



Raphael Schütz | Ludwig Bilz (Hrsg.)

Aufwachsen in Krisenzeiten. Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Brandenburg 2018 - 2022

Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie 2022
im Auftrag der WHO

Raphael Schütz & Ludwig Bilz (Hrsg.)

Aufwachsen in Krisenzeiten

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Brandenburg 2018 - 2022
Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie 2022 im Auftrag der WHO

Aufwachsen in Krisenzeiten

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern
und Jugendlichen in Brandenburg 2018 – 2022

Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie 2022
im Auftrag der WHO

von

Raphael Schütz & Ludwig Bilz (Hrsg.)



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Lengerich/Westfalen

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

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

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

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.

Kontakt:

Prof. Dr. Ludwig Bilz
Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg
Fakultät 4 - Institut für Gesundheit
Universitätsplatz 1
01968 Senftenberg
ludwig.bilz@b-tu.de

Information zu Förderern:

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

Titelmotiv: Anke Zeißig, Weinböhl (www.ankezeissig.de)

Titelgestaltung: André Krämer, inevent GmbH & Co. KG



© 2023 Pabst Science Publishers · D-49525 Lengerich/Westfalen

🌐 www.pabst-publishers.com

✉ pabst@pabst-publishers.com

Print: ISBN 978-3-95853-878-8

eBook: ISBN 978-3-95853-879-5

Druck: Printed in the EU by booksfactory

Inhalt

Vorwort	III
Gemeinsames Grußwort des MBJS, MSGIV und der AOK Nordost	V
1 Konzept der HBSC-Studie Brandenburg 2022 Ludwig Bilz & Raphael Schütz	1
2 Methodik der HBSC-Studie Brandenburg 2022 Raphael Schütz & Ludwig Bilz	3
2.1 Geplante Stichprobe	3
2.2 Ablauf und Durchführung der Studie	3
2.3 Befragungsinstrument.....	4
2.4 Realisierte Stichprobe.....	6
2.5 Auswertung und Darstellung der Ergebnisse	9
3 Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Brandenburg Ludwig Bilz & Raphael Schütz	11
3.1 Allgemeiner Gesundheitszustand	11
3.2 Körperliche Gesundheit.....	13
3.3 Psychische Gesundheit	17
3.4 Zwischenresümee	28
4 Das Gesundheits- und Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen in Brandenburg Raphael Schütz, Saskia Fischer & Anke Zeißig	29
4.1 Bewegungsverhalten.....	29
4.2 Ernährungsverhalten.....	34
4.3 Zahnhygiene.....	41
4.4 Soziales Risikoverhalten	44
4.5 Substanzkonsum.....	54
4.6 Konsum sozialer Medien	68
4.7 Sexualverhalten.....	72
4.8 Gesundheitsverhalten in Bezug auf Covid-19	76
4.9 Zwischenresümee	81

5 Personale und kontextuelle Einflussfaktoren für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter	
Saskia Fischer, Julia Kansok-Dusche, Raphael Schütz & Ludwig Bilz	83
5.1 Familie und soziale Lage	83
5.2 Schulbezogene Faktoren	102
5.3 Freunde: Unterstützung durch Freund*innen als Einflussfaktor	119
5.4 Individuelle Faktoren: Gesundheitskompetenz als Einflussfaktor	123
5.5 Intensität von Online-Kommunikation als Einflussfaktor	126
5.6 Zwischenresümee	132
6 Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Brandenburg 2022 – Schlussfolgerungen für die schulische Gesundheitsförderung	
Ludwig Bilz	133
Abbildungsverzeichnis	137
Tabellenverzeichnis	141
Literaturverzeichnis	145

Vorwort

Im Kindes- und Jugendalter fallen bedeutsame emotionale und soziale Veränderungen mit Phasen des körperlichen Wachstums und der Entwicklung des Gehirns zusammen. Gleichzeitig ist diese Altersphase durch wichtige soziale Übergänge geprägt, unter anderem Schulwechsel oder sich verändernde Beziehungen zu Eltern und Gleichaltrigen. Dies alles hat gewichtige Implikationen für die Gesundheit und das Wohlbefinden, die über das Kindes- und Jugendalter hinausreichen. So nehmen insbesondere psychische Erkrankungen in dieser Lebensphase ihren Ausgang und die in diesem Alter erworbenen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen und Lebensstile prägen die Gesundheit bis hinein ins Erwachsenenalter.

Vor diesem Hintergrund sind Kinder und Jugendliche in den letzten Jahrzehnten zu einer wichtigen Zielgruppe und die Institution Schule zu einem zentralen Setting für gesundheitsförderliche Maßnahmen geworden. Eine Voraussetzung für eine bedarfsorientierte Gesundheitsförderung ist eine umfassende Bestandsaufnahme des Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen. Wie steht es um ihre körperliche und psychische Gesundheit? Wie verbreitet sind gesundheitsbezogene Risikoverhaltensweisen? Wie gesundheitsförderlich sind die Lebenswelten gestaltet, in denen Kinder und Jugendliche aufwachsen? Und welche Risikogruppen brauchen besondere Unterstützung?

Zur Beantwortung dieser Fragen wird seit mehreren Jahrzehnten die HBSC-Studie ("Health Behaviour in School-aged Children") durchgeführt. Hierbei handelt es sich um ein internationales kooperatives Forschungsvorhaben, das von der Weltgesundheitsorganisation seit 40 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 über 50 Ländern zur Verfügung. Deutschland beteiligt sich seit 1993 an der HBSC-Studie, zuerst mit Länderstichproben und seit 2010 mit bundesweiten Erhebungen. 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.

Bereits zum zweiten Mal nimmt das Land Brandenburg mit einer eigenen repräsentativen Erhebung an der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie HBSC teil. Ermöglicht wurde dies durch eine Kooperation zwischen der Brandenburgischen Technischen Universität (BTU) Cottbus-Senftenberg, dem Brandenburger Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBSJ), dem Brandenburger Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz (MSGIV) sowie der AOK Nordost. Die Ergebnisse der ersten Befragung von 2018 wurden 2020 in einem Bericht veröffentlicht und haben unter anderem Handlungsbedarfe im Bereich der psychischen Gesundheit aufgezeigt. Mit der zweiten Befragung vier Jahre später ergibt sich nun zum ersten Mal die Möglichkeit, zeitliche Entwicklungen des Gesundheitsstatus von Brandenburger Kindern und Jugendlichen zu untersuchen.

Gerade diese Phase zwischen den beiden Erhebungen 2018 und 2022 ist durch krisenhafte Entwicklungen geprägt gewesen. Diese umfassen nicht nur eine weltweite Pandemie, sondern auch einen Krieg in Europa und die damit einhergehenden ökonomischen und sozialen Auswirkungen. Der hier vorgelegte Bericht ist somit auch eine Bestandsaufnahme der gesundheitlichen Folgen, die sich durch die Krisen der letzten Jahre für Kinder und Jugendliche in Brandenburg ergeben haben. Zu Wort kommen in dieser Studie die Kinder und Jugendlichen selbst, die im Rahmen der Befragung Auskunft über ihre körperliche und psychische Gesundheit (Kapitel 3), ihr gesundheitsbezogenes Verhalten (Kapitel 4) und ihre Wahrnehmungen von Schule, Familie und Gleichaltrigengruppe (Kapitel 5) gegeben haben.

Diese Studie wäre nicht zustande gekommen ohne die Unterstützung der Kooperationspartner MBS, MSGIV und AOK Nordost. Ein weiterer Dank gilt den Mitgliedern des deutschen und internationalen HBSC-Konsortiums sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern meiner Arbeitsgruppe an der BTU. Nicht zuletzt sind wir den 4.000 Brandenburger Schülerinnen und Schülern zu Dank verpflichtet, die bereitwillig unsere Fragen zu ihrer Gesundheit beantwortet haben.

Senftenberg, im August 2023

Prof. Dr. Ludwig Bilz
Leiter der HBSC-Studie Brandenburg
Institut für Gesundheit
Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg

Gemeinsames Grußwort des MBS, MSGIV und der AOK Nordost

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen ist ein erstrangiges gesellschaftliches Anliegen und unsere gemeinsame Aufgabe. Die optimale Steuerung unserer Maßnahmen braucht empirische Erkenntnisse auf der Basis verlässlicher Daten. Deshalb freuen wir uns sehr, Ihnen nach der ersten Kinder- und Jugendgesundheitsstudie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) für Brandenburg aus 2018 nunmehr die zweite Studie vorlegen zu können. Erneut hatte das Institut für Gesundheit der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg (BTU) unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Ludwig Bilz die Initiative für eine repräsentative Befragung Brandenburger Schulen übernommen; gefördert von Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBS), Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz (MSGIV) und der AOK Nordost.

Trotz erschwerten Bedingungen im Pandemiejahr 2022 gelang es dem Studienteam, noch mehr Schulen für eine Teilnahme zu gewinnen: Von April bis Juli 2022 wurden an 87 brandenburgischen Schulen Daten zum Gesundheitsverhalten von mehr als 3.800 Schülerinnen und Schülern der Klassen 5, 7 und 9 erhoben. Es war zu erwarten, dass die Ergebnisse zur gesundheitlichen Selbsteinschätzung in vielen Bereichen schlechter ausfallen würden als 2018. Denn die krisenhaften Entwicklungen der vergangenen vier Jahre wirken mit ihren Herausforderungen weit in unser aller Leben hinein; signifikant gerade auch auf die mentale und körperliche Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Das verdeutlichen auch die Daten der 2. HBSC-Studie. Zwar schätzen 84 Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler die eigene Gesundheit als ausgezeichnet oder gut ein. Doch 16 Prozent fühlen sich gesundheitlich eher schlecht; überwiegend sind dies ältere Jugendliche, Mädchen, Jugendliche mit diverser Geschlechtsorientierung, Lernende an Oberschulen und Förderschulen sowie Kinder aus Familien mit niedrigerem Wohlstand.

Wir nehmen die spezifischen Sorgen und Belastungen von Kindern und Jugendlichen bei der Planung entsprechender Gesundheitsmaßnahmen sehr ernst. Denn psychische und körperliche Probleme in jungen Jahren beeinträchtigen langfristig die gesundheitliche Situation im Erwachsenenalter. Einmal mehr zeigt uns die Studie, dass die gesundheitlichen Chancen von Kindern und Jugendlichen ungleich verteilt sind und die multiplen Krisen - insbesondere die Corona-Pandemie - die Selbsteinschätzung ihrer Gesundheitsprobleme verschärft haben. Ihre Gesundheitsperspektiven dürfen weder von der Situation ihres Elternhauses noch von ihrem sozio-ökonomischen Status oder der besuchten Schulform abhängen.

Als Lern- und Lebensort gleichermaßen, an dem Kinder und Jugendliche einen Großteil ihres Alltags verbringen, tragen die Schulen große Verantwortung für die Gesundheitserziehung der jungen Generation. Hauptziel der schulischen Gesundheitsförderung ist es, die Resilienz der Schülerinnen und Schüler zu stärken. Dafür sollen gemeinsam mit unseren Kooperationspartnern Förderstrukturen und Angebote ausgebaut werden, damit auch neue belastende Situationen gut bewältigt werden können.

Wir sind uns sicher, dass die Verantwortlichen in den Bereichen Bildung, Jugend, Prävention und Behandlung die in dieser Broschüre ausgewiesenen umfangreichen Ergebnisse der zweiten HBSC-Studie für ihre Arbeit gut nutzen werden. Sie sind ein gutes Fundament, das Wege aufzeigt, die Gesundheitsförderung und soziale Integration in der Schule mit geeigneten Maßnahmen zu intensivieren.

Wir danken insbesondere Herrn Prof. Dr. Ludwig Bilz sowie Raphael Schütz und dem BTU-Studententeam, das mit großem Engagement die Befragung organisierte und durchführte. Gleichmaßen danken wir den Schulleitungen, den Lehrkräften, Schülerinnen und Schülern, die sich an der Befragung beteiligten und somit aktiv mithelfen, weitere Verbesserungen für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Schule und Alltag anzustoßen.

Steffen Freiberg
Minister für Bildung, Jugend
und Sport

Ursula Nonnemacher
Ministerin für Soziales,
Gesundheit, Integration und
Verbraucherschutz

Daniela Teichert
Vorstandsvorsitzende
AOK Nordost

1 Konzept der HBSC-Studie Brandenburg 2022

Ludwig Bilz & Raphael Schütz

Die internationale Kinder- und Jugendgesundheitsstudie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC-Studie) ist ein kooperatives Forschungsvorhaben, das von der Weltgesundheitsorganisation (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 fünf Ländern begonnen, nehmen mittlerweile mehr als 50 Länder und Regionen mit seither insgesamt über 1,3 Millionen Kindern und Jugendlichen an der Studie teil. Abbildung 1 zeigt die Länder und Regionen, die sich 2021/2022 an den Befragungen der HBSC-Studie beteiligt haben.

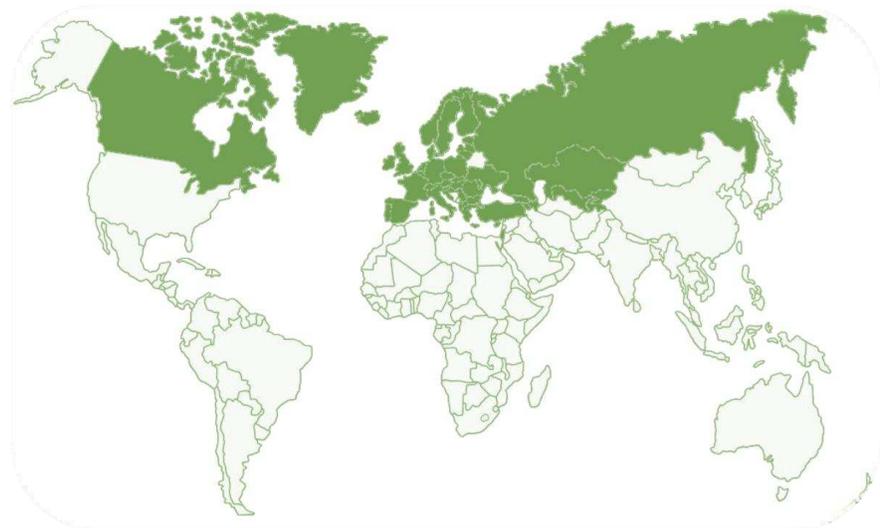


Abb. 1: Länder und Regionen (grün markiert), die sich 2021/22 an der HBSC-Studie beteiligt haben (Russland wurde aufgrund des Russland-Ukraine-Krieges vom weiteren Verlauf der Erhebung ausgeschlossen).

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 Lehrstuhl für Soziale Determinanten der Gesundheit an der Technischen Universität München unter der Leitung von Prof. Dr. Matthias Richter koordiniert. Zu dem deutschen HBSC-Konsortium gehören die folgenden Standorte: die Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg (Prof. Dr. Ludwig Bilz), die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Dr. Irene Moor, Co-Leitung), die Pädagogische Hochschule Heidelberg (Prof. Dr. Jens Bucksch), die Universität Hamburg (Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer), die Hochschule Fulda (Prof. Dr. Katharina Rathmann, Prof. Dr. Kevin Dadaczynski) und die Universität Tübingen (Prof. Dr. Gorden Sudeck).

Zeitgleich zur bundesweiten HBSC-Studie wurde 2018 eine erste repräsentative HBSC-Befragung von über 3.000 Schülerinnen und Schülern an allgemeinbildenden Schulen in Brandenburg durchgeführt.

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 (BTU) Cottbus-Senftenberg realisiert. Die Ergebnisse dieser ersten Erhebung wurden 2020 im Band „Kinder- und Jugendgesundheit in Brandenburg“ (John & Bilz, 2020) veröffentlicht. Die Ergebnisse zeigen, dass die große Mehrheit der Brandenburger Kinder und Jugendlichen ihre Gesundheit als gut oder ausgezeichnet einschätzt und eine hohe Lebenszufriedenheit berichtet. Bei der Analyse der einzelnen Gesundheitsindikatoren ergibt sich jedoch ein differenzierteres Bild, insbesondere mit Blick auf die hohe Verbreitung psychosomatischer Beschwerden.

Aus diesen Ergebnissen können sich wichtige Ansatzpunkte für die Identifikation von Risikogruppen und Handlungsfeldern für die Politik ergeben. Im Ergebnisbericht werden hierzu verschiedene Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die schulische Gesundheitsförderung in Brandenburg gezogen. Erst durch eine wiederholte Teilnahme an der Studie im vierjährigen Turnus können die Erfolge der Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung überprüft und evaluiert werden. Zudem können die Ergebnisse als Grundlage für die Bestimmung und das Monitoring von Gesundheitszielen dienen und darüber hinaus die Debatte um die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen konstruktiv beeinflussen. Im Kontext des 2015 verabschiedeten Präventionsgesetzes ist dies von besonderer Bedeutung. Auch im Zuge der COVID-19-Pandemie und der damit einhergehenden Eindämmungsmaßnahmen haben sich Fragen zu den Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ergeben. Hier können der Vergleich der Befragungsdaten von 2018 und 2022 sowie mögliche themenspezifische Zusatzerhebungen wichtige Einblicke liefern. Deshalb haben sich die Kooperationspartner*innen dafür entschieden, dass sich das Land Brandenburg auch 2022 mit einer eigenen repräsentativen Befragung an der HBSC-Studie beteiligt und dieser Survey zu einem regelmäßigen Instrument des Gesundheitsmonitorings im Land Brandenburg wird.

2 Methodik der HBSC-Studie Brandenburg 2022

Raphael Schütz & Ludwig Bilz

2.1 Geplante Stichprobe

Die Befragung wurde an allgemeinbildenden Schulen (Grundschulen, Oberschulen, Gymnasien, Gesamtschulen und Schulen mit sonderpädagogischem Förderschwerpunkt Lernen oder emotionale und soziale Entwicklung¹) in freier und öffentlicher Trägerschaft des Landes Brandenburg durchgeführt. Das Vorgehen der Stichprobenplanung und -ziehung erfolgte nach den Vorgaben des Forschungsprotokolls des internationalen HBSC-Konsortiums (Inchley, Currie, Cosma & Samdal, 2018).

Die Stichprobe wurde geschichtet nach der Schulform gezogen, sodass die Verteilung aller Brandenburger Schülerinnen und Schüler auf die allgemeinbildenden Schulformen in der Stichprobe entsprechend repräsentiert ist. Die Grundgesamtheit bilden alle Schülerinnen und Schüler der Jahrgangsstufen 5, 7 und 9, die im Schuljahr 2021/22 eine allgemeinbildende Schulform im Land Brandenburg besucht haben. Die Stichprobe wurde auf Schulebene nach dem Probability Proportional to Size-Design (PPS-Design; Yates & Grundy, 1953) gezogen. Das heißt, dass die Schulen einer Schulform (sog. Klumpen) proportional zu ihrer Schulgröße gezogen wurden. Dadurch wird gewährleistet, dass alle Schülerinnen und Schüler, unabhängig von der Größe ihrer Schule, die gleiche Ziehungswahrscheinlichkeit besitzen. In Anlehnung an den international empfohlenen Stichprobenumfang (Inchley et al., 2018) wurde eine Befragung von 1.000 Schülerinnen und Schülern pro Klassenstufe angestrebt. Es wurden maximal vier Klassen der jeweiligen Jahrgangsstufen an den teilnehmenden Schulen befragt, um die Anzahl der zu befragenden Schulen in einem vertretbaren Umfang zu halten. Ferner wurde die Anzahl der zu ziehenden Schulen auf Grundlage der Rücklaufquoten der Erhebung 2018 (34,8 % auf Schulebene und 66,1 % auf Schüler*innenebene) festgelegt.

In der ersten Ziehung wurden demnach 169 Schulen (89 Grundschulen, 35 Oberschulen, 23 Gymnasien, 11 Gesamtschulen und 11 Förderschulen) zufällig aus allen allgemeinbildenden Brandenburger Schulen gezogen. Aufgrund der niedrigen Rücklaufquote auf Schulebene und einer sich andeutenden niedrigen Rücklaufquote auf Ebene der Schülerinnen und Schüler wurde zweifach nachgezogen, sodass insgesamt 365 Schulen (124 Grundschulen, 89 Oberschulen, 96 Gymnasien, 45 Gesamtschulen und 11 Förderschulen) kontaktiert wurden.

2.2 Ablauf und Durchführung der Studie

Vor der Durchführung der HBSC-Studie erfolgte eine Genehmigung durch das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBS) des Landes Brandenburg und eine Überprüfung der ethischen Unbedenklichkeit durch die Ethikkommission der BTU und der Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg.

¹ Um ein leichteres Lesen zu ermöglichen, werden Schulen mit sonderpädagogischem Förderschwerpunkt Lernen oder emotionale und soziale Entwicklung nachfolgend unter dem Terminus Förderschule zusammengefasst.

Die Schulleitungen der 365 zufällig ausgewählten Schulen wurden zwischen Januar und Juni 2022 zur HBSC-Studie Brandenburg eingeladen. Sie erhielten ein Einladungsschreiben (inkl. Anmeldebogen), Informationsflyer für die Schulleitung, Informationen zum Befragungsmodus (online oder via Tablet), das Genehmigungsschreiben des MBS, ein Unterstützungsschreiben der WHO und weiterführende Links zum Datenschutz und den Fragebogen. Parallel zur postalischen Einladung erfolgte eine telefonische Rekrutierung und Betreuung der Schulen, die bereits zugesagt haben.

In der aktuellen Erhebungswelle bestand die Möglichkeit, online oder via Tablets an der Befragung teilzunehmen. Bei der Online-Befragung erhielten die Schulen einen Link und einen Klassencode, um die Befragung über *Lime Survey* anonym zu absolvieren. Bei der Tablet-Befragung vereinbarte das Team der BTU mit den Schulen einen Termin, sodass die Schüler*innen mit den Tablets der BTU vor Ort befragt werden konnten.

Schulen, die zugesagt haben, erhielten Informationsflyer für die Erziehungsberechtigten und Schüler*innen (inkl. Einverständniserklärung), ausführliche Informationen zum Erhebungsmodus, zur Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Befragung und die Zugangslinks und Codes für die Online-Befragung. Mit den Schulen, die sich für die Tablet-Variante entschieden haben, wurden Termine für die Befragung vereinbart.

Die schulinterne Ansprechperson teilte in den entsprechenden Klassen die Informationsflyer aus und sammelte sie unterschrieben wieder ein. Die Teilnahme an der Schüler*innenbefragung erfolgte freiwillig, d. h. es durften nur die Schüler*innen teilnehmen, die eine unterschriebene Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten und (ab Klasse 7) eine selbst unterzeichnete Einverständniserklärung abgegeben haben.

Die Befragung erfolgte von April bis Juli 2022 und dauerte etwa 45 Minuten pro befragter Klasse. Bei der Online-Variante der Befragung beantworteten die Kinder und Jugendlichen die Fragen an den schulinternen Geräten, sodass die anonymisierten Daten unmittelbar auf dem BTU-Server eingingen. Bei der Tablet-Variante wurden die anonymen Daten auf den Tablets der BTU gespeichert und anschließend auf den BTU-Server geladen. Die Zuordnung der Fragebögen zu den befragten Klassen und Schulen erfolgte mit Hilfe von zufällig generierten Codes, die sowohl für die Online-Befragung als auch für die Tablet-Befragung an die jeweiligen Klassen vergeben wurden.

Die Rekrutierung der Befragungsschulen gestaltete sich aufgrund der pandemiebedingten personellen Engpässe an den Schulen schwierig. Durch mehrfaches Nachziehen von Schulen und mithilfe einer engmaschigen telefonischen Betreuung der Schulen gelang es dennoch, eine Stichprobengröße von 4.018 Schülerinnen und Schülern zu erreichen.

2.3 Befragungsinstrument

Mit dem HBSC-Fragebogen wurden verschiedene soziodemographische Merkmale und Indikatoren der Gesundheit, des Gesundheitsverhaltens und gesundheitlicher Einflussfaktoren standardisiert mittels Selbstauskunft der Schüler*innen erfasst.

Der Schüler*innenfragebogen beinhaltet einen vorgegebenen, internationalen Kernfragebogen, eine bundeseinheitliche Schwerpunktsetzung und eine Erweiterung für das Land Brandenburg. Die Verwendung eines bundesweit und international einheitlichen Befragungsinstruments ermöglicht Vergleiche mit den Befragungsergebnissen in Deutschland und anderen Ländern. In der Tabelle 1 findet sich eine Übersicht zu den Inhaltsbereichen des Fragebogens mit entsprechenden Beispielindikatoren.

Einige Indikatoren sind nur für Schüler*innen höherer Jahrgangsstufen vorgesehen. Beispielsweise wurden Indikatoren des illegalen Drogenkonsums und des Sexualverhaltens nur von Lernenden der Jahrgangsstufe 9 erfragt.

Die Ergebnisse zur Gesundheit und zum Gesundheits- und Risikoverhalten werden jeweils in Bezug zu den Merkmalen Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärer Wohlstand dargestellt, da es sich bei diesen Indikatoren um zentrale gesundheitliche Einflussfaktoren handelt.

Tab. 1: Inhaltsbereiche mit Beispielindikatoren, HBSC-Studie Brandenburg 2022

Inhaltsbereich	Beispielindikatoren
Soziodemografische Merkmale	Geschlecht, Klassenstufe, familiärer Wohlstand, Migrationsstatus
Gesundheit	
Allgemeine Gesundheit	Subjektiv eingeschätzter Gesundheitszustand
Körperliche Gesundheit	Behandlungsrelevante Verletzungen, Corona-Infektion
Psychische Gesundheit	Lebenszufriedenheit, depressive Stimmung, psychosomatische Beschwerden, Einsamkeit
Gesundheits- und Risikoverhalten	
Bewegungsverhalten	Sportliche Aktivität außerhalb der Schulstunden
Ernährungsverhalten	Verzehr bestimmter Lebensmittel
Zahnhygiene	Zähneputzen
Substanzkonsum	Zigaretten- und Alkoholkonsum, Konsum illegaler Drogen ^a
Soziales Risikoverhalten	Beteiligung an Schlägereien, Mobbing in der Schule, Cybermobbing
Abhängige Verhaltensweisen	Problematischer Konsum von sozialen Medien
Sexualverhalten ^a	Alter beim ersten Sexualverkehr, Nutzung von Verhütungsmethoden
Gesundheitliche Einflussfaktoren	
Familie und soziale Lage	Familiärer Wohlstand, Familienform, familiäre Unterstützung,
Schule und Schulklima	Schulform, Schulzufriedenheit, schulische Belastung, Unterstützung durch Lehrkräfte
Medien	Intensität der Online-Kommunikation
Freunde und Freundinnen	Unterstützung durch Freunde und Freundinnen
Individuum	Gesundheitskompetenz

Anmerkungen: a = nur 9. Klasse

Nachfolgend werden diese Hintergrundmerkmale vorgestellt. Die Beschreibung anderer gesundheitlicher Einflussfaktoren sowie der Indikatoren der Gesundheit, des Gesundheits- und Risikoverhaltens findet sich in den themenspezifischen Kapiteln.

2.3.1 Geschlecht und Klassenstufe

Das Geschlecht wurde mit der Frage „Bist du ein Junge oder ein Mädchen?“ erhoben. Die Antwortmöglichkeiten wurden in dieser Erhebungswelle um die Option „Divers“ ergänzt.

Die Klassenstufe konnten die Schüler*innen im Fragebogen direkt angeben. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt entsprechend der befragten Klassenstufen. 5. Klasse (ca. 11,5 Jahre), 7. Klasse (ca. 13,5 Jahre) und 9. Klasse (ca. 15,5 Jahre).

2.3.2 Schulform

Die besuchte Schulform der Teilnehmer und Teilnehmerinnen lässt sich anhand der Codes ermitteln, die jeder Schule zugewiesen wurden. Bei Schulzentren, die eine Grundschule und eine Oberschule umfassten, wurde die Schulform in Abhängigkeit von der Jahrgangsstufe als Grundschule (Lernende der Jahrgangsstufe 5) oder als Oberschule (Lernende der Jahrgangsstufe 7 und 9) bewertet.

Die Ergebnisse werden entsprechend separat für jede Schulform (Grundschule, Oberschule, Gymnasium, Gesamtschule, Förderschule) dargestellt.

2.3.3 Familiärer Wohlstand

Der familiäre Wohlstand dient als Indikator für den sozioökonomischen Status der Schüler*innen und wurde mittels der Family Affluence Scale (FAS; Currie, Elton, Todd & Platt, 1997) erfasst. Eine herkömmliche Erhebung des sozioökonomischen Status anhand des Einkommens, des Berufsstatus oder Bildungsstandes der Eltern wurde nicht gewählt, da viele Kinder und Jugendliche dazu keine Angaben machen können. Die FAS stellt durch die Abfrage von Wohlstandsgütern der Familie einen zuverlässigen Indikator des familiären Wohlstandes dar, der sich in vorherigen HBSC-Wellen bewährt hat und eine internationale Vergleichbarkeit ermöglicht (Inchley et al., 2021/2022). Die Skala setzt sich aus sechs Fragen zusammen, welche das Vorhandensein einzelner Wohlstandsgüter (z. B. „Besitzt deine Familie ein Auto?“ mit den Antwortoptionen 0 = „Nein“, 1 = „Ja eins“ und 2 = „Ja, zwei oder mehr“) in der Familie der Heranwachsenden erfassen. Die Angaben werden zu einem Index summiert, der als Indikator für den familiären Wohlstand fungiert. Dieser Wert kann zwischen 0 (geringster familiärer Wohlstand) und 13 (höchster familiärer Wohlstand) liegen. Für die anschauliche Darstellung der Ergebnisse wird der Index in die Kategorien „niedriger“, „mittlerer“ und „hoher familiärer Wohlstand“ eingeteilt. Die unteren 20 % des Scores (Quintil 1) gelten als niedriger, die mittleren 60 % (Quintil 2-4) als mittlerer und die oberen 20 % (Quintil 5) als hoher sozioökonomischer Status, wobei die Quintile unter Berücksichtigung der Klassenstufe und des Geschlechts berechnet wurden.

2.4 Realisierte Stichprobe

Es wurden 365 Schulen in Brandenburg angefragt, davon haben 87 an der HBSC-Befragung teilgenommen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 23,6 % und liegt damit deutlich unter der Rücklaufquote der letzten Erhebungswelle (34,8 %). Als Gründe für eine Nichtteilnahme wurden von den Schulleitungen u. a. pandemiebedingte Belastungen des Personals, der Schüler*innen und der Eltern, Personal-mangel, Unterrichtsausfall und die Teilnahme an anderen Studien benannt.

Insgesamt wurden damit 6.550 Schülerinnen und Schüler zur Teilnahme an der HBSC-Studie eingeladen, davon haben 4.018 den Fragebogen bearbeitet. Dies ergibt eine Rücklaufquote auf Schüler*innenebene von 61,3 % (Rücklaufquote 2018: 66,1 %). Der finale Datensatz nach der Datenbereinigung enthält Daten von $N = 3.801$ Schülerinnen und Schülern (Mädchen = 52,6 %, Jungen = 45,6 %, Diverse = 1,8 %), $M_{alter} = 13,5$ Jahre, $SD = 1,6$. Tabelle 2 zeigt die Eckdaten der Stichprobe 2022, getrennt nach Schulform, Klassenstufe und Geschlecht.

Tab. 2: Realisierte Stichprobe nach Schulform, Jahrgangsstufe und Geschlecht, HBSC-Studie Brandenburg 2022

		Schulform					Gesamt
		Grund- schule	Ober- schule	Gymnasium	Gesamt- schule	Förder- schule	
Jahrgangsstufe 5	Jungen	439	34	23	6	16	518
	Mädchen	481	58	9	15	10	573
	Divers	4	1	0	0	0	5
Jahrgangsstufe 7	Jungen	0	285	369	47	14	715
	Mädchen	0	209	507	50	11	777
	Divers	0	8	14	3	0	25
Jahrgangsstufe 9	Jungen	0	192	270	34	5	501
	Mädchen	0	251	378	17	4	650
	Divers	0	10	25	1	1	37
Gesamt		924	1.048	1.595	173	61	3.801

2.4.1 Repräsentativität

Als Grundgesamtheit für die Prüfung der Repräsentativität der Stichprobe dienten alle Brandenburger Schülerinnen und Schüler ($N = 67.276$), die im Schuljahr 2020/21 an einer allgemeinbildenden Schule (Grundschulen, Oberschulen, Gymnasien, Gesamtschulen und Förderschulen) in den Jahrgangsstufen 5, 7 und 9 unterrichtet wurden. Von der Grundgesamtheit wurden 4.018 Schülerinnen und Schüler im Rahmen der HBSC-Studie Brandenburg befragt, womit sich eine Ausschöpfungsquote von rund 6 % ergibt. Um die Repräsentativität der realisierten Stichprobe zu testen, wurde die Schüler*innenverteilung in der Stichprobe mit der Schüler*innenverteilung der Grundgesamtheit hinsichtlich der Merkmale Geschlecht, Jahrgangsstufe, Schulform, Trägerschaft der Schulen und Gemeindegrößenklassen der Schulstandorte abgeglichen. In der Tabelle 3 wird die Schüler*innenverteilung in der Grundgesamtheit und der realisierten Stichprobe hinsichtlich der betrachteten Merkmale gegenübergestellt.

Die Stichprobe weicht hinsichtlich der Schulform, der Klassenstufe und des Geschlechts leicht von der Grundgesamtheit ab. Tendenziell wurden überproportional viele Mädchen, Schüler*innen der Klassenstufe 7 und Gymnasialschüler*innen befragt. Aufgrund dessen wurde dem Datensatz eine Gewichtung beigelegt, die diese drei Ungleichgewichte statistisch ausgleicht.

Tab. 3: Grundgesamtheit und realisierte Stichprobe nach Geschlecht, Jahrgangsstufe, Schulform, Trägerschaft der Schulen und Gemeindegrößen der Schulstandorte, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Grundgesamtheit		Stichprobe 2022		
	Anteil	Anteil in %	Anteil	Anteil (in %)	%-Differenz
Geschlecht					
Jungen	34.441	51,2	1.734	45,6	-5,6
Mädchen	32.835	48,8	2.000	52,6	3,8
Divers			67	1,8	-
Klassenstufe					
5. Klasse	22.789	33,9	1.096	28,8	-5,1
7. Klasse	22.737	33,8	1.517	39,9	6,1
9. Klasse	21.750	32,3	1.188	31,3	-1
Schulform					
Grundschule	19.333	28,7	924	24,3	-4,4
Oberschule	19.146	28,5	1.048	27,6	-0,9
Gymnasium	19.151	28,5	1.595	42,0	13,5
Gesamtschule	8.011	11,9	173	4,5	-7,4
Förderschule	1.635	2,4	61	1,6	-0,8
Trägerschaft					
Öffentlich	59.857	89	3.486	91,7	2,7
Frei	7.419	11	315	8,3	-2,7
Gemeindegröße					
Unter 20.000	65.453	56,6	2.092	55	-1,6
Über 20.000	50.180	43,4	1.709	45	1,6

2.4.2 Vergleich der Stichprobe 2018 und 2022

Im vorliegenden Bericht werden zentrale Ergebnisse aus der aktuellen HBSC-Erhebungswelle mit den Ergebnissen aus der Welle 2018 verglichen. Für einige – neu in die Befragung aufgenommene – Indikatoren ist dieser Vergleich nicht möglich. Das betrifft zum Beispiel Fragen, die sich auf die Erfahrungen der Schüler*innen mit der Corona-Pandemie beziehen. In Tabelle 4 befinden sich zentrale Unterschiede in der Verteilung der Stichproben der Jahre 2018 und 2022.

Tab. 4: Stichprobe 2018 und 2022 nach Geschlecht, Jahrgangsstufe, Schulform und Trägerschaft der Schulen und Gemeindegröße, HBSC-Studie Brandenburg 2022

Stichprobe	2022	2018
Geschlecht		
Jungen	1.734	1.472
Mädchen	2.000	1.585
Divers	67	(nicht erfasst)
Klassenstufe		
5. Klasse	1.096	1.001
7. Klasse	1.517	1.080
9. Klasse	1.188	976
Schulform		
Grundschule	924	837
Oberschule	1.048	780
Gymnasium	1.595	1.007
Gesamtschule	173	268
Förderschule	61	165
Trägerschaft		
Öffentlich	3.486	2.898
Frei	315	159
Gemeindegrößen		
Unter 20.000	2.092	1.561
Über 20.000	1.709	1.496

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 aus der aktuellen Erhebungswelle 2022 zu den einzelnen Indikatoren mit den Befragungsergebnissen der letzten Brandenburger Erhebungswelle aus dem Jahr 2018 verglichen. In der Darstellung der Brandenburger Befragungsergebnisse 2022 werden die Hintergrundmerkmale Geschlecht, Klassenstufe, 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.

3 Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Brandenburg

Ludwig Bilz & Raphael Schütz

3.1 Allgemeiner Gesundheitszustand

Die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes ist ein wesentlicher Gesundheitsindikator der HBSC-Studie und weist Parallelen mit dem Gesundheitsbegriff der WHO auf. Studien zeigen, dass der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand mit soziodemografischen Merkmalen (John & Bilz, 2020; Kaman et al., 2020), dem Gesundheitsverhalten und psychosozialen Faktoren (Moor et al., 2014) in Verbindung steht. Beispielsweise geht ein schlechter subjektiver Gesundheitszustand mit einem geringeren familiären Wohlstand (Kuntz et al., 2018), geringerer Lebenszufriedenheit (Inchley et al., 2016) und einer höheren Mortalität einher (Idler & Benyamini, 1997). Der allgemeine Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen ist gemäß der COPSY-Studie (Corona und Psyche) während der Corona-Pandemie unverändert geblieben (Schlack et al., 2023). In der letzten HBSC-Erhebung aus dem Jahr 2018 berichteten Mädchen, ältere Jugendliche, Schüler*innen aus der Förderschule und Heranwachsende mit geringerem familiärem Wohlstand über einen schlechteren Gesundheitszustand (John & Bilz, 2020).

Wie wurde der allgemeine Gesundheitsstatus erfasst?

Zur Erfassung des allgemeinen Gesundheitszustandes wurden die Schülerinnen und Schüler gefragt „Wie würdest du deinen Gesundheitszustand beschreiben?“. Sie konnten zwischen den Antwortoptionen „ausgezeichnet“, „gut“, „einigermaßen“ und „schlecht“ auswählen (Kaplan & Camacho, 1983).

3.1.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

32,6 % der befragten Kinder und Jugendlichen in Brandenburg berichten von einem ausgezeichneten und 51,8 % von einem guten allgemeinen Gesundheitszustand. 15,6 % der Heranwachsenden schätzen ihren Gesundheitszustand als einigermaßen oder schlecht ein. In Tabelle 5 wird die Einschätzung zum allgemeinen Gesundheitszustand getrennt nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand dargestellt.

Im Vergleich zu Jungen (12 %) beurteilen Mädchen (18,3 %) und Menschen mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“ (41,2 %) ihren allgemeinen Gesundheitszustand häufiger als einigermaßen oder schlecht. Ebenso steht die Einschätzung zum allgemeinen Gesundheitszustand mit der Klassenstufe, der Schulform und dem familiären Wohlstand in Verbindung. Dabei wird deutlich, dass ältere Heranwachsende und Schüler*innen aus Familien mit geringerem Wohlstand ihre Gesundheit als schlechter einschätzen als jüngere Heranwachsende sowie Schüler*innen aus Familien mit höherem Wohlstand. Hinsichtlich der Schulform fällt auf, dass Lernende an Oberschulen (26,1 %) und Förderschulen (23,3 %) ihren Gesundheitszustand negativer einschätzen als Lernende an anderen Schulformen.

Tab. 5: Allgemeiner Gesundheitszustand von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Allgemeiner Gesundheitszustand (in %)				Teststatistik	
	ausgezeichnet	gut	einigermaßen	schlecht	X ² (df)	V
Gesamt	32,6	51,8	13,6	2,0		
Geschlecht						
Junge	38,1	49,9	10,7	1,3	112,64(6)***	.12
Mädchen	27,5	54,1	16,1	2,2		
Divers	17,6	41,2	29,4	11,8		
Klassenstufe						
5. Klasse	38,3	49,8	10,3	1,6	41,99(6)***	.07
7. Klasse	31,6	51,5	14,7	2,2		
9. Klasse	27,8	54,1	16,0	2,1		
Schulform						
Grundschule	40,0	47,8	10,5	1,8	63,27(12)***	.07
Oberschule	26,1	54,7	17,0	2,2		
Gymnasium	32,8	51,9	13,9	1,4		
Gesamtschule	32,2	52,5	12,4	2,9		
Förderschule	23,3	60,0	13,3	3,3		
Familiärer Wohlstand						
Niedrig	19,9	60,3	16,0	3,9	79,97(6)***	.10
Mittel	34,4	50,9	13,3	1,4		
Hoch	42,0	43,3	13,0	1,7		

Anmerkungen: N = 3.606-3.774, X² = Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), *** p < .001.

3.1.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Die Abbildung 2 zeigt, dass Kinder und Jugendliche ihre allgemeine Gesundheit im Jahr 2022 signifikant als schlechter einschätzten als in der letzten Erhebung 2018. So ist der Anteil derjenigen, die ihre Gesundheit als ausgezeichnet einstufen, von 38,5 % im Jahr 2018 auf 32,6 % im Jahr 2022 zurückgegangen.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand, zeigt sich der Rückgang der allgemeinen Gesundheit nur bei den Mädchen (einigermaßen oder schlecht: 2018: 12,2 % vs. 2022: 18,3 %), während er bei den Jungen nicht signifikant ist (einigermaßen oder schlecht: 2018: 9,9 % vs. 2022: 12 %). In Bezug auf die Klassenstufen ist in allen Klassen eine Abnahme der allgemeinen Gesundheit zu verzeichnen, dieser ist jedoch nur in der 7. und 9. Klassenstufe signifikant. Hinsichtlich des familiären Wohlstands liegt in allen Gruppen (niedrig, mittel, hoch) ein Rückgang der allgemeinen Gesundheit vor, der jedoch bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Wohlstand stärker ausfällt. Beispielsweise ist der Anteil der Befragten, der seine Gesundheit als ausgezeichnet einstuft, bei Schüler*innen aus Familien mit niedrigem Wohlstand von 2018 zu 2022 um 11,4 % gesunken. Bei den Lernenden aus Familien mit höherem Wohlstand ist diese Veränderung weniger markant (Abnahme um 5,4 %).

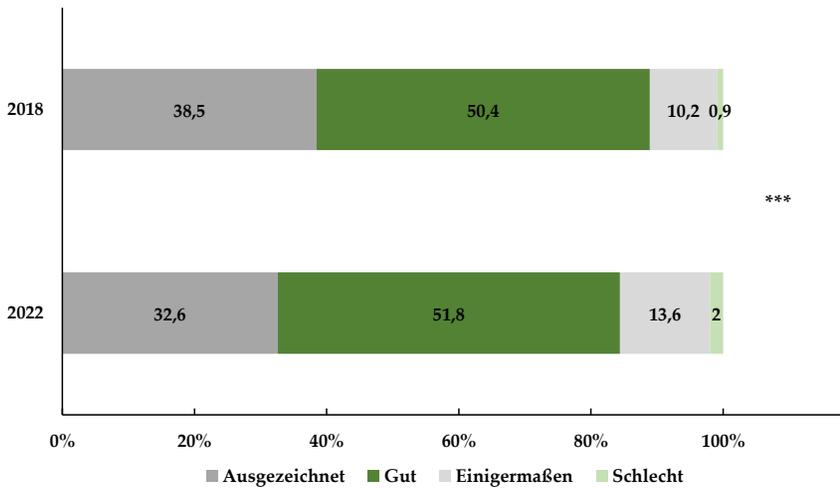


Abb. 2: Allgemeiner Gesundheitszustand von Brandenburger Schülerinnen und Schülern 2022 im Vergleich zu 2018. Anmerkungen: $N_{2018} = 3.049$, $N_{2022} = 3.774$, $X^2(3) = 45,63$, $p < .001$, $V = .082$, $*** p < .001$.

