht, Alter, familiärer Wohlstand, Migrationsstatus
<b>Gesundheit</b>	
Allgemeine Gesundheit	Subjektiv eingeschätzter Gesundheitszustand
Körperliche Gesundheit	Behandlungsrelevante aufgrund von Verletzungen
Psychische Gesundheit	Lebenszufriedenheit, psychosomatische Beschwerden
<b>Gesundheits- und Risikoverhalten</b>	
Bewegungsverhalten	Sportliche Aktivität außerhalb der Schulstunden
Ernährungsverhalten	Frühstücken an Schultagen, Ernährungsgewohnheiten
Zahnhygiene	Zähneputzen
Substanzkonsum	Tabak- und Alkoholkonsum, Konsum illegaler Drogen <sup>a</sup>
Soziales Risikoverhalten	Mobbing in der Schule, Cybermobbing
Abhängige Verhaltensweisen	Problematischer Konsum von sozialen Medien
Sexualverhalten <sup>a</sup>	Verhütungsverhalten
<b>Gesundheitliche Einflussfaktoren</b>	
Familie und soziale Lage	Familienform, familiäre Unterstützung
Schule und Schulklima	Schulform, Schulzufriedenheit, schulische Belastung
Freunde	Unterstützung durch Freunde
Individuelle Kompetenzen <sup>b</sup>	Gesundheitskompetenz
Konsum von Online-Medien	Intensität der Online-Kommunikation

<sup>a</sup> Nur Jahrgangsstufe 9.

<sup>b</sup> Nur Jahrgangsstufe 7 und 9.

## 2.4 Realisierte Stichprobe

Von den 158 zufällig ausgewählten Schulen/Schulzentren konnten 51 Schulen und 4 Schulzentren<sup>5</sup> für die Teilnahme an der Schülerbefragung der HBSC-Studie Brandenburg gewonnen werden. Somit ergibt sich auf Schulebene eine Rücklaufquote von 34.8%. An diesen 55 Schulen/Schulzentren (30 Grundschulen, 12 Oberschulen, 8 Gymnasien, 8 Gesamtschulen und 7 Schulen mit dem sonderpädagogischen Förderschwerpunkt Lernen) wurden 217 Klassen mit insgesamt 3.070 Schülerinnen und Schülern befragt. Somit ergibt sich auf Schülerebene eine Rücklaufquote von 66.1%. Nach dem Ausschluss von Lernenden, die keine Angabe zu ihrem Geschlecht tätigten, ergab sich eine Gesamtstichprobe von 3.057 Schülerinnen und Schülern. Die Tabelle 2.2 gibt einen Überblick über die Gesamtstichprobe, die den meisten der dargestellten Auswertungen zugrunde liegt.

<sup>5</sup> Zusammenschluss aus Grund- und Oberschule.

**Tab. 2.2:** Realisierte Stichprobe nach Jahrgangsstufe, Geschlecht und Schulform

	Jahrgangsstufe 5		Jahrgangsstufe 7		Jahrgangsstufe 9		Gesamt
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
<b>Schulform</b>							
Grundschule	386	451	0	0	0	0	<b>837</b>
Oberschule <sup>a</sup>	0	0	201	196	217	166	<b>780</b>
Gymnasium	44	59	228	258	201	217	<b>1.007</b>
Gesamtschule <sup>b</sup>	1	13	50	98	44	62	<b>268</b>
Förderschule <sup>c</sup>	34	13	24	25	42	27	<b>165</b>
<b>Gesamt</b>	<b>465</b>	<b>536</b>	<b>503</b>	<b>577</b>	<b>504</b>	<b>472</b>	<b>3.057</b>

<sup>a</sup> Von den 12 Oberschulen waren 4 mit einer Grundschule zu einem Schulzentrum zusammengeschlossen.

<sup>b</sup> Gesamtschule mit gymnasialer Oberstufe.

<sup>c</sup> Schulen mit dem sonderpädagogischen Förderschwerpunkt Lernen.

### 2.4.1 Repräsentativität

Als Grundgesamtheit für die Prüfung der Repräsentativität dienten alle Brandenburger Schülerinnen und Schüler (N = 62.899), die im Schuljahr 2017/18 an einer allgemeinbildenden Schule (Grundschulen, Oberschulen, Gymnasien, Gesamtschulen und Schulen mit sonderpädagogischem Förderschwerpunkt Lernen oder emotionale und soziale Entwicklung) in den Jahrgangsstufen 5, 7 und 9 unterrichtet wurden. Das Schuljahr 2017/18 wurde als Datengrundlage genutzt, da in diesem Schuljahr die meisten Schülerinnen und Schüler unserer Stichprobe befragt wurden (Schuljahr 2017/18: n = 1.941, Schuljahr 2018/19: n = 1.129).

Von der Grundgesamtheit wurden 3.070 Schülerinnen und Schülern im Rahmen der HBSC-Studie Brandenburg befragt, womit sich eine Ausschöpfungsquote von 4,9% ergibt. Um die Repräsentativität der realisierten Stichprobe zu testen, wurde die Schülerverteilung in der Stichprobe mit der Schülerverteilung der Grundgesamtheit hinsichtlich der Merkmale Geschlecht, Jahrgangsstufe, Schulform, Trägerschaft der Schulen/Schulzentren und Gemeindegrößenklassen der Schulstandorte abgeglichen. In der Tabelle 2.3 findet sich ein Überblick über die Schülerverteilung in der Grundgesamtheit und der realisierten Stichprobe hinsichtlich der betrachteten Merkmale.

**Tab. 2.3:** Grundgesamtheit und realisierte Stichprobe nach Geschlecht, Jahrgangsstufe, Schulform, Trägerschaft der Schulen und Gemeindegrößen der Schulstandorte

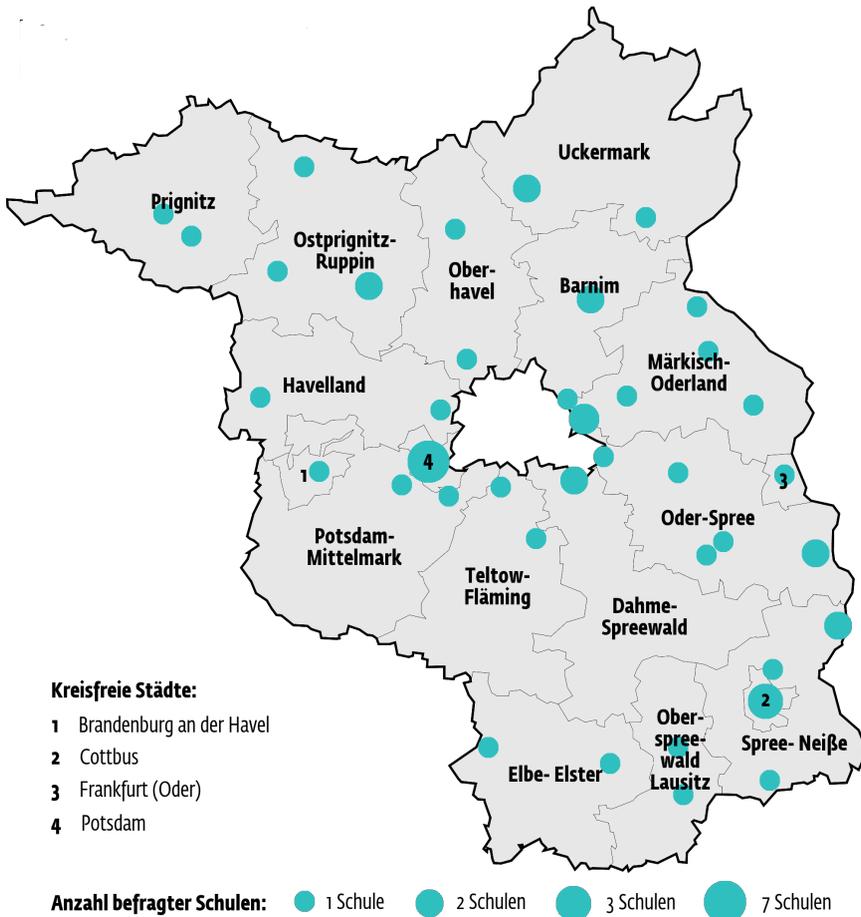
	Grundgesamtheit		Stichprobe		% -Differenz
	Anteil	Anteil (in %)	Anteil	Anteil (in %)	
<b>Geschlecht</b>					
Jungen	32.424	51.5	1.472	48.2	<b>-3.3</b>
Mädchen	30.475	48.5	1.585	51.8	<b>3.3</b>
<b>Jahrgangsstufe</b>					
Jahrgangsstufe 5	20.957	33.3	1.001	32.7	<b>-0.6</b>
Jahrgangsstufe 7	20.654	32.8	1.080	35.3	<b>2.5</b>
Jahrgangsstufe 9	21.288	33.8	976	35.3	<b>1.5</b>
<b>Schulform</b>					
Grundschule	19.452	30.9	837	27.4	<b>-3.5</b>
Oberschule <sup>a</sup>	16.803	26.7	780	25.5	<b>-1.2</b>
Gymnasium	18.416	29.3	1.007	32.9	<b>3.6</b>
Gesamtschule <sup>a,b</sup>	6.321	10.0	268	8.8	<b>-1.2</b>
Förderschule <sup>c</sup>	1.710	2.7	165	5.4	<b>2.7</b>
<b>Trägerschaft</b>					
öffentlich	56.068	89.1	2.898	94.8	<b>5.7</b>
frei	6.831	10.9	159	5.2	<b>-5.7</b>
<b>Gemeindegröße</b>					
unter 20.000	30.975	49.2	1.561	51.1	<b>1.9</b>
über 20.000	31.924	50.8	1.496	48.9	<b>-1.9</b>

<sup>a</sup> Manche Schulen waren mit einer Grundschule zu einem Schulzentrum zusammengeschlossen.

<sup>b</sup> Manche Gesamtschulen verfügten über eine gymnasiale Oberstufe.

<sup>c</sup> Schulen mit dem sonderpädagogischen Förderschwerpunkt Lernen oder emotionale und soziale Entwicklung.

Die Gegenüberstellung der Schülerverteilung in der Stichprobe mit der Schülerverteilung der Grundgesamtheit in der Tabelle 2.3 zeigt, dass die Stichprobe der HBSC-Studie Brandenburg die Grundgesamtheit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler gut abbildet. Tendenziell sind Schülerinnen und Schüler an Schulen in öffentlicher Trägerschaft in der Stichprobe leicht überrepräsentiert. Die Stichprobe verteilt sich über alle Landkreise und kreisfreien Städte des Landes Brandenburg (siehe Abb. 2.1). Schülerinnen und Schüler aus kleineren und größeren Gemeinden sind entsprechend der Grundgesamtheit repräsentiert.



**Abb. 2.1:** Verteilung der befragten Schulen/Schulzentren über die Brandenburger Landkreise/kreisfreien Städte.

### 2.4.2 Teilstichprobe für den Vergleich mit den bundesweiten Befragungsergebnissen

Um die Brandenburger Befragungsergebnisse mit den bundesweiten Befragungsergebnissen zu vergleichen, konnte nur ein Teil der Gesamtstichprobe (N = 1.823) genutzt werden. Es erfolgte ein Ausschluss von insgesamt 1.234 Fällen. Der Ausschluss von 165 Förderschülerinnen und -schülern erfolgte, da diese Lernengruppe ausschließlich im Land Brandenburg befragt wurde und somit nicht für bundesweite Vergleiche berücksichtigt werden kann. Der Ausschluss von weiteren 1.069 Schülerinnen und Schülern erfolgte durch die Umsetzung der international vorgegebenen Datenbereinigung, welche ebenfalls für die bundesweiten Schülerdaten vorgenommen wurde. Ziel der Datenbereinigung war es, eine Normalverteilung der Fälle möglichst nah um den theoretischen Mittelwert von 11,5, 13,5 bzw. 15,5 Jahren für die jeweilige Al-

tersgruppe zu erzeugen, um internationale Vergleiche zu ermöglichen. Die Tabelle 2.4 gibt einen Überblick über die resultierende Stichprobe, die für den Vergleich mit den bundesweiten Befragungsergebnissen herangezogen wurde.

**Tab. 2.4:** Teilstichprobe für den Vergleich mit den bundesweiten Befragungsergebnissen nach Jahrgangsstufe, Geschlecht und Schulform

	Jahrgangsstufe 5		Jahrgangsstufe 7		Jahrgangsstufe 9		Gesamt
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
<b>Schulform</b>							
Grundschule	266	314	0	0	0	0	<b>580</b>
Oberschule	0	0	120	118	124	98	<b>460</b>
Gymnasium	27	39	141	143	113	105	<b>568</b>
Gesamtschule <sup>a</sup>	1	12	41	73	39	49	<b>215</b>
<b>Gesamt</b>	<b>294</b>	<b>365</b>	<b>302</b>	<b>334</b>	<b>276</b>	<b>252</b>	<b>1.823</b>

<sup>a</sup> Gesamtschule mit gymnasialer Oberstufe.

### 2.4.3 Bundesweite Stichprobe

Zeitgleich zur HBSC-Studie Brandenburg fanden im Rahmen der bundesweiten HBSC-Studie Befragungen in den weiteren 15 Bundesländern statt. In Sachsen-Anhalt konnte ebenfalls eine repräsentative Länderbefragung und in Stuttgart eine repräsentative Städtebefragung realisiert werden. Von diesen Stichproben sowie der Stichprobe der HBSC-Studie Brandenburg ging eine auf Schulebene gezogene Zufallsstichprobe in die bundesweite Stichprobe ein.

Bundeweit wurden insgesamt 6.097 Schülerinnen und Schüler in 397 Klassen an 146 Schulen befragt. Nach Umsetzung der international vorgegebenen Datenbereinigungsschritte ergab sich eine Gesamtstichprobe von 4347 Schülerinnen und Schülern, welche als Vergleichsmaßstab genutzt wurde, um die Ergebnisse der HBSC-Studie Brandenburg einzuordnen. Die Tabelle 2.5 stellt die bundesweite Vergleichsstichprobe dar.

**Tab. 2.5:** Bundesweite Stichprobe nach Jahrgangsstufe, Geschlecht und Bundesland

	Jahrgangsstufe 5		Jahrgangsstufe 7		Jahrgangsstufe 9		Gesamt
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
<b>Bundesland</b>							
Baden-Württem. <sup>a</sup>	95	108	57	109	80	113	<b>562</b>
Bayern	160	153	175	173	149	179	<b>989</b>
Berlin	22	21	15	12	15	19	<b>104</b>
Brandenburg <sup>b</sup>	37	39	27	30	25	23	<b>181</b>
Bremen	0	1	2	3	6	10	<b>22</b>
Hamburg	28	26	28	34	11	17	<b>144</b>
Hessen	29	31	50	38	35	57	<b>240</b>
Mecklenburg-Vorp.	14	15	10	6	6	16	<b>67</b>
Niedersachsen	38	49	71	58	62	81	<b>359</b>
Nordrhein-Westf.	115	133	128	121	159	158	<b>814</b>
Rheinland-Pfalz	40	28	14	27	29	38	<b>176</b>
Saarland	3	0	8	3	4	4	<b>22</b>
Sachsen	30	39	30	24	22	36	<b>181</b>
Sachsen-Anhalt <sup>b</sup>	30	42	40	36	21	54	<b>223</b>
Schleswig-Holst.	31	21	25	30	17	17	<b>141</b>
Thüringen	21	33	16	17	11	24	<b>122</b>
<b>Gesamt</b>	<b>693</b>	<b>739</b>	<b>696</b>	<b>721</b>	<b>652</b>	<b>846</b>	<b>4.347</b>

<sup>a</sup> Basiert u.a. auf einer zufallsbasierten Teilstichprobe der repräsentativen Städtebefragung in Stuttgart.

<sup>b</sup> Basiert auf einer zufallsbasierten Teilstichprobe der repräsentativen Länderbefragung.

## 2.5 Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der HBSC-Studie Brandenburg ausführlich dargestellt. Die Darstellung dient zum einen der Beantwortung deskriptiver Fragestellungen (z.B. Wie beurteilen Brandenburger Schülerinnen und Schüler ihren allgemeinen Gesundheitszustand?). Zum anderen werden auch komplexere Fragestellungen bezüglich des Zusammenhangs zwischen gesundheitlichen Einflussfaktoren und Indikatoren der Gesundheit sowie des Gesundheits- und Risikoverhaltens beantwortet (z.B. Beurteilen Mädchen und Jungen ihren allgemeinen Gesundheitszustand unterschiedlich?). Weiterhin werden die Brandenburger Befragungsergebnisse zu den einzelnen Indikatoren mit den Befragungsergebnissen der anderen deutschen Bundesländer verglichen. In der Darstellung der Brandenburger Befragungsergebnisse werden die Hintergrundmerkmale Geschlecht, Alter, Schulform und familiärer Wohlstand berücksichtigt, da diese zentrale gesundheitliche Einflussfaktoren darstellen. Weiterhin werden zur Gewährleistung der zufallskritischen Absicherung der gefundenen Effekte (z.B. unterschiedliche Einschätzung der schulischen Belastung

durch weibliche und männliche Lernende) Angaben zu durchgeführten statistischen Tests und der Größe von Effektstärken berichtet. Nachfolgend werden diese Hintergrundmerkmale vorgestellt. Die Beschreibung anderer gesundheitlicher Einflussfaktoren sowie der Indikatoren der Gesundheit, des Gesundheits- und Risikoverhaltens finden sich in den themenspezifischen Kapiteln.

### **2.5.1 Geschlecht und Alter**

Das biologische Geschlecht wurde mit der Frage "Bist du ein Mädchen oder ein Junge?" erfasst. Das Alter berechnete sich aus den Angaben der Schülerinnen und Schüler zu ihrem Geburtsmonat ("In welchem Monat wurdest du geboren?") und Geburtsjahr ("In welchem Jahr wurdest du geboren?") und dem Monat und Jahr, in dem die Befragung an der Schule durchgeführt wurde. Aufgrund fehlender Angaben zum Geburtsmonat und -jahr konnte für 25 Lernende kein Alter ermittelt werden. Für die Darstellung der Befragungsergebnisse wurden die Schülerinnen und Schüler hinsichtlich ihres Alters in drei Kategorien (11-, 13- und 15-Jährige) eingeteilt. Lernende mit fehlenden Altersangaben wurden anhand ihrer besuchten Jahrgangsstufe zu den drei Alterskategorien zugeordnet. Das durchschnittliche Alter betrug bei Schülerinnen und Schülern der ersten Kategorie 11.2 Jahre (SD = 0.66 Jahre), der zweiten Kategorie 13.4 Jahre (SD = 0.56 Jahre) und der dritten Alterskategorie 15.3 Jahre (SD = 0.53 Jahre).

### **2.5.2 Schulform**

Die besuchte Schulform der Schülerinnen und Schüler wurde als Angabe im Rahmen der Befragungsdokumentation erfasst. In der Regel konnte den Befragungsschulen eine Schulform zugewiesen werden. Eine Besonderheit stellen die vier befragten Schulzentren dar, welche die Schulformen Grundschule und Oberschule umfassten. Für die Schülerinnen und Schüler eines Schulzentrums wurde die besuchte Schulform in Abhängigkeit von der Jahrgangsstufe als Grundschule (Lernende der Jahrgangsstufe 5) oder Oberschule (Lernende der Jahrgangsstufen 7 und 9) erfasst. Die Darstellung der Befragungsergebnisse erfolgt separat für die Schulformen Grundschule, Oberschule, Gesamtschule, Gymnasium und Schule mit sonderpädagogischem Förderschwerpunkt Lernen im Land Brandenburg. Dieses Vorgehen ermöglicht es, Unterschiede zwischen Schülerinnen und Schülern verschiedener Schulformen abzubilden.

### **2.5.3 Familiärer Wohlstand**

Der familiäre Wohlstand als Indikator der sozialen Lage der Schülerinnen und Schüler wurde mit Hilfe der *Family Affluence Scale* (FAS; Currie, Elton, Todd & Platt, 1997; Currie et al., 2014) erfasst. Eine herkömmliche Erfassung des familiären Wohlstands anhand des Einkommens und Berufsstatus der Eltern konnte nicht genutzt werden, da viele Kinder und Jugendliche der befragten Altersgruppe keine Angaben dazu

tätigen können. Die FAS bietet durch die Abfrage von in der Familie vorhandenen Wohlstandsgütern einen zuverlässigen Indikator des familiären Wohlstands, der sich im Rahmen der HBSC-Studie etabliert hat und internationale Vergleichbarkeit ermöglicht. Die Skala setzt sich aus sechs Fragen zusammen, die das Vorliegen einzelner Wohlstandsgüter (z.B. "Besitz deine Familie ein Auto?" mit den Antwortoptionen 0 = "Nein", 1 = "Ja, eins" und 2 = "Ja, zwei oder mehr") in der Familie des Heranwachsenden erfassen. Aus den einzelnen Angaben wurde durch Aufsummierung ein Index gebildet, der das Ausmaß des familiären Wohlstands der Schülerin bzw. des Schülers widerspiegelt. Der Wert des Index kann zwischen 0 (geringster familiärer Wohlstand) und 10 (höchster familiärer Wohlstand) liegen. Demzufolge entspricht ein höherer Wert einem höheren Wohlstand der Familie. Aufgrund fehlender Werte zu einzelnen Angaben konnte für 86 Schülerinnen und Schüler kein Index ermittelt werden. Für die Darstellung der Befragungsergebnisse wurde der Index in die Kategorien "niedriger", "mittlerer" und "hoher familiärer Wohlstand" eingeteilt. Die Einteilung erfolgte auf Basis der geschlechts- und altersspezifischen Verteilung des Wohlstandsindex in der Stichprobe. Ein niedriger familiärer Wohlstand lag demzufolge bei den untersten 20.0% der Stichprobe (1. Quintil), ein mittlerer familiärer Wohlstand bei den mittleren 60.0% der Stichprobe (2. bis 4. Quintil) und ein hoher familiärer Wohlstand bei den obersten 20.0% der Stichprobe (5. Quintil) vor.



## Kapitel 3

# Ergebnisse zur Gesundheit

*Nancy John | Ludwig Bilz*

### 3.1 Allgemeiner Gesundheitszustand

Die Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands ist ein zentraler Gesundheitsindikator der HBSC-Studie. Die Beurteilung der eigenen subjektiven Gesundheit als globales Konstrukt weist enge Bezüge zum Gesundheitsbegriff der WHO auf und wird in vielen epidemiologischen Studien genutzt. Frühere Erhebungen zeigten, dass diese subjektive Einschätzung mit anderen Indikatoren der Gesundheit, des Gesundheitsverhaltens und soziodemografischen und psychosozialen Einflussfaktoren der Gesundheit in Verbindung steht (z.B. Moor et al., 2014). Beispielsweise zeigten Inchley et al. (2016), dass Mädchen mit steigendem Alter häufiger einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand als Jungen berichten und dass ein geringerer familiärer Wohlstand mit einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand in Verbindung steht.

#### Wie wurde der allgemeine Gesundheitszustand erfasst?

Zur Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, wie sie ihren Gesundheitszustand einschätzen (Kaplan & Camacho, 1983). Sie konnten zwischen den Antwortoptionen "ausgezeichnet", "gut", "einigermaßen" und "schlecht" auswählen.

### 3.1.1 Brandenburger Ergebnisse

Insgesamt berichten 38.5% der befragten Brandenburger Kinder und Jugendlichen einen ausgezeichneten und 50.4% einen guten allgemeinen Gesundheitszustand. Bei den 11.1%, die ihren Gesundheitszustand als einigermaßen oder schlecht einschätzen, kann ein größeres gesundheitliches Risiko vermutet werden. In der Tabelle 3.1 findet sich ein Überblick über die Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands differenziert nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand.

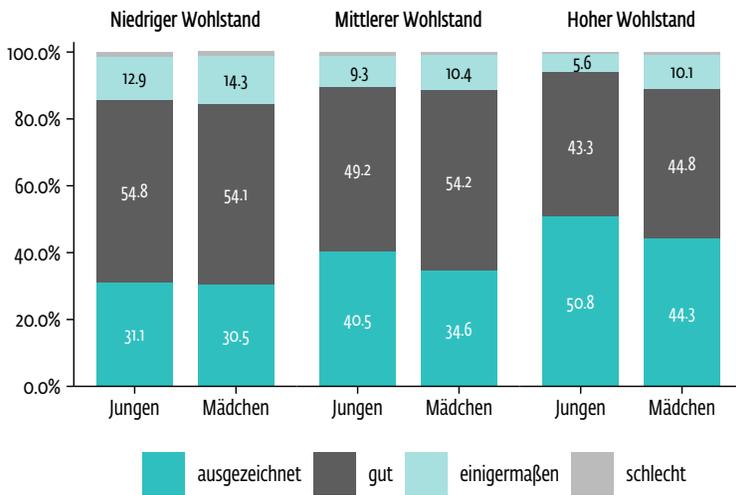
**Tab. 3.1:** Allgemeiner Gesundheitszustand von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand

	Allgemeiner Gesundheitszustand (in %)				Teststatistik	
	ausgezeichnet	gut	einigermaßen	schlecht	$\chi^2(df)$	V
<b>Gesamt</b>	<b>38.5</b>	<b>50.4</b>	<b>10.2</b>	<b>0.9</b>		
<b>Geschlecht</b>						
Jungen	41.0	49.1	9.1	0.8	9.50(3)*	.06
Mädchen	36.1	51.7	11.2	1.0		
<b>Alterskategorie</b>						
11-jährige	40.9	49.5	9.1	0.5	19.20(6)**	.06
13-jährige	38.2	51.9	8.9	1.0		
15-jährige	35.4	49.9	13.5	1.2		
<b>Schulform</b>						
Grundschule	40.2	49.5	9.6	0.7	86.08(12)****	.08
Oberschule	30.1	55.8	12.3	1.8		
Gymnasium	44.3	48.6	6.9	0.3		
Gesamtschule	40.1	48.7	10.9	0.4		
Förderschule	30.7	44.8	22.7	1.8		
<b>Fam. Wohlstand</b>						
Niedrig	30.8	54.4	13.6	1.2	51.17(6)****	.07
Mittel	37.5	51.8	9.9	0.9		
Hoch	47.5	44.1	7.9	0.5		

Anmerkungen. N = 2.958-3.039.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \* p < .05. \*\* p < .01. \*\*\*\* p < .001.

Mädchen beurteilen ihren allgemeinen Gesundheitszustand signifikant schlechter als Jungen. Besonders deutlich wird dies am Anteil der Schülerinnen und Schüler, die ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet einschätzen. Ebenso steht die Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands sowohl mit der Alterskategorie als auch mit dem familiären Wohlstand in einem signifikanten Zusammenhang. Konkret schätzen ältere Jugendliche sowie Schülerinnen und Schüler aus Familien mit niedrigerem Wohlstand ihren Gesundheitszustand schlechter ein als jüngere Jugendliche sowie

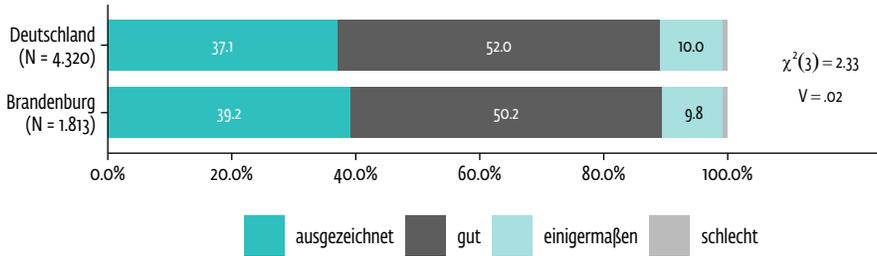
Schülerinnen und Schüler aus Familien mit höherem Wohlstand. In der Abbildung 3.1 wird deutlich, dass sich der Geschlechtereffekt bezüglich des allgemeinen Gesundheitszustands erst mit steigendem familiären Wohlstand zeigt. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Wohlstand berichten unabhängig von ihrem Geschlecht seltener einen ausgezeichneten Gesundheitszustand. Weiterhin unterscheidet sich der eingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand signifikant in Abhängigkeit von der besuchten Schulform. Hierbei fällt vor allem auf, dass Schülerinnen und Schüler an Förder- und Oberschulen ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen als Schülerinnen und Schüler anderer Schulformen. Besorgniserregend ist der Anteil an Lernenden, die ihren Gesundheitszustand als einigermaßen oder schlecht einschätzen, vor allem in der Förderschule (24.5%).



**Abb. 3.1:** Allgemeiner Gesundheitszustand von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach familiärem Wohlstand und Geschlecht.

### 3.1.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen

Die Abbildung 3.2 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich des allgemeinen Gesundheitszustands im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Die Werte der Brandenburger Schülerinnen und Schüler zur Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands unterschieden sich nicht vom Bundesdurchschnitt.



**Abb. 3.2:** Allgemeiner Gesundheitszustand von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke.

### Was sind die zentralen Ergebnisse zum allgemeinen Gesundheitszustand?

- Der Großteil der Kinder und Jugendlichen in Brandenburg berichtet einen ausgezeichneten oder guten allgemeinen Gesundheitszustand.
- Mädchen, ältere Jugendliche, Schülerinnen und Schüler an Förder- und Oberschulen sowie Lernende aus Familien mit einem niedrigen Wohlstand berichten häufiger einen schlechteren Gesundheitszustand.
- Brandenburger Lernende beurteilen ihren allgemeinen Gesundheitszustand ähnlich wie der Bundesdurchschnitt.

## 3.2 Körperliche Gesundheit | Behandlungsrelevante Verletzungen

Behandlungsrelevante Verletzungen, die besonders häufig in Zusammenhang mit spielerischen oder sportlichen Aktivitäten auftreten (Pickett et al., 2005), können die Gesundheit wesentlich beeinflussen. Weltweit stellen Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen eine der häufigsten Todesursachen dar (Global Burden of Disease Pediatrics Collaboration, 2016; Peden et al., 2008). Nicht lebensbedrohliche Verletzungen können Kurz- und Langzeitfolgen haben, wie zum Beispiel Krankenhausaufenthalte, Fehlzeiten in der Schule und Behinderung (z.B. Chen, Warner, Fingerhut & Makuc, 2009; Inchley et al., 2016). Demzufolge gelten Heranwachsende, die sich häufig Verletzungen zuziehen, als Risikogruppe. Das Auftreten behandlungsrelevanter Verletzungen steht mit verschiedenen soziodemografischen Einflussfaktoren in Zusammenhang. Beispielsweise ist ein höherer familiärer Wohlstand mit einer höheren Auftretenshäufigkeit von Verletzungen assoziiert (z.B. Inchley et al., 2016), wobei dieser Zusammenhang von der Aktivitätsart moderiert wird, bei der sich die Verletzung zugezogen wurde (Pickett et al., 2005). Weiterhin haben ältere Jugendliche sowie Jungen ein größeres Verletzungsrisiko (z.B. Han et al., 2019; Peden et al., 2008).

**Wie wurden behandlungsrelevante Verletzungen erfasst?**

Zur Beurteilung des Auftretens von behandlungsrelevanten Verletzungen wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, wie häufig sie sich innerhalb der letzten 12 Monate so verletzt haben, dass sie von medizinischem oder Pflegepersonal behandelt werden mussten (Adams & Hardy, 1989). Sie konnten zwischen den Antwortoptionen "nie", "1-mal", "2-mal", "3-mal" und "4-mal oder häufiger" auswählen. Für die Darstellung der Befragungsergebnisse wurden die letzten beiden Antwortoptionen zusammengefasst.

**3.2.1 Brandenburger Ergebnisse**

Der Großteil der befragten Brandenburger Kinder und Jugendlichen gab an, sich innerhalb der letzten 12 Monate nie (50.0%) oder nur einmal (24.9%) verletzt zu haben. Nur 25.2% von ihnen gaben an, sich öfter verletzt zu haben. In der Tabelle 3.2 findet sich ein Überblick über die Verletzungshäufigkeit innerhalb der letzten 12 Monate differenziert nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand.

**Tab. 3.2:** Häufigkeit behandlungsrelevanter Verletzungen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern innerhalb der letzten 12 Monate nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand

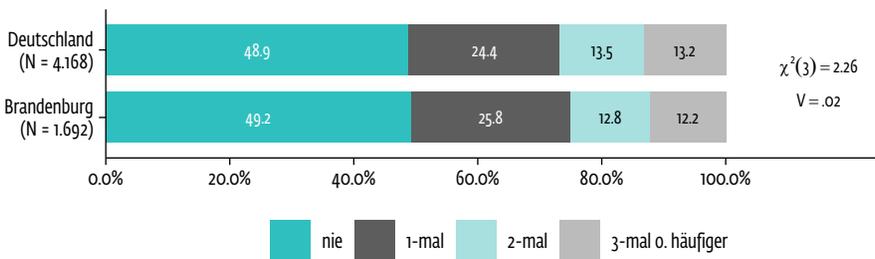
	Häufigkeit behandlungsrelevanter Verletzungen (in %)				Teststatistik	
	nie	1-mal	2-mal	3-mal o. mehr	$\chi^2(df)$	V
<b>Gesamt</b>	<b>50.0</b>	<b>24.9</b>	<b>12.6</b>	<b>12.6</b>		
<b>Geschlecht</b>						
Jungen	49.6	23.5	14.0	12.9	6.83(3)	.05
Mädchen	50.3	26.2	11.2	12.2		
<b>Alterskategorie</b>						
11-jährige	50.1	27.4	10.6	11.9	13.28(6)*	.05
13-jährige	51.3	23.7	12.9	12.2		
15-jährige	48.2	23.0	14.9	14.0		
<b>Schulform</b>						
Grundschule	50.1	27.5	10.7	11.6	34.68(12)***	.05
Oberschule	49.3	21.6	14.8	14.3		
Gymnasium	49.1	27.0	12.9	10.9		
Gesamtschule	53.1	24.8	9.2	13.0		
Förderschule	52.7	12.3	15.8	19.2		
<b>Fam. Wohlstand</b>						
Niedrig	52.6	23.1	11.3	13.0	7.83(6)	.03
Mittel	50.2	24.8	13.3	11.7		
Hoch	46.6	27.1	12.6	13.7		

Anmerkungen. N = 2.765-2.825.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \* p < .05. \*\*\* p < .01.

Mit steigendem Alter nimmt die Auftretenshäufigkeit von behandlungsrelevanten Verletzungen signifikant zu. Beispielsweise haben sich nur 10.6% der 11-Jährigen, aber 14.9% der 15-Jährigen zweimal innerhalb der letzten 12 Monate verletzt. Weiterhin unterscheidet sich die Auftretenshäufigkeit von behandlungsrelevanten Verletzungen signifikant in Abhängigkeit von der besuchten Schulform. Besonders oft haben sich Schülerinnen und Schüler an Förder- und Oberschulen innerhalb der letzten 12 Monate verletzt. Hinsichtlich des Geschlechts und des familiären Wohlstands zeigen sich nur geringfügige, statistisch nicht signifikante Unterschiede.

### 3.2.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen

Die Abbildung 3.3 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit von behandlungsrelevanten Verletzungen innerhalb der letzten 12 Monate im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Brandenburger Schülerinnen und Schüler unterschieden sich hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit von behandlungsrelevanten Verletzungen nicht vom Bundesdurchschnitt.



**Abb. 3.3:** Häufigkeit behandlungsrelevanter Verletzungen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern innerhalb der letzten 12 Monate im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke.

#### Was sind die zentralen Ergebnisse zu behandlungsrelevanten Verletzungen?

- Der Großteil der Kinder und Jugendlichen in Brandenburg hat sich innerhalb der letzten 12 Monate nicht oder nur einmal so verletzt.
- Ältere Jugendliche sowie Schülerinnen und Schüler an Förder- und Oberschulen haben sich häufiger im vergangenen Jahr verletzt.
- Die Auftretenshäufigkeit von behandlungsrelevanten Verletzungen in Brandenburg unterscheidet sich nicht vom Bundesdurchschnitt.

### 3.3 Psychische Gesundheit

#### 3.3.1 Lebenszufriedenheit

Bei der Lebenszufriedenheit handelt es sich um einen kognitiven Aspekt des subjektiven Wohlbefindens, der die Beurteilung der gesamten Lebenslage einer Person widerspiegelt (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Im Gegensatz zu emotionalen Aspekten des Wohlbefindens ist die Lebenszufriedenheit im Erwachsenenalter über die Zeit relativ stabil (Pavot & Diener, 1993). Im Jugendalter wird die Lebenszufriedenheit stark durch Lebensereignisse und soziale Beziehungen in den Kontexten Familie, Gleichaltrigengruppe und Schule beeinflusst (z.B. Oberle, Schonert-Reichl & Zumbo, 2011; siehe Proctor, Linley & Malthy, 2009 für eine Übersicht). Weiterhin hängen verschiedene soziodemografische Einflussfaktoren mit der Lebenszufriedenheit im Kindes- und Jugendalter zusammen. Zum Beispiel berichten Mädchen und ältere Jugendliche eine geringere Lebenszufriedenheit als Jungen und jüngere Jugendliche (Inchley et al., 2016). Weiterhin besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit und dem familiären Wohlstand (z.B. Inchley et al., 2016; Ravens-Sieberer et al., 2009).

#### Wie wurde die Lebenszufriedenheit erfasst?

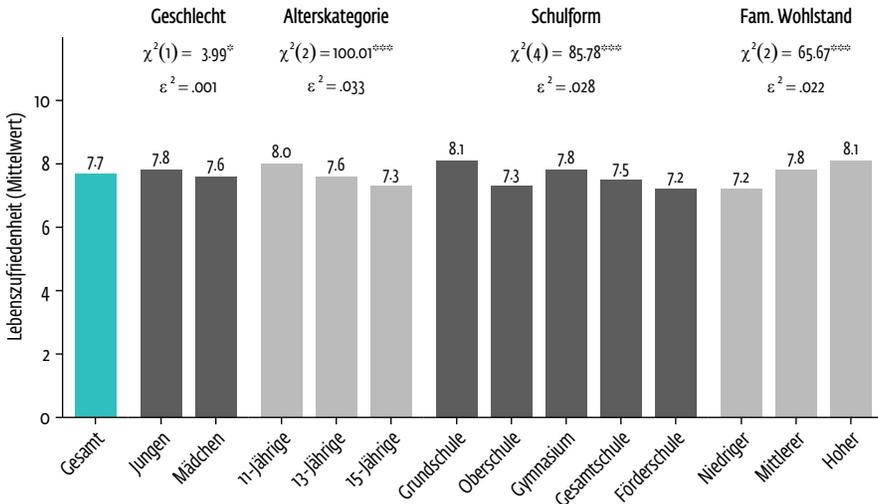
Zur Beurteilung der Lebenszufriedenheit wurde die "Cantril ladder" (Cantril, 1965) genutzt, bei der sich die Kinder und Jugendlichen eine Leiter mit zehn Sprossen vorstellen sollten. Sie konnten zwischen der Sprosse "0" (Das denkbar schlechteste Leben) bis Sprosse "10" (Das denkbar beste Leben) auswählen, um ihre gegenwärtige Lebenszufriedenheit einzuschätzen. Ein höherer Wert entspricht demzufolge einer höheren Lebenszufriedenheit.

##### 3.3.1.1 Brandenburger Ergebnisse

Im Durchschnitt beurteilten die befragten Brandenburger Kinder und Jugendlichen ihre Lebenszufriedenheit mit 7.7 (SD = 1.82) als hoch. Die am häufigsten angekreuzte Sprosse entspricht dem Wert 8.0. Die Abbildung 3.4 zeigt die mittlere Lebenszufriedenheit differenziert nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand.

Mädchen beurteilen ihre Lebenszufriedenheit signifikant geringer als Jungen. Es zeigt sich ein deutlicher Alters- und Wohlstandseffekt. Eine besonders hohe Lebenszufriedenheit weisen jüngere Kinder sowie Schülerinnen und Schüler aus Familien mit einem höheren Wohlstand auf. Weiterhin steht die Beurteilung der Lebenszufriedenheit mit der besuchten Schulform in einem signifikanten Zusammenhang. Hierbei geben vor allem Schülerinnen und Schüler an Förderschulen (M = 7.2) und Oberschulen (M =

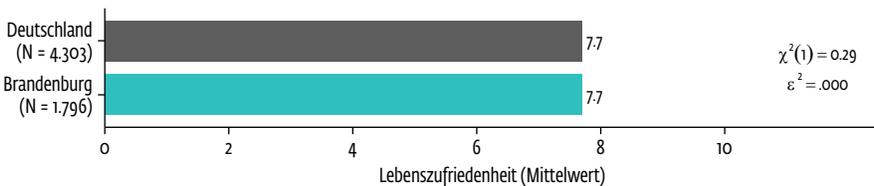
7.3) eine niedrigere Lebenszufriedenheit als Lernende anderer Schulformen an. Schülerinnen und Schüler an Grundschulen geben durchschnittlich mit 8.1 die höchste Lebenszufriedenheit an, wobei dies durch den vorliegenden Alterseffekt erklärt werden kann.



**Abb. 3.4:** Lebenszufriedenheit von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand. N = 2.932-3.010.  $\chi^2$  = Testwert.  $\epsilon^2$  = Maß der Effektstärke. \*  $p < .05$ . \*\*\*  $p < .001$ .

**3.3.1.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen**

Die Abbildung 3.5 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Lebenszufriedenheit im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Brandenburger Schülerinnen und Schüler schätzten im Durchschnitt ihre Lebenszufriedenheit genauso hoch wie eine repräsentative Auswahl an Schülerinnen und Schülern in Deutschland ein.



**Abb. 3.5:** Lebenszufriedenheit von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert.  $\epsilon^2$  = Maß der Effektstärke.

### Was sind die zentralen Ergebnisse zur Lebenszufriedenheit?

- Kinder und Jugendliche in Brandenburg schätzten ihre Lebenszufriedenheit als hoch ein.
- Jungen, jüngere Kinder, Schülerinnen und Schüler an Grundschulen und Gymnasien sowie Lernende aus Familien mit einem höheren Wohlstand schätzen ihre Lebenszufriedenheit höher ein.
- Brandenburger Schülerinnen und Schüler unterschieden sich hinsichtlich ihrer Lebenszufriedenheit nicht vom Bundesdurchschnitt.

### 3.3.2 Psychosomatische Beschwerden

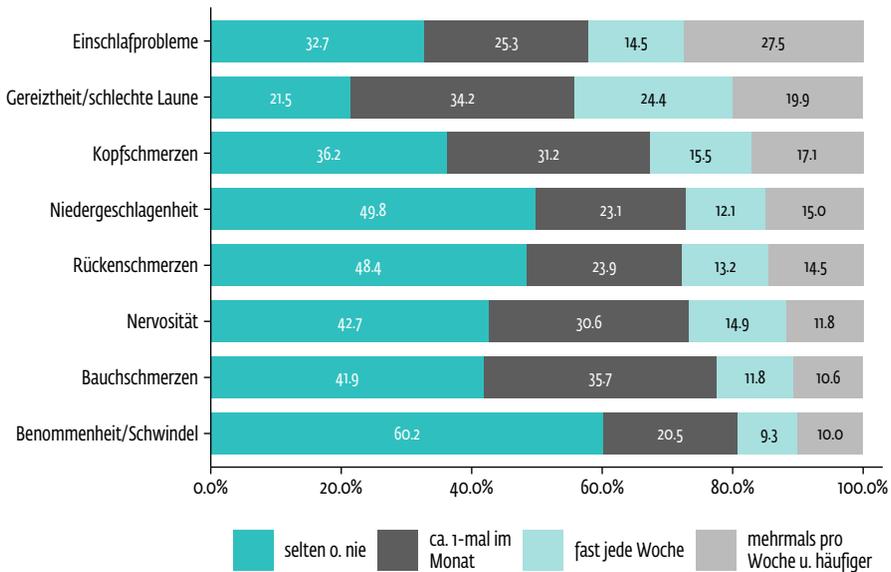
Subjektive psychosomatische Beschwerden umfassen Beeinträchtigungen der Gesundheit, die im Überschneidungsbereich zwischen somatischen und psychischen Beschwerden zu verorten sind. Auch wenn diese Beschwerden nicht den Charakter eines eigenen Krankheitsbildes aufweisen, treten sie häufig gemeinsam auf (Ravens-Sieberer et al., 2009) und sind mit Gesundheitsproblemen im Erwachsenenalter assoziiert (Kinnunen, Laukkanen & Kylmä, 2010). Häufige psychosomatische Beschwerden können das Wohlbefinden sowie die Lebenszufriedenheit beeinträchtigen (Ravens-Sieberer et al., 2009) und stehen mit Schulabsentismus in Verbindung (Wood et al., 2012). Eine Längsschnittstudie mit deutschen Schülerinnen und Schülern zeigt, dass ungünstige schulbezogene Erfahrungen (insbesondere Überforderungserleben und Mobbing Erfahrungen) prädiktiv für spätere psychosomatische Beschwerden sind (Bilz, 2008).

### Wie wurden psychosomatische Beschwerden erfasst?

Zur Beurteilung des Auftretens von psychosomatischen Beschwerden wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, wie oft sie in den letzten sechs Monaten insgesamt acht verschiedene somatische Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen) und psychische Beschwerden (z.B. Nervosität, Niedergeschlagenheit) an sich beobachtet haben (Wold, Aarø & Smith, 1994). Sie konnten zwischen den Antwortoptionen "fast täglich", "mehrmals pro Woche", "fast jede Woche", "ungefähr 1-mal im Monat" und "selten oder nie" auswählen. Für die Darstellung der Befragungsergebnisse in Abbildung 9 wurden die Antworten zu allen psychosomatischen Beschwerden zu einem Index zusammengefasst. Der Index gibt darüber Auskunft, ob bei den befragten Kindern und Jugendlichen mehrere psychosomatische Beschwerden mehrmals wöchentlich aufgetreten sind.

### 3.3.2.1 Brandenburger Ergebnisse

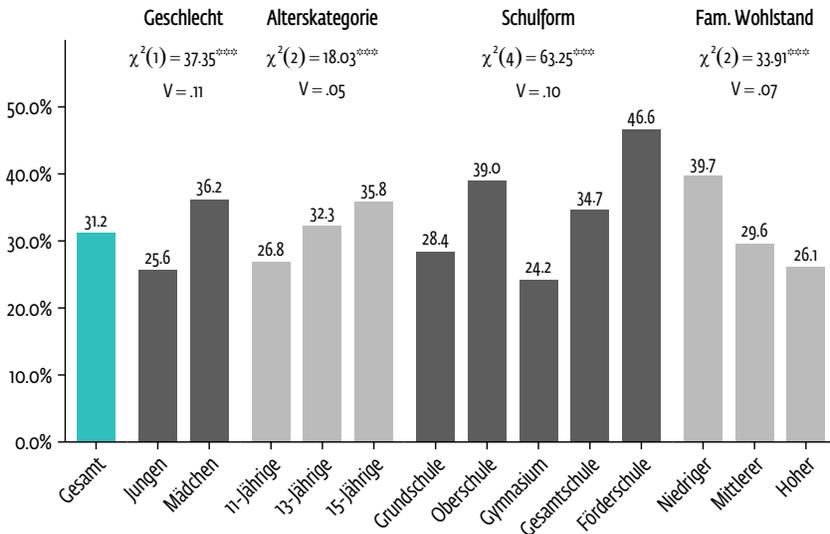
Fast ein Drittel der befragten Brandenburger Kinder und Jugendlichen leidet mehrmals pro Woche und häufiger unter mindestens zwei psychosomatischen Beschwerden. Besonders häufig werden Einschlafprobleme berichtet, die bei 27.5% der Befragten mehrmals pro Woche und häufiger auftreten. Weit verbreitet sind darüber hinaus Gereiztheit/schlechte Laune und Kopfschmerzen (vgl. Abb. 3.6).



**Abb. 3.6:** Häufigkeit unterschiedlicher psychosomatischer Beschwerden von Brandenburger Schülerinnen und Schülern.

In der Abbildung 3.7 wird die Verbreitung von mehrmals wöchentlich auftretenden psychosomatischen Beschwerden differenziert nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand dargestellt. Regelmäßig auftretende psychosomatische Beschwerden werden von Mädchen (36.2%) deutlich häufiger berichtet als von Jungen (25.6%) und von älteren Lernenden (15-Jährige: 35.8%) häufiger als von jüngeren (11-Jährige: 26.8%). Besonders stark fallen die schulformbezogenen Unterschiede auf. Während weniger als ein Viertel der Schülerinnen und Schüler an Gymnasien unter regelmäßigen psychosomatischen Beschwerden leidet, sind es an Förderschulen fast die Hälfte der Schülerschaft, an Ober- und Gesamtschulen immerhin mehr als ein Drittel. Selbst an Grundschulen, wo nur 11-Jährige befragt wurden, sind psychosomatische Beschwerden verbreiteter als an Gymnasien, wo alle drei untersuchten Altersgruppen vertreten sind. Kinder und Jugendliche aus Familien mit

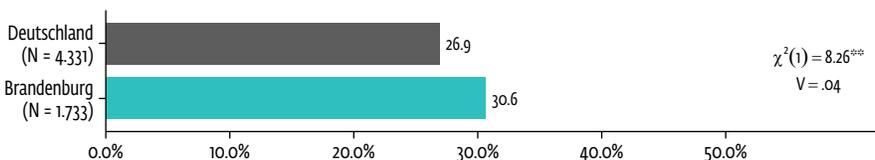
höherem Wohlstand berichten seltener (26.1%) von regelmäßigen psychosomatischen Beschwerden als Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigerem Wohlstand (39.7%).



**Abb. 3.7:** Häufigkeit mehrmals wöchentlich auftretender psychosomatischer Beschwerden von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand. N = 2.815-2.891.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke. \*\*\*\*  $p < .001$ .

**3.3.2.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen**

Die Abbildung 3.8 zeigt die Brandenburger Ergebnisse zur Verbreitung von mehrmals wöchentlich auftretenden psychosomatischen Beschwerden im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Hierbei wird deutlich, dass ein signifikant größerer Anteil der Schülerinnen und Schüler in Brandenburg (30.6%) von derartigen Beschwerden berichtet als im bundesweiten Durchschnitt (26.9%).



**Abb. 3.8:** Häufigkeit mehrmals wöchentlich auftretender psychosomatischer Beschwerden von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke. \*\*\*  $p < .01$ .

### Was sind die zentralen Ergebnisse zu psychosomatischen Beschwerden?

- Fast ein Drittel der Brandenburger Kinder und Jugendlichen berichtet von mehreren regelmäßig auftretenden psychosomatischen Beschwerden wie Einschlafproblemen, Gereiztheit und Kopfschmerzen.
- Psychosomatische Beschwerden treten häufiger bei Mädchen, älteren Jugendlichen, Schülerinnen und Schülern an Förder- und Oberschulen sowie Lernenden aus Familien mit niedrigerem Wohlstand auf.
- Die Auftretenshäufigkeit von regelmäßig auftretenden psychosomatischen Beschwerden in Brandenburg unterscheidet sich nicht vom Bundesdurchschnitt.

### 3.3.3 Psychische Auffälligkeiten

Ungefähr die Hälfte der über die Lebenszeit auftretenden psychischen Erkrankungen nimmt im Jugendalter ihren Ausgang (Kessler et al., 2005). Im Gegensatz zu anderen Erkrankungen dieser Altersphase haben psychische Störungen eine hohe Persistenz und nehmen oft einen chronischen Verlauf (Ihle & Esser, 2002). Psychische Störungen, die im Kindes- und Jugendalter auftreten, beeinträchtigen die soziale, kognitive und verhaltensbezogene Entwicklung (Jacobi et al., 2004) und werden mit niedrigem Bildungserfolg, späterer Arbeitslosigkeit und eingeschränkten beruflichen Möglichkeiten in Verbindung gebracht (Fergusson & Horwood, 2001).

In einer schriftlichen Befragung wie der HBSC-Studie Brandenburg können psychische Störungen nicht diagnostiziert werden. Es ist jedoch möglich mittels standardisierter Screening-Instrumente Risiken für psychische Auffälligkeiten zu ermitteln. Ein solches Instrument wurde auch in der HBSC-Studie Brandenburg eingesetzt, um Risiken für internalisierende (z.B. emotionale Probleme) und externalisierende Auffälligkeiten (z.B. Verhaltensprobleme) zu ermitteln.

### Wie wurden psychische Auffälligkeiten erfasst?

Zur Beurteilung von psychischen Auffälligkeiten wurde der Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997) als Screeningverfahren eingesetzt. Die Kinder und Jugendlichen schätzen ein, inwieweit bei ihnen jeweils fünf Symptome für folgende Problembereiche vorliegen:

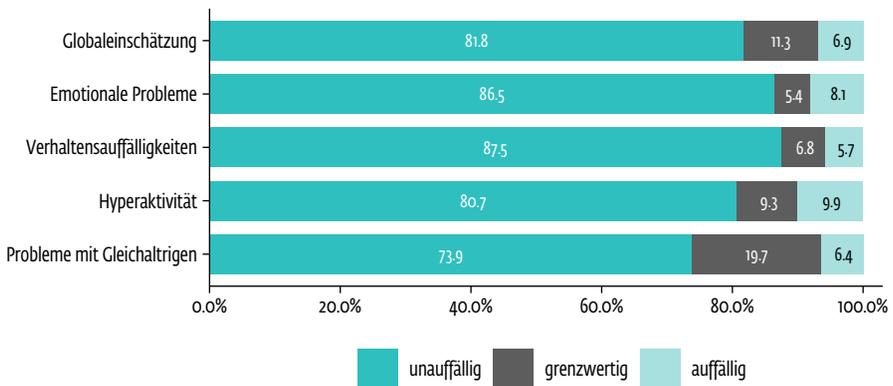
- **Emotionale Probleme** (z.B. "Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht.")
- **Verhaltensauffälligkeiten** (z.B. "Andere behaupten oft, dass ich lüge oder moche.")
- **Hyperaktivität** (z.B. "Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange stillsitzen.")
- **Probleme mit Gleichaltrigen** (z.B. "Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt.", invertiert formuliert)

**Fortsetzung: Wie wurden psychische Auffälligkeiten erfasst?**

Jeder Problembereich wurde mit fünf Symptomen erfasst. Anhand der berichteten Symptome wurde eine Einschätzung für das Vorliegen jedes Problembereichs sowie eine Globaleinschätzung zum Vorliegen psychischer Auffälligkeiten abgeleitet. Die Schülerinnen und Schüler wurden mithilfe von Normwerten für einzelne Problembereiche und die Globaleinschätzung in die Kategorien "unauffällige", "grenzwertige" und "auffällige psychische Probleme" eingeteilt. Kinder und Jugendliche der letzten beiden Kategorien können als Risikogruppe aufgefasst werden, bei der die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen klinisch relevanter psychischer Probleme erhöht ist.

**3.3.3.1 Brandenburger Ergebnisse**

Die Abbildung 3.9 zeigt die Verteilung der Brandenburger Schülerinnen und Schüler auf die drei Kategorien für die Globaleinschätzung psychischer Auffälligkeiten (unauffällig, grenzwertig und auffällig) sowie die einzelnen vier Problembereiche. In der Globaleinschätzung, die Symptome aus allen vier Problembereichen zusammenfasst, ergeben sich für 6.9% der Befragten auffällige und für weitere 11.3% grenzwertige Ausprägungen psychischer Probleme. Insbesondere für die Kinder und Jugendlichen im auffälligen Bereich ist von einem erhöhten Risiko für das Vorliegen klinisch relevanter Probleme auszugehen.



**Abb. 3.9:** Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten (kategorisierte Globaleinschätzung) von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach einzelnen Problembereichen.

Der Blick auf die einzelnen Problembereiche zeigt, dass Auffälligkeiten insbesondere im Bereich Hyperaktivität (bei 9.9% auffällig und weiteren 9.3% im grenzwertigen Spektrum), in den sozialen Beziehungen mit Gleichaltrigen (bei 6.4% auffällig und weiteren 19.7% grenzwertig) sowie im Bereich emotionale Probleme (bei 8.1% auffällig und 5.4% grenzwertig) vorliegen. Der erste Problembereich umfasst Symptome wie

motorische Unruhe, Impulsivität und Aufmerksamkeitsdefizite, der zweite ist durch sozialen Rückzug und soziale Ausgrenzung gekennzeichnet und der dritte Problem-bereich umfasst depressive und Angstsymptome.

In der weiteren Analyse wird nur die kategorisierte Globaleinschätzung betrachtet. In der Tabelle 3.3 wird sichtbar, dass psychische Auffälligkeiten bezüglich der Schulform, der sozialen Herkunft und dem Geschlecht ungleich verteilt sind. Besonders markant sind die Schulformunterschiede, die ähnlich ausfallen wie bei den psychosomatischen Beschwerden: Geringe Belastungen an den Gymnasien stehen deutlich erhöhte Werte an Förder- und Oberschulen gegenüber. Grund- und Gesamtschulen befinden sich im mittleren Bereich zwischen beiden Polen. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Wohlstand sind ungefähr doppelt so häufig von psychischen Auffälligkeiten betroffen im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen aus Familien mit hohem Wohlstand. Bezüglich des Geschlechts ergeben sich höhere Belastungswerte bei den Mädchen. Hinsichtlich der Alterskategorie zeigen sich nur geringfügige, statistisch nicht signifikante Unterschiede.

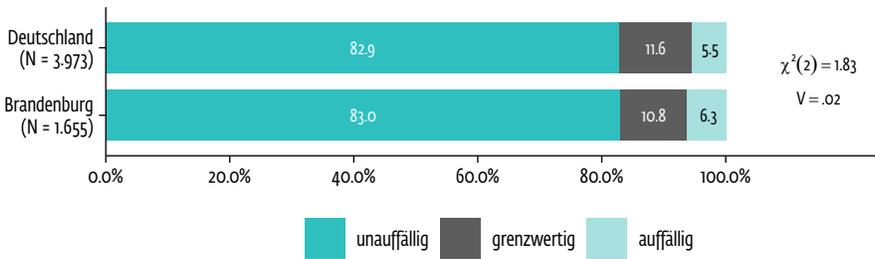
**Tab. 3.3:** Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten (kategorisierte Globaleinschätzung) von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand

	Kategorien psychischer Auffälligkeiten (in %)			Teststatistik	
	unauffällig	grenzwertig	auffällig	$\chi^2$ (df)	V
<b>Gesamt</b>	<b>81.8</b>	<b>11.3</b>	<b>6.9</b>		
<b>Geschlecht</b>					
Jungen	84.6	9.9	5.6	14.01(2) <sup>****</sup>	.07
Mädchen	79.2	12.6	8.2		
<b>Alterskategorie</b>					
11-jährige	80.0	13.0	6.9	6.81(4)	.03
13-jährige	83.0	10.7	6.2		
15-jährige	82.5	9.7	7.8		
<b>Schulform</b>					
Grundschule	78.2	14.1	7.7	97.35(8) <sup>****</sup>	.10
Oberschule	78.8	12.9	8.3		
Gymnasium	89.7	6.8	3.5		
Gesamtschule	82.8	10.0	7.2		
Förderschule	60.6	21.1	18.3		
<b>Fam. Wohlstand</b>					
Niedrig	72.6	16.4	11.0	51.84(4) <sup>****</sup>	.08
Mittel	83.9	10.2	5.9		
Hoch	86.4	8.9	4.8		

Anmerkungen. N = 2.701-2.753.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. <sup>\*\*\*\*</sup> p < .001.