Was sind die zentralen Ergebnisse zum allgemeinen Gesundheitszustand?

- Mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „gut“ ein, ein weiteres Drittel als „ausgezeichnet“.
- Mädchen, Jugendliche mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“, Schüler*innen an Ober-, Gesamt- und Förderschulen und aus Familien mit geringerem Wohlstand berichten häufiger von einem schlechten Gesundheitszustand.
- Brandenburger Lernende schätzten im Jahr 2022 ihren allgemeinen Gesundheitszustand signifikant als schlechter ein als 2018. Diese Abnahme betrifft insbesondere Mädchen, Jugendliche aus höheren Klassenstufen und jene aus Familien mit niedrigem Wohlstand.

3.2 Körperliche Gesundheit

3.2.1 Corona-Infektion

Im Januar 2020 meldete das Robert Koch Institut (RKI) die ersten COVID-19-Fälle in Deutschland und im März kündigte die WHO an, dass sich das Virus zu einer weltweiten Pandemie ausgebreitet hat (Allmendinger et al., 2022). Seither sind weltweit ca. 768.187.096 Corona-Fälle nachgewiesen worden und 6,9 Millionen Menschen sind daran gestorben. In Deutschland sind 34,4 Millionen bestätigte Corona- und 174.691 Todesfälle registriert worden (Stand: Juni, 2023, WHO, 2023). Zum Schutz vor COVID-19-Infektionen und insbesondere den damit einhergehenden schweren Verläufen, Todesfällen und Überlastungen des Gesundheitssystems, wurden in Deutschland unterschiedliche Eindämmungsmaßnahmen ergriffen (Allmendinger et al., 2022). Eine Schutzstrategie stellt das Impfen dar. In Deutschland sind 76,4 % der Gesamtbevölkerung zweifach geimpft und 62,6 % haben eine oder mehrere Auffrischungsimpfungen erhalten (Stand: April, 2023; Bundesministerium für Gesundheit, 2023). Auch für Kinder und Jugendliche zwischen 5 und 17 Jahren bestand zur Zeit der Erhebung eine Impfpflicht (Stand Mai, 2022, RKI, 2022). Aktuell gibt die Ständige Impfkommission keine generelle Impfpflicht für gesunde Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre (Stand: Juni, 2023; RKI, 2023). Bei Kindern und

Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren sind 69,6 % zweifach geimpft und 31,6 % haben eine Auffrischungsimpfung bekommen (Stand: April, 2023; Bundesministerium für Gesundheit, 2023). Studien zeigen, dass sowohl die Wahrscheinlichkeit an Corona zu erkranken (Hoebel et al., 2021a, 2021b; Wachtler et al., 2020) als auch die Sterblichkeit aufgrund von Corona (Wachtler et al., 2020) mit soziodemografischen Faktoren wie einem geringeren sozioökonomischen Status in Zusammenhang stehen können. Die COPSY Studie zeigte, dass die Corona-Pandemie bei Kindern und Jugendlichen mit der Abnahme der generellen gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Zunahme zahlreicher psychischer Beschwerden in Zusammenhang steht (Ravens-Sieberer et al., 2021). In Tabelle 6 wird veranschaulicht, wie das Vorliegen einer Corona-Infektion bei den Schüler*innen in Brandenburg nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand verbreitet gewesen ist.

Wie wurde das Vorliegen einer Corona-Infektion erfasst?

Die Kinder und Jugendlichen wurden gefragt, ob sie jemals positiv auf Corona getestet worden sind mit den Antwortoptionen „Ja“, „Nein“ und „Ich weiß es nicht“. Zur Auswertung wurden die Kategorien „Ja“ und „Nein“ betrachtet und die Antwortoption „Ich weiß es nicht“ als fehlender Wert angesehen.

Tab. 6: Corona-Infektionen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Corona-Infektion (in %)	Teststatistik	
		χ^2 (df)	V
Gesamt	66,6		
Geschlecht			
Junge	66,6	.15 (2)	.00
Mädchen	66,6		
Divers	69,1		
Klassenstufe			
5. Klasse	71,8	24,16 (2)***	.08
7. Klasse	62,0		
9. Klasse	66,4		
Schulform			
Grundschule	71,6	22,61(4)***	.08
Oberschule	67,0		
Gymnasium	61,5		
Gesamtschule	67,1		
Förderschule	68,6		
		2,20 (2)	.03
Familiärer Wohlstand			
Niedrig	64,7		
Mittel	66,9		
Hoch	69,2		

Anmerkungen: $N = 3.239-3.387$, $\chi^2 =$ Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), *** $p < .001$.

66,6 % der befragten Kinder und Jugendlichen berichten, mit dem Corona-Virus infiziert gewesen zu sein. Hierbei gibt es keine Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts und des familiären Wohlstands. Hinsichtlich der Klassenstufe zeigt sich, dass Kinder aus der 5. Klasse (71,8 %) besonders häufig und Lernende aus den höheren Klassen seltener von Corona-Infektionen berichten. Auch bezüglich der Schulform zeigen sich signifikante Unterschiede. Beispielsweise berichten Lernende aus der Grundschule am häufigsten (71,6 %) und Heranwachsende aus dem Gymnasium am seltensten (61,5 %) von einer Corona-Infektion. Dieser Schulformeffekt ist jedoch vermutlich auf den berichteten Klassenstufeneffekt zurückzuführen.

Was sind die zentralen Ergebnisse zur Infektion an Corona?

- Zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen berichten, dass sie positiv auf das Corona-Virus (SARS-CoV-2) getestet wurden.
- Lernende aus der 5. Klasse berichten besonders häufig von Corona-Infektionen, während sich keine Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts und des Wohlstands zeigen.

3.2.2 Behandlungsrelevante Verletzungen

Behandlungsrelevante Verletzungen treten im Kindes- und Jugendalter besonders häufig in Zusammenhang mit sportlichen oder spielerischen Aktivitäten auf (Pickett et al., 2005) und stellen ein zentrales gesundheitliches Problem dar. Schwere Verletzungen durch Unfälle im Straßenverkehr sind bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen die häufigste Todesursache (WHO, 2022e), doch auch leichtere, nicht lebensbedrohliche Verletzungen können mit Folgen wie Fehlzeiten in der Schule, Behinderungen und Krankenhausaufenthalte einhergehen (Chen et al., 2009; Inchley et al., 2016). Studien zeigen, dass Heranwachsende mit höherem familiären Wohlstand (Inchley et al., 2016), ältere Jugendliche und Jungen (Han et al., 2019; Peden et al., 2008; Saß, Kuhnert & Gutsche, 2019) ein größeres Verletzungsrisiko haben. In der letzten HBSC-Erhebung zeigten sich hingegen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts und des sozioökonomischen Status (John & Bilz, 2020).

Wie wurden behandlungsrelevante Verletzungen erfasst?

Zur Erfassung von behandlungsrelevanten Verletzungen wurden die Schülerinnen und Schüler gefragt, wie häufig sie sich innerhalb der letzten 12 Monate so verletzt haben, dass sie von pflegerischem oder medizinischem Personal behandelt werden mussten (Adams & Hardy, 1989). Sie konnten zwischen den Antwortoptionen „nie“, „1-mal“, „2-mal“, „3-mal“, „4-mal oder häufiger“ auswählen. Für die Darstellung der Ergebnisse wurden die letzten beiden Antwortmöglichkeiten zusammengefasst.

3.2.2.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

38,9 % der Befragten gaben an, sich in den letzten 12 Monaten nie verletzt zu haben, während 38,3 % von häufigeren Verletzungen berichten. In Tabelle 7 findet sich ein Überblick über die Verletzungshäufigkeit nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand.

Die Auftretenshäufigkeit von behandlungsrelevanten Verletzungen nimmt bei Lernenden in höheren Klassenstufen ab. Beispielsweise berichten 46 % der Befragten aus der 9. Klasse davon, sich in den letzten 12 Monaten nie verletzt zu haben, während dies nur auf 34 % der Kinder aus der 5. Klasse zutrifft. Jungen und Menschen mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“ berichten häufiger von Verletzungen als Mädchen. Weiterhin unterscheidet sich die Auftretenshäufigkeit in Abhängigkeit von der Schulform. Lernende aus der Grund- und Förderschule haben sich in den letzten 12 Monaten besonders häufig verletzt, wofür die oben beschriebenen altersbezogenen Unterschiede verantwortlich sein dürften.

Tab. 7: Häufigkeit behandlungsrelevanter Verletzungen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern innerhalb der letzten 12 Monate nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Häufigkeit behandlungsrelevanter Verletzungen (in %)				Teststatistik	
	nie	1-mal	2-mal	3-mal o. mehr	$\chi^2(df)$	V
Gesamt	38,9	22,8	16,0	22,3		
Geschlecht						
Junge	37,8	23,1	16,2	22,9	19,67 (6)*	.05
Mädchen	40,2	23,0	15,7	21,0		
Divers	30,6	9,7	17,7	41,9		
Klassenstufe						
5. Klasse	34,0	25,0	16,9	24,1	48,04 (6)***	.08
7. Klasse	36,5	22,2	16,0	25,3		
9. Klasse	46,0	21,3	15,0	17,7		
Schulform						
Grundschule	34,5	25,4	16,0	24,2	68,13 (12)***	.08
Oberschule	37,0	21,2	17,8	23,9		
Gymnasium	44,7	23,9	12,8	18,6		
Gesamtschule	41,1	20,2	19,3	19,5		
Förderschule	27,4	13,1	15,5	44,0		
Familiärer Wohlstand						
Niedrig	43,0	19,9	15,1	21,9	29,64 (6)***	.09
Mittel	40,0	23,5	15,9	20,6		
Hoch	30,1	22,9	17,4	29,6		

Anmerkungen: N = 3.417-3.577, χ^2 = Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), * $p < .05$, *** $p < .001$.

3.2.2.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Abbildung 3 zeigt, dass die Befragten 2022 signifikant häufiger von behandlungsrelevanten Verletzungen berichtet haben als 2018.

Betrachtet man die Entwicklung behandlungsrelevanter Verletzungen von 2018 zu 2022 in den Subgruppen Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand, zeigt sich der Anstieg je nach Geschlecht und familiärem Wohlstand nahezu gleichförmig. Etwas stärker war der Anstieg bei jüngeren Kindern. Beispielsweise ist der Anteil der Fünftklässler*innen, die sich 3-mal oder öfter verletzt haben, von 11,4 % in 2018 auf 24,1 % in 2022 angestiegen. Bei den Neuntklässler*innen ist diese Veränderung weniger markant (2018: 12,9 %, 2022: 17,7 %).

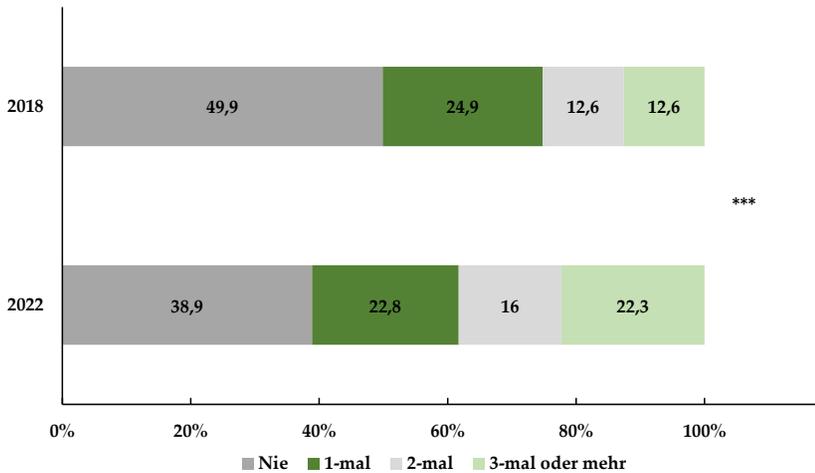


Abb. 3: Häufigkeit behandlungsrelevanter Verletzungen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 12 Monaten im Vergleich zu 2018. *Anmerkungen:* $N_{2018} = 2.837$, $N_{2022} = 3.574$, $X^2(3) = 142,36$, $p < .001$, $V = .149$, $*** p < .001$.

Was sind die zentralen Ergebnisse zu behandlungsrelevanten Verletzungen?

- Sechs von zehn Kindern und Jugendlichen haben sich in den letzten 12 Monaten nicht oder nur einmal verletzt.
- Jungen, Menschen mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“ und jüngere Heranwachsende berichten häufiger von behandlungsrelevanten Verletzungen.
- Kinder und Jugendliche berichten 2022 von statistisch signifikant häufigeren behandlungsrelevanten Verletzungen als 2018. Dieser Anstieg zeigt sich vor allem bei jüngeren Befragten.

3.3 Psychische Gesundheit

Die psychische Gesundheit der Brandenburger Kinder und Jugendlichen wird mit mehreren Indikatoren abgebildet, und zwar der Lebenszufriedenheit, dem Auftreten psychosomatischer Beschwerden, dem Vorliegen depressiver Symptome und von Einsamkeitsgefühlen.

3.3.1 Lebenszufriedenheit

Die Lebenszufriedenheit kann als kognitiver Aspekt des subjektiven Wohlbefindens betrachtet werden und spiegelt die Beurteilung der gesamten Lebenslage einer Person wider (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Im Jugendalter wird die Lebenszufriedenheit stark durch Lebensereignisse und soziale Beziehungen in den Lebensbereichen Familie, Gleichaltrigengruppe und Schule geformt (z. B. Oberle, Schonert-Reichl & Zumbo, 2011; siehe Proctor, Linley & Malthy, 2009 für eine Übersicht). Weiterhin unterscheidet sich die Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit von bestimmten soziodemographischen Faktoren. Bei der letzten HBSC-Erhebung in Brandenburg vor vier Jahren berichteten Jungen und jüngere Schülerinnen und Schüler eine höhere Lebenszufriedenheit als Mädchen und ältere Befragte. Zudem ließ sich eine höhere Lebenszufriedenheit bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit höherem Wohlstand und am Gymnasium (vs. Oberschule und Förderschule in der Sekundarstufe) feststellen.

Die Lebenszufriedenheit der Kinder und Jugendlichen in Brandenburg unterschied sich 2018 nicht vom deutschlandweiten Durchschnitt (John & Bilz, 2020).

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) und 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 2022

In der aktuellen Befragung von 2022 berichten die Kinder und Jugendlichen eine Lebenszufriedenheit auf der mittleren Stufe von 7,6 (vgl. Abbildung 4). Wie auch vor vier Jahren berichten Jungen, jüngere Befragte sowie Kinder und Jugendliche aus Familien mit höherem Wohlstand die höchste Lebenszufriedenheit. Die niedrigste Lebenszufriedenheit geben Befragte mit der Geschlechtsidentität „Divers“ an. Bei den Schulformen in der Sekundarstufe liegen die Werte für Schüler*innen am Gymnasium, Gesamt- und Oberschulen fast gleichauf. Die höhere Lebenszufriedenheit an den Grundschulen ist vermutlich auf das niedrigere Alter zurückzuführen. Die Werte für die Förderschüler*innen müssen aufgrund der kleineren Substichprobe mit Vorsicht interpretiert werden.

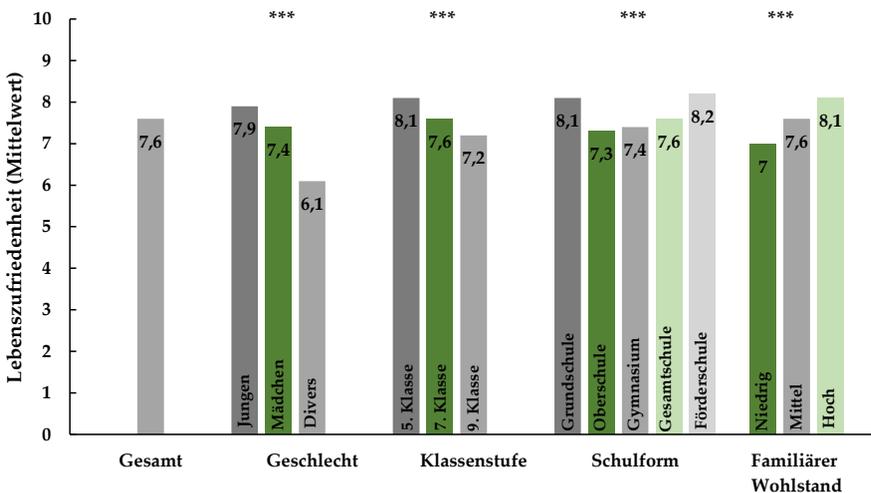


Abb. 4: Lebenszufriedenheit von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand. *Anmerkungen:* Geschlecht: $\chi^2(2) = 108,68, p < .001, r = .11 - .16$, Klassenstufe: $\chi^2(2) = 186,81, p < .001, r = .12 - .27$, Schulform: $\chi^2(4) = 128,59, p < .001, r = .12 - .21$, Familiärer Wohlstand: $\chi^2(2) = 80,78, p < .001, r = .09 - .26$, *** $p < .001, r =$ Korrelationskoeffizient nach Pearson (Effektstärke; angegeben ist die Spannweite der Effektstärken der jeweiligen Paarvergleiche).

3.3.1.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Vergleicht man die Ergebnisse von 2018 mit den aktuellen Daten, so ist 2022 eine geringfügig niedrigere Lebenszufriedenheit zu beobachten (vgl. Abbildung 5). Dieser Unterschied ist zwar statistisch signifikant jedoch von sehr geringer Effektstärke.

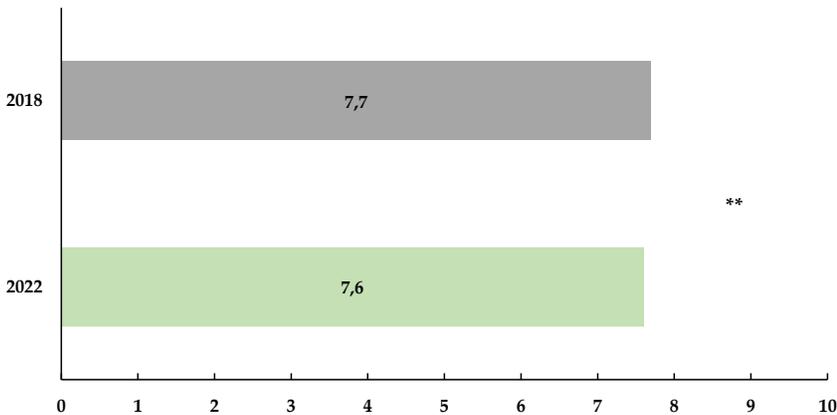


Abb. 5: Lebenszufriedenheit von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich von 2022 zu 2018. *Anmerkungen:* $N_{2018} = 3.021$, $N_{2022} = 3.758$, $Z = -2,91$, $p < .01$, $r = .03$, $** p < .01$, $r =$ Korrelationskoeffizient nach Pearson (Effektstärke).

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand, zeigt sich der Rückgang der Lebenszufriedenheit nur bei den Mädchen, bei den Lernenden aus der 9. Klasse und aus Familien mit niedrigem und mittlerem Wohlstand.

Was sind die zentralen Ergebnisse zur Lebenszufriedenheit?

- Die Brandenburger Schüler*innen schätzen ihre Lebenszufriedenheit auf einer Skala von 0 bis 10 im Schnitt mit 7,6 ein.
- Die Lebenszufriedenheit ist höher bei Jungen, bei Lernenden aus der 5. Klassenstufe und bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit höherem Wohlstand. Besonders niedrig ist die Lebenszufriedenheit bei Menschen mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“.
- Im Vergleich zu 2018 berichten die Kinder und Jugendlichen eine geringfügig niedrigere Lebenszufriedenheit.

3.3.2 Psychosomatische Beschwerden

Psychosomatische Beschwerden sind Beeinträchtigungen der Gesundheit, die im Überschneidungsbereich zwischen körperlichen 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). 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 schulische Erfahrungen (insbesondere Überforderungserleben und Mobbing Erfahrungen) zu psychosomatischen Beschwerden führen können (Bilz, 2008).

Bei der HBSC-Studie Brandenburg 2018 berichteten über 31 % der Kinder und Jugendlichen, dass sie mindestens mehrmals wöchentlich unter mehreren psychosomatischen Beschwerden leiden, darunter insbesondere Einschlafprobleme, Gereiztheit und Kopfschmerzen. Besonders markant waren ge-

schlechts- und schulformbezogene Unterschiede mit höheren Beschwerden bei Mädchen und Schüler*innen an Ober- und Förderschulen. Im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt fiel die Häufigkeit psychosomatischer Beschwerden in Brandenburg höher aus (John & Bilz, 2020).

Wie wurden die psychosomatischen 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. Genauer betrachtet wird die Gruppe der Befragten, die mindestens zwei Beschwerden berichten, die mehrmals pro Woche oder täglich auftreten.

3.3.2.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

Knapp 42 % der befragten Kinder und Jugendlichen berichten, dass sie mehrmals pro Woche und häufiger unter mindestens zwei psychosomatischen Beschwerden leiden. Besonders verbreitet sind Gereiztheit und Einschlafprobleme (vgl. Abb. 6).

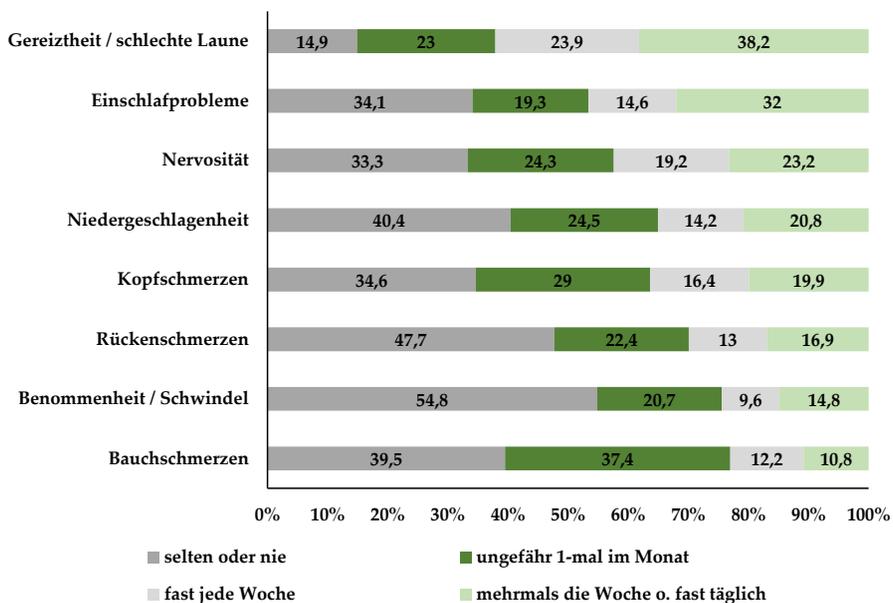


Abb. 6: Psychosomatische Beschwerden von Brandenburger Schülerinnen und Schülern.

Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Mehr als drei Viertel der Befragten mit der Geschlechtsidentität „Divers“ und mehr als die Hälfte der Mädchen berichten mehrmals wöchentlich auftretende multiple psychosomatische Beschwerden. Weiterhin sind psychosomatische Beschwerden eher bei älteren Befragten, Lernenden an Förder- und Oberschulen sowie bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit geringerem Wohlstand verbreitet (vgl. Tab. 8).

Tab. 8: Häufigkeit mehrmals wöchentlich auftretender multipler psychosomatischer Beschwerden von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Anteil der Befragten mit mehrmals wöchentlich auftretenden multiplen psychosomatischen Beschwerden (in %)	Teststatistik	
		χ^2 (df)	V
Gesamt	41,9		
Geschlecht			
Junge	30,2	78,72 (2)***	.15
Mädchen	52,7		
Divers	77,8		
Klassenstufe			
5. Klasse	32,4	17,74 (2)***	.07
7. Klasse	42,7		
9. Klasse	50,5		.06
Schulform			
Grundschule	32,6	12,71 (4)*	
Oberschule	48,4		
Gymnasium	44,2		
Gesamtschule	40,8		
Förderschule	50,0	15,48 (2)***	.07
Familiärer Wohlstand			
Niedrig	48,9		
Mittel	40,9		
Hoch	38,2		

Anmerkungen: $N = 3.422-3.568$, $\chi^2 = \text{Chi-Quadrat}$ (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), * $p < .05$, *** $p < .001$.

3.3.2.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit mindestens mehrmals wöchentlich auftretenden multiplen psychosomatischen Beschwerden ist im Vergleich zu 2018 um ca. 10 % angestiegen (vgl. Abb. 7). Diese Veränderung ist statistisch hoch signifikant.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand, fällt auf, dass die Veränderungen in Abhängigkeit vom familiären Wohlstand relativ gleichförmig verlaufen, während sie hinsichtlich des Geschlechts und der Klassenstufe unterschiedlich ausfallen. Der Anteil an Mädchen, der häufig mehrere psychosomatische Beschwerden berichtet, ist von 36,3 % im Jahr 2018 auf 52,7 % im Jahr 2022 besonders stark angestiegen. Bei den Jungen ist diese Veränderung weniger markant (2018: 25,4 %, 2022: 30,2 %). Der Anteil an Neuntklässler*innen, der häufig mehrere psychosomatische Beschwerden berichtet, ist von 34,3 % im Jahr 2018 auf 50,5 % im Jahr 2022 besonders stark angestiegen. Bei den Fünftklässler*innen ist diese Veränderung weniger markant (2018: 27,4 %, 2022: 32,4 %).

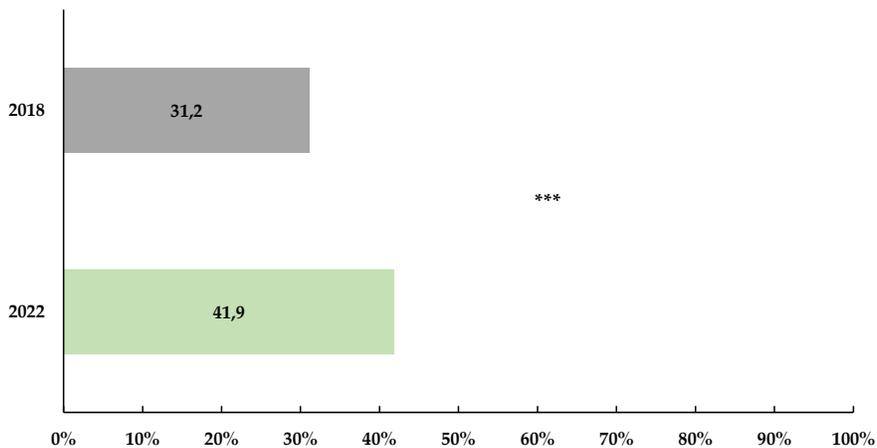


Abb. 7: Anteil der befragten Brandenburger Schülerinnen und Schüler mit mindestens mehrmals wöchentlich auftretenden multiplen psychosomatischen Beschwerden im Vergleich von 2018 zu 2022. *Anmerkungen:* $N_{2018} = 2.865$, $N_{2022} = 3.567$, $X^2(1) = 78,01$, $p < .001$, $V = .110$, $*** p < .001$.

Was sind die zentralen Ergebnisse zu psychosomatischen Beschwerden?

- Rund 42 % der Befragten berichten, dass sie unter mehreren psychosomatischen Beschwerden mehrfach die Woche leiden.
- Besonders häufig leiden Menschen mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“, ältere Jugendliche und Befragte aus Familien mit niedrigem Wohlstand an psychosomatischen Beschwerden.
- Im Vergleich zu 2018 haben psychosomatische Beschwerden bei Brandenburger Kindern und Jugendlichen zugenommen, insbesondere bei Mädchen.

3.3.3 Depressive Symptomatik

Eine Depression zeigt sich nicht nur durch anhaltende Traurigkeit, sondern sie ist durch Episoden charakterisiert, in denen vielfältige emotionale, kognitive, körperliche und verhaltensbezogene Symptome auftreten, z. B. Reizbarkeit, Konzentrationsprobleme, negatives Selbstbild, sozialer Rückzug und Schlafstörungen. Dabei ähnelt die Kernsymptomatik im Kindes- und Jugendalter durchaus derjenigen im Erwachsenenalter, wenngleich Symptomakzentuierungen zu beobachten sind. So dominieren bei Kindern und Jugendlichen im stärkeren Ausmaß Unlust, Hoffnungslosigkeit und negative Zukunftserwartungen die Symptomatik (Bilz, 2012). Depression ist eine der verbreitetsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Erskine et al., 2017; Perou et al., 2013; Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye & Rohde, 2015). Mit steigendem Alter, insbesondere ab der Pubertät, nimmt die Auftretenshäufigkeit depressiver Störungen deutlich zu und erreicht im Jugendalter die bei Erwachsenen zu beobachtenden Zahlen. Während sich bei Kindern kaum signifikante Geschlechtsunterschiede zeigen, erfüllen Mädchen ab der Pubertät ungefähr zweimal häufiger die diagnostischen Kriterien einer depressiven Störung als Jungen. Betroffene sind in vielen Bereichen beeinträchtigt. Sie haben Probleme in der sozialen Interaktion, Konzentrationsschwierigkeiten und häufiger schulische Probleme. Auch die weitere Entwicklung altersgemäßer sozialer, kognitiver und emotionaler Kompetenzen kann behindert sein (Bilz, 2012).

Im Rahmen der Corona-Pandemie hat die depressive Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen zunächst leicht, jedoch nicht signifikant zugenommen. Der Anstieg wurde im weiteren Verlauf der Pandemie stärker, nahm dann jedoch wieder ab (Ravens-Sieberer et al., 2022).

In einer schriftlichen Befragung kann eine Depression als psychische Störung nicht diagnostiziert werden. Jedoch ist es mit Hilfe des in der HBSC-Studie Brandenburg eingesetzten standardisierten Screening-Instruments möglich, Risiken für das Vorliegen einer klinisch relevanten Depressivität zu ermitteln.

In der letzten HBSC-Studie von 2018 zeigten sich Disparitäten hinsichtlich des Geschlechts (höhere Depressivität bei Mädchen), der Klassenstufe (höhere Depressivität in Klassenstufe 9), der Schulform (höhere Depressivität an Förder- und Oberschulen) sowie des familiären Wohlstands (höhere Depressivität bei geringerem familiären Wohlstand). Vom bundesweiten Durchschnitt unterschieden sich die Brandenburger Kinder und Jugendlichen bezüglich der Depressivität nicht.

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, Konzentrations-schwierigkeiten) 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 0 (geringste Depressivität) und 10 (höchste Depressivität) liegen.

3.3.3.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

Auch in der aktuellen Erhebung sind die geschlechtsbezogenen Unterschiede besonders hoch: Befragte mit der Geschlechtsidentität „Divers“ und Mädchen berichten ein deutlich höheres Ausmaß depressiver Symptomatik als Jungen. Zudem sind depressive Symptome bei älteren Schüler*innen und bei Lernenden an Ober- und Förderschulen verbreiteter. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigerem Wohlstand berichten häufigere depressive Symptome als Kinder und Jugendliche aus Familien mit höherem Wohlstand (vgl. Tabelle 9).

Tab. 9: Depressive Symptomatik (Mittelwert) nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Depressive Symptomatik (Mittelwert)	Teststatistik	
		X ² (df)	r
Gesamt	3,2		
Geschlecht			
Junge	2,8	291,21 (2)***	.12-.26
Mädchen	3,6		
Divers	5,3		
Klassenstufe			
5. Klasse	3,0	22,19 (2)***	.04-.09
7. Klasse	3,2		
9. Klasse	3,4		
Schulform			
Grundschule	3,0	35,23 (4)***	.09-.16
Oberschule	3,4		
Gymnasium	3,2		
Gesamtschule	3,1		
Förderschule	3,9		
Familiärer Wohlstand			
Niedrig	3,6	26,59 (2)***	.09-.12
Mittel	3,2		
Hoch	3,1		

Anmerkungen: N = 3.396-3.542, X² = Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, *** p < .001, r = Korrelationskoeffizient nach Pearson (Effektstärke; angegeben ist die Spannweite der Effektstärken der jeweiligen Paarvergleiche).

3.3.3.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Abbildung 8 zeigt, dass der Wert für die Globaleinschätzung depressiver Symptome bei der aktuellen Befragung signifikant höher ausfällt als vor vier Jahren.

Betrachtet man die Veränderungen in den verschiedenen Subgruppen, zeigt sich, dass die depressive Symptomatik nur bei den Mädchen signifikant höher ausfällt als 2018. Hinsichtlich Klassenstufe und familiärem Wohlstand zeigen sich gleichförmige Entwicklungen.

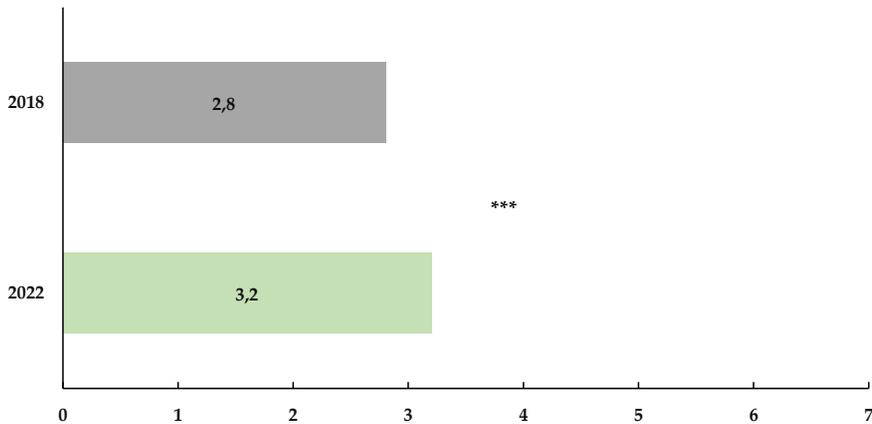


Abb. 8: Mittlere Depressive Symptomatik von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich von 2022 zu 2018. *Anmerkungen:* $N_{2018} = 2.930$, $N_{2022} = 3.542$, $Z = 8,34$, $p < .001$, $r = .10$, $*** p < .001$, $r =$ Korrelationskoeffizient nach Pearson (Effektstärke).

Was sind die zentralen Ergebnisse zur depressiven Symptomatik?

- Der mittlere Wert depressiver Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2022 liegt auf einer Skala zwischen 0 und 10 bei 3,2.
- Mädchen, Menschen mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“, ältere Heranwachsende und Lernende aus der Ober- und Förderschule sowie aus Familien mit geringerem Wohlstand berichten ein höheres Maß depressiver Symptomatik.
- Die depressive Symptomatik hat seit 2018 signifikant zugenommen.

3.3.4 Einsamkeit

Einsamkeit ist ein Phänomen, das zunehmend im öffentlichen und politischen Diskurs präsent ist (Baarck et al., 2021; Eyerund & Orth, 2019) und als gesellschaftliches Gesundheitsproblem betrachtet wird (Baarck et al., 2021; Ernst et al., 2022). Einsamkeit ist ein stress- und leidvoll erlebtes Gefühl aufgrund von qualitativ oder quantitativ mangelhaften sozialen Beziehungen (Perlman & Peplau, 1981). Dieses Erleben kann jedoch subjektiv sein, das heißt, es besteht eine Diskrepanz zwischen gewünschten und wahrgenommenen Beziehungen. Es ist demnach möglich, sich trotz objektiv bestehender Beziehungen einsam zu fühlen oder sich nicht als einsam zu empfinden, obwohl man objektiv alleine ist (Schütz & Bilz, 2023). Einsamkeit ist folglich abzugrenzen von Alleinsein, das einen eher neutralen, temporären Zustand ohne soziale Kontakte beschreibt (Luhmann, 2022).

Einsamkeit ist weltweit stark verbreitet, die Angaben zur Prävalenz schwanken jedoch je nach Befragungsform und Land (Franssen et al., 2020). Für Kinder und Jugendliche, ermittelten frühere internationale HBSC-Erhebungen eine Verbreitung von 8,2 % in England (Qualter et al., 2021), 6,3 % in Dänemark (Madsen et al., 2018) und 15 % in Finnland (Lyyra et al., 2022b). Meta-Analysen berichten von einem Anstieg der Einsamkeit im Rahmen der Corona-Pandemie (Ernst et al., 2022). Einsamkeit steht im Zusammenhang mit zahlreichen physischen und psychischen Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen (Eccles et al., 2020), beispielsweise mit Depressionen (Qualter et al., 2010; Fontaine et al., 2009), Ängsten (Biswas et al., 2021), psychosomatischen Beschwerden (Lyyra et al. 2018, 2022b; Qualter et al., 2021), Schlafproblemen (Eccles et al., 2020; Lyyra et al., 2022b), Suizidalität (Smith et al., 2021) und

schlechteren schulischen Leistungen (Qualter et al., 2021). Einsamkeit ist in vergangenen HBSC-Erhebungen bei Mädchen (Eccles et al., 2020; Lyyra et al., 2022b; Madsen et al., 2018; Qualter et al., 2021) und bei Heranwachsenden aus Familien mit geringerem sozioökonomischen Status (Madsen et al., 2018; Qualter et al., 2021) stärker ausgeprägt gewesen, während die Angaben zum Alter uneinheitlich sind (Qualter et al., 2021; Madsen et al., 2018; Eccles et al., 2020).

Wie wurde Einsamkeit erfasst?

Einsamkeit wurde mithilfe eines Items aus der Short Depression Scale (CES-D; Bradley, Bagnell, Brannen, 2010) erfasst. Hier wird erfragt, inwieweit die Aussage „Ich fühlte mich einsam“ in der letzten Woche zutreffend war, mit den Antwortoptionen „selten oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag)“, „manchmal (1-2 Tage lang)“, „öfters (3-4 Tage lang)“, „meistens, die ganze Zeit (5-7 Tage lang)“. Als einsam werden die Heranwachsenden eingestuft, die angegeben haben, in der letzten Woche „öfters“ (3-4 Tage) oder „meistens“ (5-7 Tage) einsam gewesen zu sein.

3.3.4.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

Von den befragten Kindern und Jugendlichen gaben 60,4 % an, selten oder überhaupt nicht, 20,3 % manchmal, 12 % öfters und 7,4 % meistens bzw. die ganze Zeit einsam gewesen zu sein. In Tabelle 10 wird die Verbreitung von Einsamkeit getrennt nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand berichtet.

Tab. 10: Einsamkeit von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Einsamkeit (in %)		Teststatistik
	„Öfters (3-4 Tage lang)“ oder „Meistens, die ganze Zeit (5-7 Tage lang)“	χ^2 (df)	V
Gesamt	19,4		
Geschlecht			
Junge	13,9	78,72 (2)***	.15
Mädchen	23,9		
Divers	42,9		
Klassenstufe			
5. Klasse	16,1	17,74 (2)***	.07
7. Klasse	18,8		
9. Klasse	22,9	12,71 (4)*	.06
Schulform			
Grundschule	16,3		
Oberschule	21,6		
Gymnasium	19,0		
Gesamtschule	19,7		
Förderschule	27,9	15,48 (2)***	.07
Familiärer Wohlstand			
Niedrig	25,2		
Mittel	18,7		
Hoch	16,6		

Anmerkungen: $N = 3.389-3.534$, $\chi^2 = \text{Chi-Quadrat (Testwert)}$, df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke),

* $p < .05$, *** $p < .001$.

Mädchen (23,9 %) und Menschen mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“ (42,9 %) sind signifikant einsamer als Jungen (13,9 %). Weiterhin steigt Einsamkeit in höheren Klassenstufen an (5. Klasse: 16,1 % vs. 9. Klasse: 22,9 %) und sinkt mit höherem familiären Wohlstand (niedrig: 25,2 %, vs. hoch: 16,6 %). Diese Zusammenhänge zwischen Einsamkeit, Geschlecht und der Klassenstufe stimmen auch mit Ergebnissen überein, die mit anderen Erhebungsinstrumenten zur Erfassung von Einsamkeit ermittelt wurden (Schütz & Bilz 2023).

3.3.4.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

In Abbildung 9 zeigt sich, dass Einsamkeit zwischen 2018 und 2022 deutlich angestiegen ist. Während 2018 11,8 % der Befragten öfters oder meistens von Einsamkeit berichteten, waren dies 2022 19,4 %.

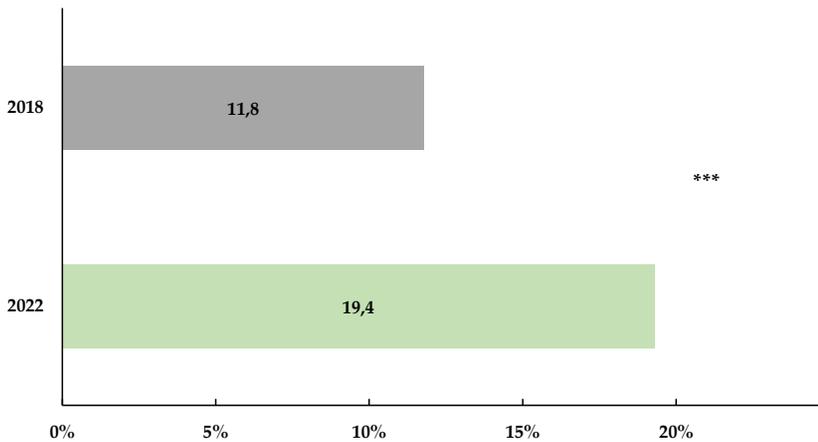


Abb. 9: Einsamkeit von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich zu 2018. *Anmerkungen:* $N_{2018} = 2.927$, $N_{2022} = 3.534$, $\chi^2(1) = 67,35$, $p < .001$, $V = .102$, $*** p < .001$.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand zeigt sich, dass der Anstieg der Einsamkeit nach Klassenstufe und Wohlstand relativ gleichförmig zugenommen hat. Hinsichtlich des Geschlechts hat die Einsamkeit bei Mädchen von 14,7 % im Jahr 2018 auf 23,9 % im Jahr 2022 besonders stark zugenommen. Bei Jungen ist diese Veränderung etwas weniger markant (2018: 8,7 %, 2022: 13,9 %).

Was sind die zentralen Ergebnisse zur Einsamkeit?

- Rund 20 % der Kinder und Jugendlichen in Brandenburg fühlen sich einsam.
- Mädchen, Menschen mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“, ältere Heranwachsende und Lernende aus der Ober- und Förderschule sowie aus Familien mit geringerem Wohlstand sind häufiger einsam.
- Einsamkeit hat bei Kindern und Jugendlichen seit 2018 deutlich zugenommen.

3.4 Zwischenresümee

Der überwiegende Teil der Brandenburger Schülerinnen und Schüler schätzt die eigene Gesundheit als ausgezeichnet oder gut ein. Es gibt jedoch auch einige, die ihren Gesundheitszustand als schlecht oder nur einigermaßen gut einschätzen. Hierzu gehören eher ältere Jugendliche, eher Mädchen und Jugendliche mit diverser Geschlechtsorientierung, eher Lernende an Ober- und Förderschulen sowie eher Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigerem Wohlstand. Dieses Verteilungsmuster begegnet uns bei den weiteren Gesundheitsindikatoren dieses Kapitels in ähnlicher Weise immer wieder. Auch dass sich der subjektive Gesundheitszustand im Vergleich zur letzten Befragung vor vier Jahren verschlechtert hat (ca. fünf Prozent weniger schätzen ihre Gesundheit als „ausgezeichnet“ ein) und dass diese negativen Veränderungen vor allem die Mädchen betreffen, zeigt sich bei vielen der hier betrachteten Indikatoren.

Bereits im Bericht zur Befragung von 2018 wurde auf die auffälligen Befunde im Bereich der psychischen Gesundheit hingewiesen. So berichteten damals ca. 31 % der Kinder und Jugendlichen in Brandenburg von mehrmals wöchentlich auftretenden multiplen psychosomatischen Beschwerden, womit sie leicht über dem bundesweiten Durchschnitt lagen. Diese Rate ist im Jahr 2022 auf 42 % angestiegen, wiederum besonders stark bei den Mädchen und den älteren Befragten. Auch die anderen Indikatoren der psychischen Gesundheit weisen in diese Richtung. Die Kinder und Jugendlichen berichten eine niedrigere Lebenszufriedenheit, häufigere depressive Symptome und fast doppelt so viele Kinder und Jugendliche wie 2018 fühlen sich einsam. Besonders häufig sind ältere Jugendliche, Jugendliche mit nichtbinärer Geschlechtsidentität und Mädchen von Einschränkungen der psychischen Gesundheit betroffen. Zudem finden sich psychische Probleme häufiger an Ober- und Förderschulen als an Gesamtschulen und Gymnasien und auch häufiger bei Kindern aus Familien mit niedrigerem Wohlstand als in den oberen Wohlstandskontingen. Bei allen Indikatoren der psychischen Gesundheit zeigen sich die negativen Entwicklungen im Vergleich zu 2018 markanter bei den Mädchen als bei den Jungen.

4 Das Gesundheits- und Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen in Brandenburg

Raphael Schütz, Saskia Fischer & Anke Zeifsig

4.1 Bewegungsverhalten

4.1.1 Körperliche Aktivität

In den Gesundheitswissenschaften wird von körperlicher Aktivität gesprochen, wenn mittels Skelettmuskulatur erzeugte körperliche Bewegungen des Menschen zu einem Energieverbrauch oberhalb des Grundumsatzes führen (Caspersen et al., 1985). Bei Kindern und Jugendlichen wird die körperliche Aktivität im Zusammenhang mit einer besseren physischen und psychischen Gesundheit gesehen (Chaput et al., 2020; Krug et al., 2012; Poitras, 2016). Körperlich aktive Kinder und Jugendliche zeigen weniger Verhaltensauffälligkeiten (Spruit et al., 2016), leiden seltener an depressiven Symptomen (Gu, 2022) und sind auch im Erwachsenenalter aktiver (Telama et al., 2014). Auch verbesserte kognitive Funktionen und akademische Leistungen werden mit körperlicher Aktivität in Verbindung gebracht (Chaput et al., 2020; Lees & Hopkins, 2013; Spruit et al., 2016). Darüber hinaus wurde die präventive Wirkung körperlicher Aktivität auf das kardiovaskuläre und muskuläre System, sowie auf Stoffwechsel, Knochenstruktur und Motorik festgestellt (Biddle et al., 2004; Janssen & LeBlanc, 2010; Jungreithmayr, 2010; Miko et al., 2020; Rowland, 2007; Spruit et al., 2016). Eine geringe körperliche Aktivität wurde dagegen in Zusammenhang mit einem hohen Maß an Gesundheitsbeschwerden und einem hohen Maß an schulbezogenem Stress gesehen (Haugland et al., 2003). Die WHO empfiehlt Kindern und Jugendlichen demzufolge täglich mindestens eine Stunde moderate bis anstrengende physische Aktivität (WHO, 2018b; 2019; 2020). In der Schule können limitierte Bewegungsmöglichkeiten, eine geringere Wertschätzung des Sportunterrichtes sowie die Angst vor Bloßstellung Barrieren für die körperliche Aktivität sein (Martins et al., 2015; 2021).

Während der Corona-Pandemie hat die körperliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen abgenommen (Pang et al., 2023). Ob und in welchem Ausmaß sich Kinder und Jugendliche körperlich aktiv betätigen, steht in Zusammenhang mit zahlreichen soziodemografischen, kontextuellen und psychosozialen Faktoren (Sallis et al., 2000). In der vergangenen HBSC-Erhebung zeigten Mädchen, ältere Jugendliche, Schülerinnen und Schüler an Gymnasien sowie Lernende aus Familien mit geringerem Wohlstand seltener das empfohlene Bewegungsausmaß (John & Bilz, 2020).

Wie wurde die körperliche Aktivität erfasst?

Die körperliche Aktivität wurde erfasst, indem die Schülerinnen und Schüler gefragt wurden, an wie vielen Tagen sie sich innerhalb der letzten sieben Tage für mindestens 60 Minuten körperlich angestrengt haben. Sie konnten zwischen „0 Tage“ bis „7 Tage“ auswählen. Auf Grundlage der WHO-Empfehlung zur körperlichen Aktivität wird der Anteil an Kindern und Jugendlichen berichtet, die täglich mindestens 60 Minuten physisch aktiv waren.

4.1.1.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

Nur 17,5 % der befragten Brandenburger Kinder und Jugendlichen sind täglich mindestens 60 Minuten körperlich aktiv und erreichen somit das von der WHO empfohlene Bewegungsausmaß. Jungen, Mädchen und Menschen mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“ unterscheiden sich signifikant in ihrer körperlichen Aktivität. Am aktivsten sind Jungen (21,5 %) und am wenigsten aktiv sind Mädchen (13,3 %). Der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die das empfohlene Bewegungsausmaß erreichen, nimmt mit steigender Klassenstufe signifikant ab. Während in der 5. Klasse 20,9 % Schülerinnen und Schüler täglich mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind, sind es in der 7. Klasse nur noch 17,9 % und in der 9. Klasse sogar nur noch 13,6 %. Die tägliche körperliche Aktivität steht ebenfalls signifikant mit der besuchten Schulform in Verbindung. Besonders positiv hinsichtlich der körperlichen Aktivität fallen Schülerinnen und Schüler an Förderschulen auf, wo 41,4 % pro Tag mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind. Sie unterscheiden sich damit deutlich von Schüler*innen an anderen Schulformen (Grundschule 19,7 %, Oberschule 16,3 %, Gymnasium 14,1 %, Gesamtschule 18,8 %). Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem Wohlstand waren signifikant aktiver (24,3 %) als diejenigen aus Familien mit mittlerem (16,0 %) und niedrigem Wohlstand (16,4 %). Die Tabelle 11 zeigt den Anteil der Schülerinnen und Schüler, die täglich mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind, getrennt nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand.

Tab. 11: Anteil der Schülerinnen und Schüler, die täglich mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind, getrennt nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Anteil mit täglicher Aktivität für mindestens 60 Minuten		Teststatistik	
	%	$\chi^2(df)$	V	
Gesamt	17,5			
Geschlecht				
Junge	21,5			
Mädchen	13,3	40,56(2)***		.11
Divers	16,4			
Klassenstufe				
5. Klasse	20,9			
7. Klasse	17,9	22,30(2)***		.08
9. Klasse	13,6			
Schulform				
Grundschule	19,7			
Oberschule	16,3			
Gymnasium	14,1	47,56(4)***		.11
Gesamtschule	18,8			
Förderschule	41,4			
Familiärer Wohlstand				
Niedrig	16,4			
Mittel	16,0	18,83(2)***		.07
Hoch	24,3			

Anmerkungen: N = 3.574, χ^2 = Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), *** $p < .001$.

4.1.1.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Die Abbildung 10 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich der Häufigkeit für die tägliche körperliche Aktivität im Vergleich zum Jahr 2018. Die Brandenburger Schülerinnen und Schüler erreichen im Jahr 2022 signifikant häufiger als im Jahr 2018 das von der WHO empfohlene Bewegungsausmaß.

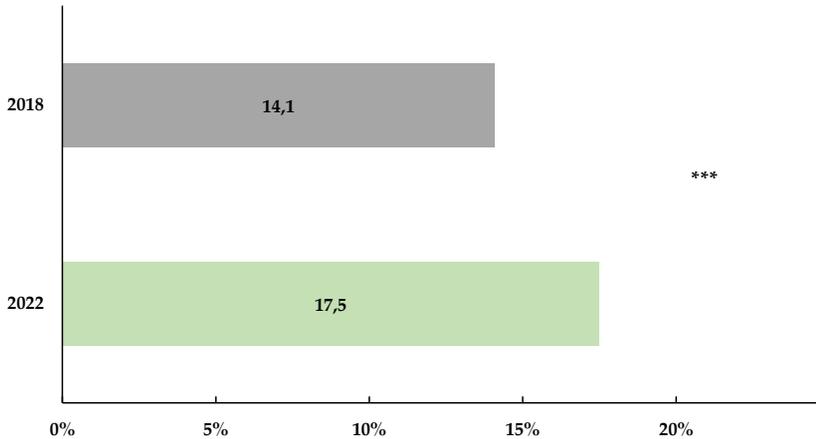


Abb. 10: Häufigkeit der täglichen körperlichen Aktivität von Schülerinnen und Schülern in Brandenburg im Vergleich der Jahre 2018 und 2022. Anmerkungen: $N_{2018} = 2.992$, $N_{2022} = 3574$, $X^2(1) = 13,90$, $p < .001$, $V = .05$, $*** p < .001$.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand zeigt sich, dass die körperliche Aktivität nur bei Jungen, bei Lernenden aus der 5. und 7. Klasse, sowie bei Befragten aus Familien mit mittlerem und hohem Wohlstand signifikant zugenommen hat.

Was sind die zentralen Ergebnisse zur körperlichen Aktivität?

- Nur jede*r sechste Schüler*in ist täglich für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv und erreicht somit das empfohlene Bewegungsausmaß.
- Schülerinnen und Schüler an Förderschulen erreichen häufiger das empfohlene Bewegungsausmaß.
- Die körperliche Aktivität hat bei Kindern und Jugendlichen seit 2018 zugenommen.

4.1.2 Sportliche Aktivität

Sportliche Aktivitäten sind spezifische Formen der körperlichen Aktivität, die organisierte, regelmäßige und häufig wettbewerbsorientierte Sportarten umfassen, die einzeln oder im Team ausgeübt werden (Caspersen, 1985; Eime et al., 2013a). Sportliche Aktivitäten haben gegenüber alltäglichen körperlichen Aktivitäten wie Treppensteigen oder Gehen aufgrund der höheren Intensität eine stärkere gesundheitsförderliche Auswirkung (Janssen & LeBlanc, 2010). Weiterhin unterstützen sie die Ausbildung von Ressourcen, mit denen die Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen besser bewältigt werden können (Diehl et al., 2014). Auf der körperlichen Seite sind dies motorische und konditionelle Fähigkeiten sowie das Training von Energiestoffwechsel, Herz-Kreislauf-System und Halte- und Bewegungsapparat (Grunert, 2006; Sygusch, 2006). Sportliche Aktivitäten sind auch förderlich für die Entwicklung

und Stärkung psychischer Ressourcen (Diehl et al., 2014), beispielsweise zur Stärkung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeit (Pedersen & Seidman, 2004; Stiller & Alfermann, 2005), der Konzentrationsfähigkeit und der Intelligenz (Reed et al., 2010). Weiterhin gelten sportliche Aktivitäten als Ressourcen für die Stressbewältigung und die Ausbildung der Beharrlichkeit, Disziplin und Geduld (Diehl et al., 2014; Schneider & Diehl, 2012). Schließlich werden sportliche Aktivitäten, insbesondere in Teamsportarten, mit der Entwicklung sozialer Ressourcen in Verbindung gebracht. Beispielsweise sind sportliche Aktivitäten förderlich für die Integration, den Aufbau sozialer Beziehungen und den Umgang mit Problemen (Eime et al., 2013b; Gogoll, 2004; Kurz & Tietjens, 2000; Schneider & Diehl, 2012). Insgesamt wirken sich sportliche Aktivitäten im Kindes- und Jugendalter nachhaltig positiv hinsichtlich körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren aus (Fließer et al., 2014). Das zeigen beispielsweise Studien zur Knochenstruktur (Herrmann et al., 2012), zum Krebsrisiko (Thomson & Chen, 2008) oder zur Prävention von Depressionen (Gore et al., 2001; Wang et al., 2022).

Die sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen nahm während der Corona-Pandemie ab (Schmidt et al., 2021). Das Ausüben von sportlichen Aktivitäten wird von soziodemografischen Faktoren beeinflusst. So zeigen verschiedene Studien, dass sich Jungen und Heranwachsende mit höherem familiärem Wohlstand häufiger sportlich betätigen (Fairclough et al., 2009; Richard et al., 2023). In der letzten HBSC-Erhebung waren Mädchen, ältere Jugendliche, Schülerinnen und Schüler an Förder- und Oberschulen sowie Lernende aus Familien mit niedrigem Wohlstand weniger sportlich aktiv (John & Bilz, 2020).

Wie wurde die sportliche Aktivität erfasst?

Die sportliche Aktivität wurde erfasst, indem die Schülerinnen und Schüler gefragt wurden, wie häufig sie in der Freizeit Sport treiben, sodass sie dabei schwitzen oder außer Atem kommen. Sie konnten dabei zwischen den Antwortoptionen „nie“, „weniger als 1-mal im Monat“, „1-mal im Monat“, „1-mal die Woche“, „2- bis 3-mal in der Woche“, „4- bis 6-mal in der Woche“ und „jeden Tag“ auswählen (Aarø & Wold, 1986). Für die Darstellung der Ergebnisse wurden die Antwortmöglichkeiten zu den Kategorien „4- bis 7-mal pro Woche“, „2-bis 3-mal pro Woche“, „1-mal pro Woche“ und „bis zu 1-mal im Monat“ zusammengefasst.

4.1.2.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

Insgesamt sind über 70 % der befragten Brandenburger Kinder und Jugendlichen mehrmals pro Woche in ihrer Freizeit sportlich aktiv. Allerdings gaben auch 14,9 % der Schülerinnen und Schüler an, höchstens einmal im Monat einer außerschulischen sportlichen Aktivität nachzugehen. Die Tabelle 12 zeigt die sportliche Aktivität getrennt, nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand. Von den Kindern und Jugendlichen mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“ waren 29 % nur bis zu einmal im Monat sportlich aktiv. Bei den Mädchen waren dies 18,2 % und bei den Jungen 11,1 %. In höheren Klassenstufen nimmt der Anteil an Kindern und Jugendlichen signifikant ab, die in höherem Ausmaß sportlich aktiv sind. 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 Förderschulen (47,0 %) und Grundschulen (40,2 %) öfter eine sportliche Aktivität in ihrer Freizeit ausüben. Der hohe Anteil in der Grundschule lässt sich durch den vorliegenden Alterseffekt erklären. Der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die seltener eine sportliche Aktivität in ihrer Freizeit ausüben, ist mit 22,7 % an Oberschulen am höchsten. 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 mehrmals pro Woche sportlich aktiv sind und Lernende aus Familien mit einem niedrigen Wohlstand seltener.

Tab. 12: Sportliche Aktivität von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Sportliche Aktivität (in %)				Teststatistik	
	bis zu 1-mal im Monat	1-mal pro Woche	2-3-mal die Woche	4-7 mal die Woche	$\chi^2(df)$	V
Gesamt	14,9	11,8	39,9	33,4		
Geschlecht						
Junge	11,1	8,5	39,4	40,9	132,64(6)***	.14
Mädchen	18,2	15,1	40,6	26,1		
Divers	29,0	16,1	33,9	21,0		
Klassenstufe						
5. Klasse	9,5	10,5	40,0	39,9	88,81(6)***	.11
7. Klasse	14,0	11,6	40,4	34,0		
9. Klasse	20,9	13,4	39,3	26,5		
Schulform						
Grundschule	7,8	10,6	41,4	40,2	124,74(12)***	.19
Oberschule	22,7	12,9	37,1	27,3		
Gymnasium	13,7	12,1	41,3	33,0		
Gesamtschule	13,3	12,4	43,1	31,2		
Förderschule	22,9	8,4	21,7	47,0		
Familiärer Wohlstand						
Niedrig	22,7	11,9	36,5	29,0	71,59(6)***	.10
Mittel	14,4	12,8	40,7	32,1		
Hoch	7,1	7,3	42,5	43,0		

Anmerkungen: $N = 3.410-3.571$, $\chi^2 = \text{Chi-Quadrat (Testwert)}$, $df = \text{Freiheitsgrade}$, $V = \text{Cramers V (Effektstärke)}$, *** $p < .001$.

4.1.2.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Die Abbildung 11 zeigt für den Vergleich der Brandenburger Ergebnisse der Jahre 2022 und 2018 einen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit der sportlichen Aktivität. Die Brandenburger Schülerinnen und Schüler übten im Jahr 2022 mit 33,4 % zu einem geringeren Anteil 4-7-mal pro Woche eine sportliche Aktivität aus als im Jahr 2018 (39,4 %). Der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die höchstens bis zu 1-mal im Monat sportlich aktiv sind, war im Jahr 2022 dagegen höher (14,9 %) als im Jahr 2018 (10,9 %).

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand zeigt sich, dass sich der Rückgang der sportlichen Aktivität hinsichtlich der Klassenstufen und des familiären Wohlstands relativ gleichmäßig entwickelt hat. Bezüglich des Geschlechts hat die sportliche Aktivität bei Mädchen stärker abgenommen als bei Jungen. Beispielsweise ist der Anteil der Mädchen, die sich nur 1-mal im Monat oder seltener sportlich betätigen, von 11,6 % in 2018 auf 18,2 % in 2022 gestiegen. Bei den Jungen ist diese Veränderung weniger markant (2018: 10,3 %, 2022: 11,1 %).



Abb. 11: Sportliche Aktivität von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich zu 2018. *Anmerkungen:* $N_{2018} = 2.981$, $N_{2022} = 3.569$, $X^2(3) = 53,43$, $p < .001$, $V = .09$, $*** p < .001$.

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.
- Die Brandenburger Schülerinnen und Schüler waren im Jahr 2022 etwas weniger sportlich aktiv als im Jahr 2018. Bei Mädchen ist dieser Rückgang deutlicher als bei Jungen.

4.2 Ernährungsverhalten

4.2.1 Frühstück

Frühstück hat eine wichtige Funktion für die Zufuhr von Energie- und Nährstoffen, die für eine gesunde Entwicklung benötigt werden (Monzani et al., 2019; Rampersaud et al., 2005). Regelmäßiges Frühstück steht im Zusammenhang mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für Adipositas und Übergewicht, besseren schulischen Leistungen und einem allgemein gesünderen Lebensstil. Hier ist neben der Regelmäßigkeit die Qualität des Frühstücks entscheidend (de la Hunty, Gibson & Ashwell, 2013; O'Neil & Nicklas, 2019; Rampersaud et al., 2005; Szajewska & Ruszczyński, 2010). Das Frühstück ausfallen zu lassen steht wiederum im Zusammenhang mit vermehrten Verhaltensproblemen (López-Gil et al., 2022a) und geht mit einem erhöhten Risiko für Diabetes (Ballon, Neuenschwander & Schlesinger, 2019) und Herz-Kreislauferkrankungen (Souza et al., 2021; Takagi et al., 2019) einher. Für ein regelmäßiges Frühstück kann das gemeinsame Essen mit den Eltern von Bedeutung sein. So zeigen Studien, dass die Möglichkeit eines gemeinsamen Frühstücks in der Familie, mit einer höheren Regelmäßigkeit des Frühstücks assoziiert ist (Pearson, Biddle & Gorely, 2009). Die Häufigkeit für tägliches Frühstück steht weiterhin im Zusammenhang mit zahlreichen psychosozialen und soziodemografischen Faktoren. Beispielsweise zeigen frühere HBSC-Erhebungen, dass Mädchen seltener täglich frühstücken als Jungen und dass ein höheres Alter und ein geringerer familiärer Wohlstand mit seltenerem täglichem Frühstück korrelieren (Inchley et al., 2016; John & Bilz, 2020).

Wie wurde das Frühstück an Schultagen erfasst?

Zur Erfassung der Häufigkeit des Frühstückens an Schultagen wurden die Schülerinnen und Schüler gefragt, wie oft sie normalerweise in einer Schulwoche mehr als nur Fruchtsaft oder ein Glas Milch zum Frühstück einnehmen. Sie konnten zwischen den Antwortmöglichkeiten von „nie an Schultagen“ bis „an fünf Tagen“ auswählen (Currie et al., 2001).

4.2.1.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

Mit 49,8 % nimmt knapp die Hälfte der befragten Brandenburger Kinder und Jugendlichen normalerweise an jedem Schultag Frühstück zu sich. Gleichzeitig gaben 30,8 % der Schülerinnen und Schüler an, normalerweise an keinem Schultag zu frühstücken. Die Tabelle 13 zeigt die Häufigkeit für das tägliche Frühstück an Schultagen, differenziert nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand.

Tab. 13: Häufigkeit des täglichen Frühstückens an Schultagen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Tägliches Frühstück (in %)	Teststatistik	
		X ² (df)	V
Gesamt	49,8		
Geschlecht			
Junge	53,1	17,18 (2)***	.07
Mädchen	46,8		
Divers	38,1		
Klassenstufe			
5. Klasse	61,7	112,89 (2)***	.18
7. Klasse	47,9		
9. Klasse	40,1		
Schulform			
Grundschule	63,0	168,40 (4)***	.22
Oberschule	35,3		
Gymnasium	54,1		
Gesamtschule	46,2		
Förderschule	37,3		
Familiärer Wohlstand			
Niedrig	41,3	25,82 (2)***	.09
Mittel	50,5		
Hoch	56,5		

Anmerkungen: N = 3.414-3.568, X² = Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), *** p < .001.

Mädchen (46,8 %) und Menschen mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“ (38,1 %) frühstücken an Schultagen signifikant seltener als Jungen (53,1 %). In höheren Klassenstufen nimmt der Anteil an Schüler*innen, die normalerweise an jedem Schultag frühstücken, signifikant ab. Während 61,7 % der Schüler*innen aus der 5. Klasse täglich an Schultagen frühstücken, sind es in der 9. Klasse nur noch 40,1 %.

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 (35,3 %) und Förderschulen (37,3 %) an Schultagen. Ähnlich gering ist der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die täglich an Schultagen frühstücken, bei Lernenden aus Familien mit niedrigem Wohlstand.

4.2.1.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Abbildung 12 zeigt, dass die Häufigkeit des täglichen Frühstücks an Schultagen 2022 im Vergleich zu 2018 signifikant um 12,4 % abgenommen hat.

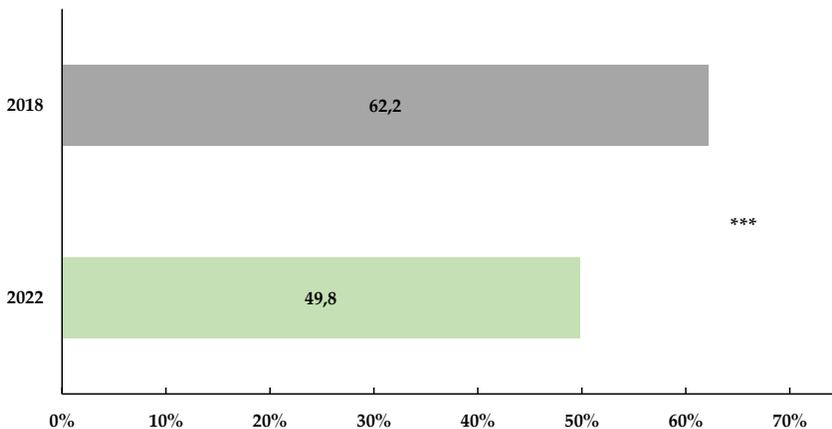


Abb. 12: Häufigkeit des täglichen Frühstücks an Schultagen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich zu 2018. *Anmerkungen:* $N_{2018} = 2.982$, $N_{2022} = 3.568$, $\chi^2(1) = 101,60$, $p < .001$, $V = .13$, *** $p < .001$.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand zeigt sich, dass die Häufigkeit des Frühstücks relativ gleichförmig in allen Subgruppen abgenommen hat.

Was sind die zentralen Ergebnisse zum Frühstück an Schultagen?

- Etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen frühstücken normalerweise an jedem Schultag, ca. ein Drittel frühstückt an keinem Schultag.
- Mädchen, ältere Jugendliche, Schülerinnen und Schüler an Ober- und Förderschulen sowie Lernende aus Familien mit niedrigem Wohlstand frühstücken seltener täglich.
- Kinder und Jugendliche frühstückten 2022 deutlich seltener täglich als 2018.

4.2.2 Ernährungsgewohnheiten

Ernährung sollte abwechslungsreich, ausgewogen und auf den täglichen Energiebedarf abgestimmt sein (Herforth et al., 2019). Um eine vollwertige Ernährung zu gewährleisten, empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), dass häufig Gemüse, Obst, Getreide und Kartoffeln, mäßig Milchprodukte, Fisch, Eier und Fleisch und selten Snacks, Süßigkeiten und gesüßte Getränke konsumiert werden sollten (DGE, 2022). Entgegen diesen Empfehlungen nehmen Kinder und Jugendliche zu wenig Obst, Gemüse und Milchprodukte sowie zu viel Süßigkeiten, Fett und Fleisch zu sich (Diethelm et al. 2012). Der Konsum von Süßigkeiten und Softdrinks hat im Rahmen der Corona-Pandemie bei Kindern und Jugendlichen zugenommen (Bundeszentrum für Ernährung, 2021). Eine unausgewogene Ernährung steht jedoch mit einem höheren Body-Mass-Index (Braithwaite et al., 2014) und einem höheren Risiko für Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Erwachsenenalter (Aune et al., 2017) in Zusammenhang. Eine ausgewogene und gesunde Ernährung steht wiederum u. a. mit besseren schulischen Leistungen in Verbindung (López-Gil et al., 2022b).

Welche Lebensmittel konsumiert werden, steht in Zusammenhang mit zahlreichen Faktoren. Beispielsweise nehmen jüngere Kinder und Mädchen mehr Gemüse und Obst (Rasmussen et al., 2006), seltener Fastfood (Bowman et al., 2004) und zuckerhaltige Erfrischungsgetränke (Mensink et al., 2018) zu sich als ältere Lernende und Jungen. Das korrespondiert mit Ergebnissen der vergangenen HBSC-Welle, in der ermittelt wurde, dass Mädchen mehr Obst und Gemüse und seltener Süßigkeiten essen als Jungen (John & Bilz, 2020). Weiterhin steht der Konsum bestimmter Lebensmittel mit deren Verfügbarkeit im Haushalt (Patrick & Nicklas, 2005; Rasmussen et al., 2006) und mit dem sozioökonomischen Status (Mensink et al., 2018) in Verbindung. Heranwachsende aus Familien mit geringerem sozioökonomischen Status nehmen beispielsweise mehr gesüßte Lebensmittel (John & Bilz, 2020; Mensink et al., 2018) und seltener Obst und Gemüse (John & Bilz, 2020) zu sich als Schüler*innen aus Familien mit höherem Wohlstand.

Wie wurden die Ernährungsgewohnheiten erfasst?

Zur Erfassung der Ernährungsgewohnheiten wurden die Schülerinnen und Schüler gefragt, wie häufig sie normalerweise in der Woche Gemüse, Obst, Süßigkeiten und Softdrinks konsumieren (Currie et al. 2001). Sie konnten wählen zwischen folgenden 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 Ergebnisse 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.“

4.2.2.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

In Abbildung 13 werden die Ergebnisse zum Konsum von Obst, Gemüse, Süßigkeiten und Softdrinks in der Woche dargestellt. Hier wird deutlich, dass 46,7 % der Schülerinnen und Schüler täglich Obst essen, dies liegt deutlich über dem täglichen Konsum von Gemüse (32 %). Der tägliche Süßigkeiten Konsum liegt mit 32,1 % genauso hoch wie der tägliche Gemüsekonsum. Seltener konsumieren die Heranwachsenden täglich Softdrinks (18,7 %).

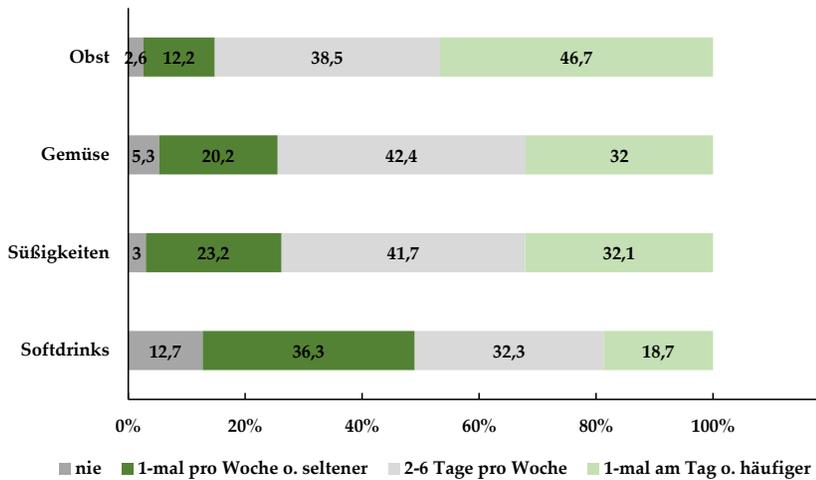


Abb. 13: Häufigkeit, mit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler Obst, Gemüse, Süßigkeiten und Softdrinks konsumieren.

Täglicher Obst- und Gemüsekonsum:

In der Tabelle 14 findet sich ein Überblick über die Häufigkeit des täglichen Obst- und Gemüsekonsums differenziert nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand. Mädchen essen signifikant häufiger täglich Obst und Gemüse als Jungen. In höheren Klassenstufen nimmt der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die täglich Obst und Gemüse essen, ab. Beispielsweise essen 58,2 % der Fünftklässler*innen täglich Obst, wohingegen es in der 9. Klasse nur noch 36,6 % 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 24,6 % 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 häufiger täglich Obst und Gemüse als Lernende aus Familien mit niedrigerem Wohlstand.

Tab. 14: Häufigkeit des täglichen Obst- und Gemüsekonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Täglich Obst (in %)				Täglich Gemüse (in %)			
	nein	ja	$\chi^2(df)$	V	nein	ja	$\chi^2(df)$	V
Gesamt	53,3	46,7			68,0	32,0		
Geschlecht								
Junge	59,0	41,0	50,31(2)***	.12	72,0	28,0	34,86(2)***	.09
Mädchen	47,2	52,8			63,4	36,6		
Divers	59,0	41,0			81,4	18,6		
Klassenstufe								
5. Klasse	41,8	58,2	111,25 (2)***	.18	62,4	37,6	33,09(2)***	.10
7. Klasse	54,3	45,7			67,8	32,2		
9. Klasse	63,4	36,6			73,5	26,5		
Schulform								
Grundschule	40,7	59,3	124,61 (4)***	.19	62,3	37,7	41,47(4)***	.11
Oberschule	64,0	36,0			75,4	24,6		
Gymnasium	50,8	49,2			66,3	33,7		
Gesamtschule	59,7	40,3			67,8	32,2		
Förderschule	65,5	34,5			65,8	34,2		
Familiärer Wohlstand								
Niedrig	63,9	36,1	46,11 (2)***	.12	70,3	29,7	9,89(2)*	.05
Mittel	53,3	46,7			68,8	31,2		
Hoch	42,9	57,1			61,8	38,2		

Anmerkungen: N = 3.392-3.579, χ^2 = Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), * $p < .05$, *** $p < .001$.

Täglicher Süßigkeiten- und Softdrinkkonsum:

In der Tabelle 15 findet sich ein Überblick über die Häufigkeit des täglichen Süßigkeiten- und Softdrinkkonsums differenziert nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand. Mädchen (16,2 %) trinken signifikant seltener täglich Softdrinks als Jungen (20,8 %) und als Menschen mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“ (27,6 %). Im Gegensatz dazu essen Mädchen tendenziell häufiger täglich Süßigkeiten. In höheren Klassenstufen reduziert sich der tägliche Süßigkeitenkonsum signifikant, während sich der Konsum von Softdrinks in Abhängigkeit der Klassenstufe nicht signifikant ändert. Der Süßigkeitenkonsum unterschied sich nicht hinsichtlich des Wohlstands, während der Softdrinkkonsum bei Lernenden aus Familien mit niedrigem Wohlstand häufiger war (23,1 %) als bei Lernenden aus Familien mit mittlerem (17,4 %) und hohem Status (19,0 %).

Tab. 15: Häufigkeit des täglichen Süßigkeiten- und Softdrinkkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Täglich Süßigkeiten (in %)				Täglich Softdrinks (in %)			
	nein	ja	X ² (df)	V	nein	ja	X ² (df)	V
Gesamt	67,9	32,1			81,3	18,7		
Geschlecht								
Junge	70,8	29,2	14,42(2)***	.06	79,2	20,8	14,88(2)***	.07
Mädchen	64,8	35,2			83,8	16,2		
Divers	67,2	32,8			72,4	27,6		
Klassenstufe								
5. Klasse	61,9	38,1	38,24(2)***	.10	81,3	18,7	.552(2)	.01
7. Klasse	67,8	32,2			80,7	19,3		
9. Klasse	73,8	26,2			81,9	18,1		
Schulform								
Grundschule	61,8	38,2	45,65(4)***	.11	82,2	17,8	81,56(4)***	.15
Oberschule	75,4	24,6			75,9	24,1		
Gymnasium	65,8	34,2			88,0	12,0		
Gesamtschule	69,2	30,8			80,6	19,4		
Förderschule	66,3	33,7			58,1	41,9		
Familiärer Wohlstand								
Niedrig	70,7	29,3	3,81(2)	.03	76,9	23,1	10,46(2)*	.06
Mittel	68,1	31,9			82,6	17,4		
Hoch	64,9	35,1			81,0	19,0		

Anmerkungen: N = 3.392-3.579, X² = Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), * p < .05, *** p < .001.

4.2.2.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Die Abbildung 14 zeigt die Brandenburger Ergebnisse 2022 hinsichtlich der Häufigkeit für den täglichen Obst-, Gemüse-, Süßigkeiten- und Softdrinkkonsum im Vergleich zu den Ergebnissen 2018. Brandenburger Schülerinnen und Schüler konsumierten 2022 signifikant häufiger Gemüse, Süßigkeiten und Softdrinks als 2018, wobei die Unterschiede bei den Süßigkeiten und den Softdrinks besonders markant sind. Hinsichtlich des täglichen Obstkonsums zeigt sich kein signifikanter Unterschied.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand, zeigt sich, dass der Gemüsekonsum nur bei Jungen und Lernenden aus der 5. und 7. Klasse sowie aus Familien mit mittlerem Wohlstand signifikant zugenommen hat. Der Süßigkeiten- und Softdrinkkonsum hat bei Jungen und Mädchen und je nach familiärem Wohlstand relativ gleichförmig zugenommen. Der Anstieg des Softdrinkkonsums war nur in der 5. und 7. Klasse signifikant, der Anstieg des Süßigkeitenkonsums verlief über alle Klassenstufen relativ gleichmäßig.

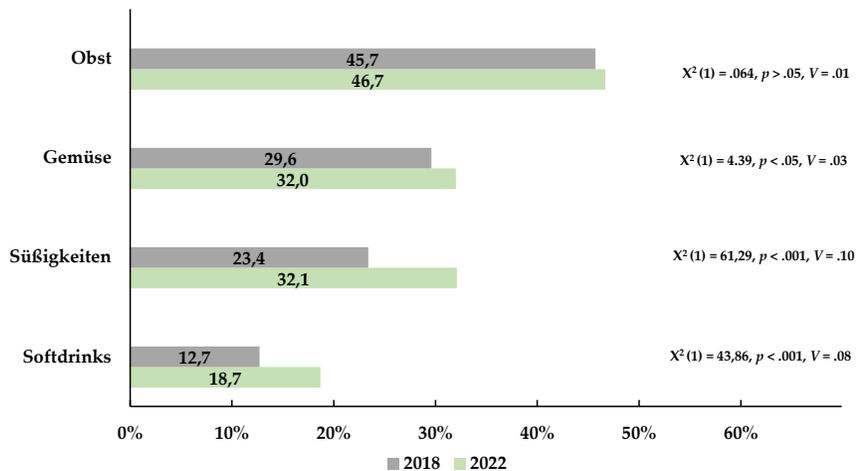


Abb. 14: Häufigkeit des täglichen Obst-, Gemüse-, Süßigkeiten- und Softdrinkkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich zu 2018. *Anmerkungen:* $N_{2018} = 2.995, N_{2022} = 3.550-3.578, \chi^2 = \text{Chi-Quadrat}$ (Testwert), $df = \text{Freiheitsgrade}, V = \text{Cramers V}$ (Effektstärke).

Was sind die zentralen Ergebnisse zu den Ernährungsgewohnheiten?

- Etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen konsumiert täglich Obst, ca. ein Drittel Gemüse und Süßigkeiten und etwa ein Fünftel Softdrinks.
- Jungen, Lernende mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“, ältere Jugendliche, Schülerinnen und Schüler an Oberschulen sowie Lernende aus Familien mit niedrigem Wohlstand essen seltener täglich Obst und Gemüse.
- Kinder und Jugendliche konsumierten 2022 deutlich häufiger täglich Süßigkeiten und Softdrinks als 2018.

4.3 Zahnhygiene

Die Zahnhygiene ist wichtig, um beispielsweise die Entstehung von Parodontitis und Karies vorzubeugen (Krause et al., 2018). Die Prävalenz von Karies bei Kindern in Deutschland liegt im Alter von 3 Jahren bei 13,7 %, bei 6-7- Jährigen bei 43,6 % und bei 12-Jährigen bei 21,2 %. Karies ist damit in Milchzähnen noch immer hoch prävalent, im Alter von 12 Jahren jedoch stark rückläufig (Schmoeckel et al., 2021). Insbesondere bei Heranwachsenden ist die Zahnhygiene von zentraler Relevanz, da die Schäden an den bleibenden Zähnen irreversibel sind und Zahnkrankheiten durch deren Behandlung und durch sekundäre Krankheiten wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen enorme Belastungen und wirtschaftliche Kosten verursachen (Listl et al., 2015).

Die Genese der häufigsten Zahnkrankheiten und die damit einhergehenden Folgen lassen sich durch eine gute Zahnhygiene und die Reduzierung des Konsums zuckerhaltiger Nahrungsmittel verringern oder vermeiden (Peres et al., 2016; Zimmermann et al., 2015). Für eine gute Zahnhygiene wird empfohlen, die Zähne zweimal täglich mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta zu putzen (Schmoeckel et al., 2021; Walsh et al., 2010; Zimmermann et al., 2015). Daher wird in Studien (z. B. Pitchika et al., 2019) die Frequenz des Zähneputzens als Indikator für die Zahnhygiene verwendet.

Die Zahnhygiene wird durch zahlreiche Faktoren wie Alter, Geschlecht, familiären Wohlstand und dem Modellverhalten der Eltern beeinflusst (Chhabra & Chhabra, 2012). Beispielsweise putzen sich Kinder

und Jugendliche aus Familien mit höherem Wohlstand und Mädchen häufiger die Zähne als andere Heranwachsende (Inchley et al., 2016). Dies stimmt mit Ergebnissen aus der letzten Brandenburger HBSC-Studie überein. Hier putzten Jungen, ältere Jugendliche, Schüler und Schülerinnen aus Familien mit niedrigerem Wohlstand sowie Lernende an Ober- und Förderschulen seltener die Zähne (John & Bilz, 2020).

Wie wurde die Zahnhygiene erfasst?

Zur Erfassung der Zahnhygiene wurden die Schüler und Schülerinnen gefragt, wie häufig sie die Zähne putzen. 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 (Aarø & Wold, 1986). Für die Darstellung der Befragungsergebnisse wurden die letzten drei Antwortoptionen zusammengefasst.

4.3.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

Der Großteil der befragten Brandenburger Kinder und Jugendlichen putzt sich häufiger als einmal am Tag die Zähne (74,5 %) und erfüllt somit die empfohlene Zahnhygiene. 20,8 % putzen sich nur einmal am Tag und 4,7 % seltener als täglich die Zähne und erfüllen damit nicht die empfohlenen Hygieneregeln.

In der Tabelle 16 findet sich ein Überblick zu den Ergebnissen bezüglich der Zahnhygiene differenziert nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand. Es zeigt sich ein signifikanter Geschlechterunterschied, wobei Mädchen (77,3 %) öfter als Jungen (72,3 %) und Menschen mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“ (59,3 %) die empfohlene Zahnhygiene einhalten. Weiterhin putzen sich jüngere Schüler*innen (80,0 %) signifikant häufiger als ältere Schülerinnen und Schüler (70,6 %) 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, an Oberschulen (7,2 %) und Förderschulen (24,7 %) sowie bei Lernenden aus Familien mit niedrigem Wohlstand (8,2 %).

Tab. 16: Häufigkeit, mit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler ihre Zähne putzen, nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Zähneputzen (in %)			Teststatistik	
	Häufiger als 1-mal am Tag	1-mal am Tag	Seltener als 1-mal am Tag	X ² (df)	V
Gesamt	74,5	20,8	4,7		
Geschlecht					
Junge	72,3	22,2	5,5	48,06(4)***	.08
Mädchen	77,3	19,4	3,3		
Divers	59,3	20,3	20,3		
Klassenstufe					
5. Klasse	80,0	16,5	3,5	29,14(4)***	.06
7. Klasse	73,1	21,5	5,4		
9. Klasse	70,6	24,3	5,2		
Schulform					
Grundschule	82,4	15,2	2,5	203,26(8)***	.17
Oberschule	62,4	30,4	7,2		
Gymnasium	80,0	16,6	3,4		
Gesamtschule	73,7	23,2	3,1		
Förderschule	64,2	11,1	24,7		
Familiärer Wohlstand					
Niedrig	64,9	26,9	8,2	42,87(4)***	.08
Mittel	76,0	20,1	3,9		
Hoch	79,5	16,4	4,1		

Anmerkungen: N = 3.321-3.471, X² = Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), *** p < .001.

4.3.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Abbildung 15 zeigt, dass sich die Häufigkeit, mit der sich Brandenburger Schülerinnen und Schüler 2022 die Zähne putzen, im Vergleich zu 2018 signifikant reduziert hat.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand zeigt sich, dass die Zahnhygiene nach Geschlecht und Klassenstufe relativ gleichförmig abgenommen hat. Bezüglich des familiären Wohlstands zeigt sich nur bei mittlerem und hohem Wohlstand eine signifikante Abnahme.

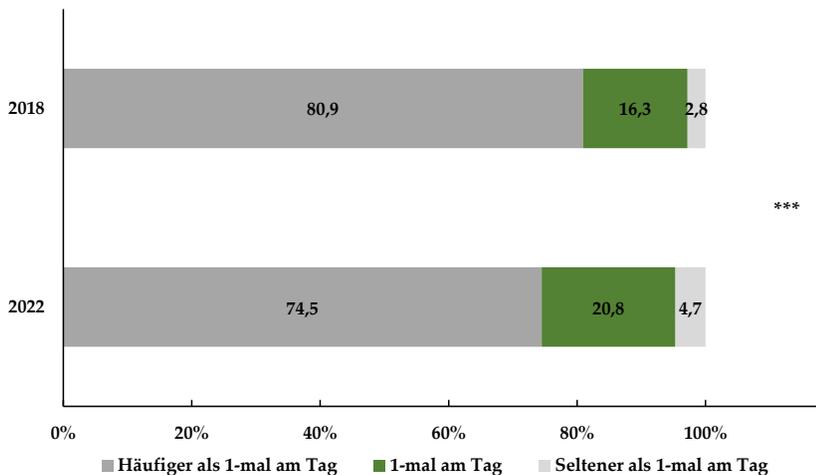


Abb. 15: Häufigkeit, mit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler ihre Zähne putzen, im Vergleich zu 2018. Anmerkungen: $N_{2018} = 3.006$, $N_{2022} = 3.470$, $\chi^2(2) = 41,92$, $p < .001$, $V = .08$, $*** p < .001$.

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, Lernende mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“, ältere Jugendliche, Schülerinnen und Schüler an Ober- und Förderschulen sowie Lernende aus Familien mit niedrigem Wohlstand putzen sich seltener die Zähne.
- Kinder und Jugendliche putzten sich 2022 deutlich seltener die Zähne als im Jahr 2018.