**3.3.3.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen**

Die Abbildung 3.10 zeigt die Brandenburger Ergebnisse zur Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Brandenburger Schülerinnen und Schüler unterscheiden sich hinsichtlich dem Auftreten von psychischen Auffälligkeiten nicht vom Bundesdurchschnitt.



**Abb. 3.10:** Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten (kategorisierte Globaleinschätzung) von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke.

**Was sind die zentralen Ergebnisse zu psychischen Auffälligkeiten?**

- Ungefähr eine/r von sechs Schülerinnen und Schülern in Brandenburg hat ein erhöhtes bzw. grenzwertiges Risiko für klinisch relevante psychische Probleme, insbesondere im Bereich Hyperaktivität, in den sozialen Beziehungen zu Gleichaltrigen und im emotionalen Bereich.
- Mädchen, Schülerinnen und Schüler an Förder- und Oberschulen und Lernende aus Familien mit geringem Wohlstand sind häufiger von psychischen Auffälligkeiten betroffen.
- Das Auftreten psychischer Auffälligkeiten bei Brandenburger Schülerinnen und Schülern unterscheidet sich nicht vom Bundesdurchschnitt.

**3.3.4 Depressive Symptomatik**

Depression ist eine der meist verbreiteten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Erskine et al., 2017; Perou et al., 2013; Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye & Rohde, 2015). Als Hauptsymptome einer Depression treten eine anhaltende gedrückte Stimmung, ein Verlust von Interessen oder eine Verminderung des Antriebs auf (American Psychiatric Association [APA], 2013; WHO, 2004a). Weiterhin können ein verringertes Selbstwertgefühl und Suizidgedanken sowie somatische Symptome wie Schlaflosigkeit und Appetitstörungen auftreten. Bei Kindern und Jugendlichen treten zum Teil unterschiedliche Symptome auf (z.B. Gereiztheit als Hauptsymptom),

welche Überschneidungen zu anderen psychischen Störungen aufweisen. Aus diesem Grund werden Depressionen im Kindes- und Jugendalter oft nicht erkannt (Thapar, Collishaw, Pine & Thapar, 2012). Neben der depressiven Symptomatik müssen weitere Kriterien (z.B. Dauer, Beeinträchtigung) erfüllt sein, um eine Depression zu diagnostizieren (APA, 2013). Die Prävalenz für Depression steigt mit dem Beginn der Pubertät an, wobei ein stärkerer Anstieg bei Mädchen als bei Jungen zu verzeichnen ist (z.B. Ghandour et al., 2019; Thapar et al., 2012). Depressionen im Kindes- und Jugendalter beeinträchtigen eine gesunde Entwicklung und stehen mit einer Vielzahl von negativen Folgen in Verbindung, welche bis ins Erwachsenenalter Bestand haben können. Zu diesen Folgen zählen Schulabbruch und Arbeitslosigkeit (Clayborne, Varin & Colman, 2019) sowie die Erkrankung an anderen psychischen Störungen und Suizidalität (Johnson, Dupuis, Piche, Clayborne & Colman, 2018).

In einer schriftlichen Befragung kann Depression als psychische Störung nicht diagnostiziert werden. Wie bei den psychischen Auffälligkeiten (vgl. Kapitel 3.3.3) ist es mittels des in der HBSC-Studie Brandenburg eingesetzten standardisierten Screening-Instruments möglich, Risiken für das Vorliegen einer klinisch relevanten Depressivität zu ermitteln.

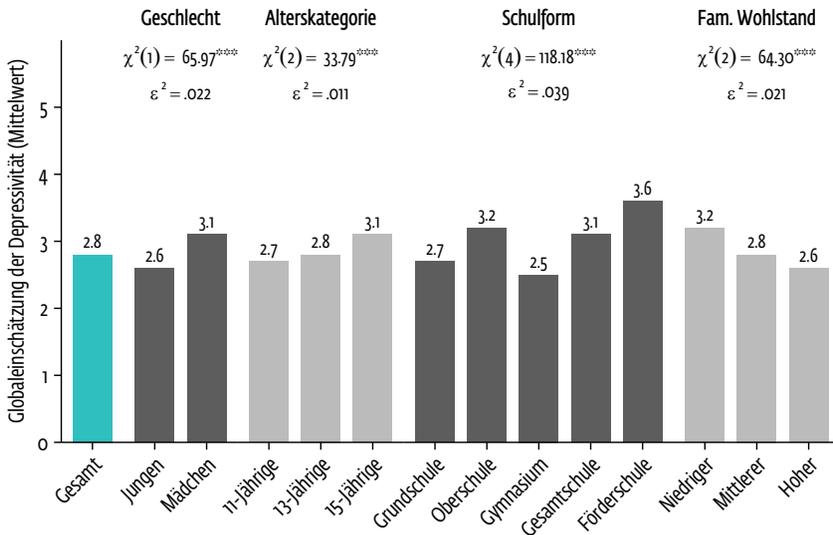
#### Wie wurde die depressive Symptomatik erfasst?

Zur Beurteilung der depressiven Symptomatik wurde die Short Depression Scale (Bradley, Bagnell & Brannen, 2010) als Screeningverfahren eingesetzt. Die Kinder und Jugendlichen schätzten ein, wie oft sie in den vergangenen Wochen zehn depressive Symptome (z.B. Lustlosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten) an sich beobachtet haben. Sie konnten zwischen den Antwortoptionen von "Selten oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag)" bis "Meistens, die ganze Zeit (5-7 Tage lang)" auswählen. Aus den Antworten zu den einzelnen Aussagen wurde eine Globaleinschätzung der depressiven Symptomatik abgeleitet. Der Wert der Globaleinschätzung kann zwischen 1 (geringste Depressivität) und 10 (höchste Depressivität) liegen.

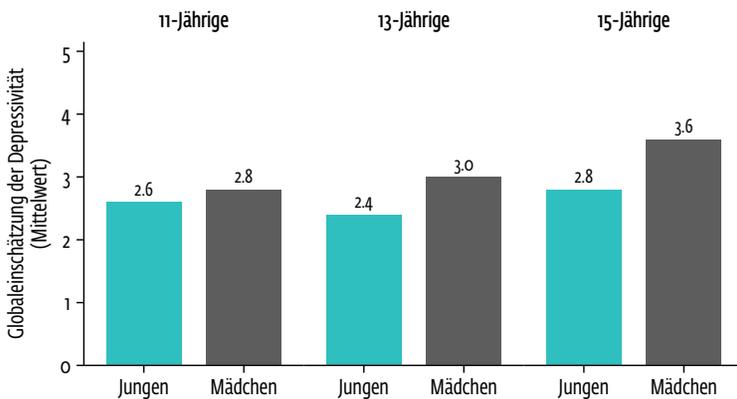
#### 3.3.4.1 Brandenburger Ergebnisse

Die Abbildung 3.11 zeigt die Globaleinschätzung der depressiven Symptomatik differenziert nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand. Mädchen ( $M = 3.1$ ) berichten signifikant häufiger eine depressive Symptomatik als Jungen ( $M = 2.6$ ). Zudem nehmen depressive Symptome mit steigendem Alter signifikant zu. In der Abbildung 3.12 wird deutlich, dass die depressive Symptomatik vor allem bei 13- und 15-jährigen Mädchen höher ausgeprägt ist. Weiterhin unterscheidet sich das Auftreten von depressiver Symptome in Abhängigkeit von der besuchten Schulform und des familiären Wohlstands. Der Effekt für die Schulform ist hierbei am größten. Besonders häufig klagten Schülerinnen und Schüler an Förderschulen (3.6%),

Oberschulen (3.2%) und Gesamtschulen (3.1%) über depressive Symptome. Zudem weisen Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Wohlstand häufiger eine depressive Symptomatik auf als Kinder und Jugendliche aus Familien mit höherem Wohlstand.



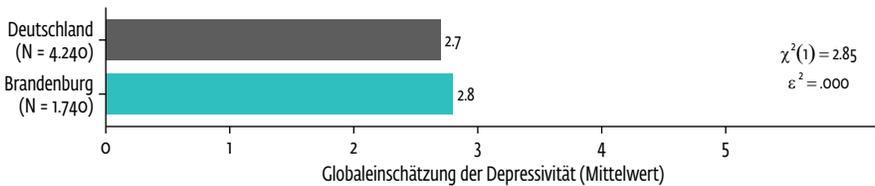
**Abb. 3.11:** Globaleinschätzung der depressiven Symptomatik von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand. N = 2.856-2.919.  $\chi^2$  = Testwert.  $\epsilon^2$  = Maß der Effektstärke.  $^{***} p < .001$ .



**Abb. 3.12:** Globaleinschätzung der depressiven Symptomatik von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht und Alterskategorie.

### 3.3.4.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen

Die Abbildung 3.13 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Globaleinschätzung depressiver Symptomatik im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Brandenburger Schülerinnen und Schüler unterscheiden sich nicht hinsichtlich der durchschnittlichen Depressivität vom Bundesdurchschnitt.



**Abb. 3.13:** Globaleinschätzung der depressiven Symptomatik von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert.  $\epsilon^2$  = Maß der Effektstärke.

#### Was sind die zentralen Ergebnisse zur Depressivität?

- Mädchen, ältere Jugendliche, Schülerinnen und Schüler an Förderschulen, Gesamtschulen und Oberschulen sowie Lernende aus Familien mit niedrigem Wohlstand klagen häufiger über depressive Symptome.
- Brandenburger Schülerinnen und Schüler unterscheiden sich hinsichtlich der Depressivität nicht vom Bundesdurchschnitt.

### 3.3.5 Körperbild

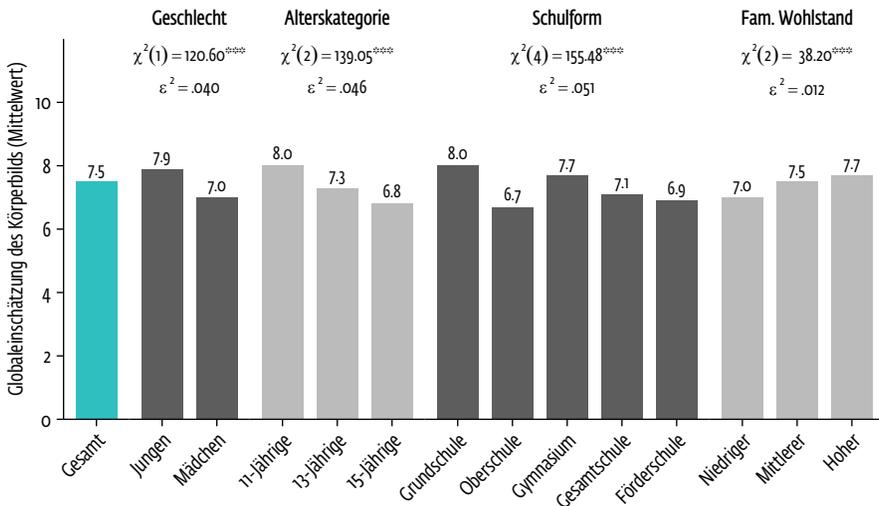
Im Jugendalter finden zahlreiche körperliche Reifungsprozesse statt, deren Integration in das Selbstbild für viele Mädchen und Jungen herausfordernd sein kann. Die körperlichen Veränderungen während der Pubertät lassen vor allem Mädchen kritischer mit ihrem Äußeren werden (Steinberg & Morris, 2001). Dabei nimmt häufig auch die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper ab (Davison, Werder, Trost, Baker & Birch, 2007; Hayward & Sanborn, 2002). Auch wenn der Anteil der Mädchen, die mit ihrem Körper unzufrieden sind, deutlich höher ist, nehmen zunehmend auch Jungen ihren Körper kritisch wahr (Pope, Phillips & Olivardia, 2000). Ein negatives Körperbild geht - unabhängig vom tatsächlichen Gewicht - mit einem erhöhten Risiko für Essstörungen sowie mit gesundheitsriskanten Gewichtskontrollstrategien einher. Jugendliche, welche riskante Strategien einsetzen, nutzen diese häufig bis ins Erwachsenenalter, wobei diese Strategien i.d.R. nicht zum Erfolg führen (Neumark-Sztainer, Wall, Larson, Eisenberg & Loth, 2011; Neumark-Sztainer, Wall, Story & Standish, 2012).

**Wie wurde das Körperbild erfasst?**

Zur Bestimmung des Körperbildes wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, inwieweit sie sechs verschiedenen Aussagen zu ihrem Körper (z.B. "Ich bin mit meinem Aussehen zufrieden.") zustimmen (Orbach & Mikulincer, 1998). Sie konnten zwischen den Antwortoptionen von "stimme überhaupt nicht zu" bis "stimme voll und ganz zu" auswählen. Aus den Antworten zu den einzelnen Aussagen wurde eine Globaleinschätzung des Körperbildes abgeleitet. Der Wert der Globaleinschätzung kann zwischen 1 (negativstes Körperbild) und 10 (positivstes Körperbild) liegen.

**3.3.5.1 Brandenburger Ergebnisse**

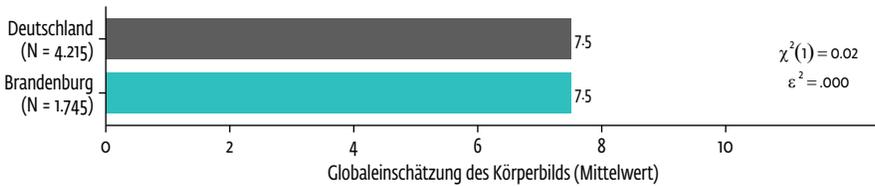
Die Abbildung 3.14 zeigt die Globaleinschätzung des Körperbilds differenziert nach Geschlecht, Altersgruppe, Schulform und familiärem Wohlstand. Auch in Brandenburg nimmt die Zufriedenheit mit dem Körper mit ansteigendem Alter ab und weisen Mädchen ein negativeres Körperbild auf als Jungen. Ebenso werden wohlstandsbezogene Zusammenhänge deutlich, wonach mit höherem Wohlstand auch die Zufriedenheit mit dem Körper ansteigt. Die Schulformunterschiede spiegeln möglicherweise die altersbezogenen und wohlstandsbezogenen Disparitäten wider, weshalb Schülerinnen und Schüler an Grundschulen und Gymnasien mit ihrem Körper deutlich zufriedener sind im Vergleich zu Lernenden an anderen Schulformen.



**Abb. 3.14:** Globaleinschätzung des Körperbilds von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand. N = 2.853-2.920.  $\chi^2$  = Testwert.  $\epsilon^2$  = Maß der Effektstärke. \*\*\*p < .001.

### 3.3.5.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen

Die Abbildung 3.15 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Globaleinschätzung des Körperbildes im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Die Brandenburger Schülerinnen und Schüler unterscheiden sich bezüglich ihres Körperbildes nicht vom bundesweiten Durchschnitt.



**Abb. 3.15:** Globaleinschätzung des Körperbilds von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert.  $\epsilon^2$  = Maß der Effektstärke.

#### Was sind die zentralen Ergebnisse zum Körperbild?

- Jungen, jüngere Kinder, Schülerinnen und Schüler an Grundschulen und Gymnasien sowie Lernende aus Familien mit höherem Wohlstand sind zufriedener mit ihrem Körper.
- Das Körperbild unterscheidet sich bei Kindern und Jugendlichen in Brandenburg nicht vom bundesweiten Durchschnitt.

## 3.4 Zwischenresümee

Der überwiegende Teil der Brandenburger Kinder und Jugendlichen schätzt seine Gesundheit als ausgezeichnet oder gut ein und berichtet eine hohe Lebenszufriedenheit. Betrachtet man die weiteren in der HBSC-Studie Brandenburg erfassten Gesundheitsindikatoren, ergibt sich jedoch ein differenzierteres Bild. Auffällige Befunde sind insbesondere bei der psychischen Gesundheit zu konstatieren.

So berichtet fast ein Drittel der Schülerinnen und Schüler von mehrmals wöchentlich auftretenden psychosomatischen Beschwerden, insbesondere Einschlafproblemen, Gereiztheit und Kopfschmerzen. Diese Beschwerden treten besonders häufig bei weiblichen Jugendlichen der Jahrgangsstufe 9 auf. Im Vergleich mit den bundesweiten Daten der HBSC-Studie zeigt sich, dass diese Beschwerden in Brandenburg etwas häufiger zu beobachten sind als im Bundesdurchschnitt.

Neben diesen eher unspezifischen Beschwerden wurden im Rahmen der HBSC-Studie Brandenburg mit standardisierten Screening-Verfahren auch Symptome psychischer Auffälligkeiten erfasst. Vergleichsweise häufig finden sich Probleme im Bereich Hyperaktivität sowie im emotionalen Bereich (Angst und Depression).

Bei durchweg allen Gesundheitsindikatoren zeigen sich gleichförmige soziostrukturelle und schulformbezogene Unterschiede: Höhere Belastungswerte sind bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem geringeren Wohlstand und an weiterführenden nicht-gymnasialen Schulformen zu finden. Ein schlechterer allgemeiner Gesundheitszustand, eine höhere Verletzungshäufigkeit, eine niedrigere Lebenszufriedenheit, häufigere psychosomatische Beschwerden, ein höheres Ausmaß an psychischen Auffälligkeiten und ein negativeres Körperbild finden sich häufiger an Förder- und Oberschulen im Vergleich zu Gymnasien und Gesamtschulen.



## Kapitel 4

# Ergebnisse zum Gesundheits- und Risikoverhalten

*Nancy John | Saskia M. Fischer | Ludwig Bilz*

### 4.1 Bewegungsverhalten

#### 4.1.1 Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität umfasst jede Form von Bewegung, die durch die Skelettmuskulatur erzeugt wird und zu einem Energieverbrauch oberhalb des Grundumsatzes führt (Caspersen, Powell & Christenson, 1985). Im Kindes- und Jugendalter wirkt sich körperliche Aktivität positiv auf die körperliche und psychische Gesundheit aus und trägt somit zu einer gesunden Entwicklung bei. Körperlich aktive Kinder und Jugendliche haben beispielsweise ein geringeres Risiko für einen erhöhten Blutdruck, einen erhöhten Cholesterinspiegel und Übergewicht und weisen seltener psychische Beschwerden und Verhaltensprobleme auf (siehe Janssen & LeBlanc, 2010; Spruit, Assink, van Vugt, van der Put & Stams, 2016 für eine Übersicht). Zudem kann körperliche Aktivität die kognitive und schulische Leistungsfähigkeit befördern (siehe Lees & Hopkins, 2013; Spruit et al., 2016 für eine Übersicht). Körperlich aktive Kinder und Jugendliche zeigen ebenfalls ein höheres Ausmaß an körperlicher Aktivität im Erwachsenenalter (Telama et al., 2014; Telama et al., 2005). Demzufolge wird der Grundstein für einen körperlich aktiven Lebensstil im Kindes- und Jugendalter gelegt. Vor diesem Hintergrund empfiehlt die WHO, dass Kinder und Jugendliche täglich mindestens 60 Minuten moderate bis anstrengende körperliche Aktivität ausüben sollen (WHO, 2010). Durch eine Erhöhung der Intensität können die positiven Effekte körperlicher Aktivität noch gesteigert werden (Janssen & LeBlanc, 2010). Ob und in welchem Umfang Kinder und

Jugendliche körperlich aktiv sind, steht mit einer Vielzahl von soziodemografischen, psychosozialen und kontextuellen Faktoren in Verbindung (siehe Sallis, Prochaska & Taylor, 2000 für eine Übersicht). Ein häufig gezeigter Zusammenhang ist, dass Mädchen und ältere Jugendliche seltener sportlich aktiv sind als Jungen und jüngere Jugendliche (z.B. Inchley et al., 2016). Der Geschlechter- und Alterseffekt zeigt sich auch für deutsche Kinder und Jugendliche (Finger, Varnaccia, Borrmann, Lange & Mensink, 2018).

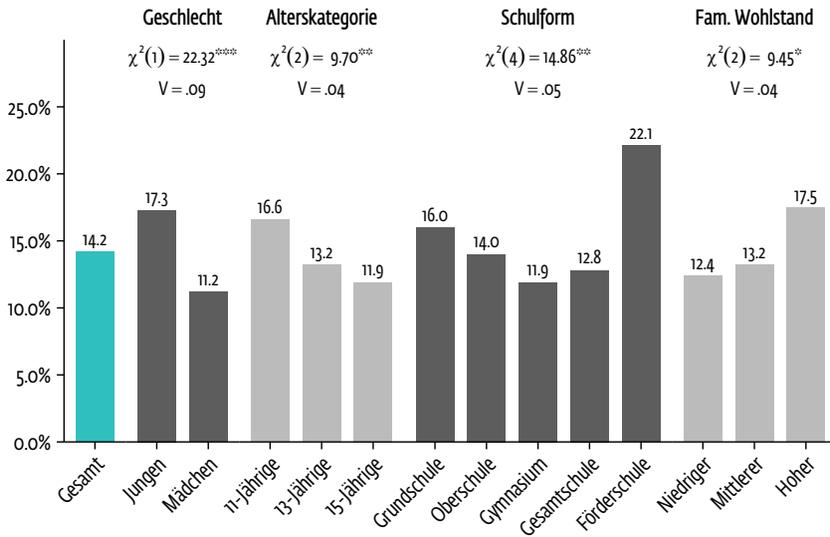
#### Wie wurde die körperliche Aktivität erfasst?

Zur Beurteilung der körperlichen Aktivität wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, an wie vielen Tagen innerhalb der letzten sieben Tage sie sich mindestens für 60 Minuten körperlich angestrengt haben (Prochaska, Sallis & Long, 2001). Sie konnten zwischen den Antwortoptionen von "0 Tage" bis "7 Tage" auswählen, um ihr Ausmaß an körperlicher Aktivität pro Woche einzuschätzen. Mit Blick auf die WHO-Empfehlung zur körperlichen Aktivität wird der Anteil an Kindern und Jugendlichen ausgewertet, die täglich mindestens für 60 Minuten körperlich aktiv waren.

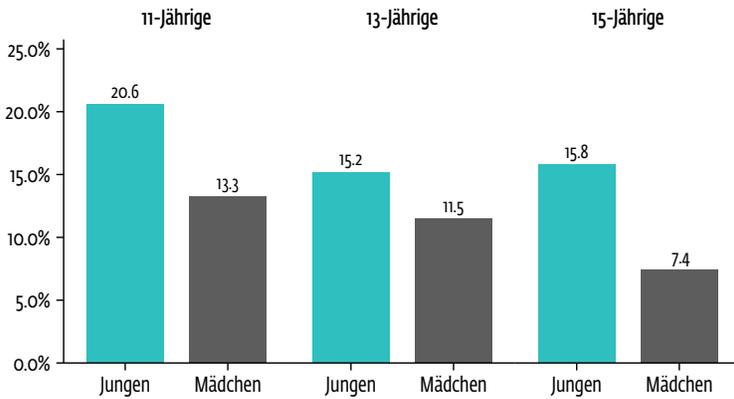
#### 4.1.1.1 Brandenburger Ergebnisse

Nur 14.2% der befragten Brandenburger Kinder und Jugendlichen sind täglich mindestens 60 Minuten körperlich aktiv und erreichen somit das empfohlene Bewegungsausmaß. Das entspricht ca. jedem siebten Kind. Weiterhin sind 23.2% der Schülerinnen und Schüler an fünf bis sechs Tagen, 36.3% an drei bis vier Tagen, 22.3% an einem Tag bis zwei Tagen und 4.0% an keinem Tag pro Woche mindestens 60 Minuten körperlich aktiv. Die Abbildung 4.1 zeigt den Anteil der Schülerinnen und Schüler, die täglich mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind, differenziert nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand.

Mädchen (11.2%) sind signifikant seltener täglich körperlich aktiv als Jungen (17.3%). Der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die das empfohlene Bewegungsausmaß erreichen, nimmt mit steigendem Alter signifikant ab. In der Abbildung 4.2 wird deutlich, dass der Geschlechterunterschied im Alter von 15 Jahren am größten ist (Mädchen: 7.4% vs. Jungen: 15.8%). Die Häufigkeit für die tägliche körperliche Aktivität steht ebenfalls signifikant mit der besuchten Schulform in Verbindung. Hier fällt auf, dass besonders häufig Schülerinnen und Schüler an Förderschulen (22.1%) täglich körperlich aktiv sind. Am seltensten sind Schülerinnen und Schüler an Gymnasien (11.9%) und Gesamtschulen (12.8%) täglich körperlich aktiv. Weiterhin erreichen signifikant häufiger Lernende aus Familien mit hohem Wohlstand das empfohlene Bewegungsausmaß als Lernende aus Familien mit niedrigerem Wohlstand.



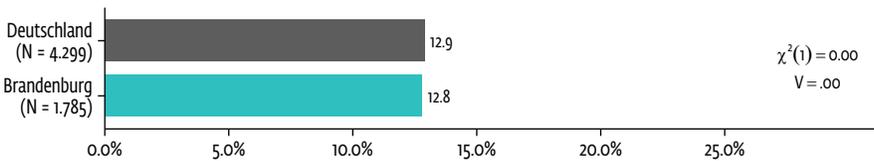
**Abb. 4.1:** Häufigkeit täglicher körperlicher Aktivität von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand. N = 2.908-2.981.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke. \* p < .05. \*\* p < .01. \*\*\* p < .001.



**Abb. 4.2:** Häufigkeit täglicher körperlicher Aktivität von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht und Alterskategorie.

#### 4.1.1.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen

Die Abbildung 4.3 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Häufigkeit für die tägliche körperliche Aktivität im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Brandenburger Schülerinnen und Schüler erreichen ähnlich häufig wie Lernende des Bundesdurchschnitts das empfohlene Bewegungsausmaß.



**Abb. 4.3:** Häufigkeit täglicher körperlicher Aktivität von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke.

#### Was sind die zentralen Ergebnisse zur körperlichen Aktivität?

- Nur jede/r siebte Schülerinnen und Schüler ist täglich für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv und erreicht somit das empfohlene Bewegungsausmaß.
- Mädchen, ältere Jugendliche, Schülerinnen und Schüler an Gymnasien und Gesamtschulen sowie Lernende aus Familien mit niedrigerem Wohlstand erreichen seltener das empfohlene Bewegungsausmaß.
- Brandenburger Lernende erreichen ähnlich häufig wie Lernende des Bundesdurchschnitts das empfohlene Bewegungsausmaß.

#### 4.1.2 Sportliche Aktivität

Sportliche Aktivität stellt eine spezifische Form von körperlicher Aktivität dar (Caspersen et al., 1985). Sie umfasst die regelmäßige und organisierte Ausübung von Einzel- oder Teamsportarten, welche oftmals wettbewerbsorientiert sind (Eime et al., 2013a). Sportliche Aktivitäten haben gegenüber alltäglichen körperlichen Aktivitäten wie Gehen und Treppensteigen aufgrund ihrer höheren Intensität eine größere gesundheitsförderliche Wirkung (Janssen & LeBlanc, 2010). Besonders groß sind die positiven Effekte bei Ausdauersportarten (Janssen & LeBlanc, 2010). Die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wird vor allem durch die Ausübung von Teamsportarten begünstigt (siehe Eime, Young, Harvey, Charity & Payne, 2013b für eine Übersicht). Beispielsweise weisen Jugendliche, die einer Teamsportart nachgehen, ein geringeres Risiko für Depressivität (Gore, Farrell & Gordo, 2001) und ein höheres Selbstwertgefühl (Pedersen & Seidman, 2004) auf. Die Beteiligung an sportlichen Aktivitäten wird ähnlich wie die körperliche Aktivität von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Verschiedene Studien zeigten beispielsweise,

dass Jungen sowie Heranwachsende aus Familien mit höherem Wohlstand häufiger sportlich aktiv sind (z.B. Fairclough, Boddy, Hackett & Stratton, 2009; Manz et al., 2014; Seabra, Mendonc, Thomis, Peters & Maia, 2007).

#### Wie wurde die sportliche Aktivität erfasst?

Zur Beurteilung der sportlichen Aktivität wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, wie häufig sie Sport in der Freizeit treiben, so dass sie dabei außer Atem kommen oder schwitzen (Aarø & Wold, 1986). Sie konnten zwischen den Antwortoptionen "nie", "weniger als 1-mal im Monat", "1-mal im Monat", "1-mal in der Woche", "2- bis 3-mal in der Woche", "4- bis 6-mal in der Woche" und "jeden Tag" auswählen. Für die Darstellung der Befragungsergebnisse wurden die Antwortoptionen zu den Kategorien "4- bis 7-mal pro Woche", "1- bis 3-mal pro Woche" und "bis zu 1-mal im Monat" zusammengefasst.

### 4.1.3 Brandenburger Ergebnisse

Erfreulicherweise ist der Großteil der befragten Brandenburger Kinder und Jugendlichen (74.4%) an mehreren Tagen pro Woche in ihrer Freizeit sportlich aktiv. Dennoch gaben 11.0% der Schülerinnen und Schüler an, höchstens einmal im Monat einer außerschulischen sportlichen Aktivität nachzugehen. Die Tabelle 4.1) zeigt, dass sich für außerschulische sportliche Aktivität ähnliche Effekte in Bezug auf das Geschlecht, die Alterskategorie, die besuchte Schulform und den familiären Wohlstand wie bei der körperlichen Aktivität zeigen (vgl. Abschnitt 4.1.1).

Mädchen sind signifikant seltener vier- bis siebenmal pro Woche sportlich aktiv als Jungen. Mit steigendem Alter nimmt der Anteil an Kindern und Jugendlichen signifikant ab, die in höherem Ausmaß sportlich aktiv sind (4- bis 7-mal pro Woche sportlich aktiv: 11-Jährige: 46.3% vs. 15-Jährige: 34.2%). Der Geschlechterunterschied ist hierbei zu Ungunsten von Mädchen im Alter von 15 Jahren am größten. Die Häufigkeit der sportlichen Aktivität steht ebenfalls in einem signifikanten Zusammenhang mit der besuchten Schulform. Hier zeigt sich, dass vor allem Schülerinnen und Schüler an Grundschulen (46.5%) und Förderschulen (45.2%) öfter eine sportliche Aktivität in ihrer Freizeit ausüben. Der hohe Anteil für die Grundschule lässt sich durch den vorliegenden Alterseffekt erklären. Interessanterweise ist der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die seltener eine sportliche Aktivität in ihrer Freizeit ausüben, mit 21.3% ebenfalls an Förderschulen am höchsten. Einen vergleichbar hohen Anteil an sportlich weniger aktiven Kindern und Jugendlichen findet sich ebenfalls für die Oberschule (17.4%). Weiterhin steht die Häufigkeit der sportlichen Aktivität signifikant mit dem familiären Wohlstand in Verbindung. Hier fällt auf, dass Lernende aus Familien mit einem hohen Wohlstand häufiger sportlich aktiv und Lernende aus Familien mit einem niedrigen Wohlstand seltener sportlich aktiv sind.

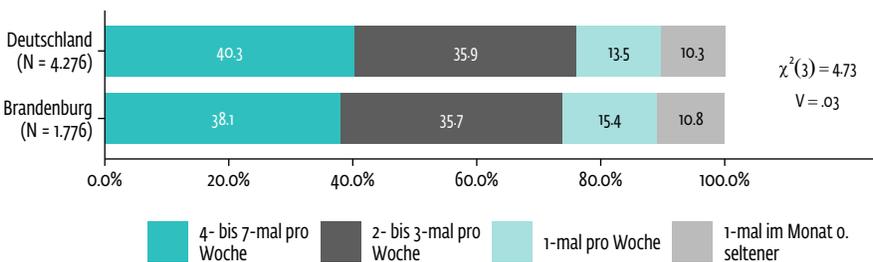
**Tab. 4.1:** Häufigkeit außerschulischer sportlicher Aktivität von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand

	Sportliche Aktivitäten (in %)				Teststatistik	
	4- bis 7-mal pro Woche	2- bis 3-mal pro Woche	1-mal pro Woche	bis zu 1-mal im Monat	$\chi^2$ (df)	V
<b>Gesamt</b>	<b>39.3</b>	<b>35.1</b>	<b>14.5</b>	<b>11.0</b>		
<b>Geschlecht</b>						
Jungen	46.0	33.2	10.5	10.3	65.29(3) <sup>****</sup>	.15
Mädchen	33.2	36.9	18.3	11.6		
<b>Alterskategorie</b>						
11-jährige	46.3	33.7	12.8	7.1	78.04(6) <sup>****</sup>	.11
13-jährige	35.8	37.5	16.6	10.2		
15-jährige	34.2	34.0	14.3	17.5		
<b>Schulform</b>						
Grundschule	46.5	32.6	13.7	7.3	104.93(12) <sup>****</sup>	.09
Oberschule	34.3	33.1	15.2	17.4		
Gymnasium	38.7	38.8	14.5	7.9		
Gesamtschule	30.3	42.7	16.9	10.1		
Förderschule	45.2	21.3	12.3	21.3		
<b>Fam. Wohlstand</b>						
Niedrig	36.1	29.1	15.0	19.7	96.52(6) <sup>****</sup>	.10
Mittel	37.7	37.8	15.3	9.2		
Hoch	45.6	36.4	12.3	5.7		

Anmerkungen. N = 2.893-2.971.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \*\*\*\*  $p < .001$ .

#### 4.1.4 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen

Die Abbildung 4.4 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Häufigkeit der sportlichen Aktivität im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen.



**Abb. 4.4:** Häufigkeit außerschulischer sportlicher Aktivität von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke.

Brandenburger Schülerinnen und Schüler üben ähnlich häufig eine sportliche Aktivität wie eine repräsentative Auswahl an Schülerinnen und Schülern in Deutschland aus.

#### Was sind die zentralen Ergebnisse zur sportlichen Aktivität?

- Der Großteil der Brandenburger Schülerinnen und Schüler ist an mehreren Tagen pro Woche in der Freizeit sportlich aktiv.
- Mädchen, ältere Jugendliche, Schülerinnen und Schüler an Förder- und Oberschulen sowie Lernende aus Familien mit niedrigerem Wohlstand sind seltener sportlich aktiv.
- Brandenburger Schülerinnen und Schüler unterscheiden sich hinsichtlich der Häufigkeit außerschulischer sportlicher Aktivität nicht vom Bundesdurchschnitt.

## 4.2 Ernährungsverhalten

### 4.2.1 Frühstück

Frühstücken trägt zur täglichen Energie- und Nährstoffzufuhr bei, welche für eine gesunde Entwicklung im Kindes- und Jugendalter benötigt wird (Monzani et al., 2019; Rampersaud, Pereira, Girard, Adams & Metz, 2005). Frühstücken steht mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für Übergewicht und Adipositas, einem gesunden Lebensstil und besseren schulischen Leistungen bei Kindern und Jugendlichen in Verbindung, wobei die Qualität und Regelmäßigkeit des Frühstücks entscheidend ist (z.B. de la Hunty, Gibson & Ashwell, 2013; O'Neil & Nicklas, 2019; Rampersaud et al., 2005; Szajewska & Rusczyński, 2010).

Ernährungsgewohnheiten wie das tägliche Frühstücken oder das Auslassen eines täglichen Frühstücks werden im Kindes- und Jugendalter etabliert (Bruening, Larson, Story, Neumark-Sztainer & Hannan, 2011) und haben einen Einfluss auf die Gesundheit im Erwachsenenalter. Beispielsweise steht das Auslassen des Frühstücks mit einem erhöhten Risiko für Diabetes (Ballon, Neuenschwander & Schlesinger, 2019) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Takagi, Hari, Nakashima, Kuno & Ando, 2019) im Zusammenhang. Die Häufigkeit für das tägliche Frühstücken unterscheidet sich in Abhängigkeit von verschiedenen soziodemografischen und psychosozialen Einflussfaktoren. Beispielsweise zeigten Inchley et al. (2016), dass Mädchen seltener als Jungen täglich frühstücken und dass ein höheres Alter sowie ein geringerer familiärer Wohlstand mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für tägliches Frühstücken assoziiert sind. In verschiedenen Studien wurde ebenfalls gezeigt, dass die Möglichkeit

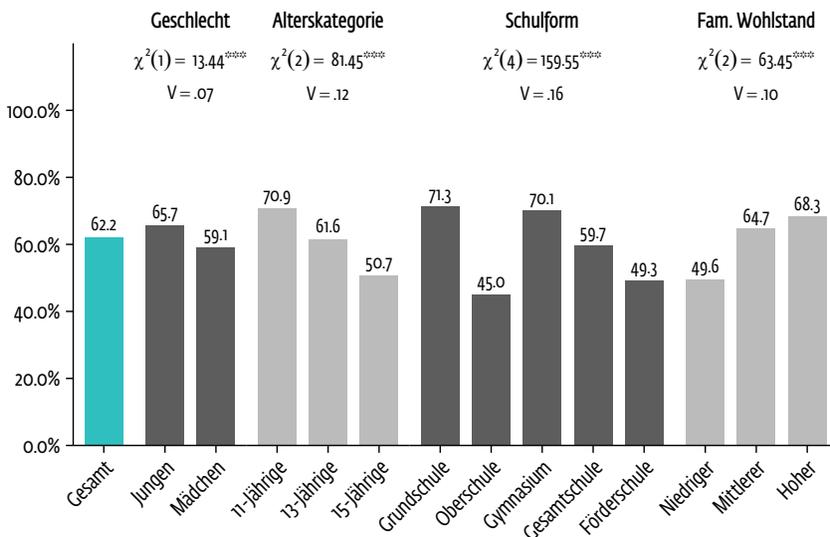
eines gemeinsamen Frühstücks mit den Eltern mit einer höheren Regelmäßigkeit des Frühstückens im Zusammenhang steht (siehe Pearson, Biddle & Gorely, 2009 für einen Überblick).

### Wie wurde das Frühstück an Schultagen erfasst?

Zur Beurteilung der Häufigkeit des Frühstückens an Schultagen wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, wie oft sie normalerweise in einer Schulwoche mehr als nur ein Glas Milch oder Fruchtsaft zum Frühstück zu sich nehmen (Currie, Samdal, Boyce & Smith, 2001). Sie konnten zwischen den Antwortoptionen von "nie an Schultagen" bis "an fünf Tagen" auswählen. Ausgewertet wurde der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die täglich in der Schulwoche frühstücken.

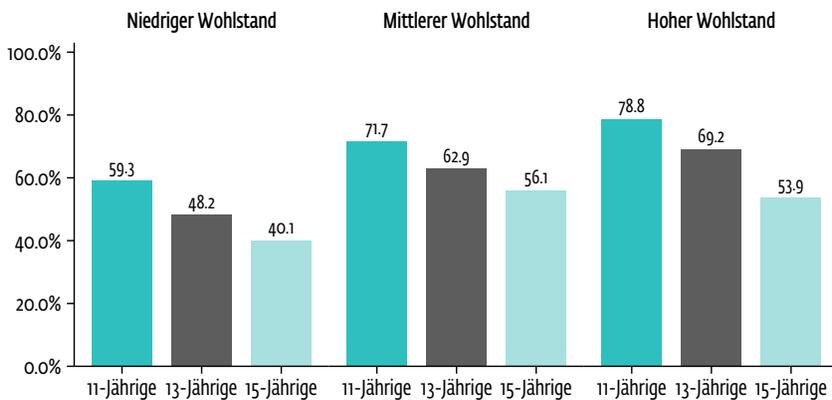
#### 4.2.1.1 Brandenburger Ergebnisse

Mit 62.2% nimmt der Großteil der befragten Brandenburger Kinder und Jugendlichen normalerweise an jedem Schultag Frühstück zu sich. Dennoch gaben 19.9% der Schülerinnen und Schüler an, normalerweise an keinem Schultag Frühstück zu essen. Die Abbildung 4.5 zeigt die Häufigkeit für das tägliche Frühstück an Schultagen differenziert nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand.



**Abb. 4.5:** Häufigkeit des täglichen Frühstückens an Schultagen nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand.  $N = 2.897-2.971$ .  $\chi^2$  = Testwert.  $V$  = Maß der Effektstärke.  $*** p < .001$ .

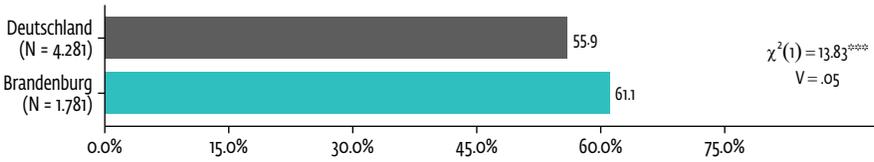
Mädchen lassen an Schultagen signifikant häufiger das Frühstück aus als Jungen. Mit steigendem Alter nimmt der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die normalerweise an jedem Schultag frühstücken, signifikant ab. Während 70.9% der 11-Jährigen täglich an Schultagen frühstücken sind es bei den 15-Jährigen nur noch 50.7%. Die Häufigkeit für das tägliche Frühstück steht ebenfalls mit der besuchten Schulform und dem familiären Wohlstand in einem signifikanten Zusammenhang. Besonders selten frühstücken Schülerinnen und Schüler an Oberschulen (45.0%) und Förderschulen (49.3%) täglich an Schultagen. Ähnlich gering ist der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die nicht täglich an Schultagen frühstücken, bei Lernenden aus Familien mit niedrigem Wohlstand. In Abbildung 4.6 wird deutlich, dass vor allem jüngere Kinder aus Familien mit niedrigerem Wohlstand besonders selten ein tägliches Frühstück an Schultagen zu sich nehmen.



**Abb. 4.6:** Häufigkeit des täglichen Frühstückens an Schultagen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach familiärem Wohlstand und Alterskategorie.

**4.2.1.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen**

Die Abbildung 4.7 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Häufigkeit für das tägliche Frühstück an Schultagen im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Brandenburger Schülerinnen und Schüler frühstücken signifikant öfter an jedem Schultag als Schülerinnen und Schüler des Bundesdurchschnitts. Der Unterschied beträgt im Durchschnitt 5.2%.



**Abb. 4.7:** Häufigkeit des täglichen Frühstückens an Schultagen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert.  $V$  = Maß der Effektstärke. \*\*\*  $p < .001$ .

### Was sind die zentralen Ergebnisse zum Frühstück an Schultagen?

- Ca. zwei Drittel aller Schülerinnen und Schüler in Brandenburg frühstückt normalerweise an jedem Schultag, ein Fünftel frühstückt an keinem Schultag.
- Mädchen, ältere Jugendliche, Schülerinnen und Schüler an Ober- und Förderschulen sowie Lernende aus Familien mit niedrigem Wohlstand essen seltener täglich an Schultagen Frühstück.
- Brandenburger Lernende frühstücken öfter täglich als Lernende des Bundesdurchschnitts.

## 4.2.2 Ernährungsgewohnheiten

Ernährung sollte ausgewogen, abwechslungsreich und auf den täglichen Energiebedarf abgestimmt sein (Herforth et al, 2019). Die täglichen Mahlzeiten von Kindern und Jugendlichen sollten sich vorrangig aus Gemüse, Obst, Getreide- und Milchprodukten zusammensetzen sowie Fleisch, Fisch, Eier, Fette und Zucker nur in einem geringen Umfang beinhalten (z.B. Kersting, Alexy & Clausen, 2005). Zudem sollte ausreichend Flüssigkeit, am besten in Form von ungezuckerten Getränken, zu sich genommen werden. Entgegen dieser Empfehlungen essen Kinder und Jugendliche zu wenig Gemüse, Obst und Milchprodukte sowie zu viel Fleisch, Fett und Süßigkeiten (Diethelm et al., 2012). Eine unausgewogene Ernährung in der Kindheit und Jugend steht nicht nur mit einem höheren Body-Mass-Index in Zusammenhang (Braithwaite et al., 2014), sondern bedingt auch ein höheres Risiko für Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Erwachsenenalter (z.B. Aune et al., 2017).

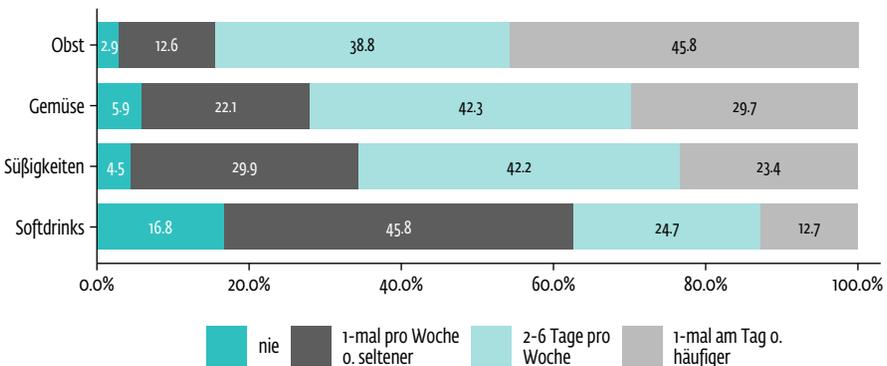
Die Art der konsumierten Lebensmittel wird von vielen Faktoren beeinflusst. Beispielsweise essen Mädchen und jüngere Kinder mehr und öfter Obst und Gemüse (siehe Rasmussen et al., 2006 für einen Überblick) sowie seltener Fastfood als Jungen und ältere Kinder (Bowman, Gortmaker, Ebbeling, Pereira & Ludwig, 2004). Überblicksarbeiten zeigen ebenfalls, dass der Konsum von bestimmten Lebensmitteln mit der Verfügbarkeit dieser Lebensmittel im Haushalt, dem sozioökonomischen Status sowie dem Konsumverhalten der Eltern in Zusammenhang steht (Patrick & Nicklas, 2005; Rasmussen et al., 2006).

**Wie wurde die Ernährungsgewohnheiten erfasst?**

Zur Beurteilung der Ernährungsgewohnheiten wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, wie häufig sie normalerweise in der Woche Obst, Gemüse, Süßigkeiten und Softdrinks konsumieren (Currie et al., 2001). Zur Wahl standen jeweils die Antwortoptionen "nie", "weniger als 1-mal pro Woche", "etwa 1-mal pro Woche", "2-4 Tage pro Woche", "5-6 Tage pro Woche", "jeden Tag 1-mal" und "jeden Tag mehrmals". Für die Darstellung der Befragungsergebnisse wurden die Antwortoptionen zu den Kategorien "nie", "1-mal pro Woche oder seltener", "2 bis 6 Tage pro Woche" und "1-mal am Tag oder häufiger" zusammengefasst. Weiterhin wurde der Anteil an Schülerinnen und Schülern ausgewertet, die täglich Obst, Gemüse, Süßigkeiten und Softdrinks verzehren.

**4.2.2.1 Brandenburger Ergebnisse**

Die Abbildung 4.8 zeigt die Häufigkeit, mit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler normalerweise in der Woche Obst, Gemüse, Süßigkeiten und Softdrinks konsumieren. Gemüse und Obst werden von den befragten Kindern und Jugendlichen häufiger verzehrt als Süßigkeiten und Softdrinks. Fast jedes zweite Kind isst täglich Obst und ca. jedes dritte Kind täglich Gemüse. Erfreulicherweise essen 76.6% der Schülerinnen und Schüler seltener als täglich Süßigkeiten und 87.3% trinken seltener als täglich Softdrinks. Bedenklich ist der Anteil an Lernenden, die höchstens einmal pro Woche Obst (15.5%) oder Gemüse (28.0%) essen und der Anteil an Lernenden, die mindestens einmal am Tag Süßigkeiten (23.4%) und Softdrinks (12.7%) verzehren.



**Abb. 4.8:** Häufigkeit, mit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler Obst, Gemüse, Süßigkeiten und Softdrinks konsumieren.

### Täglicher Obst- und Gemüsekonsum:

In der Tabelle 4.2 findet sich ein Überblick über die Häufigkeit des täglichen Obst- und Gemüsekonsums differenziert nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand. Mädchen essen signifikant häufiger täglich Obst und Gemüse als Jungen. Mit steigendem Alter nimmt der Anteil an Kindern und Jugendlichen ab, die täglich Obst und Gemüse essen. Beispielsweise essen 50.7% der 11-jährigen täglich Obst, wohingegen es bei den 15-Jährigen nur noch 40.3% sind. Die Häufigkeit für den täglichen Obst- und Gemüsekonsum steht ebenfalls mit der Schulform in einem signifikanten Zusammenhang. Besonders selten essen Schülerinnen und Schüler an Förder- und Oberschulen täglich Obst. Die Häufigkeit für den täglichen Gemüsekonsum ist mit 22.8% bei Schülerinnen und Schülern an Oberschulen besonders niedrig. Zudem unterscheidet sich der tägliche Obst- und Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von dem familiären Wohlstand. Lernende aus Familien mit hohem Wohlstand essen deutlich häufiger täglich Obst und Gemüse als Lernende aus Familien mit niedrigerem Wohlstand.

**Tab. 4.2:** Häufigkeit des täglichen Obst- und Gemüsekonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand

	Täglich Obst (in %)				Täglich Gemüse (in %)			
	nein	ja	$\chi^2(df)$	V	nein	ja	$\chi^2(df)$	V
<b>Gesamt</b>	<b>54.2</b>	<b>45.8</b>			<b>70.3</b>	<b>29.7</b>		
<b>Geschlecht</b>								
Jungen	60.4	39.6	41.60(1) <sup>****</sup>	.12	76.2	23.8	45.58(1) <sup>****</sup>	.12
Mädchen	48.6	51.4			64.9	35.1		
<b>Alterskategorie</b>								
11-jährige	49.3	50.7	21.46(2) <sup>****</sup>	.06	66.6	33.4	12.12(2) <sup>***</sup>	.04
13-jährige	55.4	44.6			72.6	27.4		
15-jährige	59.7	40.3			72.6	27.4		
<b>Schulform</b>								
Grundschule	51.1	48.9	54.88(4) <sup>****</sup>	.09	67.1	32.9	25.31(4) <sup>****</sup>	.06
Oberschule	64.2	35.8			77.2	22.8		
Gymnasium	48.4	51.6			69.4	30.6		
Gesamtschule	52.1	47.9			64.8	35.2		
Förderschule	65.2	34.8			69.7	30.3		
<b>Fam. Wohlstand</b>								
Niedrig	62.5	37.5	40.12(2) <sup>****</sup>	.08	74.1	25.9	20.80(2) <sup>****</sup>	.06
Mittel	54.2	45.8			71.8	28.2		
Hoch	45.9	54.1			63.9	36.1		

Anmerkungen. N = 2.906-2.983.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \*\*\* p < .01. \*\*\*\* p < .001.

**Täglicher Süßigkeiten- und Softdrinkkonsum:**

In der Tabelle 4.3 findet sich ein Überblick über die Häufigkeit des täglichen Süßigkeiten- und Softdrinkkonsums differenziert nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand. Mädchen (24.9%) trinken signifikant seltener täglich Softdrinks als Jungen (21.8%). Im Gegensatz dazu essen Mädchen tendenziell häufiger täglich Süßigkeiten, wobei dieser Unterschied nicht statistisch signifikant ist. Mit steigendem Alter verändern sich der tägliche Süßigkeiten- und Softdrinkkonsum signifikant. Konkret essen Kinder und Jugendliche seltener täglich Süßigkeiten, trinken aber häufiger täglich Softdrinks.

**Tab. 4.3:** Häufigkeit des täglichen Süßigkeiten- und Softdrinkkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand

	Täglich Süßigkeiten (in %)				Täglich Softdrinks (in %)			
	nein	ja	$\chi^2(df)$	V	nein	ja	$\chi^2(df)$	V
<b>Gesamt</b>	<b>76.6</b>	<b>23.4</b>			<b>87.3</b>	<b>12.7</b>		
<b>Geschlecht</b>								
Jungen	78.2	21.8	3.79(1)*	.04	84.5	15.5	19.10(1)****	.08
Mädchen	75.1	24.9			89.9	10.1		
<b>Alterskategorie</b>								
11-jährige	72.9	27.1	14.16(2)***	.05	90.5	9.5	18.47(2)****	.05
13-jährige	78.3	21.7			86.2	13.8		
15-jährige	79.6	20.4			84.2	15.8		
<b>Schulform</b>								
Grundschule	73.0	27.0	9.69(4)*	.04	90.2	9.8	113.66(4)****	.14
Oberschule	79.1	20.9			78.6	21.4		
Gymnasium	77.9	22.1			92.4	7.6		
Gesamtschule	76.4	23.6			91.4	8.6		
Förderschule	75.5	24.5			72.9	27.1		
<b>Fam. Wohlstand</b>								
Niedrig	78.5	21.5	3.22(2)	.02	84.4	15.6	8.79(2)*	.04
Mittel	76.9	23.1			87.6	12.4		
Hoch	74.6	25.4			89.5	10.5		

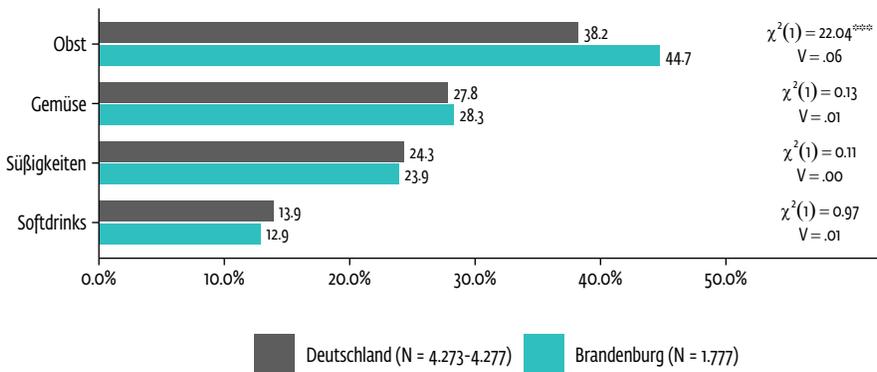
Anmerkungen. N = 2.906-2.983.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \* p < .05. \*\* p < .01. \*\*\*\* p < .001.

Weiterhin stehen der tägliche Süßigkeiten- und Softdrinkkonsum in einem signifikanten Zusammenhang zur besuchten Schulform. Besonders bedenklich ist der hohe Anteil an Schülerinnen und Schülern, die täglich Softdrinks trinken, an Förder- und Oberschulen. Hier nimmt jedes vierte bis fünfte Kind täglich Softdrinks zu sich. In Bezug auf den familiären Wohlstand zeigt sich, dass Lernende aus Familien mit niedrigerem

Wohlstand signifikant häufiger täglich Softdrinks und tendenziell seltener täglich Süßigkeiten konsumieren als Lernende aus Familien mit höherem Wohlstand. Der Zusammenhang ist jedoch nur für den täglichen Verzehr von Softdrinks signifikant.

#### 4.2.2.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen

Die Abbildung 4.9 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Häufigkeit für den täglichen Obst-, Gemüse-, Süßigkeiten- und Softdrinkkonsum im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Brandenburger Schülerinnen und Schüler essen signifikant häufiger täglich Obst als eine repräsentative Auswahl an Schülerinnen und Schülern in Deutschland. Der Unterschied beträgt im Durchschnitt 6.5%. Hinsichtlich des täglichen Gemüse-, Süßigkeiten- und Softdrinkkonsums finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Brandenburger und bundesweiten Ergebnissen.



**Abb. 4.9:** Häufigkeit des täglichen Obst-, Gemüse-, Süßigkeiten- und Softdrinkkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke. \*\*\*\*  $p < .001$ .

#### Was sind die zentralen Ergebnisse zu den Ernährungsgewohnheiten?

- Ca. die Hälfte der Brandenburger Schülerinnen und Schüler isst täglich Obst und ein Drittel täglich Gemüse. Ca. ein Viertel isst täglich Süßigkeiten und ein Sechstel trinkt täglich Softdrinks.
- Jungen, ältere Kinder, Schülerinnen und Schüler an Förder- und Oberschulen sowie Lernende aus Familien mit niedrigerem Wohlstand konsumieren seltener täglich Gemüse sowie häufiger täglich Softdrinks. Jüngere Kinder und Schülerinnen und Schüler an Förder- und Grundschulen essen häufiger täglich Süßigkeiten.
- Brandenburger Lernende essen häufiger täglich Obst als Lernende des Bundesdurchschnitts.

### 4.2.3 Strategien zur Gewichtskontrolle

Im Jugendalter finden zahlreiche Reifungsprozesse statt, die zu deutlichen Veränderungen des eigenen Körpers führen. Jugendliche stehen vor der Herausforderung, diese körperlichen Veränderungen in Abgleich mit geltenden Schönheitsidealen in ihr Selbstbild zu integrieren (Markey, 2010). Im Verlauf der Pubertät nimmt die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper sowohl für Mädchen und als auch für Jungen ab (z.B. Bucchianeri, Arikian, Hannan, Eisenberg & Neumark-Sztainer, 2013; Eisenberg, Neumark-Sztainer & Paxton, 2006). Eine höhere körperbezogene Unzufriedenheit und eine verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpergewichts stehen - auch unabhängig vom tatsächlichen Körpergewicht - mit dem Wunsch Gewicht zu verlieren (Yost, Krainovich-Miller, Budin & Norman, 2010) und der Nutzung von Strategien zur Kontrolle des eigenen Körpergewichts in Zusammenhang (z.B. Lee & Lee, 2016; siehe Shagar, Harris, Boddy & Donovan, 2017 für einen Überblick).