4.4 Soziales Risikoverhalten

4.4.1 Schlägereien

Schlägereien sind ein häufiges Gewaltphänomen im Jugendalter und stellen ein alterstypisch relevantes gesellschaftliches Gesundheitsthema dar (Bucur et al., 2020; Frøyland & von Soest, 2020; Henriksen et al., 2021). Zwischenmenschliche Gewalt und Schlägereien sind häufige Gründe für Verletzungen und teilweise sogar Todesfälle unter Heranwachsenden (Henriksen et al., 2021, 2023; Pickett et al., 2013; Shetgiri et al., 2015; Stankovic et al., 2022). Zudem stellt die regelmäßige Beteiligung an Schlägereien im Jugendalter einen Risikofaktor für einen niedriger qualifizierenden Bildungsabschluss, schlechtere Chancen auf dem Arbeitsmarkt, ein geringeres Einkommen und ein höheres Kriminalitätsverhalten bis zu 20 Jahre später dar (Frøyland & von Soest, 2020). Diese erhöhten Risiken für negative Langzeitfolgen durch physische Aggressionen und Schlägereien bestehen über andere Delinquenzarten und Risikofaktoren im Jugendalter hinaus, insbesondere für Jugendliche mit einem geringeren kognitiven Leistungsvermögen (Frøyland & von Soest, 2020).

Eine geringere kognitive Leistungsfähigkeit (Frøyland & von Soest, 2020) sowie als hoch empfundene schulische Belastungen (Stankovic et al., 2022) gehören zu den Risikofaktoren für die Beteiligung an Schlägereien. Jungen sind typischerweise häufiger in Schlägereien verwickelt als Mädchen (Bucur et al.,

2020; de Looze et al., 2019; Henriksen et al., 2021, 2023; Pickett et al., 2013; Stankovic et al., 2022). Bezüglich des Alters finden sich widersprüchliche Befunde: Zum Teil wird davon berichtet, dass 11-Jährige häufiger in Schlägereien verwickelt sind als ältere Jugendliche (Pickett et al., 2013), zum Teil wird die Häufigkeit aber gerade für ältere Jugendliche als höher angegeben (Stankovic et al., 2022). Diese Widersprüche könnten beispielsweise mit dem Erhebungsland, aber auch dem Erhebungszeitpunkt zusammenhängen. Aus entwicklungspsychologischer Perspektive wäre eine Abnahme der Beteiligung an Schlägereien mit zunehmendem Alter zu erwarten, da ältere Jugendliche über mehr Regulationsstrategien zum Umgang mit Stress und Wut verfügen und entsprechende Regulationsprobleme zu den typischen Ursachen von physischer Aggression gehören (Shetgiri et al., 2015). Gleichzeitig könnte aber auch eine zunehmende Bedeutung Gleichaltriger und damit auch vermehrte Probleme mit Gleichaltrigen zu einer Zunahme von Schlägereien im späteren Jugendalter führen.

Im zeitlichen Verlauf ist eher eine Abnahme physischer Aggressionen und der Beteiligung an Schlägereien zu erwarten (Pickett et al., 2013 für einen Zeitraum von 2002 bis 2010). Die besonderen Bedingungen der Corona-Pandemie könnten jedoch auch zu einem Anstieg physischer Aggressionen und Schlägereien geführt haben. Besonders männliche Jugendliche berichteten während der Pandemie verstärkt von Aggressionen (Vuelvas-Olmos et al., 2022). In vielen Studien fehlt dabei aber der Vergleich zu früheren Erhebungszeitpunkten, sodass unklar ist, ob es sich um geschlechtsspezifische Befunde handelt oder tatsächlich um Veränderungen, welche mit dem Pandemiegeschehen und den Rahmenbedingungen im Zuge des Infektionsschutzes im Zusammenhang stehen. In Deutschland lassen mediale Berichterstattungen zu Gruppenaggressionen Jugendlicher zu Beginn der Pandemie im Sommer 2020 gesteigerte Aggressionen Heranwachsender vermuten (Holthusen et al., 2021). Erschwerte Rahmenbedingungen wie Einschränkungen in den Möglichkeiten der Freizeitgestaltung oder die Betrachtung der Pandemie als besonderes Stressereignis lassen eine entsprechende Zunahme als plausibel erscheinen. Gleichzeitig kann es sich aber auch um einen Trugschluss handeln, welcher mit einer erhöhten Sichtbarkeit und medialen Aufmerksamkeit von Einzelfällen im Zusammenhang steht (Holthusen et al., 2021). Die Beteiligung an physischen Aggressionen und Schlägereien stand bisher in Forschungsarbeiten, welche sich mit Auswirkungen der Pandemie auf Kinder und Jugendliche beschäftigt haben, nicht im Fokus. Der Vergleich der Befunde aus den Erhebungszeiträumen 2018 und 2022 kann dazu erste Erkenntnisse liefern.

Im Erhebungszeitraum 2018 gaben rund 20 % der befragten Heranwachsenden an, in den letzten 12 Monaten 1 bis 2 Mal in Schlägereien verwickelt gewesen zu sein. Rund 7 % berichteten davon, drei Mal oder häufiger an Schlägereien beteiligt gewesen zu sein. Jungen, 11-Jährige (im Vergleich zu 13- und 15-Jährigen) und Heranwachsende, die Förderschulen besuchen sowie aus Familien mit niedrigem familiärem Wohlstand, gaben im Erhebungsjahr 2018 häufiger an, regelmäßig an Schlägereien beteiligt gewesen zu sein (John & Bilz, 2020, S. 58ff.).

Wie wurde die Beteiligung an Schlägereien erfasst?

Zur Erhebung der Beteiligung an Schlägereien wurden die Heranwachsenden gefragt: „Während der letzten 12 Monate, wie oft warst du in eine Schlägerei verwickelt?“ (Brenner et al., 1995). Die Schülerinnen und Schüler konnten antworten, dass sie nie, 1-mal, 2-mal, 3-mal, 4-mal oder öfter an Schlägereien beteiligt waren. Zur Auswertung wurden die Kategorien „nie“, „1 bis 2-mal“ und „3-mal und mehr“ gebildet.

4.4.1.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

Etwa jeder zehnte befragte Heranwachsende gab 2022 an, in den letzten 12 Monaten drei Mal und häufiger in Schlägereien verwickelt gewesen zu sein. Mehr als doppelt so viele gaben zudem an, ein oder zwei Mal an einer Schlägerei beteiligt gewesen zu sein. Die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen, etwa zwei Drittel, gaben dagegen an, in den letzten 12 Monaten in keine Schlägerei verwickelt gewesen

zu sein. Tabelle 17 zeigt die Befunde zur Beteiligung an Schlägereien unterteilt nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand. Für alle betrachteten Gruppen ergeben sich bedeutende Unterschiede. So sind Kinder und Jugendliche, die sich als divers identifizieren, besonders häufig in Schlägereien verwickelt, gefolgt von Kindern und Jugendlichen, die sich dem männlichen Geschlecht zuordnen. Mit steigendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit, in eine Schlägerei verwickelt zu sein, ab. Insbesondere regelmäßige Schlägereien (drei Mal und häufiger innerhalb der letzten 12 Monate) sind an Förderschulen besonders häufig und an Gymnasien besonders selten. Die Wahrscheinlichkeit, nicht in Schlägereien involviert zu sein, ist relativ unabhängig vom familiären Wohlstand.

Tab. 17: Beteiligung an Schlägereien von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand im Erhebungsjahr 2022 in Prozent, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Beteiligung an Schlägereien (in %)			Teststatistik	
	Nie	1 bis 2 Mal	3 Mal und mehr	χ^2 (df)	V
Gesamt	67,4	22,3	10,3		
Geschlecht					
Junge	55,4	29,1	15,6	256,97(4)***	.19
Mädchen	80,2	15,3	4,5		
Divers	55,2	22,4	22,4		
Klassenstufe					
5. Klasse	60,0	27,0	13,0	106,52(4)***	.13
7. Klasse	63,0	26,0	11,0		
9. Klasse	78,7	14,2	7,1		
Schulform					
Grundschule	60,8	27,0	12,2	175,91(8)***	.16
Oberschule	62,5	25,2	12,3		
Gymnasium	80,6	14,9	4,5		
Gesamtschule	67,3	21,0	11,6		
Förderschule	33,3	33,3	33,3		
Familiärer Wohlstand					
Niedrig	66,0	21,8	12,2	9,65(4)*	.04
Mittel	69,2	21,7	9,1		
Hoch	63,8	23,7	12,4		

Anmerkungen: $N = 3.268-3.419$, $\chi^2 = \text{Chi-Quadrat}$ (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), * $p < .05$, *** $p < .001$.

4.4.1.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Abbildung 16 zeigt die Befunde zur Beteiligung an Schlägereien aus den Erhebungsjahren 2018 und 2022. Im Vergleich der beiden Erhebungsjahre hat die Beteiligung an Schlägereien im Jahr 2022 zugenommen. Dies bezieht sich sowohl auf die ein- bis zweimalige als auch die regelmäßige Beteiligung. Der Unterschied ist statistisch bedeutsam, es handelt sich aber um einen schwachen Effekt.

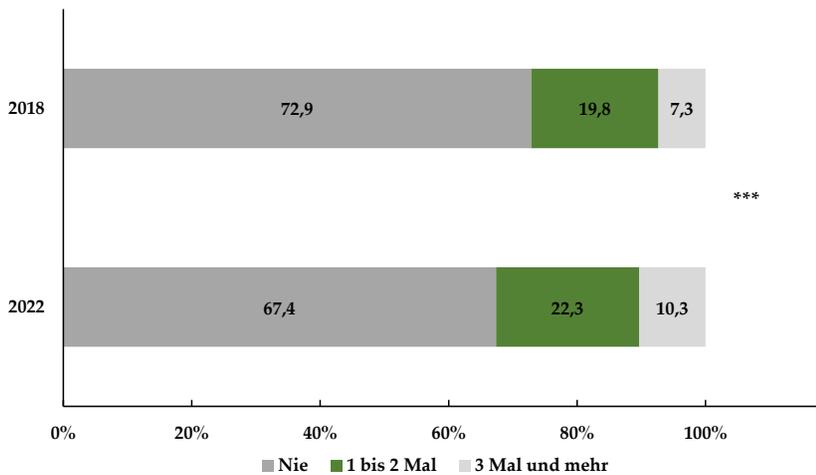


Abb. 16: Beteiligung an Schlägereien von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den Erhebungsjahren 2022 und 2018 in Prozent. *Anmerkungen:* $N_{2018} = 2.850$, $N_{2022} = 3.418$, $X^2(2) = 26.87$, $p < .001$, $V = .06$, *** $p < .001$.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand zeigt sich, dass häufige Schlägereien (3-mal oder mehr) bei Jungen etwas stärker zugenommen (Anstieg von 4 %) haben als bei Mädchen (Anstieg von 1,1 %). Schlägereien haben weiterhin bei Lernenden aus der 5. und 7. Klasse sowie bei Heranwachsenden aus Familien mit mittlerem und hohem Wohlstand signifikant und nahezu gleichförmig zugenommen. In der 9. Klasse und bei Familien mit geringem Wohlstand ist die Zunahme nicht signifikant.

Was sind die zentralen Ergebnisse zur Beteiligung an Schlägereien?

- Mehr als jeder dritte Heranwachsende gab 2022 an, mindestens ein Mal in den letzten 12 Monaten in eine Schlägerei verwickelt gewesen zu sein
- Heranwachsende mit diverser Geschlechtsidentifikation, männliche und jüngere Heranwachsende und Lernende an Förderschulen gaben besonders häufig an, mindestens drei Mal in den letzten 12 Monaten in eine Schlägerei verwickelt gewesen zu sein.
- Im Vergleich zu 2018 berichteten 2022 mehr Kinder und Jugendliche davon, in Schlägereien verwickelt gewesen zu sein.

4.4.2 Schulisches Mobbing

Mobbing ist eine spezifische Gewaltform, die sich dadurch auszeichnet, dass sie wiederholt und mit der Absicht zu schädigen ausgeübt wird. Zwischen den Beteiligten besteht ein Machtungleichgewicht, welches es den Gemobbtten schwermacht, sich allein und ohne Hilfe Dritter gegen das Mobbing zur Wehr zu setzen (Olweus, 1994). Auch wenn eine höhere gesellschaftliche Sensibilisierung für Mobbing und verschiedene Anti-Mobbing-Maßnahmen an Schulen zu einem Rückgang geführt haben, bleibt Mobbing für viele Schülerinnen und Schüler aller Schularten eine alltägliche Erfahrung (Fischer et al., 2020). Dies ist insbesondere deswegen problematisch, weil Mobbing mit schwerwiegenden negativen Konsequenzen einhergehen kann. Dazu gehören beispielsweise akademische Leistungsverluste und ein höheres Maß an Schulvermeidung, aber auch höhere Ausprägungen von Depressivität, Ängstlichkeit, psychosomatischen Beschwerden, selbstverletzenden Verhaltensweisen und Suizidalität (z. B. Heerde & Hemphill, 2019; Moore et al., 2017). Zum Teil können negative Konsequenzen der Mobbing Erfahrungen

bis ins Erwachsenenalter aufgezeigt werden (z. B. Brendgen et al., 2019). Dabei sind Lernende, welche gemobbt werden, besonders gefährdet. Negative Folgen kann Mobbing aber auch für jene haben, die Mobbing ausüben oder jene, die Mobbing beobachten (z. B. Heerde & Hemphill, 2019; Midgett & Doumas, 2019).

Häufig wird Mobbing in physisches Mobbing (z. B. Schlagen, Treten, Schubsen), verbales Mobbing (z. B. Beleidigungen, Verspotten) und relationales Mobbing (z. B. aus einer sozialen Gruppe ausschließen, Gerüchte verbreiten) unterteilt (z. B. Wachs et al., 2016). In der Praxis treten die Mobbingformen häufig kombiniert auf. Mobbing, welches medial vermittelt auftritt (z. B. über soziale Netzwerke, Chatgruppen), wird als Cybermobbing bezeichnet. Diese Art des Mobbings wird in diesem Band in einem eigenen Kapitel dargestellt (vgl. Kapitel 4.4.3). Die folgenden Darstellungen fokussieren daher Mobbing, welches von den Kindern und Jugendlichen nicht explizit als Cybermobbing identifiziert wurde.

Im Erhebungsjahr 2018 zeigte sich, dass rund 13 % der Lernenden in Brandenburg Erfahrungen als Mobbende oder Gemobbte angaben (John & Bilz, 2020). Jungen und ältere Jugendliche identifizierten sich dabei häufiger als Mobbende, Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigerem Wohlstand häufiger als Gemobbte. Mobbing trat in allen Schulformen, besonders häufig aber an Oberschulen und Förderschulen auf. Dies steht im Einklang mit Befunden anderer Studien zur Mobbingverbreitung innerhalb und außerhalb Deutschlands.

In den letzten Jahren hat Mobbing an Schulen eher abgenommen (Fischer et al., 2020). Die Covid-19-Pandemie und die damit in Verbindung stehenden Maßnahmen zur Pandemieeindämmung könnten diesen Trend jedoch verändert haben. Die Schulschließungen haben Mobbing, welches nicht online vermittelt ist, verhindert (Bacher-Hicks et al., 2022; Mendes de Souza & Levandowski, 2022). Außerhalb der Schulschließungen könnte Mobbing aber zugenommen haben. Die Erfahrungen der Pandemie und der Schulschließungen könnten das allgemeine Gefühl schulischer Sicherheit eingeschränkt haben, was Mobbingdynamiken begünstigen kann (Peguero & Hong, 2023, S. 141). Bei dieser Überlegung handelt es sich jedoch um eine theoretische Herleitung. Empirische Befunde weisen darauf hin, dass mit den Schulschließungen das Mobbingaufkommen abgenommen hat (Bacher-Hicks et al., 2022; Borualogo & Casas, 2023; Vaillancourt et al., 2021). Mit der Wiederaufnahme des stationären Unterrichts in den Schulen scheint das Mobbingaufkommen jedoch wieder angestiegen zu sein, jedoch unterhalb des Ausmaßes vor der Pandemie (Bacher-Hicks et al., 2022). Möglich ist, dass organisatorische Veränderungen wie das Lernen in kleineren Klassen und erhöhte individuelle Unterstützung der Lernenden durch Lehrkräfte, aber auch soziale Effekte (z. B. mehr Zusammenhalt durch die pandemiebedingte Krisenerfahrung) zu einer Reduzierung des Mobbingaufkommens während der Pandemie beigetragen haben (Vaillancourt et al., 2021). Gleichzeitig könnte es sich bei dem Befund zur Reduzierung des Mobbings nach den Schulschließungen aber auch um einen kurzfristigen Effekt handeln. Veränderte organisatorische Maßnahmen waren nicht von Dauer und auch das Gefühl sozialer Verbundenheit könnte mit dem Verlauf der Pandemie eher ab- als zugenommen haben. Um mögliche längerfristige Veränderungen im Mobbingaufkommen untersuchen zu können, ist ein längerer Untersuchungszeitraum mit größerem zeitlichem Abstand zur Akutphase der Pandemie notwendig. Der Vergleich zwischen den Befunden aus dem Erhebungszeitraum 2018 und 2022 kann dies ermöglichen.

Wie wurde das schulische Mobbing erfasst?

Den Lernenden wurde zunächst eine schülergerecht formulierte Definition von Mobbing präsentiert. Anschließend wurden die Schülerinnen und Schüler gefragt, wie oft sie in den letzten Monaten in der Schule gemobbt wurden oder selbst daran beteiligt waren, jemand anderen zu mobben (Olweus, 1996). Dabei konnten sie zwischen den Antwortoptionen „Ich wurden 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“ wählen. Erfahrungen als Mobbende bzw. Gemobbte wurden angenommen, wenn die Lernenden mindestens „2 bis 3 Mal pro Monat“ angaben.

4.4.2.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

Etwa jede/r achte befragte Lernende gab an, in den letzten Monaten gemobbt worden zu sein. Etwa jede/r zwölfte befragte Heranwachsende gab an, in den letzten Monaten andere gemobbt zu haben. Heranwachsende, die sich als nicht-binär identifizierten sowie Jungen gaben häufiger als Mädchen an, andere gemobbt zu haben. Bezüglich der Erfahrung, gemobbt worden zu sein, ergeben sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich der empfundenen Geschlechtszugehörigkeit. Auch bezüglich der Klassenstufen unterscheiden sich die Kinder und Jugendlichen nur hinsichtlich der Erfahrung, andere zu mobben, systematisch voneinander. Ältere Jugendliche berichten dabei besonders häufig davon, andere gemobbt zu haben. Lernende an Förderschulen, an Oberschulen und an Grundschulen berichten häufiger als Lernende an Gymnasien und Gesamtschulen davon, gemobbt worden zu sein. Die Ausübung von Mobbing wird besonders häufig von Lernenden an Förderschulen, Oberschulen und Gesamtschulen berichtet. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem familiärem Wohlstand berichten besonders häufig davon, gemobbt zu werden oder andere zu mobben. Die Ergebnisse zu den beschriebenen Gruppenunterschieden sind in Tabelle 18 dargestellt.

Tab. 18: Erfahrungen, in den letzten Monaten gemobbt worden zu sein oder andere zu mobben von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand im Erhebungsjahr 2022 in Prozent, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Erfahrung als Gemobbte (in %)		Teststatistik		Erfahrung als Mobbende (in %)		Teststatistik	
	Ja	Nein	χ^2 (df)	V	Ja	Nein	χ^2 (df)	V
Gesamt	12,9	87,1			8,7	91,3		
Geschlecht								
Junge	12,5	87,6	5,49(2)	.04	11,2	88,8	31,17(2)***	.10
Mädchen	13,1	86,9			6,0	94,0		
Divers	23,5	76,5			15,1	84,9		
Klassenstufe								
5. Klasse	14,1	85,9	5,02(2)	.04	6,6	93,4	9,73(2)**	.05
7. Klasse	13,7	86,4			9,3	90,7		
9. Klasse	11,2	88,8			10,2	89,8		
Schulform								
Grundschule	13,7	86,3	104,52(4)***	.18	6,1	93,9	84,64(4)***	.16
Oberschule	17,6	82,5			13,7	86,3		
Gymnasium	7,6	92,4			4,7	95,3		
Gesamtschule	7,9	92,1			10,3	89,7		
Förderschule	39,5	60,5			24,1	75,9		
Familiärer Wohlstand								
Niedrig	20,5	79,5	34,73(2)***	.10	13,7	86,3	23,71(2)***	.09
Mittel	11,6	88,5			7,8	92,2		
Hoch	10,7	89,3			6,3	93,7		

Anmerkungen: Erfahrungen als Gemobbte $N = 3.244$ -3.391, Erfahrung als Mobbende $N = 3.251$ -3.393, $\chi^2 = \text{Chi-Quadrat}$ (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), ** $p < .01$, *** $p < .001$.

4.4.2.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Abbildung 17 zeigt die Befunde zu den Erfahrungen als Gemobbte und als Mobbende aus den Erhebungsjahren 2018 und 2022. Es zeigt sich, dass beide Erfahrungen im Erhebungsjahr 2022 deutlich zugenommen haben. Im Vergleich zum Erhebungsjahr 2018 berichtet 2022 etwa ein Drittel der Befragten mehr, gemobbt worden zu sein. Andere zu mobben, wird im Erhebungsjahr 2022 von mehr als doppelt so vielen Kindern und Jugendlichen berichtet als 2018. Die Unterschiede sind jeweils statistisch bedeutsam.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand zeigt sich, dass Tätererfahrungen bei schulischem Mobbing in den Subgruppen nach Geschlecht und Klassenstufen relativ gleichförmig zugenommen haben, während der Anstieg nur bei Lernenden aus Familien mit niedrigem und mittlerem Wohlstand signifikant war. Erfahrungen als Gemobbte sind in den Subgruppen nach Geschlecht und Klassenstufe relativ gleichförmig angestiegen. Hinsichtlich der sozialen Lage zeigt sich ein stärkerer Anstieg der opferbezogenen Erfahrungen bei Lernenden aus Familien mit niedrigem Wohlstand (Anstieg von 8,2 %), während er insbesondere bei mittlerem Wohlstand geringer ausfällt (Anstieg von 2,5 %).

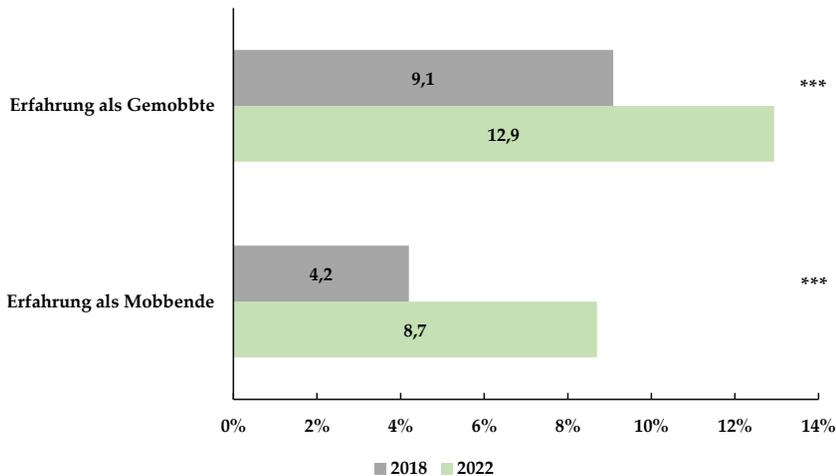


Abb. 17: Erfahrungen als Mobbende und als Gemobbte von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den Erhebungsjahren 2022 und 2018 in Prozent. *Anmerkungen:* Erfahrung als Gemobbte: $N_{2018} = 2.904$, $N_{2022} = 3.393$, $X^2(2) = 23,35$, $p < .001$, $V = .06$, Erfahrung als Mobbende: $N_{2018} = 2.903$, $N_{2022} = 3.389$, $X^2(2) = 51,77$, $p < .001$, $V = .09$, *** $p < .001$.

Was sind die zentralen Ergebnisse zu den Mobbing Erfahrungen?

- Im Erhebungsjahr 2022 hat etwa jede/r achte befragte Lernende angegeben, gemobbt worden zu sein. Etwa jede/r zwölfte Lernende gab an, in den letzten Monaten andere gemobbt zu haben.
- Lernende mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“ und an Förderschulen, Oberschulen und Grundschulen sowie Heranwachsende mit niedrigem familiärem Wohlstand gaben besonders häufig an, gemobbt worden zu sein. Andere gemobbt zu haben berichteten besonders häufig Jungen und Heranwachsende, die sich als nicht binär identifizierten sowie ältere Jugendliche, Lernende an Förderschulen, Oberschulen und Gesamtschulen sowie Kinder und Jugendliche mit niedrigem familiärem Wohlstand.
- Im Vergleich zum Erhebungszeitraum 2018 gaben 2022 deutlich mehr Kinder und Jugendliche an, in Mobbing involviert gewesen zu sein. Die Anzahl der Heranwachsenden, die gemobbt wurden, stieg um mehr als 33 %. Der Anteil der Lernenden, der angab, andere gemobbt zu haben, verdoppelte sich.

4.4.3 Cybermobbing

Cybermobbing bezeichnet eine besondere Form des Mobblings, welche medial vermittelt auftritt (z. B. über soziale Netzwerke oder Chatgruppen) (vgl. Kapitel 4.4.2). Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass Cybermobbing insgesamt seltener berichtet wird als traditionelles schulisches Mobbing (z. B. Fischer et al., 2020; Zych et al., 2015), wobei es zwischen schulischem Mobbing und Cybermobbing hohe Überschneidungen bezüglich der beteiligten Lernenden gibt (Estévez et al., 2020; Lee et al., 2022; Waasdorp & Bradshaw, 2015; Zych et al., 2015). Genau wie schulisches Mobbing kann Cybermobbing mit schwerwiegenden negativen Folgen für die Betroffenen einhergehen (Zych et al., 2015; vgl. Kapitel 4.4.2). Cybermobbing-Viktimisierung steht zum Beispiel mit schlechterer Emotionsregulation sowie einem geringeren Wohlbefinden im Zusammenhang (Schunk et al., 2022). Einige Befunde legen nahe, dass das Risiko für externalisierende und internalisierende Auffälligkeiten nach Cybermobbing-Erfahrungen sogar höher ist als bei traditionellem schulischem Mobbing (Waasdorp & Bradshaw, 2015).

Im Erhebungsjahr 2018 gaben weniger als 6 % der befragten Lernenden in Brandenburg an, Erfahrungen mit Cybermobbing als Gemobbte oder Mobbende gemacht zu haben (John & Bilz, 2020). Zur Entwicklung des Cybermobbings in Deutschland im Vergleich zu vorherigen Erhebungswellen liegen aus der HBSC-Studie bisher keine Befunde vor, da Cybermobbing-Erfahrungen 2018 erstmals erhoben wurden (Fischer et al., 2020). Mögliche Entwicklungen zwischen den Erhebungswellen 2018 und 2022 könnten auch mit den pandemiebedingten Erfahrungen der Lernenden im Zusammenhang stehen. Bezüglich des Einflusses der Covid-19-Pandemie zeigt die Befundlage sehr heterogene Ergebnisse. Einige Befunde zeigen einen deutlichen Rückgang des Cybermobbings im Zusammenhang mit den Schulschließungen (Bacher-Hicks et al., 2022), andere einen Rückgang, der jedoch deutlich unterhalb des Rückgangs des traditionellen Mobbings liegt (Vaillancourt et al., 2021). Wieder andere berichten von einem Anstieg des Cybermobbings während der Pandemie (Barlett et al., 2021). Der enge Zusammenhang zwischen Cybermobbing und schulischem Mobbing lässt ähnliche Trends zwischen den beiden Mobbingformen erwarten. Online-Unterricht während der Covid-19-Pandemie könnte dazu geführt haben, dass schulisches Mobbing ausschließlich in der Gestalt des Cybermobbings aufgetreten ist. Während der Covid-19-Pandemie hat sich die tägliche Nutzungszeit von Online-Medien unter Heranwachsenden weiter erhöht (vgl. Kapitel 5.5). Die tägliche Nutzung digitaler Medien kann dabei das Risiko für Mobbing (sowohl traditionell als auch medial vermittelt) erhöhen (Boccio & Leal, 2023), sodass es insgesamt zu einem Anstieg des Cybermobbings in der Erhebungswelle 2022 gekommen sein könnte.

Wie wurde Cybermobbing erfasst?

Den befragten Schülerinnen und Schülern wurde zunächst eine schülergerechte Definition von Mobbing präsentiert. Danach wurden die Heranwachsenden gefragt, wie oft sie in den letzten Monaten online gemobbt wurden oder selbst jemanden online gemobbt haben (Olweus, 1996). Beispiele für Handlungen, welche Cybermobbing sein können, wurden ebenfalls präsentiert (z. B. gemeine Nachrichten schreiben, unerlaubt unvorteilhafte Fotos posten oder verschicken). Für ihre Antwort konnten die Lernenden wählen zwischen den Optionen: „Ich habe niemanden in den vergangenen Monaten online gemobbt“ bzw. „Ich wurde in den vergangenen Monaten nicht online gemobbt“, „ein oder zwei Mal“, „zwei oder drei Mal im Monat“, „ungefähr ein Mal pro Woche“ und „mehrmals pro Woche“. Erfahrungen als Gemobbte bzw. als Mobbende wurden bei Antworten ab „zwei bis drei Mal im Monat“ angenommen.

4.4.3.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

Etwa eine/r von 17 Heranwachsenden gab im Erhebungsjahr 2022 in Brandenburg an, online gemobbt worden zu sein. Ungefähr eine/r von 15 Lernenden berichtete davon, andere online gemobbt zu haben. Jungen und Mädchen berichteten dabei ungefähr gleich häufig von Viktimisierungserfahrungen mit Cybermobbing. Jungen berichteten aber mehr als doppelt so häufig wie Mädchen davon, andere online gemobbt zu haben. Besonders viele Cybermobbing-Erfahrungen machten Heranwachsende, die sich als divers identifizieren: Mehr als jede/r Vierte gab an, online gemobbt worden zu sein und mehr als jede/r Dritte berichtete davon, andere online gemobbt zu haben. Die Erfahrung, online gemobbt zu werden, zeigt sich unabhängig von der Klassenstufe. Befragte in der fünften Klasse berichteten aber deutlich seltener als ältere Befragte davon, andere online gemobbt zu haben. Cybermobbing in beiden Rollen erlebten vor allem Lernende an Förderschulen, aber auch Lernende an Gesamtschulen berichteten häufiger davon, andere online zu mobben. Ein höheres Risiko, online gemobbt zu werden oder andere online zu mobben, berichteten Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem familiärem Wohlstand. Dieser Unterschied zeigt sich besonders deutlich im Vergleich zu Heranwachsenden mit hohem familiärem Wohlstand bezüglich der Erfahrung, andere online zu mobben (vgl. Tabelle 19).

Tab. 19: Erfahrungen, in den letzten Monaten online gemobbt worden zu sein oder andere online zu mobben von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand im Erhebungsjahr 2022 in Prozent, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Erfahrung als online Gemobbt (in %)		Teststatistik		Erfahrung als online Mobbede (in %)		Teststatistik	
	Ja	Nein	χ^2 (df)	V	Ja	Nein	χ^2 (df)	V
Gesamt	6,0	94,0			6,6	93,4		
Geschlecht								
Junge	5,3	94,7	36,05(2)***	.11	8,4	91,6	91,57(2)***	.17
Mädchen	6,0	94,0			4,0	96,1		
Divers	25,5	74,5			34,0	66,0		
Klassenstufe								
5. Klasse	5,7	94,3	0,61(2)	.01	4,6	95,4	10,34(2)**	.06
7. Klasse	6,4	93,6			7,7	92,3		
9. Klasse	5,8	94,2			7,4	92,6		
Schulform								
Grundschule	5,7	94,4	62,16(4)***	.14	4,3	95,7	67,07(4)***	.14
Oberschule	8,0	92,0			7,9	92,1		
Gymnasium	4,1	96,0			4,0	96,0		
Gesamtschule	3,1	96,9			12,8	87,2		
Förderschule	24,6	75,4			20,3	79,7		
Familiärer Wohlstand								
Niedrig	9,5	90,5	15,28(2)***	.07	10,9	89,1	24,24(2)***	.09
Mittel	5,1	94,9			5,9	94,2		
Hoch	5,1	94,9			3,8	96,2		

Anmerkungen: Erfahrungen als online Gemobbt $N = 3.126-3.259$, Erfahrung als Mobbede $N = 3.295-3.333$, $\chi^2 = \text{Chi-Quadrat}$ (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), ** $p < .01$, *** $p < .001$.

4.4.3.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Abbildung 18 zeigt, dass im Erhebungsjahr 2022 deutlich mehr Lernende Erfahrungen mit Cybermobbing angaben als 2018. Online gemobbt worden zu sein gaben 2022 mehr als 1,5 Mal so viele Schülerinnen und Schüler an wie 2018. Im Vergleich zu 2018 berichteten 2022 sogar mehr als drei Mal so viele Heranwachsende davon, andere online gemobbt zu haben. Damit zeigt sich, dass auch 2022 Cybermobbing seltener berichtet wird als schulisches Mobbing (vgl. Kapitel 4.4.2). Beide Mobbingformen haben im Vergleich zu 2018 aber deutlich zugenommen.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand, zeigt sich, dass Tätererfahrungen bei Jungen stärker zugenommen (Anstieg von 5,5 %) haben als bei Mädchen (Anstieg von 2,8 %). Weiterhin war der Anstieg insbesondere in der 7. Klasse höher (Anstieg von 5,9 %) als in der 5. Klasse (Anstieg von 3,2 %). Bezüglich des sozioökonomischen Status zeigt sich nur bei niedrigem und mittlerem familiärem Wohlstand ein signifikanter Anstieg. Die Erfahrungen als online Gemobbt sind bei Jungen und Mädchen weitestgehend gleichmäßig angestiegen. Weiterhin zeigte sich ein nahezu gleichförmiger Anstieg bei Lernenden aus der 7. und 9.

Klasse und aus Familien mit niedrigem und mittlerem Wohlstand. Bei Lernenden aus der 5. Klasse und aus Familien mit hohem Wohlstand ist der Anstieg nicht signifikant.

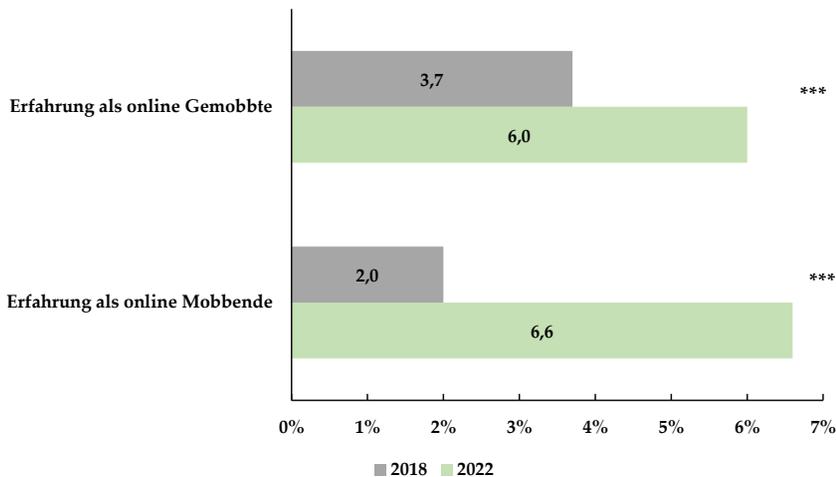


Abb. 18: Erfahrungen als online Mobben und als online Gemobbte von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den Erhebungsjahren 2022 und 2018 in Prozent. *Anmerkungen:* Erfahrung als Gemobbte: $N_{2018} = 2.862$, $N_{2022} = 3.259$. Teststatistik: $X^2(2) = 15,98$, $p < .001$, $V = .05$. Erfahrung als Mobben: $N_{2018} = 2.902$, $N_{2022} = 3.332$. Teststatistik: $X^2(2) = 76,43$, $p < .001$, $V = .11$, $*** p < .001$.

Was sind die zentralen Ergebnisse zum Cybermobbing?

- Rund 6 % der befragten Lernenden in Brandenburg gaben 2022 an, online gemobbt worden zu sein. Etwa gleich viele Lernende, rund 6,6 %, berichteten, andere online gemobbt zu haben.
- Lernende, die sich als divers identifizieren, ältere Heranwachsende, Lernende an Förderschulen und Gesamtschulen sowie Kinder und Jugendliche mit niedrigem familiärem Wohlstand machten besonders häufig Erfahrungen mit Cybermobbing. Jungen berichteten im Vergleich zu Mädchen mehr als doppelt so häufig, andere online gemobbt zu haben. Die Erfahrung, selbst online gemobbt zu werden, unterscheidet sich zwischen Jungen und Mädchen, aber auch zwischen den betrachteten Klassenstufen nicht.
- Im Vergleich zu 2018 gaben 2022 deutlich mehr Kinder und Jugendliche an, Erfahrungen mit Cybermobbing gemacht zu haben. Die Erfahrung, selbst online gemobbt zu werden, hat dabei um mehr als 50 % zugenommen. Andere online zu mobben wurde 2022 mehr als drei Mal so häufig berichtet wie 2018.

4.5 Substanzkonsum

4.5.1 Tabakkonsum

Rauchen ist ein erhebliches Gesundheitsrisiko, da es u. a. die Entwicklung von Atemwegs-, Krebs-, und Herz-Kreislauferkrankungen begünstigt (Bates et al., 2007; Gandini et al., 2008). Weiterhin haben regelmäßige Raucher und Raucherinnen ein erhöhtes Risiko für Zahnerkrankungen (Souto et al., 2019) und schwere Verläufe bei Infektionserkrankungen wie Covid-19 (Kumar et al., 2021; Reddy et al., 2020). Zusätzlich stellt auch das Passivrauchen (Cao et al., 2015) und das Rauchen in der Schwangerschaft (Avşar, McLeod & Jackson, 2021) für das Kind ein erhebliches Gesundheitsrisiko dar. Jährlich sterben

mehr als acht Millionen Menschen weltweit (WHO, 2022a) und über 127.000 Menschen in Deutschland (Bundesministerium für Gesundheit, 2021) an den Folgen des Rauchens. Tabakkonsum stellt demnach den wichtigsten Risikofaktor für eine vorzeitige Mortalität dar (Jha & Peto, 2014). Im Jahr 2021 rauchten 6,1 % der 12-17-jährigen Jugendlichen, während 82,9 % angaben, noch nie geraucht zu haben. Damit ist der Anteil der rauchenden Heranwachsenden zwischen 2001 und 2021 deutlich gesunken (Orth & Merkel, 2022). Eine weitere aktuelle Studie verzeichnet jedoch zwischen 2021 und 2022 einen deutlichen Anstieg von 8,7 % auf 15,9 % der rauchenden Jugendlichen (Deutsche Befragung zum Rauchverhalten, 2023). Entsprechend sollte ein besonderer Fokus auf die Prävention im Kindes- und Jugendalter gelegt werden, da der regelmäßige Tabakkonsum meist vor dem 18. Lebensjahr beginnt (U.S. Department of Health and Human Services, 2012). Ferner korreliert ein früher Einstieg mit einem erhöhten Risiko für soziale Probleme und tabakassoziierte gesundheitliche Beeinträchtigungen (Ellickson, Tucker & Klein, 2001; Kendler et al., 2013). Das Rauchverhalten steht mit zahlreichen Faktoren wie dem Rauchverhalten der Eltern und Gleichaltrigen (Zeiger et al., 2018a) sowie der gesellschaftlichen Akzeptanz und der Zugänglichkeit von Tabakprodukten (U.S. Department of Health and Human Services, 2012) in Zusammenhang. In der letzten HBSC-Erhebungswelle rauchten beispielsweise ältere Jugendliche, Schülerinnen und Schüler an Ober- und Förderschulen sowie aus Familien mit niedrigerem Wohlstand häufiger (John & Bilz, 2020).

Wie wurde der Tabakkonsum erfasst?

Zur Erfassung des Zigarettenkonsums wurden die Schülerinnen und Schüler 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-Tages-Konsum 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 2022

Von den befragten Brandenburger Schülerinnen und Schülern haben mit 80,3 % die meisten noch nie in ihrem Leben Zigaretten geraucht. Weitere 11,9 % haben an ein bis 29 Tagen und 7,8 % an 30 oder mehr Tagen in ihrem Leben Zigaretten geraucht. In den letzten 30 Tagen haben 12,2 % der befragten Kinder und Jugendlichen Zigaretten konsumiert, wovon die meisten seltener als täglich geraucht haben. Unter allen Befragten können 3,2 % als tägliche Raucherinnen und Raucher identifiziert werden. In der Tabelle 20 findet sich ein Überblick über den Zigarettenkonsum in den letzten 30 Tagen differenziert nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand. In höheren Klassenstufen nimmt der Anteil an Schüler*innen, die täglich rauchen, signifikant zu (5. Klasse: 0,5 % vs. 9. Klasse: 6,9 %). Menschen mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“ rauchen häufiger täglich (13 %) als Jungen (3,2 %) und Mädchen (3,0 %). 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 (8,4 %) und Förderschulen (3,8 %). In Bezug auf den familiären Wohlstand zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen Wohlstand häufiger täglich rauchen (5,4 %) als Kinder und Jugendliche aus Familien mit mittlerem (2,7 %) und höherem (3,4 %) Wohlstand.

Tab. 20: Häufigkeit des Zigarettenkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Zigarettenkonsum in den letzten 30 Tagen (in %)			Teststatistik	
	nie	1-29 Tage	30 Tage	X ² (df)	V
Gesamt	87,8	9	3,2		
Geschlecht					
Junge	89,2	7,6	3,2	26,96(4)***	.06
Mädchen	86,9	10,1	3,0		
Divers	72,2	14,8	13,0		
Klassenstufe					
5. Klasse	97,2	2,3	0,5	231,30(4)***	.18
7. Klasse	89,4	8,3	2,3		
9. Klasse	76,9	16,2	6,9		
Schulform					
Grundschule	97,4	2,1	0,5	288,51(8)***	.20
Oberschule	75,5	16,2	8,4		
Gymnasium	91,6	7,4	1,0		
Gesamtschule	88,8	8,4	2,8		
Förderschule	70,9	25,3	3,8		
Familiärer Wohlstand					
Niedrig	84,1	10,6	5,4	14,48(4)*	.05
Mittel	89,0	8,3	2,7		
Hoch	87,1	9,5	3,4		

Anmerkungen: N = 3.367-3.524, X² = Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), * p < .05, *** p < .001.

4.5.1.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Abbildung 19 zeigt, dass der Tabakkonsum in den letzten 30 Tagen im Vergleich zu 2018 zugenommen hat. So gaben 2018 8 % der Befragten an, an 1-30 Tagen im letzten Monat geraucht zu haben, während dies im Jahr 2022 auf 12,2 % zutraf.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand zeigt sich, dass der Tabakkonsum in allen Gruppen nahezu gleichförmig zugenommen hat.

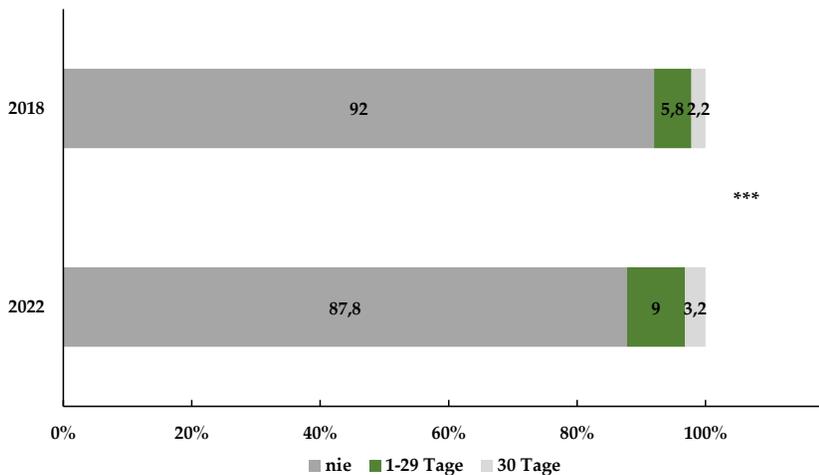


Abb. 19: Häufigkeit des Zigarettenkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen im Vergleich zu 2018. $N_{2018} = 2.967$, $N_{2022} = 3.522$, $\chi^2(2) = 31.73$, $p < .001$, $V = .07$, $*** p < .001$.

Was sind die zentralen Ergebnisse zum Tabakkonsum?

- Der Großteil der Brandenburger Kinder und Jugendlichen hat noch nie im Leben geraucht. 3,2 % der Kinder und Jugendlichen rauchen täglich.
- Lernende mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“, Jugendliche aus höheren Klassenstufen, Schülerinnen und Schüler an Ober- und Förderschulen sowie Lernende aus Familien mit niedrigem Wohlstand rauchen häufiger täglich.
- Kinder und Jugendliche rauchten 2022 häufiger als im Jahr 2018.

4.5.2 Alkoholkonsum

Ein hoher Alkoholkonsum steigert das Risiko für zahlreiche Erkrankungen z. B. bestimmter Krebs- und Herzerkrankungen (Zhong et al., 2022), Tuberkulose (Global Burden of Disease Study, 2018), Leberzirrhose (Roerecke et al., 2019), Demenz (Rehm et al., 2019) und Bauchspeicheldrüsenentzündungen (Cooper, 2002; Corrao et al., 2004). Ein starker Alkoholkonsum steht ferner mit einer vorzeitigen Mortalität in Verbindung (Di Castelnuovo et al., 2006; Global Burden of Disease Study, 2016). Weltweit verursacht Alkoholkonsum mehr als 5 % der Todesfälle und ist verantwortlich für mehr als 200 weitere Gesundheitsprobleme und Verletzungen (WHO, 2022b). Allein in Deutschland wird davon ausgegangen, dass etwa 74.000 Todesfälle jährlich allein durch Alkohol oder durch die Kombination aus Alkohol- und Tabakkonsum bedingt sind (Bundesministerium für Gesundheit, 2022). Die Prävention von Alkoholkonsum wird daher als wichtiges gesellschaftliches Anliegen angesehen (Brand et al., 2007).

Üblicherweise beginnen bereits Jugendliche Alkohol zu sich zu nehmen (Orth & Merkel, 2019a), dies wird dann im Erwachsenenalter fortgesetzt (Paavola, Vartiainen & Haukka, 2004). Entsprechend zeigen Erkenntnisse aus Deutschland, dass bereits die Hälfte aller Heranwachsenden im Alter von 11 bis 17 Jahren Alkohol getrunken haben, bei 12,1 % hat dies bereits ein riskantes Niveau erreicht (Zeiger et al., 2018b). Das frühe Trinken von Alkohol ist mit vermehrten Gesundheitsrisiken, einem exzessiven Alkoholkonsum, dem Fahren unter Alkoholeinfluss und dem Entwickeln einer Abhängigkeit assoziiert (Hingson, Heeren & Winter, 2006; Hingson & Zha, 2009). Demnach stellt die Prävention des Alkoholkonsums gerade im Kindes- und Jugendalter ein besonderes gesellschaftliches Anliegen dar. Die letzte

HBSC-Erhebung ermittelte, dass ältere Jugendliche sowie Schülerinnen und Schüler an Oberschulen häufiger Alkohol trinken (John & Bilz, 2020).

Wie wurde der Alkoholkonsum erfasst?

Zur Erfassung des Alkoholkonsums wurden die Schülerinnen und Schüler 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 2022

Von den befragten Brandenburger Schülerinnen und Schülern haben mit 53,3 % mehr als die Hälfte noch nie in ihrem Leben Alkohol getrunken. Weitere 26,8 % haben an einem bis neun Tagen und 19,9 % an zehn oder mehr Tagen in ihrem Leben Alkohol getrunken. In den letzten 30 Tagen haben 32,4 % der befragten Kinder und Jugendlichen Alkohol konsumiert, wovon die meisten an weniger als zehn Tagen Alkohol getrunken haben. In der Tabelle 21 findet sich ein Überblick über den Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen differenziert nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand.

Für den Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen zeigt sich ein deutlicher Klassenstufeneffekt. Hierbei nimmt der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die im vergangenen Monat keinen Alkohol getrunken haben, mit höherer Klassenstufe signifikant ab (5. Klasse: 93,7 % vs. 9. Klasse: 36,0 %). Weiterhin finden sich in Bezug auf die Häufigkeit, mit der in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken wurde, signifikante schulform- und wohlstandsbezogene Unterschiede. Insbesondere in Ober- und Förderschulen tranken die Lernenden häufiger an 10 bis 30 Tagen Alkohol. 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. Hinsichtlich des Geschlechts zeigt sich, dass Menschen mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“ seltener nie und häufiger an 10 bis 30 Tagen Alkohol trinken als Jungen und Mädchen.

Tab. 21: Häufigkeit des Alkoholkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen (in %)			Teststatistik	
	nie	1-9 Tage	10-30 Tage	χ^2 (df)	V
Gesamt	67,6	27,6	4,8		
Geschlecht					
Junge	69,3	25,6	5,1	31,30(4)***	.07
Mädchen	66,6	29,4	4,0		
Divers	47,5	35,6	16,9		
Klassenstufe					
5. Klasse	93,7	4,9	1,4	921,18(4)***	.36
7. Klasse	74,4	22,7	3,0		
9. Klasse	36,0	54,3	9,8		
Schulform					
Grundschule	94,0	4,6	1,4	478,04(8)***	.26
Oberschule	53,4	36,9	9,7		
Gymnasium	58,8	37,9	3,3		
Gesamtschule	62,8	33,2	4,0		
Förderschule	72,2	21,5	6,3		
Familiärer Wohlstand					
Niedrig	70,6	25,4	4,0	14,77(4)**	.05
Mittel	67,8	27,7	4,5		
Hoch	60,0	33,4	6,6		

Anmerkungen: $N = 3.350-3.502$, $\chi^2 =$ Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), ** $p < .01$, *** $p < .001$.

4.5.2.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Abbildung 20 zeigt, dass im Jahr 2022 die Schülerinnen und Schüler in den letzten 30 Tagen häufiger Alkohol getrunken haben als im Jahr 2018. Beispielsweise gaben 2018 78,4 % der Befragten an, im letzten Monat keinen Alkohol getrunken zu haben, während dies im Jahr 2022 nur auf 67,6 % zutraf.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand zeigt sich, dass der Alkoholkonsum nach Geschlecht und familiärem Wohlstand relativ gleichförmig zugenommen hat. Bei den Klassenstufen gibt es jedoch unterschiedliche Entwicklungen. So ist der Anteil der Neuntklässler*innen, die nie Alkohol konsumieren, von 50 % in 2018 auf 36 % in 2022 gesunken. Bei Lernenden der 5. Klasse ist diese Veränderung weniger markant (2018: 97,9 % vs. 2022: 93,7 %).

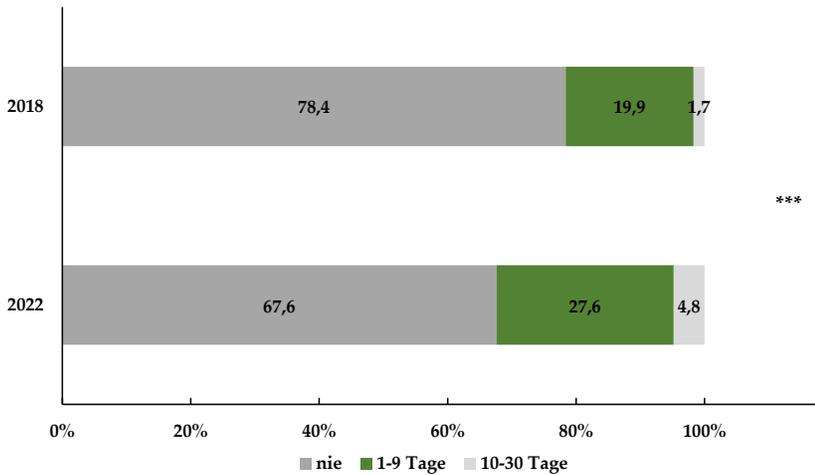


Abb. 20: Häufigkeit des Alkoholkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen im Vergleich zu 2018. $N_{2018} = 2.940$, $N_{2022} = 3.501$, $\chi^2(2) = 109,77$, $p < .001$, $V = .13$, $*** p < .001$.

Was sind die zentralen Ergebnisse zum Alkoholkonsum?

- Mehr als die Hälfte der Brandenburger Kinder und Jugendlichen haben noch nie in ihrem Leben Alkohol getrunken. 4,8 % der Kinder und Jugendlichen haben in den letzten 30 Tagen an 10 bis 30 Tagen Alkohol getrunken.
- Jungen, Lernende mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“, Jugendliche aus höheren Klassenstufen, Schülerinnen und Schüler an Ober- und Förderschulen sowie Lernende aus Familien mit hohem Wohlstand trinken häufiger Alkohol.
- Im Jahr 2022 tranken Kinder und Jugendliche häufiger Alkohol als im Jahr 2018. Die Zunahme ist bei Schüler*innen aus höheren Klassenstufen stärker ausgeprägt.

4.5.3 Alkoholbedingte Rauscherfahrungen

Alkoholbedingte Rauscherfahrungen aufgrund exzessiven Konsumierens von Alkohol treten insbesondere im Jugendalter (Orth & Merkel, 2019a) und jungem Erwachsenenalter häufig auf (Orth & Merkel, 2019a; Lange, Manz & Kuntz, 2017). In Deutschland berichten 14 % der Jugendlichen und 38,9 % der jungen Erwachsenen von mindestens einer alkoholbedingten Rauscherfahrung in den letzten 30 Tagen (Orth & Merkel, 2019a). Auffallend ist dabei, dass viele Jugendliche, trotz exzessiven Alkoholtrinkens, keine subjektiven Rauscherfahrungen angeben (Kuntz, Lange & Lampert, 2015). Es ist also anzunehmen, dass Jugendliche die tatsächlichen Rauscherfahrungen unterschätzen (John & Bilz, 2020). Studien weisen darauf hin, dass alkoholbedingte Rauscherfahrungen im Rahmen der Corona-Pandemie bei Kindern und Jugendlichen abgenommen haben (Statistisches Bundesamt, 2023a).

Exzessiver Alkoholkonsum steht in Zusammenhang mit zahlreichen gesundheitlichen Auswirkungen. Beispielsweise zeigen Jugendliche mit starkem Alkoholkonsum Veränderungen verschiedener Gehirnregionen und damit einhergehende kognitive Defizite auf (Petit et al., 2014; Spear, 2018). Ferner wird ein exzessiver Alkoholkonsum mit dem Einnehmen illegaler Drogen, delinquentem Verhalten und Schulabsentismus in Verbindung gebracht (Best et al., 2006). Rauscherfahrungen sind gemäß einiger Studien bei Jungen (Orth & Merkel, 2019a) und Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau (Lange, Manz & Kuntz, 2017) stärker ausgeprägt. Dies spiegelt sich nicht in den HBSC-Ergebnissen aus der

letzten Erhebungswelle wider. Hier zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts und des familiären Wohlstands. Stärkere Ausprägungen des Rauschtrinkens wiesen ältere Jugendliche und Heranwachsende aus Ober- und Förderschulen auf (John & Bilz, 2020).

Wie wurden alkoholbedingte Rauscherfahrungen erfasst?

Zur Erfassung von alkoholbedingten Rauscherfahrungen wurden die Schüler und Schülerinnen 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. 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 2022

Von den befragten Brandenburger Schülerinnen und Schülern berichten 23,5 % von alkoholbedingten Rauscherfahrungen in ihrem Leben. Hiervon haben 8,2 % einmal und 15,3 % mindestens zweimal in ihrem Leben so viel Alkohol getrunken, dass sie betrunken waren. Für die letzten 30 Tage berichten 13,0 % der befragten Kinder und Jugendlichen von alkoholbedingten Rauscherfahrungen. In der Tabelle 22 findet sich ein Überblick über das Auftreten von alkoholbedingten Rauscherfahrungen in den letzten 30 Tagen differenziert nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand.

Die Häufigkeit von alkoholbedingten Rauscherfahrungen in den letzten 30 Tagen steigt bei Lernenden in höheren Klassenstufen signifikant an (5. Klasse: 1,6 % vs. 9. Klasse: 29,7 %). 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 (24,5 %) und Förderschulen (25,0 %) besonders hoch und an Grundschulen (1,0 %) besonders niedrig. Diese Schulformeffekte können jedoch zum Teil auch durch die zuvor beschriebenen Klassenstufeneffekte erklärt werden. Kinder aus der 5. Klasse sind überwiegend den Grundschulen zuzuordnen und berichten seltener von alkoholbedingten Rauscherfahrungen. Hinsichtlich des Geschlechts berichten Mädchen und Menschen mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“ häufiger von alkoholbedingten Rauscherfahrungen, während bezüglich des familiären Wohlstands keine signifikanten Unterschiede bestehen.

Tab. 22: Häufigkeit alkoholbedingter Rauscherfahrungen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Alkoholrausch in den letzten 30 Tagen (in %)			Teststatistik	
	nie	1-mal	2- mal oder mehr	X ² (df)	V
Gesamt	87,0	6,0	7,0		
Geschlecht					
Junge	88,0	5,7	6,4	17,03(4)**	.05
Mädchen	86,6	6,2	7,2		
Divers	72,2	7,4	20,4		
Klassenstufe					
5. Klasse	98,4	0,8	0,8	457,50(4)***	.26
7. Klasse	92,9	4,0	3,1		
9. Klasse	70,3	12,9	16,8		
Schulform					
Grundschule	98,9	0,4	0,6	262,83(8)***	.20
Oberschule	75,5	10,4	14,1		
Gymnasium	86,0	7,7	6,3		
Gesamtschule	92,3	3,1	4,7		
Förderschule	75,0	10,0	15,0		
Familiärer Wohlstand					
Niedrig	89,1	5,7	5,2	6,77(4)	.03
Mittel	86,7	6,2	7,0		
Hoch	86,2	4,8	9,0		

Anmerkungen: N = 3.311-3.461, X² = Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), ** p < .01, *** p < .001.

4.5.3.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Abbildung 21 zeigt den Unterschied alkoholbedingter Rauscherfahrungen zwischen dem Jahr 2018 und 2022 in den letzten 30 Tagen. So gaben 2018 6,8 % der Befragten an, 1-2-mal im letzten Monat alkoholbedingte Rauscherfahrungen erlebt zu haben, während dies im Jahr 2022 auf 13 % zutraf.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand zeigt sich, dass alkoholbedingte Rauscherfahrungen je nach Geschlecht und familiärem Wohlstand relativ gleichförmig zugenommen haben. Bei Lernenden aus höheren Klassenstufen ist der Anstieg von Rauscherfahrungen stärker. Beispielsweise ist der Anteil der Neuntklässler*innen, die 2-mal oder mehr von Rauscherfahrungen berichten, von 6,1 % im Jahr 2018 auf 16,8 % im Jahr 2022 gestiegen. Bei Lernenden der 5. Klasse ist diese Veränderung weniger markant (2018: 0,0 % vs. 2022: 0,8 %).

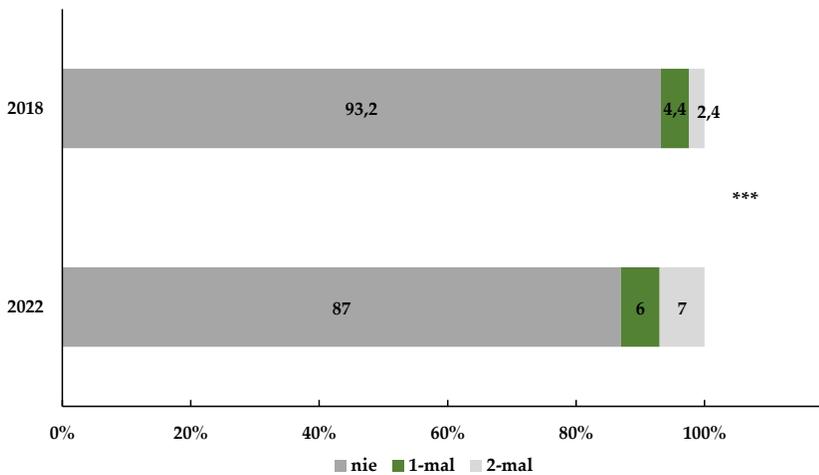


Abb. 21: Häufigkeit alkoholbedingter Rauscherfahrungen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen im Vergleich zu 2018. $N_{2018} = 2.941$, $N_{2022} = 3.459$, $X^2(2) = 82,40$, $p < .001$, $V = .11$, $*** p < .001$.

Was sind die zentralen Ergebnisse zu alkoholbedingten Rauscherfahrungen?

- Der Großteil der Lernenden hatte noch keine alkoholbedingten Rauscherfahrungen.
- Ältere Jugendliche und Schülerinnen und Schüler an Ober- und Förderschulen hatten im vergangenen Monat häufiger alkoholbedingte Rauscherfahrungen.
- Im Jahr 2022 berichteten mehr Kinder und Jugendliche von alkoholbedingten Rauscherfahrungen als im Jahr 2018. Dieser Anstieg ist bei Lernenden aus höheren Klassen markanter.

4.5.4 Cannabiskonsum

Cannabis ist eine illegale und die am stärksten verbreitete Droge, welche insbesondere von Jugendlichen und jungen Erwachsenen konsumiert wird (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA, 2019). Zwischen 10 % (Orth & Merkel, 2019b) und 17,4 % (Moor et al., 2016) der Jugendlichen in Deutschland geben an, mindestens einmal Cannabis konsumiert zu haben. 8 % der Jugendlichen haben in den letzten 12 Monaten mindestens einmal und 1,6 % regelmäßig (mehr als zehnmals) Cannabis zu sich genommen (Orth & Merkel, 2019b). Der häufige und längerfristige Cannabiskonsum kann eine dauerhafte kognitive Beeinträchtigung (Meier et al., 2022) sowie körperliche (Mæland et al., 2022), psychische und schulische Probleme zur Folge haben (Volkow et al., 2014). Beispielsweise kann Cannabis bei entsprechender genetischer Disposition eine Schizophrenie auslösen (Caspi et al., 2005). Weiterhin können akute Angst-, Panik- und psychotische Zustände sowie motorische und kognitive Beeinträchtigungen auftreten, die wiederum Verkehrsunfälle wahrscheinlicher machen (Hall & Degenhard, 2009; Volkow et al., 2014). Cannabis wird aus unterschiedlichen Gründen, wie der Erwartung einer Veränderung oder Verbesserung des subjektiven Erlebens zu sich genommen (Hecimovic et al., 2014). Doch gerade diese Nutzung von Cannabis zur Bewältigung aversiver emotionaler Zustände steht mit Abhängigkeitssymptomen und konsumassoziierten Problemen der Jugendlichen in Verbindung (Fox et al., 2011). Der Konsum von Cannabis ist bei Jungen stärker ausgeprägt als bei Mädchen (Moor et al., 2016; Orth & Merkel, 2019b). Die letzte HBSC-Erhebung in Brandenburg konnte diese Differenzierung nicht fundieren; hier zeigten lediglich Heranwachsende aus der Ober- und Förderschule einen stärkeren Cannabiskonsum (John & Bilz, 2020).

Wie wurde der Cannabiskonsum erfasst?

Zur Erfassung des Cannabiskonsums wurden ausschließlich die Schüler und Schülerinnen der 9. Klassenstufe gefragt, an wie vielen Tagen sie in ihrem ganzen Leben und in den letzten 30 Tagen Cannabis, Haschisch oder Marihuana konsumiert 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 2022

Von den befragten Brandenburger Schülerinnen und Schülern der Jahrgangsstufe 9 haben mit 78,1 % die meisten noch nie in ihrem Leben Cannabis konsumiert. Weitere 12,2 % haben an ein bis neun Tagen in ihrem Leben Cannabis konsumiert. Die restlichen 9,7 % haben in ihrem Leben an zehn oder mehr Tagen Cannabis konsumiert. In den letzten 30 Tagen haben 11,0 % der befragten Jugendlichen Cannabis konsumiert, wovon die meisten an weniger als 10 Tagen Cannabis geraucht haben. In der Tabelle 23 findet sich ein Überblick über den Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen differenziert nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand.

Tab. 23: Häufigkeit des Cannabiskonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen (in %)			Teststatistik	
	nie	1-9 mal	10-30 mal oder mehr	X ² (df)	V
Gesamt	89	7,1	3,9		
Geschlecht					
Junge	89,3	6,5	4,2	1,84(4)	.03
Mädchen	88,9	7,6	3,5		
Divers	84,6	7,7	7,7		
Schulform					
Oberschule	85,6	8,8	5,6	70,50(6)***	.18
Gymnasium	93,1	5,4	1,5		
Gesamtschule	91,7	5,8	2,5		
Förderschule	33,3	25,0	41,7		
Familiärer Wohlstand					
Niedrig	91,4	4,9	3,8	4,85(4)	.05
Mittel	89,2	7,4	3,4		
Hoch	87,0	6,1	7,0		

Anmerkungen: N = 1.059-1.080, X² = Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), *** p < .001.

Der Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen unterscheidet sich signifikant zwischen Schülerinnen und Schülern unterschiedlicher Schulformen. An Oberschulen (8,8 %) und Förderschulen (25,0 %) ist der Anteil an Jugendlichen, die an ein bis neun 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.

4.5.4.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Abbildung 22 zeigt, dass Schülerinnen und Schüler 2022 etwas häufiger Cannabis konsumiert haben als im Jahr 2018. So gaben 2018 1,8 % der Befragten an, an 10-30 Tagen Cannabis konsumiert zu haben, während dies im Jahr 2022 auf 3,9 % zutraf.

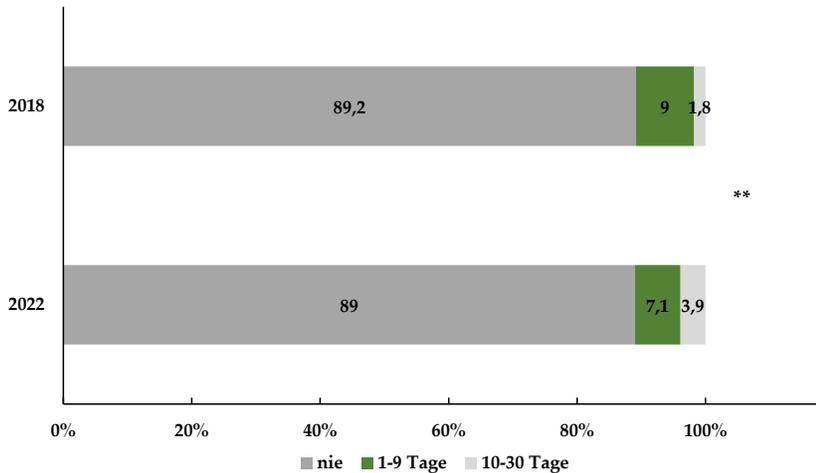


Abb. 22: Häufigkeit des Cannabiskonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) in den letzten 30 Tagen im Vergleich zu 2018. *Anmerkungen:* $N_{2018} = 925$, $N_{2022} = 1.080$, $\chi^2(2) = 9,24$, $p < .01$, $V = .07$, $** p < .01$.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand zeigt sich, dass der Cannabiskonsum nur bei den Jungen und bei Lernenden mit hohem familiären Wohlstand signifikant zugenommen hat.

Was sind die zentralen Ergebnisse zum Cannabiskonsum?

- Ein Großteil der Lernenden hat noch nie im Leben Cannabis konsumiert.
- Lernende an Ober- und Förderschule haben in den letzten 30 Tagen häufiger Cannabis konsumiert.
- Im Jahr 2022 konsumierten etwas mehr Jugendliche Cannabis als im Jahr 2018.

4.5.5 Konsum anderer illegaler Drogen

Drogen sind Substanzen, die die Wahrnehmung, das Bewusstsein, die Kognition, die Stimmung und Emotionen beeinflussen (WHO, 2022c). Sie lassen sich in legale (z. B. Alkohol und Tabak) und illegale (z. B. Cannabis, Ecstasy, LSD, (Meth-)Amphetamin, Kokain und Heroin) Drogen unterscheiden (Orth & Merkel, 2020).

Illegale Drogen sind psychoaktive Substanzen, die durch internationale und nationale Gesetze verboten sind (Hall, Degenhardt & Sindicich, 2008). Cannabis ist bei Jugendlichen in Deutschland die am häufigsten konsumierte illegale Droge (Orth & Merkel, 2020) und ist auch in Europa die häufigste gemeldete Substanz bei Untersuchungen im Krankenhaus (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2022). Hinsichtlich des Konsums anderer illegaler Drogen beträgt die Lebenszeitprävalenz bei Jugendlichen weniger als 1 % und bei jungen Erwachsenen zwischen 0,2 % und 7,8 % (Orth

& Merkel, 2020). Andere Studien ermitteln, dass in Deutschland 11,1 % der Heranwachsenden der Jahrgangsstufen 9 und 10 mindestens einmal eine andere illegale Droge als Cannabis zu sich genommen haben (Kraus, Pabst & Piontek, 2012). Gemäß der letzten HBSC-Erhebung (John & Bilz, 2020) liegt die Lebenszeitprävalenz in Brandenburg zwischen 0,7 % (Heroin) und 5,1 % (Amphetamin). Trotz der angeführten gesundheitsschädlichen Auswirkungen des Cannabiskonsums (Kapitel 4.5.4) deuten Studienergebnisse darauf hin, dass der Cannabiskonsum im Vergleich zu anderen illegalen und auch legalen Drogen über ein geringeres Schädigungspotenzial verfügt (Nutt et al., 2007; van Amsterdam et al., 2010).

Das Schädigungspotenzial setzt sich dabei aus psychischen, physischen und sozialen Gesundheitsrisiken zusammen (EMCDDA; 2019). Zu den akuten Gesundheitsrisiken lassen sich das Auftreten psychotischer Zustände, Gewalt und lebensbedrohliche Überdosierungen subsumieren (Degenhardt & Hall, 2012; Hall et al., 2008; Jané-Llopis & Matytsina, 2006). Diese drogeninduzierte Mortalität ist insbesondere bei Personen, die Opiode konsumieren hoch (Degenhardt & Hall, 2012). Chronische Gesundheitsrisiken umfassen u. a. das Entwickeln einer Abhängigkeit, Infektionen und psychische Störungen

(Degenhardt & Hall, 2012; Hall et al., 2008; Jané-Llopis & Matytsina, 2006). Mehr als 42 Millionen gesunde Lebensjahre gehen weltweit aufgrund des Konsums von Drogen verloren, das entspricht 1,3 % der globalen Krankheitslast (WHO, 2022c). In der letzten HBSC-Erhebung bestanden hinsichtlich des Konsums illegaler Drogen keine Geschlechtsunterschiede oder Unterschiede je nach sozioökonomischem Status. Ein signifikant höherer Konsum zeigte sich lediglich an Förder- und Oberschulen im Vergleich zu den anderen Schulformen (John & Bilz, 2020).

Wie wurde der Konsum illegaler Drogen erfasst?

Zur Erfassung des illegalen Drogenkonsums wurden die Schüler und Schülerinnen der neunten Jahrgangsstufe 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 Drogen konsumiert haben.

4.5.5.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

Die meisten Schülerinnen und Schüler haben noch nie illegale Drogen genommen. Am häufigsten wurden zumindest einmal im Leben Amphetamine (7,4 %), Halluzinogene wie LSD (5,6 %) und Kokain (5,2 %) konsumiert. Die niedrigsten Lebenszeit-Prävalenzen liegen für den Konsum von Heroin (2,9 %) und anabolen Steroiden (2,8 %) vor (siehe Abbildung 23).

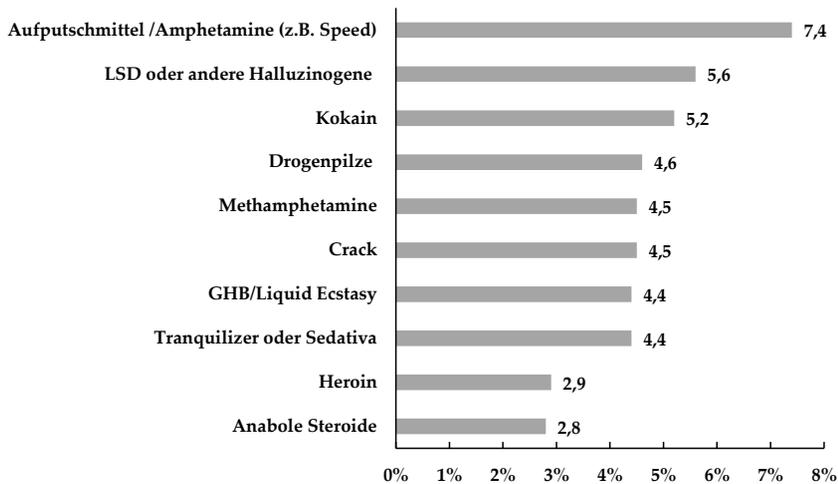


Abb. 23: Lebenszeit-Prävalenz des Konsums verschiedener illegaler Drogen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9).

Die Lebenszeit-Prävalenz für den Konsum irgendeiner illegalen Droge außer Cannabis beträgt 10,7 %. Die Tabelle 24 zeigt die Lebenszeit-Prävalenz für den Konsum von irgendeiner illegalen Droge außer Cannabis differenziert nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand.

Tab. 24: Lebenszeit-Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge außer Cannabis von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Konsum illegaler Drogen mindes- tens einmal im Leben	Teststatistik	
	Konsum illegaler Drogen (in%)	X ² (df)	V
Gesamt	10,7		
Geschlecht			
Junge	9,8	3,46(2)	.06
Mädchen	11,0		
Divers	20,7		
Schulform¹			
Oberschule	14,5	21,55(2)***	.15
Gymnasium	5,5		
Gesamtschule	8,0		
Familiärer Wohlstand			
Niedrig	11,8	.603(2)	.02
Mittel	10,3		
Hoch	12,1		

Anmerkungen: N = 1.025-1.047, X² = Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), *** p < .001, ¹die Förderschüler*innen wurden aufgrund der geringen Fallzahl herausgefiltert.

Die höchste Prävalenz liegt bei Schülerinnen und Schülern an Oberschulen (14,5 %) und die niedrigste Prävalenz bei Lernenden an Gymnasien (5,5 %) vor. Die Lebenszeit-Prävalenz für den illegalen Drogenkonsum außer Cannabis fällt für Mädchen und Jungen sowie in den verschiedenen Gruppen des familiären Wohlstands ähnlich hoch aus.

4.5.5.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Abbildung 24 zeigt, dass sich der Konsum illegaler Drogen zwischen 2018 und 2022 zwar in der Tendenz gesteigert hat, der Unterschied jedoch nicht statistisch signifikant ist.

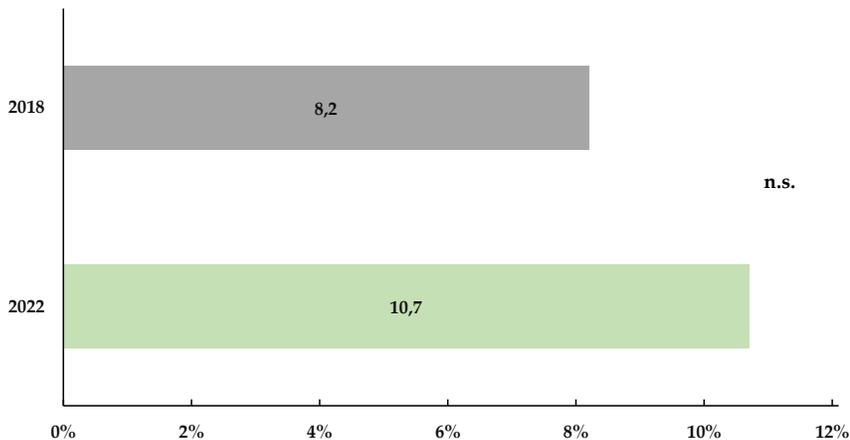


Abb. 24: Lebenszeit-Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge außer Cannabis von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) im Vergleich zu 2018. *Anmerkungen:* $N_{2018} = 912$, $N_{2022} = 1.046$, $\chi^2(2) = 3,48$, $p > .05$, $V = .04$, n. s. = nicht signifikant.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand zeigen sich kaum unterschiedliche Verläufe.

Was sind die zentralen Ergebnisse zum Konsum illegaler Drogen?

- Ein Großteil der Jugendlichen hat noch nie im Leben illegale Drogen konsumiert.
- Lernende an Oberschulen konsumieren besonders häufig illegale Drogen, während sich hinsichtlich des Geschlechts und des Wohlstands keine statistisch signifikanten Unterschiede zeigen.
- Im Jahr 2022 konsumierten etwas mehr Jugendliche illegale Drogen als im Jahr 2018, dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant.

4.6 Konsum sozialer Medien

Soziale Medien werden dazu genutzt, um Beziehungen zu knüpfen oder zu pflegen und Informationen auszutauschen (Taddicken & Schmidt, 2017). Darüber hinaus dienen soziale Medien als Umgebungen,

die zur Partizipation anregen, selbst gestaltbar sind (Hajok, 2014) und psychologische Bedürfnisse befriedigen können (Sun & Zhang, 2021). Dadurch stellt die Nutzung sozialer Medien eine wichtige Entwicklungsumwelt im Leben von Heranwachsenden dar (John & Bilz, 2020).

Die Anzahl verschiedener Aktivitäten in sozialen Medien und die damit verbrachte Zeit, steigt mit zunehmendem Alter und reicht beispielsweise von Textnachrichten zum Verabreden für eine gemeinsame Freizeitaktivität, über den Austausch von Sprachnachrichten bis zu gemeinsam online verbrachten Zeiten (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2021; 2023a). Dabei entziehen sich die Heranwachsenden immer früher der Kontrolle ihrer Erziehungspersonen (Hajok, 2014). Dies kann sowohl negative als auch positive Konsequenzen für das Wohlbefinden und die psychosoziale Entwicklung von Heranwachsenden haben (Liu et al., 2019; Pouwels et al., 2021).

Forscher*innen sehen in dem erhöhten Ablenkungspotential sozialer Medien eine Gefahr für die Fähigkeit zur Aufmerksamkeitsfokussierung im Jugendalter (Siebers et al., 2022). Darüber hinaus zeigen Studien für einen großen Anteil der Kinder und Jugendlichen ein problematisches Konsumverhalten mit suchtähnlichen Verhaltens- und Erlebensmustern bei sozialen Medien auf (Bányai et al., 2017; Caplan, 2010, Lee et al., 2017; Shensa et al., 2017). Dies kann sich wiederum schädlich auf die weitere Gesundheit auswirken (Sun & Zhang, 2021). So wird ein problematischer Konsum sozialer Medien beispielsweise mit Aufmerksamkeitsproblemen, Hyperaktivität und Impulsivität (Beyens & Valkenburg, 2022), depressiven Symptomen (Shensa, et al., 2017), Cybermobbing (Kircaburun et al., 2019) sowie mit Essstörungen (Jankauskiene & Baceviciene, 2022) in Verbindung gebracht. Im Gegensatz dazu stellen Untersuchungen aber auch positive Effekte auf das affektive Wohlbefinden bei Jugendlichen fest (Beyens et al., 2020). Insbesondere wurde gezeigt, dass die Größe des sozialen Online-Netzwerks mit dem Erleben von Glück, Lebenszufriedenheit und Selbstwertgefühl im Zusammenhang steht (Huang, 2021). Eine aktuelle Übersichtsarbeit fasst die Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews zusammen und kommt zu dem Schluss, dass einige Studien schwache oder inkonsistente und andere deutliche Zusammenhänge zwischen sozialem Medienkonsum und negativen Auswirkungen für die psychische Gesundheit von Jugendlichen finden (Valkenburg, Meier & Beyes, 2022).

Widersprüchliche Befunde zur Auswirkung sozialen Medienkonsums werden einerseits der großen Zahl an Komponenten der Befindlichkeit, Risiko- und Resilienzfaktoren und andererseits der erheblichen Heterogenität in den verglichenen Stichproben der Metaanalysen zugeschrieben (Valkenburg, 2022). So zeigen Befunde beispielsweise, dass die Prävalenz problematischen sozialem Medienkonsums bei Mädchen höher ist (Bányai et al., 2017). Das steht wiederum in Kontrast zu den Ergebnissen der letzten HBSC-Erhebung; hier wiesen Jungen in der Tendenz eher eine problematische Nutzung sozialer Medien auf (John & Bilz, 2020). Inwieweit der Konsum sozialer Medien zu problematischem Verhalten führt und das Wohlbefinden beeinträchtigt, hängt stark von der Valenz der Interaktionen in den sozialen Medien ab (z. B. Unterstützung vs. Mobbing) und von der Unterschiedlichkeit, wie Individuen auf diese Interaktionen reagieren (Valkenburg, 2022).

Wie wurde der problematische Konsum sozialer 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 Globaleinschätzung 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 2022

Von den befragten Brandenburger Kindern und Jugendlichen berichten insgesamt 10,3 % von einer Nutzung sozialer Medien, die als problematisch einzustufen ist. Die Tabelle 25 zeigt die Häufigkeit eines problematischen Konsums sozialer Medien differenziert nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand.

Tab. 25: Problematischer Konsum sozialer Medien, nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Kinder und Jugendliche mit problematischem Medienkonsum		
	%	X ² (df)	V
Gesamt	10,3		
Geschlecht			
Junge	10,1		
Mädchen	10,1	3,83(2)	.04
Divers	18,8		
Klassenstufe			
5. Klasse	10,3		
7. Klasse	11,9	5,15(2)	.04
9. Klasse	8,8		
Schulform			
Grundschule	10		
Oberschule	12		
Gymnasium	8,2	12,29(4)*	.07
Gesamtschule	11,8		
Förderschule	18,9		
Familiärer Wohlstand			
Niedrig	11,7		
Mittel	9,7	3,65(2)	.04
Hoch	7,8		

Anmerkungen: N = 2.760-2.860, X² = Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), * p < .05.

Das Vorkommen problematischen Konsums sozialer Medien unterscheidet sich signifikant in Abhängigkeit von der besuchten Schulform. Schülerinnen und Schüler an Förderschulen (18,9 %) und Oberschulen (12 %) berichten besonders häufig und Schülerinnen und Schüler an Gymnasien (8,2 %) im Vergleich seltener Symptome eines problematischen Konsums sozialer Medien. Hinsichtlich des familiären Wohlstands erweisen sich die Unterschiede zwischen Lernenden aus Familien mit einem niedrigen Wohlstand (11,7 %) und Lernenden aus Familien mit hohem Wohlstand (7,8 %) als nicht statistisch signifikant. Jungen und Mädchen unterscheiden sich hinsichtlich eines problematischen Konsumverhaltens sozialer Medien nicht (beide 10,1 %). Höher ist der Anteil derjenigen mit einem problematischen Konsum sozialer Medien bei Lernenden, die sich als divers kategorisierten (18,8 %), diese Differenz ist aber statistisch nicht signifikant. Das Vorkommen eines problematischen Konsums sozialer Medien unterscheidet sich nicht zwischen Schülerinnen und Schülern unterschiedlicher Klassenstufen.

4.6.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Die Abbildung 25 zeigt die Brandenburger Ergebnisse hinsichtlich des Vorliegens eines problematischen Konsums sozialer Medien im Vergleich der Jahre 2018 und 2022. Signifikant mehr Brandenburger Schülerinnen und Schüler zeigen 2022 (10,3 %) einen problematischen Konsum sozialer Medien als im Jahr 2018 (6,4 %).

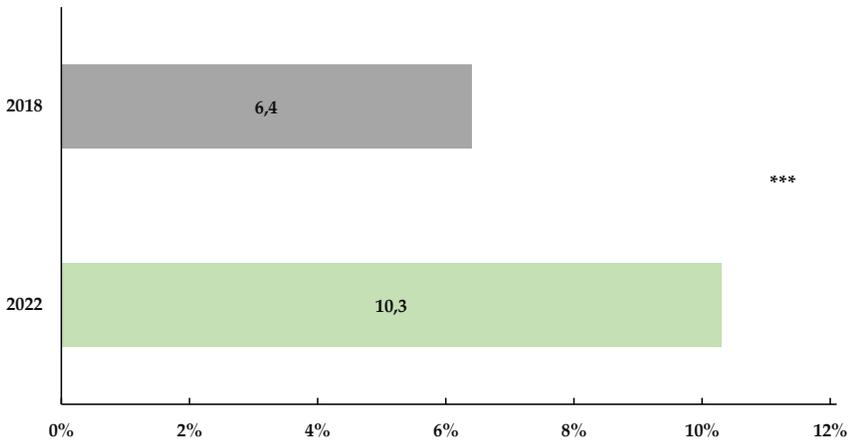


Abb. 25: Häufigkeit des problematischen Konsums sozialer Medien von Schülerinnen und Schülern in Brandenburg und Deutschland. *Anmerkungen:* $N_{2018} = 2.613$, $N_{2022} = 2.859$, $X^2(1) = 26,80$, $p < .001$, $V = .07$, $*** p < .001$.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand zeigt sich, dass sich der Anstieg des problematischen Medienkonsums bei Mädchen und Jungen und bei Lernenden der 5. und 7. Klasse relativ gleichförmig entwickelt hat, während in der 9. Klasse kein signifikanter Anstieg zu verzeichnen ist. Hinsichtlich des sozioökonomischen Status zeigt sich nur bei Heranwachsenden mit mittlerem familiären Wohlstand ein signifikanter Anstieg.

Was sind die zentralen Ergebnisse zum Konsum sozialer Medien?

- Jede/r zehnte Brandenburger Schüler/in zeigt einen Konsum sozialer Medien, der als problematisch einzustufen ist.
- Die Häufigkeit für den problematischen Konsum sozialer Medien unterscheidet sich signifikant in Abhängigkeit von der besuchten Schulform. Besonders häufig zeigen Schülerinnen und Schüler an Förderschulen Symptome für eine problematische Nutzung sozialer Medien.
- Im Jahr 2022 zeigten mehr Kinder und Jugendliche einen problematischen Konsum sozialer Medien als im Jahr 2018.

4.7 Sexualverhalten

4.7.1 Alter beim ersten Geschlechtsverkehr

Die sexuelle Gesundheit wird seit den 1970er Jahren als Teilaspekt der Gesundheit betrachtet (Giami, 2002). Sexuelle Gesundheit steht für einen positiven und respektvollen Umgang mit Sexualität und sexuellen Beziehungen sowie die Abwesenheit von Zwang, Diskriminierung und Gewalt unter Einhaltung der Bedürfnisse und Rechte aller Personen (WHO, 2022d).

Das Entdecken der eigenen Sexualität und erste sexuelle Erfahrungen sind wichtige Entwicklungsaufgaben im Jugendalter. Die Bewältigung dieser Entwicklungsschritte sind Voraussetzungen für die gesamte psychosoziale Entwicklung (Fortenberry, 2013; Haase et al., 2012). Positive sexuelle Beziehungen können sich demnach förderlich auf die physische und psychische Gesundheit auswirken (Brody, 2010), während riskantes Sexualverhalten die Gesundheit negativ beeinflussen kann (Glasier et al., 2006). Eine frühe sexuelle Aktivität (vor 16 oder 18 Jahren) kann beispielsweise mit internalisierenden Problemen bei Mädchen und externalisierenden Problemen bei Jungen, schlechteren schulischen Leistungen, weniger positiven sozialen Beziehungen und häufigem ungeschützten Geschlechtsverkehr in Verbindung stehen (Zimmer-Gembeck & Helfand, 2008). Die frühe sexuelle Aktivität ist unter anderem abhängig von kontextuellen Faktoren der Familie und der Peergruppe (Buhi & Goodson, 2007). In Deutschland haben 61 % der Frauen und 53 % der Männer vor ihrem 18. Geburtstag und 26,6 % der Frauen und 20,6 % der Männer im Alter von 15 Jahren ihr erstes Mal Geschlechtsverkehr (Hintzpeteter et al., 2022). Gemäß der letzten HBSC-Erhebung hatten 24 % der Befragten aus der Klassenstufe 9 bereits mindestens einmal im Leben Geschlechtsverkehr gehabt. Jungen sowie Heranwachsende an Ober- und Förderschulen berichten häufiger von frühen sexuellen Aktivitäten (John & Bilz, 2020).