Zur Gewichtskontrolle setzen Jugendliche sowohl gesundheitsförderliche Strategien wie eine ausgewogene Ernährung und einen angemessenen Umfang an körperlicher Aktivität als auch gesundheitsriskante Strategien wie das Auslassen oder Erbrechen von Mahlzeiten und die Einnahme von Diätpillen oder Abführmitteln (z.B. Boutelle, Neumark-Sztainer, Story & Resnick, 2002) ein. Ungesunde Gewichtskontrollstrategien werden häufig bis ins Erwachsenenalter genutzt (Haynos et al., 2018) und begünstigen langfristig die Gewichtszunahme (Neumark-Sztainer et al., 2012) und die Entwicklung von Essstörungen (Neumark-Sztainer et al., 2011). Mädchen, ältere und übergewichtige Jugendliche nutzen häufiger sowohl gesunde als auch ungesunde Strategien zu Gewichtskontrolle als andere Jugendliche (z.B. Boutelle et al., 2002; Kim et al., 2018; Stephen, Rose, Kenney, Rosselli-Navarra & Weissman, 2014).

#### Wie wurden die Strategien der Gewichtskontrolle erfasst?

Zur Beurteilung der Nutzung von Gewichtskontrollstrategien sollten die Kinder und Jugendlichen angeben, ob sie in den letzten 12 Monaten sieben gesunde Strategien (z.B. Sport treiben, weniger Fett essen, weniger Cola oder zuckerhaltige Limonade trinken) und sechs ungesunde Strategien (z.B. Mahlzeiten auslassen, Diätpillen oder Abführmittel nutzen, sich erbrechen) zur Kontrolle ihres Körpergewichts genutzt haben (Currie et al., 2001). Ausgewertet wurde der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die mindestens eine gesunde sowie mindestens eine ungesunde Strategie genutzt haben.

#### 4.2.3.1 Brandenburger Ergebnisse

Von den befragten Brandenburger Schülerinnen und Schülern haben in den letzten 12 Monaten 92.7% mindestens eine gesunde Strategie und 40.1% mindestens eine ungesunde Strategie zur Regulation ihres Körpergewichtes genutzt. Von den gesunden Ge-

wichtskontrollstrategien werden am häufigsten das Sporttreiben (81.6%) und das Trinken von mehr Wasser (70.5%) und am seltensten das Essen kleinerer Mengen (39.5%) und das Essen von weniger Fett (45.2%) angewendet. Von den ungesunden Gewichtskontrollstrategien werden am häufigsten das Auslassen von Mahlzeiten (31.3%) und Trennkost (14.1%) und am seltensten die Einnahme von Diätpillen oder Abführmitteln (2.5%) und häufigeres Rauchen (3.5%) angewendet. In der Tabelle 4.4 findet sich ein Überblick über die Nutzung von gesunden und ungesunden Gewichtskontrollstrategien differenziert nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand.

**Tab. 4.4:** Häufigkeit, mit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler mindestens eine gesunde und ungesunde Gewichtskontrollstrategie nutzen, nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand

	Gesunde Strategien (in %)				Ungesunde Strategien (in %)			
	keine	mind. 1	$\chi^2(df)$	V	keine	mind. 1	$\chi^2(df)$	V
<b>Gesamt</b>	<b>7.3</b>	<b>92.7</b>			<b>59.9</b>	<b>40.1</b>		
<b>Geschlecht</b>								
Jungen	8.2	91.8	2.87(1)	.03	63.3	36.7	12.17(1) <sup>****</sup>	.06
Mädchen	6.5	93.5			56.8	43.2		
<b>Alterskategorie</b>								
11-jährige	6.6	93.4	1.27(2)	.01	64.1	35.9	19.63(2) <sup>****</sup>	.06
13-jährige	7.8	92.2			60.2	39.8		
15-jährige	7.6	92.4			53.9	46.1		
<b>Schulform</b>								
Grundschule	4.8	95.2	23.41(4) <sup>****</sup>	.06	62.3	37.7	118.37(4) <sup>****</sup>	.14
Oberschule	5.8	94.2			46.1	53.9		
Gymnasium	10.4	89.6			69.2	30.8		
Gesamtschule	8.0	92.0			66.3	33.7		
Förderschule	5.6	94.4			40.8	59.2		
<b>Fam. Wohlstand</b>								
Niedrig	5.5	94.5	4.42(2)	.03	52.2	47.8	22.93(2) <sup>****</sup>	.06
Mittel	7.6	92.4			61.3	38.7		
Hoch	8.2	91.8			64.2	35.8		

Anmerkungen. N = 2.758-2.822.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \*\*\*\* p < .001.

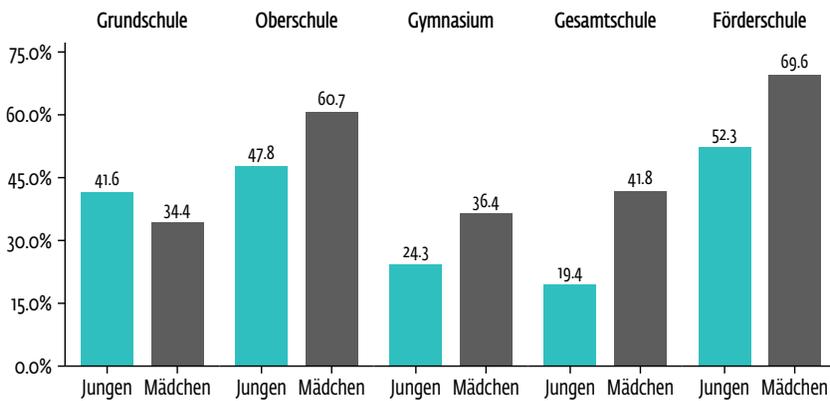
### Nutzung von gesunden Gewichtskontrollstrategien:

Die Nutzung von gesunden Strategien zur Gewichtskontrolle unterscheidet sich signifikant zwischen Schülerinnen und Schülern unterschiedlicher Schulformen. Im Vergleich zu Lernenden an Gymnasien (89.6%) berichten mehr Lernende an Grundschulen (95.2%), Förderschulen (94.4%) und Oberschulen (94.2%) mindestens eine gesunde

de Gewichtskontrollstrategie in den letzten 12 Monaten genutzt zu haben. Hinsichtlich des Geschlechts, der Alterskategorie und des familiären Wohlstands finden sich keine signifikanten Unterschiede.

**Nutzung von ungesunden Gewichtskontrollstrategien:**

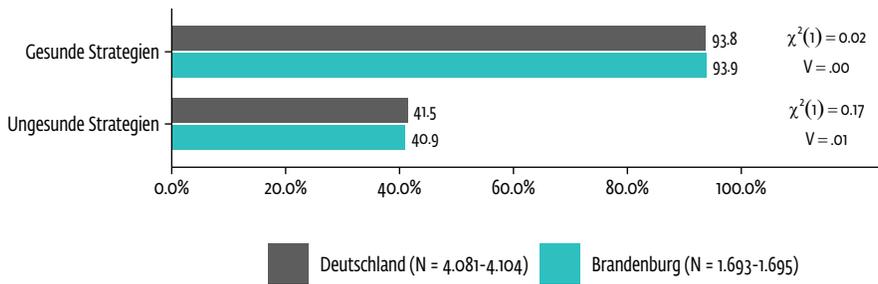
Mädchen haben in den letzten 12 Monaten signifikant häufiger mindestens eine ungesunde Strategie zur Regulation ihres Körpergewichts genutzt als Jungen. Die Häufigkeit, mit der ungesunde Gewichtskontrollstrategien genutzt werden, steigt mit dem Alter signifikant an (11-Jährige: 35.9% vs. 15-Jährige: 46.1%). Weiterhin unterscheidet sich die Nutzung von ungesunden Strategien zur Gewichtskontrolle in Abhängigkeit von der besuchten Schulform. Besonders Schülerinnen und Schüler an Oberschulen (53.9%) und Förderschulen (59.2%) geben an, mindestens eine ungesunde Strategie zur Regulation des eigenen Körpergewichts genutzt zu haben. In der Abbildung 4.10 wird deutlich, dass vor allem Mädchen an Förder- und Oberschulen häufiger als der Brandenburger Durchschnitt (40.1%) ungesunde Gewichtskontrollstrategien einsetzen. Zudem ist der Geschlechtereffekt zu Ungunsten von Mädchen besonders stark an Gesamtschulen. Hinsichtlich des familiären Wohlstands zeigt sich, dass Lernende aus Familien mit niedrigem Wohlstand signifikant häufiger ungesunde Gewichtskontrollstrategien nutzen als Lernende aus Familien mit höherem familiären Wohlstand.



**Abb. 4.10:** Häufigkeit, mit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler mindestens eine ungesunde Gewichtskontrollstrategie nutzen, nach Geschlecht und Schulform.

**4.2.3.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen**

Die Abbildung 4.11 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Nutzung von Gewichtskontrollstrategien im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Brandenburger Schülerinnen und Schüler setzen ähnlich häufig gesunde un ungesunde Strategien zur Regulation ihres Körpergewichts ein wie Lernende des Bundesdurchschnitts.



**Abb. 4.11:** Häufigkeit, mit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler mindestens eine gesunde und ungesunde Gewichtskontrollstrategie nutzen, im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke.

### Was sind die zentralen Ergebnisse zu Strategien der Gewichtskontrolle?

- Fast alle Brandenburger Schülerinnen und Schüler haben in den letzten 12 Monaten mindestens eine gesunde und fast die Hälfte mindestens eine ungesunde Strategie zur Regulation ihres Körpergewichts eingesetzt.
- Schülerinnen und Schüler an Grundschulen, Förder- und Oberschulen nutzen häufiger gesunde Gewichtskontrollstrategien.
- Mädchen, ältere Kinder, Schülerinnen und Schüler an Förder- und Oberschulen und Lernende aus Familien mit niedrigem Wohlstand nutzen häufiger ungesunde Gewichtskontrollstrategien.
- Brandenburger Schülerinnen und Schüler unterscheiden sich hinsichtlich der Nutzung von gesunden und ungesunden Gewichtskontrollstrategien nicht vom Bundesdurchschnitt.

### 4.3 Zahnhygiene

Die Gesunderhaltung des Zahngewebes ist wichtig, um der Entstehung von Zahnkrankheiten wie zum Beispiel Karies und Parodontose vorzubeugen. Laut der WHO sind Schülerinnen und Schüler mit einer Prävalenz von 60.0% bis 90.0% von Karies betroffen (Petersen, 2003). Gerade im Kindes- und Jugendalter ist die Gesunderhaltung der Zähne von besonderer Relevanz, da krankheitsbedingte Schäden an bleibenden Zähnen irreversibel sind. Zahnkrankheiten verursachen durch deren Behandlung und sekundäre Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes enorme wirtschaftliche Kosten (Listl, Galloway, Mossey & Marcenes, 2015). Weiterhin stehen Zahnkrankheiten mit einer geringeren Lebensqualität im Zusammenhang und können zu Fehltagen in der Schule führen.

Die Entstehung der häufigsten Zahnkrankheiten und deren negativen Folgen lassen sich durch einen verringerten Konsum zuckerhaltiger Nahrungsmittel und eine optimale Mundhygiene verringern oder sogar vermeiden (z.B. Peres et al., 2016; Zimmermann et al., 2015). Für eine optimale Zahnhygiene wird zweimal tägliches Zähneputzen mit einer fluorhaltigen Zahnpasta empfohlen (Walsh et al., 2010; Zimmermann et al., 2015). Aus diesem Grund wird in vielen Studien (z.B. Pitchika et al., 2019) die Häufigkeit des Zähneputzens als Indikator der Zahnhygiene genutzt. Die routinierte Umsetzung der Zahnhygiene wird durch eine Vielzahl von Faktoren wie das Geschlecht, das Alter und den familiären Wohlstand und das Modellverhalten der Eltern bedingt (z.B. Chhabra & Chhabra, 2012). Beispielsweise putzen sich Mädchen sowie Kinder und Jugendliche aus Familien mit höherem Wohlstand häufiger als andere Kinder und Jugendliche die Zähne (Inchley et al., 2016).

#### Wie wurde die Zahnhygiene erfasst?

Zur Beurteilung der Zahnhygiene, wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, wie häufig sie sich die Zähne putzen (Aarø & Wold, 1986). Sie konnten zwischen den Antwortoptionen "mehr als 1-mal am Tag", "1-mal pro Tag", "mindestens 1-mal pro Woche, aber nicht täglich", "seltener als 1-mal pro Woche" und "nie" auswählen. Für die Darstellung der Befragungsergebnisse wurden die letzten drei Antwortoptionen zusammengefasst.

#### 4.3.1 Brandenburger Ergebnisse

Der Großteil der befragten Brandenburger Kinder und Jugendlichen putzt sich häufiger als einmal am Tag die Zähne (80.9%) und erfüllt somit die empfohlene Zahnhygiene. Bei den 19.1% die angeben, sich einmal am Tag oder seltener die Zähne zu putzen,

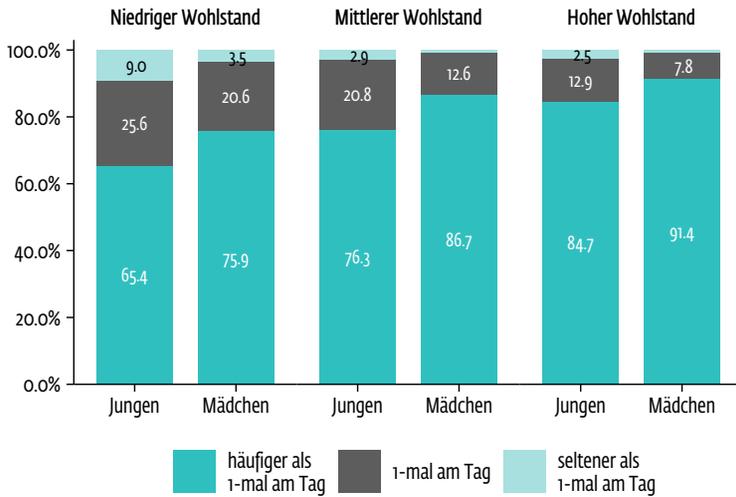
liegt eine mangelhafte Zahnhygiene vor. In der Tabelle 4.5 findet sich ein Überblick über die Einschätzung der Zahnhygiene differenziert nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand.

**Tab. 4.5:** Häufigkeit, mit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler ihre Zähne putzen, nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand

	Zähneputzen (in %)			Teststatistik	
	häufiger als 1-mal am Tag	1-mal am Tag	seltener als 1-mal am Tag	$\chi^2$ (df)	V
<b>Gesamt</b>	<b>80.9</b>	<b>16.3</b>	<b>2.8</b>		
<b>Geschlecht</b>					
Jungen	76.1	19.7	4.2	46.49(2) <sup>***</sup>	.12
Mädchen	85.3	13.2	1.5		
<b>Alterskategorie</b>					
11-jährige	85.8	12.3	1.9	41.37(4) <sup>***</sup>	.08
13-jährige	80.7	16.2	3.1		
15-jährige	74.2	22.2	3.6		
<b>Schulform</b>					
Grundschule	85.4	12.9	1.7	81.59(8) <sup>***</sup>	.09
Oberschule	70.8	24.1	5.1		
Gymnasium	84.3	14.1	1.6		
Gesamtschule	85.4	11.9	2.6		
Förderschule	75.0	19.9	5.1		
<b>Fam. Wohlstand</b>					
Niedrig	71.2	22.8	5.9	82.30(4) <sup>***</sup>	.09
Mittel	81.6	16.6	1.8		
Hoch	88.0	10.3	1.6		

Anmerkungen. N = 2.916-2.994.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \*\*\* p < .001.

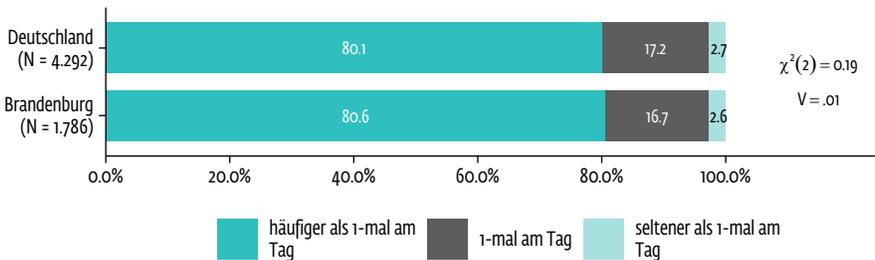
Es zeigt sich ein signifikanter Geschlechterunterschied, wobei Mädchen öfter als Jungen die empfohlene Zahnhygiene einhalten. Weiterhin putzen sich jüngere Schülerinnen und Schüler signifikant häufiger als ältere Schülerinnen und Schüler die Zähne (85.8% der 11-Jährigen vs. 74.2% der 15-Jährigen putzen sich mehrmals täglich die Zähne). Hinsichtlich der besuchten Schulform und des familiären Wohlstands zeigen sich ebenfalls signifikante Unterschiede in Bezug auf die Zahnhygiene. Besonders hoch ist der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die sich seltener als einmal am Tag die Zähne putzen, bei Schülerinnen und Schülern an Oberschulen (5.1%) und Förderschulen (5.1%) sowie Lernenden aus Familien mit niedrigem Wohlstand (5.9%). Die Abbildung 4.12 zeigt, dass vor allem Jungen aus Familien mit niedrigem Wohlstand eine mangelhafte Zahnhygiene aufweisen (34.6%).



**Abb. 4.12:** Häufigkeit, mit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler ihre Zähne putzen, nach familiärem Wohlstand und Geschlecht.

**4.3.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen**

Die Abbildung 4.13 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Zahnhygiene im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Die Häufigkeit, mit der sich Brandenburger Schülerinnen und Schüler die Zähne putzen, unterscheidet sich nicht signifikant vom bundesweiten Durchschnitt.



**Abb. 4.13:** Häufigkeit, mit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler ihre Zähne putzen, im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke.

### Was sind die zentralen Ergebnisse zur Zahnhygiene?

- Der Großteil der Brandenburger Kinder und Jugendlichen putzt sich häufiger als einmal am Tag die Zähne und erfüllt somit die empfohlene Zahnhygiene.
- Jungen, ältere Jugendliche, Schülerinnen und Schüler an Ober- und Förderschulen sowie Lernende aus Familien mit niedrigem Wohlstand putzen sich seltener die Zähne.
- Brandenburger Lernende unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Zahnhygiene nicht vom Bundesdurchschnitt.

## 4.4 Soziales Risikoverhalten

### 4.4.1 Schlägereien

Schlägereien sind insbesondere unter Jugendlichen weit verbreitet (Crowther, Goodson, McGuire & Dickson, 2013; Franke, Huynh-Hohnbaum & Chung, 2002; Walsh et al., 2013). Jugendliche, die in Schlägereien involviert sind, berichten verstärkte körperliche und emotionale gesundheitliche Einschränkungen (Walsh et al., 2013). Insgesamt stellen Schlägereien damit ein relevantes gesundheitsbezogenes Risikoverhalten dar (Crowther et al., 2013; Franke et al., 2002; Smith-Khuri et al., 2004; Walsh et al., 2013). Zudem steht die Verwicklung in Schlägereien mit weiteren gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen wie dem Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum im Zusammenhang (Smith-Khuri et al., 2004; Soares, Araújo, Ramos & Fraga, 2019; Willems & van Santen, 2014).

Jungen sind häufiger an Schlägereien beteiligt als Mädchen (de Looze, Elgar, Currie, Kolip & Stevens, 2019; Franke et al., 2002; Smith-Khuri et al., 2004; Soares et al., 2019; Willems & van Santen, 2014; Walsh et al., 2013). Ob Kinder und Jugendliche in Schlägereien verwickelt sind oder nicht, hängt nicht nur von individuellen Aspekten, sondern auch von sozialen und kulturellen Einflussfaktoren ab (de Looze et al., 2019; Willems & van Santen, 2014). Die Betrachtung von Schlägereien als gesundheitsbezogenes Risikoverhalten hat im Jugendalter eine besondere Relevanz, da solche physischen Gewalthandlungen unter Umständen für Jugendliche zu identitätsstiftenden Aspekten und damit langfristig zu einem risikohaften Teil der persönlichen Identität werden können (Crowther et al., 2013). Als gefährdet gelten Kinder und Jugendliche insbesondere dann, wenn sie häufig (mindestens drei- oder viermal in den letzten 12 Monaten) in Schlägereien verwickelt sind (de Looze et al., 2019; Walsh et al., 2013).

**Wie wurden Schlägereien erfasst?**

Zur Beurteilung der Beteiligung an Schlägereien wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, wie oft sie innerhalb der letzten 12 Monaten in Schlägereien verwickelt waren (Brener, Collins, Kann, Warren & Williams, 1995). Sie konnten zwischen den Antwortoptionen "nie", "1-mal", "2-mal", "3-mal" und "4-mal oder öfter" auswählen. Für die Darstellung der Befragungsergebnisse wurden die Antwortoptionen zu den Kategorien "nie", "1- bis 2-mal" und "3-mal oder öfter" zusammengefasst.

**4.4.1.1 Brandenburger Ergebnisse**

Die meisten Brandenburger Schülerinnen und Schüler waren in den letzten 12 Monaten in keine Schlägerei verwickelt. Mehr als jeder vierte Jugendliche (27.1%) war mindestens einmal in eine Schlägerei verwickelt, aber nur etwa jeder 14. Jugendliche (7.3%) regelmäßig (mindestens dreimal in den letzten 12 Monaten). Die Tabelle 4.6 zeigt die Beteiligung an Schlägereien differenziert nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand.

**Tab. 4.6:** Beteiligung an Schlägereien von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand

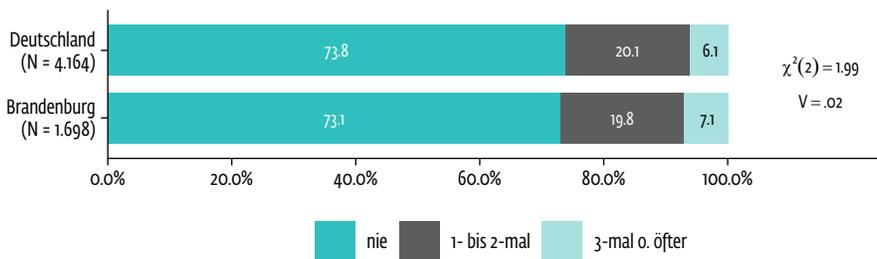
	Beteiligung an Schlägereien (in %)			Teststatistik	
	nie	1- bis 2-mal	3-mal o. öfter	$\chi^2(df)$	V
<b>Gesamt</b>	<b>72.9</b>	<b>19.7</b>	<b>7.3</b>		
<b>Geschlecht</b>					
Jungen	60.7	27.6	11.6	198.88(2) <sup>***</sup>	.26
Mädchen	84.0	12.6	3.4		
<b>Alterskategorie</b>					
11-jährige	68.2	23.2	8.5	19.59(4) <sup>**</sup>	.06
13-jährige	76.2	17.1	6.7		
15-jährige	75.3	18.2	6.5		
<b>Schulform</b>					
Grundschule	65.9	25.2	8.9	201.56(8) <sup>***</sup>	.15
Oberschule	62.3	25.5	12.2		
Gymnasium	85.1	12.9	2.1		
Gesamtschule	86.3	10.7	3.1		
Förderschule	55.5	26.0	18.5		
<b>Fam. Wohlstand</b>					
Niedrig	69.0	22.2	8.8	10.05(4) <sup>*</sup>	.03
Mittel	73.7	18.9	7.3		
Hoch	74.6	20.1	5.4		

Anmerkungen. N = 2.772-2.838.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \* p < .05. \*\* p < .01. \*\*\* p < .001.

Jungen sind signifikant häufiger in Schlägereien verwickelt als Mädchen. Zwischen Schlägereien und dem Geschlecht besteht dabei ein größerer Zusammenhang als zwischen Schlägereien und dem Alter, der Schulform oder dem familiären Wohlstand. 11-jährige Jungen und Mädchen sind häufiger in Schlägereien verwickelt als 13-jährige oder 15-jährige Jungen und Mädchen. Schülerinnen und Schüler an Gesamtschulen und Gymnasien haben besonders selten Erfahrungen mit Schlägereien; Schülerinnen und Schüler an Förderschulen dagegen häufiger. Während an Gymnasien und Gesamtschulen nur maximal 3.1% der Lernenden regelmäßig in Schlägereien verwickelt sind, ist es bei Lernenden an Förderschulen fast jeder fünfte Lernende. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Wohlstand sind häufiger in Schlägereien verwickelt als Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem oder mittlerem Wohlstand.

#### 4.4.1.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen

Die Abbildung 4.14 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Beteiligung an Schlägereien im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Kinder und Jugendliche in Brandenburg sind weder häufiger noch seltener in Schlägereien verwickelt als Kinder und Jugendliche in Deutschland.



**Abb. 4.14:** Beteiligung an Schlägereien von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke.

#### Was sind die zentralen Ergebnisse zur Beteiligung an Schlägereien?

- Die meisten Kinder und Jugendlichen in Brandenburg haben keine Erfahrungen mit Schlägereien. Ca. jede/r 14. Jugendliche ist regelmäßig in Schlägereien verwickelt.
- Jungen, jüngere Jugendliche, Schülerinnen und Schüler an Förderschulen und Lernende aus Familien mit niedrigem Wohlstand prügeln sich häufiger.
- Brandenburger Lernende sind ähnlich häufig in Schlägereien verwickelt wie Lernende des Bundesdurchschnitts.

#### 4.4.2 Schulisches Mobbing

Unter Mobbing versteht man eine spezifische Form der Gewalt, die wiederholt stattfindet, mit der Absicht zu schädigen ausgeübt wird und bei der ein Machtungleichgewicht zwischen den Beteiligten besteht (Olweus, 1994). Dieses Machtungleichgewicht kann durch unterschiedliche Aspekte wie körperliche Stärke, aber auch soziale Eingebundenheit entstehen. Auch, wenn nationale und internationale Studien einen Rückgang von Mobbingfällen belegen, sind nach wie vor viele Schülerinnen und Schüler von Mobbing betroffen (Bilz et al., 2017; Modecki, Minchin, Harbaugh, Guerra & Runions, 2014; Oertel, Melzer & Schmechtig, 2017). Dies ist besonders problematisch, da negative Konsequenzen von Mobbing für alle Beteiligten gut belegt sind. Zu diesen Konsequenzen können Depressivität, Suizidalität und psychosomatische Symptome ebenso gehören wie akademische Leistungsverluste und erhöhte Schulvermeidung (Bilz, 2008; Gini & Pozzoli, 2013; Klomek et al., 2013; Moore et al., 2017). Mobbing schränkt damit die Gesundheit der beteiligten Schülerinnen und Schüler ein und verletzt das Grundrecht eines jeden Menschen auf Respekt, Sicherheit und körperliche und psychische Unverletztheit.

Mobbing kann auf unterschiedliche Arten ausgeführt werden (Olweus, 1994). Neben dem körperlichen Mobbing (z.B. Schlagen, Schubsen) gibt es das verbale Mobbing (z.B. Beleidigen, Verspotten) sowie das sogenannte relationale Mobbing, das auf die Sozialbeziehungen der gemobbten Lernenden abzielt (z.B. Gerüchte verbreiten, jemanden ausschließen). Auch Cybermobbing, also Mobbing, das durch neue Medien vermittelt wird (z.B. soziale Netzwerke, Messenger-Dienste), wird in der Regel als eine eigene Unterart des Mobbings verstanden (vgl. Kapitel 4.4.3). Studien zeigen, dass Erfahrungen mit relationalem Mobbing für die gemobbten Schülerinnen und Schüler mit besonders starken negativen Konsequenzen einhergehen können (Baldry & Winkel, 2004; Crick, 1996; Crick & Bigbee, 1998; Nixon, Linkie, Coleman & Fitch, 2011).

##### Wie wurde schulisches Mobbing erfasst?

Zunächst wurde den Schülerinnen und Schülern eine schülergerechte Definition von Mobbing präsentiert. Dann wurden die Lernenden gefragt, wie oft sie in den letzten Monaten in der Schule gemobbt wurden und selbst jemanden gemobbt haben (Olweus, 1996). Sie konnten zwischen den Antwortoptionen "Ich wurde in den letzten Monaten nicht in der Schule gemobbt" (Erfahrungen als Gemobbte) bzw. "Ich habe in den letzten Monaten niemanden in der Schule gemobbt" (Erfahrungen als Mobbende), "1- oder 2-mal", "2- bis 3-mal im Monat", "ungefähr 1-mal pro Woche" und "mehrmals pro Woche" auswählen. Erfahrungen als Gemobbte liegen hierbei vor, wenn eine Schülerin oder ein Schüler "mind. 2- bis 3-mal pro Monat" in der Schule von anderen gemobbt wurde. Erfahrungen als Mobbende liegen hierbei vor, wenn eine Schülerin oder ein Schüler "mind. 2- bis 3-mal pro Monat" selbst andere in der Schule gemobbt hat.

#### 4.4.2.1 Brandenburger Ergebnisse

Es zeigt sich, dass die meisten befragten Brandenburger Kinder und Jugendlichen keine Erfahrungen als Gemobbte oder Mobbende in der Schule gemacht haben. Etwa jeder 11. Jugendliche gibt an, in den letzten Monaten in der Schule gemobbt worden zu sein. Dagegen berichtet nur jeder 24. Lernende, in den letzten Monaten jemanden gemobbt zu haben. Damit wird die Erfahrung, gemobbt zu werden, mehr als doppelt so häufig angegeben als die Erfahrung, andere zu mobben. In der Tabelle 4.7 findet sich ein Überblick über die Erfahrungen mit schulischem Mobbing differenziert nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand.

**Tab. 4.7:** Erfahrungen mit schulischem Mobbing von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand

	Erfahrung als Gemobbte (in %)				Erfahrung als Mobbende (in %)			
	nein	ja	$\chi^2(df)$	V	nein	ja	$\chi^2(df)$	V
<b>Gesamt</b>	<b>90.9</b>	<b>9.1</b>			<b>95.8</b>	<b>4.2</b>		
<b>Geschlecht</b>								
Jungen	91.6	8.4	1.44(1)	.02	94.0	6.0	20.73(1)****	.08
Mädchen	90.3	9.7			97.5	2.5		
<b>Alterskategorie</b>								
11-jährige	90.7	9.3	0.19(2)	.01	97.8	2.2	21.65(2)****	.06
13-jährige	91.2	8.8			95.5	4.5		
15-jährige	91.0	9.0			93.5	6.5		
<b>Schulform</b>								
Grundschule	90.2	9.8	57.47(4)****	.10	97.9	2.1	107.88(4)****	.13
Oberschule	88.4	11.6			89.7	10.3		
Gymnasium	94.8	5.2			98.7	1.3		
Gesamtschule	93.1	6.9			98.5	1.5		
Förderschule	77.8	22.2			91.3	8.7		
<b>Fam. Wohlstand</b>								
Niedrig	86.9	13.1	21.40(2)****	.06	94.9	5.1	2.39(2)	.02
Mittel	91.4	8.6			96.3	3.7		
Hoch	93.8	6.2			95.8	4.2		

Anmerkungen. N = 2.821-2.892.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \*\*\*\* p < .001.

#### Erfahrung als Gemobbte:

Jungen und Mädchen berichten gleich häufig, von anderen gemobbt worden zu sein. Für die Erfahrung als Gemobbte ergeben sich auch keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Unterschiede bestehen dagegen hinsichtlich der Schulform. Schülerinnen und Schüler an Förderschulen geben am häufigsten an, von anderen gemobbt

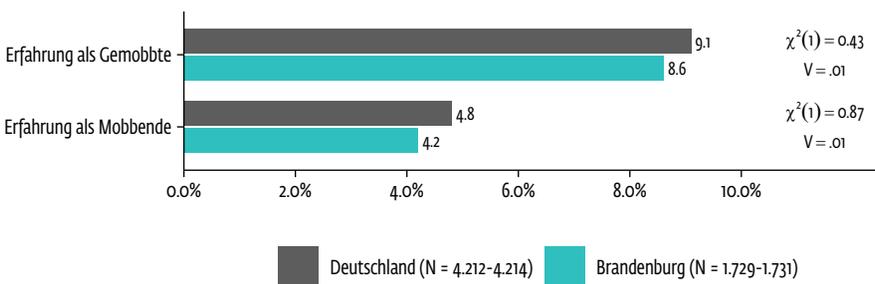
worden zu sein, Schülerinnen und Schüler an Gymnasien und Gesamtschulen dagegen am seltensten. Zudem unterscheiden sich die Berichte zu den Erfahrungen als Gemobbte hinsichtlich des familiären Wohlstands der Schülerinnen und Schüler. Lernende aus Familien mit hohem Wohlstand geben am seltensten an, gemobbt zu werden, Lernende aus Familien mit niedrigem Wohlstand dagegen am häufigsten.

**Erfahrung als Mobbende:**

Die Berichte, andere zu mobben, unterscheiden sich zwischen Lernenden aus Familien mit unterschiedlichem Wohlstand dagegen nicht. Sowohl Schülerinnen und Schüler aus Familien mit niedrigem, mittlerem und hohem Wohlstand berichten gleichermaßen selten davon, andere zu mobben. Im Gegensatz zu den Erfahrungen als Gemobbte bestehen jedoch Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts und des Alters. Während nur 2.5% der Mädchen berichten, andere gemobbt zu haben, sind es bei den Jungen mit 6.0% mehr als doppelt so viele. Je älter die Lernenden werden, desto häufiger berichten sie davon, in den letzten Monaten Mobbing ausgeübt zu haben. Wie bei den Berichten hinsichtlich der Erfahrungen, gemobbt zu werden, bestehen auch bei den Berichten zu aktiven Mobbinghandlungen Unterschiede hinsichtlich der Schulform. Allerdings ist die Art dieser Unterschiede anders. Während Schülerinnen und Schüler an Gymnasien und Oberschulen am seltensten von den Erfahrungen als Mobbende (wie auch als Gemobbte) berichten, sind es beim eigenen Mobbingverhalten die Schülerinnen und Schüler an Oberschulen, die die meisten Erfahrungen berichten (bei den Erfahrungen, gemobbt zu werden, betrifft dies Lernende an Förderschulen).

**4.4.2.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen**

Die Abbildung 4.15 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Erfahrungen mit schulischem Mobbing im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Brandenburger Schülerinnen und Schüler machen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt nicht häufiger oder seltener Erfahrungen mit schulischem Mobbing.



**Abb. 4.15:** Erfahrungen mit schulischem Mobbing von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke.

### Was sind die zentralen Ergebnisse zum schulischen Mobbing?

- Etwa einer von 11 Lernenden gibt an, in den letzten Monaten gemobbt worden zu sein und einer von 24 Lernenden gibt an, selbst andere gemobbt zu haben.
- Schülerinnen und Schüler an Förderschulen und Lernende aus Familien mit niedrigem Wohlstand und werden häufiger gemobbt.
- Jungen, ältere Jugendliche und Schülerinnen und Schüler an Oberschulen mobben häufiger andere.
- Brandenburger Lernende unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Erfahrungen mit schulischem Mobbing nicht vom Bundesdurchschnitt.

#### 4.4.3 Cybermobbing

Neben dem "traditionellen" Mobbing (vgl. Kapitel 4.4.2) ist das Cybermobbing, also das wiederholte Schikanieren von Personen mittels digitaler Medien ein zunehmend relevantes Thema für Kinder und Jugendliche. Die Anonymität, die physische Distanz, die weite Verbreitung digitaler Medien, deren Zugänglichkeit zu jeder Zeit für jede Person auch außerhalb der Schule sowie das fehlende emotionale Feedback eigener Handlungen im digitalen Raum sind Besonderheiten digitaler Kommunikation, die Cybermobbing begünstigen (Schultze-Krumbholz & Scheithauer, 2015; Wachs, Hess, Scheithauer & Schubarth, 2016). Studien zeigen, dass es große Überschneidungen zwischen traditionellen Mobbingformen und Cybermobbing gibt, sowohl hinsichtlich der beteiligten Personengruppen (Waasdorp & Bradshaw, 2015) als auch hinsichtlich der Ätiologie (Casas, Del Rey & Ortega-Ruiz, 2013). Cybermobbing steht vor allem für die Gemobbten mit schlechteren schulischen Leistungen und mit negativen gesundheitlichen Aspekten wie beispielsweise Ängsten und Depression oder riskantem Verhalten in Verbindung (Kowalski, Giumetti, Schroeder & Lattaner, 2014).

### Wie wurde Cybermobbing erfasst?

Zunächst wurde den Schülerinnen und Schülern eine schülergerechte Definition von Mobbing präsentiert. Dann wurden die Lernenden gefragt, wie oft sie in den letzten Monaten online gemobbt wurden und selbst jemanden gemobbt haben (Olweus, 1996). Sie konnten zwischen den Antwortoptionen "Ich wurde in den letzten Monaten nicht online gemobbt" (Erfahrungen als Gemobbte) bzw. "Ich habe in den letzten Monaten niemanden online gemobbt" (Erfahrungen als Mobbende), "1- oder 2-mal", "2- bis 3-mal im Monat", "ungefähr 1-mal pro Woche" und "mehrmals pro Woche" auswählen. Erfahrungen als Gemobbte liegen hierbei vor, wenn eine Schülerin oder ein Schüler "mind. 2- bis 3-mal pro Monat" online von anderen gemobbt wurde. Erfahrungen als Mobbende liegen hierbei vor, wenn eine Schülerin oder ein Schüler "mind. 2- bis 3-mal pro Monat" selbst andere online gemobbt hat.

**4.4.3.1 Brandenburger Ergebnisse**

Die Tabelle 4.8 informiert darüber, wie viele Brandenburger Kinder und Jugendliche differenziert nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand Erfahrungen mit Cybermobbing gemacht haben. Die große Mehrheit der Befragten hat Cybermobbing nicht erlebt bzw. ausgeübt. Nur 2.0% berichten, dass sie andere gemobbt haben und 3.7% berichten, dass sie mittels digitaler Medien gemobbt wurden. Ähnlich wie beim traditionellen Mobbing finden sich Geschlechts- und altersbezogene Unterschiede nur bei den Mobbenden. Mobbende sind eher Jungen und gehören vermehrt der Altersgruppe der 15-Jährigen an. Bei den Schülerinnen und Schülern, die Erfahrungen als Gemobbte berichten, finden sich keine signifikanten alters- und geschlechtsbezogenen Differenzen. Ebenso wie beim traditionellen Mobbing ist die Schulform besonders eng mit der Verbreitung von Cybermobbing verbunden. Sehr selten wird Cybermobbing an Gesamtschulen und Gymnasien berichtet, während es an Förder- und Oberschulen deutlich verbreiteter ist.

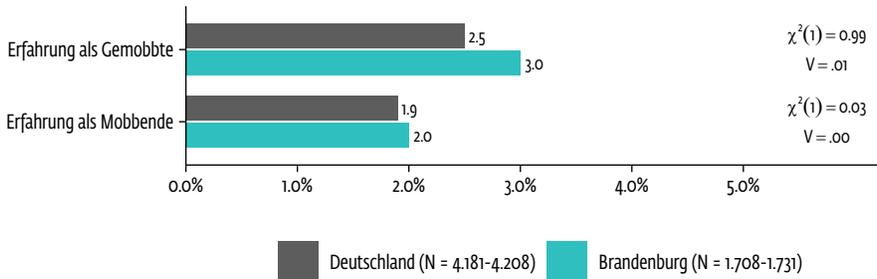
**Tab. 4.8:** Erfahrungen mit Cybermobbing von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand

	Erfahrung als Gemobbte (in %)				Erfahrung als Mobbende (in %)			
	nein	ja	$\chi^2(df)$	V	nein	ja	$\chi^2(df)$	V
<b>Gesamt</b>	<b>96.3</b>	<b>3.7</b>			<b>98.0</b>	<b>2.0</b>		
<b>Geschlecht</b>								
Jungen	96.8	3.2	1.35(1)	.02	97.1	2.9	10.93(1) <sup>***</sup>	.06
Mädchen	95.9	4.1			98.9	1.1		
<b>Alterskategorie</b>								
11-jährige	96.1	3.9	3.40(2)	.02	98.7	1.3	14.23(2) <sup>***</sup>	.05
13-jährige	97.1	2.9			98.5	1.5		
15-jährige	95.5	4.5			96.4	3.6		
<b>Schulform</b>								
Grundschule	95.7	4.3	33.78(4) <sup>****</sup>	.07	98.6	1.4	40.82(4) <sup>****</sup>	.08
Oberschule	94.4	5.6			96.2	3.8		
Gymnasium	98.1	1.9			99.3	0.7		
Gesamtschule	99.2	0.8			99.2	0.8		
Förderschule	91.0	9.0			93.4	6.6		
<b>Fam. Wohlstand</b>								
Niedrig	94.8	5.2	5.86(2)	.03	98.1	1.9	0.43(2)	.01
Mittel	96.9	3.1			98.2	1.8		
Hoch	96.6	3.4			97.8	2.2		

Anmerkungen. N = 2.782-2.890.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \*\*\* p < .01. \*\*\*\* p < .001.

#### 4.4.3.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen

Die Abbildung 4.16 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Erfahrungen mit Cybermobbing im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt zeigt sich, dass Brandenburger Kinder und Jugendliche nicht häufiger oder seltener Erfahrungen mit Cybermobbing machen als im Bundesdurchschnitt.



**Abb. 4.16:** Erfahrungen mit Cybermobbing von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke.

#### Was sind die zentralen Ergebnisse zum Cybermobbing?

- Die große Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Brandenburg hat keine Erfahrungen mit Cybermobbing gemacht.
- Jungen, ältere Jugendliche und Schülerinnen und Schüler an Förder- und Oberschulen mobben andere häufiger mittels digitaler Medien.
- Brandenburger Lernende unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Erfahrungen mit Cybermobbing nicht vom Bundesdurchschnitt.

## 4.5 Substanzkonsum

### 4.5.1 Tabakkonsum

Rauchen stellt ein Gesundheitsrisiko dar, indem es die Entstehung von Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen begünstigt (z.B. Bates et al., 2007; Gandini et al., 2008; U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Nicht nur der aktive, sondern auch der passive Konsum von Tabakrauch stellt ein Gesundheitsrisiko dar (Cao, Yang, Gan & Lu, 2015). Jährlich sterben ca. acht Millionen Menschen weltweit (WHO, 2019) und über 120.000 Menschen allein in Deutschland (Mons & Kahnert, 2019) an den Folgen des Rauchens. Somit stellt der Tabakkonsum den wichtigsten Risikofaktor für vorzeitige Sterblichkeit dar (Jha & Peto, 2014).

In Deutschland rauchen 23.8% der Erwachsenen (Zeiber, Kuntz & Lange, 2017) und 7.2% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren gelegentlich oder täglich (Zeiber, Starker & Kuntz, 2018b). Trotz der Abnahme des absoluten Anteils der rauchenden Heranwachsenden in den vergangenen Jahren (vgl. Zeiber, Lange, Starker, Lampert & Kuntz, 2018a) sollte ein besonderes Augenmerk auf die Tabakprävention im Kindes- und Jugendalter gelegt werden, da der Einstieg in den gewohnheitsmäßigen Tabakkonsum meist vor dem 18. Lebensjahr beginnt (U.S. Department of Health and Human Services, 2012). Zudem steht ein früher Einstieg mit einem höheren Risiko für tabakassoziierte Gesundheitsprobleme und soziale Probleme in Zusammenhang (z.B. Ellickson, Tucker & Klein, 2001; Kendler, Myers, Damaj & Chen, 2013). Für das Rauchverhalten zeigen sich soziale Unterschiede zu Ungunsten von sozial benachteiligten und bildungsfernen Kindern und Jugendlichen (z.B. Inchley et al., 2016). Neben intrapersonellen Einflussfaktoren werden verschiedene interpersonelle Faktoren (z.B. Rauchverhalten der Gleichaltrigen und der Eltern [Zeiber et al., 2018b]) sowie institutionelle und gesellschaftliche Faktoren (z.B. Zugänglichkeit und gesellschaftliche Akzeptanz von Tabakprodukten [siehe U.S. Department of Health and Human Services, 2012 für eine Übersicht]) mit dem Rauchverhalten in Verbindung gebracht.

#### Wie wurde der Tabakkonsum erfasst?

Zur Beurteilung des Zigarettenkonsums wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, an wie vielen Tagen sie in ihrem ganzen Leben sowie in den letzten 30 Tagen Zigaretten geraucht haben (Currie et al., 2014, adaptiert von Hibell et al., 1997). Sie konnten zwischen den Antwortoptionen "nie", "1-2 Tagen", "3-5 Tagen", "6-9 Tagen", "10-19 Tagen", "20-29 Tagen" und "30 Tagen oder mehr" auswählen. Ausgewertet wurde der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die mindestens einmal in ihrem Leben (Lebenszeit-Prävalenz) und in den letzten 30 Tagen (30-Tages-Prävalenz) Zigaretten geraucht haben. Zusätzlich wurden für die Darstellung der Befragungsergebnisse zum 30-Tageskonsum die Antwortoptionen zu den Kategorien "nie", "1 bis 29 Tage" und "30 Tage" zusammengefasst. Die letzte Kategorie entspricht einem täglichen Zigarettenkonsum.

#### 4.5.1.1 Brandenburger Ergebnisse

Von den befragten Brandenburger Schülerinnen und Schülern haben mit 85.4% die meisten noch nie in ihrem Leben Zigaretten geraucht. Weitere 10.1% haben an ein bis 29 Tagen und 4.5% an 30 oder mehr Tagen in ihrem Leben Zigaretten geraucht. In den letzten 30 Tagen haben 8.0% der befragten Kinder und Jugendlichen Zigaretten konsumiert, wovon die meisten seltener als täglich geraucht haben. Unter allen Befragten können 2.2% als tägliche Raucherinnen und Raucher identifiziert werden. In der Tabelle 4.9 findet sich ein Überblick über den Zigarettenkonsum in den letzten 30 Tagen differenziert nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand.

**Tab. 4.9:** Häufigkeit des Zigarettenkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand

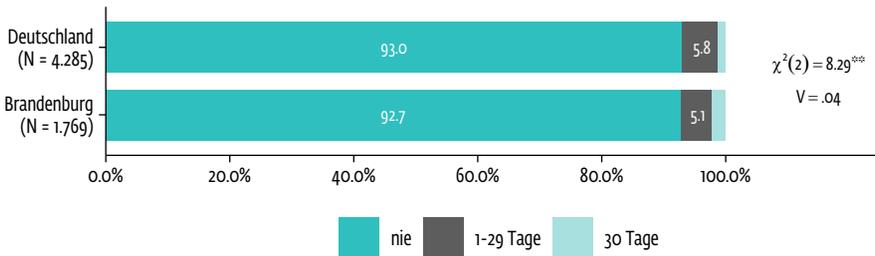
	Zigarettenkonsum in den letzten 30 Tagen (in %)			Teststatistik	
	nie	1-29 Tage	30 Tage	$\chi^2(df)$	V
<b>Gesamt</b>	<b>92.0</b>	<b>5.8</b>	<b>2.2</b>		
<b>Geschlecht</b>					
Jungen	92.5	5.2	2.3	1.91(2)	.02
Mädchen	91.7	6.3	2.0		
<b>Alterskategorie</b>					
11-jährige	98.9	1.0	0.1	242.77(4)****	.20
13-jährige	93.6	5.7	0.7		
15-jährige	80.5	12.5	7.0		
<b>Schulform</b>					
Grundschule	99.0	1.0	0.0	258.89(8)****	.17
Oberschule	80.1	13.2	6.7		
Gymnasium	96.4	3.3	0.3		
Gesamtschule	94.7	3.8	1.5		
Förderschule	81.7	13.7	4.6		
<b>Fam. Wohlstand</b>					
Niedrig	88.2	8.5	3.3	24.82(4)****	.05
Mittel	93.8	4.1	2.1		
Hoch	92.0	6.7	1.4		

Anmerkungen. N = 2.882-2.954.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \*\*\*\* p < .001.

Für den Zigarettenkonsum in den letzten 30 Tagen zeigt sich ein deutlicher Alterseffekt. Mit steigendem Alter nimmt der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die täglich rauchen, signifikant zu (11-Jährige: 0.1% vs. 15-Jährige: 7.0%). Weiterhin unterscheidet sich die Häufigkeit, mit der in den letzten 30 Tagen Tabak konsumiert wurde, signifikant in Abhängigkeit von der besuchten Schulform und dem familiären Wohlstand. Besonders hoch ist der Anteil an täglichen Raucherinnen und Rauchern an Oberschulen (6.7%) und Förderschulen (4.6%). In Bezug auf den familiären Wohlstand zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen Wohlstand häufiger täglich rauchen als Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem höheren Wohlstand. Die schulformspezifischen Unterschiede des 30-Tages-Konsums können zum Teil durch den vorliegenden Effekt für die Alterskategorie und den familiären Wohlstand erklärt werden. Demnach konsumieren Lernende an weiterführenden Schulformen mit einem niedrigeren Qualifikationsziel besonders häufig Tabak. Der 30-Tages-Zigarettenkonsum unterscheidet sich nicht zwischen Mädchen und Jungen.

**4.5.1.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen**

Der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die mindestens einmal in ihrem Leben Zigaretten geraucht haben, ist in Brandenburg (14.0%) ähnlich hoch wie im Bundesdurchschnitt (14.8%). Für den Konsum von Zigaretten in den letzten 30 Tagen (vgl. Abb. 4.17) zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Brandenburger und den bundesweiten Ergebnissen. Hierbei ist der Anteil an täglich rauchenden Kindern und Jugendlichen in Brandenburg (2.1%) fast doppelt so hoch im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (1.2%).



**Abb. 4.17:** Häufigkeit des Zigarettenkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke. \*\*\*  $p < .01$ .

**Was sind die zentralen Ergebnisse zum Tabakkonsum?**

- Jede/r siebte Brandenburger Schüler/in hat in ihrem/seinem Leben und jede/r 13. Schüler/in in den letzten 30 Tagen mindestens einmal Zigaretten geraucht. Der Anteil der täglichen Raucherinnen und Raucher beträgt 2.2%.
- Ältere Jugendliche, Schülerinnen und Schüler an Ober- und Förderschulen sowie Lernende aus Familien mit niedrigem Wohlstand haben im letzten Monat häufiger täglich Zigaretten geraucht.
- Brandenburger Lernende unterscheiden sich hinsichtlich ihres Lebenszeitkonsums von Tabak nicht vom Bundesdurchschnitt, rauchen aber häufiger täglich Zigaretten.

**4.5.2 Alkoholkonsum**

Alkoholkonsum erhöht das Risiko für verschiedene Erkrankungen (z.B. erhöhter Blutdruck, Leberschädigungen, chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung, Speiseröhrenkrebs), ungeschützten Geschlechtsverkehr, Verletzungen und Gewalt (z.B. Cooper, 2002; Corrao, Bagnardi, Zambon & La Vecchia, 2004). Ein häufiger und massierter Konsum von Alkohol steht zudem mit einer vorzeitigen Sterblichkeit in Zusammenhang (siehe Di Castelnuovo et al., 2006 für eine Übersicht). Allein in Deutschland ster-

ben jährlich 14.000 Menschen an alkoholbedingten Erkrankungen (Rommel, Saß & Rabenberg, 2016). Aufgrund der hohen Gesundheitsrisiken stellt die Prävention des Alkoholkonsums in vielen Ländern ein wichtiges gesellschaftliches Anliegen dar, welches durch die Gesetzgebung und die Umsetzung von Präventionsprogrammen aktiv verfolgt wird (Brand, Saisana, Rynn, Pennoni & Lowenfels, 2007).

Der Konsum von Alkohol beginnt üblicherweise im Jugendalter (siehe Kandel, 1980 für eine Übersicht) und wird im Erwachsenenalter fortgesetzt (Paavola, Vartiainen & Haukkala, 2004). In Deutschland hat bereits die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren Alkohol getrunken und 12.5% zeigen einen riskanten Alkoholkonsum (Zeiger et al., 2018b). Ein früher Einstieg in den Alkoholkonsum wird mit vermehrten Gesundheitsrisiken wie einem exzessiven Alkoholkonsum, dem Fahren unter Alkoholeinfluss und dem Auftreten einer Alkoholabhängigkeit in Verbindung gebracht (Hingson, Heeren & Winter, 2006; Hingson & Zha, 2009). Somit stellt die Prävention des Alkoholkonsums im Kindes- und Jugendalter ein besonderes gesellschaftliches Anliegen dar.

#### Wie wurde der Alkoholkonsum erfasst?

Zur Beurteilung des Alkoholkonsums wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, an wie vielen Tagen sie in ihrem ganzen Leben sowie in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken haben (Currie et al., 2014, adaptiert von Hibell et al., 2009). Sie konnten zwischen den Antwortoptionen "nie", "1-2 Tagen", "3-5 Tagen", "6-9 Tagen", "10-19 Tagen", "20-29 Tagen" und "30 Tagen oder mehr" auswählen. Ausgewertet wurde der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die mindestens einmal in ihrem Leben (Lebenszeit-Prävalenz) und in den letzten 30 Tagen (30-Tages-Prävalenz) Alkohol getrunken haben. Zusätzlich wurden für die Darstellung der Befragungsergebnisse zum 30-Tages-Konsum die Antwortoptionen zu den Kategorien "nie", "1 bis 9 Tage" und "10 bis 30 Tage" zusammengefasst.

#### 4.5.2.1 Brandenburger Ergebnisse

Von den befragten Brandenburger Schülerinnen und Schülern haben mit 61.1% die meisten noch nie in ihrem Leben Alkohol getrunken. Weitere 27.1% haben an ein bis neun Tagen und 11.8% an zehn oder mehr Tagen in ihrem Leben Alkohol getrunken. In den letzten 30 Tagen haben 21.6% der befragten Kinder und Jugendlichen Alkohol konsumiert, wovon die meisten an weniger als zehn Tagen Alkohol getrunken haben. In der Tabelle 4.10 findet sich ein Überblick über den Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen differenziert nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand.

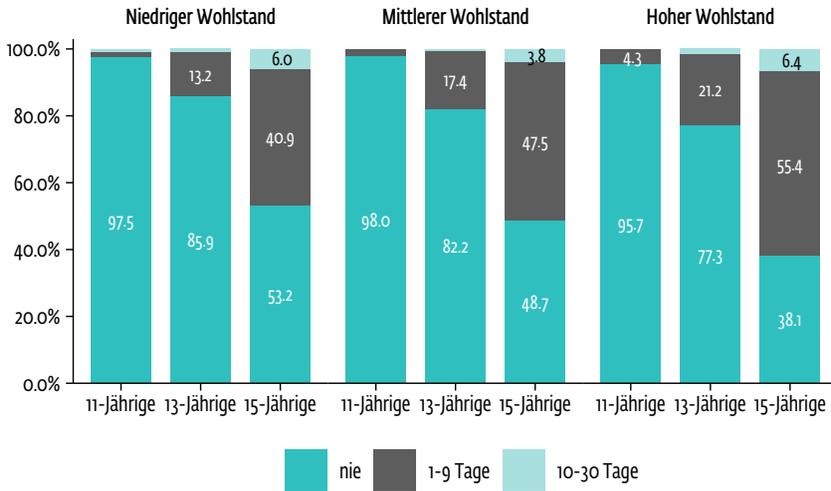
**Tab. 4.10:** Häufigkeit des Alkoholkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand

	Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen (in %)			Teststatistik	
	nie	1-9 Tage	10-30 Tage	$\chi^2(df)$	V
<b>Gesamt</b>	<b>78.4</b>	<b>19.9</b>	<b>1.7</b>		
<b>Geschlecht</b>					
Jungen	77.5	20.7	1.8	1.08(2)	.02
Mädchen	79.1	19.2	1.6		
<b>Alterskategorie</b>					
11-Jährige	97.4	2.5	0.2	691.86(4) <sup>****</sup>	.34
13-Jährige	81.9	17.3	0.8		
15-Jährige	47.6	47.4	5.0		
<b>Schulform</b>					
Grundschule	97.8	2.0	0.1	316.58(8) <sup>****</sup>	.19
Oberschule	62.9	32.8	4.3		
Gymnasium	74.3	24.8	0.9		
Gesamtschule	80.2	19.4	0.4		
Förderschule	77.3	18.0	4.7		
<b>Fam. Wohlstand</b>					
Niedrig	78.9	18.5	2.6	21.54(4) <sup>****</sup>	.05
Mittel	80.2	18.7	1.0		
Hoch	72.9	24.7	2.3		

Anmerkungen. N = 2.857-2.927.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \*\*\*\* p < .001.

Für den Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen zeigt sich wie für den 30-Tages-Zigarettenkonsum ein deutlicher Alterseffekt. Hierbei nimmt der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die im vergangenen Monat keinen Alkohol getrunken haben, mit steigendem Alter signifikant ab (11-Jähre: 97.4% vs. 15-Jähre: 47.6%). Weiterhin finden sich in Bezug auf die Häufigkeit, mit der in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken wurde, signifikante schulform- und wohlstandsbezogene Unterschiede. In Bezug auf den familiären Wohlstand zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem Wohlstand häufiger im vergangenen Monat Alkohol getrunken haben als Schülerinnen und Schüler aus Familien mit niedrigerem Wohlstand. Die Schulformunterschiede im 30-Tages-Konsum können hierbei durch den vorliegenden Alterseffekt erklärt werden. Demnach haben Lernende an weiterführenden Schulformen wie der Oberschule (62.9%) deutlich seltener keinen Alkohol in den letzten 30 Tagen getrunken als Lernende der Grundschule (97.8%). Die Abbildung 4.18 verdeutlicht, dass vor allem ältere Jugendliche aus Familien mit einem hohen Wohlstand häufiger an ein bis neun Tagen im letzten Monat Alkohol getrunken haben als ältere

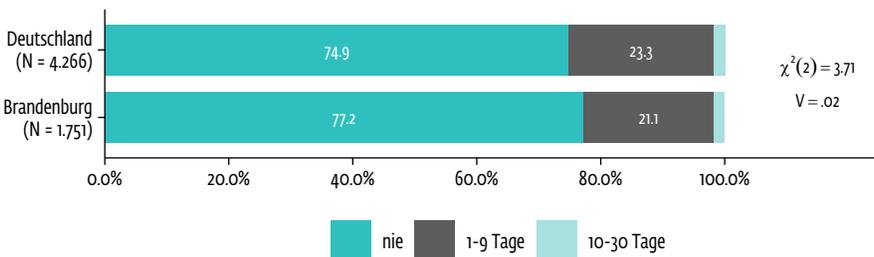
Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen oder mittleren Wohlstand. Zwischen Mädchen und Jungen finden sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des 30-Tages-Konsums von Alkohol.