Wie wurde das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr erfasst?

Zur Beurteilung des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr 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 2022

Von den Brandenburger Jugendlichen der Jahrgangsstufe 9 haben bereits 23,8 % mindestens einmal in ihrem Leben Geschlechtsverkehr praktiziert. Betrachtet man nur diese Gruppe hatte mit 46,0 % der Großteil der sexuell aktiven Brandenburger Jugendlichen der Jahrgangsstufe 9 mit 14 Jahren das erste Mal Geschlechtsverkehr. Weitere 25,2 % hatten im Alter von 15 Jahren oder älter, 16,9 % mit 13 und 11,9 % mit 12 Jahren oder jünger das erste Mal Geschlechtsverkehr. In der Tabelle 26 findet sich ein Überblick über das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr differenziert nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand.

Die Ergebnisse für die Förderschüler*innen und die Menschen mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“ sind aufgrund der geringen Fallzahlen mit Vorsicht zu interpretieren. Hinsichtlich des familiären Wohlstands und der Schulform finden sich keine signifikanten Unterschiede.

Tab. 26: Alter beim ersten Geschlechtsverkehr von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Alter Geschlechtsverkehr (in %)				Teststatistik	
	12 Jahre oder jünger	13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre oder älter	X ² (df)	V
Gesamt	11,9	16,9	46,0	25,2		
Geschlecht						
Junge	15,7	10,2	45,4	28,7	14,05(6)*	.17
Mädchen	7,5	23,1	45,5	23,9		
Divers	30,0	10,0	50,0	10,0		
Schulform						
Oberschule	9,4	15,2	45,7	29,7	13,64(9)	.13
Gymnasium	12,9	20,0	48,6	18,6		
Gesamtschule	17,9	18,0	48,7	15,4		
Förderschule	25,0	25,0	0,0	50,0		
Familiärer Wohlstand						
Niedrig	10,3	24,1	41,4	24,1	4,12(6)	.09
Mittel	12,8	17,4	45,9	23,8		
Hoch	7,5	10,0	50,0	32,5		

Anmerkungen: N = 241-253, X² = Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), * p < .05

4.7.1.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Abbildung 26 zeigt, dass sich das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr zwischen 2018 und 2022 nicht signifikant geändert hat.

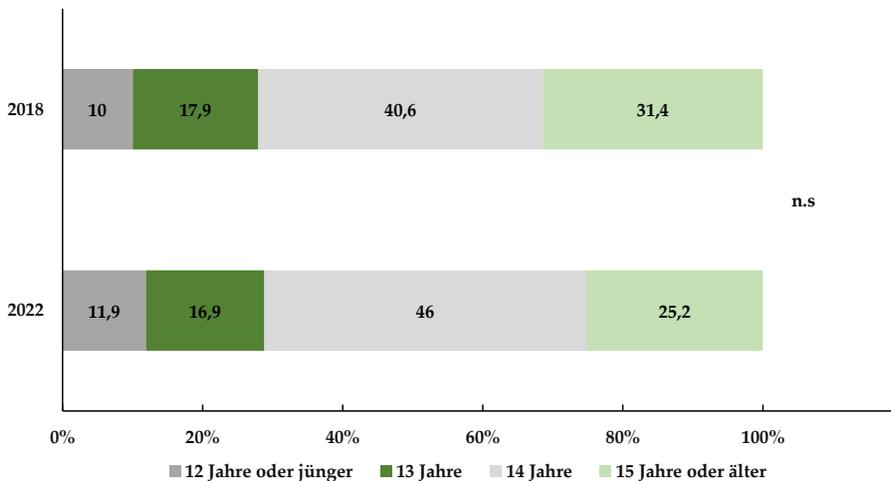


Abb. 26: Alter beim ersten Geschlechtsverkehr von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) im Vergleich zu 2018. Anmerkung: N₂₀₁₈ = 229, N₂₀₂₂ = 253, X² (2) = 2,78, p > .05, V = .07, n. s. = nicht signifikant.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht und familiärem Wohlstand zeigt sich, dass sich das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr in keiner der Subgruppen signifikant verändert hat.

Was sind die zentralen Ergebnisse zum Alter beim ersten Geschlechtsverkehr?

- Etwa ein Viertel der Jugendlichen der 9. Klasse hatte bereits Geschlechtsverkehr.
- Hinsichtlich der Schulform und des familiären Wohlstands finden sich keine signifikanten Unterschiede.
- Das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr hat sich seit 2018 nicht signifikant verändert.

4.7.2 Verhütungsverhalten

Als Verhütungsmethoden werden sexuell aktiven Jugendlichen das Kondom und die Antibabypille empfohlen, da sie in Kombination vor sexuell übertragbaren Krankheiten und ungewollter Schwangerschaft schützen (Blythe & Diaz, 2007). Ungeschützter Geschlechtsverkehr ist demnach ein Gesundheitsrisiko, da er z. B. zu Infektionen mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV), Chlamydien- und Syphilisinfektionen, sowie zu ungewollter Schwangerschaft führen kann (Mosher, Jones & Abma, 2015; WHO, 2018a). Da riskantes Sexualverhalten, wie häufig wechselnde Geschlechtspartner*innen sowie ungeschützter Geschlechtsverkehr, vom Jugendalter bis zum jungen Erwachsenenalter zunimmt (Fergus, Zimmerman & Caldwell, 2007), sollte die Sexualerziehung bereits im Jugendalter im Fokus stehen (John & Bilz, 2020).

Inwieweit riskantes Sexualverhalten gezeigt wird, ist unter anderem abhängig von einem Zusammenspiel von familiären, außerfamiliären und selbstbezogenen Faktoren (Kotchick et al., 2001). So wird häufig der Konsum von psychoaktiven Substanzen mit einer selteneren Anwendung von Verhütungsmethoden vor allem bei Mädchen und jungen Frauen in Verbindung gebracht (Ritchwood et al., 2015). 90,6 % aller 14- bis 25-Jährigen in Deutschland haben bei ihrem letzten Geschlechtsverkehr verhütet, 70 % davon mit der Pille, 48 % mit einem Kondom und 9 % mit anderen Methoden (Bode & Heßling, 2015). Dabei weisen Studien darauf hin, dass die Verwendung der Pille beim Geschlechtsverkehr rückläufig ist (Scharmanski & Heßling, 2021). In der letzten Brandenburger HBSC-Erhebung gaben 93,6 % der Heranwachsenden an, mit Kondom und/oder Pille verhütet zu haben. Das Verhütungsverhalten war dabei nicht abhängig vom Alter, dem Geschlecht, der Schulform oder dem familiären Wohlstand (John & Bilz, 2020).

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. 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 2022

Von den befragten sexuell aktiven Brandenburger Jugendlichen der Jahrgangsstufe 9 haben 22,4 % bei ihrem letzten Geschlechtsverkehr sowohl mit Kondom als auch mit der Antibabypille verhütet. Weitere 59,4 % haben entweder mit einem Kondom oder der Antibabypille verhütet. Somit hat ein Großteil der

Schülerinnen und Schüler bei ihrem letzten sexuellen Kontakt eine der empfohlenen Verhütungsmethoden eingesetzt. Die restlichen 18,2 % haben bei ihrem letzten Geschlechtsverkehr weder mit einem Kondom noch mit der Antibabypille verhütet und zeigen somit ein riskantes Sexualverhalten. In der Tabelle 27 findet sich ein Überblick über das Verhütungsverhalten beim letzten Geschlechtsverkehr differenziert nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand.

Tab. 27: Verhütungsverhalten beim letzten Geschlechtsverkehr von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Verhütungsverhalten (in %)			Teststatistik	
	Mit Kondom und Pille verhütet	Mit Kondom oder Pille verhütet	Nicht mit Kondom oder Pille verhütet	X ² (df)	V
Gesamt	22,4	59,4	18,2		
Geschlecht					
Junge	27,3	54,6	18,2	2,3(4)	.07
Mädchen	19,1	62,7	18,3		
Divers	16,7	66,7	16,7		
Schulform					
Oberschule	20,3	59,4	20,3	4,97(6)	.11
Gymnasium	25,9	63,8	10,3		
Gesamtschule	21,2	57,6	21,2		
Förderschule	33,3	33,3	33,3		
Familiärer Wohlstand					
Niedrig	19,2	61,5	19,2	2,46(4)	.08
Mittel	25,3	56,5	18,2		
Hoch	14,3	68,6	17,1		

Anmerkungen: N = 215-220, X² = Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke),

* p < .05.

Das Verhütungsverhalten beim letzten Geschlechtsverkehr unterscheidet sich nicht in Abhängigkeit des Geschlechts, der besuchten Schulform und des familiären Wohlstands.

4.7.2.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Abbildung 27 zeigt das Verhütungsverhalten im Jahr 2022 im Vergleich zum Jahr 2018. Beispielsweise hat der Anteil der Befragten, die weder mit Kondom noch mit Pille verhütet haben, von 6,4 % auf 18,2 % zugenommen. Diese Zunahme muss jedoch nicht bedeuten, dass Kinder und Jugendliche generell weniger verhütet haben, sondern kann auch auf die Verwendung alternativer Verhütungsmethoden hindeuten, die in der HBSC-Studie nicht erfasst wurden.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand zeigt sich, dass sich das Verhütungsverhalten bezüglich des Geschlechts gleichförmig entwickelt hat. Bezüglich des Wohlstands zeigen sich nur bei mittlerem familiärem Wohlstand signifikante Veränderungen, allerdings muss dies aufgrund der geringen Fallzahlen mit Vorsicht interpretiert werden.

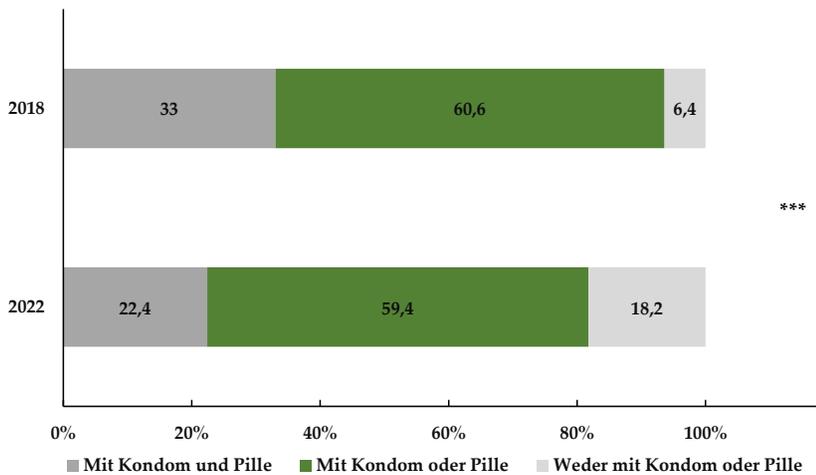


Abb. 27: Verhütungsverhalten beim letzten Geschlechtsverkehr von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) im Vergleich zu 2018. *Anmerkungen:* $N_{2018} = 218$, $N_{2022} = 220$ $\chi^2(2) = 16,88$, $p < .001$, $V = .20$, *** $p < .001$.

Was sind die zentralen Ergebnisse zum Verhütungsverhalten?

- Etwa 18 % der sexuell aktiven Jugendlichen der 9. Klasse haben bei ihrem letzten Geschlechtsverkehr weder mit Kondom noch mit der Pille verhütet.
- Hinsichtlich des Geschlechts, der Schulform und des familiären Wohlstands finden sich keine signifikanten Unterschiede.
- Im Jahr 2022 zeigen mehr Jugendliche bezüglich der Verhütung riskantes Sexualverhalten als im Jahr 2018.

4.8 Gesundheitsverhalten in Bezug auf Covid-19

4.8.1 COVID-Impfung

Im Dezember 2020 wurde in Deutschland der erste Covid-19 Impfstoff von BioNTech zugelassen. In zahlreichen Studien und Metaanalysen wurde die Wirksamkeit von Corona-Impfstoffen zur Reduzierung der Wahrscheinlichkeit einer Infektion, schweren Verläufen, Hospitalisierung (Feikin et al., 2022; Fiolet et al., 2022; Harder et al., 2021; Selvam et al., 2022; Waize et al., 2021) und der Sterblichkeit (Fiolet et al., 2022; Waize et al., 2021) aufgrund einer CoV2-Infektion nachgewiesen. Die Impfstoffe wurden an neue CoV2-Varianten angepasst und eine Drittimpfung reduziert weiterhin die Wahrscheinlichkeit einer Infektion und an schweren Verläufen zu erkranken (Chenchula et al., 2022; Külper-Schieck et al., 2022). Auch im Kindes- und Jugendalter reduzieren Impfungen die Wahrscheinlichkeit von Infektionen, Hospitalisierungen und Todesfällen (Keeling & Moore, 2022).

In Deutschland sind 76,4 % der Gesamtbevölkerung zweifach geimpft, 62,6 % haben eine oder mehrere Auffrischungsimpfungen bekommen (Stand: April, 2023; Bundesministerium für Gesundheit, 2023). Bei Kindern und Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren sind 69,6 % zweifach geimpft und 31,6 % haben eine Auffrischungsimpfung erhalten (Stand: April, 2023; Bundesministerium für Gesundheit, 2023).

Die Bereitschaft sich impfen zu lassen steht in Zusammenhang mit zahlreichen soziodemografischen Faktoren, wobei die Studienlage dazu nicht eindeutig ist. Studien berichten sowohl eine höhere Impfbereitschaft bei älteren (Haug et al., 2022; Shmueli, 2021) als auch bei jüngeren (Kusuma & Kant, 2022) Menschen. Auch hinsichtlich des Geschlechts bestehen Befunde, die eine höhere Bereitschaft bei Männern sehen (Shmueli, 2021), während andere keine Unterschiede ermitteln (Willis et al., 2021) oder eine höhere Akzeptanz bei Frauen feststellen (Steffen et al., 2022). Bezüglich soziodemografischer Faktoren liegen Befunde vor, die eine stärkere Bereitschaft bei Menschen mit höherem sozioökonomischem Status sehen (Kusuma & Kant, 2022; Shmueli, 2021), während andere keine Unterschiede ermitteln (Willis et al., 2021). Bei Jugendlichen steht die Bereitschaft sich impfen zu lassen in Zusammenhang mit dem Alter, den wahrgenommenen persönlichen und sozialen Vorteilen durch die Impfung und der Akzeptanz der Impfung bei den Eltern und der Peergruppe (Euser et al., 2022). Ältere Jugendliche und Jugendliche mit höherem Bildungsniveau zeigten eine höhere Bereitschaft zur Impfung (Euser et al., 2022), während das Geschlecht keinen Einfluss hatte (Euser et al., 2022; Lee et al., 2022). Weiterhin ist das Vertrauen in Institutionen, die Wahrnehmung des sozialen Drucks, eine generelle Offenheit Impfungen gegenüber (Verger et al., 2021) sowie die Einschätzung der Sicherheit und die Wirkung des Impfstoffes (Lee et al., 2022) bei Jugendlichen positiv mit der Impfbereitschaft assoziiert.

In Deutschland ist die Impfquote bei Frauen und älteren Menschen (Steffen et al., 2022) sowie bei Menschen mit höherem Bildungsabschluss und höherem Haushaltseinkommen (Huebener & Wagner, 2021) höher als bei Männern, jüngeren Menschen und Menschen mit geringerem Bildungsabschluss und Einkommen. Die Ergebnisse sind jedoch aufgrund einer dynamischen Studienlage unter Vorbehalt zu betrachten.

Wie wurde die Impfquote erfasst?

Der Impfstatus der Kinder und Jugendlichen wurde anhand der Frage „Bist du bereits gegen das Corona-Virus geimpft?“ erfasst. Die Lernenden konnten zwischen den Antwortoptionen „Ja, einfach“, „Ja, zweifach“, „Ja, dreifach“, „Nein, aber ich habe bereits einen Termin“, „Nein“ und „Weiß ich nicht“ wählen. Die Antwort „Weiß ich nicht“ wurde als Missing bewertet. Für die Auswertung wurden die Antwortoptionen in die Kategorien „Geimpft“ (einfach- dreifach) und „Nicht geimpft“ („Nein, aber ich habe bereits einen Termin“ und „nein“) zusammengefasst.

Abbildung 28 zeigt die Impfquote der befragten Kinder und Jugendlichen in Brandenburg. Dabei fällt auf, dass etwas weniger als die Hälfte der Kinder angibt, geimpft zu sein.

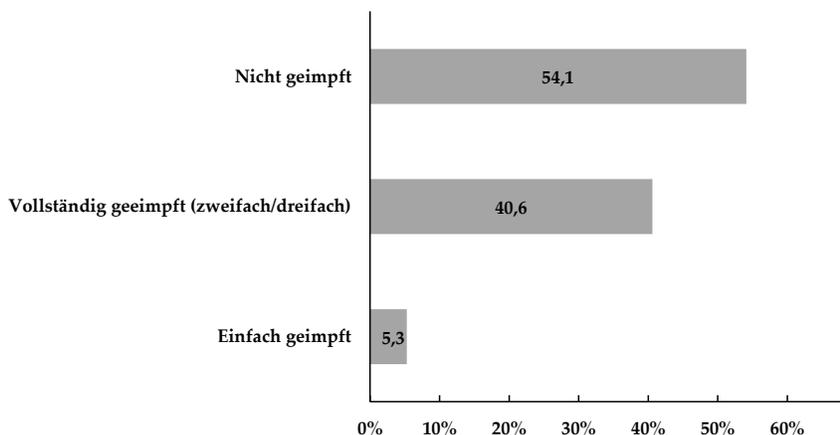


Abb. 28: Impfquote der Brandenburger Schülerinnen und Schüler.

Tabelle 28 zeigt die Impfquote (einfach – dreifach geimpft) nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand.

Tab. 28: Häufigkeit der Corona-Impfungen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Impfquote (in %)	Teststatistik	
		χ^2 (df)	V
Gesamt	45,9		
Geschlecht			
Junge	48,3	9,12(2)**	.05
Mädchen	43,3		
Divers	50,9		
Klassenstufe			
5. Klasse	27,6	243,80(2)***	.30
7. Klasse	49,4		
9. Klasse	59,7		
Schulform			
Grundschule	28,6	206,77(4)***	.25
Oberschule	46,4		
Gymnasium	60,7		
Gesamtschule	44,7		
Förderschule	56,8		
Familiärer Wohlstand			
Niedrig	39,7	18,54(2)***	.08
Mittel	46,4		
Hoch	53,4		

Anmerkungen: $N = 3.288-3.434$, $\chi^2 = \text{Chi-Quadrat (Testwert)}$, $df = \text{Freiheitsgrade}$, $V = \text{Cramers V (Effektstärke)}$,
 ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Die Impfquote liegt bei Jungen und Menschen mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“ höher als bei Mädchen. Weiterhin steigt die Impfquote in höheren Klassenstufen (5. Klasse: 27,6 % vs. 9. Klasse: 59,7 %) und mit dem familiären Wohlstand (niedrig: 39,8 % vs. hoch: 53,4 %) an. Bezüglich der Schulform liegt die Impfquote bei Schülerinnen und Schülern am Gymnasium höher (60,7 %) und an Gesamtschulen (44,7 %) und Grundschulen (28,6 %) niedriger.

Was sind die zentralen Ergebnisse zur Impfung?

- Etwas weniger als die Hälfte der befragten Kinder und Jugendlichen ist mindestens einmal gegen das Corona-Virus geimpft.
- Ältere Heranwachsende, Lernende am Gymnasium und Schülerinnen und Schüler aus Familien mit höherem Wohlstand sind häufiger geimpft.

4.8.2 Schutzmaßnahmen im Rahmen der Pandemie

Im Rahmen der Corona-Pandemie wurden zur Eindämmung des Infektionsgeschehens, zum Schutz vulnerabler Gruppen und zur Verhinderung einer Überlastung des Gesundheitssystems eine Reihe an Schutzmaßnahmen ergriffen. In Deutschland zählte dazu u. a. der Lockdown (z. B. Schließung von bestimmten Geschäften und Schulen), 2G/3G-Regelungen und die Maskenpflicht (Allmendinger et al., 2022).

Internationale Studien weisen darauf hin, dass Maßnahmen wie Lockdowns (Ayouni et al., 2021; Flaxmann et al., 2020; Girum et al., 2021; Iezadi et al., 2021; Johanna et al., 2020), Testungen (Johanna et al., 2020), das Tragen von Masken (Hemmer et al., 2021), Hygienemaßnahmen (Talic et al., 2021) und Schulschließungen (Ayouni et al., 2021; Mendez-Brito et al., 2021) zur Eindämmung des Infektionsgeschehens beitragen können, während sich das Infektionsgeschehen ohne Maßnahmen noch weiter ausgebreitet hätte (Hsiang et al., 2020). Andere Studien gelangen wiederum zu uneinheitlichen Ergebnissen z. B. hinsichtlich der Wirkung von Schulschließungen (Vincer et al., 2020; Walsh et al., 2021). Weiterhin kann das Tragen von Masken (Chu et al., 2020; Hemmer et al., 2021; Talic et al., 2021) und das Abstandhalten (Chu et al., 2021; Girum et al., 2021; Talic et al., 2021) die Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung reduzieren. In der Evaluation der Corona-Maßnahmen in Deutschland wird dazu angeführt, dass es schwierig ist, die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen zu evaluieren und dass es so nur bedingt möglich ist, zu ermitteln, welche Wirkungen Lockdowns, Hygienemaßnahmen und Testungen hatten (Allmendinger et al., 2022). Beispielsweise deuten die Ergebnisse darauf hin, dass das Tragen von Masken wirksam war, während die Wirkung weiterer Hygiene- und Lockdownmaßnahmen nur schwer im Einzelnen evaluiert werden kann. Es bestehen beispielsweise sowohl Erkenntnisse, dass Schulschließungen wirksam waren, als auch solche, die zu unklaren Ergebnissen kommen. Das liegt auch daran, dass es schwierig ist, die Wirkung der einzelnen Maßnahmen gesondert zu betrachten, da z. B. Schulschließungen sowie Schulöffnungen mit weiteren Maßnahmen einhergingen (Allmendinger et al., 2022). Lockdown-Maßnahmen können gemäß dem Evaluationsbericht eine positive Wirkung haben; förderlich für den Effekt eines Lockdowns ist z. B. ein früher Zeitpunkt im Infektionsgeschehen und das Mittragen der Regeln durch die Bevölkerung (Allmendinger et al., 2022). Auch hier sind, wie bei der Impfung (Kapitel 4.8.1), die Ergebnisse unter Vorbehalt zu betrachten, da die Studienlage dynamisch ist und stets neue Erkenntnisse gewonnen werden.

Wie wurde der Umgang mit Schutzmaßnahmen erfasst?

Das Einhalten der Corona-Schutzmaßnahmen wurde durch die Frage „Wie oft hast du jede der folgenden Maßnahmen befolgt?“ erfasst. Dabei wurde u.a. nach dem Tragen von Gesichtsmasken und dem regelmäßigen Händewaschen gefragt (mit den Antwortkategorien „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“ und „immer“). Für die Auswertung wurden die Kategorien zusammengefasst in „Nie bis selten“, „manchmal“ „Oft bis immer“. Der Wert der Globaleinschätzung zur Einhaltung der Schutzmaßnahmen kann zwischen 0 (seltenste Einhaltung der Maßnahmen) und 10 (häufigste Einhaltung der Maßnahmen) liegen.

Abbildung 29 zeigt, dass sich die Kinder und Jugendlichen überwiegend „oft“ oder „immer“ an die Corona-Maßnahmen gehalten haben. Am häufigsten wurde das Tragen von Gesichtsmasken, Nies- und Hustetikette und das Zuhause bleiben bei Symptomen eingehalten.

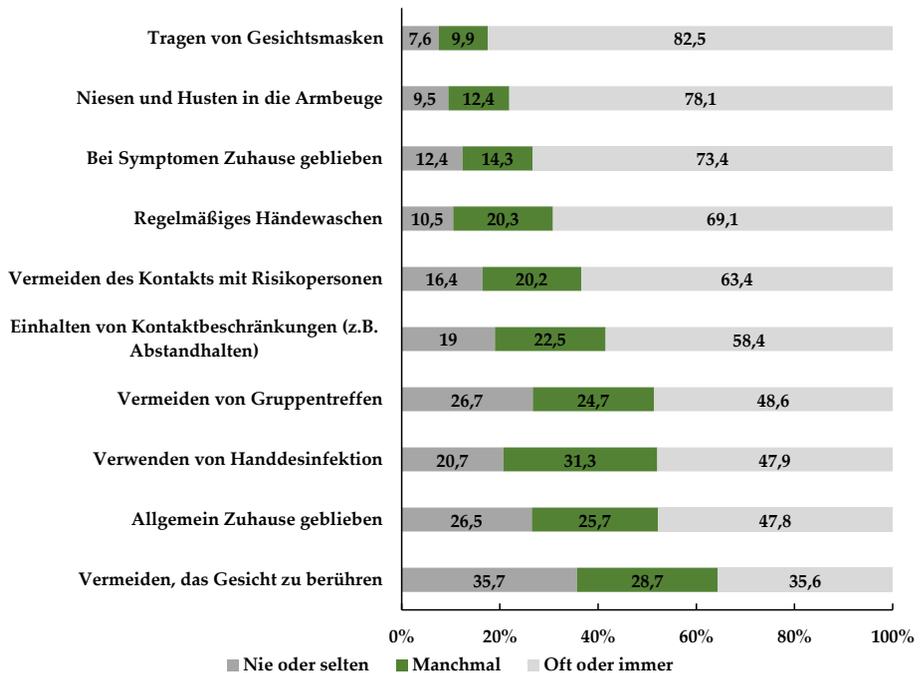


Abb. 29: Einhalten von Corona-Schutzmaßnahmen durch Brandenburger Schülerinnen und Schüler.

Abbildung 30 zeigt das Globalmaß des Einhaltens aller abgefragten Corona-Schutzmaßnahmen in Mittelwerten differenziert nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand.

In Abbildung 30 wird deutlich, dass sich Mädchen im Mittel häufiger an die Corona-Schutzmaßnahmen gehalten haben ($M = 7,4$) als Jungen ($M = 6,9$) und Heranwachsende mit der Geschlechtszuschreibung „Divers“ ($M = 7$). Bezüglich der Schulform zeigt sich, dass sich Lernende aus dem Gymnasium ($M = 7,7$) und der Grundschule ($M = 7,4$) häufiger an die Corona-Schutzmaßnahmen halten als Kinder an der Oberschule ($M = 6,6$) und Förderschule ($M = 5,7$). Weiterhin hielten sich Heranwachsende aus Familien mit mittlerem ($M = 7,3$) und hohem ($M = 7,3$) Wohlstand öfter an die Corona-Schutzmaßnahmen als Lernende aus Familien mit niedrigem Wohlstand ($M = 6,7$).

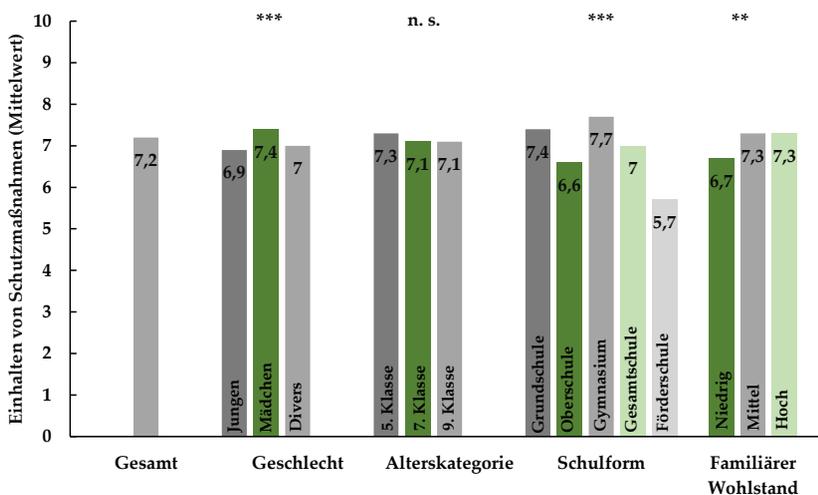


Abb. 30: Einhalten von Corona-Schutzmaßnahmen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand. *Anmerkungen:* Geschlecht: $X^2(2) = 22,03$, $p < .001$, $r = .01 - .09$, Klassenstufe: $X^2(2) = 1,28$, $p > .05$, $r = .01 - .02$, Schulform: $X^2(4) = 116,50$, $p < .001$, $r = .05 - .23$, Familiärer Wohlstand: $X^2(2) = 11,47$, $p < .01$, $r = .00 - .08$, $** < p .01$, $*** < p .001$, n. s. = nicht signifikant, r = Korrelationskoeffizient nach Pearson (Effektstärke; angegeben ist die Spannweite der Effektstärken der jeweiligen Paarvergleiche).

Was sind die zentralen Ergebnisse zur Einhaltung der Schutzmaßnahmen?

- An die meisten Schutzmaßnahmen haben sich mehr als die Hälfte der Befragten oft oder immer gehalten. Im Mittel hielten sich Mädchen, Heranwachsende aus Grundschulen und Gymnasien sowie aus Familien mit mittlerem und hohem Wohlstand eher an die Schutzmaßnahmen.
- Die am häufigsten befolgte Schutzmaßnahme war das Tragen einer Gesichtsmaske.

4.9 Zwischenresümee

Im Rahmen der HBSC-Studie Brandenburg wurden zahlreiche Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen aus den Bereichen Bewegung, Ernährung, Zahnhigiene, Sozialverhalten, Substanzkonsum und Sexualverhalten erfasst. Diese verhaltensbezogenen Indikatoren liefern einen Einblick in den gesundheitsbezogenen Lebensstil der Kinder und Jugendlichen und helfen zu verstehen, wieso gesundheitliche Einschränkungen in bestimmten sozialen Gruppen verbreiteter sind als in anderen.

Wie bereits vor vier Jahren 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 familiären Wohlstand zu finden sind.

Zudem zeigt der Vergleich mit der letzten Befragung bis auf wenige Ausnahmen beim gesundheitsbezogenen Verhalten ungünstigere Ausprägungen im Jahr 2022 als im Jahr 2018. Besonders auffällig sind die Veränderungen beim Sozialverhalten. Deutlich mehr Befragte berichten von Erfahrungen mit Schlägereien, Mobbing und hierbei vor allem Cybermobbing. So hat sich die Rate der Kinder und Jugendlichen, die angeben in den letzten Monaten gemobbt worden zu sein, seit 2018 verdoppelt und beim Cybermobbing mehr als verdreifacht.

Dass Onlineaktivitäten für einige Kinder und Jugendliche mit gesundheitlichen Risiken einhergehen, zeigt sich auch bei der Analyse problematischer Konsummuster sozialer Medien. Ungefähr zehn Prozent und damit vier Prozent mehr als 2018 berichten hier suchtähnliche Erlebens- und Verhaltensmuster. Auch bei den Suchtmitteln Tabak, Alkohol und Cannabis zeigen die vorliegenden Daten ungünstige Entwicklungen: Mehr Kinder und Jugendliche in Brandenburg rauchen, trinken Alkohol und konsumieren Cannabis im Vergleich zum Jahr 2018. Dieser Befund ist vor allem deshalb bedeutsam, da sich in den letzten 20 Jahren in Deutschland beim Substanzkonsum eine Reduzierung gezeigt hatte. Ob wir es hier mit einer Trendumkehr oder einem vorübergehenden Ausreißer im Zuge der Pandemie zu tun haben, werden die nächsten Erhebungswellen zeigen.

Auch der Umgang mit der Pandemie selbst, zum Beispiel der Umgang mit den Eindämmungsmaßnahmen, ist Teil des Gesundheitsverhaltens. Zum Zeitpunkt unserer Befragung gaben 46 % der Kinder und Jugendlichen in Brandenburg an, gegen das Corona-Virus geimpft zu sein, wobei sich Hinweise auf gesundheitliche Ungleichheiten ergeben. Denn deutlich mehr Kinder und Jugendliche aus Familien mit höherem Wohlstand berichten von einer Impfung als aus Familien mit niedrigerem Wohlstand. Bei den weiteren Maßnahmen des Infektionsschutzes berichtet die große Mehrheit, dass sie die entsprechenden Vorgaben (z. B. Tragen von Gesichtsmasken) befolgt haben. Auch hier zeigt sich je nach sozialer Herkunft eine unterschiedliche Verteilung. Schülerinnen und Schüler aus Familien mit geringerem Wohlstand setzten die Maßnahmen etwas seltener um als Heranwachsende aus Familien mit hohem Wohlstand.

Beim Ernährungsverhalten ist zu konstatieren, dass nur knapp die Hälfte der Befragten täglich frühstücker (2018: 62 %) und sich der Konsum von Süßigkeiten und Softdrinks deutlich erhöht hat. Nur 47 % der Kinder und Jugendlichen essen täglich Obst und nur 32 % Gemüse. Positiv ist zu bewerten, dass es hier keine Verschlechterung gegeben hat und beim Verzehr von Gemüse sogar einen leichten Anstieg im Vergleich zu 2018.

Eine positive Entwicklung ergibt sich auch beim Bewegungsverhalten. Zwar erreichen nur 17,5 % der Befragten das von der WHO empfohlene Mindestmaß an körperlicher Aktivität (60 Minuten pro Tag), dieser Anteil ist jedoch im Vergleich zur letzten Erhebung vor vier Jahren leicht angestiegen.

5 Personale und kontextuelle Einflussfaktoren für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter

Saskia Fischer, Julia Kansok-Dusche, Raphael Schütz & Ludwig Bilz

5.1 Familie und soziale Lage

5.1.1 Familienform als Einflussfaktor

Die Familie stellt einen zentralen Entwicklungskontext von Kindern und Jugendlichen dar. Sowohl die Entwicklung als auch die Gesundheit Heranwachsender wird maßgeblich vom Verhalten ihrer Bezugspersonen innerhalb der Familie sowie weiteren familiären Aspekten bestimmt (z. B. Blume et al., 2021; Devaney et al., 2023; Herke et al., 2020). Unter Familie kann dabei das Zusammenleben von Menschen verschiedener Generationen verstanden werden, die "dauerhaft füreinander Verantwortung übernehmen, füreinander eintreten und gegenseitige Fürsorge leisten" (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017, S. 12). Daraus ergeben sich verschiedene Familienformen, welche beispielsweise verheiratete und unverheiratete Eltern, gleichgeschlechtliche oder gegengeschlechtliche Eltern, Alleinerziehende, Stiefelternfamilien, Patchworkfamilien, Pflegefamilien oder weitere komplexe Familienkonstellationen umfassen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2021, S. 39). In Deutschland stellen nach wie vor Familien mit gegengeschlechtlichen, verheirateten Eltern die häufigste Familienform dar (Stand 2018: 6,1 Millionen). Doch auch unverheiratete zusammenlebende Eltern (2018: 694.000) und Familien mit Alleinerziehenden (2018: 1,4 Millionen, davon 165.000 alleinerziehende Väter) sind in Deutschland vertreten und haben in ihrer Anzahl in den letzten Jahren zugenommen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2021, S. 39).

Verschiedene Studien zeigen, dass die Familienform, in der ein Kind aufwächst, im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand und dem Gesundheitsverhalten der Heranwachsenden stehen kann. So haben beispielsweise Kinder und Jugendliche aus Familien mit alleinerziehenden Eltern ein höheres Risiko, eine schlechtere Gesundheitsversorgung zu erleben (Irvin et al., 2018), eine schlechtere allgemeine Gesundheit (Yang et al., 2023) und niedrigere Lebenszufriedenheit (Herke et al., 2020) zu berichten und gesundheitsbezogene Risikoverhaltensweisen wie Rauschtrinken oder Tabakkonsum zu zeigen (Mazzuco & Meggiolaro, 2014). Kinder und Jugendliche aus Familien mit unverheirateten Eltern weisen oft eine schlechtere Gesundheit auf als Heranwachsende aus Familien mit verheirateten Paaren, wobei sich dies unabhängig davon zeigt, ob es sich um gegengeschlechtliche oder gleichgeschlechtliche Elternpaare handelt (Reczek et al., 2016).

Bei der Interpretation solcher Befunde sind jedoch die engen Verbindungen zwischen der Familienform und weiteren familiären Merkmalen wie beispielsweise dem sozioökonomischen Status und der familiären Stabilität sowie der Qualität familiärer Beziehungen zu berücksichtigen (Freeman Cenegy et al., 2018; Herke et al., 2020; Mazzuco & Meggiolaro, 2014; Yang et al., 2023). So kann die Familienform beispielsweise auch herangezogen werden, um gesundheitliche Ungleichheit im Sinne des Zusammenhangs zwischen dem sozioökonomischen familiären Status und der Gesundheit Heranwachsender zu erklären (Blume et al., 2021).

Wie wurde die Familienform erfasst?

Um die Familienform, in der die Kinder und Jugendlichen aufwachsen, zu erfassen, wurden die Lernenden gefragt, wo sie die ganze oder die meiste Zeit leben. In einer Liste wurden ihnen verschiedene Personen oder Wohnformen präsentiert (Mutter, Vater, Stiefmutter bzw. Partner*in des Vaters, Stiefvater bzw. Partner*in der Mutter, Heim/Wohngruppe/Kinderdorf/Pflegefamilie, freie Nennung einer anderen Person; Inchley et al., 2021/22), aus der alle relevanten Antworten angekreuzt werden sollten. Anhand der Angaben wurden die Familienformen „beide Elternteile“, „Mutter ohne neue Partnerschaft“, „Vater ohne neue Partnerschaft“, „Elternteil mit neuer Partnerschaft“, „Wechselmodell mit neuer Partnerschaft“ (diese Kinder und Jugendlichen gaben sowohl Mutter und Vater als auch mindestens einen Steifelternteil an), „institutionelle Einrichtung, Pflegefamilie oder Wohngemeinschaft“ und „sonstige Familienformen“ (z. B. Angabe einer institutionellen Einrichtung und eines oder mehrerer Elternteile) unterschieden. Zunächst werden die Häufigkeiten dieser Familienformen berichtet. Die weitere Auswertung erfolgt in den weiter zusammengefassten Kategorien „beide Elternteile“, „ein Elternteil ohne neue Partnerschaft“, „ein Elternteil mit neuer Partnerschaft“ und „sonstige Familien-/Wohnform“.

5.1.1.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

Abbildung 31 zeigt die Häufigkeiten der Familienformen, in welchen die Kinder und Jugendlichen angegeben haben zu leben. Konsistent mit den Befunden aus dem Familienreport des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2021) zeigen auch die Befunde in Brandenburg 2022, dass die meisten Heranwachsenden (62 %) angaben, mit beiden Elternteilen zusammenzuleben. Aufgrund der verwendeten Erfassungsform, welche danach fragte, mit wem die Kinder „die ganze oder die meiste Zeit“ leben, ist jedoch davon auszugehen, dass unter diesen 62 % der Heranwachsenden auch Kinder und Jugendliche sind, deren Eltern getrennt leben und die im paritätischen Wechselmodell (d. h., gleiche Aufenthaltsdauer bei beiden Elternteilen) leben. Mehr als jede/r sechste Heranwachsende (17,7 %) gab an, mit der alleinerziehenden Mutter ohne neue Partnerschaft zusammenzuleben. Diese Familienform ist damit deutlich häufiger als das Zusammenleben mit dem alleinerziehenden Vater ohne neue Partnerschaft, welche nur von einem aus 37 Lernenden (2,7 %) berichtet wurde. Etwa jede/r elfte Heranwachsende berichtete davon, mit einem Elternteil, welcher in neuer Partnerschaft lebt, zusammenzuleben (9,6 %). Am seltensten wird das Leben in einer Wohnform der stationären Kinder- und Jugendhilfe (Leben in einer institutionellen Einrichtung, Wohngemeinschaft oder Pflegefamilie) berichtet (1 %).

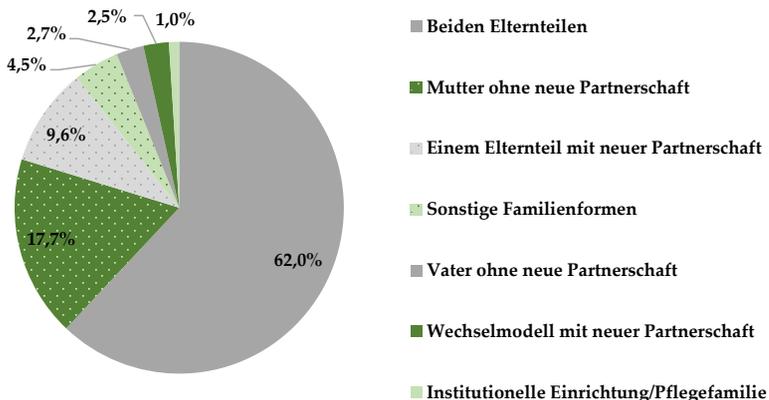


Abb. 31: Häufigkeit der angegebenen Familienformen. Gezeigt ist das dauerhafte oder überwiegende Zusammenleben mit der jeweils angegebenen Personengruppe (Zusammenleben mit...).

In Tabelle 29 sind die Zusammenhänge zwischen der Familienform und verschiedenen Gesundheitsaspekten dargestellt. Es zeigt sich, dass sich alle betrachteten Gesundheitsaspekte hinsichtlich der Familienform unterscheiden. So berichteten Kinder und Jugendliche, die mit beiden Elternteilen zusammenleben, einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand, geringere depressive Symptomatik, weniger psychosomatische Beschwerden und weniger Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen als Kinder und Jugendliche aus anderen Familienformen. Zwischen den anderen betrachteten Familienformen gibt es keine weiteren statistisch bedeutsamen gesundheitsbezogenen Unterschiede.

Tab. 29: Zusammenhänge zwischen der Familienform und dem berichteten allgemeinen Gesundheitszustand, der berichteten depressiven Symptomatik, den berichteten psychosomatischen Beschwerden und dem berichteten Alkoholkonsum der letzten 30 Tage, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Familienform (in %)				Teststatistik	
	Beide Elternteile	Ein Elternteil ohne neue Partnerschaft	Ein Elternteil mit neuer Partnerschaft	Sonstige Familien- und Wohnform	$\chi^2(df)$	V
Gesamt	62,1	20,4	9,6	8,0		
Allgemeine Gesundheit						
Ausgezeichnet bis gut	87,5	77,6	80,3	78,7	48,8 (3)***	.12
Einigermaßen bis schlecht	12,5	22,4	19,7	21,3		
Depressive Symptomatik						
Unauffällig	62,6	53,1	51,7	48,8	36,5 (3)***	.11
Auffällig	37,4	46,9	48,3	51,2		
Psychosomatische Beschwerden						
Unauffällig	62,6	50,6	50,2	49,6	44,7 (3)***	.12
Auffällig	37,4	49,4	49,8	50,4		
30-Tages-Alkoholkonsum						
Nein	71,6	61,4	58,0	62,1	41,8 (3)***	.12
Ja	28,4	38,6	42,0	37,9		

Anmerkungen: N = 3.046 – 3.203, χ^2 = Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), *** $p < .001$.

5.1.1.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Abbildung 32 zeigt, dass sich die Häufigkeit der Familienform zwischen den Erhebungsjahren 2018 und 2022 nicht verändert hat.

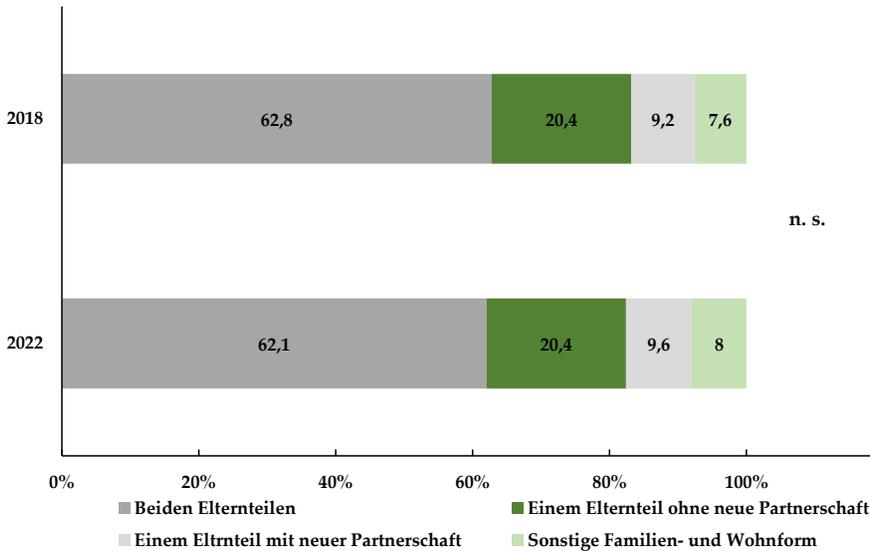


Abb. 32: Häufigkeit der angegebenen Familienform der Kinder und Jugendlichen 2018 und 2022 in Prozent. *Anmerkungen:* $N_{2018} = 2.801$, $N_{2022} = 3.216$, $\chi^2(3) = 0,58$, $p = .900$, $V = .01$, n. s. = $p > .05$.

Was sind die zentralen Ergebnisse zur Familienform?

- Die meisten Kinder und Jugendlichen geben an, mit beiden Elternteilen aufzuwachsen. Darunter können sich aufgrund der Frageform aber neben Heranwachsenden mit zusammenlebenden leiblichen Eltern auch Kinder und Jugendliche befinden, die bei beiden getrenntlebenden Elternteilen im Sinne eines paritätischen Wechselmodells leben.
- Kinder und Jugendliche, die mit beiden Elternteilen zusammenleben, berichten eine bessere allgemeine und psychische Gesundheit und zeigen weniger gesundheitsbezogenes Risikoverhalten als Heranwachsende, die in anderen Familienformen leben.

5.1.2 Familiäre Unterstützung als Einflussfaktor

Neben der Familienform (vgl. Kapitel 5.1.1) stellt die familiäre Unterstützung ein weiteres Beispiel für einen familiären Einflussfaktor dar, der sich im Gegensatz zur Familienform als beschreibender, objektiv erhebbarer Aspekt jedoch eher auf eine subjektive innerfamiliäre Qualität bezieht. Die erlebte familiäre Unterstützung kann dabei von den Personen, die zur Familie gehören, abhängen, sodass eine Betrachtung unter Berücksichtigung der Familienform sinnvoll sein kann.

Familiäre Unterstützung kann in verschiedenen Formen erfolgen und kann sich beispielsweise auf materielle Aspekte, Wissensvermittlung oder soziale und emotionale Aspekte beziehen (Delaney & Byrd-Bredbenner, 2022; Hombrados-Mendieta et al., 2012). Familiäre Unterstützung kann die Einstellungen Heranwachsender beeinflussen und steht beispielsweise auch mit dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen im Zusammenhang (Delaney & Byrd-Bredbenner, 2022). Heranwachsende, die ein höheres Maß an familiärer emotionaler und sozialer Unterstützung erleben, berichten eine höhere Lebenszufriedenheit, während geringe Maße erlebter familiärer Unterstützung mit weiteren Risikofaktoren wie Mobbing Erfahrungen einhergehen können (Erdogan et al., 2023). Gleichzeitig kann ein hohes Maß erlebter emotionaler und sozialer Unterstützung durch die Familie negative

Auswirkungen anderer bestehender Risikofaktoren wie das Aufwachsen in einem Ein-Eltern-Haushalt oder Mobbingerfahrungen auf die Lebenszufriedenheit abmildern (Erdogan et al., 2023; Miranda et al., 2019).

Auch wenn die Bedeutung der emotionalen und sozialen Unterstützung durch Gleichaltrige im Jugendalter zunimmt, bleibt die Unterstützung durch die Familie auch für Jugendliche bedeutsam (Hombros-Mendieta et al., 2012). Insbesondere die emotionale Unterstützung durch Mütter ist dabei wichtig.

Im Erhebungszeitraum 2018 gaben die befragten Kinder und Jugendlichen insgesamt ein hohes Maß wahrgenommener familiärer Unterstützung an. Insbesondere niedrige erlebte familiäre Unterstützung stand mit schlechterer allgemeiner Gesundheit und höheren psychischen Auffälligkeiten im Zusammenhang, während ein hohes Maß erlebter familiärer Unterstützung mit einem niedrigeren Risiko für den Alkoholkonsum korrelierte (John & Bilz, 2020).

Wie wurde die familiäre Unterstützung erfasst?

Es wurde die soziale und emotionale Unterstützung durch die Familie erfasst, wobei keine Differenzierung nach Unterstützung durch verschiedene Familienmitglieder stattfand. Eingesetzt wurde die Subskala „Family“ der „Multidimensional Scale of Perceived Social Support“ (Zimet et al., 1988). Die Kinder und Jugendlichen wurden gebeten, vier Fragen zur erlebten familiären Unterstützung zu beantworten („Meine Familie ist sehr bemüht mir zu helfen“, „Ich erhalte von meiner Familie die emotionale Hilfe und Unterstützung, die ich benötige“, „Ich kann mit meiner Familie über meine Probleme sprechen“, „Meine Familie ist bereit mir zu helfen, eigene Entscheidungen zu treffen“). Die Antworten wurden auf einer siebenstufigen Skala zwischen „stimmt überhaupt nicht“ und „stimmt genau“ erfasst.

Die Antworten zu allen vier Items wurden zusammengefasst und so transformiert, dass sie Werte zwischen 0 (geringste familiäre Unterstützung) und 10 (höchste familiäre Unterstützung) erreichen. Die Auswertung erfolgte in drei Kategorien, welche niedrige (untere 20 %), mittlere (mittlere 60 %) und hohe familiäre Unterstützung (obere 20 %) abbilden. Diese Einteilung beruht auf der altersspezifischen Verteilung der wahrgenommenen familiären Unterstützung in der Stichprobe.

5.1.2.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

Abbildung 33 zeigt die mittlere erlebte familiäre Unterstützung der Kinder und Jugendlichen getrennt nach der Familienform, in der sie angaben zu leben. Insgesamt berichteten die befragten Kinder und Jugendlichen eine hohe erlebte familiäre Unterstützung: Im Schnitt lag die erlebte familiäre Unterstützung bei 7,6 bei einem maximal möglichen Wert von 10 und einem minimal möglichen Wert von 0. Das höchste Ausmaß erlebter familiärer Unterstützung wurde dabei von Heranwachsenden berichtet, die mit beiden Elternteilen zusammenleben. Kinder und Jugendliche in allen anderen betrachteten Familien- und Wohnformen berichteten geringere Ausmaße familiärer Unterstützung, wobei sich keine weiteren bedeutsamen Gruppenunterschiede zeigten. Das bedeutet, dass von Kindern und Jugendlichen, die nicht mit beiden Elternteilen zusammenleben, etwa gleich viel familiäre Unterstützung wahrgenommen wurde, unabhängig davon, in welchen Familienformen sie konkret lebten.

In Tabelle 30 sind die Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der erlebten familiären Unterstützung und verschiedenen Gesundheitsaspekten dargestellt. Es zeigt sich, dass sich alle betrachteten Gesundheitsaspekte hinsichtlich der erlebten familiären Unterstützung unterscheiden. Je höher das Ausmaß der erlebten familiären Unterstützung ist, desto mehr Kinder und Jugendliche berichten von einer guten bis ausgezeichneten allgemeinen Gesundheit, desto weniger von einer auffälligen depressiven Symptomatik und psychosomatischen Beschwerden. Für diese gesundheitsbezogenen Aspekte unterscheiden sich die drei betrachteten Gruppen der familiären Unterstützung jeweils statistisch bedeutsam voneinander. Nur in Bezug auf den Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen zeigen sich keine Unterschiede

zwischen den Heranwachsenden, die ein niedriges oder ein mittleres Ausmaß familiärer Unterstützung erleben. In Bezug auf den Alkoholkonsum zeigen sich nur gesundheitsbezogene Vorteile für die Kinder und Jugendlichen, die eine hohe familiäre Unterstützung angegeben haben. Diese berichteten seltener als andere Heranwachsende, in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert zu haben.

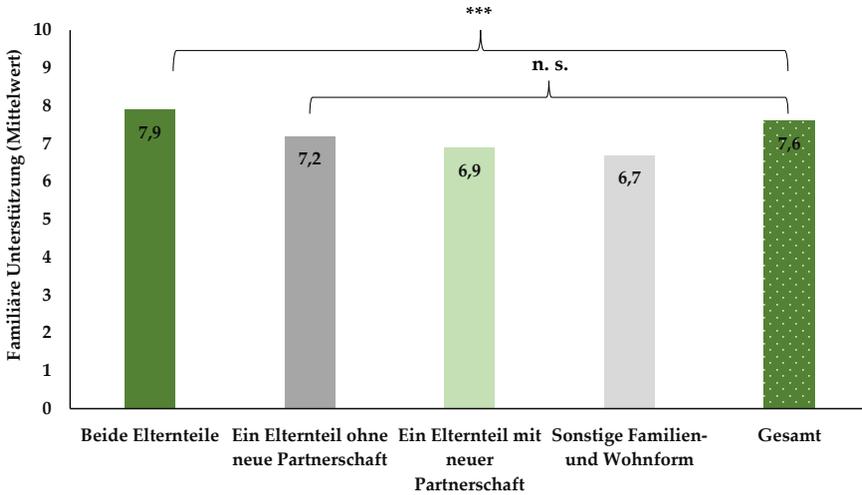


Abb. 33: Mittlere erlebte familiäre Unterstützung nach Familienform. *Anmerkungen:* $N = 3.007$, $X^2(3) = 86,24$, $p < .001$, $r = .12 - .14$ (bezogen auf die signifikanten Paarvergleiche zwischen „beide Elternteile“ und andere Familienformen), r = Korrelationskoeffizient nach Pearson (Effektstärke), *** = $p < .001$.

Tab. 30: Zusammenhänge zwischen der erlebten familiären Unterstützung und dem berichteten allgemeinen Gesundheitszustand, der berichteten depressiven Symptomatik, den berichteten psychosomatischen Beschwerden und dem berichteten Alkoholkonsum der letzten 30 Tage, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Erlebte familiäre Unterstützung in %			Teststatistik	
	Niedrig	Mittel	Hoch	$\chi^2(df)$	V
Gesamt	20,9	49,1	30,0		
Allgemeine Gesundheit					
Ausgezeichnet bis gut	70,9	84,3	92,8	134,4 (2)***	.21
Einigermaßen bis schlecht	29,1	15,7	7,2		
Depressive Symptomatik					
Unauffällig	36,8	58,2	74,8	218,2 (2)***	.27
Auffällig	63,2	41,8	25,2		
Psychosomatische Beschwerden					
Unauffällig	38,8	55,6	74,0	184,3 (2)***	.25
Auffällig	61,2	44,4	26,0		
30-Tages-Alkoholkonsum					
Nein	60,5	64,5	77,7	62,1 (2)***	.14
Ja	39,5	35,5	22,3		

Anmerkungen: $N = 2.889 - 3.033$, $\chi^2 = \text{Chi-Quadrat (Testwert)}$, $df = \text{Freiheitsgrade}$, $V = \text{Cramers } V \text{ (Effektstärke)}$, *** $p < .001$.

5.1.2.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Abbildung 34 zeigt, dass die erlebte familiäre Unterstützung der befragten Kinder und Jugendlichen in Brandenburg im Erhebungsjahr 2022 geringer ist als im Erhebungsjahr 2018. Es handelt sich dabei um einen statistisch bedeutsamen Effekt von geringer Effektstärke.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand zeigt sich, dass die empfundene familiäre Unterstützung nach Geschlecht und familiärem Wohlstand relativ gleichförmig abgenommen hat. Der Vergleich der Klassenstufen zeigt, dass die erlebte familiäre Unterstützung bei älteren Jugendlichen (9. Klasse: 2018: $M = 7,8$, 2022: $M = 7,1$; 7. Klasse: 2018: $M = 8,1$, 2022: $M = 7,5$) etwas stärker abgesunken ist als bei Lernenden der 5. Klasse (2018: $M = 8,4$, 2022: $M = 8,2$).

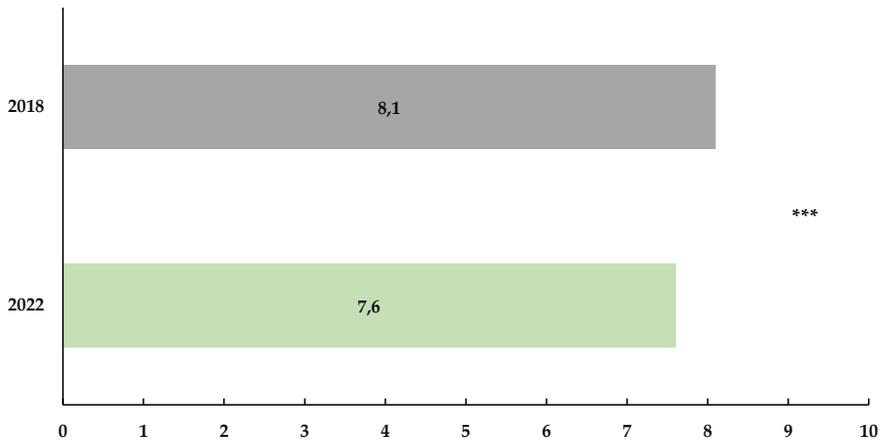


Abb. 34: Mittlere empfundene familiäre Unterstützung der Kinder und Jugendlichen 2018 und 2022 bei möglichen Werten zwischen 0 und 10. *Anmerkungen:* $N_{2018} = 2.707$, $N_{2022} = 3.044$, $X^2(1) = 67,43$, $p < .001$, $r = .11$, $*** p < .001$, r = Korrelationskoeffizient nach Pearson (Effektstärke).

Was sind die zentralen Ergebnisse zur familiären Unterstützung?

- Die meisten Kinder und Jugendlichen erleben ein vergleichsweise hohes Maß an familiärer Unterstützung. Heranwachsende, die mit beiden Elternteilen aufwachsen, erleben dabei die stärkste familiäre Unterstützung.
- Je höher die erlebte familiäre Unterstützung, desto besser ist die allgemeine und psychische Gesundheit der befragten Kinder und Jugendlichen ausgeprägt. Heranwachsende, die ein hohes Maß an familiärer Unterstützung erleben, gaben zudem seltener Alkoholkonsum an.
- Im Vergleich zum Erhebungsjahr 2018 erlebten die befragten Kinder und Jugendlichen 2022 ein geringeres Maß an familiärer Unterstützung.

5.1.3 Familiäre Kommunikation als Einflussfaktor

Familiäre Kommunikation bezeichnet die Möglichkeit von Kindern und Jugendlichen, für sie bedeutsame Themen in ihrer Familie besprechen zu können. Damit hängt die familiäre Kommunikation zum einen von der Verfügbarkeit einzelner Familienmitglieder ab (vgl. Kapitel 5.1.1 zu Familienformen) und stellt zum anderen eine bedeutsame Voraussetzung für erlebte familiäre Unterstützung dar (vgl. Kapitel 5.1.2).

Tendenziell schätzen Kinder und Jugendliche, die mit beiden Eltern aufwachsen, die familiäre Kommunikation besser ein als Heranwachsende in Ein-Eltern-Familien (Camacho et al., 2020). Unabhängig von der Familienform zeigt sich aber, dass eine als besser eingeschätzte familiäre Kommunikation insbesondere mit der Mutter mit einem höheren Maß an psychologischem Wohlbefinden im Kindes- und Jugendalter einhergeht (Camacho et al., 2020).

Ein offenes familiäres Kommunikationsklima ohne bedeutsame Kommunikationsbarrieren kann das Risiko für Traumafolgestörungen nach potentiell traumatischen Lebensereignissen im Kindes- und Jugendalter verringern (Acuña & Kataoka, 2017). Positiv erlebte familiäre Kommunikation steht zudem positiv mit der psychischen Gesundheit Jugendlicher im Zusammenhang (Maglica et al., 2021; Xiao et

al., 2011; Yang et al., 2023). Dieser Befund zeigt sich unabhängig von soziodemografischen Merkmalen der Familien (Maglica et al., 2021) und gilt insbesondere für eine offene familiäre Kommunikation aus der Perspektive der Heranwachsenden (Xiao et al., 2011).

Im Zeitraum zwischen 2002 und 2010 hat der Anteil der Heranwachsenden, der die Kommunikation mit den eigenen Eltern als einfach bezeichnet, in den meisten Ländern zugenommen (Brooks et al., 2015). Für Deutschland zeigte sich die Zunahme insbesondere für die Kommunikation mit Vätern, widersprüchlich jedoch für die Kommunikation mit Müttern, welche von den Mädchen sogar als schlechter erlebt wurde (Brooks et al., 2015). Im Erhebungsjahr 2018 gaben die meisten befragten Heranwachsenden in Brandenburg an, dass sie die Kommunikation mit ihrer leiblichen Mutter als leicht empfinden (82,8 %). Dies galt insbesondere für Jungen sowie für 11-Jährige. Auch die Kommunikation zum leiblichen Vater wurde überwiegend als leicht beschrieben, wenn auch deutlich seltener als die Kommunikation mit der Mutter (68,4 %). Auch hier gaben Jungen und jüngere Befragte eine einfachere Kommunikation an. Zu den neuen Partner*innen der getrenntlebenden Elternteile wurde die Kommunikation dagegen von weniger als der Hälfte der betroffenen Kinder und Jugendlichen als einfach beschrieben (Stiefmutter/Partnerin des Vaters: 43,9 %; Stiefvater/Partner der Mutter: 46,6 %). Die Betrachtung der familiären Kommunikation auch zu den nicht-leiblichen Eltern stellt dabei einen bedeutsamen Aspekt für die Forschungslandschaft dar, da diese Art der familiären Kommunikation nur selten analysiert wird. Eine als leicht erlebte familiäre Kommunikation zu den leiblichen Eltern stand in den Brandenburger Daten von 2018 für beide Elternteile mit einer besseren allgemeinen und psychischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen sowie einem geringeren Risiko für den Alkoholkonsum der befragten Heranwachsenden in Verbindung (John & Bilz, 2020).

Wie wurde die familiäre Kommunikation erfasst?

Die familiäre Kommunikation wurde erfasst, indem die befragten Kinder und Jugendlichen gebeten wurden anzugeben, wie leicht es ihnen falle, mit bestimmten Personen über Dinge zu sprechen, die ihnen „wirklich nahegehen“ (Aarø & Wold, 1986). Zur Auswahl standen der Vater, die Mutter, der Stiefvater bzw. Partner*in der Mutter und die Stiefmutter bzw. Partnerin/Partner des Vaters. Die Kinder und Jugendlichen gaben auf einer vierstufigen Skala („sehr leicht“, „leicht“, „schwer“, „sehr schwer“) an, wie leicht ihnen die Kommunikation mit diesen Personen fällt. Zudem gab es die Möglichkeit, für jede Person „Ich habe oder sehe diese Person nicht“ anzugeben. Diese Angaben wurden in der Auswertung ausgeschlossen. Für die Auswertung der Daten wurden die Angaben in „leicht“ und „schwer“ zusammengefasst.

5.1.3.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

Abbildung 35 zeigt, wie viele Kinder und Jugendliche jeweils eine leichte oder schwere Kommunikation mit ihrer Mutter, ihrem Vater, ihrer Stiefmutter bzw. Partnerin/Partner des Vaters oder ihrem Stiefvater bzw. Partner/Partnerin der Mutter angegeben haben. Die Prozentzahlen beziehen sich dabei jeweils nur auf die Befragten, welche angegeben, Kontakt zu dieser Person zu haben bzw. die Person in ihrer Familie zu haben. Es zeigt sich, dass ungefähr jede/r fünfte Lernende angibt, dass ihm/ihr die Kommunikation mit der Mutter über persönlich bedeutsame Dinge schwerfällt. Mehr als jeder dritten befragten Person fällt es schwer, über persönlich relevante Themen mit dem Vater zu sprechen. Wenn Kinder und Jugendliche neue Partner/Partnerinnen ihrer Eltern erleben, fällt es ungefähr jedem zweiten befragten Kind oder Jugendlichen schwer, mit diesen über Dinge zu sprechen, die ihnen nahegehen. Die familiäre Kommunikation zu leiblichen Eltern wird damit als deutlich leichter erlebt als zu Stiefeltern, wobei insbesondere die Kommunikation mit der Mutter von den meisten befragten Kindern und Jugendlichen als leicht erlebt wird.

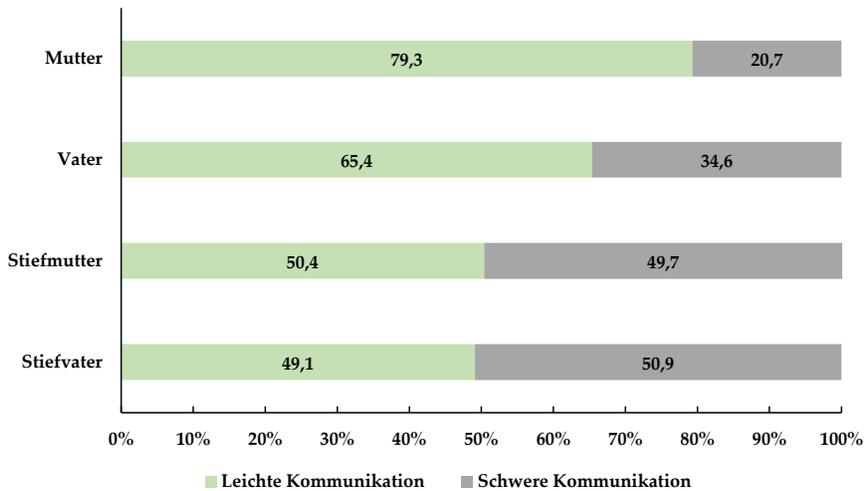


Abb. 35: Leichte und schwere familiäre Kommunikation mit Mutter, Vater, Stiefmutter und Stiefvater (jeweils nur, wenn vorhanden/Kontakt besteht) in Prozent.

In den folgenden Darstellungen wird im Sinne einer besseren Übersichtlichkeit die familiäre Kommunikation mit der Mutter und dem Vater betrachtet.

Eine weitere Analyse der Kommunikation mit Mutter und Vater nach Geschlechts- und Altersunterschieden verdeutlicht, dass insbesondere Heranwachsende, die sich als nicht-binär identifizieren, die Kommunikation mit ihrer Mutter und insbesondere mit ihrem Vater als schwierig empfinden. Mädchen empfinden die Kommunikation mit ihrer Mutter und ihrem Vater als schwerer als Jungen, wobei dieser Unterschied besonders in Bezug auf die familiäre Kommunikation mit dem Vater deutlich wird. Die Unterschiede zwischen allen drei betrachteten Geschlechtskategorien sind dabei statistisch bedeutsam. In Bezug auf die Klassenstufe zeigt sich, dass die Kommunikation mit beiden Elternteilen von Heranwachsenden in höheren Klassenstufen als schwerer empfunden wird als von jüngeren Heranwachsenden. Die Unterschiede sind dabei zwischen allen Klassenstufen statistisch bedeutsam (vgl. Tabelle 31).

In Tabelle 32 sind die Zusammenhänge zwischen der erlebten Einfachheit der familiären Kommunikation mit der Mutter und dem Vater und verschiedenen Gesundheitsaspekten dargestellt. Eine erlebte schwere Kommunikation mit der Mutter oder dem Vater steht mit einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand, einer erhöhten Depressionssymptomatik, häufigeren psychosomatischen Beschwerden und einem höheren Risiko für Alkoholkonsum im Zusammenhang. In Bezug auf die allgemeine Gesundheit ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die jeweils Belastungen angeben, unter denen, die gleichzeitig eine schwere familiäre Kommunikation berichten, mehr als doppelt so groß wie unter denen, welche eine leichte familiäre Kommunikation zu ihren Eltern empfinden.

Tab. 31: Familiäre Kommunikation (Mutter/Vater) nach Geschlecht und Klassenstufe, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Familiäre Kommunikation (in %)							
	Kommunikation mit der Mutter				Kommunikation mit dem Vater			
	Leichte Kommunikation	Schwere Kommunikation	Teststatistik X ² (df)	V	Leichte Kommunikation	Schwere Kommunikation	Teststatistik X ² (df)	V
Gesamt	79,3	20,7			65,4	34,6		
Geschlecht								
Junge	83,0	17,0	49,5 (2)***	.13	74,9	25,1	120,3 (2)***	.21
Mädchen	76,7	23,3			56,5	43,5		
Divers	46,8	53,2			34,2	65,8		
Klassenstufe								
5. Klasse	88,1	11,9	85,1 (2)***	.17	75,9	24,1	82,0 (2)***	.17
7. Klasse	79,3	20,7			64,3	35,7		
9. Klasse	71,6	28,4			56,1	43,9		

Anmerkungen: N = 2.805 – 3.081, X² = Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), ***p < .001.

Tab. 32: Zusammenhänge zwischen der familiären Kommunikation mit Mutter und Vater und dem berichteten allgemeinen Gesundheitszustand, der berichteten depressiven Symptomatik, den berichteten psychosomatischen Beschwerden und dem berichteten Alkoholkonsum der letzten 30 Tage, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Familiäre Kommunikation (in %)							
	Kommunikation mit der Mutter				Kommunikation mit dem Vater			
	Leichte Kommunikation	Schwere Kommunikation	Teststatistik X ² (df)	V	Leichte Kommunikation	Schwere Kommunikation	Teststatistik X ² (df)	V
Gesamt	79,3	20,7			65,4	34,6		
Allgemeine Gesundheit								
Ausgezeichnet bis gut	87,8	70,1	117,5 (1)***	.20	90,7	76,6	103,4 (1)***	.19
Einigermaßen bis schlecht	12,2	29,9			9,3	23,4		
Depressive Symptomatik								
Unauffällig	65,2	35,7	177,0 (1)***	.24	69,7	42,4	191,8 (1)***	.27
Auffällig	34,8	64,3			30,3	57,6		
Psychosomatische Beschwerden								
Unauffällig	64,5	34,3	181,8 (1)***	.25	69,1	41,6	189,8 (1)***	.27
Auffällig	35,5	65,7			30,9	58,4		
30-Tages-Alkoholkonsum								
Nein	70,8	55,8	50,5 (1)***	.13	72,3	59,6	46,1 (1)***	.13
Ja	29,2	44,2			27,7	40,4		

Anmerkungen: N = 2.657 – 3.068, X² = Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), ***p < .001.

5.1.3.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Die vorherigen Analysen haben verdeutlicht, dass eine schlechte familiäre Kommunikation zu den Eltern einen Risikofaktor für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen darstellt. Abbildung 36 zeigt, dass dieser Risikofaktor im Erhebungszeitraum 2022 etwas stärker verbreitet ist als im Erhebungszeitraum 2018. Es handelt sich dabei um statistisch bedeutsame Effekte von geringer Effektstärke.

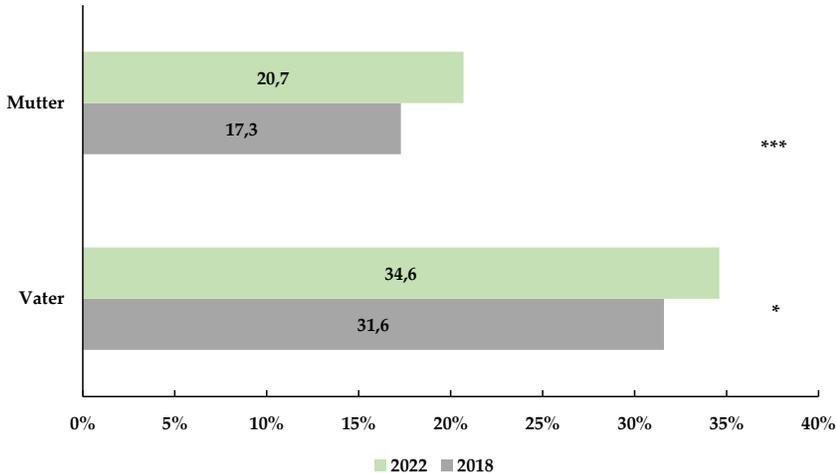


Abb. 36: Anteil der als schwer empfundenen Kommunikation mit Mutter und Vater durch die befragten Kinder und Jugendlichen 2018 und 2022 in Prozent. *Anmerkungen:* $N_{2018} = 2.463-3.667$, $N_{2022} = 2.806-3.080$. Kommunikation mit der Mutter: $X^2(1) = 10,5$, $p = .001$, $V = .04$. Kommunikation mit dem Vater: $X^2(1) = 5,2$, $p = .022$, $V = .03$, $*p < .05$, $***p < .001$.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand, zeigt sich, dass der Anstieg der schweren Kommunikation in den Subgruppen differenziert verläuft. Der Geschlechtervergleich zeigt, dass nur die Mädchen und nicht die Jungen die Kommunikation zur Mutter (Mädchen: Anstieg von 5,5 %; Jungen: Anstieg von 1,5 %) und zum Vater (Mädchen: Anstieg von 5,6 %; Jungen: Anstieg von 0,7 %) als schwerer erleben. Hinsichtlich der Klassenstufe stieg die schwere Kommunikation mit dem Vater nur in der 7. (Anstieg um 4,6 %) und 9. Klasse (Anstieg um 4,6 %; 5. Klasse: Verringerung um 0,3 %) signifikant und mit der Mutter nur in der 9. Klasse (Anstieg um 4,7 %; 5. Klasse: Anstieg um 1,7 %; 7. Klasse: Anstieg um 3,1 %). Bezüglich des familiären Wohlstands stieg die schwere Kommunikation mit der Mutter nur bei Lernenden aus Familien mit niedrigem (Anstieg um 6,8 %) und mittlerem Wohlstand (Anstieg um 2,9 %). Bei Familien mit hohem Wohlstand stieg die schwere Kommunikation mit der Mutter nur um 1 %. Bezüglich der Kommunikation mit dem Vater ergaben sich keine Unterschiede hinsichtlich des familiären Wohlstandes.

Was sind die zentralen Ergebnisse zur familiären Kommunikation?

- Die meisten befragten Kinder und Jugendlichen empfinden die Kommunikation zu persönlich bedeutsamen Themen mit den leiblichen Eltern als einfach, wobei die Kommunikation mit der Mutter häufiger als leicht empfunden wird als die mit dem Vater. Die Kommunikation mit Stiefeltern ist im Vergleich zur Kommunikation mit leiblichen Eltern häufig schwieriger. Älteren Heranwachsenden, Mädchen und Heranwachsenden, die sich als nicht-binär identifizieren, fällt die Kommunikation mit den leiblichen Eltern oft schwerer.
- Eine als leicht empfundene Kommunikation mit Mutter oder Vater steht mit einer besseren allgemeinen und psychischen Gesundheit sowie einem geringeren Risiko für Alkoholkonsum im Zusammenhang.
- Im Vergleich zum Erhebungsjahr 2018 gaben 2022 mehr Kinder und Jugendliche an, dass ihnen die Kommunikation mit ihrer Mutter oder ihrem Vater schwerfällt. Dies gilt insbesondere für Mädchen und ältere Heranwachsende.

5.1.4 Wohlstand als Einflussfaktor

Aufgrund der Bedeutung der Familie für die Entwicklung im Kindes- und Jugendalter wird der Wohlstand Heranwachsender oft im Sinne des familiären sozioökonomischen Status definiert. Die Messung des sozioökonomischen Status einer Familie ohne Angaben der Eltern zu deren Einkommen, Bildungsgrad oder Berufen, wie es in der HBSC-Studie der Fall ist, ist jedoch herausfordernd (Richter & Klocke, 2005). Deshalb wird der familiäre sozioökonomische Status in der HBSC-Studie über verschiedene Merkmale des familiären Wohlstandes erfasst, welche von den befragten Kindern und Jugendlichen eingeschätzt werden können. Dadurch wird eine besondere Form der sozialen Lage einer Familie ermittelt, welche zumindest einige Aspekte sozialer Ungleichheit beschreiben kann (Richter & Klocke, 2005).

In den vorangegangenen Analysen wurde aufgezeigt, dass der familiäre Wohlstand mit verschiedenen gesundheitsbezogenen Merkmalen und Risikoverhaltensweisen im Zusammenhang steht. So weisen Kinder und Jugendliche aus Familien mit höherem Wohlstand z. B. einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand (vgl. Kapitel 3.1), weniger psychosomatische Beschwerden (vgl. Kapitel 3.3.2) und geringere Depressionssymptome (vgl. Kapitel 3.3.3) auf. Kinder und Jugendliche, welche einen niedrigen familiären Wohlstand berichten, geben häufiger an, sich einsam zu fühlen (vgl. Kapitel 3.3.4), weisen ungünstigere Ernährungsgewohnheiten auf (vgl. z. B. Kapitel 4.2.1 und 4.2.2) und neigen stärker dazu, regelmäßig Zigaretten zu rauchen (vgl. Kapitel 4.5.1).

Damit stimmen die Ergebnisse der HBSC-Studie Brandenburg 2022 mit dem allgemeinen Forschungsstand zu gesundheitlichen Ungleichheiten bei Heranwachsenden überein. So zeigen verschiedene Studien, dass ein geringerer sozioökonomischer Status und ein geringeres Familieneinkommen in verschiedenen Altersphasen mit einem geringeren allgemeinen und psychischen Gesundheitszustand (Chen et al., 2006; Quon & McGrath, 2014, 2015), weniger gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen (z. B. körperliche Aktivität, gesunde Ernährung; Yong-Sook & Kim, 2019) sowie mehr verhaltensbezogenen Problemen und geringeren akademischen Fähigkeiten (Miller et al., 2021) der Kinder und Jugendlichen in Verbindung steht. Soziale Ungleichheiten in der Gesundheit Heranwachsender sind dabei ein gesellschaftlich relevantes Thema, welches auch die Notwendigkeit verschiedener präventiver und intervenativer Ansätze für Familien und Individuen mit unterschiedlichen sozioökonomischen Voraussetzungen aufzeigt (Chen & Miller, 2013).

Dabei steht der Wohlstand der Familie im Sinne des familiären sozioökonomischen Status auch mit anderen familienbezogenen Einflussfaktoren im Zusammenhang. Besonders enge Zusammenhänge bestehen zwischen dem sozioökonomischen Status und der Familienform (z. B. Freeman Cenege et al., 2018; vgl. Kapitel 5.1.1). Dies zeigte sich auch in den Daten der HBSC-Erhebungswelle 2018 in Branden-

burg, in welcher sich die unterschiedlichen Familienformen hinsichtlich des durchschnittlichen sozio-ökonomischen Status unterscheiden. Heranwachsende, die in traditionellen Familienformen aufwuchsen, berichteten einen höheren familiären Wohlstand als Kinder und Jugendliche aus nicht-traditionellen Familienformen (z. B. Ein-Eltern-Familien; John & Bilz, 2020). Andere Studien weisen darauf hin, dass ein höherer sozioökonomischer Status aus der Perspektive der Heranwachsenden auch mit besserer familiärer Kommunikation und höherer wahrgenommener familiärer Unterstützung im Zusammenhang stehen kann (Ramdahl et al., 2018).

Da die Zusammenhänge zwischen dem familiären Wohlstand und den Gesundheitsindikatoren sowie gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen bereits in den jeweiligen Kapiteln betrachtet wurden, werden im Folgenden Gruppenunterschiede sowie die Zusammenhänge zwischen dem sozioökonomischen Status der Familie aus Sicht der Heranwachsenden und weiteren familienbezogenen Einflussfaktoren betrachtet.

Wie wurde der familiäre Wohlstand erfasst?

Um den familiären Wohlstand einschätzen zu können, wurden die Kinder und Jugendlichen gebeten, das Vorhandensein bzw. die Häufigkeit von sechs verschiedenen Wohlstandsgütern in ihrer Familie einzuschätzen (Besitz eines oder mehrerer Autos, Computer bzw. Tablets, Vorhandensein eines eigenen Zimmers oder Geschirrspülers, Anzahl der Badezimmer, Häufigkeit von Urlaubsreisen in den letzten 12 Monaten; Currie et al., 1997; Richter & Klocke, 2005). Aus diesen Angaben wurde ein Index des familiären Wohlstandes gebildet, welcher Werte zwischen 0 (geringster familiärer Wohlstand) und 10 (höchster familiärer Wohlstand) annehmen kann. Für die Auswertungen im Zusammenhang mit den gesundheitsbezogenen Aspekten wurde der Index anhand der altersspezifischen Verteilung in „niedriger“ (untere 20 %), „mittlerer“ (mittleren 20 % bis 80 %) und „hoher familiärer Wohlstand“ (oberste 20 %) eingeteilt.

Für die hier dargestellten Zusammenhänge zu den weiteren familiären Aspekten werden die Werte auf der Skala zwischen 0 und 10 ohne die Einteilung in die drei Kategorien betrachtet.

Brandenburger Ergebnisse 2022

Tabelle 33 zeigt den mittleren familiären Wohlstand in Abhängigkeit von verschiedenen Gruppenmerkmalen und weiteren familiären Aspekten. Bezüglich des Geschlechts bestehen Unterschiede zwischen den Heranwachsenden, die sich als nicht-binär identifizieren und Jungen sowie Mädchen, wobei Jungen und Mädchen eher einen etwas höheren familiären Wohlstand berichten. Zwischen den Gruppen der Jungen und Mädchen bestehen keine bedeutsamen Unterschiede. Heranwachsende in der siebten Klasse schätzen den Wohlstand ihrer Familie höher ein als Heranwachsende in den Klassen fünf und neun, wobei der Effekt dieses Unterschieds sehr gering ist. Der eingeschätzte familiäre Wohlstand unterscheidet sich auch hinsichtlich der Schulform, wobei Kinder und Jugendliche, welche an Förderschulen lernen, den geringsten und Kinder und Jugendliche, die an Gymnasien lernen, den höchsten familiären Wohlstand einschätzen. Bis auf die Vergleiche zwischen der Grundschule und der Gesamtschule sowie der Gesamtschule und dem Gymnasium unterscheiden sich dabei alle Schulformen statistisch bedeutsam voneinander.

Tab. 33: Mittelwert des familiären Wohlstands von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform, Familienform, familiärer Unterstützung und familiärer Kommunikation im Erhebungsjahr 2022, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Mittelwert des familiären Wohlstands	Teststatistik	
		X ² (df) bzw. z	r
Gesamt	7,1		
Geschlecht			
Junge	7,2	11,07(2)**	.02 – .07
Mädchen	7,1		
Divers	6,6		
Klassenstufe			
5. Klasse	7,1	13,25(2)**	.01 – .06
7. Klasse	7,2		
9. Klasse	7,1		
Schulform			
Grundschule	7,1	170,35(4)***	.05 – .29
Oberschule	6,8		
Gymnasium	7,5		
Gesamtschule	7,4		
Förderschule	5,9		
Familienform			
Beide Elternteile	7,4	135,24(6)***	.02 – .35
Mutter ohne neue Partnerschaft	6,5		
Vater ohne neue Partnerschaft	7,1		
Ein Elternteil mit neuer Partnerschaft	6,9		
Wechselmodell mit neuer Partnerschaft	7,5		
Institutionelle Einrichtung/Pflegefamilie	6,0		
Sonstige Familienformen	7,1		
Empfundene familiäre Unterstützung			
Niedrig	6,9	27,04(2)***	.04 – .13
Mittel	7,2		
Hoch	7,3		
Familiäre Kommunikation mit der Mutter			
Leicht	7,2		
Schwer	7,0	-2,50*	.04
Familiäre Kommunikation mit dem Vater			
Leicht	7,3	-3,04**	.06
Schwer	7,1		

Anmerkungen: N = 2.691-3.621, X² = Chi-Quadrat (Testwert bei mehreren Gruppen), df = Freiheitsgrade, z = standardisierter Testwert bei Zwei-Gruppen-Vergleichen; r = Korrelationskoeffizient nach Pearson (Effektstärke; angegeben ist die Spannweite der Effektstärken der jeweiligen Paarvergleiche), * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Kinder und Jugendliche, die mit beiden Elternteilen aufwachsen (egal, ob diese zusammenleben oder neue Partnerschaft haben und ein Wechselmodell leben), schätzen im Mittel den höchsten familiären Wohlstand ein, Heranwachsende in institutionellen Einrichtungen oder Pflegefamilien den geringsten. Heranwachsende alleinerziehender Mütter nehmen einen geringeren Wohlstand wahr als Heranwachsende in den meisten anderen Familienformen, wobei sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zu Ein-Eltern-Familien mit alleinerziehendem Vater ergeben. Dabei ist jedoch die geringe Gruppengröße der Heranwachsenden, die mit alleinerziehendem Vater leben, zu berücksichtigen (vgl. Kapitel 5.1.1). Im Vergleich zu Familien, in denen die Kinder und Jugendlichen eine mittlere oder hohe familiäre Unterstützung erleben, schätzen Heranwachsende, die ein geringes Maß an familiärer Unterstützung erleben, ihren familiären Wohlstand als geringer ein. Vergleichbare Zusammenhänge ergeben sich zur familiären Kommunikation: Heranwachsende, welche die Kommunikation mit ihrer Mutter oder ihrem Vater als leicht erleben, schätzen einen höheren familiären Wohlstand ein.

Was sind die zentralen Ergebnisse zum familiären Wohlstand?

- Ein niedriger familiärer Wohlstand ist ein Risikofaktor für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen.

5.1.5 Migrationshintergrund als Einflussfaktor

Migration wird gemeinhin als „die vorübergehende oder dauerhafte Veränderung des Lebensmittelpunkts bzw. Wohnorts von Menschen“ verstanden (Bundesministerium des Innern und für Heimat/Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2022, S. 36). Findet die Migration über Staatsgrenzen hinweg statt, wird dies als internationale Migration bezeichnet. Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund umfasst dabei die Personen, die selbst international migriert sind, sowie Personen, von denen mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde und nach Deutschland migriert ist (Statistisches Bundesamt, 2023b). Legt man diese Definition zugrunde, lebten im Jahr 2022 rund 23,8 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, was einem Anteil von 28,7 % an der Gesamtbevölkerung entspricht. Rund 5,8 Millionen und damit 24,6 % der Menschen mit Migrationshintergrund sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Unter den Menschen ohne Migrationshintergrund in Deutschland macht diese Altersgruppe (bis 18 Jahre) 14,1 % aus (8,4 Millionen). Diese Zahlen illustrieren, dass die Personengruppe der Menschen mit Migrationshintergrund im Schnitt jünger ist als die Gruppe der Menschen ohne Migrationshintergrund. Unter den Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren hat ein Anteil von 41,2 % einen Migrationshintergrund gemäß der beschriebenen Definition (Statistisches Bundesamt, 2023b).