**Abb. 4.18:** Häufigkeit des Alkoholkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen nach familiärem Wohlstand und Alterskategorie.

**4.5.2.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen**

Der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die mindestens einmal in ihrem Leben Alkohol konsumiert haben, ist in Brandenburg (38.8%) ähnlich hoch wie im Bundesdurchschnitt (40.3%). Die Abbildung 4.19 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich des 30-Tages-Konsums von Alkohol im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Für den Konsum von Alkohol in den letzten 30 Tagen zeigen sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den Brandenburger und bundesweiten Ergebnissen.



**Abb. 4.19:** Häufigkeit des Alkoholkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke.

### Was sind die zentralen Ergebnisse zum Alkoholkonsum?

- Jede/r sechste Brandenburger Schüler/in hat in ihrem/seinem Leben und jede/r achte Schüler/in in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken.
- Ältere Jugendliche sowie Schülerinnen und Schüler an Oberschulen haben im letzten Monat häufiger Alkohol getrunken.
- Brandenburger Lernende unterscheiden sich nicht in ihrem Lebenszeit- und 30-Tages-Alkoholkonsum vom Bundesdurchschnitt.

#### 4-5-3 Alkoholbedingte Rauscherfahrungen

Das Rauschtrinken als exzessives Konsumieren von Alkohol (Stolle, Sack & Thomasius, 2009) und daraus resultierende Rauschzustände treten besonders häufig im Jugendalter und frühem Erwachsenenalter auf (Steinberg, 2004). Ein riskanter Alkoholkonsum, das in dieser Lebensphase etabliert wird, hat oftmals bis ins Erwachsenenalter Bestand (McCarty et al., 2004; Viner & Taylor, 2007). Exzessives Trinken im Jugendalter schädigt die Gesundheit und bedingt eine Vielzahl von Problemlagen. Beispielsweise weisen Jugendliche, die wiederholt exzessiv Alkohol trinken, Veränderungen in verschiedenen Hirnregionen und damit einhergehende Einschränkungen in kognitiven Fähigkeiten auf (siehe Petit, Maurage, Kornreich, Verbanck & Campanella, 2014; Spear, 2018 für eine Übersicht). Zudem wird der exzessive Alkoholkonsum im Jugendalter mit dem Konsum anderer legaler und illegaler Drogen, Schulabsentismus und delinquentem Verhalten in Verbindung gebracht (Best, Manning, Gossop, Gross & Strang, 2006).

In Deutschland berichten 7.0% der 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen regelmäßiges Rauschtrinken zu praktizieren (Zeiher et al., 2018b). Hierbei ist der Anteil bei älteren Jugendlichen sowie Jungen deutlich größer als bei jüngeren Jugendlichen sowie Mädchen. Bedenklich ist der Befund, dass viele Jugendliche, die wiederholt exzessiv Alkohol trinken, keine subjektiven alkoholbedingten Rauscherfahrungen berichten (Kuntz, Lange & Lampert, 2015). Demzufolge sind alkoholbedingte Rauscherfahrungen als Indikator für einen riskanten Alkoholkonsum zu betrachten, da Jugendliche das tatsächliche Auftreten von riskantem Konsumverhalten unterschätzen.

### Wie wurden alkoholbedingte Rauscherfahrungen erfasst?

Zur Beurteilung von alkoholbedingten Rauscherfahrungen wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, wie oft sie in ihrem ganzen Leben sowie in den letzten 30 Tagen so viel Alkohol getrunken haben, dass sie betrunken waren (Currie et al., 2014). Sie konnten zwischen den Antwortoptionen "Nein, nie", "Ja, 1-mal", "Ja, 2-3-mal", "Ja, 4-10-mal" und "Ja, mehr als 10-mal" auswählen.

### Fortsetzung: Wie wurden alkoholbedingte Rauscherfahrungen erfasst?

Ausgewertet wurde der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die mindestens einmal in ihrem Leben (Lebenszeit-Prävalenz) und in den letzten 30 Tagen (30-Tages-Prävalenz) alkoholbedingte Rauscherfahrungen hatten. Zusätzlich wurden für die Darstellung der Befragungsergebnisse zu den alkoholbedingten Rauscherfahrungen in den letzten 30 Tagen die Antwortoptionen zu den Kategorien "nie", "1-mal" und "2-mal oder häufiger" zusammengefasst.

#### 4-5-3.1 Brandenburger Ergebnisse

Von den befragten Brandenburger Schülerinnen und Schülern berichten 16.2% von alkoholbedingten Rauscherfahrungen in ihrem Leben. Hiervon haben 7.6% einmal und 8.6% mindestens zweimal in ihrem Leben so viel Alkohol getrunken, dass sie betrunken waren. Für die letzten 30 Tage berichten 6.8% der befragten Kinder und Jugendlichen von alkoholbedingten Rauscherfahrungen, wovon die meisten Heranwachsenden einmal einen Alkoholrausch erlebt haben. In der Tabelle 4.11 findet sich ein Überblick über das Auftreten von alkoholbedingten Rauscherfahrungen in den letzten 30 Tagen differenziert nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand.

Die Häufigkeit von alkoholbedingten Rauscherfahrungen in den letzten 30 Tagen steigt mit zunehmendem Alter signifikant an. Von den 11-Jährigen haben nur 1.0% im vergangenen Monat so viel Alkohol getrunken, dass sie betrunken waren. Im Gegensatz dazu berichten bei den 15-Jährigen 18.0% von alkoholbedingten Rauscherfahrungen im vergangenen Monat. Weiterhin finden sich signifikante schulformbezogene Unterschiede in Bezug auf die alkoholbedingten Rauscherfahrungen in den letzten 30 Tagen. Der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die im vergangenen Monat einmal oder wiederholt einen Alkoholrausch hatten, ist an Oberschulen (15.3%) und Förderschulen (10.6%) besonders hoch und an Grundschulen (1.0%) besonders niedrig. Hinsichtlich des Geschlechts und des familiären Wohlstands finden sich keine signifikanten Unterschiede.

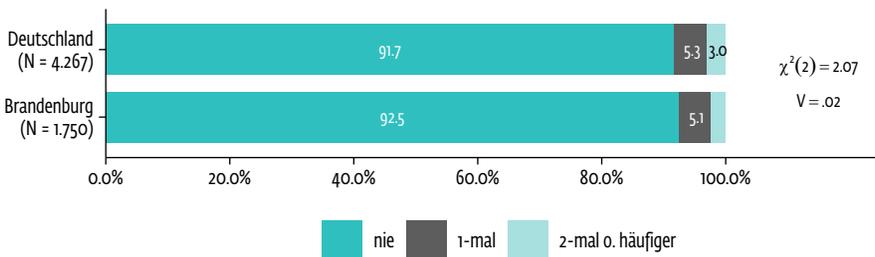
**Tab. 4.11:** Häufigkeit alkoholbedingter Rauscherfahrungen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand

	Alkoholbedingte Rauscherfahrungen in den letzten 30 Tagen (in %)			Teststatistik	
	nie	1-mal	2-mal o. häufiger	$\chi^2$ (df)	V
<b>Gesamt</b>	<b>93.2</b>	<b>4.4</b>	<b>2.4</b>		
<b>Geschlecht</b>					
Jungen	92.9	4.3	2.8	1.74(2)	.02
Mädchen	93.6	4.4	2.0		
<b>Alterskategorie</b>					
11-jährige	99.0	0.8	0.2	237.31(4) <sup>****</sup>	.20
13-jährige	95.8	3.4	0.9		
15-jährige	81.9	10.6	7.4		
<b>Schulform</b>					
Grundschule	99.0	1.0	0.0	150.17(8) <sup>****</sup>	.13
Oberschule	84.7	8.5	6.8		
Gymnasium	95.2	3.8	1.0		
Gesamtschule	95.1	3.4	1.5		
Förderschule	89.4	6.6	4.0		
<b>Fam. Wohlstand</b>					
Niedrig	93.4	3.9	2.7	4.94(4)	.02
Mittel	93.7	3.9	2.4		
Hoch	92.0	5.8	2.2		

Anmerkungen. N = 2.858-2.929.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. <sup>\*\*\*\*</sup> p < .001.

**4.5.3.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen**

Die Abbildung 4.20 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Häufigkeit von alkoholbedingten Rauscherfahrungen im Vergleich in den letzten 30 Tagen zu den bundesweiten Ergebnissen.



**Abb. 4.20:** Häufigkeit alkoholbedingter Rauscherfahrungen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke.

Für die Häufigkeit von alkoholbedingten Rauscherfahrungen im letzten Monat zeigen sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den Brandenburger und bundesweiten Ergebnissen. Auch der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die mindestens einmal in ihrem Leben einen Alkoholrausch berichten, ist in Brandenburg (17.0%) ähnlich hoch wie im Bundesdurchschnitt (17.9%).

#### Was sind die zentralen Ergebnisse zu alkoholbedingten Rauscherfahrungen?

- Jede/r sechste Brandenburger Schüler/in hat in ihrem/seinem Leben und jede/r elfte Schüler/in in den letzten 30 Tagen mindestens einmal so viel Alkohol getrunken, dass sie/er betrunken waren.
- Ältere Jugendliche sowie Schülerinnen und Schüler an Ober- und Förderschulen hatten im vergangenen Monat häufiger alkoholbedingte Rauscherfahrungen.
- Brandenburger Lernende haben in ihrem Leben und in den letzten 30 Tagen ähnlich häufig einen Alkoholrausch erlebt wie Lernende des Bundesdurchschnitts.

#### 4.5.4 Cannabiskonsum

Cannabis ist die am weitesten verbreitete illegale Droge, welche besonders häufig von Jugendlichen und jungen Erwachsenen konsumiert wird (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2019). In Deutschland haben 17.4% der Jugendlichen mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert, wobei der Anteil für Jungen deutlich höher ist als für Mädchen (Moor, Schumann, Hoffmann, Rathmann & Richter, 2016). Cannabis wird aus verschiedenen Gründen, wie zum Beispiel der Verbesserung oder Veränderung des subjektiven Erlebens konsumiert (Hecimovic, Barrett, Darredeau & Stewart, 2014; Simons, Correia, Carey & Borsari, 1998). Vor allem die Nutzung von Cannabis zur Bewältigung negativer emotionaler Zustände steht mit konsumbedingten Problemen und Abhängigkeitssymptomen bei Jugendlichen in Zusammenhang (Fox, Towe, Stephens, Walker & Roffman, 2011).

Neben einer auftretenden Abhängigkeit können als Folgen des häufigen und längerfristigen Cannabiskonsums unter anderem eine dauerhafte kognitive Beeinträchtigung, schulische Probleme sowie körperliche und psychische Erkrankungen auftreten (siehe Moore et al., 2007; Volkow, Baler, Compton & Weiss, 2014 für eine Übersicht). Der Cannabiskonsum im Jugendalter kann beispielsweise eine Schizophrenie im Erwachsenenalter auslösen, wenn für diese eine genetische Disposition vorliegt (Caspi et al. 2005). Ebenfalls können im akuten Cannabisrausch Angst-, Panik- und psychotische Zustände sowie kognitive und motorische Beeinträchtigungen auftreten, die wiederum die Wahrscheinlichkeit für Verkehrsunfälle erhöhen (siehe Hall & Degenhard, 2009; Volkow et al., 2014 für eine Übersicht).

Aufgrund dieser schwerwiegenden Folgen und der steigenden Prävalenz des Cannabiskonsums in Deutschland (EMCDDA, 2019) sollte die Cannabisprävention bei Jugendlichen weiter forciert werden.

#### Wie wurde der Cannabiskonsum erfasst?

Zur Beurteilung des Cannabiskonsums wurden die Jugendlichen der Jahrgangsstufe 9 gefragt, an wie vielen Tagen sie in ihrem ganzen Leben und in den letzten 30 Tagen Cannabis, Haschisch oder Marihuana geraucht haben (Inchley et al., 2018, adaptiert von Hibell et al., 1997). Sie konnten zwischen den Antwortoptionen "nie", "1-2 Tagen", "3-5 Tagen", "6-9 Tagen", "10-19 Tagen", "20-29 Tagen" und "30 Tagen oder häufiger" auswählen. Ausgewertet wurde der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die mindestens einmal in ihrem Leben (Lebenszeit-Prävalenz) und in den letzten 30 Tagen (30-Tages-Prävalenz) Cannabis geraucht haben. Zusätzlich wurden für die Darstellung der Befragungsergebnisse zum 30-Tages-Konsum die Antwortoptionen zu den Kategorien "nie", "1 bis 9 Tage" und "10 bis 30 Tage" zusammengefasst.

#### 4.5.4.1 Brandenburger Ergebnisse

Von den befragten Brandenburger Schülerinnen und Schülern der Jahrgangsstufe 9 haben mit 79.1% die meisten noch nie in ihrem Leben Cannabis konsumiert. Weitere 14.2% haben an ein bis neun Tagen in ihrem Leben Cannabis konsumiert. Die restlichen 6.7% haben in ihrem Leben an zehn oder mehr Tagen Cannabis konsumiert.

In den letzten 30 Tagen haben 10.6% der befragten Jugendlichen Cannabis konsumiert, wovon die meisten an weniger als 10 Tagen Cannabis geraucht haben. In der Tabelle 4.12 findet sich ein Überblick über den Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen differenziert nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand. Der Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen unterscheidet sich signifikant zwischen Schülerinnen und Schülern unterschiedlicher Schulformen. An Oberschulen (12.8%) und Förderschulen (10.5%) ist der Anteil an Jugendlichen, die an ein bis zehn Tagen im vergangenen Monat Cannabis geraucht haben deutlich höher als an anderen Schulformen. Hinsichtlich des Geschlechts und des familiären Wohlstands finden sich keine signifikanten Unterschiede.

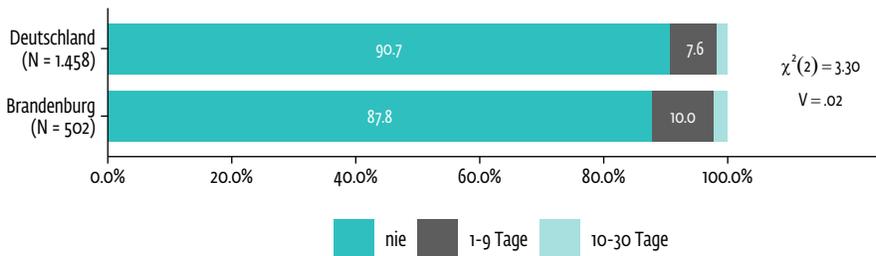
**Tab. 4.12:** Häufigkeit des Cannabiskonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand

	Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen (in %)			Teststatistik	
	nie	1-9 Tage	10-30 Tage	$\chi^2$ (df)	V
<b>Gesamt</b>	<b>89.3</b>	<b>8.8</b>	<b>1.8</b>		
<b>Geschlecht</b>					
Jungen	88.2	9.9	1.9	1.34(2)	.02
Mädchen	90.5	7.7	1.8		
<b>Schulform</b>					
Oberschule	84.1	12.8	3.1	19.45(6)**	.05
Gymnasium	93.2	5.6	1.2		
Gesamtschule	93.1	6.9	0.0		
Förderschule	87.7	10.5	1.8		
<b>Fam. Wohlstand</b>					
Niedrig	90.7	7.6	1.7	1.11(4)	.01
Mittel	88.3	9.5	2.2		
Hoch	89.1	9.3	1.6		

Anmerkungen. N = 906-920.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \*\* p < .01.

#### 4.5.4.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen

Der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert haben, ist in Brandenburg (23.8%) signifikant größer als im Bundesdurchschnitt (19.1%) ( $\chi^2(1) = 4.81$ ,  $p = .031$ ,  $V = .03$ ). Für die Häufigkeit des Cannabiskonsums in den letzten 30 Tagen (vgl. Abb. 4.21) zeigen sich nur geringfügige, aber statistisch nicht signifikante Unterschiede zwischen den Brandenburger und bundesweiten Ergebnissen.



**Abb. 4.21:** Häufigkeit des Cannabiskonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) in den letzten 30 Tagen im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke.

### Was sind die zentralen Ergebnisse zum Cannabiskonsum?

- Jede/r achte Brandenburger Jugendliche der Jahrgangsstufe 9 hat in ihrem/seinem Leben und jede/r neunte Brandenburger Jugendliche in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert.
- Schülerinnen und Schüler an Ober- und Förderschulen haben häufiger im vergangenen Monat Cannabis geraucht.
- Brandenburger Lernende unterscheiden sich hinsichtlich ihres Lebenszeit- und 30-Tages-Konsums von Cannabis nicht vom Bundesdurchschnitt.

#### 4.5-5 Konsum anderer illegaler Drogen

Drogen sind chemische psychoaktive Substanzen, die im zentralen Nervensystem wirken und das Denken, Fühlen und Verhalten beeinflussen (Uutela, 2001). Sie werden oftmals eingenommen, um positive Erlebenszustände zu fördern oder negative Erlebenszustände zu vermeiden (WHO, 2004b). Illegale Drogen können hinsichtlich verschiedener Dimensionen wie ihrer psychoaktiven Wirkung oder ihrem Schädigungspotenzial in unterschiedliche Kategorien eingeteilt werden. Hinsichtlich der gesellschaftlichen Akzeptanz lassen sich legale Drogen (z.B. Koffein, Alkohol und Tabak) und illegale Drogen (z.B. Cannabis, Amphetamine, Crack) unterscheiden.

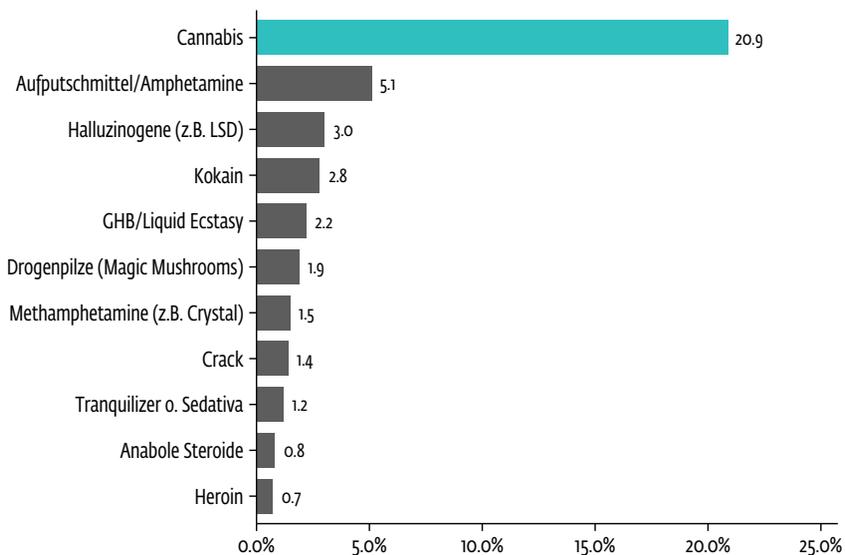
Illegale Drogen sind psychoaktive Substanzen, deren nicht-medizinische Anwendung durch nationale und internationale Gesetze verboten ist (Hall, Degenhardt & Sindich, 2008). Cannabis ist zwar die am weitesten verbreitete illegale Droge (EMCDDA, 2019), hat aber im Vergleich zu anderen illegalen Drogen sowie den legalen Drogen Alkohol und Tabak ein geringes Schädigungspotenzial (Nutt, King, Saulsbury & Blakemore, 2007; van Amsterdam, Opperhuizen, Koeter & van den Brink, 2010). Das Schädigungspotenzial einer Droge setzt sich hierbei aus körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheitsrisiken zusammen (EMCDDA, 2019; Nutt et al., 2007). Zu den chronischen Gesundheitsrisiken des illegalen Drogenkonsums zählen unter anderem das Auftreten von einer Abhängigkeit, sekundären psychischen Störungen und Infektionskrankheiten, wenn die Droge mit unsterilisiertem Equipment injiziert wird. Zu den akuten Gesundheitsrisiken zählen das Auftreten von psychotischen Zuständen, Gewalt und lebensbedrohlichen Zuständen aufgrund einer Überdosis (siehe Degenhardt & Hall, 2012; Hall et al., 2008; Jané-Llopis & Matytsina, 2006 für eine Übersicht). Besonders hoch ist die drogeninduzierte Sterblichkeit bei Personen, die opioide Drogen konsumieren (Degenhardt & Hall, 2012). In Deutschland haben 11.1% der Jugendlichen der Jahrgangsstufen 9 und 10 mindestens einmal in ihrem Leben eine andere illegale Droge als Cannabis konsumiert. Somit liegt Deutschland im oberen Drittel der 36 Befragungsländer der ESPAD-Studie ("European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs"; Hibell et al., 2012).

### Wie wurde der Konsum illegaler Drogen erfasst?

Zur Beurteilung des Konsums von illegalen Drogen wurden die Jugendlichen der Jahrgangsstufe 9 gefragt, an wie vielen Tagen sie in ihrem ganzen Leben verschiedene illegale Drogen (z.B. Aufputschmittel/Amphetamine wie Speed/Pep, Crack, Kokain) konsumiert haben (Kraus, Pabst & Piontek, 2012; Kraus, Piontek, Seitz & Schoeppe, 2016). Sie konnten für jede illegale Droge zwischen den Antwortoptionen "nie", "1-2 Tage", "3-5 Tage", "6-9 Tage", "10-19 Tage", "20-29 Tage" und "30 Tage oder mehr" auswählen. Ausgewertet wurde der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die mindestens einmal in ihrem Leben (Lebenszeit-Prävalenz) eine der illegalen Droge konsumiert haben.

#### 4-5-5.1 Brandenburger Ergebnisse

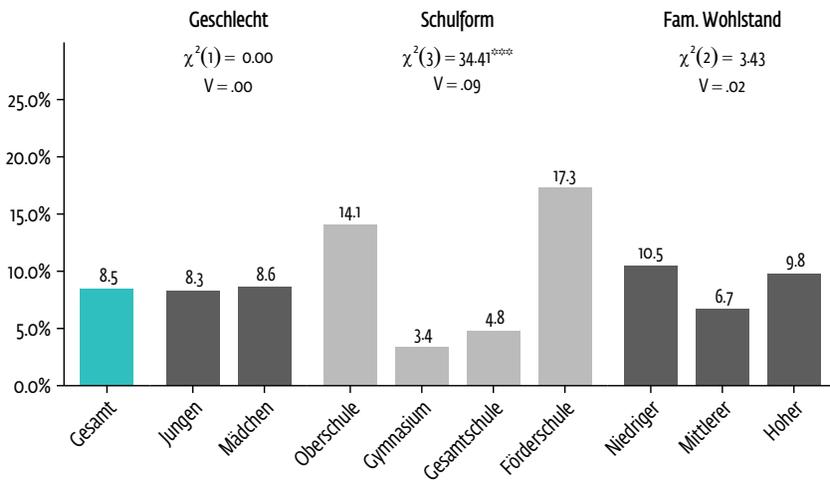
Die Abbildung 4.22 zeigt die Lebenszeit-Prävalenzen für den Konsum der erfragten illegalen Drogen. Nach Cannabis (20.9%, vgl. Kapitel 4.5.4) gaben von den befragten Brandenburger Schülerinnen und Schülern der Jahrgangsstufe 9 die meisten an, mindestens einmal in ihrem Leben Amphetamine (5.1%), Halluzinogene wie LSD (2.8%) und Kokain (1.9%) konsumiert zu haben. Demzufolge ist Cannabis bei Brandenburger Schülerinnen und Schülern der Jahrgangsstufe 9 die am häufigsten konsumierte illegale Droge. Die niedrigsten Lebenszeit-Prävalenzen liegen für den Konsum von Heroin (1.4%) und anabolen Steroiden (1.2%) vor.



**Abb. 4.22:** Lebenszeit-Prävalenzen für den Konsum verschiedener illegaler Drogen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9).

Die Lebenszeit-Prävalenz für den Konsum irgendeiner illegalen Droge außer Cannabis beträgt 8.5%. Die Abbildung 4.23 zeigt die Lebenszeit-Prävalenz für den Konsum für irgendeine illegale Droge außer Cannabis differenziert nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand.

Die Lebenszeit-Prävalenz für den Konsum irgendeiner illegalen Droge außer Cannabis unterscheidet sich signifikant zwischen den Schulformen. Die höchsten Prävalenzen liegen bei Schülerinnen und Schülern an Förderschulen (17.3%) und Oberschulen (14.1%) und die niedrigste Prävalenz bei Lernenden an Gymnasien (3.4%) vor. Hinsichtlich des familiären Wohlstands zeigen sich nur tendenzielle Unterschiede, wobei diese statistisch nicht signifikant sind. Die Lebenszeit-Prävalenz für den illegalen Drogenkonsum außer Cannabis fällt für Mädchen und Jungen ähnlich hoch aus.



**Abb. 4.23:** Lebenszeit-Prävalenz für den Konsum irgendeiner illegalen Droge außer Cannabis von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand. N = 898-910.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke. \*\*\* $p < .001$ .

**Was sind die zentralen Ergebnisse zum Konsum illegaler Drogen?**

- Jede/r zwölfte Brandenburger Schüler/in der Jahrgangsstufe 9 hat bereits in ihrem/seinem Leben Erfahrungen mit mindestens einer anderen illegalen Droge als Cannabis gemacht.
- Nach Cannabis sind die Lebenszeit-Prävalenzen für den Konsum von Amphetaminen, Halluzinogenen und Kokain am höchsten.
- Die höchsten Lebenszeit-Prävalenzen für den Konsum irgendeiner illegalen Droge außer Cannabis liegen bei Lernenden an Förder- und Oberschulen vor.

## 4.6 Abhängige Verhaltensweisen | Problematischer Konsum von sozialen Medien

In westlichen Ländern sind elektronische Medien rund um die Uhr verfügbar und stellen somit eine wichtige Entwicklungsumwelt im Kindes- und Jugendalter dar. Jugendliche und junge Erwachsene in Deutschland nutzen ca. neun Stunden täglich elektronische Medien wie das Internet und Fernsehen (Engel & Breunig, 2015). Elektronische Medien werden von Kindern und Jugendlichen über die Suche von Informationen hinaus zunehmend zur Gestaltung der Freizeit (z.B. Gaming, Streaming) und zwischenmenschlichen Kommunikation in Form von sozialen Medien (z.B. Messenger-Dienste, soziale Netzwerke) eingesetzt (The ESPAD Group, 2016).

Die Nutzung von sozialen Medien kann sich sowohl positiv als auch negativ auf die psychosoziale Entwicklung von Jugendlichen auswirken (Valkenburg & Peter, 2011; O’Keeffe & Clarke-Pearson, 2011). Aktuelle Studien weisen darauf hin, dass ein bedeutender Anteil an Kindern und Jugendlichen einen problematischen Konsum von sozialen Medien zeigt (z.B. Bányai et al., 2017; Shensa et al., 2017). Hierbei kann es zu suchtvähnlichen Erlebens- und Verhaltensmustern kommen (z.B. konsumbedingte Vernachlässigung anderer Aktivitäten, soziale Konflikte), deren klinische Relevanz aktuell kontrovers diskutiert wird (van den Eijnden, Lemmens & Valkenburg, 2016). Zudem geht ein problematischer Konsum von sozialen Medien mit gesundheitlichen Beschwerden wie depressiven Symptomen (Shensa, et al., 2017) und sozialem Risikoverhalten wie Cybermobbing (Kircaburun et al., 2019) einher. Zu den Faktoren, die einen problematischen Konsum von sozialen Medien begünstigen, ist bislang wenig bekannt. Es gibt Hinweise darauf, dass die Prävalenz bei Mädchen und Kindern und Jugendlichen aus Familien mit hohem Wohlstand erhöht ist (Bányai et al., 2017; Shensa et al., 2017).

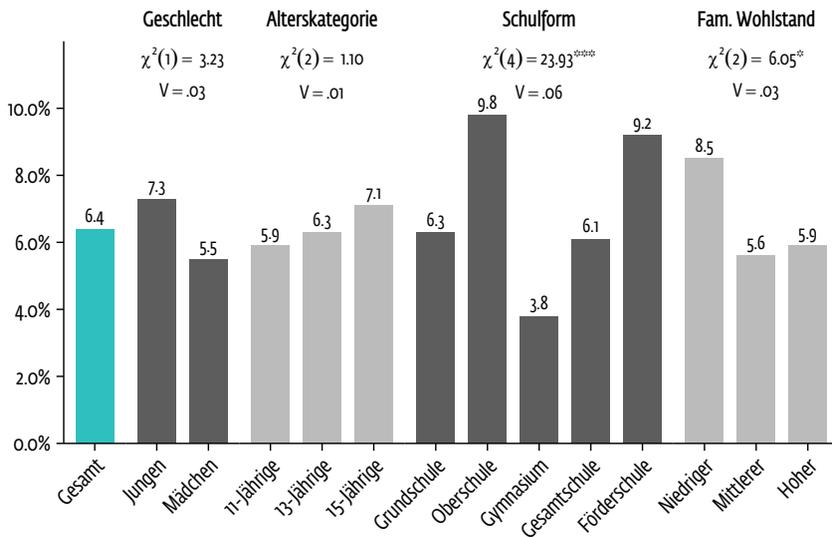
### Wie wurde der problematische Konsum von sozialen Medien erfasst?

Zur Beurteilung des problematischen Konsums von sozialen Medien schätzten die Kinder und Jugendlichen ein, ob bei ihnen im letzten Jahr neun verschiedene problematische Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Nutzung von sozialen Medien aufgetreten sind (van den Eijnden et al., 2016). Aus dem Vorliegen einzelner Symptome (z.B. "wegen der Nutzung von sozialen Medien regelmäßig Streit mit anderen gehabt") kann eine Globaleinschätzung zum Vorliegen eines problematischen Konsums sozialer Medien abgeleitet werden. Anhand des Ausmaßes der Global-einschätzung wurden die Schülerinnen und Schüler in die Kategorien "unbedenklicher" und "problematischer Konsum sozialer Medien" eingeteilt. Kinder und Jugendliche der letzten Kategorie können als Risikogruppe aufgefasst werden.

**4.6.1 Brandenburger Ergebnisse**

Von den befragten Brandenburger Kindern und Jugendlichen berichten insgesamt 6.4% von einer Nutzung sozialer Medien, die als problematisch einzustufen ist. Die Abbildung 4.24 zeigt die Häufigkeit eines problematischen Konsums sozialer Medien differenziert nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand.

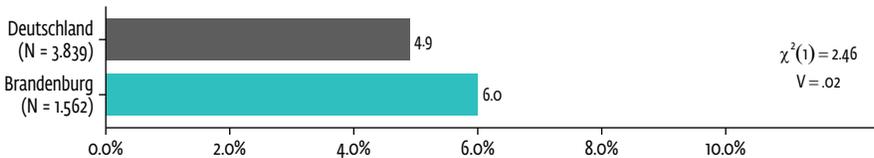
Das Vorkommen eines problematischen Konsums sozialer Medien unterscheidet sich signifikant in Abhängigkeit von der besuchten Schulform und des familiären Wohlstands. Schülerinnen und Schüler an Förderschulen (9.2%) und Oberschulen (9.8%) berichten besonders häufig und Schülerinnen und Schüler an Gymnasien (3.8%) besonders selten Symptome eines problematischen Konsums sozialer Medien. Hinsichtlich des familiären Wohlstands weisen Lernende aus Familien mit einem niedrigen Wohlstand vermehrt einen problematischen Konsum sozialer Medien auf. Jungen zeigen tendenziell häufiger ein problematisches Konsumverhalten sozialer Medien als Mädchen, wobei dieser Unterschied nicht statistisch signifikant ist. Das Vorkommen eines problematischen Konsums sozialer Medien unterscheidet sich nicht zwischen Schülerinnen und Schülern unterschiedlicher Alterskategorien.



**Abb. 4.24:** Häufigkeit des problematischen Konsums sozialer Medien von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand. N = 2.556-2.603.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke. \* p < .05. \*\*\*\* p < .001.

#### 4.6.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen

Die Abbildung 4.25 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich des Vorliegens eines problematischen Konsums sozialer Medien im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Brandenburger Schülerinnen und Schüler zeigen tendenziell etwas häufiger einen problematischen Konsum sozialer Medien als der Bundesdurchschnitt, wobei dieser Unterschied statistisch nicht signifikant ist.



**Abb. 4.25:** Häufigkeit des problematischen Konsums sozialer Medien von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke.

#### Was sind die zentralen Ergebnisse zum Konsum von sozialen Medien?

- Jede/r 15. bis 16. Brandenburger Schüler/in zeigt einen Konsum sozialer Medien, der als problematisch einzustufen ist.
- Jungen, Schülerinnen und Schüler an Förder- und Oberschulen sowie Lernende aus Familien mit niedrigem Wohlstand zeigen häufiger Symptome für eine problematische Nutzung sozialer Medien.
- Brandenburger Lernende weisen ähnlich häufig einen problematischen Konsum sozialer Medien auf wie Lernende des Bundesdurchschnitts.

## 4.7 Sexualverhalten

### 4.7.1 Alter beim ersten Geschlechtsverkehr

Die sexuelle Gesundheit ist als ein Teilaspekt der Gesundheit zu betrachten, welcher seit den 1970er Jahren zunehmend betrachtet wird (Giarni, 2002; WHO, 2006). Das Entdecken der eigenen Sexualität und sexuelle Erfahrungen stellen wichtige Entwicklungsaufgaben im Jugendalter dar, deren Bewältigung die psychosoziale Entwicklung beeinflussen kann (z.B. Fortenberry, 2013; Haase, Landberg, Schmidt, Lüdke & Silbereisen, 2012). Sexuelle Beziehungen können sich positiv auf die psychische und körperliche Gesundheit auswirken (Brody, 2010). Im Gegensatz dazu kann riskantes Sexualverhalten die Gesundheit beeinträchtigen (Glazier, Gülmezoglu, Schmid, Moreno & Van Look, 2006). Hierbei wird eine frühe sexuelle Aktivität im Jugendalter (unter 16 oder 18 Jahren) unter anderem mit externalisierenden Problemen bei Jungen und internalisierenden Problemen bei Mädchen, schlechteren schulischen Leistungen,

häufigerem ungeschützten Geschlechtsverkehr und weniger positiven sozialen Beziehungen in Verbindung gebracht (siehe Zimmer-Gembeck & Helfand, 2008 für eine Übersicht). Ob Jugendliche früher sexuell aktiv sind, hängt unter anderem mit kontextuellen Faktoren der Familie und Gleichaltrigengruppe zusammen (siehe Buhi & Goodson, 2007 für eine Übersicht). In Deutschland hatten 16- bis 20-jährige Heranwachsende durchschnittlich im Alter von 16.2 Jahren ihren ersten Geschlechtsverkehr, was im europäischen Vergleich sehr früh ist (Avery & Lazdane, 2008).

#### Wie wurde das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr erfasst?

Zur Beurteilung des Alters beim ersten Geschlechtsverkehrs wurden die sexuell aktiven Jugendlichen der Jahrgangsstufe 9 gefragt, in welchem Alter sie zum ersten Mal Geschlechtsverkehr hatten (Inchley et al., 2018, adaptiert von Kann et al., 2018). Hierfür konnten sie zwischen den Antwortoptionen "11 Jahre oder jünger", "12 Jahre", "13 Jahre", "14 Jahre", "15 Jahre", "16 Jahre oder älter" auswählen. Für die Darstellung der Befragungsergebnisse wurden die Antwortoptionen zu den Kategorien "12 Jahre oder jünger", "13 Jahre", "14 Jahre" und "15 Jahre oder älter" zusammengefasst.

#### 4.7.1.1 Brandenburger Ergebnisse

Von den Brandenburger Jugendlichen der Jahrgangsstufe 9 haben bereits 24.0% mindestens einmal in ihrem Leben Geschlechtsverkehr praktiziert. Mit 72.6% hatte der Großteil der befragten sexuell aktiven Brandenburger Jugendlichen der Jahrgangsstufe 9 frühestens mit 14 Jahren das erste Mal Geschlechtsverkehr. Weitere 18.1% hatten im Alter von 13 Jahren und 9.3% mit 12 Jahren oder eher das erste Mal Geschlechtsverkehr. In der Tabelle 4.13 findet sich ein Überblick über das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr differenziert nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand.

Das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr unterscheidet sich signifikant zwischen Jungen und Mädchen. Hierbei ist sowohl der Anteil an Jugendlichen, die mit 12 Jahren oder jünger ihren ersten sexuellen Kontakt hatten, als auch der Anteil an Jugendlichen, die mit 16 Jahren oder später ihren ersten sexuellen Kontakt hatten, bei Jungen größer als bei Mädchen. Weiterhin unterscheidet sich das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr signifikant zwischen Lernenden unterschiedlicher Schulformen. Hierbei ist der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die mit 12 Jahren oder eher ihren ersten sexuellen Kontakt hatten, an Förder- und Oberschulen höher als an anderen Schulformen. An Förderschulen (47.8%) ist auch der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die mit 15 Jahren oder später ihren ersten sexuellen Kontakt hatten, höher als der Brandenburger Durchschnitt (31.9%). Im Gegensatz dazu ist der Anteil der sexuell später aktiven Jugendlichen an Oberschulen (22.8%) geringer als der Brandenburger Durchschnitt. Hinsichtlich des familiären Wohlstands finden sich keine signifikanten Unterschiede.

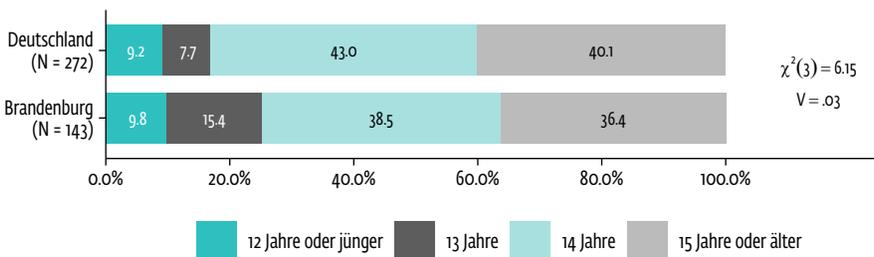
**Tab. 4.13:** Alter beim ersten Geschlechtsverkehr von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand

	Alter beim ersten Geschlechtsverkehr (in %)				Teststatistik	
	12 Jahre oder jünger	13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre oder älter	$\chi^2$ (df)	V
<b>Gesamt</b>	<b>9.3</b>	<b>18.1</b>	<b>40.7</b>	<b>31.9</b>		
<b>Geschlecht</b>						
Jungen	14.7	11.9	37.6	35.8	12.57(3) <sup>***</sup>	.06
Mädchen	4.3	23.9	43.6	28.2		
<b>Schulform</b>						
Oberschule	11.8	24.3	41.2	22.8	21.44(9) <sup>**</sup>	.06
Gymnasium	3.9	7.8	45.1	43.1		
Gesamtschule	0.0	12.5	37.5	50.0		
Förderschule	13.0	8.7	30.4	47.8		
<b>Fam. Wohlstand</b>						
Niedrig	4.3	24.3	40.0	31.4	7.35(6)	.03
Mittel	14.1	15.2	38.4	32.3		
Hoch	7.1	16.1	46.4	30.4		

Anmerkungen. N = 225-226.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \* p < .05. \*\*\* p < .01.

#### 4.7.1.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen

Die Abbildung 4.26 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Die Brandenburger Ergebnisse zum Alter, mit dem sexuell aktive Jugendliche der Jahrgangsstufe 9 ihren ersten Geschlechtsverkehr hatten, unterscheidet sich nicht signifikant vom Bundesdurchschnitt.



**Abb. 4.26:** Alter beim ersten Geschlechtsverkehr von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke.

### Was sind die zentralen Ergebnisse zum Alter beim ersten Geschlechtsverkehr?

- Der Großteil der sexuell aktiven Brandenburger Jugendlichen der Jahrgangsstufe 9 hatte frühestens im Alter von 14 Jahren ihren ersten Geschlechtsverkehr.
- Jungen sowie Schülerinnen und Schüler an Oberschulen berichten häufiger von frühen sexuellen Aktivitäten.
- Brandenburger Lernende hatten in einem ähnlichen Alter wie Lernende des Bundesdurchschnitts ihren ersten Geschlechtsverkehr.

#### 4.7.2 Verhütungsverhalten

Ungeschützter Geschlechtsverkehr stellt ein Gesundheitsrisiko dar, indem er zu einer Infektion mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV), sexuell übertragbaren Krankheiten (z.B. Chlamydien- und Syphilisinfektion) und ungewollten Schwangerschaften führen kann (Mosher, Jones & Abma, 2015; WHO, 2018). Da riskantes Sexualverhalten wie ungeschützter Geschlechtsverkehr und häufig wechselnde Sexualbeziehungen vom Jugendalter bis zum jungen Erwachsenenalter deutlich zunehmen (Fergus, Zimmerman & Caldwell, 2007), sollte die Sexualerziehung bei Jugendlichen im Fokus stehen. Das Auftreten von riskantem Sexualverhalten bei Jugendlichen kann hierbei durch ein Zusammenspiel von selbstbezogenen, familiären und außerfamiliären Faktoren im Kontext des geltenden Gesellschaftssystems erklärt werden (siehe Kotchick, Shaffer, Miller & Forehand, 2001 für eine Übersicht). Als selbstbezogener Faktor wird häufig der Konsum von psychoaktiven Substanzen mit einer selteneren Anwendung von Verhütungsmethoden vor allem bei Mädchen und jungen Frauen in Verbindung gebracht (siehe Ritchwood, Ford, DeCoster, Sutton & Lochman, 2015 für eine Übersicht). Für sexuell aktive Jugendliche wird das Kondom als mechanische Verhütungsmethode und die Antibabypille als hormonelle Verhütungsmethode empfohlen, welche in Kombination vor ungewollten Schwangerschaften und sexuell übertragbaren Krankheiten schützen (Blythe & Diaz, 2007). In Deutschland haben 96.0% aller 14- bis 25-Jährigen bei ihrem letzten Geschlechtsverkehr verhütet, 70.0% haben mit der Antibabypille, 48.0% mit einem Kondom und 9.0% mit einer anderen Methode verhütet (Bode & Heßling, 2015).

### Wie wurde das Verhütungsverhalten erfasst?

Zur Beurteilung des Verhütungsverhaltens wurden die sexuell aktiven Jugendlichen der Jahrgangsstufe 9 gefragt, ob sie bei ihrem letzten Geschlechtsverkehr ein Kondom sowie ein hormonelles Verhütungsmittel (Antibabypille) zur Verhütung genutzt haben (Inchley et al., 2018, adaptiert von Kann et al., 2018). Sie konnten jeweils zwischen den Antwortoptionen "Ja", "Nein" und "Weiß nicht" auswählen.

### Fortsetzung: Wie wurde das Verhütungsverhalten erfasst?

Schülerinnen und Schüler, die Angaben zu den genutzten Verhütungsmethoden beim letzten Geschlechtsverkehr tätigen konnten, wurden anhand ihrer Angaben in die Kategorien "mit Kondom und Pille verhütet", "mit Kondom oder Pille verhütet" und "weder mit Kondom noch Pille verhütet" eingeteilt.

#### 4.7.2.1 Brandenburger Ergebnisse

Von den befragten sexuell aktiven Brandenburger Jugendlichen der Jahrgangsstufe 9 haben 32.7% bei ihrem letzten Geschlechtsverkehr sowohl mit Kondom als auch mit der Antibabypille verhütet. Weitere 60.9% haben entweder mit einem Kondom oder der Antibabypille verhütet. Somit haben fast alle Schülerinnen und Schüler bei ihrem letzten sexuellen Kontakt eine der empfohlenen Verhütungsmethoden eingesetzt. Die restlichen 6.4%, die bei ihrem letzten Geschlechtsverkehr weder mit einem Kondom noch mit der Antibabypille verhütet haben, zeigen ein riskantes Sexualverhalten, insofern sie keine anderen sicheren Verhütungsmethoden eingesetzt haben. In der Tabelle 4.14 findet sich ein Überblick über das Verhütungsverhalten bei ihrem letzten Geschlechtsverkehr differenziert nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand.

**Tab. 4.14:** Verhütungsverhalten beim letzten Geschlechtsverkehr von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand

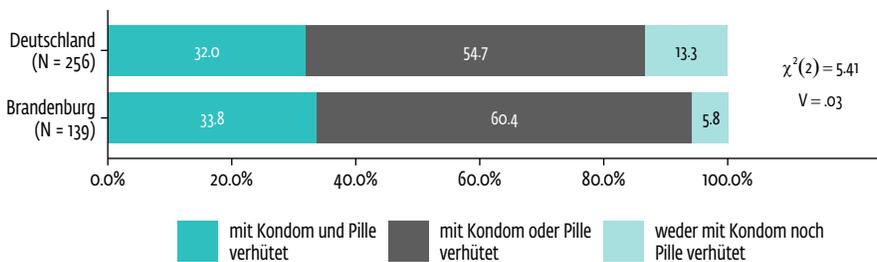
	Verhütungsverhalten (in %)			Teststatistik	
	mit Kondom u. Pille verhütet	mit Kondom o. Pille verhütet	nicht mit Kondom o. Pille verhütet	$\chi^2$ (df)	V
<b>Gesamt</b>	<b>32.7</b>	<b>60.9</b>	<b>6.4</b>		
<b>Geschlecht</b>					
Jungen	36.9	57.3	5.8	1.53(2)	.02
Mädchen	29.1	64.1	6.8		
<b>Schulform</b>					
Oberschule	31.1	62.9	6.1	2.05(6)	.02
Gymnasium	36.0	58.0	6.0		
Gesamtschule	25.0	68.8	6.2		
Förderschule	40.9	50.0	9.1		
<b>Fam. Wohlstand</b>					
Niedrig	29.6	63.4	7.0	2.08(4)	.02
Mittel	35.8	60.0	4.2		
Hoch	31.5	59.3	9.3		

Anmerkungen. N = 220-220.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke.

Das Verhütungsverhalten beim letzten Geschlechtsverkehr unterscheidet sich nicht in Abhängigkeit des Geschlechts, der besuchten Schulform und des familiären Wohlstands. Tendenzielle Unterschiede, wie sie in Bezug auf das Verhütungsverhalten von Schülerinnen und Schülern unterschiedlicher Schulformen zu beobachten sind, hängen vor allem mit der zugrundeliegenden geringen Fallzahl für diesen Indikator zusammen.

**4.7.2.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen**

Die Abbildung 4.26 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich dem Verhütungsverhalten beim letzten Geschlechtsverkehr im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Das Verhütungsverhalten der sexuell aktiven Brandenburger Schülerinnen und Schülern der Jahrgangsstufe 9 unterscheidet sich nicht signifikant von einer repräsentativen Auswahl an Schülerinnen und Schülern in Deutschland.



**Abb. 4.27:** Verhütungsverhalten beim letzten Geschlechtsverkehr von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke.

**Was sind die zentralen Ergebnisse zum Verhütungsverhalten?**

- Fast alle sexuell aktiven Brandenburger Jugendlichen der Jahrgangsstufe 9 haben bei ihrem letzten Geschlechtsverkehr mindestens eine der empfohlenen Verhütungsmethoden (Kondom, Antibabypille) angewendet. Jede/r 16. Jugendliche hat keine der erfragten Verhütungsmethoden genutzt.
- Das Verhütungsverhalten beim letzten Geschlechtsverkehr unterscheidet sich nicht in Abhängigkeit des Geschlechts, der besuchten Schulform und des familiären Wohlstands.
- Brandenburger Lernende zeigen ein ähnliches Verhütungsverhalten bei ihrem letzten Geschlechtsverkehr wie Lernende des Bundesdurchschnitts.

## 4.8 Zwischenresümee

Im Rahmen der HBSC-Studie Brandenburg wurde ein breites Set an Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen aus den Bereichen Bewegung, Ernährung, Zahnhygiene, Sozialverhalten, Substanzkonsum und Sexualverhalten erfasst. Insgesamt zeigen die Daten für fast alle Indikatoren, dass problematische gesundheitsbezogene Verhaltensmuster verstärkt an Förder- und Oberschulen sowie bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem geringeren Wohlstand zu finden sind.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ergeben sich für die Brandenburger Schülerinnen und Schüler ungünstigere Werte beim täglichen Tabakkonsum, während die Befunde für das Frühstücksverhalten und den Verzehr von Obst in Brandenburg vergleichsweise positiv ausfallen. Bei allen anderen untersuchten Indikatoren unterscheiden sich die Brandenburger Kinder und Jugendlichen in ihrem gesundheitsbezogenen Verhalten nicht von Gleichaltrigen des Bundesdurchschnitts.

Im Bereich Ernährung und Bewegung ist zu konstatieren, dass nur 14.2% das von der WHO empfohlene Ausmaß an körperlicher Aktivität (60 Minuten pro Tag) erreichen. Mit Blick auf das Sozialverhalten ist insbesondere das Mobbing hervorzuheben. Mobbing-Erfahrungen können bei Betroffenen einen erheblichen negativen Einfluss auf die weitere Entwicklung und die psychische Gesundheit nehmen. Mobbing tritt in Brandenburg insbesondere an Förder- und Oberschulen auf, wobei es häufiger von älteren Jungen ausgeht und sich vermehrt gegen Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem geringeren Wohlstand beiderlei Geschlechts richtet.

Im Bereich des Substanzkonsums bleiben Alkohol und Tabak trotz bundesweit rückläufiger Tendenzen die verbreitetsten psychoaktiven Substanzen in Brandenburg. Über alle Altersgruppen hinweg sind es zwei und bei den Schülerinnen und Schülern der Jahrgangsstufe 9 sind es sieben Prozent, die täglich Zigaretten rauchen. Alkohol wurde von fünf Prozent der Lernenden der Jahrgangsstufe 9 mehr als zehnmal im letzten Monat konsumiert und 19.1% von ihnen berichten, dass sie mindestens einmal pro Monat alkoholbedingte Rauscherfahrungen machen. Bei den illegalen Drogen ist Cannabis die am häufigsten konsumierte Substanz. Zwei von zehn Jugendlichen der Jahrgangsstufe 9 haben schon mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis geraucht, eine/r von zehn sogar mindestens einmal im letzten Monat. Die Lebenszeit-Prävalenz anderer illegaler Drogen ist im Vergleich hierzu sehr gering.

Ein gesundheitswissenschaftlich relativ neues Phänomen ist vor dem Hintergrund der hohen Verbreitung internetfähiger Endgeräte der problematische Konsum von sozialen Medien. Hiermit ist gemeint, dass bei der Nutzung entsprechender Angebote suchttähnliche Erlebens- und Verhaltensweisen auftreten können. Derartige Anzeichen liegen bei bei mehr als sechs Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen

vor, wobei Schülerinnen und Schüler an Ober- und Förderschulen sowie Lernende aus Familien mit einem niedrigeren Wohlstand deutlich häufiger zu dieser Risikogruppe gehören.

Der Anteil der sexuell aktiven Jugendlichen in der Jahrgangsstufe 9 ist mit 24.0% relativ niedrig. Von dieser Gruppe haben die meisten ihre ersten sexuellen Erfahrungen im Alter von 14 Jahren gemacht und nur wenige in noch jüngerem Alter. Verhütung mit Kondom oder Pille (bzw. beidem) gehört für die meisten der sexuell aktiven Jugendlichen dazu, nur eine Minderheit von etwas mehr als sechs Prozent haben beim letzten Geschlechtsverkehr weder mit Kondom noch mit der Pille nicht verhütet.



# Kapitel 5

## Ergebnisse zu gesundheitlichen Einflussfaktoren

*Nancy John | Ludwig Bilz | Saskia M. Fischer | Anke Zeißig  
Sebastian Wachs*

### 5.1 Familie und soziale Lage

#### 5.1.1 Familienform

Die Familie stellt in der Kindheit und Jugend eine wichtige Lebenswelt dar, welche die individuelle Entwicklung und Gesundheit beeinflusst (z.B. Jakes & DeBord, 2010; Schor, 1995). Unter Familie kann das Zusammenleben von Menschen verschiedener Generationen verstanden werden, die "dauerhaft füreinander Verantwortung übernehmen, füreinander einstehen und gegenseitige Fürsorge leisten" (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017, S. 12). Demzufolge können unter dem Begriff verschiedene Konstellationen (z.B. verheiratete oder unverheiratete Paare, Alleinerziehende, Stieffamilien mit einem oder mehreren Kindern) zusammengefasst werden, die von der traditionellen Familienform bis zu nicht-traditionellen Familienformen reichen.

Eine Vielzahl von Studien zeigt, dass das Aufwachsen in verschiedenen nicht-traditionellen Familienformen mit einer schlechteren Gesundheit und einem ungünstigen Gesundheitsverhalten von Heranwachsenden in Verbindung steht. Zum Beispiel haben Kinder und Jugendliche, die bei ihrer alleinerziehenden Mutter aufwachsen, einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand (Krueger, Jutte,

Franzini, Elo & Hayward, 2015), häufiger Übergewicht (Chen & Escarce, 2010) sowie emotionale und Verhaltensprobleme (Dawson, 1991) als Kinder und Jugendliche, die mit beiden leiblichen Eltern zusammenleben. Zudem gibt es Hinweise dafür, dass Heranwachsende von unverheirateten Paaren häufiger emotionale, Verhaltens- und schulische Probleme aufweisen als Heranwachsende von verheirateten Paaren (Brown, 2004). Weiterhin konsumieren Jugendliche aus nicht-traditionellen Familien (z.B. alleinerziehende Elternteile in einer neuen Partnerschaft) häufiger Tabak und Alkohol (Brown & Rinelli, 2010).

Hierbei unterscheidet sich der gesundheitsbezogene Effekt zwischen den einzelnen nicht-traditionellen Familienformen. Beispielsweise weisen Kinder und Jugendliche, die bei ihrem alleinerziehenden Vater aufwachsen, einen vergleichbaren Gesundheitszustand wie Kinder und Jugendliche aus traditionellen Familienformen auf (vgl. Bramlett & Blumberg, 2007; Krueger et al., 2015). Der Zusammenhang der Familienform mit der Gesundheit im Kindes- und Jugendalter kann unter anderem durch einen Mangel an Ressourcen (z.B. finanzielle Mittel, familiäre Unterstützung) in nicht-traditionellen Familienformen erklärt werden (vgl. Brown, 2004).

#### Wie wurde die Familienform erfasst?

Zur Beurteilung der Familienform wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, wo sie die ganze oder die meiste Zeit leben. Sie sollten alle Personen einer Liste ankreuzen, mit denen sie zuhause leben (Inchley et al., 2018). Anhand der Angaben wurden die Schülerinnen und Schüler den Familienformen "beide Elternteile", "Mutter ohne neue Partnerschaft", "Vater ohne neue Partnerschaft", "Elternteil mit neuer Partnerschaft", "institutionelle Einrichtung, Pflegefamilie oder Wohngemeinschaft" und "sonstige Familienform" zugeordnet. Für die Darstellung der Befragungsergebnisse wurden die sechs Familienformen weiter zu den Kategorien "beide Elternteile", "Elternteil ohne neue Partnerschaft", "Elternteil mit neuer Partnerschaft" und "sonstige Familien-/Wohnform" zusammengefasst.

#### 5.1.1.1 Brandenburger Ergebnisse

Die Abbildung 5.1 zeigt die Verteilung der befragten Brandenburger Kinder und Jugendlichen auf die verschiedenen Familienformen. Mit 62.8% leben die meisten mit ihren beiden leiblichen Eltern zusammen. Weitere 20.3% leben mit einem alleinerziehenden Elternteil - meistens mit ihrer Mutter - und 9.1% mit einem Elternteil zusammen, welches sich in einer neuen Partnerschaft befindet. Von den restlichen 7.7% leben 5.1% in einer sonstigen Familienform (z.B. sowohl bei ihrer Mutter als auch ihrem Vater, welche sich jeweils in einer neuen Partnerschaft befinden) und 2.6% in einer institutionellen Einrichtung (z.B. Heim, Kinderdorf, betreute Wohngruppe), Pflegefamilie oder Wohngemeinschaft mit einer sonstigen Person (z.B. Geschwister, Großeltern).



**Abb. 5.1:** Familienformen, in denen Brandenburger Schülerinnen und Schüler leben.

Die Tabelle 5.1 gibt einen Überblick über die Ausprägung des allgemeinen Gesundheitszustandes, das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und den Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen in Abhängigkeit von der Familienform, in der die befragten Kinder und Jugendlichen leben.

**Tab. 5.1:** Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Familienformen

	Familienformen (in %)				Teststatistik	
	beide Elternteile	Elternteil ohne neue Partnerschaft	Elternteil mit neuer Partnerschaft	sonstige Familien-/Wohnform	$\chi^2(df)$	V
<b>Allgemeine Gesundheit</b>						
ausgezeichnet/gut	91.9	85.7	82.7	82.7	39.69(3) <sup>****</sup>	.08
einigermaßen/schlecht	8.1	14.3	17.3	17.3		
<b>Psych. Auffälligkeiten</b>						
unauffällig	85.6	79.3	77.4	68.0	47.07(3) <sup>****</sup>	.09
grenzwertig/auffällig	14.4	20.7	22.6	32.0		
<b>30-Tages-Alkoholkonsum</b>						
nein	80.8	74.6	73.5	68.8	24.74(3) <sup>****</sup>	.06
ja	19.2	25.4	26.5	31.2		

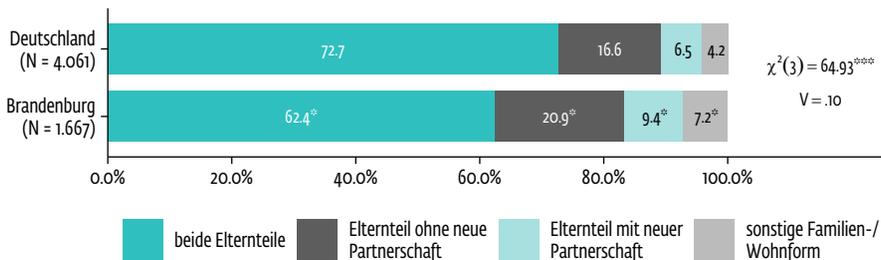
Anmerkungen. N = 2.558-2.780.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \*\*\*\* p < .001.

Für alle betrachteten Gesundheitsindikatoren ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen den Familienformen. Schülerinnen und Schüler, die mit beiden leiblichen Elternteilen aufwachsen, berichten deutlich häufiger einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand, weisen seltener psychische Auffälligkeiten auf und haben in den vergangenen 30 Tagen öfter keinen Alkohol getrunken als Schülerinnen und Schüler,

die nur bei einem leiblichen Elternteil oder in einer sonstigen Familien- oder Wohnform leben. Lernende, die in sonstigen Familien- oder Wohnformen ohne die Anwesenheit eines leiblichen Elternteils leben (z.B. institutionelle Einrichtung, Pflegefamilie oder Wohngemeinschaft), weisen besonders häufig ungünstige Ausprägungen der Gesundheitsindikatoren auf. Der im theoretischen Hintergrund formulierte gesundheitsprotektive Effekt von traditionellen Familienformen wird anhand der vorliegenden Brandenburger Daten bekräftigt.

### 5.1.1.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen

Die Abbildung 5.2 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Familienform, in der die befragten Kinder und Jugendlichen leben, im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Die Verteilung der Schülerinnen und Schüler auf die verschiedenen Familienformen unterscheidet sich signifikant zwischen Brandenburg und Deutschland. Brandenburger Lernende leben seltener mit ihren beiden leiblichen Eltern zusammen und häufiger in anderen Familienformen (z.B. bei einem Elternteil ohne oder mit neuer Partnerschaft) als Lernende des Bundesdurchschnitts.



**Abb. 5.2:** Familienformen, in denen Brandenburger Schülerinnen und Schüler leben, im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke. \*\*\* $p < .001$ .

#### Was sind die zentralen Ergebnisse zur Familienform?

- Drei Fünftel der Brandenburger Kinder und Jugendlichen leben mit beiden leiblichen Eltern und ein Fünftel mit einem alleinerziehenden Elternteil - meist der Mutter - zusammen.
- Schülerinnen und Schüler, die in sonstigen Familien- oder Wohnformen ohne die Anwesenheit eines leiblichen Elternteils leben, berichten einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand, leiden häufiger unter psychischen Auffälligkeiten und haben in den letzten 30 Tagen häufiger Alkohol getrunken.
- Brandenburger Lernende leben seltener mit ihren beiden leiblichen Eltern zusammen und häufiger in sonstigen Familien- und Wohnformen als Lernende des Bundesdurchschnitts.

### 5.1.2 Familiäre Unterstützung

Die Unterstützung durch die eigene Familie spielt eine wichtige Rolle in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (Collins & Steinberg, 2008). Familiäre Unterstützung stellt eine kontextspezifische Art der sozialen Unterstützung dar, welche durch das soziale Netzwerk der Familie bereitgestellt wird. Die Mitglieder eines sozialen Netzwerks (z.B. Eltern) erfüllen hierbei eine emotionale, instrumentale, informierende und beurteilende Funktion, mit dem Ziel einem anderen Mitglied des sozialen Netzwerks (z.B. Kind) zu helfen (vgl. Heaney & Israel, 2008; Tardy, 1985). Eltern erfüllen hierbei vorrangig eine emotionale und instrumentale Funktion, wobei Jugendliche die eigene Mutter als Hauptquelle der familiären Unterstützung betrachten (Hombrados-Mendieta, Gomez-Jacinto, Dominguez-Fuentes, Garcia-Leiva & Castro-Travé, 2012).

Die familiäre Unterstützung, vor allem die Unterstützung durch die Eltern, steht mit der psychischen und körperlichen Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Zusammenhang (z.B. Garnefski & Diekstra, 1996; Kerr, Preuss & King, 2006; Vilhjalmsson, 1994). Soziale Unterstützung kann in unterschiedlicher Weise Einfluss nehmen (siehe Cohen & Wills, 1985 für eine Übersicht): Einerseits kann soziale Unterstützung direkt auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten wirken (Direct effect). Zum Beispiel steht eine hohe familiäre Unterstützung mit einem höheren Ausmaß körperlicher Aktivität bei Kindern und Jugendlichen in Zusammenhang (Morrissey, Janz, Letuchy, Francis & Levy, 2015). Andererseits kann soziale Unterstützung moderierend wirken, indem sie den Einfluss von gesundheits-schädlichen Bedingungen verringert (Buffering effect). Beispielsweise kann eine hohe familiäre Unterstützung den negativen Einfluss von Gewalterfahrungen auf das Ausmaß an depressiver Symptomatik bei Heranwachsenden verringern (Ozer, 2005).

#### Wie wurde die familiäre Unterstützung erfasst?

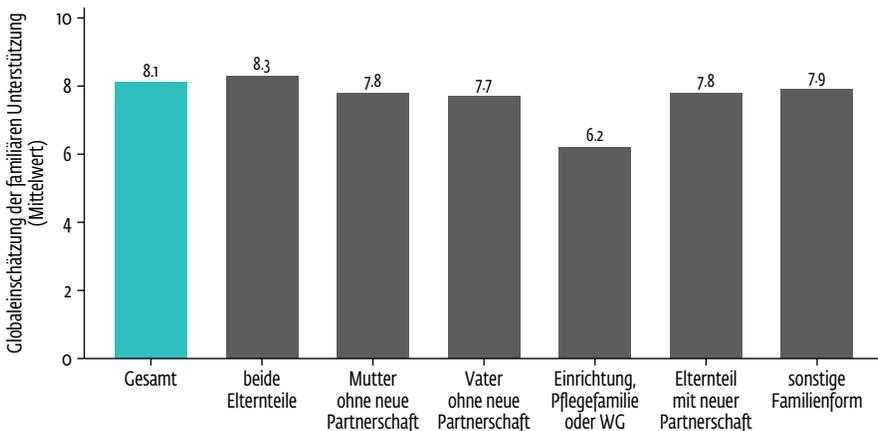
Zur Beurteilung der familiären Unterstützung wurde die Subskala "Family" der Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988) eingesetzt. Die Kinder und Jugendlichen schätzten ein, inwieweit sie vier Aussagen zu ihrer Familie (z.B. "Meine Familie ist sehr bemüht, mir zu helfen.") zustimmen. Aus den Antworten zu den einzelnen Aussagen wurde eine Globaleinschätzung der familiären Unterstützung abgeleitet. Der Wert der Globaleinschätzung kann zwischen 1 (geringste familiäre Unterstützung) und 10 (höchste familiäre Unterstützung) liegen. Weiterhin wurde für die Darstellung der Befragungsergebnisse die Globaleinschätzung in die Kategorien "niedrige", "mittlere" und "hohe familiäre Unterstützung" eingeteilt. Die Einteilung erfolgte auf Basis der geschlechts- und altersspezifischen Verteilung des Werts der Globaleinschätzung in der Stichprobe.

### Fortsetzung: Wie wurde die familiäre Unterstützung erfasst?

Eine niedrige familiäre Unterstützung lag demzufolge bei den untersten 20.0% der Stichprobe (1. Quintil), eine mittlere familiäre Unterstützung bei den mittleren 60.0% der Stichprobe (2. bis 4. Quintil) und eine hohe familiäre Unterstützung bei den obersten 20.0% der Stichprobe (5. Quintil) vor.

#### 5.1.2.1 Brandenburger Ergebnisse

Mädchen und Jungen beurteilen die familiäre Unterstützung ähnlich hoch. Mit zunehmendem Alter nimmt die Unterstützung durch die Familie signifikant ab ( $\chi^2(2) = 48.85$ ,  $p < .001$ ,  $\epsilon^2 = .016$ ) (11-Jährige:  $M = 8.4$  vs. 15-Jährige:  $M = 7.7$ ). Zudem unterscheidet sich die Globaleinschätzung der wahrgenommenen familiären Unterstützung signifikant in Abhängigkeit von der Familienform ( $\chi^2(5) = 51.85$ ,  $p < .001$ ,  $\epsilon^2 = .017$ ). Die familiäre Unterstützung wird am höchsten von Schülerinnen und Schülern beurteilt, die mit ihren beiden leiblichen Eltern zusammenleben. Am niedrigsten wird sie von Schülerinnen und Schülern beurteilt, die in einer institutionellen Einrichtung (z.B. Heim, Kinderdorf, betreute Wohngruppe), Pflegefamilie oder Wohngemeinschaft mit einer sonstigen Person (z.B. Geschwister, Großeltern) leben (vgl. Abb. 5.3).



**Abb. 5.3:** Globaleinschätzung der familiären Unterstützung von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Familienform.

Die Tabelle 5.2 gibt einen Überblick über die Ausprägung des allgemeinen Gesundheitszustandes, das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und den Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen in Abhängigkeit von der familiären Unterstützung. Für alle betrachteten Gesundheitsindikatoren ergeben sich signifikante Unterschiede in Bezug auf die familiäre Unterstützung zu Gunsten von Schülerinnen und Schülern, die ei-

ne hohe familiäre Unterstützung erleben. Diese Lernenden berichten häufiger einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand, weisen seltener psychische Auffälligkeiten auf und haben in den letzten 30 Tagen öfter keinen Alkohol getrunken als Lernende, die eine niedrigere Unterstützung durch ihre Familie erleben.

Die Effekte der familiären Unterstützung auf den allgemeinen Gesundheitszustand und das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten sind besonders deutlich. Beispielsweise liegen bei Kindern und Jugendlichen, die eine niedrige Unterstützung durch ihre Familie wahrnehmen, mehr als doppelt so häufig psychische Auffälligkeiten vor (31.0%) als bei Kindern und Jugendlichen, die eine hohe Unterstützung durch ihre Familie wahrnehmen (12.6%). Folglich ist ein hohes Ausmaß an familiärer Unterstützung projektiv für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der befragten Brandenburger Kinder und Jugendlichen.

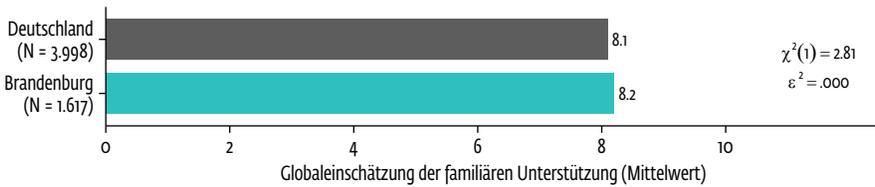
**Tab. 5.2:** Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach familiärer Unterstützung (kategorisierte Globaleinschätzung)

	Familiäre Unterstützung (in %)			Teststatistik	
	niedrig	mittel	hoch	$\chi^2(df)$	V
<b>Allgemeine Gesundheit</b>					
ausgezeichnet/gut	79.1	90.1	93.2	75.95(2) <sup>****</sup>	.11
einigermaßen/schlecht	20.9	9.9	6.8		
<b>Psych. Auffälligkeiten</b>					
unauffällig	69.0	84.9	87.4	85.10(2) <sup>****</sup>	.12
grenzwertig/auffällig	31.0	15.1	12.6		
<b>30-Tages-Alkoholkonsum</b>					
nein	74.5	75.3	82.4	19.34(2) <sup>****</sup>	.06
ja	25.5	24.7	17.6		

Anmerkungen. N = 2.481-2.685.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. <sup>\*\*\*\*</sup> p < .001.

**5.1.2.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen**

Die Abbildung 5.4 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Globaleinschätzung der familiären Unterstützung im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Die Brandenburger Schülerinnen und Schüler unterscheiden sich nicht bezüglich der Unterstützung, die sie durch ihre Familie wahrnehmen, vom Bundesdurchschnitt.



**Abb. 5.4:** Globaleinschätzung der familiären Unterstützung von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert.  $\epsilon^2$  = Maß der Effektstärke.

### Was sind die zentralen Ergebnisse zur familiären Unterstützung?

- Ältere Jugendliche und Heranwachsende aus nicht traditionellen Familienformen, vor allem wenn sie in einer institutionellen Einrichtung, Pflegefamilie oder Wohngemeinschaft wohnen, erleben eine niedrigere familiäre Unterstützung.
- Der allgemeine Gesundheitszustand, das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und der 30-Tages-Alkoholkonsum unterscheiden sich in Abhängigkeit von der wahrgenommenen familiären Unterstützung zu Gunsten von Schülerinnen und Schülern, die eine hohe Unterstützung durch ihre Familie erleben.
- Brandenburger Lernende schätzten die wahrgenommene familiäre Unterstützung ähnlich wie der Bundesdurchschnitt ein.

### 5.1.3 Familiäre Kommunikation

Familiäre Kommunikation bezeichnet die Möglichkeit von Kindern und Jugendlichen, für sie bedeutsame Themen in ihrer Familie besprechen zu können. Damit stellt die familiäre Kommunikation eine wichtige Grundlage für erlebte familiäre Unterstützung dar, welche im vorangegangenen Kapitel analysiert wurde. Obwohl sich Jugendliche in der Entwicklungsphase der Adoleszenz mit persönlichen Anliegen vermehrt an Freundinnen und Freunde wenden, stellen auch die Eltern weiterhin eine bedeutende Ressource für sie dar (Brooks et al., 2015; Malonda, Llorca, Mesurado, Samper & Mestre, 2019). Die Verfügbarkeit qualitativ hochwertiger Kommunikation innerhalb der Familie ist daher auch im Kindes- und Jugendalter bedeutsam. So steht ein hohes Maß an Eltern-Kind-Kommunikation zu persönlich bedeutsamen Themen mit verstärkter Lebenszufriedenheit der Jugendlichen (Levin & Currie, 2010) sowie vermehrten prosozialen Verhaltensweisen (Malonda et al., 2019) in Verbindung. Im Gegenzug wirken geringe familiäre Kommunikationsqualitäten als gesundheitlicher Risikofaktor und sind beispielsweise mit der Suizidalität von Jugendlichen assoziiert (King & Merchant, 2008; Radde et al., 2018).

In den letzten Jahren hat der Anteil der Jugendlichen, die ihre Eltern als mögliche Ansprechpersonen für persönliche Belange empfinden, zugenommen (Brooks et al., 2015). Befunde zur familiären Kommunikation Jugendlicher zu ihren nicht-leiblichen Elternteilen liegen jedoch bisher kaum vor (Inchley et al., 2018; Levin & Currie, 2010).

**Wie wurde die familiäre Kommunikation erfasst?**

Zur Beurteilung der familiären Kommunikation schätzten die Kinder und Jugendlichen ein, wie leicht es ihnen fällt, mit verschiedenen Familienmitgliedern über Dinge zu sprechen, welche ihnen "wirklich nahegehen" (Aarø & Wold, 1986). Die Antworten bezogen sich dabei auf vier mögliche Familienmitglieder: Vater, Mutter, Stiefvater oder Partner oder Partnerin der Mutter, Stiefmutter oder Partnerin oder Partner des Vaters. Zur Wahl standen jeweils die Antwortoptionen "sehr leicht", "leicht", "schwer", "sehr schwer" und "Ich habe oder sehe diese Person nicht". Für die Darstellung der Befragungsergebnisse wurden die Antwortoptionen zu den Kategorien "leicht" und "schwer" zusammengefasst. Angaben, die jeweilige Person nicht zu haben oder zu sehen, wurden als fehlende Werte behandelt und gingen in die nachfolgenden Analysen nicht mit ein.

**5.1.3.1 Brandenburger Ergebnisse**

Der Großteil der befragten Brandenburger Kinder und Jugendlichen empfindet die Kommunikation über persönlich relevante Dinge sowohl mit der Mutter (82.8%) als auch mit dem Vater (68.4%) als einfach (vgl. Abb. 5.5). Darin zeigt sich, dass die meisten Befragten ein positives familiäres Kommunikationsklima empfinden, wobei die Kommunikation zur Mutter vielen noch leichter fällt als die Kommunikation zum Vater.



**Abb. 5.5:** Familiäre Kommunikation von Brandenburger Schülerinnen und Schülern zu verschiedenen Familienmitgliedern.

Auch nicht-leibliche Elternteile können für Kinder und Jugendliche bedeutsame Ansprechpartner sein (vgl. Abb. 5.5): Von den Befragten, die mit dem jeweiligen Stiefelternteil leben, empfinden 43.9% die Stiefmutter und 46.6% den Stiefvater als geeigneten Kommunikationspartner. Damit ist die Relevanz von Stiefelternteilen als Ansprechpartner für Kinder und Jugendliche zwar geringer als die leiblicher Elternteile, sollte aber dennoch nicht unterschätzt werden, da die Verfügbarkeit verschiedener Kommunikationspersonen für Kinder und Jugendliche einen Vorteil darstellen kann.

Bei der Analyse von Unterschieden zwischen Jungen und Mädchen sowie zwischen Lernenden verschiedener Altersgruppen wird aufgrund der höheren Relevanz sowie aufgrund der höheren Anzahl betroffener Lernender (siehe Analyse zu Familienformen in Kapitel 5.1.1) nur die Kommunikation zu den leiblichen Elternteilen betrachtet (vgl. Tab. 5.3). Jungen empfinden die Kommunikation sowohl mit ihrer Mutter als auch mit ihrem Vater leichter als Mädchen. Je älter die Jugendlichen werden, desto schwerer fällt es ihnen, mit ihrer Mutter oder mit ihrem Vater über bedeutsame Aspekte ihres Lebens zu sprechen. Die Abnahme der Kommunikationsqualität zum Vater fällt dabei stärker aus als die zur Mutter.

**Tab. 5.3:** Familiäre Kommunikation zur Mutter und zum Vater von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht und Alterskategorie

	Kommunikation zur Mutter (in %)				Kommunikation zum Vater (in %)			
	leicht	schwer	$\chi^2$ (df)	V	leicht	schwer	$\chi^2$ (df)	V
<b>Gesamt</b>	<b>82.8</b>	<b>17.2</b>			<b>68.4</b>	<b>31.6</b>		
<b>Geschlecht</b>								
Jungen	84.5	15.5	4.81(1)*	.04	75.6	24.4	50.72(1)****	.13
Mädchen	81.2	18.8			62.1	37.9		
<b>Alterskategorie</b>								
11-jährige	88.4	11.6	49.51(2)****	.09	75.2	24.8	49.42(2)****	.09
13-jährige	82.5	17.5			68.7	31.3		
15-jährige	75.4	24.6			58.5	41.5		

Anmerkungen. N = 2.687-2.708.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \* p < .05. \*\*\*\* p < .001.

Die Tabelle 5.4 gibt einen Überblick über die Ausprägung des allgemeinen Gesundheitszustandes, das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und den Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen in Abhängigkeit von der Kommunikation zur Mutter und zum Vater. Sowohl die Kommunikation zur Mutter als auch die zum Vater ist mit allen betrachteten Gesundheitsvariablen assoziiert. Kinder und Jugendliche, die leicht mit ihrer Mutter oder mit ihrem Vater kommunizieren können, berichten einen deutlich besseren allgemeinen Gesundheitszustand als Kinder und Jugendliche, denen die Kommunikation zu ihren Elternteilen schwerfällt. Auch der Anteil mit psychischen Auf-

fälligkeiten ist unter den Kindern und Jugendlichen höher, denen die Eltern nicht als Kommunikationspersonen bei persönlich bedeutsamen Themen zur Verfügung stehen. Letztlich konsumieren Kinder und Jugendliche, die nur schwer mit ihrer Mutter oder mit ihrem Vater über persönliche Anliegen sprechen können, auch mehr Alkohol als Kinder und Jugendliche, die leicht mit ihren Eltern sprechen können. Diese Befunde zeigen eindrucksvoll die Bedeutung familiärer Kommunikation für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen.

**Tab. 5.4:** Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach der Kommunikation zur Mutter und zum Vater

	Kommunikation zur Mutter (in %)				Kommunikation zum Vater (in %)			
	leicht	schwer	$\chi^2(df)$	V	leicht	schwer	$\chi^2(df)$	V
<b>Allgemeine Gesundheit</b>								
ausgezeichnet/gut	91.2	79.0	56.37(1)****	.10	92.6	84.6	36.38(1)****	.08
einigermaßen/schlecht	8.8	21.0			7.4	15.4		
<b>Psych. Auffälligkeiten</b>								
unauffällig	85.7	69.3	65.70(1)****	.10	87.2	75.7	46.40(1)****	.09
grenzwertig/auffällig	14.3	30.7			12.8	24.3		
<b>30-Tages-Alkoholkonsum</b>								
nein	80.6	65.8	45.84(1)****	.09	82.7	70.3	46.71(1)****	.09
ja	19.4	34.2			17.3	29.7		

Anmerkungen. N = 2.281-2.644.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \*\*\*\* p < .001.

Betrachtet man die Kommunikationsstrukturen zu den Stiefelternteilen (vgl. Tab. 5.5), zeigen sich diese als weniger bedeutsam für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen. Bei der Interpretation der Signifikanzwerte müssen die sehr unterschiedlichen Fallzahlen beachtet werden. Ein Vergleich der Effektstärkemaße, die deutlich weniger anfällig für Unterschiede in den Fallzahlen sind, verweist auf die unterschiedlichen Bedeutsamkeiten von leiblichen Elternteilen und Stiefelternteilen für Kinder und Jugendliche. Demnach steht die Frage, ob eine vorhandene Stiefmutter als Ansprechpartnerin für persönliche Belange zur Verfügung steht oder nicht, nicht mit dem allgemeinen Gesundheitszustand, mit psychischen Auffälligkeiten und mit Alkoholkonsum der Kinder und Jugendlichen in Verbindung. Die Ergebnisse für Stiefväter fallen dagegen anders aus: Stehen diese als Kommunikationspartner zur Verfügung, kann sich dies schützend auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen, ihr psychisches Wohlbefinden sowie ihren Alkoholkonsum auswirken. Ein Vergleich der Effektstärken der Ergebnisse für leibliche Väter und Stiefväter zeigt, dass die Bedeutung leiblicher Väter für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen noch höher ist.

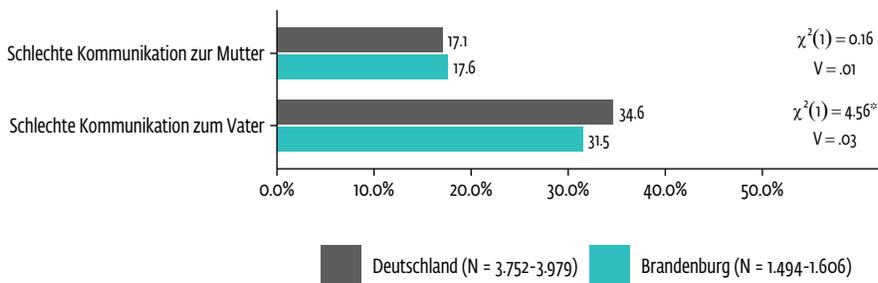
**Tab. 5.5:** Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach der Kommunikation zur Stiefmutter und zum Stiefvater

	Kommunikation zur Stiefmutter (in %)				Kommunikation zum Stiefvater (in %)			
	leicht	schwer	$\chi^2(df)$	V	leicht	schwer	$\chi^2(df)$	V
<b>Allgemeine Gesundheit</b>								
ausgezeichnet/gut	88.4	84.9	1.65(1)	.02	89.3	82.4	8.16(1) <sup>***</sup>	.04
einigermaßen/schlecht	11.6	15.1			10.7	17.6		
<b>Psych. Auffälligkeiten</b>								
unauffällig	81.1	77.7	1.03(1)	.01	83.1	74.9	7.72(1) <sup>***</sup>	.04
grenzwertig/auffällig	18.9	22.3			16.9	25.1		
<b>30-Tages-Alkoholkonsum</b>								
nein	75.9	73.2	0.53(1)	.01	78.8	70.6	7.27(1) <sup>***</sup>	.04
ja	24.1	26.8			21.2	29.4		

Anmerkungen. N = 682-902.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \*\*\* p < .01.

### 5.1.3.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen

Die Abbildung 5.6 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der familiären Kommunikation zur Mutter und zum Vater im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Es ergab sich hinsichtlich des Anteils an Kindern und Jugendlichen, die eine schlechte Kommunikation zu ihrem Vater aufweisen, ein signifikanter Unterschied zwischen den Brandenburger Schülerinnen und Schülern und dem Bundesdurchschnitt: Kinder und Jugendliche in Brandenburg empfinden die Kommunikation mit ihrem Vater weniger schwierig als Kinder und Jugendliche in Gesamtdeutschland.



**Abb. 5.6:** Schlechte Kommunikation zur Mutter und zum Vater von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke. \* p < .05.

### Was sind die zentralen Ergebnisse zur familiären Kommunikation?

- Die meisten Brandenburger Kinder und Jugendlichen erleben ihre Mutter und ihren Vater als verfügbare Ansprechpersonen für persönliche Belange. Mädchen und älteren Jugendlichen fällt die Kommunikation mit ihren Eltern deutlich schwerer.
- Auch Stiefmütter und Stiefväter können wichtige Ansprechpersonen für Kinder und Jugendliche sein.
- Eine schlechte familiäre Kommunikation zu Vätern und Müttern stellt einen bedeutsamen Risikofaktor für den allgemeinen Gesundheitszustand, die psychische Gesundheit und den Alkoholkonsum von Schülerinnen und Schülern dar.
- Brandenburger Lernende berichten seltener von einer schlechten Kommunikation zu ihrem Vater als Lernende des Bundesdurchschnitts.

## 5.1.4 Soziale Lage

### 5.1.4.1 Familiärer Wohlstand

Der soziale Status beschreibt die individuelle Position in einem Gesellschaftssystem, welche mit verschiedenen Lebensbedingungen und Teilhabechancen einhergeht (Dahrendorf, 1980; Lampert & Kroll, 2009). Er wird häufig anhand sozioökonomischer Merkmale einer Person (z.B. Bildungsniveau, Berufsstatus und Einkommen) bestimmt (vgl. Lampert & Kroll, 2009). Der soziale Status von Heranwachsenden kann anhand sozioökonomischer Merkmale der Eltern oder des familiären Wohlstands abgeleitet werden (Inchley et al., 2018; Lampert, Kuntz & KiGGS Study Group, 2015).

Soziale Ungleichheiten stehen in einem engen Zusammenhang mit der Gesundheit, dem Gesundheitsverhalten und der Lebenserwartung der Bevölkerung (Marmot, 2005; Richter & Hurrelmann, 2009). Beispielsweise ist ein niedrigeres Einkommen und ein niedrigeres Bildungsniveau mit einem höheren Risiko für chronische Krankheiten und vorzeitige Sterblichkeit assoziiert (Lampert, Hoebel & Kroll, 2019a; Mackenbach, Cavelaars, Kunst & Groenhouf, 2000). Ähnliche Zusammenhänge zwischen der sozialen Herkunft und der Gesundheit zeigen sich bereits im Kindes- und Jugendalter, wobei der Zusammenhang zur psychischen Gesundheit besonders deutlich ist (siehe Pillas et al., 2014; Reiss, 2013 für eine Übersicht). Neben einem schlechteren Gesundheitszustand weisen Heranwachsende aus sozial benachteiligten Familien deutlich häufiger ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten (z.B. schlechtere Ernährungsgewohnheiten, geringere körperliche Aktivität und häufigerer Zigarettenkonsum) auf als Gleichaltrige aus sozial besser gestellten Familien (siehe Hanson & Chen, 2007 für eine Übersicht; Inchley et al., 2016). Trotz zunehmender Bemühungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen haben sich die gesundheitsbezogenen sozialen Ungleichheiten im Zeitverlauf verschärft

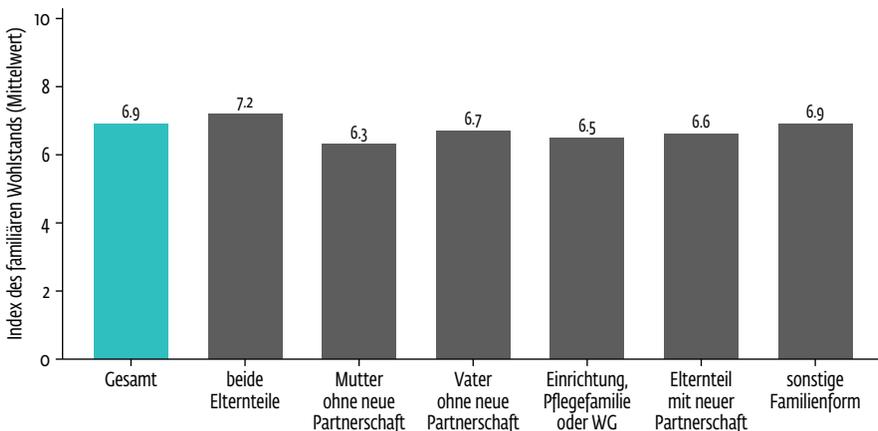
(Lampert et al., 2019b). Dies kann unter anderem als Hinweis dafür gedeutet werden, dass sozial benachteiligte Heranwachsende weniger von präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen profitieren als ihre Gleichaltrigen aus sozial besser gestellten Familien.

#### Wie wurde der familiäre Wohlstand erfasst?

Zur Beurteilung des familiären Wohlstands schätzten die Kinder und Jugendlichen das Vorhandensein von sechs verschiedenen Wohlstandsgütern (z.B. Besitz eines oder mehrerer Autos) in ihrer Familie ein (Currie et al., 1997; Currie et al., 2014). Die Abfrage von familiären Wohlstandsgütern bietet sich gegenüber der herkömmlichen Erfassung des familiären Wohlstands anhand des Einkommens und Berufsstatus der Eltern an, da Kinder und Jugendliche hierzu zuverlässigere Angaben tätigen können. Aus dem Vorhandensein der Wohlstandsgüter in der Familie wurde ein Index des familiären Wohlstands abgeleitet. Der Wert des Index kann zwischen 0 (geringster familiärer Wohlstand) und 10 (höchster familiärer Wohlstand) liegen. Weiterhin wurde für die Darstellung der Befragungsergebnisse der Index in die Kategorien "niedriger", "mittlerer" und "hoher familiärer Wohlstand" eingeteilt (vgl. Abschnitt 2.5.3).

#### 5.1.4.1.1 Brandenburger Ergebnisse

Der Index des familiären Wohlstands unterscheidet sich signifikant zwischen verschiedenen Familienformen ( $\chi^2(5) = 126.76$ ,  $p < .001$ ,  $\varepsilon^2 = .042$ ), wobei Familien mit traditionellen Konstellationen ( $M = 7.2$ ) durchschnittlich einen höheren Wohlstand aufweisen als nicht-traditionelle Familienformen ( $M = 6.3$ , z.B. Heranwachsende, die bei ihrer alleinerziehenden Mutter leben).

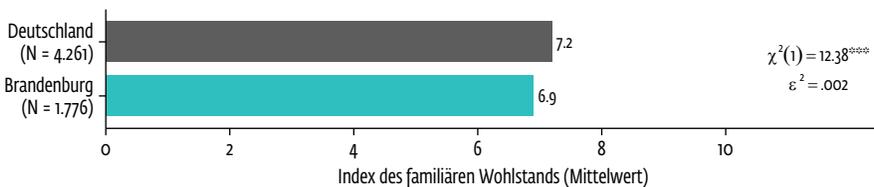


**Abb. 5.7:** Index des familiären Wohlstands von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Familienform.

Im Kapitel 3 und 4 zeigten sich bei fast allen Indikatoren der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens wohlstandbezogene Unterschiede für die befragten Schülerinnen und Schüler. Hierbei weisen Lernende aus Familien mit einem niedrigen Wohlstand ungünstigere Ausprägungen auf den betrachteten Indikatoren auf als Lernende aus Familien mit einem hohen Wohlstand.

#### 5.1.4.1.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen

Die Abbildung 5.8 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich des Index des familiären Wohlstands im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Es zeigt sich, dass Brandenburger Lernende signifikant häufiger aus Familien mit einem niedrigeren Wohlstand kommen als Lernende des Bundesdurchschnitts.



**Abb. 5.8:** Index des familiären Wohlstands von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert.  $\epsilon^2$  = Maß der Effektstärke. \*\*\*  $p < .001$ .

#### Was sind die zentralen Ergebnisse zum familiären Wohlstand?

- Der familiäre Wohlstand steht mit der Familienform in Zusammenhang, wobei Familien mit traditionellen Konstellationen durchschnittlich einen höheren Wohlstand aufweisen als nicht-traditionelle Familienformen (z.B. Heranwachsende, die bei ihrer alleinerziehenden Mutter leben).
- Für fast alle Indikatoren der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens finden sich in Brandenburg wohlstandbezogene Unterschiede zu Ungunsten von Schülerinnen und Schülern aus Familien mit einem niedrigen Wohlstand.
- Brandenburger Lernende kommen häufiger aus Familien mit einem niedrigeren Wohlstand als Lernende des Bundesdurchschnitts.

#### 5.1.4.2 Materielle Lage der Kinder und Jugendlichen

Gelderziehung zielt darauf ab, Heranwachsenden den eigenständigen Umgang mit Geld zu vermitteln, indem sie den Wert von Geld verstehen, die Verwaltung und Planung des eigenen Budgets üben und zielgerichtetes Sparverhalten für größere Anschaffungen erlernen (Langmeyer & Winklhofer, 2014). Gerade im Jugendalter stellt die Fähigkeit des kompetenten Umgangs mit Geld eine Entwicklungsaufgabe dar, deren Lösung den Weg zum Erwachsenwerden ebnet (Hurrelmann & Bauer, 2015). Ler-

nen Heranwachsende keinen angemessenen Umgang mit Geld, können Verschuldung und kompensatorisches Konsumverhalten im höheren Jugendalter oder Erwachsenenalter die Folgen sein (Fries, Göbel & Lange, 2007).

Eine Möglichkeit, Heranwachsenden einen angemessenen Umgang mit Geld zu vermitteln und sie in ihrer Entwicklung zu unabhängigen Personen zu unterstützen, stellt das Taschengeld - also ein frei verfügbarer Geldbetrag - dar (Langmeyer & Winklhofer, 2014). Nicht selten ist das Thema Taschengeld Gegenstand familiärer Konflikte, die oft eine Aushandlung darüber beinhaltet, in welcher Höhe das Taschengeld ausfällt und welche Ausgaben mit dem Taschengeld getätigt werden sollen (Langmeyer & Winklhofer, 2014). Die Höhe und Zahlung von Taschengeld orientiert sich häufig an dem Alter und der Lebensregion des jeweiligen Heranwachsenden (Tully & van Santen, 2012). Darüber hinaus scheint die Auszahlung bzw. Höhe des Taschengeldes auch mit dem sozioökonomischen Hintergrund der Herkunftsfamilie im Zusammenhang zu stehen. Armutsbetroffene Heranwachsende erhalten seltener, unregelmäßiger und weniger Taschengeld als Heranwachsende, deren Familien nicht von Armut betroffen sind (Laubstein, Holz & Seddig, 2016). Dadurch haben von Armut betroffene Heranwachsende häufig auch weniger Gelegenheiten, Geld für größere Anschaffungen zu sparen und erfahren reduzierte Teilhabechancen (z.B. ausbleibende Kino- oder Schwimmbadbesuche) (Chassé, 2017).

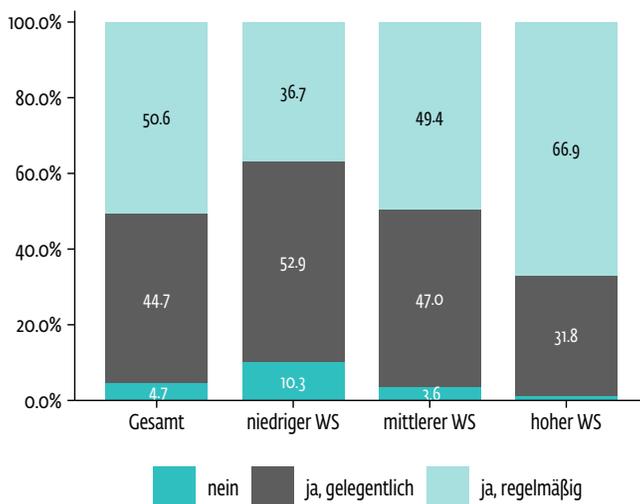
#### Wie wurde die materielle Lage erfasst?

Zur Beurteilung der materiellen Lage wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, ob sie Taschengeld von ihren Eltern erhalten (in Anlehnung an Laubstein, Dittmann & Holz, 2011). Sie konnten aus den Antwortoptionen "Nein" und "Ja" auswählen. Zudem wurden die Schülerinnen und Schüler gefragt, ob sie gelegentlich oder regelmäßig etwas Geld (z.B. für eigene Anschaffungen wie CDs, Spielekonsole, Kleidung und Führerschein) sparen können (Laubstein et al., 2011). Hier konnten sie aus den Antwortoptionen "Nein", "Ja, gelegentlich" und "Ja, regelmäßig" wählen.

#### 5.1.4.2.1 Brandenburger Ergebnisse

Mit 80.6% erhält eine große Mehrheit der befragten Brandenburger Kinder und Jugendlichen Taschengeld von den Eltern. Rund jeder fünfte Heranwachsende (19.4%) gibt dagegen an, kein Taschengeld zu erhalten. Ob Taschengeld gezahlt wird, ist abhängig von dem familiären Wohlstand, ( $\chi^2(2) = 23.31$ ,  $p < .001$ ,  $V = .06$ ). Während 74.8% der Schülerinnen und Schülern aus Familien mit niedrigem Wohlstand angaben, Taschengeld zu erhalten, berichteten 81.2% der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit mittlerem Wohlstand und 84.5% der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit hohem Wohlstand, Taschengeld von den Eltern zu erhalten.

Ein weiterer untersuchter Aspekt der materiellen Lage von Kindern und Jugendlichen in Brandenburg, ist die Möglichkeit Geld zu sparen. Insgesamt berichteten 4.7% der befragten Schülerinnen und Schüler, kein Geld sparen zu können, 44.7% gaben an, gelegentlich Geld sparen zu können und 50.6% regelmäßig Geld sparen zu können. Die Möglichkeit Geld sparen zu können, steht ebenfalls im Zusammenhang mit dem familiären Wohlstand, ( $\chi^2(4) = 179.76, p < .001, V = .14$ ). Wie der Abbildung 5.9 zu entnehmen ist, berichteten mit zunehmendem familiären Wohlstand mehr Schülerinnen und Schüler, Geld sparen können. Gleichzeitig nimmt der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit zunehmendem familiären Wohlstand ab, der kein Geld sparen kann. Dieser Zusammenhang wird besonders deutlich, wenn man die Gruppe der Schülerinnen und Schüler betrachtet, die regelmäßig sparen zu können. Mit zunehmendem familiärem Wohlstand steigt hier der Anteil von 36.7% bei Schülerinnen und Schülern aus Familien mit niedrigem Wohlstand auf 66.9% bei Schülerinnen und Schülern aus Familien mit hohem Wohlstand (siehe Abb. 5.9).



**Abb. 5.9:** Möglichkeit Geld zu sparen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach familiärem Wohlstand. WS = Wohlstand.

**Was sind die zentralen Ergebnisse zur materiellen Lage?**

- Die große Mehrheit der befragten Brandenburger Kinder und Jugendlichen erhält Taschengeld und kann Geld sparen.
- Sowohl der Erhalt von Taschengeld als auch die Möglichkeit Geld sparen zu können, hängt mit dem familiären Wohlstand zusammen. Schülerinnen und Schüler aus Familien mit einem höheren Wohlstand erhalten häufiger Taschengeld und haben eher die Möglichkeit Geld zu sparen.

### 5.1.5 Migrationshintergrund

Unter Migration wird die räumliche Verlagerung des Lebensmittelpunkts innerhalb eines Landes (Binnenmigration) oder über die Staatsgrenzen hinweg (internationale Migration) verstanden (Bundesministerium des Innern, 2019). In Bezug auf die internationale Migration hat eine Person einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit der Staatsangehörigkeit des Zuwanderungslands geboren wurde (Statistisches Bundesamt, 2019). Im Jahr 2018 lebten in Deutschland ca. 20.8 Millionen Menschen mit einem Migrationshintergrund, davon waren 5.1 Millionen unter 18 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2019). Demzufolge ist der Anteil an Migrantinnen und Migranten bei Heranwachsenden (38.8%) deutlich größer als in der Allgemeinbevölkerung (25.5%).

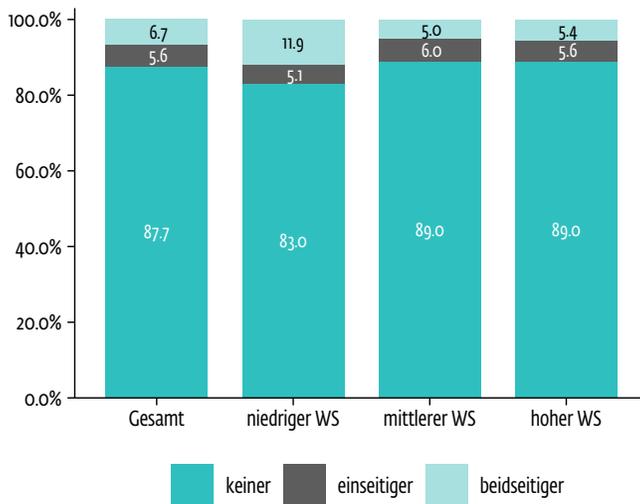
Der Gesundheitszustand von Zugewanderten (erste Generation) und von deren im Zuwanderungsland geborenen Kindern (zweite Generation) kann durch verschiedene migrationsassoziierte Faktoren beeinflusst werden (Schenk, 2007; Spallek, Zeeb & Razum, 2011): Die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen der ersten Migrantengeneration kann beispielsweise durch die Lebensbedingungen in ihrem Herkunftsland und dem Migrationsprozess selbst negativ beeinflusst werden. Auch Heranwachsende der zweiten Migrantengeneration können zum Beispiel aufgrund der Erfahrung von Diskriminierung im Zuwanderungsland oder kultureller Konflikte in ihrer Gesundheit und ihrem Gesundheitsverhalten beeinflusst werden. Hierbei sollten neben dem Migrationsstatus ebenfalls andere Faktoren wie die soziale Lage oder das Herkunftsland zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit herangezogen werden (Koschollek, Bartig, Rommel, Santos-Hövener & Lampert, 2019; Razum, Karrasch & Spallek, 2016). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund weisen unter anderem häufiger emotionale Probleme, Übergewicht und eine schlechtere Zahngesundheit als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund auf (Aarabi et al., 2018; Koschollek et al., 2019; siehe Kouider, Koglin & Petermann, 2014 für eine Übersicht). In Bezug auf Risikoverhaltensweisen wie dem riskanten Alkoholkonsum wirkt sich der Migrationsstatus eher protektiv aus (z.B. Koschollek et al., 2019).

#### Wie wurde der Migrationshintergrund erfasst?

Zur Beurteilung des Migrationshintergrunds wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, in welchem Land ihre Mutter, ihr Vater und sie selbst geboren wurden (Currie et al., 2014). Anhand der Angaben zu den Geburtsländern wurden die Schülerinnen und Schüler in die Kategorien "kein", "einseitiger" und "beidseitiger Migrationshintergrund" eingeteilt. Ein einseitiger Migrationshintergrund liegt vor, sobald ein Elternteil in einem anderen Land als Deutschland geboren wurde. Ein beidseitiger Migrationshintergrund liegt vor, sobald beide Elternteile oder ein Elternteil und die Schülerin oder der Schüler selbst in einem anderen Land als Deutschland geboren wurden.

**5.1.5.1 Brandenburger Ergebnisse**

Von den befragten Brandenburger Kindern und Jugendlichen hat der Großteil (87.7%) keinen Migrationshintergrund. Von den verbleibenden Schülerinnen und Schülern haben 5.6% einen einseitigen und 6.7% einen beidseitigen Migrationshintergrund. Der Migrationsstatus steht in einem signifikanten Zusammenhang mit dem familiären Wohlstand ( $\chi^2(4) = 36.39, p < .001, V = .06$ ). Lernende mit einem beidseitigen Migrationshintergrund kommen häufiger aus Familien mit niedrigem Wohlstand und seltener aus ökonomisch besser gestellten Familien als Lernende ohne oder mit einseitigem Migrationshintergrund (vgl. Abb. 5.10)



**Abb. 5.10:** Migrationshintergrund von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach familiärem Wohlstand. WS = Wohlstand.

Die Tabelle 5.6 gibt einen Überblick über die Ausprägung des allgemeinen Gesundheitszustandes, das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und den Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund. Der Migrationsstatus hängt signifikant mit dem Vorliegen von psychischen Auffälligkeiten zusammen. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund (einseitig: 23.2%, beidseitig: 24.3%) berichten deutlich häufiger psychische Probleme als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund (16.7%). In Bezug auf den allgemeinen Gesundheitszustand und den Alkoholkonsum zeigen sich keine signifikanten migrationsbezogenen Unterschiede. In Bezug auf den 30-Tages-Alkohol-Konsum deutet sich ein geringfügiger Unterschied für die Abstinenz von Alkohol im vergangenen Monat zugunsten von Lernenden mit Migrationshintergrund an. Dieser protektive Effekt des Migrationshintergrunds findet sich auch in der Literatur (vgl. Koschollek et al., 2019).

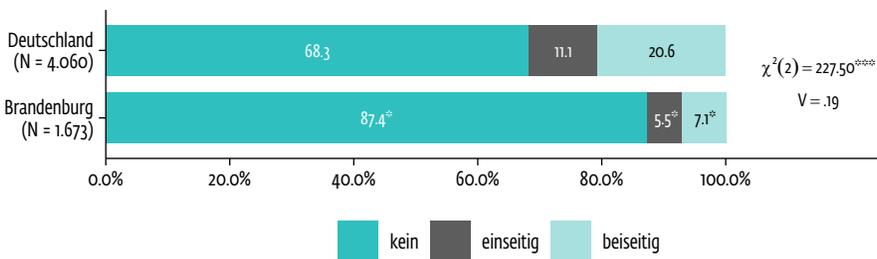
**Tab. 5.6:** Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Migrationshintergrund

	Migrationshintergrund (in %)			Teststatistik	
	keiner	einseitiger	beidseitiger	$\chi^2(df)$	V
<b>Allgemeine Gesundheit</b>					
ausgezeichnet/gut	89.4	84.5	89.7	3.70(2)	.02
einigermaßen/schlecht	10.6	15.5	10.3		
<b>Psych. Auffälligkeiten</b>					
unauffällig	83.3	76.8	75.7	9.10(2)**	.04
grenzwertig/auffällig	16.7	23.2	24.3		
<b>30-Tages-Alkoholkonsum</b>					
nein	77.7	80.9	82.3	2.76(2)	.02
ja	22.3	19.1	17.7		

Anmerkungen. N = 2.543-2.770.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \*\* $p < .01$ .

### 5.1.5.1.1 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen

Die Abbildung 5.11 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich des Migrationshintergrunds im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Der Anteil an Heranwachsenden mit einseitigem und beidseitigem Migrationshintergrund ist bei Brandenburger Schülerinnen und Schülern signifikant geringer als bei Lernenden des Bundesdurchschnitts.



**Abb. 5.11:** Migrationshintergrund von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke. \*\*\*\* $p < .001$ .

### Was sind die zentralen Ergebnisse zum Migrationshintergrund?

- Der Großteil der Brandenburger Kinder und Jugendlichen weist keinen Migrationshintergrund auf. Vor allem Heranwachsende mit einem beidseitigen Migrationshintergrund kommen häufig aus Familien mit niedrigem Wohlstand.
- Schülerinnen und Schüler mit einseitigem und beidseitigem Migrationshintergrund weisen häufiger psychische Auffälligkeiten auf.
- Brandenburger Lernende haben seltener einen Migrationshintergrund als Lernende des Bundesdurchschnitts.

## 5.2 Schule und Schulklima

### 5.2.1 Schulform

In Brandenburg hat sich nach der deutschen Wiedervereinigung eine Schulstruktur etabliert, die sich zwar am gegliederten Schulsystem der Bundesrepublik orientiert, jedoch einige Besonderheiten aufweist. Wie in allen ostdeutschen Bundesländern wurde auf die Dreigliedrigkeit aus Hauptschule, Realschule und Gymnasium verzichtet und stattdessen das "Zwei-Säulen-Modell" etabliert. Neben den Gymnasien und Förderschulen wurden nur Realschulen und Gesamtschulen eingerichtet, auf die Hauptschule wurde verzichtet. Zudem dauert in Brandenburg (und Berlin) die Grundschulzeit sechs statt vier Jahre. Im Zuge einer Reform wurden 2004 Realschulen und Gesamtschulen der Jahrgangsstufen 7 bis 10 zu Oberschulen zusammengelegt. Gesamtschulen mit gymnasialer Oberstufe blieben bestehen, spielen jedoch bezogen auf die Schülerzahl eine untergeordnete Rolle (siehe auch Tabelle 2.3 im Kapitel 2.4).

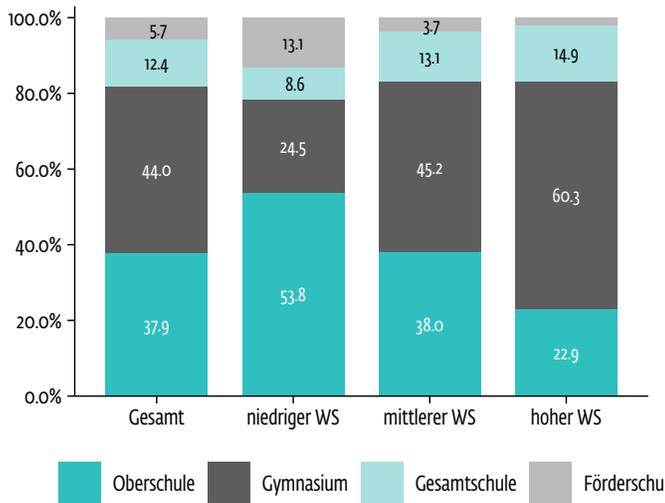
Schulformen repräsentieren mit ihren unterschiedlichen Bildungsabschlüssen und Bildungsperspektiven eine hierarchische Gliederung. Zudem ist der Besuch der verschiedenen Schulformen in Deutschland eng mit der sozialen Herkunft der Schülerinnen und Schüler assoziiert. Die Ursachen hierfür sind zum einen in den Zusammenhängen zwischen schulischen Kompetenzen und sozialer Herkunft zu suchen, wie sie sich auch in der aktuellen PISA-Studie wieder deutlich zeigen (Weis et al., 2019). Zusätzlich zu diesen primären Bildungsungleichheiten entstehen an den Gelenkstellen des Bildungssystems sekundäre Ungleichheiten, die dazu führen, dass sich Schülerinnen und Schüler selbst bei gleichen Kompetenzen sozial ungleich auf die Schulformen verteilen. So haben Kinder von Eltern der oberen Dienstklasse (z.B. höhere Beamtinnen und Beamte, freie akademische Berufe, führende Angestellte) eine um fast das dreifache erhöhte Chance, das Gymnasium und nicht die Realschule zu besuchen als Kinder von Facharbeiterinnen und Facharbeitern, die über das gleiche kognitive und schulische Kompetenzniveau verfügen (Baumert, Watermann & Schümer, 2003).

### Wie wurde die Schulform erfasst?

Die besuchte Schulform der Schülerinnen und Schüler wurde als Angabe im Rahmen der Befragungsdokumentation erfasst. In der Regel konnte den Befragungsschulen eine der Schulformen Grundschule, Oberschule, Gymnasium, Gesamtschule und Schule mit sonderpädagogischem Förderschwerpunkt Lernen zugewiesen werden. Für die befragten Schulzentren, bei denen es sich um einen Zusammenschluss der Schulformen Grundschule und Oberschule handelte, wurde die besuchte Schulform in Abhängigkeit von der Jahrgangsstufe als Grundschule (Lernende der Jahrgangsstufe 5) oder Oberschule (Lernende der Jahrgangsstufen 7 und 9) erfasst.

#### 5.2.1.1 Brandenburger Ergebnisse

Zusammenhänge zwischen sozialer Herkunft und der Bildungsbeteiligung zeigen sich auch in den vorliegenden Brandenburger Daten für die Schulformen der Sekundarstufe I ( $\chi^2(8) = 275.36$ ,  $p < .001$ ,  $V = .17$ ). Während 60.3% der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit hohem Wohlstand das Gymnasium besucht, sind es bei Kindern aus Familien mit niedrigem Wohlstand nur 24.5% (vgl. Abb. 5.12).



**Abb. 5.12:** Schulformen der Sekundarstufe I, die von Brandenburger Schülerinnen und Schülern besucht werden, nach familiärem Wohlstand. WS = Wohlstand.

Gleichwohl können die in Kapitel 3 und 4 bei fast allen Indikatoren der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens aufgezeigten gleichförmigen Schulformunterschiede (bessere Gesundheit an höheren Schulformen) nicht allein auf die sozial ungleiche Verteilung der Schülerschaft zurückgeführt werden. Studien zeigen nämlich, dass auch

die schulische Umwelt selbst, also zum Beispiel das dort herrschende Klima, die Unterrichtsqualität oder die Schulzufriedenheit für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen bedeutsam sind (Bilz, 2008; Ritter, Bilz & Melzer, 2013). Und es gibt Hinweise, dass sich auch diese Schulumweltmerkmale ungleich auf die verschiedenen Schulformen verteilen. So sind Schülerinnen und Schüler an Gymnasien zufriedener mit ihrer Schule als an anderen Schulformen (Ritter et al., 2013), sie berichten eine höhere Unterrichtsqualität und ein geringeres Ausmaß an schulischen Belastungen (Bilz, 2008). In diesem Zusammenhang wurde bereits die These formuliert (und für Subgruppen empirisch bestätigt), dass es mit Blick auf die Gesundheit eine "doppelte Benachteiligung" geben könnte. Damit ist gemeint, dass Schülerinnen und Schüler, die eine andere Schulform als das Gymnasium besuchen und gleichzeitig mit ungünstigeren Schulumweltmerkmalen konfrontiert sind, bezüglich ihrer Gesundheit doppelt benachteiligt sind (Rathmann, Herke, Moor & Richter, 2016).

#### Was sind die zentralen Ergebnisse zur Schulform?

- Auch in Brandenburg gibt es einen engen Zusammenhang zwischen der sozialen Herkunft der Schülerinnen und Schüler und dem Besuch der verschiedenen Brandenburger Schulformen jenseits der Grundschule.
- Für fast alle Indikatoren der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens finden sich in Brandenburg ungünstigere Ausprägungen an Ober- und Förderschulen im Vergleich zu Gymnasien und Gesamtschulen.

### 5.2.2 Schulzufriedenheit

Die Zufriedenheit von Schülerinnen und Schülern mit ihrer Schule ist ein wichtiger Indikator für förderliche Ausprägungen von relevanten Schulumweltmerkmalen. So berichten zufriedener Schülerinnen und Schüler ein höheres Ausmaß an Unterstützung durch Lehrkräfte und Mitschülerinnen und Mitschüler sowie eine höhere Unterrichtsqualität. Auf der anderen Seite geht eine höhere Schulzufriedenheit mit selteneren schulbezogenen Belastungen, einer besseren Gesundheit und höheren schulischen Leistungen einher (Elmore & Huebner, 2010; Ritter et al., 2013). Die Schulzufriedenheit hat somit eine vermittelnde Funktion zwischen den Schulumweltmerkmalen auf der einen und schülerbezogenen Entwicklungsergebnissen auf der anderen Seite. Sie eignet sich deshalb als einfacher Indikator für eine mehr oder weniger förderliche Schulumwelt. Studien an deutschen Schulen zeigen, dass die Schulzufriedenheit mit steigendem Alter absinkt, dass sie an Gymnasien und bei Kindern aus Familien mit höherem Wohlstand stärker ausgeprägt ist als bei Kindern aus Familien mit niedrigerem Wohlstand sowie an nicht-gymnasialen Schulformen und dass es keine Unterschiede in der Schulzufriedenheit zwischen Jungen und Mädchen gibt (Ritter et al., 2013).

### Wie wurde die Schulzufriedenheit erfasst?

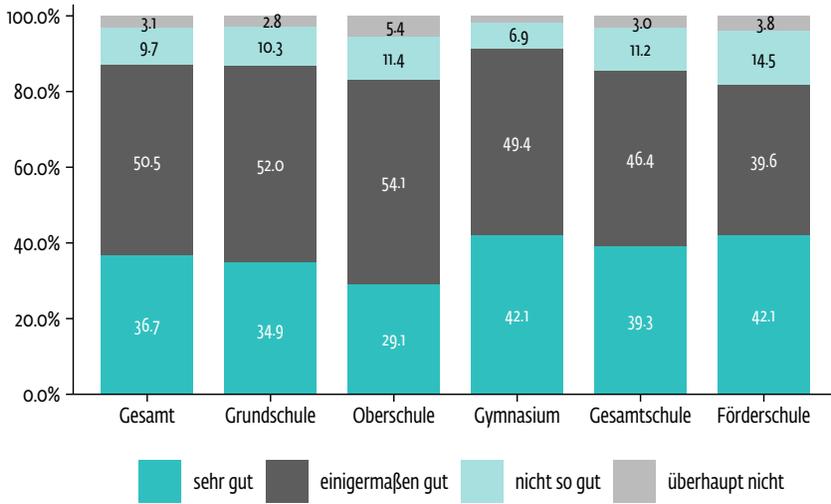
Zur Beurteilung der Schulzufriedenheit wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, wie es ihnen derzeit in der Schule gefällt (Wold et al., 1994). Sie konnten aus den Antwortoptionen "Es gefällt mir sehr gut.", "Es gefällt mir einigermaßen gut.", "Es gefällt mir nicht so gut." und "Es gefällt mir überhaupt nicht." auswählen.

#### 5.2.2.1 Brandenburger Ergebnisse

Mit 36.7% sind es mehr als ein Drittel der befragten Brandenburger Schülerinnen und Schüler, denen es in der Schule "sehr gut" gefällt. Weitere 50.5% sagen, dass es ihnen "einigermaßen gut" gefällt. Unzufrieden mit ihrer Schule sind knapp 12.8% der Lernenden. Hiervon geben 9.7% an, dass es ihnen in ihrer Schule "nicht so gut" gefällt und 3.1% gefällt es "überhaupt nicht" in ihrer Schule. Schaut man sich diese Werte auf Schulebene an, lassen sich große Unterschiede zwischen den befragten 55 Schulen finden. Der Anteil der Schülerinnen und Schüler pro Schule, denen es sehr gut an ihrer Schule gefällt, reicht an einzelnen Schulen von 8.3% bis 73.3%.

Mädchen und Jungen unterscheiden sich in ihren Einschätzungen der Schulzufriedenheit nicht, es gibt jedoch einen deutlichen Alterseffekt ( $\chi^2(6) = 126.56$ ,  $p < .001$ ,  $V = .14$ ). Demnach sinkt die Schulzufriedenheit mit ansteigendem Alter deutlich ab. Während es 43.2% der 11-Jährigen sehr gut in der Schule gefällt, sind es bei den 15-Jährigen nur noch 21.9%. In der Abbildung 5.13 sind die schulformbezogenen Unterschiede dargestellt ( $\chi^2(12) = 64.95$ ,  $p < .001$ ,  $V = .07$ ). Hier offenbaren sich die größten Differenzen zwischen Oberschulen und Gymnasien, wobei letztere deutlich zufriedener mit ihrer Schule sind als Schülerinnen und Schüler an Oberschulen.

Untersucht man den Zusammenhang zwischen der Schulzufriedenheit und den drei beispielhaften Indikatoren der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens, ergeben sich für die allgemeine Gesundheitseinschätzung, das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten sowie den Alkoholkonsum bedeutsame Zusammenhänge (vgl. Tab. 5.7). Schulunzufriedene Kinder und Jugendliche schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter ein, leiden häufiger an psychischen Auffälligkeiten und haben im letzten Monat häufiger Alkohol getrunken. Diese Zusammenhänge bleiben auch dann (auf niedrigerem Niveau) bestehen, wenn man das Alter der Schülerinnen und Schüler statistisch konstant hält.



**Abb. 5.13:** Schulzufriedenheit von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Schulform.

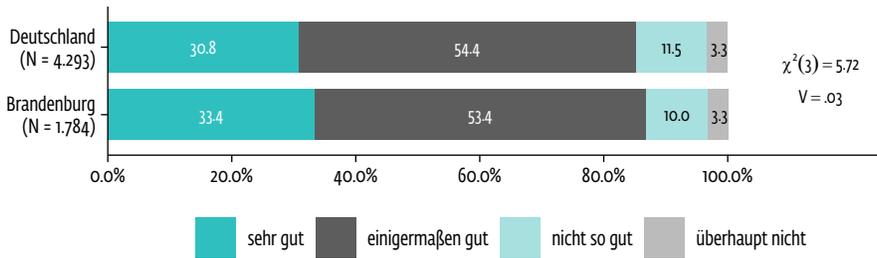
**Tab. 5.7:** Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Schulzufriedenheit

	Schulzufriedenheit (in %)				Teststatistik	
	sehr gut	einigermaßen gut	nicht so gut	überhaupt nicht	$\chi^2$ (df)	V
<b>Allgemeine Gesundheit</b>						
ausgezeichnet/gut	94.6	88.9	76.6	63.0	144.36(3) <sup>****</sup>	.15
einigermaßen/schlecht	5.4	11.1	23.4	37.0		
<b>Psych. Auffälligkeiten</b>						
unauffällig	89.4	82.8	63.1	37.2	207.32(3) <sup>****</sup>	.18
grenzwertig/auffällig	10.6	17.2	36.9	62.8		
<b>30-Tages-Alkoholkonsum</b>						
nein	87.0	76.1	65.8	50.6	117.31(3) <sup>****</sup>	.14
ja	13.0	23.9	34.2	49.4		

Anmerkungen. N = 2.716-2.975.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \*\*\*\* p < .001.

**5.2.2.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen**

Die Abbildung 5.14 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Schulzufriedenheit im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Im Vergleich zu den bundesweiten Daten zeigt sich, dass Brandenburger Schülerinnen und Schüler ebenso zufrieden mit ihrer Schule sind wie im Bundesdurchschnitt.



**Abb. 5.14:** Schulzufriedenheit von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert.  $V$  = Maß der Effektstärke.

#### Was sind die zentralen Ergebnisse zur Schulzufriedenheit?

- Der überwiegenden Mehrheit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler gefällt es in der Schule sehr gut bzw. einigermaßen gut. Die Schulzufriedenheit geht mit ansteigendem Alter deutlich zurück.
- Schulzufriedene Schülerinnen und Schüler berichten einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand, leiden seltener unter psychischen Auffälligkeiten und haben in den letzten 30 Tagen seltener Alkohol getrunken.
- Brandenburger Lernende sind zufriedener mit ihrer Schule als der Bundesdurchschnitt.

### 5.2.3 Schulische Belastung

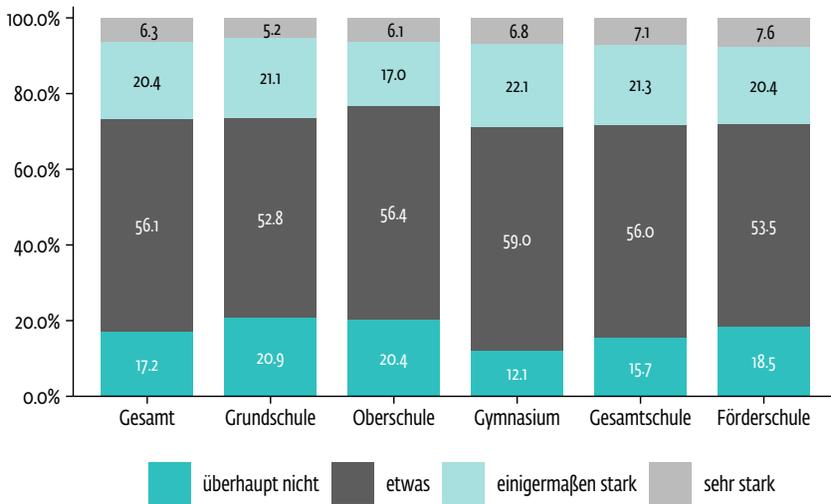
Die Schule kann mit ihren Leistungsanforderungen für viele Schülerinnen und Schüler auch Quelle von Überforderung und Belastung sein. Wenn die Anforderungen der Schule die Fähigkeiten der Schülerinnen und Schüler dauerhaft übersteigen, besteht die Gefahr, dass Erfahrungen von Selbstwirksamkeit und Kompetenzzuwachs ausbleiben und Versagenserlebnisse zunehmen. Gleichzeitig können chronische Belastungen die schulische Leistungsentwicklung, die körperliche und psychische Gesundheit sowie das Gesundheitsverhalten negativ beeinflussen (Bilz, 2013; Torsheim, Aarø & Wold, 2003).

#### Wie wurde die schulische Belastung erfasst?

Zur Beurteilung der schulischen Belastung wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, wie stark sie sich durch das belastet fühlen, was in der Schule von ihnen verlangt wird (Wold et al., 1994). Sie konnten aus den Antwortoptionen "überhaupt nicht", "etwas", "einigermaßen stark" und "sehr stark" auswählen.

**5.2.3.1 Brandenburger Ergebnisse**

Mehr als ein Viertel der befragten Brandenburger Kinder und Jugendlichen fühlt sich durch die Anforderungen der Schule belastet, und zwar fühlen sich 20.4% "einigermaßen stark" und 6.3% "sehr stark" belastet. Die Belastungen fallen insbesondere bei 15-Jährigen hoch aus (34.8%), während sie bei 11- und 13-Jährigen niedriger sind (23.7% bzw. 23.7%) ( $\chi^2(6) = 63.89, p < .001, V = .10$ ). Zwischen den Geschlechtern gibt es keine signifikanten Unterschiede im Erleben schulischer Belastungen. Wie in der Abbildung 5.15 deutlich wird, gibt es jedoch schulformbezogene Differenzen des Belastungsniveaus ( $\chi^2(12) = 37.77, p < .001, V = .06$ ). Etwas höhere Belastungen berichten Schülerinnen und Schüler an Gymnasien während sie an Oberschulen am niedrigsten ausfallen.



**Abb. 5.15:** Schulische Belastung von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Schulform.

Dass schulische Belastungen für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen relevant sind, zeigt sich, wenn ihr Zusammenhang mit dem allgemeinen Gesundheitszustand, dem Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und dem Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen als drei beispielhafte Indikatoren der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens analysiert wird (vgl. Tab. 5.8). Höhere schulische Belastungen gehen mit einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand, häufigeren psychischen Auffälligkeiten und einem häufigeren Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen einher.

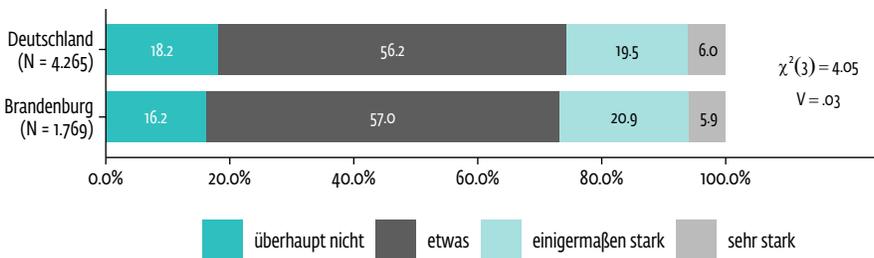
**Tab. 5.8:** Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach schulischer Belastung

	Schulische Belastung (in %)				Teststatistik	
	überhaupt nicht	etwas	einigermaßen stark	sehr stark	$\chi^2(df)$	V
<b>Allgemeine Gesundheit</b>						
ausgezeichnet/gut	93.7	89.2	87.0	79.5	30.71(3) <sup>****</sup>	.07
einigermaßen/schlecht	6.3	10.8	13.0	20.5		
<b>Psych. Auffälligkeiten</b>						
unauffällig	88.0	83.1	78.2	67.3	42.61(3) <sup>****</sup>	.08
grenzwertig/auffällig	12.0	16.9	21.8	32.7		
<b>30-Tages-Alkoholkonsum</b>						
nein	84.6	78.7	75.7	64.6	33.64(3) <sup>****</sup>	.07
ja	15.4	21.3	24.3	35.4		

Anmerkungen. N = 2.704-2.948.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. <sup>\*\*\*\*</sup> p < .001.

### 5.2.3.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen

Die Abbildung 5.14 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der schulischen Belastung im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Das Ausmaß der in Brandenburg berichteten schulischen Belastungen unterscheidet sich nicht vom Bundesdurchschnitt.



**Abb. 5.16:** Schulische Belastung von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert. V = Maß der Effektstärke.

### Was sind die zentralen Ergebnisse zur schulischen Belastung?

- Mehr als ein Viertel der Schülerinnen und Schüler in Brandenburg fühlt sich durch die Anforderungen der Schule belastet. Das Belastungsniveau fällt bei 15-Jährigen deutlich höher aus als bei 11- und 13-Jährigen.
- Schülerinnen und Schüler mit einem höheren schulischen Belastungsniveau haben ungünstigere Ausprägungen auf verschiedenen Gesundheitsindikatoren (allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum).
- Brandenburger Lernende berichten ähnlich häufig von schulischen Belastungen wie der Bundesdurchschnitt.

## 5.2.4 Soziale Unterstützung

### 5.2.4.1 Unterstützung durch Lehrkräfte

Lehrkräfte spielen eine wichtige Rolle für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, indem sie durch verschiedene Unterstützungsangebote Einfluss auf deren schulische Leistung und schulisches Wohlbefinden nehmen (z.B. Klem & Connell, 2004; Liu, Mei, Tian & Huebner, 2016; siehe Chu, Saucier & Hafner, 2010 für eine Übersicht). Die Unterstützung, die Schülerinnen und Schüler durch ihre Lehrkräfte erfahren, stellt eine schulkontextspezifische Art der sozialen Unterstützung dar und kann sich vergleichbar mit der familiären Unterstützung (vgl. Kapitel 5.1.2) auf unterschiedliche Weise äußern (vgl. Heaney & Israel, 2008; Tardy, 1985). Konkret können Lehrkräfte ihre Lernenden durch Empathie und Zuwendung (emotionale Funktion), zur Verfügung gestellte Ressourcen (instrumentale Funktion), Ratschläge und Information (informierende Funktion) und Feedback (beurteilende Funktion) unterstützen.

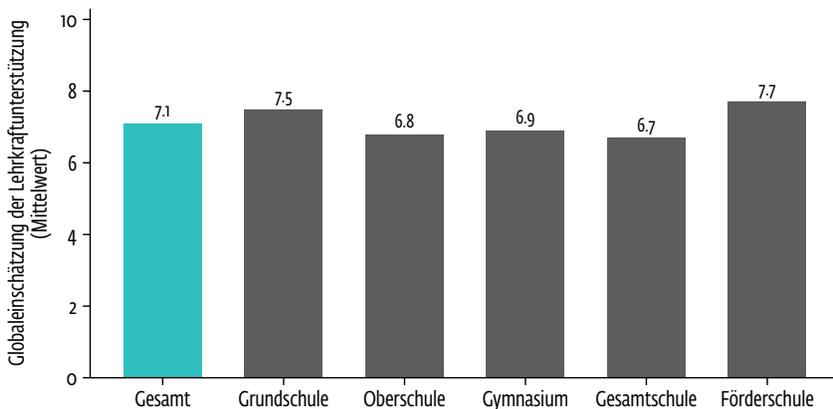
Neben dem schulischen Wohlbefinden (siehe Lei, Cui & Chiu, 2018 für eine Übersicht) steht die Unterstützung durch Lehrkräfte mit dem allgemeinen subjektiven Wohlbefinden (García-Moya, Brooks, Morgan & Moreno, 2015) und verschiedenen Indikatoren der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens von Kindern und Jugendlichen im Zusammenhang. Zum Beispiel wird eine höhere Lehrkraftunterstützung mit einer besseren psychischen Gesundheit (Wit, Karioja, Rye & Shain, 2011) und einem selteneren Auftreten von emotionalen und Verhaltensproblemen bei Schülerinnen und Schülern in Verbindung gebracht (Malecki & Demaray, 2002). Weiterhin weisen Schülerinnen und Schüler, die ein höheres Ausmaß an Unterstützung durch ihre Lehrkräfte erfahren, ein geringeres Risiko für einen täglichen Zigarettenkonsum und wöchentlichen Cannabiskonsum auf (Perra, Fletcher, Bonell, Higgins & McCrystal, 2012) und fangen später an Alkohol zu trinken (McCarty, Rhew, Murowchick, McCauley & Vander Stoep, 2012).

### Wie wurde die Unterstützung durch Lehrkräfte erfasst?

Zur Beurteilung der Lehrkraftunterstützung schätzten die Kinder und Jugendlichen ein, inwieweit sie drei Aussagen zu ihren Lehrkräften (z.B. "Ich habe das Gefühl, dass mich meine Lehrerinnen und Lehrer so akzeptieren wie ich bin.") zustimmen (Currie et al., 2014). Aus den Antworten zu den einzelnen Aussagen wurde eine Globaleinschätzung der Lehrkraftunterstützung abgeleitet. Der Wert der Globaleinschätzung kann zwischen 0 (geringste Lehrkraftunterstützung) und 10 (höchste Lehrkraftunterstützung) liegen. Weiterhin wurde für die Darstellung der Befragungsergebnisse der Wert der Globaleinschätzung in die Kategorien "niedrige", "mittlere" und "hohe Lehrkraftunterstützung" eingeteilt. Die Einteilung erfolgte auf Basis der geschlechts- und altersspezifischen Verteilung des Werts der Globaleinschätzung in der Stichprobe. Eine niedrige Lehrkraftunterstützung lag demzufolge bei den untersten 20.0% der Stichprobe (1. Quintil), eine mittlere Lehrkraftunterstützung bei den mittleren 60.0% der Stichprobe (2. bis 4. Quintil) und eine hohe Lehrkraftunterstützung bei den obersten 20.0% der Stichprobe (5. Quintil) vor.

#### 5.2.4.1.1 Brandenburger Ergebnisse

Die Lehrkraftunterstützung unterscheidet sich nicht zwischen Mädchen und Jungen und nimmt signifikant mit steigendem Alter ab (11-Jährige:  $M = 7.6$  vs. 15-Jährige:  $M = 6.4$ ) ( $\chi^2(2) = 184.64$ ,  $p < .001$ ,  $\varepsilon^2 = .060$ ). Weiterhin zeigen sich signifikante schulformbezogene Unterschiede ( $\chi^2(4) = 80.80$ ,  $p < .001$ ,  $\varepsilon^2 = .026$ ). Im Durchschnitt berichteten Schülerinnen und Schüler an Förderschulen ( $M = 7.7$ ) die höchste Unterstützung durch ihre Lehrkräfte und Lernende an Gesamtschulen ( $M = 6.7$ ) die niedrigste Unterstützung durch ihre Lehrkräfte (vgl. Abb. 5.17).



**Abb. 5.17:** Globaleinschätzung der Unterstützung durch Lehrkräfte von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Schulform.

Die Tabelle 5.9 gibt einen Überblick über die Ausprägung des allgemeinen Gesundheitszustandes, das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und den Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen in Abhängigkeit von der Unterstützung durch Lehrkräfte. Für alle betrachteten Gesundheitsindikatoren ergeben sich signifikante Unterschiede in Bezug auf die Lehrkraftunterstützung zu Gunsten von Schülerinnen und Schülern, die eine hohe Unterstützung durch ihre Lehrkräfte erleben. Lernende, die eine hohe Lehrkraftunterstützung erleben, berichten einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand, leiden seltener an psychische Auffälligkeiten und haben im vergangenen Monat seltener Alkohol konsumiert als Lernende, die eine geringere Lehrkraftunterstützung erleben. Der Effekt der Unterstützung durch Lehrkräfte zeigt sich besonders deutlich in Bezug auf das Vorliegen von psychischen Auffälligkeiten. Kinder und Jugendliche, die eine niedrige Lehrkraftunterstützung erfahren (27.3%), leiden doppelt so häufig an psychischen Problemen als Gleichaltrige, die eine hohe Lehrkraftunterstützung erleben (13.3%). Die Befunde verdeutlichen die Bedeutung der Unterstützung durch Lehrkräfte für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern.

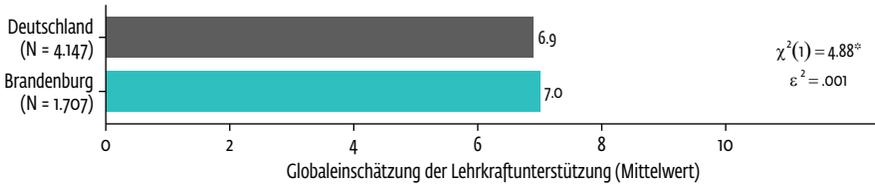
**Tab. 5.9:** Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach der Unterstützung durch Lehrkräfte (kategorisierte Globaleinschätzung)

	Lehrkraftunterstützung (in %)			Teststatistik	
	niedrig	mittel	hoch	$\chi^2(df)$	V
<b>Allgemeine Gesundheit</b>					
ausgezeichnet/gut	82.8	90.5	92.5	45.61(2) <sup>****</sup>	.09
einigermaßen/schlecht	17.2	9.5	7.5		
<b>Psych. Auffälligkeiten</b>					
unauffällig	72.7	84.8	86.7	61.15(2) <sup>****</sup>	.10
grenzwertig/auffällig	27.3	15.2	13.3		
<b>30-Tages-Alkoholkonsum</b>					
nein	69.4	79.8	82.8	47.87(2) <sup>****</sup>	.09
ja	30.6	20.2	17.2		

Anmerkungen. N = 2.639-2.859.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \*\*\*\* p < .001.

**5.2.4.1.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen**

Die Abbildung 5.18 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Globaleinschätzung der Unterstützung durch Lehrkräfte im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Brandenburger Schülerinnen und Schüler nehmen eine signifikant höhere Unterstützung durch ihre Lehrkräfte wahr als Lernende des Bundesdurchschnitts, wobei dieser Unterschied anhand der Effektstärke als gering einzuschätzen ist.



**Abb. 5.18:** Globaleinschätzung der Unterstützung durch Lehrkräfte von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert.  $\epsilon^2$  = Maß der Effektstärke. \*  $p < .05$ .

### Was sind die zentralen Ergebnisse zur Lehrkraftunterstützung?

- Ältere Jugendliche und Schülerinnen und Schüler an Gesamtschulen und Oberschulen erleben eine niedrigere Lehrkraftunterstützung.
- Besonders häufig weisen Schülerinnen und Schüler, die eine niedrige Unterstützung durch ihre Lehrkräfte erleben, ungünstige Ausprägungen auf verschiedenen Gesundheitsindikatoren (allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum) auf.
- Brandenburger Schülerinnen und Schüler nehmen eine signifikant größere Unterstützung durch Lehrkräfte wahr als Lernende des Bundesdurchschnitts

#### 5.2.4.2 Unterstützung durch Mitschülerinnen und Mitschüler

Neben Lehrkräften stellen ebenfalls Mitschülerinnen und Mitschüler eine wichtige Quelle sozialer Unterstützung im schulischen Setting dar (Malecki & Demaray, 2002). Eine höhere erlebte Mitschülerunterstützung verbessert unter anderem das schulische Wohlbefinden (Estell & Perdue, 2013) und erleichtert den Übergang zu weiterführenden Jahrgangsstufen (Wang & Eccles, 2012).

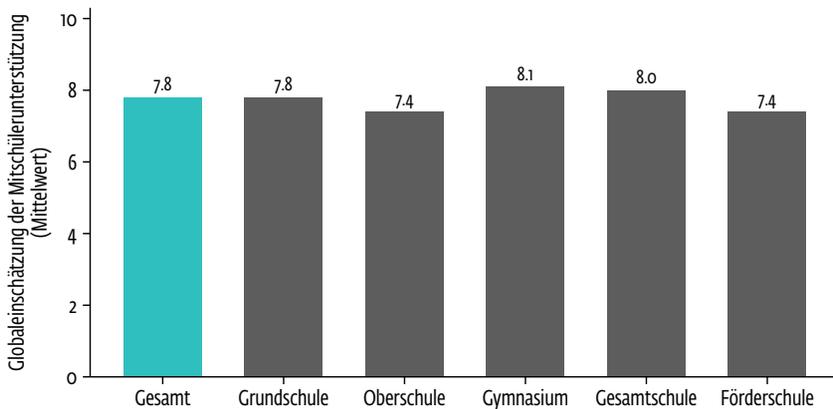
Weiterhin wird die Unterstützung, die Kinder und Jugendliche von ihren Mitschülerinnen und Mitschülern erfahren, mit einer besseren Gesundheit, einem besseren Gesundheitsverhalten und einem seltenerem Risikoverhalten in Verbindung gebracht. Beispielsweise liegen Befunde vor, dass eine höhere Mitschülerunterstützung mit einer höheren Lebenszufriedenheit sowie einem geringen Ausmaß an psychosomatischen Beschwerden und emotionalen Problemen zusammenhängt (Bilz, 2008; Danielsen, Samdal, Hetland & Wold, 2009; Ritter, Bilz & Melzer, 2016; Torsheim & Wold, 2001; Wit et al., 2011). Zudem ist eine höhere wahrgenommene Unterstützung durch Mitschülerinnen und Mitschüler mit einer höheren körperlichen Aktivität (Kantanista, Osinski, Bronikowski & Tomczak, 2013) und selteneren Erfahrungen als Gemobbte (Wang, Iannotti & Luk, 2011) assoziiert.

**Wie wurde die Mitschülerunterstützung erfasst?**

Zur Beurteilung der Mitschülerunterstützung schätzten die Kinder und Jugendlichen ein, inwieweit sie drei Aussagen zu ihren Mitschülerinnen und Mitschülern (z.B. "Die meisten Schülerinnen und Schüler in meiner Klasse sind gern zusammen.") zustimmen (Currie et al., 2014). Aus den Antworten zu den einzelnen Aussagen wurde eine Globaleinschätzung der Mitschülerunterstützung abgeleitet. Der Wert der Globaleinschätzung kann zwischen 0 (geringste Mitschülerunterstützung) und 10 (höchste Mitschülerunterstützung) liegen. Weiterhin wurde für die Darstellung der Befragungsergebnisse die Globaleinschätzung in die Kategorien "niedrige", "mittlere" und "hohe Mitschülerunterstützung" eingeteilt. Die Einteilung erfolgte auf Basis der geschlechts- und altersspezifischen Verteilung des Werts der Globaleinschätzung in der Stichprobe. Eine niedrige Mitschülerunterstützung lag demzufolge bei den untersten 20.0% der Stichprobe (1. Quintil), eine mittlere Mitschülerunterstützung bei den mittleren 60.0% der Stichprobe (2. bis 4. Quintil) und eine hohe Mitschülerunterstützung bei den obersten 20.0% der Stichprobe (5. Quintil) vor.

**5.2.4.2.1 Brandenburger Ergebnisse**

Mädchen und Jungen unterscheiden sich im Mittel nicht in ihrer wahrgenommenen Mitschülerunterstützung. Im Gegensatz dazu besteht ein Alterseffekt zu Gunsten von jüngeren Kindern (11-Jährige: M = 7.9 vs. 15-Jährige: M = 7.4;  $\chi^2(2) = 50.41$ ,  $p < .001$ ,  $\varepsilon^2 = .016$ ). Weiterhin unterscheidet sich die Globaleinschätzung der Mitschülerunterstützung zwischen den Schulformen ( $\chi^2(4) = 92.05$ ,  $p < .001$ ,  $\varepsilon^2 = .030$ ). Die höchste Unterstützung durch Mitschülerinnen und Mitschüler berichten Lernende an Gymnasien und die niedrigste Lernende an Ober- und Förderschulen (vgl. Abb. 5.19).



**Abb. 5.19:** Globaleinschätzung der Unterstützung durch Mitschülerinnen und Mitschüler von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Schulform.

Die Tabelle 5.10 gibt einen Überblick über die Ausprägung des allgemeinen Gesundheitszustandes, das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und den Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen in Abhängigkeit von der Unterstützung durch Mitschülerinnen und Mitschüler. Für alle betrachteten Gesundheitsindikatoren ergeben sich signifikante Unterschiede in Bezug auf die Mitschülerunterstützung zu Gunsten von Schülerinnen und Schüler, die eine hohe Unterstützung durch ihre Mitschülerinnen und Mitschüler erleben. Diese Lernenden haben häufiger einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand, leiden seltener an psychischen Auffälligkeiten und haben im vergangenen Monat seltener Alkohol konsumiert als Lernende, die eine geringere Unterstützung durch ihre Mitschülerinnen und Mitschüler erleben. Besonders deutlich sind die Unterschiede hinsichtlich der Mitschülerunterstützung in Bezug auf den allgemeinen Gesundheitszustand und das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten. Bei Kindern und Jugendlichen, die eine geringe Unterstützung durch Mitschülerinnen und Mitschüler empfinden, liegen vierfach so häufig ein schlechterer allgemeiner Gesundheitszustand und dreifach so häufig psychische Probleme vor als bei Gleichaltrigen, die eine hohe Unterstützung durch Mitschülerinnen und Mitschüler empfinden. Somit haben Mitschülerinnen und Mitschüler wie auch Lehrkräfte (vgl. Kapitel 5.2.4.1) als schulkontextuelle Quelle sozialer Unterstützung einen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern.

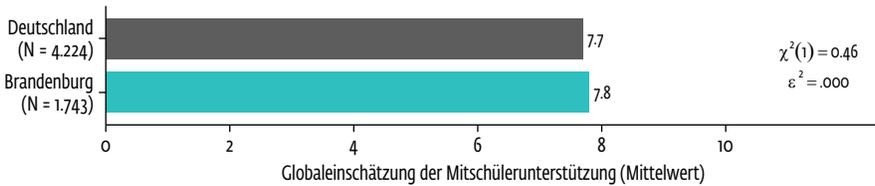
**Tab. 5.10:** Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach der Unterstützung durch Mitschülerinnen und Mitschüler (kategorisierte Globaleinschätzung)

	Mitschülerunterstützung (in %)			Teststatistik	
	niedrig	mittel	hoch	$\chi^2(df)$	V
<b>Allgemeine Gesundheit</b>					
ausgezeichnet/gut	78.4	90.8	94.4	109.86(2) <sup>****</sup>	.13
einigermaßen/schlecht	21.6	9.2	5.6		
<b>Psych. Auffälligkeiten</b>					
unauffällig	64.4	86.6	88.6	172.96(2) <sup>****</sup>	.17
grenzwertig/auffällig	35.6	13.4	11.4		
<b>30-Tages-Alkoholkonsum</b>					
nein	74.3	77.9	80.9	9.39(2) <sup>*</sup>	.04
ja	25.7	22.1	19.1		

Anmerkungen. N = 2.662-2.892.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \* p < .05. \*\*\*\* p < .001.

**5.2.4.2.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen**

Die Abbildung 5.20 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Globaleinschätzung der Unterstützung durch Mitschülerinnen und Mitschüler im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Brandenburger Schülerinnen und Schüler erleben durchschnittlich eine ähnlich hohe Mitschülerunterstützung wie Lernende des Bundesdurchschnitts.



**Abb. 5.20:** Globaleinschätzung der Unterstützung durch Mitschülerinnen und Mitschüler von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert.  $\epsilon^2$  = Maß der Effektstärke.

**Was sind die zentralen Ergebnisse zur Mitschülerunterstützung?**

- Ältere Jugendliche und Schülerinnen und Schüler an Ober- und Förderschulen erleben eine niedrigere Mitschülerunterstützung.
- Der allgemeine Gesundheitszustand, das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und der 30-Tages-Alkoholkonsum unterscheiden sich in Abhängigkeit von der wahrgenommenen Mitschülerunterstützung zu Gunsten von Schülerinnen und Schülern, die eine hohe Unterstützung durch ihre Mitschülerinnen und Mitschüler erleben.
- Brandenburger Lernende erleben durchschnittlich eine ähnlich hohe Mitschülerunterstützung wie der Bundesdurchschnitt.

**5.2.5 Unterrichtsqualität**

Schulischer Unterricht als eine geplante Lehr-Lern-Situation soll Lernprozesse bei Schülerinnen und Schülern anregen und fördern (Kunter & Voss, 2011). Neben verschiedenen Unterrichtsarrangements und -strategien (siehe Schroeder, Scott, Tolson, Huang & Lee, 2007 für eine Übersicht) begünstigt ebenfalls die Qualität des Unterrichts das schulische Lernen und die schulischen Leistungen (Fauth, Decristan, Rieser, Klieme & Büttner, 2014). Die Unterrichtsqualität als multidimensionales Konstrukt zeichnet sich hierbei durch die Effizienz der Klassenführung, das Potenzial zur kognitiven Aktivierung und die konstruktive Unterstützung der Lernenden aus (Kunter & Voss, 2011). Die Qualität des Unterrichts wird ebenfalls mit einer besseren

Gesundheit von Schülerinnen und Schülern in Verbindung gebracht. Verschiedene Studien zeigten beispielsweise, dass eine höhere Unterrichtsqualität mit einem niedrigeren Ausmaß an psychosomatischen Beschwerden bei Lernenden einhergeht (Oertel et al., 2017; Ritter et al., 2013).

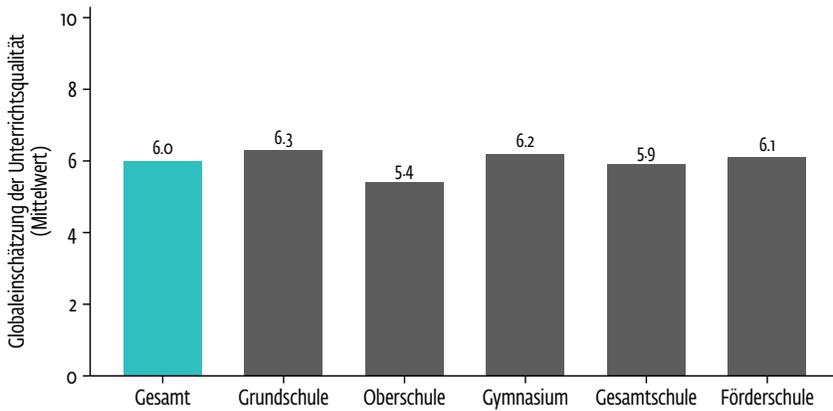
#### Wie wurde die Unterrichtsqualität erfasst?

Zur Beurteilung der Unterrichtsqualität wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, inwieweit sie fünf Aussagen zum Unterricht an ihrer Schule (z.B. "Die meisten unserer Lehrer/innen können gut erklären.") zustimmen (Forschungsgruppe Schulevaluation, 1998). Aus den Antworten zu den einzelnen Aussagen wurde eine Globaleinschätzung der Unterrichtsqualität abgeleitet. Der Wert der Globaleinschätzung kann zwischen 0 (geringste Unterrichtsqualität) und 10 (höchste Unterrichtsqualität) liegen. Weiterhin wurde für die Darstellung der Befragungsergebnisse die Globaleinschätzung in die Kategorien "niedrige", "mittlere" und "hohe Unterrichtsqualität" eingeteilt. Die Einteilung erfolgte auf Basis der geschlechts- und altersspezifischen Verteilung des Werts der Globaleinschätzung in der Stichprobe. Eine niedrige Unterrichtsqualität lag demzufolge bei den untersten 20.0% der Stichprobe (1. Quintil), eine mittlere Unterrichtsqualität bei den mittleren 60.0% der Stichprobe (2. bis 4. Quintil) und eine hohe Unterrichtsqualität bei den obersten 20.0% der Stichprobe (5. Quintil) vor.

### 5.2.6 Brandenburger Ergebnisse

Mädchen und Jungen unterscheiden sich nicht bezüglich der wahrgenommenen Unterrichtsqualität, jedoch fällt mit zunehmendem Alter die Einschätzung der Unterrichtsqualität signifikant schlechter aus ( $\chi^2(2) = 248.42$ ,  $p < .001$ ,  $\varepsilon^2 = .081$ ). So beurteilen 11-Jährige die Unterrichtsqualität durchschnittlich noch mit 6.5, wohingegen sie von 15-Jährigen durchschnittlich nur noch mit 5.2 beurteilt wird.

Zwischen den einzelnen Befragungsschulen zeigen sich hierbei deutliche Unterschiede in der Globaleinschätzung der Unterrichtsqualität (Range: 4.9-7.5). Schülerinnen und Schüler verschiedener Schulformen unterschieden sich ebenfalls in der Einschätzung der Unterrichtsqualität ( $\chi^2(4) = 122.11$ ,  $p < .001$ ,  $\varepsilon^2 = .040$ ). Hierbei beurteilen Lernende an Grundschulen ( $M = 6.3$ ) und Gymnasien ( $M = 6.2$ ) die Unterrichtsqualität am höchsten und Lernende an Oberschulen ( $M = 5.4$ ) die Unterrichtsqualität am niedrigsten (vgl. Abb. 5.21).



**Abb. 5.21:** Globaleinschätzung der Unterrichtsqualität von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Schulform.

Die Tabelle 5.11 gibt einen Überblick über die Ausprägung des allgemeinen Gesundheitszustandes, das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und den Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen in Abhängigkeit von der Unterrichtsqualität.

**Tab. 5.11:** Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach der Unterrichtsqualität (kategorisierte Globaleinschätzung)

	Unterrichtsqualität (in %)			Teststatistik	
	niedrig	mittel	hoch	$\chi^2(df)$	V
<b>Allgemeine Gesundheit</b>					
ausgezeichnet/gut	79.4	91.1	94.4	89.53(2) <sup>***</sup>	.12
einigermaßen/schlecht	20.6	8.9	5.6		
<b>Psych. Auffälligkeiten</b>					
unauffällig	68.9	83.3	92.7	120.09(2) <sup>***</sup>	.14
grenzwertig/auffällig	31.1	16.7	7.3		
<b>30-Tages-Alkoholkonsum</b>					
nein	68.6	79.6	82.8	43.39(2) <sup>***</sup>	.08
ja	31.4	20.4	17.2		

Anmerkungen. N = 2.627-2.842.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \*\*\* p < .001.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich Schülerinnen und Schüler, welche die Unterrichtsqualität an ihrer Schule unterschiedlich beurteilen, signifikant in den betrachteten Gesundheitsindikatoren voneinander unterscheiden. Lernende an Schulen mit einer niedrigen Unterrichtsqualität berichten ca. viermal so häufig einen schlechteren

allgemeinen Gesundheitszustand und psychische Probleme als Lernende an Schulen mit einer hohen Unterrichtsqualität. Der Effekt der Unterrichtsqualität in Bezug auf den 30-Tages-Alkoholkonsum fällt etwas geringer aus. Kinder und Jugendliche an Schulen mit einer niedrigen Unterrichtsqualität haben im vergangenen Monat ca. doppelt so häufig Alkohol getrunken wie Gleichaltrige an Schulen mit einer hohen Unterrichtsqualität. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass eine schlechte Qualität des Unterrichts einen bedeutsamen Risikofaktor für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen darstellt.

#### Was sind die zentralen Ergebnisse zur Unterrichtsqualität?

- Ältere Jugendliche und Lernende an Oberschulen schätzen die Unterrichtsqualität an ihren Schulen als niedrig ein.
- Schülerinnen und Schüler an Schulen mit einer hohen Unterrichtsqualität berichten einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand, leiden seltener unter psychischen Auffälligkeiten und haben in den letzten 30 Tagen seltener Alkohol getrunken.

### 5.3 Freunde | Unterstützung durch Freundinnen und Freunde

Das Jugendalter ist eine Zeit voller persönlicher Veränderungen. Aufgrund emotionaler Entwicklungsprozesse sind die Jugendlichen mit veränderten Gefühlslagen konfrontiert, ihr Denken wird komplexer und soziale Beziehungsmuster verändern sich (Berk, 2011; Schneider & Lindenberger, 2012). Auch, wenn bei persönlich bedeutsamen Themen die Eltern nach wie vor als wichtige Ansprechpersonen fungieren (vgl. Abschnitte 5.1.2 und 5.1.3), verbringen die Jugendlichen immer mehr Zeit mit Gleichaltrigen. Die Gleichaltrigengruppe stellt eine wichtige Quelle sozialer Unterstützung dar; mit ihr fällt der Austausch zu Problemen und Sorgen leichter und sie wird bei Bedarf um Hilfe gebeten. Aufgrund des Autonomieprozesses, in dem sich die Jugendlichen befinden, können die Eltern diese Art der alltäglichen, für die Entwicklung der Jugendlichen sehr wichtigen Unterstützung nicht mehr im vollen Umfang leisten (Roach, 2018). Umso größer ist die Bedeutung der Unterstützung durch Freundinnen und Freunde für die Gesundheit der Jugendlichen. Empfundene soziale Unterstützung durch Freundinnen und Freunde kann sowohl für Jungen als auch für Mädchen als Schutzfaktor gegen soziale Ängstlichkeit und Depression wirken (Cavanaugh & Buehler, 2016; Roach, 2018; Rueger, Malecki & Demaray, 2010) sowie das Wohlbefinden, das Selbstbewusstsein und prosoziale Verhaltensweisen stärken (Coleman, Sykes & Groom, 2017; Malonda et al., 2019; Roach, 2018; Rueger et al., 2010).

### Wie wurde die Freundesunterstützung erfasst?

Zur Beurteilung der Freundesunterstützung wurde die Subskala "Friends" der Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet et al., 1988) eingesetzt. Die Kinder und Jugendlichen schätzten ein, inwieweit sie vier Aussagen zu ihren Freundinnen und Freunden (z.B. "Ich kann über meine Probleme mit meinen Freundinnen und Freunden sprechen.") zustimmen. Aus den Antworten zu den einzelnen Aussagen wurde eine Globaleinschätzung der Freundesunterstützung abgeleitet. Der Wert der Globaleinschätzung kann zwischen 1 (geringste Freundesunterstützung) und 10 (höchste Freundesunterstützung) liegen. Weiterhin wurde für die Darstellung der Befragungsergebnisse die Globaleinschätzung in die Kategorien "niedrige", "mittlere" und "hohe Freundesunterstützung" eingeteilt. Die Einteilung erfolgte auf Basis der geschlechts- und altersspezifischen Verteilung des Werts der Globaleinschätzung in der Stichprobe. Eine niedrige Freundesunterstützung lag demzufolge bei den untersten 20.0% der Stichprobe (1. Quintil), eine mittlere Freundesunterstützung bei den mittleren 60.0% der Stichprobe (2. bis 4. Quintil) und eine hohe Freundesunterstützung bei den obersten 20.0% der Stichprobe (5. Quintil) vor.

#### 5.3.1 Brandenburger Ergebnisse

Mädchen empfinden eine noch höhere Freundesunterstützung ( $M = 8.1$ ) als Jungen ( $M = 7.2$ ) ( $\chi^2(1) = 111.15$ ,  $p < .001$ ,  $\epsilon^2 = .036$ ). Unterschiede zwischen den Altersgruppen der 11-, 13- und 15-Jährigen ergeben sich dagegen nicht. Bedeutsame Gruppenunterschiede bestehen jedoch hinsichtlich der Schulform ( $\chi^2(4) = 20.54$ ,  $p < .001$ ,  $\epsilon^2 = .007$ ). So empfinden Schülerinnen und Schüler an Gymnasien ( $M = 8.1$ ) das höchste Maß an Unterstützung durch Freundinnen und Freunde, gefolgt von Lernenden an Gesamtschulen ( $M = 7.8$ ), Grundschulen ( $M = 7.5$ ) und Oberschulen ( $M = 7.4$ ). Die geringste Unterstützung durch ihre Freundinnen und Freunde empfinden Lernende an Förderschulen ( $M = 7.2$ ).

Die Tabelle 5.12 gibt einen Überblick über die Ausprägung des allgemeinen Gesundheitszustandes, das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und den Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen in Abhängigkeit von der Unterstützung durch Freundinnen und Freunde. Kinder und Jugendliche, die die Unterstützung durch ihre Freundinnen und Freunde als gering empfinden, berichten einen bedeutsam niedrigeren allgemeinen Gesundheitszustand und zeigen deutlich mehr psychische Auffälligkeiten als Kinder und Jugendliche, die sich durch ihre Freundinnen und Freunde mittel oder hoch unterstützt fühlen. Die Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen, die eine mittlere oder hohe Unterstützung empfinden, sind jedoch gering. Dies kann als Hinweis dafür gedeutet werden, dass das Fehlen sozialer Unterstützung durch Freundinnen und Freunde einen gesundheitlichen Risikofaktor im Kindes- und Jugendalter

darstellt. Ist ein gewisses Mindestmaß an Freundesunterstützung gegeben, wirkt dies schützend auf die Schülerinnen und Schüler. Ein besonders hohes Maß scheint dafür nicht notwendig zu sein.

**Tab. 5.12:** Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach der Unterstützung durch Freundinnen und Freunde (kategorisierte Globaleinschätzung)

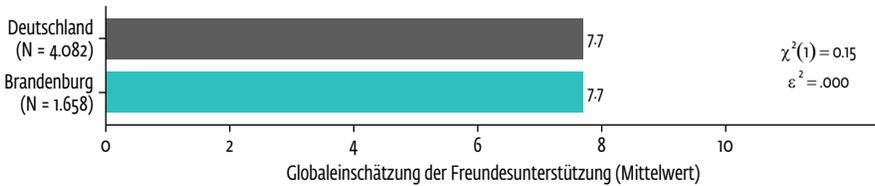
	Freundesunterstützung (in %)			Teststatistik	
	niedrig	mittel	hoch	$\chi^2(df)$	V
<b>Allgemeine Gesundheit</b>					
ausgezeichnet/gut	83.4	90.2	91.1	24.13(2) <sup>****</sup>	.06
einigermaßen/schlecht	16.6	9.8	8.9		
<b>Psych. Auffälligkeiten</b>					
unauffällig	68.5	86.0	86.3	90.08(2) <sup>****</sup>	.12
grenzwertig/auffällig	31.5	14.0	13.7		
<b>30-Tages-Alkoholkonsum</b>					
nein	76.2	77.8	78.5	1.03(2)	.01
ja	23.8	22.2	21.5		

Anmerkungen. N = 2.537-2.750.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \*\*\*\* p < .001.

Zusammenhänge zwischen der empfundenen Unterstützung durch Freundinnen und Freunde und dem Alkoholkonsum der Kinder und Jugendlichen bestehen nicht. Gründe dafür können nur vermutet werden, da keine Daten über die Motivation hinter dem berichteten Alkoholkonsum vorliegen. Grundsätzlich ist denkbar, dass Kinder und Jugendliche zum einen sozial motiviert Alkohol konsumieren und zum anderen Alkoholkonsum als Regulationsstrategie bei psychischen Belastungen nutzen. Demnach könnten Kinder und Jugendliche, die sich durch ihre Freundinnen und Freunde wenig unterstützt fühlen, mehr Alkohol konsumieren, um fehlende soziale Regulationsstrategien in für sie belastenden Situationen auszugleichen. Diese Tendenz könnte in den Daten aber möglicherweise dadurch ausgeglichen werden, dass sich Kinder und Jugendliche, welche sich gut durch ihre Freundinnen und Freunde unterstützt fühlen, mehr Zeit mit diesen verbringen und daher mehr Anlässe zu sozialem Alkoholkonsum erleben.

### 5.3.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen

Die Abbildung 5.22 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Globaleinschätzung der Unterstützung durch Freundinnen und Freunde im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Kinder und Jugendliche in Brandenburg fühlen sich weder mehr noch weniger gut durch ihre Freundinnen und Freunde unterstützt als Kinder und Jugendliche im bundesweiten Durchschnitt.



**Abb. 5.22:** Globaleinschätzung der Unterstützung durch Freundinnen und Freunde von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert.  $\varepsilon^2$  = Maß der Effektstärke.

**Was sind die zentralen Ergebnisse zur Freundesunterstützung?**

- Mädchen empfinden eine stärkere Unterstützung durch ihre Freundinnen und Freunde als Jungen.
- Kinder und Jugendliche, welche die Unterstützung durch ihre Freundinnen und Freunde als gering empfinden, berichten einen deutlich schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand und mehr psychische Auffälligkeiten.
- Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen aus Brandenburg und dem bundesweiten Durchschnitt bestehen hinsichtlich der Unterstützung durch Freundinnen und Freunde nicht.

## 5.4 Individuelle Kompetenzen | Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz, auch bekannt unter dem englischen Begriff “Health Literacy”, bezeichnet Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Menschen benötigen, um sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und angemessen teilhaben zu können sowie um Entscheidungen treffen zu können, die sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken (Soellner, Huber, Lenartz & Rudinger, 2009). Obwohl ein einheitliches theoretisches Verständnis der Gesundheitskompetenz fehlt, hat sich eine Systematisierung nach Nutbeam (2000) in der Literatur weitgehend durchgesetzt (Abel & Sommerhalder, 2015; Quenzel, 2018; Soellner et al., 2009). Demnach unterscheidet man drei Facetten der Gesundheitskompetenz. Funktionale Gesundheitskompetenz bezeichnet die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu finden und zu erfassen. Interaktive Gesundheitskompetenz bedeutet, gesundheitsbezogenes Wissen aus verschiedenen

Quellen zusammenzufassen, situationsangemessen anzuwenden und anderen zu kommunizieren. Kritische Gesundheitskompetenz bezeichnet die komplexe Fähigkeit, Informationen kritisch zu bewerten und für sich selbst anzuwenden (Abel & Sommerhalder, 2015; Nutbeam, 2000).

Aufgrund der zunehmenden Komplexität des Gesundheitssektors ist Gesundheitskompetenz bedeutsam für die Teilhabe am Gesundheitssystem (Abel & Sommerhalder, 2015). Gesundheitskompetenz ist jedoch in verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterschiedlich stark ausgeprägt, was strukturelle gesundheitsbezogene Ungleichheiten begünstigt (Abel & Sommerhalder, 2015). Internationale Studien aus den USA und Großbritannien zeigen, dass viele Menschen nicht ausreichend in der Lage sind, Gesundheitsinformationen zu verstehen und für sich zu nutzen (Soellner et al., 2009). Ein geringes Maß an Gesundheitskompetenz hängt wiederum negativ mit Gesundheitsindikatoren zusammen und steht auch mit einer höheren Sterblichkeit in Verbindung (Soellner et al., 2009). Auch Befunde aus Deutschland weisen darauf hin, dass die Gesundheitskompetenz von Erwachsenen sowie Jugendlichen in Deutschland nicht ausreichend ausgeprägt ist und mit dem Bildungsgrad im Zusammenhang steht (Jordan & Hoebel, 2015; Quenzel, 2018; Wallmann, Gierschner & Froböse, 2012). Der Anteil der Jugendlichen mit besonders niedriger Gesundheitskompetenz ist unter Jugendlichen, welche Haupt- und Förderschulen besuchen, besonders hoch (Quenzel, 2018; Wallmann et al., 2012). Dies betrifft alle Facetten der Gesundheitskompetenz. Zudem verfügen Jugendliche mit einem Migrationshintergrund häufig über eine gering ausgeprägte Gesundheitskompetenz (Quenzel, 2018). Ein geringes Maß an Gesundheitskompetenz Erwachsener geht mit einer schlechteren körperlichen und psychischen Gesundheit einher, nicht aber mit einem vermehrten Rauschtrinken (Jordan & Hoebel, 2015). Für Jugendliche stehen solche Befunde noch aus. Hinweise auf Geschlechtsunterschiede bestehen in den vorliegenden Studien weder für Erwachsene noch für Jugendliche (Jordan & Hoebel, 2015; Wallmann et al., 2012).

#### Wie wurde die Gesundheitskompetenz erfasst?

Zur Beurteilung der Gesundheitskompetenz schätzten die Jugendlichen der Jahrgangsstufen 7 und 9 insgesamt zehn Aussagen über ihr gesundheitsbezogenes Wissen ein (z.B. "Ich bin zuversichtlich, dass ich gute Informationen über Gesundheit habe.") (Inchley et al., 2018). Aus den Antworten zu den einzelnen Aussagen wurde eine Globaleinschätzung der Gesundheitskompetenz abgeleitet. Der Wert der Globaleinschätzung kann zwischen 0 (geringste Gesundheitskompetenz) und 10 (höchste Gesundheitskompetenz) liegen.

**Fortsetzung: Wie wurde die Gesundheitskompetenz erfasst?**

Weiterhin wurde für die Darstellung der Befragungsergebnisse die Globaleinschätzung in die Kategorien "niedrige", "mittlere" und "hohe Gesundheitskompetenz" eingeteilt. Die Einteilung erfolgte auf Basis der geschlechts- und altersspezifischen Verteilung des Werts der Globaleinschätzung in der Stichprobe. Eine niedrige Gesundheitskompetenz lag demzufolge bei den untersten 20.0% der Stichprobe (1. Quintil), eine mittlere Gesundheitskompetenz bei den mittleren 60.0% der Stichprobe (2. bis 4. Quintil) und eine hohe Gesundheitskompetenz bei den obersten 20.0% der Stichprobe (5. Quintil) vor.

**5.4.1 Brandenburger Ergebnisse**

In Bezug auf die Gesundheitskompetenz bestehen keine Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen oder zwischen 13- und 15-Jährigen. Jugendliche, die verschiedene Schulformen besuchen, haben aber unterschiedlich ausgeprägte Gesundheitskompetenzen ( $\chi^2(3) = 177.45, p < .001, \epsilon^2 = .058$ ). Die Gesundheitskompetenz Jugendlicher an Förderschulen ist, dem Forschungsstand entsprechend, am geringen ausgeprägt ( $M = 5.3$ ), gefolgt von Jugendlichen an Oberschulen ( $M = 5.9$ ). Jugendliche an Gesamtschulen ( $M = 7.0$ ) und Gymnasien ( $M = 7.2$ ) verfügen über die am höchsten ausgeprägte Gesundheitskompetenz. Die Tabelle 5.13 gibt einen Überblick über die Ausprägung des allgemeinen Gesundheitszustandes, das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und den Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen in Abhängigkeit von der Gesundheitskompetenz.

**Tab. 5.13:** Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach der Gesundheitskompetenz (kategorisierte Globaleinschätzung)

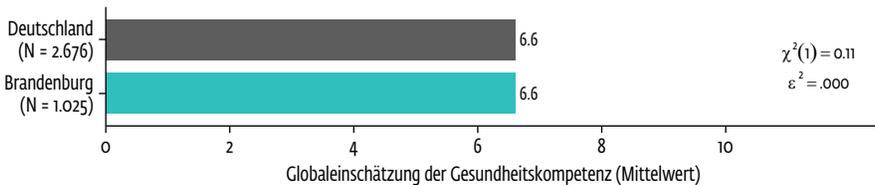
	Gesundheitskompetenz (in %)			Teststatistik	
	niedrig	mittel	hoch	$\chi^2(df)$	V
<b>Allgemeine Gesundheit</b>					
ausgezeichnet/gut	84.9	87.2	94.4	18.89(2) <sup>****</sup>	.06
einigermaßen/schlecht	15.1	12.8	5.6		
<b>Psych. Auffälligkeiten</b>					
unauffällig	74.9	85.0	88.6	26.83(2) <sup>****</sup>	.07
grenzwertig/auffällig	25.1	15.0	11.4		
<b>30-Tages-Alkoholkonsum</b>					
nein	64.7	66.1	66.4	0.28(2)	.01
ja	35.3	33.9	33.6		

Anmerkungen. N = 1.535-1.621.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \*\*\*\* p < .001.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich Jugendliche mit unterschiedlich ausgeprägter Gesundheitskompetenz hinsichtlich ihrer allgemeinen Gesundheit sowie ihrer psychischen Auffälligkeiten bedeutsam voneinander unterscheiden. Jugendliche mit hoher Gesundheitskompetenz berichten häufiger von einem ausgezeichneten oder guten allgemeinen Gesundheitszustand als Jugendliche mit niedriger Gesundheitskompetenz. Vergleichbare Tendenzen bestehen hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten. Jugendliche mit niedriger Gesundheitskompetenz berichten deutlich häufiger von psychischen Symptomen. Analog zu den Ergebnissen, welche Jordan und Hoebel (2015) für Erwachsene berichtet haben, ergeben sich auch für Jugendliche keine Zusammenhänge zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Alkoholkonsum.

#### 5.4.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen

Die Abbildung 5.23 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Globaleinschätzung der Gesundheitskompetenz im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Die Gesundheitskompetenz der Jugendlichen in Brandenburg ist genauso ausgeprägt wie die der Jugendlichen des Bundesdurchschnitts.



**Abb. 5.23:** Globaleinschätzung der Gesundheitskompetenz von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert.  $\epsilon^2$  = Maß der Effektstärke.

#### Was sind die zentralen Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz?

- In Bezug auf die Gesundheitskompetenz bestehen schulformbezogene Unterschiede: Die Gesundheitskompetenz von Jugendlichen an Förderschulen ist deutlich geringer ausgeprägt als die von Jugendlichen an Gymnasien und Gesamtschulen.
- Schülerinnen und Schüler mit niedrigerer Gesundheitskompetenz berichten einen geringeren allgemeinen Gesundheitszustand sowie vermehrt psychische Auffälligkeiten.
- Die Gesundheitskompetenz von Brandenburger Lernenden unterscheidet sich nicht vom Bundesdurchschnitt.

## 5.5 Konsum von Online-Medien

### 5.5.1 Intensität der Online-Kommunikation

In Deutschland stieg die Dauer der Kommunikation mittels Online-Medien zwischen 2017 und 2018 bei den 14- und 19-Jährigen von 89 auf 125 Minuten täglich an (Frees & Koch, 2018). Der Nutzung von Online-Medien (z.B. durch Chatten, E-Mail-, Messenger- oder WhatsApp-Kommunikation) kommt dadurch ein wachsender Einfluss auf die psychosoziale Entwicklung und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu. Als positive Auswirkungen dieser Entwicklung stellen Untersuchungen heraus, dass sich Kinder und Jugendliche aufgrund ihrer Online-Kommunikation besser informiert (Allcott, Braghieri, Eichmeyer & Gentzkow, 2019) und stärker durch Gleichaltrige unterstützt fühlen können (Valkenburg & Peter, 2007) sowie sich stärker politisch beteiligen oder bürgerschaftlich engagieren können (Loader, Vromen & Xenos, 2014).

Durch die Verschiebungen im Verhältnis von Online- und Offlinezeiten ändern sich die Art und der Umfang von Freizeitaktivitäten im Kindes- und Jugendalter (Allcott, et al., 2019; Lian et al., 2018). Wie aktuelle Studien aufzeigen, wirkt sich dies auf allgemeine Gesundheitsindikatoren wie der Schlafdauer und Schlaffeffizienz (Tavernier, Heissel, Sladek, Grant & Adam, 2017; Vernon, Barber & Modecki, 2015) sowie das psychische Wohlbefinden und die emotionale Stabilität (Twenge & Campbell, 2018) aus. Darüber hinaus werden Zusammenhänge von intensiver Online-Kommunikation mit einem verringerten Selbstwert (Saiphoo, Halevi & Vahedi, 2020), sozialer Isolation (Primack et al., 2017), depressiven Symptomen (Shensa, Sidani, Dew, Escobar-Viera & Primack, 2018), dem Verlust der Privatsphäre und einem erhöhten Risiko für Online-Viktimisierung (Casas et al., 2013) berichtet.

Soziale Online-Interaktionen können mit verschiedenen Personengruppen (z.B. enger Freundinnen und Freunde, Internetbekanntschaften) stattfinden. Es gibt Hinweise darauf, dass sich die Auswirkungen intensiver Online-Kommunikation in Abhängigkeit von der Personengruppe, mit der online kommuniziert wird, unterscheiden. So wirkte sich in Studien die Nutzung des Internets für die Kommunikation mit engen Freundinnen und Freunden beispielsweise positiv auf das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen aus (Valkenburg & Peter, 2007, 2013), insbesondere wenn sie sich mit schwierigen Themen auch leicht an ihre Eltern wenden konnten (Boniel-Nissim et al., 2015). Eine genauere Untersuchung der Intensität der Online-Kommunikation zu verschiedenen Personengruppen kann deshalb differenzierte Befunde zum Einfluss auf die psychosoziale Entwicklung und die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erbringen.

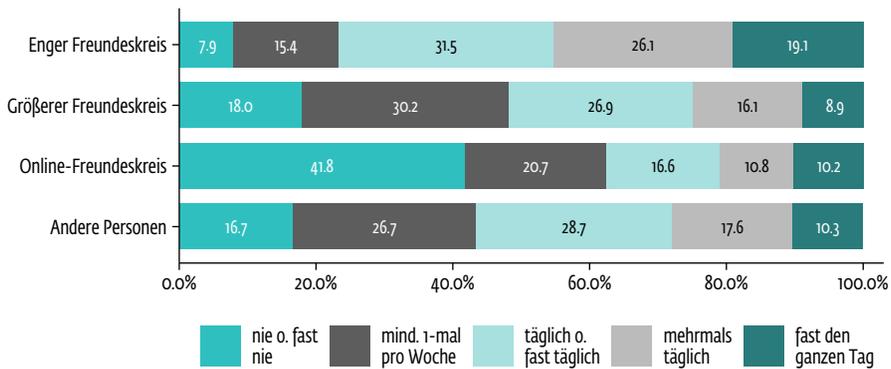
### Wie wurde die Intensität der Online-Kommunikation erfasst?

Zur Beurteilung der Intensität der Online-Kommunikation schätzten die Kinder und Jugendlichen ein, wie oft sie zu verschiedenen Personen online Kontakt haben (Inchley et al., 2008, adaptiert von Mascheroni & Ólafsson, 2014). Die Antworten bezogen sich auf vier Personengruppen: Enge Freundinnen und Freunde, Personen des größeren Freundeskreises, Freundinnen und Freunde, die im Internet kennengelernt wurden, andere Personen (z.B. Eltern, Lehrkräfte). Zur Wahl standen jeweils die Antwortoptionen "weiß nicht/trifft nicht zu", "nie oder fast nie", "mindestens einmal pro Woche", "täglich oder fast täglich", "mehrmals täglich" und "fast den ganzen Tag über". Angaben zur ersten Antwortoption gingen in die nachfolgenden Analysen nicht mit ein. Aus den Antworten zu den einzelnen Personengruppen wurde eine Globaleinschätzung der Intensität der Online-Kommunikation abgeleitet. Der Wert der Globaleinschätzung kann zwischen 0 (geringste Intensität) und 10 (höchste Intensität der Online-Kommunikation) liegen. Weiterhin wurde für die Darstellung der Befragungsergebnisse die Globaleinschätzung in die Kategorien "niedrige", "mittlere" und "hohe Intensität der Online-Kommunikation" eingeteilt. Die Einteilung erfolgte auf Basis der geschlechts- und altersspezifischen Verteilung des Werts der Globaleinschätzung in der Stichprobe. Eine niedrige Intensität lag demzufolge bei den untersten 20.0% der Stichprobe (1. Quintil), eine mittlere Intensität bei den mittleren 60.0% der Stichprobe (2. bis 4. Quintil) und eine hohe Intensität bei den obersten 20.0% der Stichprobe (5. Quintil) vor.

#### 5.5.1.1 Brandenburger Ergebnisse

Von den befragten Brandenburger Kindern und Jugendlichen berichteten insgesamt 76.7% täglich, mehrmals täglich oder fast den ganzen Tag mit engen Freundinnen und Freunden; 51.9% mit Personen aus dem größeren Freundeskreis; 37.6% mit Freundinnen und Freunden, die im Internet kennengelernt wurden und 56.6% mit anderen Personen online in Kontakt zu sein. In der Abbildung 5.24 ist die Intensität der Online-Kommunikation zu verschiedenen Personengruppen dargestellt.

Mädchen ( $M = 4.8$ ) kommunizieren online etwas intensiver als Jungen ( $M = 4.5$ ) ( $\chi^2(1) = 6.86$ ,  $p = .009$ ,  $\varepsilon^2 = .002$ ). Zwischen jüngeren und älteren Schülerinnen und Schülern besteht kein Unterschied hinsichtlich der Globaleinschätzung der Intensität der Online-Kommunikation. Signifikante Unterschiede finden sich allerdings bei Lernenden verschiedener Schulformen ( $\chi^2(4) = 33.60$ ,  $p < .001$ ,  $\varepsilon^2 = .011$ ). Schülerinnen und Schüler an Grundschulen ( $M = 4.3$ ) und Gymnasien ( $M = 4.3$ ) kommunizieren im Durchschnitt weniger intensiv mittels Online-Medien als Lernende an Oberschulen ( $M = 5.1$ ) und Förderschulen ( $M = 5.1$ ). Im Hinblick auf den familiären Wohlstand bestehen ebenfalls signifikante Unterschiede ( $\chi^2(2) = 8.73$ ,  $p = .013$ ,  $\varepsilon^2 = .003$ ). Die intensivste Online-Kommunikation weisen Lernende aus Familien mit hohem Wohlstand auf ( $M = 4.9$ ).



**Abb. 5.24:** Intensität der Online-Kommunikation von Brandenburger Schülerinnen und Schülern zu verschiedenen Personengruppen.

Die Tabelle 5.14 gibt einen Überblick über die Ausprägung des allgemeinen Gesundheitszustandes, der Erfahrungen als Gemobbte und Mobbende im Cybermobbing und über das Vorliegen eines problematischen Konsums sozialer Medien in Abhängigkeit von der Intensität der Online-Kommunikation.

**Tab. 5.14:** Allgemeiner Gesundheitszustand, Erfahrungen als Gemobbte und Mobbende im Cybermobbing und Konsum sozialer Medien von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach der Intensität der Online-Kommunikation (kategorisierte Globaleinschätzung)

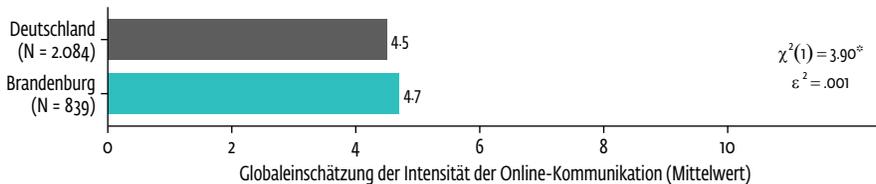
	Intensität der Online-Kommunikation (in %)			Teststatistik	
	niedrig	mittel	hoch	$\chi^2(df)$	V
<b>Allgemeine Gesundheit</b>					
ausgezeichnet/gut	86.8	91.1	81.3	19.74(2) <sup>****</sup>	.06
einigermaßen/schlecht	13.2	8.9	18.7		
<b>Gemobbte im Cybermobbing</b>					
nicht gemobbt worden	94.7	96.8	94.1	4.85(2)	.03
gemobbt worden	5.3	3.2	5.9		
<b>Mobbende im Cybermobbing</b>					
nicht gemobbt haben	98.8	96.7	95.4	6.73(2) <sup>*</sup>	.03
gemobbt haben	1.2	3.3	4.6		
<b>Konsum sozialer Medien</b>					
unbedenklich	98.7	93.6	80.9	71.62(2) <sup>****</sup>	.11
problematisch	1.3	6.4	19.1		

Anmerkungen. N = 1.282-1.361.  $\chi^2$  = Testwert, df = Freiheitsgrade, V = Maß der Effektstärke. \* p < .05. \*\*\*\* p < .001.

Die Gruppe mit einer mittleren Intensität der Online-Kommunikation weist den größten Anteil an Lernenden auf, die einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand aufweisen und online nicht gemobbt wurden. Für die Gruppe mit einer niedrigen Intensität der Online-Kommunikation zeigte sich wiederum der größte Anteil an Lernenden, die online nicht gemobbt haben und die einen unbedenklichen Konsum von sozialen Medien aufweisen. Für alle betrachteten Gesundheitsindikatoren zeigten sich ungünstigere Ausprägungen für die Gruppe der online intensiv Kommunizierenden. Das heißt, der Anteil an Lernenden, die einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand berichten, die online gemobbt wurden oder online gemobbt haben und einen problematischen Konsum sozialer Medien aufweisen, ist in der Gruppe der online intensiv Kommunizierenden signifikant höher als in den anderen Gruppen. Bei der getrennten Auswertung nach verschiedenen Personengruppen zeigten sich die negativen Effekte der Intensität der Online-Kommunikation am deutlichsten in Bezug auf die Online-Kommunikation mit Internetfreundinnen und -freunden.

### 5.5.1.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen

Die Abbildung 5.25 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Globaleinschätzung der Intensität der Online-Kommunikation im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen. Brandenburger Schülerinnen und Schüler kommunizieren intensiver über Online-Medien als Lernende des Bundesdurchschnitts, wobei dieser Unterschied anhand der Effektstärke als gering einzuschätzen ist.



**Abb. 5.25:** Globaleinschätzung der Intensität der Online-Kommunikation von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert.  $\epsilon^2$  = Maß der Effektstärke. \*  $p < .05$ .

#### Was sind die zentralen Ergebnisse zur Intensität der Online-Kommunikation?

- Die Intensität der Kommunikation unterscheidet sich deutlich zwischen verschiedenen Schulformen sowie geringfügig zwischen Mädchen und Jungen und Lernenden aus Familien mit einem unterschiedlichen Wohlstand.
- Besonders häufig weisen Lernende, die intensiv online kommunizieren, ungünstige Ausprägungen auf verschiedenen Gesundheitsindikatoren auf.
- Brandenburger Schülerinnen und Schüler kommunizieren intensiver über Online-Medien als Lernende des Bundesdurchschnitts

### 5.5.2 Präferenz für Online-Kommunikation

Für Kinder und Jugendliche bietet die anonyme Kommunikation über das Internet viele Vorteile wie die Kontrollierbarkeit der Selbstdarstellung und Selbstoffenlegung (Valkenburg & Peter, 2013). Insbesondere in der Phase der Adoleszenz, in der die Entwicklung des Selbst, der Identität und der Autonomie mit massiven Irritationen einhergeht (Uhlhaas & Konrad, 2011), kann die Anonymität im Netz eine Möglichkeit sein, um über persönliche Themen, Sorgen oder Gefühle zu sprechen und sogar zur Bewältigung von Entwicklungskrisen dienen (Boniel-Nissim & Barak, 2013).

Eine starke Bevorzugung der Online-Kommunikation vor persönlichen Kontakten wird dagegen im Zusammenhang mit sozialen Ängsten, psychosozialen Problemen, Depressionen und einer geringen Sozialkompetenz als vulnerables Verhalten angesehen (Caplan, 2003). Tritt die Kommunikation über Online-Medien an Stelle von persönlichem Kontakt (Twenge, 2017) oder wird fehlender realer Sozialkontakt mit Online-Interaktionen kompensiert (Caplan, 2002), steigt Studien zufolge das Risiko für einen problematischen Konsum von sozialen Medien (van den Eijnden et al., 2016). Da die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen besonders anfällig für mögliche negative Einflüsse durch Online-Technologien sein kann (Valkenburg & Peter, 2011), kommt der Präferenz für Online-Kommunikation als Forschungsaspekt auch im Hinblick auf allgemeine Gesundheitsindikatoren eine wichtige Rolle zu.

#### Wie wurde die Präferenz für Online-Kommunikation erfasst?

Zur Beurteilung der Präferenz für Online-Kommunikation schätzten die Kinder und Jugendlichen ein, inwieweit sie drei Aussagen zu ihren Nutzungsgewohnheiten des Internets (z.B. "Im Internet kann ich leichter über meine persönlichen Sorgen sprechen als im persönlichen Kontakt.") zustimmen (Inchley et al., 2018, adaptiert von Peter & Valkenburg, 2006). Aus den Antworten zu den einzelnen Aussagen wurde eine Global-einschätzung der Präferenz für Online-Kommunikation abgeleitet. Der Wert der Global-einschätzung kann zwischen 0 (geringste Präferenz) und 10 (höchste Präferenz für Online-Kommunikation) liegen. Weiterhin wurde für die Darstellung der Befragungsergebnisse die Global-einschätzung in die Kategorien "niedrige", "mittlere" und "hohe Präferenz für Online-Kommunikation" eingeteilt. Die Einteilung erfolgte auf Basis der geschlechts- und altersspezifischen Verteilung des Werts der Global-einschätzung in der Stichprobe. Eine niedrige Präferenz lag demzufolge bei den untersten 20.0% der Stichprobe (1. Quintil), eine mittlere Präferenz bei den mittleren 60.0% der Stichprobe (2. bis 4. Quintil) und eine hohe Präferenz bei den obersten 20.0% der Stichprobe (5. Quintil) vor.

### 5.5.2.1 Brandenburger Ergebnisse

Der größte Teil der befragten Brandenburger Kinder und Jugendlichen (48.2%) hatte keine Präferenz für Online-Kommunikation. Das heißt, es fällt ihnen nicht leichter im Internet über Geheimnisse, Gefühle oder Sorgen zu sprechen als im persönlichen Kontakt. Die Globaleinschätzung der Präferenz für Online-Kommunikation unterscheidet sich nicht signifikant zwischen Mädchen und Jungen. Ältere Schülerinnen und Schüler weisen eine signifikant höhere Präferenz für die Kommunikation über Online-Medien auf als jüngere Schülerinnen und Schüler (11-Jährige:  $M = 1.5$  vs. 15-Jährige:  $M = 2.9$ ) ( $\chi^2(2) = 132.52$ ,  $p < .001$ ,  $\varepsilon^2 = .043$ ). Auch zwischen verschiedenen Schulformen unterscheidet sich die Präferenz für Online-Kommunikation signifikant ( $\chi^2(4) = 60.14$ ,  $p < .001$ ,  $\varepsilon^2 = .020$ ), wobei sie bei Lernenden an Grundschulen ( $M = 1.7$ ) und Gymnasien ( $M = 1.9$ ) geringer ausgeprägt ist als bei Lernenden an Förderschulen ( $M = 2.3$ ) und Oberschulen ( $M = 2.8$ ). Im Hinblick auf den familiären Wohlstand waren ebenfalls signifikante Unterschiede zu verzeichnen ( $\chi^2(2) = 12.09$ ,  $p = .002$ ,  $\varepsilon^2 = .004$ ). Den höchsten Mittelwert für die Präferenz für Online-Kommunikation wiesen Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Wohlstand auf ( $M = 2.5$ ).

Die Tabelle 5.15 gibt einen Überblick über die Ausprägung des allgemeinen Gesundheitszustandes, der Erfahrungen als Gemobbte und Mobbende im Cybermobbing und das Vorliegen eines problematischen Konsums sozialer Medien in Abhängigkeit von der Präferenz für Online-Kommunikation.

**Tab. 5.15:** Allgemeiner Gesundheitszustand, Erfahrungen als Gemobbte und Mobbende im Cybermobbing und Konsum sozialer Medien von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach der Präferenz für Online-Kommunikation (kategorisierte Globaleinschätzung)

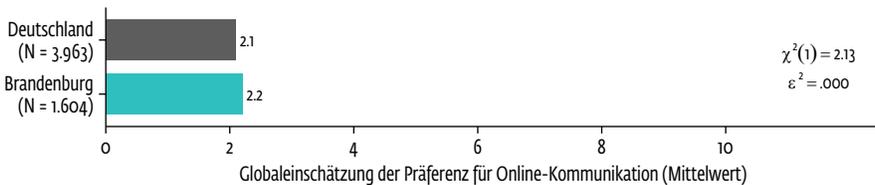
	Präferenz für Online-Kommunikation (in %)			Teststatistik	
	niedrig	mittel	hoch	$\chi^2(df)$	V
<b>Allgemeine Gesundheit</b>					
ausgezeichnet/gut	91.2	87.8	86.4	12.07(2) <sup>***</sup>	.04
einigermaßen/schlecht	8.8	12.2	13.6		
<b>Gemobbte im Cybermobbing</b>					
nicht gemobbt worden	98.3	96.1	92.4	42.01(2) <sup>***</sup>	.08
gemobbt worden	1.7	3.9	7.6		
<b>Mobbende im Cybermobbing</b>					
nicht gemobbt haben	99.5	97.2	96.3	29.10(2) <sup>***</sup>	.07
gemobbt haben	0.5	2.8	3.7		
<b>Konsum sozialer Medien</b>					
unbedenklich	95.8	94.3	88.2	42.25(2) <sup>***</sup>	.08
problematisch	4.2	5.7	11.8		

Anmerkungen.  $N = 2.502-2.658$ .  $\chi^2 =$  Testwert,  $df =$  Freiheitsgrade,  $V =$  Maß der Effektstärke. <sup>\*\*\*</sup>  $p < .01$ . <sup>\*\*\*\*</sup>  $p < .001$ .

Kinder und Jugendliche mit einer niedrigen Präferenz für Online-Kommunikation berichten einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand, wurden seltener online gemobbt und haben seltener online gemobbt sowie weisen häufiger einen unbedenklichen Konsum sozialer Medien auf als Gleichaltrige mit einer höheren Präferenz für Online-Kommunikation. Den jeweils größten Anteil an Schülerinnen und Schülern, die einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand berichten, die online gemobbt wurden und online gemobbt haben sowie einen problematischen Konsum sozialer Medien aufweisen, wurde im Zusammenhang mit einer hohen Präferenz für Online-Kommunikation festgestellt.

**5.5.2.2 Vergleich der Brandenburger mit den bundesweiten Ergebnissen**

Die Abbildung 5.26 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Globaleinschätzung der Präferenz für Online-Kommunikation im Vergleich mit den bundesweiten Ergebnissen. Brandenburger Schülerinnen und Schüler unterscheiden sich in ihrer Präferenz für Online-Kommunikation nicht vom Bundesdurchschnitt.



**Abb. 5.26:** Globaleinschätzung der Präferenz für Online-Kommunikation von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt.  $\chi^2$  = Testwert.  $\epsilon^2$  = Maß der Effektstärke.

**Was sind die zentralen Ergebnisse zur Präferenz für Online-Kommunikation?**

- Ältere Jugendliche sowie Schülerinnen und Schüler an Förder- und Oberschulen haben eine höhere Präferenz für Online-Kommunikation.
- Besonders häufig weisen Schülerinnen und Schüler, die eine hohe Präferenz für Online-Kommunikation haben, ungünstige Ausprägungen auf verschiedenen Gesundheitsindikatoren (allgemeiner Gesundheitszustand, Erfahrungen als Gemobbte und Mobbende im Cybermobbing, Konsum von sozialen Medien) auf.
- Brandenburger Schülerinnen und Schüler unterscheiden sich in ihrer Präferenz für Online-Kommunikation nicht vom Bundesdurchschnitt.

## 5.6 Zwischenresümee

In diesem Kapitel wurden Verbindungen zwischen verschiedenen personalen und sozialen Hintergrundbedingungen mit der Gesundheit der Brandenburger Kinder und Jugendlichen analysiert. Neben der personalen Gesundheitskompetenz wurden die folgenden, für das Kindes- und Jugendalter relevanten Lebenswelten in den Blick genommen: die Familie, die Schule, die Gleichaltrigen-Gruppe und die Online-Welt.

Bei der Betrachtung familiärer Gesundheitsdeterminanten zeigen sich bereits auf struktureller Ebene Unterschiede in der Gesundheit. Ungefähr ein Fünftel der Befragten lebt bei einem alleinerziehenden Elternteil und ca. 62.0% mit beiden Elternteilen. Dieser Anteil ist in Brandenburg etwas geringer als im Bundesdurchschnitt (ca. 72.0%). Kinder und Jugendliche, die nicht mit beiden Elternteilen aufwachsen, berichten ungünstigere Ausprägungen auf zentralen Gesundheitsindikatoren, insbesondere wenn sie in Pflegefamilien oder Wohngemeinschaften leben. Mehrere Faktoren auf der Prozessebene können die gesundheitlichen Unterschiede bei Kindern, die in unterschiedlichen Familienformen leben, zum Teil aufklären. So berichten Kinder und Jugendliche, die nicht mit beiden Elternteilen leben, eine etwas geringere familiäre Unterstützung und einen niedrigeren Wohlstand. Zudem fällt den meisten Kindern und Jugendlichen die Kommunikation mit den leiblichen Eltern deutlich leichter als mit den Stiefeltern. Alle drei Faktoren (familiäre Unterstützung, Qualität der Kommunikation mit den Eltern und familiärer Wohlstand) stehen für sich genommen mit der Gesundheit in einem engen Zusammenhang.

Nur wenige Schülerinnen und Schüler in Brandenburg weisen einen Migrationshintergrund auf. Bei 5.6% der Befragten stammt ein Elternteil nicht aus Deutschland, bei weiteren 6.7% sind beide Elternteile oder das Kind selbst nicht in Deutschland geboren. Der Anteil der Mädchen und Jungen der befragten Altersgruppe ohne Migrationshintergrund ist in Brandenburg mit 87.0% deutlich höher als im Bundesdurchschnitt (ca. 68.0%). Nur bei der psychischen Gesundheit zeigen sich leichte Unterschiede zwischen Befragten mit und ohne Migrationshintergrund zu Gunsten der letzteren Gruppe.

Eine wichtige Lebenswelt des Kindes- und Jugendalters ist die Schule. Bereits in den Kapiteln 3 und 4 wurde aufgezeigt, dass es bei fast allen Indikatoren der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens ungünstigere Ausprägungen an Ober- und Förderschulen im Vergleich zu Gesamtschulen und insbesondere Gymnasien gibt. Eine Erklärungsmöglichkeit für diese Unterschiede ist die soziale Herkunft der Schülerinnen und Schüler, die auch in Brandenburg eng mit der Bildungsbeteiligung zusammenhängt. Während 60.3% der Befragten aus Familien mit hohem Wohlstand das Gymnasium besuchen, sind nur 24.5% der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Wohlstand an Gymnasien zu finden.

Die Analysen in diesem Kapitel weisen aber auch darauf hin, dass noch weitere Faktoren schulformbezogene Unterschiede der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens erklären können. So zeigen die Daten der HBSC-Studie Brandenburg, dass Schülerinnen und Schüler an Gymnasien eine höhere Schulzufriedenheit, eine stärkere soziale Unterstützung durch ihre Mitschüler/innen und eine höhere Unterrichtsqualität berichten als Lernende an anderen Schulformen der Sekundarstufe I. Da diese Aspekte des Schulklimas auch selbst eng mit der Gesundheit in Verbindung stehen (bessere Gesundheit bei höherer Schulzufriedenheit, höherer Mitschülerunterstützung und höherer Unterrichtsqualität), kann konstatiert werden, dass an Gymnasien ein besonders gesundheitsförderliches Schulklima herrscht. Einzig das Anforderungsniveau und die damit einher gehenden Belastungen werden von Gymnasialschülerinnen und -schülern etwas höher eingestuft als an Oberschulen. Bedenkenswert ist zudem der Befund, dass alle untersuchten Aspekte des Schulklimas (Schulzufriedenheit, Mitschülerunterstützung, Unterrichtsqualität, schulische Belastungen, Lehrerunterstützung) umso negativer eingestuft werden, je länger die Schülerinnen und Schüler bereits an ihren Schulen lernen.

Weitere relevante Gesundheitsdeterminanten konnten in der Lebenswelt der Gleichaltrigen-Gruppe (soziale Unterstützung durch Freundinnen und Freunde) und in der immer bedeutsamer werdenden Online-Welt identifiziert werden. Online mit anderen zu kommunizieren zählt für die große Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Brandenburg zur täglichen Routine und zwar in allen drei untersuchten Altersgruppen gleichermaßen. Ungünstige Auswirkungen auf die Gesundheit scheinen sich vor allem dann zu ergeben, wenn aufgrund sehr intensiver Nutzung suchtähnliche Konsummuster auftreten und wenn es eine deutliche Präferenz der Online-Kommunikation vor persönlichen Kontakten gibt.

Auf der personalen Ebene ist die Fähigkeit, sich über gesundheitsbezogene Themen informieren und auf dieser Grundlage Entscheidungen treffen zu können, eine wichtige Ressource. Diesbezüglich kompetentere Schülerinnen und Schüler in Brandenburg schätzen ihren Gesundheitszustand besser ein und zeigen weniger psychische Auffälligkeiten. Auch bei diesem Indikator zeigen sich Schulformunterschiede, die mit dem Bildungsniveau korrelieren: Die höchsten Werte für die Gesundheitskompetenz finden sich an Gymnasien, gefolgt von Gesamt-, Ober- und Förderschulen.



## Kapitel 6

# Resümee und Perspektiven der Gesundheitsförderung

*Ludwig Bilz | Nancy John*

### 6.1 Fazit und Schlussfolgerungen für die schulische Gesundheitsförderung

Die große Mehrheit der Brandenburger Kinder und Jugendlichen schätzt ihre Gesundheit als ausgezeichnet oder gut ein. Der Blick auf die Einzelbefunde der erstmalig in Brandenburg durchgeführten HBSC-Studie zeigt, dass es nur bei wenigen Indikatoren bedeutsame Abweichungen vom Bundesdurchschnitt gibt. Gleichzeitig werden in mehreren Bereichen Handlungsbedarfe deutlich. So berichten viele der über 3.000 befragten Schülerinnen und Schüler von psychosomatischen und psychischen Beschwerden, wobei Mädchen und ältere Jugendliche stärker betroffen sind. Aufgrund der hohen Persistenz bis hinein ins Erwachsenenalter ist die Prävention und Früherkennung psychischer Fehlentwicklungen eine vordringliche Aufgabe der schulischen Gesundheitsförderung.

Einschränkungen der Gesundheit zeigen sich zudem häufiger an Ober- und Förderschulen im Vergleich zu Gymnasien und Gesamtschulen. Dies trifft auch auf die Mehrzahl der untersuchten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zu: Schülerinnen und Schüler an Ober- und Förderschulen zeigen durchweg ungesündere Verhaltensweisen in den Bereichen Ernährung (Frühstücksverhalten, Konsum von Obst, Gemüse und Softdrinks, problematische Gewichtskontrollstrategien), Zahnhygiene, Sozialverhalten (Mobbing, Cybermobbing, Schlägereien), Substanzkonsum (Tabak, Alkohol, Cannabis und andere illegale Drogen) und beim Konsum von Online-Medien im Vergleich zu ihren Altersgenossen an Gymnasien und Gesamtschulen.

Häufig adressierte Präventionsthemen an Schulen sind der Substanzkonsum, das Sozialverhalten und die körperliche Bewegung. Der Alkohol- und Tabakkonsum im Jugendalter ist seit den 2000er Jahren bundesweit rückläufig (Zeiger et al., 2018a). Hinweise auf vergleichbare Entwicklungen gibt es auch für Brandenburg (Sturzbecher, Bredow & Büttner, 2019). Die vorliegenden Daten der HBSC-Studie zeigen, dass trotz dieser erfreulichen Entwicklungen Alkohol, Tabak und im geringeren Umfang auch Cannabis die am häufigsten konsumierten psychoaktiven Substanzen in der untersuchten Altersgruppe sind und damit relevante Präventionsthemen bleiben. Andere illegale Drogen, inklusive Methamphetamin (Crystal Meth), spielen hingegen trotz zum Teil dramatisierender Presseberichte in der Verbreitung nur eine untergeordnete Rolle.

Suchtähnliche Verhaltensmuster können sich auch bei der Nutzung elektronischer sozialer Medien entwickeln. Anhaltspunkte für derartige Entwicklungen zeigen sich bei über sechs Prozent der Kinder und Jugendlichen, woraus sich Handlungsbedarfe auch in diesem Bereich ergeben. Evidenzbasierte Ansätze zum Umgang mit diesen Problemlagen an Schulen liegen leider noch nicht im ausreichenden Maße vor.

Erfahrungen mit schulischem Mobbing machen ca. neun Prozent der Schülerinnen und Schüler als Gemobbte und über vier Prozent als Mobbende. Auch wenn sich bei diesem Phänomen bundesweit rückläufige Tendenzen beobachten lassen, bleibt es angesichts der erheblichen negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit ein zentrales Präventionsthema, insbesondere für Förder- und Oberschulen. Hier besteht die Herausforderung darin, die bereits vorliegenden wirksamen Ansätze der Prävention und Intervention in der Breite zu implementieren und ihre Passung an die Bedürfnisse von Förder- und Oberschulen zu erhöhen.

Weiterhin besteht Handlungsbedarf im Bereich der körperlichen Aktivität. Nur 14,2% der Kinder und Jugendlichen in Brandenburg erreichen das von der WHO empfohlene Ausmaß an körperlicher Aktivität pro Tag. Angesichts der Verbindungen körperlicher (In-)Aktivität zu kardiovaskulären Erkrankungen, Übergewicht, zu psychischen Erkrankungen sowie Einschränkungen der schulischen Leistungsfähigkeit ist dies ein Präventionsthema mit hoher Public-Health-Relevanz.

Von den im Kapitel 5 ausgewerteten Gesundheitsdeterminanten aus den verschiedenen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen (Familie, Schule, Gleichaltrigen-Gruppe, Medien) sollen an dieser Stelle insbesondere die schulbezogenen Einflüsse hervorgehoben werden. Dass für alle Indikatoren aus diesem Bereich Zusammenhänge zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten hergestellt werden konnten, zeigt wie zentral die Bedeutung der Lebenswelt Schule für eine gesunde Entwicklung in dieser Altersphase ist. Wenn Kinder und Jugendliche gern zur Schule gehen, sich dort durch Mitschülerinnen und Mitschüler sowie Lehrkräfte unterstützt fühlen, die Qua-

lität des Unterrichts als hoch einstufen und mit dem Anforderungsniveau gut zurechtkommen, sind gleichzeitig auch wichtige Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung gegeben.

Für die Praxis der schulischen Gesundheitsförderung bedeutet dies, dass neben verhaltensbezogenen Interventionen, die auf die Schülerinnen und Schüler ausgerichtet sind, auch Veränderungen der Verhältnisse an den Schulen selbst angezeigt sind. Peter Paulus (2003) verweist in diesem Zusammenhang auf die großen Überschneidungen zwischen Qualitätsdimensionen, die einerseits unter dem Gesichtspunkt des Bildungs- und Erziehungsauftrages eine gute Schule ausmachen und die andererseits unter dem Blickwinkel der Gesundheit eine gesundheitsförderliche Schule charakterisieren. Wenn Schulen im Rahmen der Schulentwicklung an der Stärkung dieser Qualitätsdimensionen arbeiten, werden demnach ‚zwei Fliegen mit einer Klappe geschlagen‘ und es entsteht das, was Paulus eine „gute gesunde Schule“ nennt.

Bei der Umsetzung dieses Vorgehens in der schulischen Praxis sind mit Blick auf die hier vorgestellten Daten der HBSC-Studie Brandenburg die folgenden Gesichtspunkte zu beachten:

- Verhältnisbezogene Schulentwicklungsprozesse sowie verhaltensbezogene Gesundheitsinterventionen müssen sich an den konkreten Gegebenheiten und Bedarfen der Einzelschule orientieren. Hierfür sind Instrumente notwendig, mit deren Hilfe Schulen unkompliziert Informationen zum Gesundheitsstatus und zu Schulqualitätsdimensionen an ihren Schulen erheben, auswerten und interpretieren können. Nach der Umsetzung von Interventionen können Folgeerhebungen für die Evaluation und Weiterentwicklung dieser Maßnahmen genutzt werden. Ein Modell für ein solches Instrument sind die ‚Schulgesundheitsprofile‘, die den HBSC-Befragungsschulen in Brandenburg zur Verfügung gestellt wurden.
- Bei den Entscheidungen zur Auswahl der zu adressierenden Gesundheitsthemen bzw. der Ausrichtung der Schulentwicklung sollten alle relevanten Gruppen an den Schulen (Schulleitung, Lehrkräfte, Schülerinnen und Schüler, Eltern, nicht-pädagogisches Personal) beteiligt werden und die Möglichkeit haben, sich aktiv einzubringen.
- Die vorliegenden HBSC-Daten zeigen, dass der familiären Umwelt eine zentrale Bedeutung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zukommt. Die Eltern bei der schulischen Gesundheitsförderung aktiv einzubeziehen, kann nicht nur helfen die Reichweite und nachhaltige Wirkung dieser Maßnahmen zu steigern, es kann auch eine Strategie zur Verringerung der in diesem Bericht aufgezeigten herkunftsbezogenen gesundheitlichen Ungleichheiten sein.

- Bei einer Reihe von Indikatoren der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens haben sich in den ausgewerteten Daten Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen gezeigt. So sind zum Beispiel weibliche Jugendliche häufiger von internalisierenden psychischen Problemlagen (Ängste, Depression) betroffen, während sich problematische Ausprägungen des Sozialverhaltens (Mobbing, Schlägereien) häufiger bei männlichen Jugendlichen finden. Hier ist zu überlegen, inwieweit bestimmte Präventionsangebote durch geschlechtersensible Anteile ergänzt werden können.
- Eine zeitgemäße Gesundheitsförderung ist nicht allein auf die Reduzierung von Risikofaktoren ausgerichtet, sondern adressiert und nutzt nach salutogenetischem Verständnis auch die an den Schulen verfügbaren (Gesundheits-)Ressourcen. Beispielhaft sei an dieser Stelle auf die Gesundheitskompetenz der Schülerinnen und Schüler verwiesen, deren Förderung selbstverständlicher Bestandteil des schulischen Bildungs- und Erziehungsauftrages sein sollte. Gemäß der im Rahmen der HBSC-Studie Brandenburg erhobenen Daten würden insbesondere Schülerinnen und Schüler an Brandenburger Förder- und Oberschulen hiervon profitieren.
- In Zeiten knapper Personalressourcen an Schulen besteht die Gefahr, dass schulische Gesundheitsförderung als Zusatzaufgabe betrachtet und in Konkurrenz zum Bildungs- und Erziehungsauftrag hintangestellt wird. Das oben beschriebene Konzept der "guten gesunden Schule" wendet sich ausdrücklich gegen eine derartige Gegenüberstellung und betont, wie es gesünderen Schulen mittels Gesundheit gelingen kann, ihren Erziehungs- und Bildungsauftrag besser zu erfüllen. Schulen und insbesondere die Lehrkräfte dürfen mit dieser Aufgabe nicht allein gelassen werden. Sie benötigen Unterstützung von anderen Professionen (z. B. Sozialpädagogik, Schulpsychologie), von externen Kooperationspartnern und von der Schulaufsicht.
- Studien zeigen, dass der Lehrerberuf mit vielen spezifischen Belastungen einhergeht und Lehrkräfte ein erhöhtes Risiko für psychosoziale Beeinträchtigungen tragen. Vor diesem Hintergrund sollte die schulische Gesundheitsförderung neben der Schülergesundheit auch immer die Lehrer\*innen-Gesundheit adressieren. Von Lehrkräften, die sich als positives Modell in gesundheitsförderlicher Weise mit den Herausforderungen des Schulalltags auseinandersetzen, profitieren letztlich auch die ihnen anvertrauten Schülerinnen und Schüler.

In gleicher Weise wie sich die Einzelschule bei der Ausrichtung der schulischen Gesundheitsförderung an ihren spezifischen Bedürfnissen orientiert und hierfür die HBSC-Schulgesundheitsprofile als Ausgangspunkt nimmt, können die Daten der HBSC-Studie auch Hinweise für bildungs- und gesundheitspolitische Entschei-

dungen auf Landesebene geben. Hervorzuheben sind an dieser Stelle die Befunde zu herkunftsbedingten gesundheitlichen Ungleichheiten und die durchweg hohen Unterschiede zwischen den Schulformen der Sekundarstufe I. Diese Disparitäten sollten Anlass sein, über schulformspezifische Ansätze der schulischen Gesundheitsförderung nachzudenken. Welche spezifischen Bedürfnisse haben Ober- und Förderschulen in Brandenburg in diesem Bereich und wie lassen sich Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung so gestalten, dass auch die Schülerinnen und Schüler dieser Schulformen davon profitieren können? Generell ist bei landesweiten Maßnahmen im Bereich Bildung und Gesundheit die Frage zu stellen, welche Auswirkungen sie für Lernende an unterschiedlichen Schulformen haben und wie durch diese Maßnahmen bestehende Ungleichheiten zwischen den Schulformen verringert werden können.

Die vorliegenden Daten stellen eine Momentaufnahme der Situation in Brandenburg im Jahr 2018 dar. Für eine langfristige Planung und Evaluation von Interventionen auf Landesebene sind regelmäßige Erhebungen im Sinne eines Gesundheitsmonitorings wichtig. Die HBSC-Studie mit ihren im Abstand von vier Jahren stattfindenden Erhebungen eines breiten Sets an Gesundheitsindikatoren auf internationaler, nationaler und Bundesland-Ebene ist hierfür ein geeignetes Instrumentarium, das zusätzlich die Vergleichsperspektive mit den Gegebenheiten in anderen Ländern und auf Bundesebene ermöglicht.

## 6.2 Schulgesundheitsprofile als Instrumente der schulischen Gesundheitsförderung

Eine schulspezifische Datenrückmeldung ermöglicht es den Schulen, ihre Schule hinsichtlich der untersuchten Merkmale (z.B. Schülerleistungen) anhand eines Vergleichsmaßstabs oder einer Bezugsnorm einzuordnen (vgl. Peek & Nilshon, 2004; Watermann, Stanat, Kunter, Klieme & Baumert, 2003). Seit dem schlechten Abschneiden deutscher Schülerinnen und Schüler bei internationalen Schulleistungstudien (PIRLS/IGLU und TIMSS in der Primarstufe, PISA in der Sekundarstufe I) werden solche Schulrückmeldungen standardmäßig genutzt, um die Qualität des Schulsystems zu sichern und kontinuierlich zu verbessern (KMK, 2016; Terhart, 2002). Neben der Evaluation der Leistungen des Schulsystems und einzelner Schulen bieten sie auch die Möglichkeit, Prozesse der Unterrichts- und Schulentwicklung anzuregen (Watermann et al., 2003).

Hierbei reicht die alleinige Rückmeldung von Schulergebnissen nicht aus, um die gewünschten Veränderungsprozesse an Schulen zu bewirken (vgl. Groß Ophoff, Hosenfeld & Koch, 2007). Rückmeldungen können sogar unter bestimmten Bedingungen zu einer Verschlechterung der untersuchten Outcomes führen (siehe Kluger & DeNisi, 1996 für eine Übersicht). Oftmals tragen sie eher zu einer Verunsicherung von Schulen bei, indem unklar bleibt, welche konkreten Ansatzpunkte es für zielgerichtete Veränderungen gibt (Terhart, 2002). Folglich sollten Schulen neben Zielgrößen ebenfalls die relevanten schulischen Rahmenbedingungen rückgemeldet werden, um mögliche Ansatzpunkte für verhältnisbezogene Interventionen aufzudecken. Bei der Interpretation der Schulergebnisse anhand einer sozialen Bezugsnorm sollten zudem die Ausgangsbedingungen (z.B. Geschlecht, soziale Herkunft) der Lernenden berücksichtigt werden, welche unabhängig von schulischen Rahmenbedingungen einen Einfluss auf die Zielgrößen haben (z.B. Isaac & Hosenfeld, 2008; Watermann et al., 2003). Solch ein ‚fairer Vergleich‘ ermöglicht es, konkrete Problemlagen und Stärken von Schulen trotz unterschiedlicher Schülerschaft zu identifizieren. Weitere Gestaltungsmerkmale wie die Lesbarkeit und der Umfang von Schulrückmeldungen sind ebenfalls in Bezug auf deren Rezeption von Relevanz und finden in der Praxis zunehmend Berücksichtigung (vgl. Posch, 2009).

Die schulbezogenen Ergebnisse sollten möglichst mit allen relevanten Gruppen der Schule (Schulleitung, Lehrkräfte, Schülerinnen und Schüler, Eltern, nicht-pädagogisches Personal) diskutiert werden, um deren Akzeptanz zu erhöhen und eine partizipative Schulentwicklung zu ermöglichen (vgl. Terhart, 2002). Weiterhin sollten die Schulaufsicht und externe Unterstützungsmöglichkeiten als Ressourcen im Schulentwicklungsprozess einbezogen werden (Kemethofer, & Wiesner,

2019). Um die schulinterne Rezeption und Nutzung von Schulrückmeldungen zu steigern, könnten beispielsweise geschulte Moderatorinnen und Moderatoren zur Kommunikation der Ergebnisse eingesetzt werden (Watermann et al., 2003).

### **6.2.1 Konzeption der Schulgesundheitsprofile zur HBSC-Studie Brandenburg**

Auch in der HBSC-Studie Brandenburg haben wir den Befragungsschulen ihre schulspezifischen Daten in Form sogenannter ‚Schulgesundheitsprofile‘ zurückgemeldet. Ziel dieser Maßnahme ist es, den Schulen Ansatzpunkte für Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung zur Verfügung zu stellen, die sich an den spezifischen Bedarfen der Einzelschule orientieren.

Die Schulgesundheitsprofile der HBSC-Studie Brandenburg wurden in Anlehnung an ein bestehendes Verfahren konzipiert, das zur Rückmeldung der schulbezogenen Befragungsergebnisse der HBSC-Studie Thüringen im Jahr 2010 diente. Die Schulgesundheitsprofile umfassen 1) allgemeine Studieninformationen, 2) spezifische Informationen zur Auswertung und Interpretation der schulbezogenen Daten, 3) die schulspezifischen Daten zu den Indikatoren der Gesundheit (z.B. allgemeiner Gesundheitszustand, psychische Auffälligkeiten) und 4) die schulspezifischen Daten zu den Indikatoren des Gesundheits- und Risikoverhaltens (z.B. Frühstück an Schultagen, schulische Mobbing). Zudem wurden den Befragungsschulen Daten zu gesundheitlichen Einflussfaktoren aus den Bereichen Familie und soziale Lage, Schule und Schulklima sowie individuelle Kompetenzen der Schülerinnen und Schüler zurückgemeldet. Besonders umfangreich fiel die Rückmeldung zu den Indikatoren schulischer Rahmenbedingungen (z.B. schulische Belastung, Unterstützung durch Lehrkräfte, Unterrichtsqualität) aus, da diese mögliche Ansatzpunkte für verhältnisbezogene Interventionen sein können (vgl. Terhart, 2002).

Die Befragungsergebnisse jeder einzelnen Schule wurden jahrgangsweise ausgewertet und einem Vergleichswert gegenübergestellt. Auf den bloßen Vergleich von schulbezogenen Ergebnissen mit dem Brandenburger Durchschnittswert wurde verzichtet, da hierbei schulspezifische Besonderheiten (z.B. Geschlechterverteilung, soziale Herkunft der Schülerschaft) unberücksichtigt bleiben, welche - wie dieser Bericht zeigt - einen großen Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schüler haben (vgl. Isaac & Hosenfeld, 2008; Watermann et al., 2003). Aus diesem Grund wurde ein faires Vergleichsverfahren genutzt, das die besonderen Verhältnisse jeder einzelnen Schule bei der Einordnung der schulbezogenen Befragungsergebnisse berücksichtigt. Hierbei kam ein statistisches Modell zum Einsatz, das für jede Jahrgangsstufe einer Befragungsschule auf der Grundlage der Merkmale Geschlecht, familiärer Wohlstand und Schulform einen fairen Vergleichswert ermittelte. Grundlage dieses statistischen Modells waren alle Schülerdaten der HBSC-Studie Brandenburg. Bei diesem Vergleichswert handelt es sich demnach um den sta-

tistisch wahrscheinlichsten Wert, den eine Jahrgangsstufe mit der gleichen Merkmalskombination hinsichtlich der Schulform sowie Geschlechterverteilung und familiärem Wohlstand der Schülerschaft in Brandenburg erreichen würde.

Vor der Darstellung der Befragungsergebnisse wurde den Schulen ihre Beteiligungsquote an der Schülerbefragung zurückgemeldet (siehe Tab. 6.1). Anhand ihrer Beteiligungsquote wurde die Schule darüber informiert, für welche der befragten Jahrgangsstufen sie eine Rückmeldung der Befragungsergebnisse erhält. Pro Jahrgangsstufe musste sowohl eine Mindestbeteiligungsquote von 50.0% als auch eine Mindestanzahl von sechs befragten Lernenden vorliegen. Um die Aussagekraft der Schulgesundheitsprofile abzusichern und datenschutzrechtlichen Anforderungen gerecht zu werden, wurden Daten von Jahrgangsstufen mit einer geringeren relativen und absoluten Beteiligung nicht ausgewertet. Gemäß dieser Richtlinie haben 38 von 55 Befragungsschulen der HBSC-Studie ein Schulgesundheitsprofil erhalten.

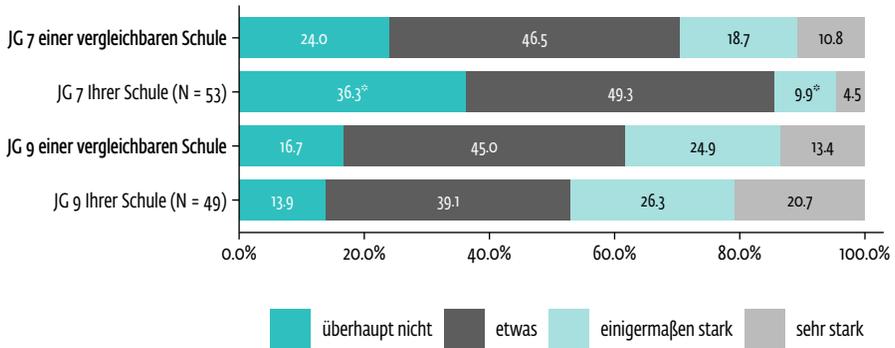
**Tab. 6.1:** Beispielhafte Darstellung der Rückmeldung zur Befragungsbeteiligung im Schulgesundheitsprofil

	Gesamtanzahl	Befragte Personen	Beteiligungsquote in %
<b>Schülerschaft</b>			
Jahrgangsstufe 7	84	56	66.7
Jahrgangsstufe 9	79	51	64.6

Es wurde in den Schulgesundheitsprofilen ebenfalls darauf hingewiesen, dass bei Beteiligungsquoten zwischen 50.0% und 75.0% nur erste Tendenzaussagen und erst ab einer Beteiligungsquote von 75.0% repräsentative Aussagen über die Jahrgangsstufe zu den gesundheitsbezogenen Themen getroffen werden können.

Im Schulgesundheitsprofil wurden zu jedem Indikator eine inhaltliche Beschreibung und eine vergleichende Darstellung der Befragungsergebnisse mit einer Interpretationshilfe präsentiert. Die Darstellung der Befragungsergebnisse erfolgte jahrgangsstufenweise in Form eines Balkendiagramms (siehe Abb. ??). Bei kategorialen Indikatoren (z.B. schulische Belastung) wurde die relative Häufigkeit für jede Kategorie ("überhaupt nicht", "etwas", "einigermaßen stark", "sehr stark") in Prozent ermittelt und dem statistisch ermittelten Wert einer vergleichbaren Schule (s.o.) gegenübergestellt. Für kontinuierliche Indikatoren (z.B. Unterstützung durch Lehrkräfte), bei welchen es sich meist um eine Globaleinschätzung auf Basis mehrerer Fragen (z.B. "Die meisten unserer Lehrer/innen können gut erklären.") handelte, wurde der Mittelwert der Globaleinschätzung im Vergleich zu dem statistisch ermittelten Wert einer vergleichbaren Schule betrachtet. Die in Klammern angegebene Zahl gab an, wie viele Schülerinnen und Schüler der entsprechenden Jahrgangsstufe den dargestellten Indi-

kator beantwortet haben (vgl. Abb. ??). Statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den Befragungsergebnissen einer Schule und dem Vergleichswert wurden mit einem \* markiert.



**Abb. 6.1:** Beispielhafte Darstellung der schulbezogenen Befragungsergebnisse für den Indikator schulische Belastung im Schulgesundheitsprofil.

### 6.2.2 Empfehlungen zur Nutzung der Schulgesundheitsprofile

Den Schulleitungen wurde das Schulgesundheitsprofil ihrer Schule ausschließlich zur schulinternen Nutzung zur Verfügung gestellt. Folglich lag die Entscheidung bezüglich der Weitergabe der schulbezogenen Befragungsergebnisse an die Schulgemeinschaft in den Händen der Schulleitung. Aus der Perspektive der Schulentwicklung wurde den Schulleitungen empfohlen, transparent mit den Befragungsergebnissen umzugehen. Sie wurden angehalten, dass Schulgesundheitsprofil mit einem möglichst breiten Kreis (z.B. auf Schüler-, Lehrer- und Schulkonferenzen) zu diskutieren, um alle relevanten Gruppen der Schulgemeinschaft in den Prozess der Schulentwicklung einzubinden (vgl. Terhart, 2002).



# Abbildungsverzeichnis

1.1	Länder und Regionen (blau markiert), die sich 2017/18 an der HBSC-Studie beteiligt haben. . . . .	1
2.1	Verteilung der befragten Schulen/Schulzentren über die Brandenburger Landkreise/kreisfreien Städte. . . . .	9
3.1	Allgemeiner Gesundheitszustand von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach familiärem Wohlstand und Geschlecht. . . . .	17
3.2	Allgemeiner Gesundheitszustand von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. . . . .	18
3.3	Häufigkeit behandlungsrelevanter Verletzungen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern innerhalb der letzten 12 Monate im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. . . . .	20
3.4	Lebenszufriedenheit von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand. N = 2.932-3.010. $\chi^2$ = Testwert. $\epsilon^2$ = Maß der Effektstärke. * p < .05. **** p < .001. . . . .	22
3.5	Lebenszufriedenheit von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. $\epsilon^2$ = Maß der Effektstärke. . . . .	22
3.6	Häufigkeit unterschiedlicher psychosomatischer Beschwerden von Brandenburger Schülerinnen und Schülern. . . . .	24
3.7	Häufigkeit mehrmals wöchentlich auftretender psychosomatischer Beschwerden von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand. N = 2.815-2.891. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. **** p < .001. . . . .	25
3.8	Häufigkeit mehrmals wöchentlich auftretender psychosomatischer Beschwerden von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. ** p < .01. . . . .	25
3.9	Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten (kategorisierte Globaleinschätzung) von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach einzelnen Problembereichen. . . . .	27
3.10	Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten (kategorisierte Globaleinschätzung) von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. . . . .	29
3.11	Globaleinschätzung der depressiven Symptomatik von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand. N = 2.856-2.919. $\chi^2$ = Testwert. $\epsilon^2$ = Maß der Effektstärke. **** p < .001. . . . .	31
3.12	Globaleinschätzung der depressiven Symptomatik von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht und Alterskategorie. . . . .	31
3.13	Globaleinschätzung der depressiven Symptomatik von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. $\epsilon^2$ = Maß der Effektstärke. . . . .	32
3.14	Globaleinschätzung des Körperbilds von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand. N = 2.853-2.920. $\chi^2$ = Testwert. $\epsilon^2$ = Maß der Effektstärke. **** p < .001. . . . .	33
3.15	Globaleinschätzung des Körperbilds von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. $\epsilon^2$ = Maß der Effektstärke. . . . .	34
4.1	Häufigkeit täglicher körperlicher Aktivität von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand. N = 2.908-2.981. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. * p < .05. ** p < .01. **** p < .001. . . . .	39
4.2	Häufigkeit täglicher körperlicher Aktivität von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht und Alterskategorie. . . . .	39

4.3	Häufigkeit täglicher körperlicher Aktivität von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. . . . .	40
4.4	Häufigkeit außerschulischer sportlicher Aktivität von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. . . . .	42
4.5	Häufigkeit des täglichen Frühstückens an Schultagen nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand. N = 2.897-2.971. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. <sup>****</sup> p < .001. . . . .	44
4.6	Häufigkeit des täglichen Frühstückens an Schultagen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach familiärem Wohlstand und Alterskategorie. . . . .	45
4.7	Häufigkeit des täglichen Frühstückens an Schultagen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. <sup>****</sup> p < .001. . . . .	46
4.8	Häufigkeit, mit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler Obst, Gemüse, Süßigkeiten und Softdrinks konsumieren. . . . .	47
4.9	Häufigkeit des täglichen Obst-, Gemüse-, Süßigkeiten- und Softdrinkkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. <sup>****</sup> p < .001. . . . .	50
4.10	Häufigkeit, mit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler mindestens eine ungesunde Gewichtskontrollstrategie nutzen, nach Geschlecht und Schulform. . . . .	53
4.11	Häufigkeit, mit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler mindestens eine gesunde und ungesunde Gewichtskontrollstrategie nutzen, im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. . . . .	54
4.12	Häufigkeit, mit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler ihre Zähne putzen, nach familiärem Wohlstand und Geschlecht. . . . .	57
4.13	Häufigkeit, mit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler ihre Zähne putzen, im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. . . . .	57
4.14	Beteiligung an Schlägereien von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. . . . .	60
4.15	Erfahrungen mit schulischem Mobbing von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. . . . .	63
4.16	Erfahrungen mit Cybermobbing von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. . . . .	66
4.17	Häufigkeit des Zigarettenkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. <sup>**</sup> p < .01. . . . .	69
4.18	Häufigkeit des Alkoholkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen nach familiärem Wohlstand und Alterskategorie. . . . .	72
4.19	Häufigkeit des Alkoholkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. . . . .	72
4.20	Häufigkeit alkoholbedingter Rauscherfahrungen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. . . . .	75
4.21	Häufigkeit des Cannabiskonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) in den letzten 30 Tagen im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. . . . .	78
4.22	Lebenszeit-Prävalenzen für den Konsum verschiedener illegaler Drogen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9). . . . .	80
4.23	Lebenszeit-Prävalenz für den Konsum irgendeiner illegalen Droge außer Cannabis von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand. N = 898-910. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. <sup>****</sup> p < .001. . . . .	81
4.24	Häufigkeit des problematischen Konsums sozialer Medien von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand. N = 2.556-2.603. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. <sup>*</sup> p < .05. <sup>****</sup> p < .001. . . . .	83
4.25	Häufigkeit des problematischen Konsums sozialer Medien von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. . . . .	84

4.26	Alter beim ersten Geschlechtsverkehr von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. . . . .	86
4.27	Verhütungsverhalten beim letzten Geschlechtsverkehr von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. . . . .	89
5.1	Familienformen, in denen Brandenburger Schülerinnen und Schüler leben. . . . .	95
5.2	Familienformen, in denen Brandenburger Schülerinnen und Schüler leben, im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. <sup>****</sup> p < .001. . . . .	96
5.3	Globaleinschätzung der familiären Unterstützung von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Familienform. . . . .	98
5.4	Globaleinschätzung der familiären Unterstützung von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. $\epsilon^2$ = Maß der Effektstärke. . . . .	100
5.5	Familiäre Kommunikation von Brandenburger Schülerinnen und Schülern zu verschiedenen Familienmitgliedern. . . . .	101
5.6	Schlechte Kommunikation zur Mutter und zum Vater von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. <sup>*</sup> p < .05. . . . .	104
5.7	Index des familiären Wohlstands von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Familienform. . . . .	106
5.8	Index des familiären Wohlstands von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. $\epsilon^2$ = Maß der Effektstärke. <sup>****</sup> p < .001. . . . .	107
5.9	Möglichkeit Geld zu sparen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach familiärem Wohlstand. WS = Wohlstand. . . . .	109
5.10	Migrationshintergrund von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach familiärem Wohlstand. WS = Wohlstand. . . . .	111
5.11	Migrationshintergrund von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. <sup>****</sup> p < .001. . . . .	112
5.12	Schulformen der Sekundarstufe I, die von Brandenburger Schülerinnen und Schülern besucht werden, nach familiärem Wohlstand. WS = Wohlstand. . . . .	114
5.13	Schulzufriedenheit von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Schulform. . . . .	117
5.14	Schulzufriedenheit von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. . . . .	118
5.15	Schulische Belastung von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Schulform. . . . .	119
5.16	Schulische Belastung von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. V = Maß der Effektstärke. . . . .	120
5.17	Globaleinschätzung der Unterstützung durch Lehrkräfte von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Schulform. . . . .	122
5.18	Globaleinschätzung der Unterstützung durch Lehrkräfte von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. $\epsilon^2$ = Maß der Effektstärke. <sup>*</sup> p < .05. . . . .	124
5.19	Globaleinschätzung der Unterstützung durch Mitschülerinnen und Mitschüler von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Schulform. . . . .	125
5.20	Globaleinschätzung der Unterstützung durch Mitschülerinnen und Mitschüler von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. $\epsilon^2$ = Maß der Effektstärke. . . . .	127
5.21	Globaleinschätzung der Unterrichtsqualität von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Schulform. . . . .	129
5.22	Globaleinschätzung der Unterstützung durch Freundinnen und Freunde von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. $\epsilon^2$ = Maß der Effektstärke. . . . .	133
5.23	Globaleinschätzung der Gesundheitskompetenz von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. $\epsilon^2$ = Maß der Effektstärke. . . . .	136
5.24	Intensität der Online-Kommunikation von Brandenburger Schülerinnen und Schülern zu verschiedenen Personengruppen. . . . .	139
5.25	Globaleinschätzung der Intensität der Online-Kommunikation von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. $\epsilon^2$ = Maß der Effektstärke. <sup>*</sup> p < .05. . . . .	140
5.26	Globaleinschätzung der Präferenz für Online-Kommunikation von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. $\chi^2$ = Testwert. $\epsilon^2$ = Maß der Effektstärke. . . . .	143

- 6.1 Beispielhafte Darstellung der schulbezogenen Befragungsergebnisse für den Indikator schulische Belastung im Schulgesundheitsprofil. . . . . 155

# Tabellenverzeichnis

2.1	Inhaltsbereiche des Schülerfragebogens mit Beispielindikatoren . . . . .	6
2.2	Realisierte Stichprobe nach Jahrgangsstufe, Geschlecht und Schulform . . . . .	7
2.3	Grundgesamtheit und realisierte Stichprobe nach Geschlecht, Jahrgangsstufe, Schulform, Trägerschaft der Schulen und Gemeindegroßen der Schulstandorte . . . . .	8
2.4	Teilstichprobe für den Vergleich mit den bundesweiten Befragungsergebnissen nach Jahrgangsstufe, Geschlecht und Schulform . . . . .	10
2.5	Bundesweite Stichprobe nach Jahrgangsstufe, Geschlecht und Bundesland . . . . .	11
3.1	Allgemeiner Gesundheitszustand von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand . . . . .	16
3.2	Häufigkeit behandlungsrelevanter Verletzungen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern innerhalb der letzten 12 Monate nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand . . . . .	19
3.3	Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten (kategorisierte Globaleinschätzung) von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand . . . . .	28
4.1	Häufigkeit außerschulischer sportlicher Aktivität von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand . . . . .	42
4.2	Häufigkeit des täglichen Obst- und Gemüsekonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand . . . . .	48
4.3	Häufigkeit des täglichen Süßigkeiten- und Softdrinkkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand . . . . .	49
4.4	Häufigkeit, mit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler mindestens eine gesunde und ungesunde Gewichtskontrollstrategie nutzen, nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand . . . . .	52
4.5	Häufigkeit, mit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler ihre Zähne putzen, nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand . . . . .	56
4.6	Beteiligung an Schlägereien von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand . . . . .	59
4.7	Erfahrungen mit schulischem Mobbing von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand . . . . .	62
4.8	Erfahrungen mit Cybermobbing von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand . . . . .	65
4.9	Häufigkeit des Zigarettenkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand . . . . .	68
4.10	Häufigkeit des Alkoholkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand . . . . .	71
4.11	Häufigkeit alkoholbedingter Rauscherfahrungen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht, Alterskategorie, Schulform und familiärem Wohlstand . . . . .	75

4.12	Häufigkeit des Cannabiskonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand . . . . .	78
4.13	Alter beim ersten Geschlechtsverkehr von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand . . . . .	86
4.14	Verhütungsverhalten beim letzten Geschlechtsverkehr von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand . . . . .	88
5.1	Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Familienformen . . . . .	95
5.2	Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach familiärer Unterstützung (kategorisierte Globaleinschätzung) . . . . .	99
5.3	Familiäre Kommunikation zur Mutter und zum Vater von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht und Alterskategorie . . . . .	102
5.4	Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach der Kommunikation zur Mutter und zum Vater . . . . .	103
5.5	Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach der Kommunikation zur Stiefmutter und zum Stiefvater . . . . .	104
5.6	Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Migrationshintergrund . . . . .	112
5.7	Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Schulzufriedenheit . . . . .	117
5.8	Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach schulischer Belastung . . . . .	120
5.9	Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach der Unterstützung durch Lehrkräfte (kategorisierte Globaleinschätzung) . . . . .	123
5.10	Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach der Unterstützung durch Mitschülerinnen und Mitschüler (kategorisierte Globaleinschätzung) . . . . .	126
5.11	Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach der Unterrichtsqualität (kategorisierte Globaleinschätzung) . . . . .	129
5.12	Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach der Unterstützung durch Freundinnen und Freunde (kategorisierte Globaleinschätzung) . . . . .	132
5.13	Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach der Gesundheitskompetenz (kategorisierte Globaleinschätzung) . . . . .	135
5.14	Allgemeiner Gesundheitszustand, Erfahrungen als Gemobbte und Mobbende im Cybermobbing und Konsum sozialer Medien von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach der Intensität der Online-Kommunikation (kategorisierte Globaleinschätzung) . . . . .	139
5.15	Allgemeiner Gesundheitszustand, Erfahrungen als Gemobbte und Mobbende im Cybermobbing und Konsum sozialer Medien von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach der Präferenz für Online-Kommunikation (kategorisierte Globaleinschätzung) . . . . .	142
6.1	Beispielhafte Darstellung der Rückmeldung zur Befragungsbeteiligung im Schulgesundheitsprofil . . . . .	154

# Literaturverzeichnis

- Aarabi, G., Reissmann, D. R., Sagheri, D., Neuschulz, J., Heydecke, G., Kofahl, C., & Sierwald, I. (2018). Oral health-related quality of life of children and adolescents with and without migration background in Germany. *Quality of Life Research, 27*, 2619–2627.
- Aarø, L., & Wold, B. (Hrsg.). (1986). *Health behaviour in school-aged children: A WHO cross-national survey: Research protocol*. Bergen & Copenhagen: University of Bergen & WHO-EURO office.
- Abel, T., & Sommerhalder, K. (2015). Gesundheitskompetenz/Health Literacy: Das Konzept und seine Operationalisierung. *Bundesgesundheitsblatt, 58*, 923–929.
- Adams, P. F., & Hardy, A. M. (1989). *Current estimates from the national health interview survey United States* (10. Aufl.). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Allcott, H., Braghieri, L., Eichmeyer, S., & Gentzkow, M. (2019). *The welfare effects of social media*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Aune, D., Giovannucci, E., Boffetta, P., Fadnes, L. T., Keum, N., Norat, T., ... Tonstad, S. (2017). Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *International Journal of Epidemiology, 46*, 1029–1056.
- Avery, L., & Lazdane, G. (2008). What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 13*, 58–70.
- Baldry, A. C., & Winkel, F. W. (2004). Mental and physical health of Italian youngsters directly and indirectly victimized at school and at home. *International Journal of Forensic Mental Health, 3*, 77–91.
- Ballon, A., Neuenschwander, M., & Schlesinger, S. (2019). Breakfast skipping is associated with increased risk of type 2 diabetes among adults: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Nutrition, 149*, 106–113.
- Bates, M. N., Khalakdina, A., Pai, M., Chang, L., Lessa, F., & Smith, K. R. (2007). Risk of tuberculosis from exposure to tobacco smoke: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine, 167*, 335–342.
- Baumert, J., Watermann, R., & Schümer, G. (2003). Disparitäten der Bildungsbeteiligung und des Kompetenzerwerbs. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 6*, 46–71.
- Bányai, F., Zsila, Á., Király, O., Maraz, A., Elekes, Z., Griffiths, M. D., ... Demetrovics, Z. (2017). Problematic social media use: Results from a large-scale nationally representative adolescent sample. *PLoS One, 12*, e0169839.
- Berk, L. E. (2011). *Entwicklungspsychologie*. München: Pearson.

- Best, D., Manning, V., Gossop, M., Gross, S., & Strang, J. (2006). Excessive drinking and other problem behaviours among 14-16 year old schoolchildren. *Addictive Behaviors, 31*, 1424–1435.
- Bilz, L. (2008). *Schule und psychische Gesundheit: Risikobedingungen für emotionale Auffälligkeiten von Schülerinnen und Schülern*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bilz, L. (2013). Die Bedeutung des Klassenklimas für internalisierende Auffälligkeiten von 11- bis 15-Jährigen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht, 60*(4).
- Bilz, L., Schubarth, W., Dudziak, I., Fischer, S. M., Niproschke, S., & Ulbricht, J. (Hrsg.). (2017). *Gewalt und Mobbing an Schulen: Wie sich Gewalt und Mobbing entwickelt haben, wie Lehrer intervenieren und welche Kompetenzen sie brauchen*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Blythe, M. J., & Diaz, A. (2007). Contraception and adolescents. *Pediatrics, 120*, 1135–1148.
- Bode, H., & Heßling, A. (2015). *Jugendsexualität 2015: Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen: Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Boniell-Nissim, M., & Barak, A. (2013). The therapeutic value of adolescents' blogging about social-emotional difficulties. *Psychological Services, 10*, 333–341.
- Boniell-Nissim, M., Tabak, I., Mazur, J., Borraccino, A., Brooks, F., Gommans, R., ... Finne, E. (2015). Supportive communication with parents moderates the negative effects of electronic media use on life satisfaction during adolescence. *International Journal of Public Health, 60*, 189–198.
- Boutelle, K., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Resnick, M. (2002). Weight control behaviors among obese, overweight, and nonoverweight adolescents. *Journal of Pediatric Psychology, 27*, 531–540.
- Bowman, S. A., Gortmaker, S. L., Ebbeling, C. B., Pereira, M. A., & Ludwig, D. S. (2004). Effects of fast-food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey. *Pediatrics, 113*, 112–118.
- Bradley, K. L., Bagnell, A. L., & Brannen, C. L. (2010). Factorial validity of the Center for Epidemiological Studies Depression 10 in adolescents. *Issues in Mental Health Nursing, 31*, 408–412.
- Braithwaite, I., Stewart, A. W., Hancox, R. J., Beasley, R., Murphy, R., & Mitchell, E. A. (2014). Fast-food consumption and body mass index in children and adolescents: An international cross-sectional study. *BMJ Open, 4*, e005813.
- Bramlett, M. D., & Blumberg, S. J. (2007). Family structure and children's physical and mental health. *Health Affairs, 26*(2), 549–558.
- Brand, D. A., Saisana, M., Rynn, L. A., Pennoni, F., & Lowenfels, A. B. (2007). Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *PLoS Medicine, 4*(4), e151.
- Brener, N. D., Collins, J. L., Kann, L., Warren, C. W., & Williams, B. I. (1995). Reliability of the Youth Risk Behavior Survey Questionnaire. *American Journal of Epidemiology, 141*, 575–580.
- Brody, S. (2010). The relative health benefits of different sexual activities. *Journal of Sexual Medicine, 7*, 1336–1361.
- Brooks, F., Zaborskis, A., Tabak, I., Carmen Granado Alcón, M. D., Zemaitiene, N., Roos, S. de, & Klemera, E. (2015). Trends in adolescents' perceived parental communication across 32 countries in Europe and North America from 2002 to 2010. *European Journal of Public Health, 25*(Supplement 2), 46–50.
- Brown, S. L. (2004). Family structure and child well-being: The significance of parental cohabitation. *Journal of Marriage and Family, 66*(2), 351–367.
- Brown, S. L., & Rinelli, L. N. (2010). Family structure, family processes, and adolescent smoking and drinking. *Journal of Research on Adolescence, 20*(2), 259–273.

- Bruening, M., Larson, N., Story, M., Neumark-Sztainer, D., & Hannan, P. (2011). Predictors of adolescent breakfast consumption: Longitudinal findings from Project EAT. *Journal of Nutrition Education and Behavior, 43*, 390–395.
- Bucchianeri, M. M., Arikian, A. J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image, 10*, 1–7.
- Buhi, E. R., & Goodson, P. (2007). Predictors of adolescent sexual behavior and intention: A theory-guided systematic review. *Journal of Adolescent Health, 40*, 4–21.
- Bundesministerium des Innern. (2019). *Migrationsbericht der Bundesregierung: Migrationsbericht 2016/2017*. Berlin: Bundesministerium des Innern.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2017). *Familienreport 2017: Leistungen, Wirkungen, Trends*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concern*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Cao, S., Yang, C., Gan, Y., & Lu, Z. (2015). The health effects of passive smoking: An overview of systematic reviews based on observational epidemiological evidence. *PLoS One, 10*, e0139907.
- Caplan, S. E. (2002). Problematic internet use and psychosocial well-being: Development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behavior, 18*, 553–575.
- Caplan, S. E. (2003). Preference for online social interaction. *Communication Research, 30*, 625–648.
- Casas, J. A., Del Rey, R., & Ortega-Ruiz, R. (2013). Bullying and cyberbullying: Convergent and divergent predictor variables. *Computers in Human Behavior, 29*, 580–587.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports, 100*, 126–131.
- Caspi, A., Moffitt, T. E., Cannon, M., McClay, J., Murray, R., Harrington, H., ... Craig, I. W. (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: Longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biological Psychiatry, 57*, 1117–1127.
- Cavanaugh, A. M., & Buehler, C. (2016). Adolescent loneliness and social anxiety. *Journal of Social and Personal Relationships, 33*, 149–170.
- Chassé, K. A. (2017). Bildung und Kinderarmut. In S. Fischer & P. Rahn (Hrsg.), *Kind sein in der Stadt* (S. 93–105). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Chen, A. Y., & Escarce, J. J. (2010). Family structure and childhood obesity, Early Childhood Longitudinal Study - Kindergarten Cohort. *Preventing Chronic Disease, 7*(3), A50.
- Chen, L. H., Warner, M., Fingerhut, L., & Makuc, D. (2009). *Injury episodes and circumstances: National Health Interview Survey, 1997–2007*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Chhabra, N., & Chhabra, A. (2012). Parental knowledge, attitudes and cultural beliefs regarding oral health and dental care of preschool children in an Indian population: A quantitative study. *European Archives of Paediatric Dentistry, 13*, 76–82.
- Chu, P. S., Saucier, D. A., & Hafner, E. (2010). Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*(6), 624–645.
- Clayborne, Z. M., Varin, M., & Colman, I. (2019). Systematic review and meta-analysis: Adolescent depression and long-term psychosocial outcomes. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 58*, 72–79.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310–357.

- Coleman, N., Sykes, W., Groom, C., & Independent Social Research. (2017). *Peer support and children and young people's mental health: Research review*. Abgerufen von [www.gov.uk/government/publications](http://www.gov.uk/government/publications) (21.11.2019)
- Collins, W. A., & Steinberg, L. (2008). Adolescent development in interpersonal context. In W. Damon & R. M. Lerner (Hrsg.), *Child and adolescent development* (S. 551–590). Hoboken, NJ: Wiley.
- Cooper, M. L. (2002). Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: Evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, 14, 101–117.
- Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A., & La Vecchia, C. (2004). A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*, 38, 613–619.
- Crick, N. R. (1996). The role of overt aggression, relational aggression, and prosocial behavior in the prediction of children's future social adjustment. *Child Development*, 67, 2317–2327.
- Crick, N. R., & Bigbee, M. A. (1998). Relational and overt forms of peer victimization: A multiinformant approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 337–347.
- Crowther, S., Goodson, C., McGuire, J., & Dickson, J. M. (2013). Having to fight. *Journal of Interpersonal Violence*, 28, 62–79.
- Currie, C. E., Elton, R. A., Todd, J., & Platt, S. (1997). Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children survey. *Health Education Research*, 12, 385–397.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, B. (Hrsg.). (2001). *Health behaviour in school-aged children: A world health organization cross-national study: Research protocol for the 2001/02 survey*. Edinburgh: University of Edinburgh/CAHRU.
- Currie, D., Inchley, J., Molcho, M., Lenzi, M., Veselska, Z., & Wild, F. (Hrsg.). (2014). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: Background, methodology and mandatory items for the 2013/14 survey*. St Andrews: University of St Andrews/CAHRU.
- Dahrendorf, R. (1980). *Life chances: Approaches to social and political theory*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Danielsen, A. G., Samdal, O., Hetland, J., & Wold, B. (2009). School-related social support and students' perceived life satisfaction. *Journal of Educational Research*, 102, 303–320.
- Davison, K. K., Werder, J. L., Trost, S. G., Baker, B. L., & Birch, L. L. (2007). Why are early maturing girls less active? Links between pubertal development, psychological well-being, and physical activity among girls at ages 11 and 13. *Social Science and Medicine*, 64, 2391–2404.
- Dawson, D. A. (1991). Family structure and children's health and well-being: Data from the 1988 National Health Interview Survey on Child Health. *Journal of Marriage and Family*, 53(3), 573.
- de la Hunty, A., Gibson, S., & Ashwell, M. (2013). Does regular breakfast cereal consumption help children and adolescents stay slimmer? A systematic review and meta-analysis. *Obesity Facts*, 6, 70–85.
- de Looze, M., Elgar, F. J., Currie, C., Kolip, P., & Stevens, G. W. J. M. (2019). Gender inequality and sex differences in physical fighting, physical activity, and injury among adolescents across 36 countries. *Journal of Adolescent Health*, 64, 657–663.
- Degenhardt, L., & Hall, W. (2012). Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet*, 379, 55–70.
- Di Castelnuovo, A., Costanzo, S., Bagnardi, V., Donati, M. B., Iacoviello, L., & Gaetano, G. de. (2006). Alcohol dosing and total mortality in men and women: An updated meta-analysis of 34 prospective studies. *Archives of Internal Medicine*, 166, 2437–2445. doi: 10.1001/archinte.166.22.2437
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.

- Diethelm, K., Jankovic, N., Moreno, L. A., Huybrechts, I., Henauf, S. de, Vriendt, T. de, ... Kersting, M. (2012). Food intake of European adolescents in the light of different food-based dietary guidelines: Results of the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) study. *Public Health Nutrition, 15*, 386–398.
- Eime, R. M., Harvey, J. T., Sawyer, N. A., Craike, M. J., Symons, C. M., Polman, R. C. J., & Payne, W. R. (2013a). Understanding the contexts of adolescent female participation in sport and physical activity. *Research Quarterly for Exercise and Sport, 84*, 157–166.
- Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J., & Payne, W. R. (2013b). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 10*, 98.
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., & Paxton, S. J. (2006). Five-year change in body satisfaction among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research, 61*, 521–527.
- Ellickson, P. L., Tucker, J. S., & Klein, D. J. (2001). High-risk behaviors associated with early smoking: Results from a 5-year follow-up. *Journal of Adolescent Health, 28*, 465–473.
- Elmore, G. M., & Huebner, E. S. (2010). Adolescents' satisfaction with school experiences: Relationships with demographics, attachment relationships, and school engagement behavior. *Psychology in Schools, 47*, 525–537.
- EMCDDA. (2019). *European drug report: Trends and developments 2019*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Engel, B., & Breunig, C. (2015). Massenkommunikation 2015: Mediennutzung im Intermediavergleich. *Media Perspektiven, 7-8*, 310–322.
- Ersine, H. E., Baxter, A. J., Patton, G., Moffitt, T. E., Patel, V., Whiteford, H. A., & Scott, J. G. (2017). The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 26*, 395–402.
- Estell, D. B., & Perdue, N. H. (2013). Social support and behavioral and affective school engagement: The effects of peers, parents, and teachers. *Psychology in Schools, 50*, 325–339.
- Fairclough, S. J., Boddy, L. M., Hackett, A. F., & Stratton, G. (2009). Associations between children's socioeconomic status, weight status, and sex, with screen-based sedentary behaviours and sport participation. *International Journal of Pediatric Obesity, 4*, 299–305.
- Fauth, B., Decristan, J., Rieser, S., Klieme, E., & Büttner, G. (2014). Student ratings of teaching quality in primary school: Dimensions and prediction of student outcomes. *Learning and Instruction, 29*, 1–9.
- Fergus, S., Zimmerman, M. A., & Caldwell, C. H. (2007). Growth trajectories of sexual risk behavior in adolescence and young adulthood. *American Journal of Public Health, 97*, 1096–1101.
- Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2001). The Christchurch Health and Development Study: Review of findings on child and adolescent mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35*, 287–296.
- Finger, J. D., Varnaccia, G., Borrmann, A., Lange, C., & Mensink, G. B. (2018). Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring, 3*(1), 25–31.
- Forschungsgruppe Schulevaluation. (1998). *Gewalt als soziales Problem in Schulen*. Opladen: Leske & Budrich.
- Fortenberry, J. D. (2013). Sexual Development in Adolescents. In D. S. Bromberg & W. T. O'Donohue (Hrsg.), *Handbook of child and adolescent sexuality* (S. 171–192). Oxford: Academic Press.

- Fox, C. L., Towe, S. L., Stephens, R. S., Walker, D. D., & Roffman, R. A. (2011). Motives for cannabis use in high-risk adolescent users. *Psychology of Addictive Behaviors, 25*, 492–500.
- Franke, T. M., Huynh-Hohnbaum, A.-L. T., & Chung, Y. (2002). Adolescent violence: With whom they fight and where. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work, 11*, 133–158.
- Frees, B., & Koch, W. (2018). ARD/ZDF-Onlinestudie 2018: Zuwachs bei medialer Internetnutzung und Kommunikation. *Media Perspektiven, 9*, 398–413.
- Fries, K. R., Göbel, P. H., & Lange, E. (2007). *Teure Jugend: Wie Teenager kompetent mit Geld umgehen*. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Gambino, J. G. (2015). *pps: Functions for PPS sampling (R package version 0.94) [Software]*. Abgerufen von <https://CRAN.R-project.org/package=pps>
- Gandini, S., Botteri, E., Iodice, S., Boniol, M., Lowenfels, A. B., Maisonneuve, P., & Boyle, P. (2008). Tobacco smoking and cancer: A meta-analysis. *International Journal of Cancer, 122*, 155–164.
- García-Moya, I., Brooks, F., Morgan, A., & Moreno, C. (2015). Subjective well-being in adolescence and teacher connectedness: A health asset analysis. *Health Education Journal, 74*(6), 641–654.
- Garnefski, N., & Diekstra, R. F. (1996). Perceived social support from family, school, and peers: Relationship with emotional and behavioral problems among adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*(12), 1657–1664.
- Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H., & Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *Journal of Pediatrics, 206*, 257–267.
- Giami, A. (2002). Sexual health: The emergence, development, and diversity of a concept. *Annual Review of Sex Research, 13*, 1–35.
- Gini, G., & Pozzoli, T. (2013). Bullied children and psychosomatic problems: A meta-analysis. *Pediatrics, 132*, 720–729.
- Glasier, A., Gülmezoglu, A. M., Schmid, G. P., Moreno, C. G., & van Look, P. F. A. (2006). Sexual and reproductive health: A matter of life and death. *Lancet, 368*, 1595–1607.
- Global Burden of Disease Pediatrics Collaboration. (2016). Global and national burden of diseases and injuries among children and adolescents between 1990 and 2013: Findings from the Global Burden of Disease 2013 study. *JAMA Pediatrics, 170*, 267–287.
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 581–586.
- Gore, S., Farrell, F., & Gordon, J. (2001). Sports involvement as protection against depressed mood. *Journal of Research on Adolescence, 11*, 119–130.
- Groß Ophoff, J., Hosenfeld, I., & Koch, U. (2007). Formen der Ergebnisrezeption und damit verbundene Schul- und Unterrichtsentwicklung. In I. Hosenfeld & J. Groß Ophoff (Hrsg.), *Nutzung und Nutzen von Evaluationsstudien in Schule und Unterricht* (S. 411–427). Verlag Empirische Pädagogik: Landau.
- Haase, C. M., Landberg, M., Schmidt, C., Lüdke, K., & Silbereisen, R. K. (2012). The later, the better? Early, Average, and Late Timing of Sexual Experiences in adolescence and psychosocial adjustment in young adulthood. *European Psychologist, 17*, 199–212.
- Hall, W., & Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet, 374*, 1383–1391.
- Hall, W., Degenhardt, L., & Sindich, N. (2008). Illicit drug use and the burden of disease. In K. Heggenhougen & S. Quah (Hrsg.), *International encyclopedia of public health* (S. 523–530). San Diego, CA: Academic Press.

- Han, L., You, D., Gao, X., Duan, S., Hu, G., Wang, H., ... Zeng, F. (2019). Unintentional injuries and violence among adolescents aged 12–15 years in 68 low-income and middle-income countries: A secondary analysis of data from the Global School-based Student Health survey. *Lancet Child and Adolescent Health*, 3, 616–626.
- Hanson, M. D., & Chen, E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: A review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(3), 263–285.
- Haynos, A. F., Wall, M. M., Chen, C., Wang, S. B., Loth, K., & Neumark-Sztainer, D. (2018). Patterns of weight control behavior persisting beyond young adulthood: Results from a 15-year longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 51, 1090–1097.
- Hayward, C., & Sanborn, K. (2002). Puberty and the emergence of gender differences in psychopathology. *Journal of Adolescent Health*, 30, 49–58.
- Heaney, C. A., & Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Hrsg.), *Health behavior and health education* (S. 189–210). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Hecimovic, K., Barrett, S. P., Darredeau, C., & Stewart, S. H. (2014). Cannabis use motives and personality risk factors. *Addictive Behaviors*, 39, 729–732.
- Herforth, A., Arimond, M., Álvarez-Sánchez, C., Coates, J., Christianson, K., & Muehlhoff, E. (2019). A global review of food-based dietary guidelines. *Advances in Nutrition*, 10, 590–605.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M., & Narusk, A. (1997). *The 1995 ESPAD report: Alcohol and other drug use among students in 26 European countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Kraus, L. (2009). *The 2007 ESPAD report: Substance use among students in 35 European countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Kraus, L. (2012). *The 2011 ESPAD report: Substance use among students in 36 European countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs.
- Hingson, R. W., & Zha, W. (2009). Age of drinking onset, alcohol use disorders, frequent heavy drinking, and unintentionally injuring oneself and others after drinking. *Pediatrics*, 123, 1477–1484.
- Hingson, R. W., Heeren, T., & Winter, M. R. (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence: Age at onset, duration, and severity. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160, 739–746.
- Hombrados-Mendieta, M. I., Gomez-Jacinto, L., Dominguez-Fuentes, J. M., Garcia-Leiva, P., & Castro-Travé, M. (2012). Types of social support provided by parents, teachers, and classmates during adolescence. *Journal of Community Psychology*, 40(6), 645–664.
- Hurrelmann, K., & Bauer, U. (2015). *Einführung in die Sozialisations-theorie*. Weinheim: Beltz.
- Ihle, W., & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159–169.
- Inchley, J., Currie, D., Cosma, A., & Samdal, O. (Hrsg.). (2018). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: Background, methodology and mandatory items for the 2017/18 survey*. Abgerufen von <http://www.hbsc.org>
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., ... Barnekow, V. (Hrsg.). (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*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- Isaac, K., & Hosenfeld, I. (2008). Faire Ergebnismeldungen bei Vergleichsarbeiten. In J. Ramseger & M. Wagener (Hrsg.), *Chancenungleichheit in der Grundschule* (S. 143–146). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Holting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597–611.
- Jakes, S. S., & DeBord, K. (2010). The interface of family, school, and community factors for the positive development of children and youth. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 38(3), 177–182.
- Jané-Llopis, E., & Matytsina, I. (2006). Mental health and alcohol, drugs and tobacco: A review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 25, 515–536.
- Janssen, I., & Leblanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7, 40.
- Jha, P., & Peto, R. (2014). Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *New England Journal of Medicine*, 370, 60–68.
- Johnson, D., Dupuis, G., Piche, J., Clayborne, Z., & Colman, I. (2018). Adult mental health outcomes of adolescent depression: A systematic review. *Depression and Anxiety*, 35, 700–716.
- Jordan, S., & Hoebel, J. (2015). Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt*, 58, 942–950.
- Kandel, D. B. (1980). Drug and drinking behavior among youth. *Annual Review of Sociology*, 6, 235–285.
- Kann, L., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Queen, B., ... Ethier, K. a (Hrsg.). (2018). *Youth risk behavior surveillance: United States, 2017* (8. Aufl.). Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Kantanista, A., Osiński, W., Bronikowski, M., & Tomczak, M. (2013). Physical activity of underweight, normal weight and overweight Polish adolescents. *European Physical Education Review*, 19, 347–359.
- Kaplan, G. A., & Camacho, T. (1983). Perceived health and mortality: A nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology*, 117, 292–304.
- Kemethofer, D., & Wiesner, C. (2019). Verändern Bildungsstandards, Standard überprüfungen und Ergebnismeldungen die schulische Arbeit? In J. Zuber, H. Altrichter, & M. Heinrich (Hrsg.), *Bildungsstandards zwischen Politik und schulischem Alltag* (S. 229–243). Wiesbaden: Springer VS.
- Kendler, K. S., Myers, J., Damaj, M. I., & Chen, X. (2013). Early smoking onset and risk for subsequent nicotine dependence: A monozygotic co-twin control study. *American Journal of Psychiatry*, 170, 408–413.
- Kerr, D. C. R., Preuss, L. J., & King, C. A. (2006). Suicidal adolescents' social support from family and peers: Gender-specific associations with psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(1), 103–114.
- Kersting, M., Alexy, U., & Clausen, K. (2005). Using the concept of food based dietary guidelines to develop an Optimized Mixed Diet (OMD) for German children and adolescents. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 40, 301–308.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.

- Kim, Y., Austin, S. B., Subramanian, S. V., Thomas, J. J., Eddy, K. T., Franko, D. L., ... Kawachi, I. (2018). Risk factors for disordered weight control behaviors among Korean adolescents: Multilevel analysis of the Korea Youth Risk Behavior Survey. *International Journal of Eating Disorders, 51*, 124–138.
- King, C. A., & Merchant, C. R. (2008). Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature. *Archives of Suicide Research, 12*, 181–196.
- Kinnunen, P., Laukkanen, E., & Kylmä, J. (2010). Associations between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood. *International Journal of Nursing Practice, 16*, 43–50.
- Kircaburun, K., Kokkinos, C. M., Demetrovics, Z., Király, O., Griffiths, M. D., & Çolak, T. S. (2019). Problematic online behaviors among adolescents and emerging adults: Associations between cyberbullying perpetration, problematic social media use, and psychosocial factors. *International Journal of Mental Health and Addiction, 17*, 891–908.
- Klem, A. M., & Connell, J. P. (2004). Relationships matter: Linking teacher support to student engagement and achievement. *Journal of School Health, 74*, 262–273.
- Klomek, A. B., Kleinman, M., Altschuler, E., Marrocco, F., Amakawa, L., & Gould, M. S. (2013). Suicidal adolescents' experiences with bullying perpetration and victimization during high school as risk factors for later depression and suicidality. *Journal of Adolescent Health, 53*, 37–42.
- Kluger, A. N., & DeNisi, A. (1996). The effects of feedback interventions on performance: A historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. *Psychological Bulletin, 119*, 254–284.
- KMK. (2016). *Gesamtstrategie der Kultusministerkonferenz zum Bildungsmonitoring*. Berlin: Sekretariat der Kultusministerkonferenz.
- Koschollek, C., Bartig, S., Rommel, A., Santos-Hövener, C., & Lampert, T. (2019). Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland: Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring, 4*(3), 7–29.
- Kotchick, B. A., Shaffer, A., Miller, K. S., & Forehand, R. (2001). Adolescent sexual risk behavior: A multi-system perspective. *Clinical Psychology Review, 21*, 493–519.
- Kouider, B. E., Koglin, U., & Petermann, F. (2014). Emotional and behavioral problems in migrant children and adolescents in Europe: A systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry, 23*(6), 373–391.
- Kowalski, R. M., Giumetti, G. W., Schroeder, A. N., & Lattanner, M. R. (2014). Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychological Bulletin, 140*, 1073–1137.
- Kraus, L., Pabst, A., & Piontek, D. (2012). *Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen*. München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Kraus, L., Piontek, D., Seitz, N.-N., & Schoeppe, M. (2016). *Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2015 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern*. München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Krueger, P. M., Jutte, D. P., Franzini, L., Elo, I., & Hayward, M. D. (2015). Family structure and multiple domains of child well-being in the United States: A cross-sectional study. *Population Health Metrics, 13*, 6.
- Kunter, M., & Voss, T. (2011). Das Modell der Unterrichtsqualität in COACTIV: Eine multikriteriale Analyse. In M. Kunter, J. Baumert, W. Blum, U. Klusmann, S. Krauss, & M. Neubrand (Hrsg.), *Professionelle Kompetenz von Lehrkräften* (S. 85–113). Münster: Waxmann.

- Kuntz, B., Lange, C., & Lampert, T. (2015). Alkoholkonsum bei Jugendlichen: Aktuelle Ergebnisse und Trends. *GBE kompakt*, 6(2), 1–12.
- Lampert, T., & Kroll, L. E. (2009). Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit* (S. 309–334). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lampert, T., Hoebel, J., & Kroll, L. E. (2019a). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland: Aktuelle Situation und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 4(1), 3–15.
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Finger, J. D., Hölling, H., Lange, M., ... Kurth, B.-M. (2019b). Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Zeitliche Entwicklung und Trends der KiGGS-Studie. *Journal of Health Monitoring*, 4(1), 16–40.
- Lampert, T., Kuntz, B., & KiGGS Study Group. (2015). Gesund aufwachsen: Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? *GBE kompakt*, 6(1), 1–22.
- Langmeyer, L., & Winklhofer, U. (2014). *Taschengeld und Gelderziehung: Eine Expertise zum Thema Kinder und ihr Umgang mit Geld mit aktualisierten Empfehlungen zum Taschengeld*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Laubstein, C., Dittmann, J., & Holz, G. (2011). *Jugend und Armut – Teil II: Methodische Grundsteine, Operationalisierungen und erste empirische Befunde der AWO-ISS-Langzeitstudie Kinder und Jugendarmut IV: Zwischenbericht der AWO-ISS-Studie*. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.
- Laubstein, C., Holz, G., & Seddig, N. (2016). *Armutsfolgen für Kinder und Jugendliche: Erkenntnisse aus empirischen Studien in Deutschland*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Lee, J., & Lee, Y. (2016). The association of body image distortion with weight control behaviors, diet behaviors, physical activity, sadness, and suicidal ideation among Korean high school students: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 16, 39.
- Lees, C., & Hopkins, J. (2013). Effect of aerobic exercise on cognition, academic achievement, and psychosocial function in children: a systematic review of randomized control trials. *Preventing Chronic Disease*, 10, E174.
- Lei, H., Cui, Y., & Chiu, M. M. (2018). The relationship between teacher support and students' academic emotions: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 8, 2288.
- Levin, K. A., & Currie, C. (2010). Family structure, mother–child communication, father–child communication, and adolescent life satisfaction. *Health Education*, 110, 152–168.
- Lian, S.-L., Sun, X.-J., Zhou, Z.-K., Fan, C.-Y., Niu, G.-F., & Liu, Q.-Q. (2018). Social networking site addiction and undergraduate students' irrational procrastination: The mediating role of social networking site fatigue and the moderating role of effortful control. *PLoS One*, 13, e0208162.
- Listl, S., Galloway, J., Mossey, P. A., & Marcenes, W. (2015). Global economic impact of dental diseases. *Journal of Dental Research*, 94, 1355–1361.
- Liu, W., Mei, J., Tian, L., & Huebner, E. S. (2016). Age and gender differences in the relation between school-related social support and subjective well-being in school among students. *Social Indicators Research*, 125, 1065–1083.
- Loader, B. D., Vromen, A., & Xenos, M. A. (2014). The networked young citizen: Social media, political participation and civic engagement. *Information, Communication and Society*, 17, 143–150.
- Mackenbach, J. P., Cavelaars, A. E., Kunst, A. E., & Groenhouf, F. (2000). Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality: An international study. *European Heart Journal*, 21(14), 1141–1151.
- Malecki, C. K., & Demaray, M. K. (2002). Measuring perceived social support: Development of the Child and Adolescent Social Support Scale (CASSS). *Psychology in Schools*, 39, 1–18.

- Malonda, E., Llorca, A., Mesurado, B., Samper, P., & Mestre, M. V. (2019). Parents or peers? Predictors of prosocial behavior and aggression: A longitudinal study. *Frontiers in Psychology, 10*, 2379.
- Manz, K., Schlack, R., Poethko-Müller, C., Mensink, G., Finger, J., & Lampert, T. (2014). Körperlich-sportliche Aktivität und Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter: Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt, 57*, 840–848.
- Markey, C. N. (2010). Invited commentary: Why body image is important to adolescent development. *Journal of Youth and Adolescence, 39*, 1387–1391.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet, 365*, 1099–1104.
- Mascheroni, G., & Ólafsson, K. (2014). *Net Children Go Mobile: Risks and opportunities (2nd ed.)*. Milano: Educatt.
- McCarty, C. A., Ebel, B. E., Garrison, M. M., DiGiuseppe, D. L., Christakis, D. A., & Rivara, F. P. (2004). Continuity of binge and harmful drinking from late adolescence to early adulthood. *Pediatrics, 114*, 714–719.
- McCarty, C. A., Rhew, I. C., Murowchick, E., McCauley, E., & Vander Stoep, A. (2012). Emotional health predictors of substance use initiation during middle school. *Psychology of Addictive Behaviors, 26*(2), 351–357.
- Modecki, K. L., Minchin, J., Harbaugh, A. G., Guerra, N. G., & Runions, K. C. (2014). Bullying prevalence across contexts: A meta-analysis measuring cyber and traditional bullying. *Journal of Adolescent Health, 55*, 602–611.
- Mons, U., & Kahnert, S. (2019). Neuberechnung der tabakattributablen Mortalität – Nationale und regionale Daten für Deutschland. *Gesundheitswesen, 81*, 24–33.
- Monzani, A., Ricotti, R., Caputo, M., Solito, A., Archero, F., Bellone, S., & Prodam, F. (2019). A systematic review of the association of skipping breakfast with weight and cardiometabolic risk factors in children and adolescents: What should we better investigate in the future? *Nutrients, 11*, 387.
- Moor, I., Rathmann, K., Stronks, K., Levin, K., Spallek, J., & Richter, M. (2014). Psychosocial and behavioural factors in the explanation of socioeconomic inequalities in adolescent health: A multilevel analysis in 28 European and North American countries. *Journal of Epidemiology and Community Health, 68*, 912–921.
- Moor, I., Schumann, N., Hoffmann, L., Rathmann, K., & Richter, M. (2016). Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum im Jugendalter. In L. Bilz, G. Sudeck, J. Bucksch, A. Klocke, P. Kolip, W. Melzer, ... M. Richter (Hrsg.), *Schule und Gesundheit* (S. 65–83). Weinheim: Beltz Juventa.
- Moore, S. E., Norman, R. E., Suetani, S., Thomas, H. J., Sly, P. D., & Scott, J. G. (2017). Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Psychiatry, 7*, 60–76.
- Moore, T. H. M., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R. E., Jones, P. B., Burke, M., & Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *Lancet, 370*, 319–328.
- Morrissey, J. L., Janz, K. F., Letuchy, E. M., Francis, S. L., & Levy, S. M. (2015). The effect of family and friend support on physical activity through adolescence: A longitudinal study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 12*, 103.
- Mosher, W., Jones, J., & Abma, J. (2015). Nonuse of contraception among women at risk of unintended pregnancy in the United States. *Contraception, 92*, 170–176.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, N. I., Eisenberg, M. E., & Loth, K. (2011). Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Journal of American Dietetic Association, 111*, 1004–1011.

- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M., & Standish, A. R. (2012). Dieting and unhealthy weight control behaviors during adolescence: Associations with 10-year changes in body mass index. *Journal of Adolescent Health, 50*, 80–86.
- Nixon, C. L., Linkie, C. A., Coleman, P. K., & Fitch, C. (2011). Peer relational victimization and somatic complaints during adolescence. *Journal of Adolescent Health, 49*, 294–299.
- 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), 259–267.
- Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet, 369*, 1047–1053.
- Oberle, E., Schonert-Reichl, K., & Zumbo, B. D. (2011). Life satisfaction in early adolescence: Personal, neighborhood, school, family, and peer influences. *Journal of Youth and Adolescence, 40*, 889–901.
- Oertel, L., Melzer, W., & Schmechtig, N. (2017). Gewalt und Mobbing im Schulkontext und dessen Folgen für die Gesundheit. In L. Bilz, W. Schubarth, I. Dudziak, S. M. Fischer, S. Niproschke, & J. Ulbricht (Hrsg.), *Gewalt und Mobbing an Schulen* (S. 222–243). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Olweus, D. (1994). Bullying at school: Basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*, 1171–1190.
- Olweus, D. (1996). *The revised Olweus Bully/Victim questionnaire*. Bergen: University of Bergen/HEMIL.
- Orbach, L., & Mikulincer, M. (1998). The Body Investment Scale: Construction and validation of a body experience scale. *Psychological Assessment, 10*, 415–425.
- Ozer, E. J. (2005). The impact of violence on urban adolescents. *Journal of Adolescent Research, 20*(2), 167–192.
- O’Keeffe, G. S., & Clarke-Pearson, K. (2011). The impact of social media on children, adolescents, and families. *Pediatrics, 127*, 800–804.
- O’Neil, C. E., & Nicklas, T. A. (2019). Breakfast consumption versus breakfast skipping: The effect on nutrient intake, weight, and cognition. *Nestle Nutrition Institute Workshop Series, 91*, 153–167.
- Paavola, M., Vartiainen, E., & Haukkala, A. (2004). Smoking, alcohol use, and physical activity: A 13-year longitudinal study ranging from adolescence into adulthood. *Journal of Adolescent Health, 35*, 238–244.
- Patrick, H., & Nicklas, T. A. (2005). A review of family and social determinants of children’s eating patterns and diet quality. *Journal of American College of Nutrition, 24*, 83–92.
- Paulus, P. (2003). Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur guten gesunden Schule. In K. Aregger & U. Lattmann (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie?* (S. 93–114). Luzern: Sauerländer.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment, 5*, 164–172.
- Pearson, N., Biddle, S. J. H., & Gorely, T. (2009). Family correlates of breakfast consumption among children and adolescents: A systematic review. *Appetite, 52*, 1–7.
- Peden, M., Oyegbite, K., Ozanne-Smith, J., Hyder, A. A., Branche, C., Rahman, A. F., ... Bartolomeos, K. (Hrsg.). (2008). *World report on child injury prevention*. Geneva: World Health Organization.
- Pedersen, S., & Seidman, E. (2004). Team sports achievement and self-esteem development among urban adolescent girls. *Psychology of Women Quarterly, 28*, 412–422.
- Peek, R., & Nilshon, I. (2004). *Schulrückmeldungen von Schulleistungsstudien am Beispiel des QuaSUM-Projektes: Zwei Untersuchungen zur Wirksamkeit*. Potsdam: Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg.

- Peres, M. A., Sheilham, A., Liu, P., Demarco, F. F., Silva, A. E. R., Assunção, M. C., ... Peres, K. G. (2016). Sugar consumption and changes in dental caries from childhood to adolescence. *Journal of Dental Research*, *95*, 388–394.
- Perou, R., Bitsko, R. H., Blumberg, S. J., Pastor, P., Ghandour, R. M., Gfroerer, J. C., ... Huang, L. N. (2013). Mental health surveillance among children – United States, 2005–2011. *MMWR Supplements*, *62*(2), 1–35.
- Perra, O., Fletcher, A., Bonell, C., Higgins, K., & McCrystal, P. (2012). School-related predictors of smoking, drinking and drug use: Evidence from the Belfast Youth Development Study. *Journal of Adolescence*, *35*, 315–324.
- Petersen, P. E. (2003). *The world oral health report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century - The approach of the WHO global oral health programme*. Geneva: World Health Organization.
- Petit, G., Maurage, P., Kornreich, C., Verbanck, P., & Campanella, S. (2014). Binge drinking in adolescents: A review of neurophysiological and neuroimaging research. *Alcohol and Alcoholism*, *49*, 198–206.
- Pickett, W., Molcho, M., Simpson, K., Janssen, I., Kuntsche, E., Mazur, J., ... Boyce, W. F. (2005). Cross national study of injury and social determinants in adolescents. *Injury Prevention*, *11*, 213–218.
- Pillas, D., Marmot, M., Naicker, K., Goldblatt, P., Morrison, J., & Pikhart, H. (2014). Social inequalities in early childhood health and development: A European-wide systematic review. *Pediatric Research*, *76*(5), 418–424.
- Pitchika, V., Pink, C., Völzke, H., Welk, A., Kocher, T., & Holtfreter, B. (2019). Long-term impact of powered toothbrush on oral health: 11-year cohort study. *Journal of Clinical Periodontology*, *46*, 713–722.
- Polaczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*, 345–365.
- Pope, H. G., Phillips, K. A., & Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. New York: Free Press.
- Posch, P. (2009). Zur schulpraktischen Nutzung von Daten: Konzepte, Strategien, Erfahrungen. *Die Deutsche Schule*, *101*(2), 119–135.
- Primack, B. A., Shensa, A., Sidani, J. E., Whaite, E. O., Lin, L. Y., Rosen, D., ... Miller, E. (2017). Social media use and perceived social isolation among young adults in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, *53*, 1–8.
- Prochaska, J. J., Sallis, J. F., & Long, B. (2001). A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *155*, 554–559.
- Proctor, C. L., Linley, P. A., & Malthy, J. (2009). Youth life satisfaction: A review of the literature. *Journal of Happiness Studies*, *10*, 583–630.
- Quenzel, G. (2018). Gesundheitskompetenz von Jugendlichen an Haupt- und Förderschulen. In K. Rathmann & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Leistung und Wohlbefinden in der Schule* (S. 173–187). Weinheim: Beltz Juventa.
- Radde, S., Gutwinski, S., Stuke, F., Fuchs, A., Schouler-Ocak, M., Bermpohl, F., & Henssler, J. (2018). Suizidalität in der Adoleszenz: Dysfunktionale familiäre Kommunikation als Risikofaktor. *Nervenarzt*, *89*(11), 1254–1261.
- Rampersaud, G. C., Pereira, M. A., Girard, B. L., Adams, J., & Metz, J. D. (2005). Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *Journal of American Dietetic Association*, *105*, 743–760.

- Rasmussen, M., Krølner, R., Klepp, K.-I., Lytle, L., Brug, J., Bere, E., & Due, P. (2006). Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: A review of the literature. Part I: Quantitative studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3, 1–19.
- Rathmann, K., Herke, M., Moor, I., & Richter, M. (2016). Bildungsungleichheit, Schulumwelt und Gesundheit: Gibt es eine doppelte Benachteiligung. In L. Bilz, G. Sudeck, J. Bucksch, A. Klocke, P. Kolip, W. Melzer, ... M. Richter (Hrsg.), *Schule und Gesundheit* (S. 156–180). Weinheim: Beltz Juventa.
- Ravens-Sieberer, U., Torsheim, T., Hetland, J., Vollebergh, W., Cavallo, F., Jericek, H., ... HBSC Positive Health Focus Group. (2009). Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International Journal of Public Health*, 54, 151–159.
- Razum, O., Karrasch, L., & Spallek, J. (2016). Migration: Eine vernachlässigte Dimension gesundheitlicher Ungleichheit? *Bundesgesundheitsblatt*, 59, 259–265.
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science and Medicine*, 90, 24–31.
- Richter, M., & Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ritchwood, T. D., Ford, H., DeCoster, J., Sutton, M., & Lochman, J. E. (2015). Risky sexual behavior and substance use among adolescents: A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 52, 74–88.
- Ritter, M., Bilz, L., & Melzer, W. (2013). Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern im Schulkontext: Die Bedeutung der Schulzufriedenheit für die Gesundheit von Heranwachsenden. In P. Kolip, A. Klocke, W. Melzer, & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich* (S. 190–208). Weinheim: Beltz Juventa.
- Ritter, M., Bilz, L., & Melzer, W. (2016). Schulische und außerschulische Unterstützung als Ressource für die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern. In L. Bilz, G. Sudeck, J. Bucksch, A. Klocke, P. Kolip, W. Melzer, ... M. Richter (Hrsg.), *Schule und Gesundheit* (S. 181–199). Weinheim: Beltz Juventa.
- Roach, A. (2018). Supportive peer relationships and mental health in adolescence: An integrative review. *Issues in Mental Health Nursing*, 39, 723–737.
- Rommel, A., Saß, A. C., & Rabenberg, M. (2016). Alkoholbedingte Mortalität bei Erwachsenen. *Journal of Health Monitoring*, 1(1), 37–42.
- Rueger, S. Y., Malecki, C. K., & Demaray, M. K. (2010). Relationship between multiple sources of perceived social support and psychological and academic adjustment in early adolescence: Comparisons across gender. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 47–61.
- Saiphoo, A. N., Dahoah, H. L., & Vahedi, Z. (2020). Social networking site use and self-esteem: A meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*, 153, 109639.
- Sallis, J. F., Prochaska, J. J., & Taylor, W. C. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32, 963–975.
- Schenk, L. (2007). Migration und Gesundheit: Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health*, 52, 87–96.
- Schneider, W., & Lindenberger, U. (2012). Weinheim: Beltz.
- Schor, E. L. (1995). The influence of families on child health: Family behaviors and child outcomes. *Pediatric Clinics of North America*, 42(1), 89–102.
- Schroeder, C. M., Scott, T. P., Tolson, H., Huang, T.-Y., & Lee, Y.-H. (2007). A meta-analysis of national research: Effects of teaching strategies on student achievement in science in the United States. *Journal of Research in Science Teaching*, 44(10), 1436–1460.

- Schultze-Krumbholz, A., & Scheithauer, H. (2015). Cyberbullying. In T. P. Gullotta, R. W. Plant, & M. A. Evans (Hrsg.), *Handbook of adolescent behavioral problems* (S. 415–428). Boston, MA: Springer.
- Seabra, A. F., Mendonça, D. M., Thomis, M. A., Peters, T. J., & Maia, J. A. (2007). Associations between sport participation, demographic and socio-cultural factors in Portuguese children and adolescents. *European Journal of Public Health, 18*, 25–30.
- Shagar, P. S., Harris, N., Boddy, J., & Donovan, C. L. (2017). The relationship between body image concerns and weight-related behaviours of adolescents and emerging adults: A systematic review. *Behaviour Change, 34*, 208–252.
- Shensa, A., Escobar-Viera, C. G., Sidani, J. E., Bowman, N. D., Marshal, M. P., & Primack, B. A. (2017). Problematic social media use and depressive symptoms among U.S. young adults: A nationally-representative study. *Social Science and Medicine, 182*, 150–157.
- Shensa, A., Sidani, J. E., Dew, M. A., Escobar-Viera, C. G., & Primack, B. A. (2018). Social media use and depression and anxiety symptoms: A Cluster Analysis. *American Journal of Health Behavior, 42*, 116–128.
- Simons, J., Correia, C. J., Carey, K. B., & Borsari, B. E. (1998). Validating a five-factor marijuana motives measure: Relations with use, problems, and alcohol motives. *Journal of Counseling Psychology, 45*, 265–273.
- Smith-Khuri, E., Iachan, R., Scheidt, P. C., Overpeck, M. D., Gabhainn, S. N., Pickett, W., & Harel, Y. (2004). A cross-national study of violence-related behaviors in adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 158*, 539–544.
- Soares, S., Araújo, J., Ramos, E., & Fraga, S. (2019). Sleep duration and physical fighting involvement in late adolescence. *Journal of Public Health, 27*, 341–348.
- Soellner, R., Huber, S., Lenartz, N., & Rudinger, G. (2009). Gesundheitskompetenz – ein vielschichtiger Begriff. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 17*(3), 105–113.
- Spallek, J., Zeeb, H., & Razum, O. (2011). What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? A life course approach. *Emerging Themes in Epidemiology, 8*, 6.
- Spear, L. P. (2018). Effects of adolescent alcohol consumption on the brain and behaviour. *Nature Reviews Neuroscience, 19*, 197–214.
- Spruit, A., Assink, M., van Vugt, E., van der Put, C., & Stams, G. J. (2016). The effects of physical activity interventions on psychosocial outcomes in adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 45*, 56–71.
- Statistisches Bundesamt. (2019). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund: Ergebnisse des Mikrozensus 2018*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steinberg, L. (2004). Risk taking in adolescence: What changes, and why? *Annals of New York Academy of Sciences, 1021*, 51–58.
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology, 52*, 83–110.
- Stephen, E. M., Rose, J. S., Kenney, L., Rosselli-Navarra, F., & Weissman, R. S. (2014). Prevalence and correlates of unhealthy weight control behaviors: Findings from the national longitudinal study of adolescent health. *Journal of Eating Disorders, 2*, 16.
- Stolle, M., Sack, P.-M., & Thomasius, R. (2009). Binge drinking in childhood and adolescence: Epidemiology, consequences, and interventions. *Deutsches Ärzteblatt International, 106*, 323–328.
- Sturzbecher, D., Bredow, B., & Büttner, M. (2019). *Wandel der Jugend in Brandenburg – Lebenslage, Werte, Teilhabe*. Wiesbaden: Springer VS.

- Szajewska, H., & Rusczyński, M. (2010). Systematic review demonstrating that breakfast consumption influences body weight outcomes in children and adolescents in Europe. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 50, 113–119.
- Takagi, H., Hari, Y., Nakashima, K., Kuno, T., & Ando, T. (2019). Meta-analysis of relation of skipping breakfast with heart disease. *American Journal of Cardiology*, 124, 978–986.
- Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13, 187–202.
- Tavernier, R., Heissel, J. A., Sladek, M. R., Grant, K. E., & Adam, E. K. (2017). Adolescents' technology and face-to-face time use predict objective sleep outcomes. *Sleep Health*, 3, 276–283.
- Telama, R., Yang, X., Leskinen, E., Kankaanpää, A., Hirvensalo, M., Tammelin, T., ... Raitakari, O. T. (2014). Tracking of physical activity from early childhood through youth into adulthood. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 46, 955–962.
- Telama, R., Yang, X., Viikari, J., Välimäki, I., Wanne, O., & Raitakari, O. (2005). Physical activity from childhood to adulthood: A 21-year tracking study. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 267–273.
- Terhart, E. (2002). Wie können die Ergebnisse von vergleichenden Leistungsstudien systematisch zur Qualitätsverbesserung in Schulen genutzt werden? *Zeitschrift für Pädagogik*, 48(1), 91–110.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379, 1056–1067.
- The ESPAD Group. (2016). *ESPAD report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Torsheim, T., & Wold, B. (2001). School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: A multilevel approach. *Journal of Adolescence*, 24, 701–713.
- Torsheim, T., Aaroe, L. E., & Wold, B. (2003). School-related stress, social support, and distress: prospective analysis of reciprocal and multilevel relationships. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44, 153–159.
- Tully, C., & van Santen, E. (2012). Das verfügbare Geld im Jugendalltag von 13- bis 17-jährigen Schülern und Schülerinnen: Empirische Ergebnisse. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 7, 197–211.
- Twenge, J. M. (2017). *iGen: Why today's super-connected kids are growing up less rebellious, more tolerant, less happy and completely unprepared for adulthood: And what that means for the rest of us*. New York: Simon & Schuster.
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2018). Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. *Preventive Medicine Reports*, 12, 271–283.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2012). *Preventing tobacco use among youth and young adults: A report of the surgeon general*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The health consequences of smoking: 50 years of progress: A report of the surgeon general*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Uhlhaas, P. J., & Konrad, K. (2011). *Das adoleszente Gehirn*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Uutela, A. (2001). Drugs: Illicit use and prevention. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Hrsg.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (S. 3877–3881). Pergamon: Elsevier Science Ltd.

- Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2007). Preadolescents' and adolescents' online communication and their closeness to friends. *Developmental Psychology, 43*, 267–277.
- Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2011). Online communication among adolescents: An integrated model of its attraction, opportunities, and risks. *Journal of Adolescent Health, 48*, 121–127.
- Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2013). The differential susceptibility to media effects model. *Journal of Communication, 63*, 221–243.
- van Amsterdam, J., Opperhuizen, A., Koeter, M., & van den Brink, W. (2010). Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population. *European Addiction Research, 16*, 202–207.
- van den Eijnden, R. J. J. M., Lemmens, J. S., & Valkenburg, P. (2016). The Social Media Disorder scale. *Computers in Human Behavior, 61*, 478–487.
- Vernon, L., Barber, B. L., & Modecki, K. L. (2015). Adolescent problematic social networking and school experiences: The mediating effects of sleep disruptions and sleep quality. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 18*(7), 386–392.
- Vilhjalmsson, R. (1994). Effects of social support on self-assessed health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 23*, 437–452.
- Viner, R. M., & Taylor, B. (2007). Adult outcomes of binge drinking in adolescence: Findings from a UK national birth cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health, 61*, 902–907.
- Volkow, N. D., Baler, R. D., Compton, W. M., & Weiss, S. R. B. (2014). Adverse health effects of marijuana use. *New England Journal of Medicine, 370*, 2219–2227.
- Waasdorp, T. E., & Bradshaw, C. P. (2015). The overlap between cyberbullying and traditional bullying. *Journal of Adolescent Health, 56*, 483–488.
- Wachs, S., Hess, M., Scheithauer, H., & Schubarth, W. (2016). *Mobbing an Schulen: Erkennen, Handeln, Vorbeugen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wallmann, B., Gierschner, S., & Froböse, I. (2012). Gesundheitskompetenz: Was wissen unsere Schüler über Gesundheit? *Prävention und Gesundheitsförderung, 7*(1), 5–10.
- Walsh, S. D., Molcho, M., Craig, W., Harel-Fisch, Y., Huynh, Q., Kukaswadia, A., ... Pickett, W. (2013). Physical and emotional health problems experienced by youth engaged in physical fighting and weapon carrying. *PLoS One, 8*, e56403.
- Walsh, T., Worthington, H. V., Glenny, A. M., Appelbe, P., Marinho, V. C. C., & Shi, X. (2010). Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, 1*.
- Wang, J., Iannotti, R. J., & Luk, J. W. (2011). Peer victimization and academic adjustment among early adolescents: Moderation by gender and mediation by perceived classmate support. *Journal of School Health, 81*, 386–392.
- Wang, M.-T., & Eccles, J. S. (2012). Social support matters: Longitudinal effects of social support on three dimensions of school engagement from middle to high school. *Child Development, 83*, 877–895.
- Watermann, R., Stanat, P., Kunter, M., Klieme, E., & Baumert, J. (2003). *Schulrückmeldungen im Rahmen von Schulleistungsuntersuchungen: Das Disseminationskonzept von PISA-2000*. 49(1), 92–111.
- Weis, M., Müller, K., Mang, J., Heine, J.-H., Mahler, N., & Reiss, K. (2019). Soziale Herkunft, Zuwanderungshintergrund und Lesekompetenz. In K. Reiss, M. Weis, E. Klieme, & O. Köller (Hrsg.), *PISA 2018* (S. 129–162). Münster: Waxmann.
- WHO. (2004a). *ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems (10th revision, 2nd ed.)*. Geneva: WHO.
- WHO. (2004b). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: WHO.

- WHO. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva*. Geneva: WHO.
- WHO. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: WHO.
- WHO. (2018). *Report on global sexually transmitted infection surveillance, 2018*. Geneva: WHO.
- WHO. (2019). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019: Offer help to quit tobacco use*. Geneva: WHO.
- Willems, D., & van Santen, E. (2014). Verletzte Jugend – Jugendliche als Opfer von Schlägereien: Empirische Ergebnisse des DJI-Surveys Aufwachsen in Deutschland: Alltagswelten. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 9, 93–108.
- Wit, D. J. D., Karioja, K., Rye, B. J., & Shain, M. (2011). Perceptions of declining classmate and teacher support following the transition to high school: Potential correlates of increasing student mental health difficulties. *Psychology in Schools*, 48, 556–572.
- Wold, B., Aarø, L. E., & Smith, C. (1994). *Health Behaviour in School-aged Children: A WHO cross-national survey: Research protocol for the 1993-94 study*. Bergen: University of Bergen/HEMIL.
- Wood, J. J., Lynne-Landsman, S. D., Langer, D. A., Wood, P. A., Clark, S. L., Eddy, J. M., & Ialongo, N. (2012). School attendance problems and youth psychopathology: Structural cross-lagged regression models in three longitudinal data sets. *Child Development*, 83, 351–366.
- Yates, F., & Grundy, P. M. (1953). Selection without replacement from within strata with probability proportional to size. *Journal of Royal Statistical Society: Series B (Methodological)*, 15, 253–261.
- Yost, J., Krainovich-Miller, B., Budin, W., & Norman, R. (2010). Assessing weight perception accuracy to promote weight loss among U.S. female adolescents: A secondary analysis. *BMC Public Health*, 10, 465.
- Zeiger, J., Kuntz, B., & Lange, C. (2017). Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(2), 59–65.
- Zeiger, J., Lange, C., Starker, A., Lampert, T., & Kuntz, B. (2018a). Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(2), 23–44.
- Zeiger, J., Starker, A., & Kuntz, B. (2018b). Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. 3(1), 40–46.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30–41.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Helfand, M. (2008). Ten years of longitudinal research on U.S. adolescent sexual behavior: Developmental correlates of sexual intercourse, and the importance of age, gender and ethnic background. *Developmental Review*, 28, 153–224.
- Zimmermann, H., Zimmermann, N., Hagenfeld, D., Veile, A., Kim, T.-S., & Becher, H. (2015). Is frequency of tooth brushing a risk factor for periodontitis? A systematic review and meta-analysis. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 43, 116–127.