Für Menschen mit Migrationserfahrungen bestehen zahlreiche Risikofaktoren für ihre Gesundheit. Dazu gehören unter anderem traumatische Erfahrungen, welche den Migrationsgrund darstellen können oder während der Migration erlitten wurden, oder auch negative Ereignisse und Aspekte im Migrationsland wie Diskriminierungserfahrungen, erschwerte Zugänge zu Bildung, ein fehlendes Zugehörigkeitsgefühl und kulturelle Distanz (Andrade et al., 2023; Vos et al., 2021). Dabei müssen auch die engen Bezüge zwischen möglichen stressbedingten Belastungen der Eltern und den Risikofaktoren für die Gesundheit Kinder und Jugendlicher berücksichtigt werden, sodass eine Betrachtung des gesamten Familiensystems sinnvoll ist, um gesundheitliche Risikofaktoren zu verstehen (Vos et al., 2021). Studien legen nahe, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund häufig eine schlechtere physische Gesundheit sowie eine große Breite unterschiedlicher psychischer Symptome aufweisen, wobei sich internalisierende Probleme besonders häufig finden lassen (Andrade et al., 2023; Chang et al., 2022; Curtis et al., 2018; Gutmann et al., 2019). Zu den häufigen psychischen Erkrankungen unter Heranwachsenden mit Migrationshintergrund zählen posttraumatische Störungen und Depressionserkrankungen. Zudem berichten Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund häufig ein niedrigeres allgemeines Wohlbefinden und mehr Einsamkeitsgefühle (Andrade et al., 2023; Curtis et al., 2018). Neben dem soziökonomischen Status bzw. familiären Wohlstand (vgl. Kapitel 5.1.4) stellt der Migrationshintergrund damit einen weiteren Aspekt gesellschaftlich bedingter gesundheitlicher Ungleichheit

dar, welcher bereits in der frühen Kindheit wirksam ist (Luo et al., 2022). Die beiden beschriebenen Risikofaktoren des familiären Wohlstandes und des Migrationshintergrundes bedingen sich dabei auch gegenseitig. Dies belegen die Befunde der Brandenburger HBSC-Studie 2018: Unter den Kindern und Jugendlichen mit niedrigem familiären Wohlstand war der Anteil der Heranwachsenden, von denen beide Elternteile nicht mit deutscher Staatsbürgerschaft geboren wurden, besonders hoch (John & Bilz, 2020). Zudem zeigte sich, dass ein Migrationshintergrund mit einem schlechteren allgemeinen und psychischen Gesundheitszustand, aber mit einem niedrigen Risiko für Alkoholkonsum einherging. Damit stehen die Befunde von 2018 mit dem Forschungsstand im Einklang, welcher neben den negativen Zusammenhängen zum Gesundheitszustand auch darauf verweist, dass ein Migrationshintergrund proaktiv auf riskanten Alkoholkonsum wirken kann (Curtis et al., 2018; Koschollek et al., 2019).

Wie wurde der Migrationshintergrund erfasst?

Der Migrationshintergrund der Kinder und Jugendlichen wurde erfasst, indem die Heranwachsenden gefragt wurden, in welchem Land sie selbst sowie ihre Mutter und ihr Vater geboren wurden (Inchley et al. 2021/2022). Zur Auswertung wurden die Angaben in „kein“, „einseitiger“ und „beidseitiger“ Migrationshintergrund unterteilt. Ein einseitiger Migrationshintergrund liegt dabei vor, wenn ein Elternteil in einem anderen Land als Deutschland geboren wurde. Ein beidseitiger Migrationshintergrund bedeutet, dass entweder beide Elternteile oder ein Elternteil und der/die Schüler*in selbst in einem anderen Land geboren wurden.

5.1.5.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

Von den befragten Kindern und Jugendlichen in Brandenburg im Erhebungsjahr 2022 gaben 84,2 % an, keinen Migrationshintergrund zu haben, 6,1 % berichteten einen einseitigen und 9,7 % einen zweiseitigen Migrationshintergrund.

Abbildung 37 zeigt den Zusammenhang zwischen dem Migrationshintergrund und dem familiären Wohlstand der Kinder und Jugendlichen. Der Anteil der Heranwachsenden, die einen niedrigen familiären Wohlstand berichten, ist unter den Kindern und Jugendlichen mit zweiseitigem Migrationshintergrund deutlich größer als in den beiden anderen Gruppen. Der Anteil der Heranwachsenden, die einen hohen familiären Wohlstand berichten, ist unter den Kindern und Jugendlichen mit zweiseitigem Migrationsstatus entsprechend kleiner. Die Gruppen der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund und einseitigem Migrationshintergrund unterscheiden sich dabei nicht signifikant voneinander.

In Tabelle 34 ist der Zusammenhang zwischen dem Migrationshintergrund und den gesundheitsbezogenen Aspekten dargestellt. Kinder und Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand deutlich häufiger als einigermaßen bis schlecht ein. Dies zeigt sich sowohl im Vergleich zu Heranwachsenden ohne Migrationshintergrund als auch mit zweiseitigem Migrationshintergrund. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich in Bezug auf psychosomatische Beschwerden, welche von Kindern und Jugendlichen mit einseitigem Migrationshintergrund häufiger berichtet werden als von Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (nicht aber häufiger als bei Heranwachsenden mit zweiseitigem Migrationshintergrund). Heranwachsende ohne oder mit zweiseitigem Migrationshintergrund schätzen ihre allgemeine Gesundheit sowie ihre psychosomatischen Beschwerden dagegen nicht systematisch unterschiedlich ein. Bezüglich der depressiven Symptomatik weist die Analyse über alle Gruppen hinweg zwar auf einen kleinen statistischen Unterschied hin, der sich jedoch bei den einzelnen Gruppenvergleichen nicht zeigt. Das bedeutet, dass sich die befragten Kinder und Jugendlichen in Brandenburg ohne sowie mit ein- oder zweiseitigem Migrationshintergrund nicht systematisch hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik unterscheiden. Heranwachsende mit zweiseitigem Migrationshintergrund gaben deutlich seltener als Kinder und Jugendliche ohne oder mit einseitigem Migrationshintergrund an, in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert zu haben. Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen ohne oder mit einseitigem Migrationshintergrund gibt es in Bezug auf den Alkoholkonsum nicht.

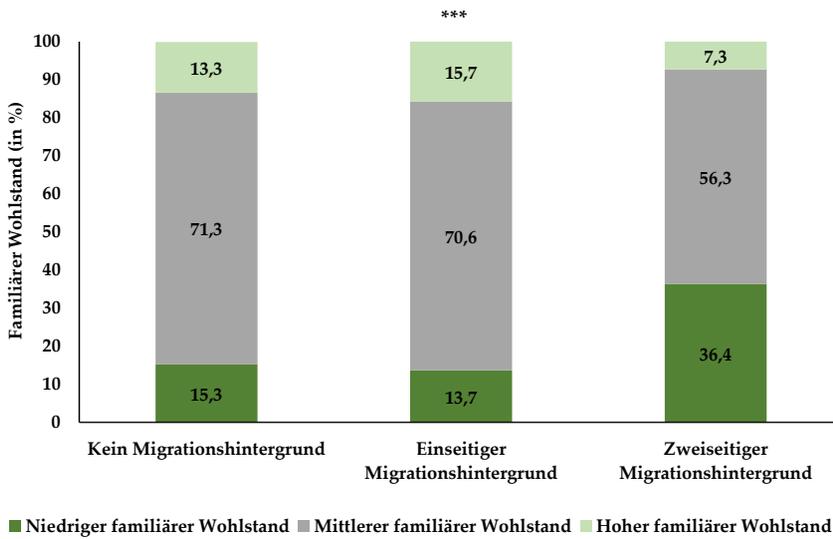


Abb. 37: Anteil des niedrigen, mittleren und hohen erlebten familiären Wohlstands nach Migrationshintergrund der Kinder und Jugendlichen 2022. Anmerkungen: $N = 3.398$, $\chi^2(4) = 93,64$, $p < .001$, $V = .17$, $*** p < .001$.

Tab. 34: Zusammenhänge zwischen dem Migrationshintergrund und dem berichteten allgemeinen Gesundheitszustand, der berichteten depressiven Symptomatik, den berichteten psychosomatischen Beschwerden und dem berichteten Alkoholkonsum der letzten 30 Tage, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Migrationshintergrund in %			Teststatistik	
	Kein	Einseitig	Zweiseitig	$\chi^2(df)$	V
Gesamt	84,2	6,1	9,7		
Allgemeine Gesundheit					
Ausgezeichnet bis gut	85,0	75,1	83,9	14,8 (2)***	.07
Einigermaßen bis schlecht	15,0	24,9	16,1		
Depressive Symptomatik					
Unauffällig	59,5	51,9	52,7	9,1 (2)*	.05
Auffällig	40,5	48,1	47,3		
Psychosomatische Beschwerden					
Unauffällig	59,3	47,1	57,0	11,9 (2)**	.06
Auffällig	40,7	52,9	43,0		
30-Tages-Alkoholkonsum					
Nein	65,5	68,0	78,9	22,9 (2)***	.08
Ja	34,5	32,0	21,1		

Anmerkungen: $N = 3.301 - 3.509$, $\chi^2 = \text{Chi-Quadrat (Testwert)}$, $df = \text{Freiheitsgrade}$, $V = \text{Cramers V (Effektstärke)}$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

5.1.5.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Im Vergleich zum Erhebungsjahr 2018 hat sich die Häufigkeit eines Migrationshintergrundes im Erhebungsjahr 2022 verändert (Abbildung 38). Eine genaue Betrachtung der einzelnen Gruppen zeigt, dass 2022 ein geringerer Anteil der Kinder und Jugendlichen angab, keinen Migrationshintergrund zu haben und ein höherer Anteil der befragten Kinder und Jugendlichen einen zweiseitigen Migrationshintergrund berichtete. Der Anteil der Heranwachsenden mit einseitigem Migrationshintergrund hat sich nicht bedeutsam verändert.

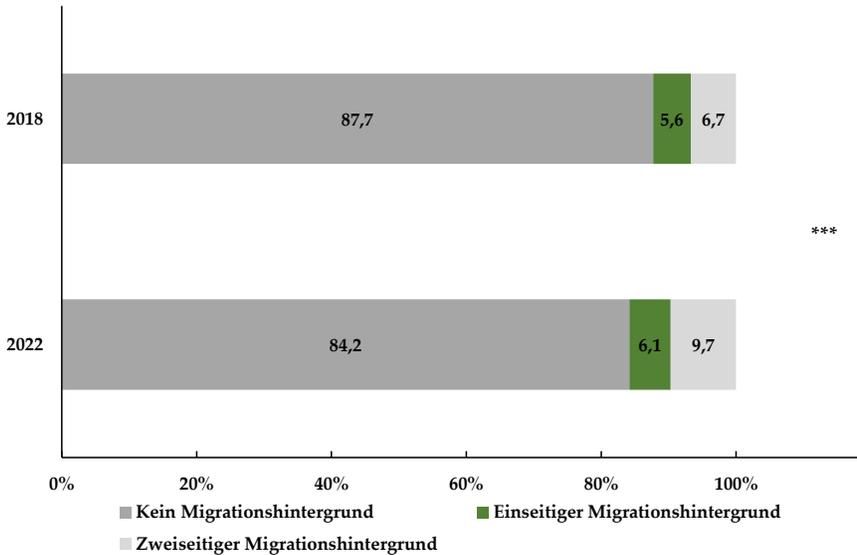


Abb. 38: Anteil der befragten Kinder und Jugendlichen nach Migrationsstatus in den Erhebungsjahren 2018 und 2022 in Prozent. *Anmerkungen:* $N_{2018} = 3.070$, $N_{2022} = 3.801$, $X^2(2) = 19,5$, $p < .001$, $V = .06$, *** $p < .001$.

Was sind die zentralen Ergebnisse zum Migrationshintergrund?

- Die meisten der befragten Kinder und Jugendlichen gaben an, keinen Migrationshintergrund zu haben, knapp 16 Prozent berichteten einen zweiseitigen oder einseitigen Migrationshintergrund.
- Insbesondere ein einseitiger Migrationshintergrund steht mit einer schlechteren allgemeinen Gesundheit und mehr psychosomatischen Beschwerden in Zusammenhang. Kinder und Jugendliche mit einem zweiseitigen Migrationshintergrund berichten seltener von Alkoholkonsum.
- Der Anteil der befragten Heranwachsenden mit Migrationshintergrund in Brandenburg ist 2022 höher als 2018. Insbesondere der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit zweiseitigem Migrationshintergrund ist angestiegen.

5.2 Schulbezogene Faktoren

5.2.1 Schulform als Einflussfaktor

Nach der deutschen Wiedervereinigung entwickelte sich in Brandenburg eine am gegliederten Schulsystem der Bundesrepublik orientierte Schulstruktur. Sie weist einige Besonderheiten auf. Analog zu anderen ostdeutschen Bundesländern verzichtet das in Brandenburg etablierte „Zwei-Säulen-Modell“ auf die in den alten Bundesländern verbreitete Dreigliedrigkeit aus Hauptschule, Realschule und Gymnasium. Es gibt folglich Gymnasien, Ober- und Gesamtschulen sowie Förderschulen, aber keine Hauptschulen. Ein weiterer Unterschied zu Schulen in den „alten“ Bundesländern besteht darin, dass in Brandenburg (und Berlin) die Grundschulzeit sechs statt vier Jahre dauert. In Folge von zwei Bildungsreformen fusionierten Real- und Gesamtschulen ohne gymnasiale Oberstufe zu Oberschulen (MBS, 2004) sowie später Grund- und Oberschulen zu Schulzentren (MBS, 2016). Gesamtschulen mit gymnasialer Oberstufe bestehen weiterhin, sie werden aber von deutlich weniger Schüler*innen besucht als die anderen Schulformen (siehe auch Tabelle 2 in Kapitel 2.4).

Der Besuch der verschiedenen Schulformen ist in Deutschland immer noch eng mit der sozialen Herkunft der Lernenden verbunden (Autor*innengruppe Bildungsberichterstattung, 2020; Weis et al., 2019). Schulische Kompetenzen sind bei Schüler*innen aus sozioökonomisch privilegierten Familien oftmals stärker ausgeprägt als bei Schüler*innen aus sozioökonomisch benachteiligten Familien (Neumann et al., 2014). Dass Eltern aus sozioökonomisch benachteiligten Familien zumeist über geringere Unterstützungs- und Fördermöglichkeiten verfügen, kann sich negativ auf die Entwicklung schulischer Kompetenzen und Leistungen ihrer Kinder auswirken. Aber selbst bei gleichen schulischen Kompetenzen verteilen sich Schüler*innen unterschiedlicher sozialer Herkunft ungleich auf die Schulformen. Zum Beispiel erhalten Grundschüler*innen aus sozioökonomisch benachteiligten Familien bei gleichen kognitiven Grundfähigkeiten und Fachleistungen deutlich seltener eine Gymnasialempfehlung und gehen auch seltener in diese Schulform über als Schüler*innen aus sozioökonomisch stärkeren Familien (z. B. Maaz et al., 2009). Somit ist die institutionelle Struktur der Schulformen mit ihren unterschiedlichen Bildungsabschlüssen und Bildungsperspektiven mit einer vor allem durch die soziale Herkunft geprägten Sozialstruktur der Schüler*innenschaft assoziiert.

Wie wurde die Schulform erfasst?

- Die besuchte Schulform der Schüler*innen wurde als Angabe im Rahmen der Befragungsdokumentation erfasst. Den Befragungsschulen wurde eine Schulform zugewiesen (Grundschule, Oberschule, Gymnasium, Gesamtschule und Schule mit sonderpädagogischem Förderschwerpunkt Lernen und für soziale und emotionale Entwicklung).
- 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.

Brandenburger Ergebnisse 2022:

Zusammenhänge zwischen sozialer Herkunft und der Bildungsbeteiligung zeigen sich auch in den vorliegenden Brandenburger Daten für die Schulformen der Sekundarstufe I ($\chi(8) = 177.71, p = .001, V = .16$). In der Grundschule gleicht der Anteil der Schüler*innen mit hohem, mittlerem und niedrigem familiärem Wohlstand den Anteilen dieser Wohlstandsgruppen in der Gesamtstichprobe der befragten Schüler*innen (vgl. Abbildung 39). An Gymnasien kommen 17 % der Lernenden aus Familien mit hohem Wohlstand, hingegen sind es an Oberschulen nur 10 % und an Förderschulen nur 9 % der Lernenden. Fast die Hälfte (48 %) der Schüler*innen an Förderschulen und ein Viertel (26 %) der Schüler*innen

an Oberschulen weist einen niedrigen familiären Wohlstand auf. Im Kontrast dazu berichten an Gymnasien nur 9 % der Schüler*innen einen niedrigen familiären Wohlstand, an Gesamtschulen beträgt ihr Anteil 12 %. Der Anteil der Schüler*innen mit mittlerem familiären Wohlstand ist an Gesamtschulen mit 77 % am höchsten und an Förderschulen mit 44 % am niedrigsten.

Die mit familiären Wohlstandsunterschieden assoziierte Ungleichverteilung von Brandenburger Schüler*innen auf die verschiedenen Schulformen ist auch vor dem Hintergrund der schulischen Umwelt und ihrer Beziehung zur Gesundheit der Schüler*innen interessant. Denn hinsichtlich der Schulform zeigte sich bei vielen Indikatoren der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens in diesem Bericht, dass Schüler*innen aus Ober- und Förderschulen eine ungünstigere Ausprägung berichten als Schüler und Schülerinnen an Gymnasien oder Gesamtschulen (vgl. Kapitel 3 und 4). Diese Befunde könnten auf eine „doppelte Benachteiligung“ verweisen (Rathmann et al., 2016). Damit ist gemeint, dass Schülerinnen und Schüler an nicht-gymnasialen Schulformen neben herkunftsbedingten Gesundheitsrisiken zugleich mit ungünstigeren Schulumweltmerkmalen konfrontiert sind. Tatsächlich gibt es Hinweise, dass sich Schulumweltmerkmale ungleich auf die verschiedenen Schulformen verteilen. Zum Beispiel sind das in Schulen etablierte Klima, das Ausmaß an schulischen Belastungen und die Unterrichtsqualität für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen bedeutsam (Bilz, 2008; Ritter et al., 2013; vgl. Abschnitte 5.2.3, 5.2.5).

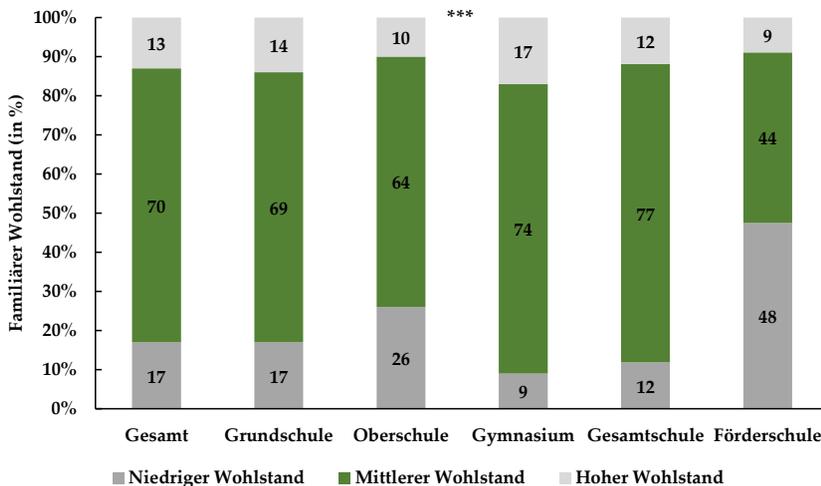


Abb. 39: Schulformen der Grundschule und Sekundarstufe I, die von Brandenburger Schüler*innen besucht werden, nach familiärem Wohlstand. Anmerkungen: $\chi^2(8) = 177,71, p = .001, V = .16, *** p < .001$.

Was sind die zentralen Ergebnisse zur Schulform?

- In Brandenburg verteilen sich in der Sekundarstufe I Schüler*innen mit unterschiedlicher sozialer Herkunft zu ungleichen Anteilen auf die verschiedenen Schulformen jenseits der Grundschule.

5.2.2 Schulfriedenheit als Einflussfaktor

Als Aspekt der allgemeinen Lebenszufriedenheit drückt die berichtete Schulfriedenheit von Schüler*innen aus, wie sie die Gesamtheit schulischer Erfahrungen auf Basis individueller Kriterien subjektiv einschätzen (Tian & Gilman, 2010). Die Schulfriedenheit vermittelt potenziell den Einfluss von Schulumweltmerkmalen und schüler*innenbezogenen Entwicklungserlebnissen auf ihre Gesundheit (Paulus, 2003). Somit kann eine hohe Schulfriedenheit gesundheitsförderliche Ausprägungen von relevanten Schulumweltmerkmalen indizieren. Zufriedenere Schüler*innen berichten ein höheres Ausmaß an Unterstützung durch Lehrkräfte und Mitschüler*innen, eine bessere Unterrichtsqualität und weniger schulbezogene Belastungen (Elmore & Huebner, 2010; Ritter et al., 2013; Telef et al., 2015). Zufriedene Schüler*innen sind in der Schule auch engagierter, erleben sich als gesünder und sind mit ihrem Leben insgesamt zufriedener. Studien an deutschen Schulen zeigen, dass die Schulfriedenheit mit steigendem Alter absinkt, dass sie an Gymnasien und bei Lernenden aus Familien mit höherem Wohlstand stärker ausgeprägt ist als bei Heranwachsenden aus Familien mit niedrigerem Wohlstand sowie an nicht-gymnasialen Schulformen und dass es keine Unterschiede in der Schulfriedenheit zwischen Jungen und Mädchen gibt (Ritter et al., 2013). In der letzten Brandenburger HBSC-Erhebung zeigte sich, dass die Mehrheit der Schüler*innen ihre Schulfriedenheit als sehr gut oder einigermaßen gut einschätzte, wobei ältere Schüler*innen eine geringere Zufriedenheit aufwiesen (John & Bilz, 2020).

Wie wurde die Schulfriedenheit erfasst?

Zur Beurteilung der Schulfriedenheit beantworteten die Kinder und Jugendlichen die Frage, 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 2022

Mit 23,3 % gefällt es weniger als einem Viertel der befragten Brandenburger Schüler*innen „sehr gut“ in der Schule. Weitere 54,0 % berichten, dass es ihnen „einigermaßen gut“ gefällt. In der Schule „unzufrieden“ sind 22,7 % der Lernenden. Hiervon geben 16,5 % an, dass es ihnen in ihrer Schule "nicht so gut" gefällt und 6,2 % gefällt die Schule "überhaupt nicht". Eine Betrachtung der Werte auf Schulebene offenbart große Unterschiede zwischen den Schulformen. Während es mehr als einem Viertel der Lernenden an Oberschulen (27,9 %) und an Förderschulen (27,8 %) nicht so gut oder überhaupt nicht in der Schule gefällt, erleben nur 20,7 % der Lernenden an Gymnasien und 22,8 % der Lernenden an Gesamtschulen dieses Ausmaß an Unzufriedenheit. Die Abbildung 40 zeigt die schulformbezogenen Unterschiede ($\chi^2(12) = 86,69, p < .001, V = .09$).

Mädchen und Jungen ähneln sich in ihren Einschätzungen der Schulfriedenheit, hingegen sind Lernende mit „diverser“ Geschlechtsorientierung im Vergleich deutlich unzufriedener in der Schule ($\chi^2(6) = 96,50, p < .001, V = .16$). Während nur 6,3 % der Jungen und 5,2 % der Mädchen „überhaupt nicht“ zufrieden sind, sind es 31,6 % der Lernenden mit diverser Geschlechtsorientierung. Zudem gibt es einen Alterseffekt ($\chi^2(6) = 96,95, p < .001, V = .12$). Ältere Schülerinnen und Schüler sind unzufriedener in der Schule als jüngere. Während es 30,3 % der Fünftklässler*innen noch sehr gut in der Schule gefällt, sind es bei Lernenden der 9. Klassen nur noch 14,1 %.

Untersucht man den Zusammenhang zwischen der Schulfriedenheit und den vier exemplarischen Indikatoren der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens, so ergeben sich für die allgemeine Gesundheitseinschätzung, das Vorliegen einer depressiven Symptomatik oder von psychosomatischen Beschwerden sowie den Konsum von Alkohol bedeutsame Zusammenhänge (vgl. Tabelle 35). Schulfriedenere Kinder und Jugendliche schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter ein,

leiden häufiger an einer depressiven oder psychosomatischen Symptomatik und haben im letzten Monat häufiger Alkohol getrunken.

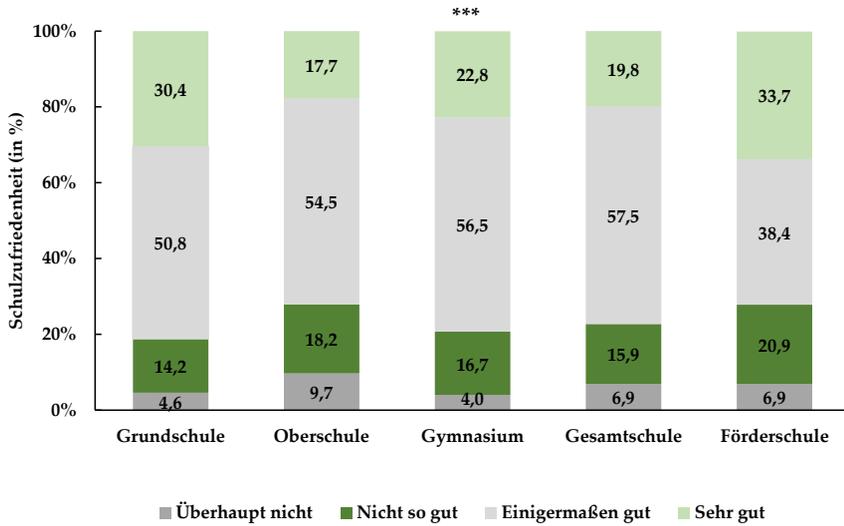


Abb. 40: Schulzufriedenheit von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Schulform. *Anmerkungen:* $\chi^2(12) = 86,69, p < .001, V = .09, *** p < .001.$

Tab. 35: Allgemeiner Gesundheitszustand, Depressive Symptomatik, Psychosomatische Beschwerden und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Schulzufriedenheit, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Schulzufriedenheit (in %)				Teststatistik	
	sehr gut	einigermaßen gut	nicht so gut	überhaupt nicht	$\chi^2(df)$	V
Allgemeine Gesundheit						
Ausgezeichnet bis gut	93,9	87,3	70,4	60,4	254,43 (3) ***	.27
Einigermaßen bis schlecht	6,1	12,7	29,6	39,6		
Depressive Symptomatik						
Unauffällig	78,0	60,8	34,3	36,3	341,01 (3) ***	.31
Auffällig	22,0	39,2	65,6	63,7		
Psychos. Beschwerden						
Unauffällig	78,5	60,8	34,3	22,7	376,70 (3) ***	.33
Auffällig	21,5	39,2	65,7	77,3		
30-Tages-Alkoholkonsum						
Nein	80,7	66,5	59,4	49,8	113,41 (3) ***	.18
Ja	19,3	33,5	40,6	50,2		

Anmerkungen: $N = 3.380-3.536, \chi^2 = \text{Chi-Quadrat (Testwert)}, df = \text{Freiheitsgrade}, V = \text{Cramers V (Effektstärke)}, *** p < .001.$

5.2.2.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Die Abbildung 41 zeigt die Brandenburger Ergebnisse zur Schulzufriedenheit im Jahr 2022 im Vergleich zu den Brandenburger Ergebnissen im Jahr 2018. Die Zufriedenheit der Lernenden mit der Schule fällt

2022 deutlich schlechter aus als 2018. Der Anteil der Lernenden, denen es in der Schule überhaupt nicht gefällt, hat sich verdoppelt und der Anteil derjenigen, denen es in der Schule sehr gut gefällt, ist von knapp 37 % auf gut 23 % zurückgegangen.

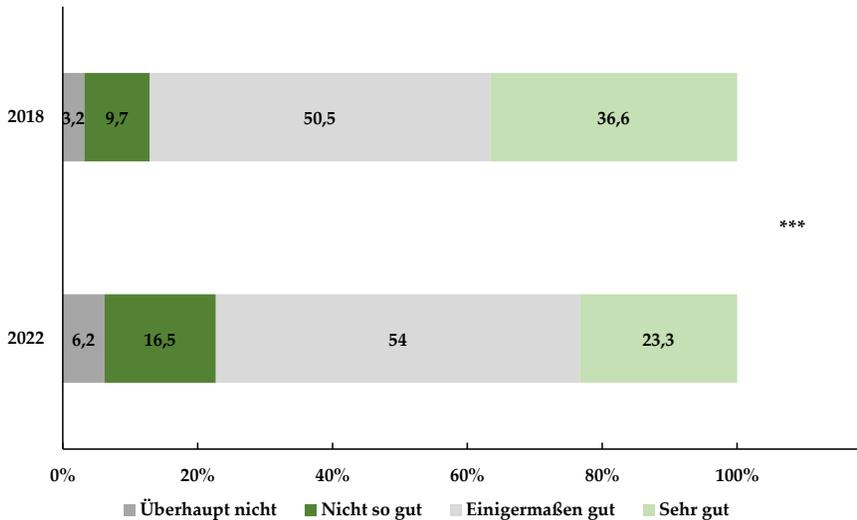


Abb. 41: Schulzufriedenheit von Brandenburger Schüler*innen 2022 im Vergleich zu 2018. Anmerkungen: $N_{2018} = 3.003$, $N_{2022} = 3.578$, $X^2(3) = 190,16$, $p < .001$, $V = .17$, *** $p < .001$.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand, zeigt sich der Rückgang der Schulzufriedenheit in allen Gruppen relativ gleichförmig.

Was sind die zentralen Ergebnisse zur Schulzufriedenheit?

- Der überwiegenden Mehrheit der Brandenburger Schüler*innen gefällt es in der Schule sehr gut bzw. einigermaßen gut. Die Schulzufriedenheit fällt in höheren Klassenstufen geringer aus. Zudem erleben sich Lernende mit diverser Geschlechtsorientierung als deutlich unzufriedener mit ihrer Schule als männliche und weibliche Lernende.
- Schulzufriedene Schüler*innen berichten einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand, leiden seltener unter psychischen Auffälligkeiten und haben im letzten Monat vor der Befragung seltener Alkohol getrunken.
- Brandenburger Lernende sind 2022 unzufriedener mit ihrer Schule als 2018.

5.2.3 Schulische Belastung als Einflussfaktor

Die Leistungsanforderungen in der Schule können von Schüler*innen für sich genommen und im Zusammenspiel mit anderen Stressoren (z. B. im Familien-, Freundeskreis) auch als Überforderung und Belastung erlebt werden (Pascoe et al., 2020). Begegnen Lernende dauerhaft schulischen Anforderungen, welche ihre Fähigkeiten übersteigen, dann steigt das Risiko von Versagenserlebnissen zulasten von mit Selbstwirksamkeitserfahrungen verbundenen Erfolgserlebnissen. Gleichzeitig können chronische Belastungen die körperliche und psychische Gesundheit sowie das Gesundheitsverhalten junger Men-

schen negativ beeinflussen (Bilz, 2013; Torsheim et al., 2003). In der letzten HBSC-Erhebung 2018 zeigten ältere Schüler*innen eine größere schulische Belastung, diese stand wiederum in Zusammenhang mit häufigeren gesundheitlichen Beschwerden (John & Bilz, 2020).

Wie wurde das schulische Belastungserleben erfasst?
 Zur Beurteilung des schulischen Belastungserlebens 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 2022

Ein knappes Drittel der befragten Brandenburger Schüler*innen fühlt sich durch die Anforderungen der Schule belastet, und zwar fühlen sich 23,2 % "einigermaßen stark" und 8,3 % "sehr stark" belastet. Über alle drei Klassenstufen hinweg fühlt sich rund ein Drittel der Lernenden einigermaßen stark oder sehr stark durch schulische Anforderungen belastet. Bei Neuntklässler*innen ist dieser Anteil mit 36 % am höchsten und bei Siebt- und Fünftklässler*innen etwas niedriger (28,9 % bzw. 28,7 %) ($\chi^2(6) = 56,85, p < .001, V = .01$).

Mit 44,2 % erlebt fast die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen mit diverser Geschlechtsorientierung die schulischen Anforderungen als einigermaßen oder sehr stark belastend im Vergleich zu 32,6 % der Mädchen und 29,5 % der Jungen ($\chi^2(6) = 40,69, p < .001, V = .08$). Die soziale Herkunft der Brandenburger Schüler*innen spielt für das Niveau ihres schulischen Belastungserlebens keine Rolle ($\chi^2(6) = 10,84, p > .093, V = .04$). Die Abbildung 42 verweist auf schulformbezogene Differenzen des Belastungsniveaus ($\chi^2(12) = 120,14, p < .001, V = .10$). Mit Ausnahme der Lernenden an Förderschulen gibt rund die Hälfte der Schüler*innen an Schulen der Sekundarstufe I an, sich durch schulische Anforderungen etwas belastet zu fühlen. Lernende an Förderschulen berichten besonders starke schulische Belastungen, während es an Oberschulen den kleinsten Anteil hoch belasteter Schüler*innen gibt. Dieser Befund unterscheidet sich von früheren Befunden, wo insbesondere Lernende an Gymnasien weniger Belastungen empfinden (z. B. Bilz, 2008).

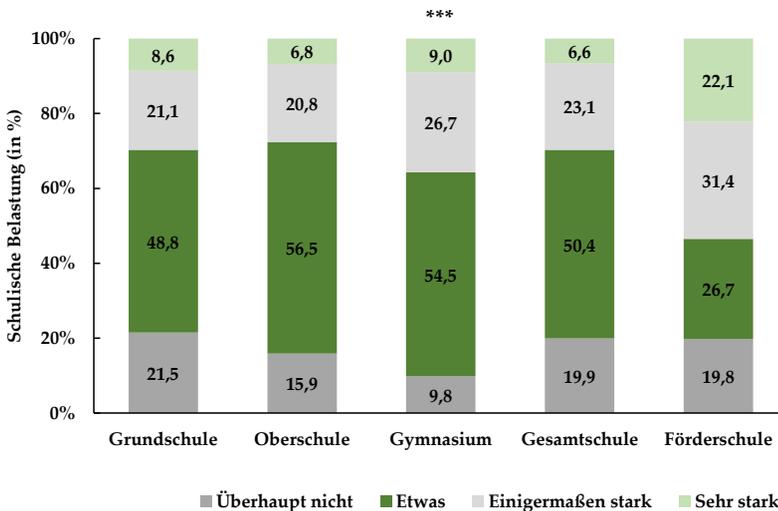


Abb. 42: Schulisches Belastungserleben von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Schulform. *Anmerkungen:* $\chi^2(12) = 102,14, p < .001, V = .10, *** p < .001$.

Schulische Belastungen sind auch für die Gesundheit von Brandenburger Kindern und Jugendlichen relevant (vgl. Tab. 36). Wenn sie die schulischen Anforderungen als einigermaßen stark oder sehr belastend erleben, dann leiden sie auch in erheblich höherem Ausmaß an depressiven Symptomen oder psychosomatischen Beschwerden als Kinder und Jugendliche mit einem geringeren Belastungsniveau. Zudem konsumieren höher belastete Schüler*innen auch etwas häufiger Alkohol als jene mit geringem Belastungsniveau.

Tab. 36: Allgemeiner Gesundheitszustand, Depressive Symptomatik, Psychosomatische Beschwerden und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schüler*innen nach schulischem Belastungserleben, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Schulisches Belastungserleben (in %)				Teststatistik	
	überhaupt nicht	etwas	einigermaßen stark	sehr stark	X ² (df)	V
Allgemeine Gesundheit						
Ausgezeichnet bis gut	85,7	87,5	80,5	74,1	46,73 (3) ***	.12
Einigermaßen bis schlecht	14,3	12,5	19,5	25,9		
Depressive Symptomatik						
Unauffällig	76,6	60,8	48,9	37,7	158, 163 (3) ***	.22
Auffällig	23,4	39,2	51,1	62,3		
Psychos. Beschwerden						
Unauffällig	72,5	61,6	48,1	36,7	136,55 (3) ***	.20
Auffällig	27,5	38,4	51,9	63,3		
30-Tages-Alkoholkonsum						
Nein	77,6	67,7	61,4	62,4	42,99 (3) ***	.11
Ja	22,3	32,3	38,6	37,6		

Anmerkungen: N = 3.337-3.514, X² = Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), *** p < .001.

5.2.3.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Die Abbildung 43 zeigt die Brandenburger Ergebnisse zum schulischen Belastungserleben von Brandenburger Schüler*innen im Jahr 2022 im Vergleich zu den Brandenburger Ergebnissen im Jahr 2018. Im Jahr 2022 fühlen sich etwas mehr Lernende als im Jahr 2018 einigermaßen oder sehr stark durch die Schule belastet.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand, wird deutlich, dass der Anstieg der schulischen Belastung nur bei Mädchen, in der 5. und 7. Klassenstufe und bei Lernenden mit niedrigem Wohlstand signifikant ist.

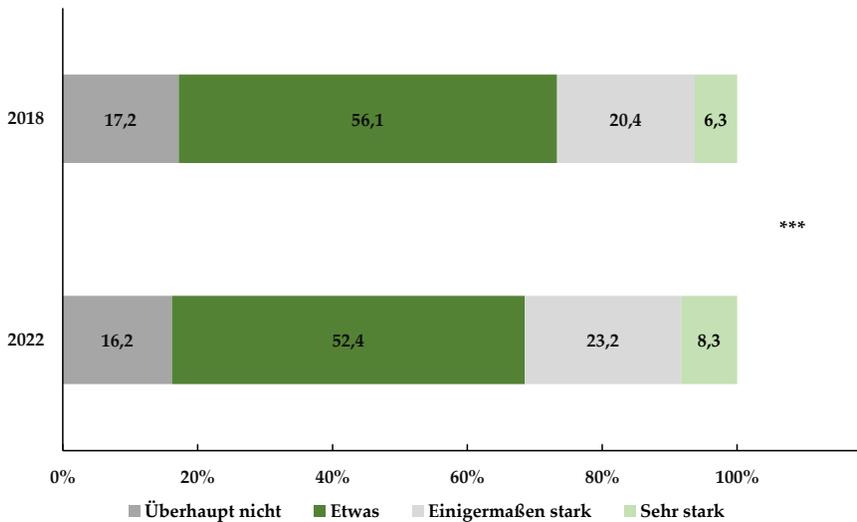


Abb. 43: Schulisches Belastungserleben von Brandenburger Schülerinnen und Schüler 2022 im Vergleich zu 2018. Anmerkungen: $N_{2018} = 2.974$, $N_{2022} = 3.527$, $X^2(3) = 19,54$, $p < .001$, $V = .05$, $*** p < .001$.

Was sind die zentralen Ergebnisse zum Schulischen Belastungserleben?

- Rund ein Drittel der Schüler*innen in Brandenburg fühlt sich durch die Anforderungen der Schule belastet. An Förderschulen, bei Lernenden mit diverser Geschlechtsorientierung und bei Neuntklässler*innen ist das Belastungsniveau höher als in den jeweiligen Vergleichsgruppen.
- Schüler*innen mit einem höheren Belastungsniveau haben bei den erfassten Gesundheitsindikatoren ungünstigere Ausprägungen.
- Im Jahr 2022 berichten etwas mehr Lernende als im Jahr 2018 von schulischen Belastungen.

5.2.4 Schulische Unterstützung als Einflussfaktor

5.2.4.1 Unterstützung durch Lehrkräfte

Lehrkräfte können durch verschiedene Unterstützungsangebote zu einer positiven Entwicklung von Kindern und Jugendlichen beitragen. Die Unterstützung, die Schüler*innen durch ihre Lehrkräfte erfahren, stellt eine schulkontextspezifische Art der sozialen Unterstützung dar. Vergleichbar mit der familiären Unterstützung (vgl. Kapitel 5.1.2) kann sich die Unterstützung durch Lehrkräfte auf unterschiedliche Weise äußern (vgl. Heaney & Israel, 2008; Tardy, 1985). Konkret können Lehrkräfte ihre Schüler*innen durch Empathie und Zuwendung (emotionale Funktion), zur Verfügung gestellte Ressourcen (instrumentale Funktion), Ratschläge und Information (informierende Funktion) sowie Feedback (beurteilende Funktion) unterstützen (Tardy, 1985). Schüler*innen erleben diese Formen der Unterstützung als fürsorgliche, wertschätzende und konkret hilfreiche Verhaltensweisen ihrer Lehrkräfte, die ihnen die Bewältigung schulischer Anforderungen erleichtert (Kerres, Malecki & Demaray, 2002). Lehrkräfte sind folglich eine wichtige Ressource für den Schulerfolg und die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Zum Beispiel fördern Lehrkräfte durch angemessene Unterstützungsangebote ein positives Lehr-Lern-Erleben, das schulische Engagement und die Lernmotivation der

Schüler*innen (Klem & Connell, 2004; Lei et al., 2018; Rautanen et al., 2022), und sie tragen zum allgemeinen und schulischen Wohlbefinden der Lernenden bei (z.B. Chu et al., 2010; García-Moya et al., 2015). Zudem wird eine höhere Lehrkraftunterstützung mit einem selteneren Auftreten von emotionalen Beschwerden und Verhaltensproblemen in Verbindung gebracht (Kerres, Malecki & Demaray, 2002). Auch Risiken zum Substanzgebrauch werden durch unterstützende Lehrkräfte reduziert. So weisen Schüler*innen, die ein höheres Ausmaß an Unterstützung durch ihre Lehrkräfte erfahren, ein geringeres Risiko für einen täglichen Zigarettenkonsum und einen wöchentlichen Cannabiskonsum auf (Perra et al., 2012), und sie fangen später an, Alkohol zu trinken (McCarty et al., 2004). Die Ergebnisse der letzten HBS-C-Erhebung 2018 zeigten, dass ältere Lernende und Lernende an Gesamt- und Oberschulen eine geringere Lehrkraftunterstützung berichteten. Eine geringe Lehrkraftunterstützung stand wiederum in Zusammenhang mit einer schlechteren psychischen Gesundheit (John & Bilz, 2020).

Wie wurde die Unterstützung durch Lehrkräfte erfasst?

Die Befragung fokussierte die emotionale Funktion der Lehrkraftunterstützung. Die Kinder und Jugendlichen schätzten ein, inwieweit sie drei Aussagen zu ihren Lehrkräften zustimmen (Inchley et al., 2021/22) (z. B. "Ich habe das Gefühl, dass mich meine Lehrer*innen so akzeptieren wie ich bin.", „Ich habe viel Vertrauen in meine Lehrer*innen.“). Sie konnten aus den Antwortoptionen "stimmt genau", "stimmt ziemlich", "weder noch", „stimmt nicht“ und „stimmt überhaupt nicht“ auswählen. Aus den einzelnen Antworten wurde eine Globaleinschätzung der Lehrkraftunterstützung abgeleitet. Deren Wert kann zwischen 0 (geringste Lehrkraftunterstützung) und 10 (höchste Lehrkraftunterstützung) liegen.

Zur Prüfung des Zusammenhangs der Lehrkraftunterstützung mit den Gesundheitsindikatoren wurde weiterhin der Wert der Globaleinschätzung in die Kategorien "niedrige", "mittlere" und "hohe Lehrkraftunterstützung" eingeteilt. Die Einteilung erfolgte auf Basis der 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 2022

Mädchen und Jungen nehmen die Unterstützung durch ihre Lehrkräfte nahezu gleich wahr, hingegen schätzen divers orientierte Lernende die Lehrkraftunterstützung als etwas geringer ausgeprägt ein (Jungen: $M = 6,6$; Mädchen: $M = 6,5$; Divers: $M = 4,6$) ($\chi^2(2) = 40,00$, $p < .001$, $r_{\text{Junge-Divers}} = .15$, $r_{\text{Mädchen-Divers}} = .13$, $r_{\text{Junge-Mädchen}} = .04$). Ältere Schüler*innen fühlen sich weniger stark von ihren Lehrkräften unterstützt als jüngere (5. Klasse: $M = 7,2$; 7. Klasse: $M = 6,3$; 9. Klasse: $M = 6,0$) ($\chi^2(2) = 217,37$, $p < .001$). Die Einschätzung unterscheidet sich zwischen Lernenden aus der 5. und 9. Klasse mäßig ($r_{11 \text{ vs. } 15 \text{ Jahre}} = .30$), zwischen den anderen Klassenstufen schwach ($r_{5. \text{ Klasse vs. } 7. \text{ Klasse}} = .22$, $r_{7. \text{ Klasse vs. } 9. \text{ Klasse}} = .10$). Die soziale Herkunft der Lernenden spielt für die Einschätzung der Lehrkraftunterstützung keine Rolle ($\chi^2(2) = .76$, $p > .05$). Jedoch zeigen sich signifikante schulformbezogene Unterschiede ($\chi^2(4) = 213,63$, $p < .001$). Schüler*innen an Grund- und Förderschulen berichten die höchste Unterstützung durch ihre Lehrkräfte (Grundschulen: $M = 7,3$; Förderschulen: $M = 7,3$). Lernende an Gesamtschulen berichten das niedrigste Ausmaß an Unterstützung ($M = 6,0$; vgl. Abb. 44). Dabei ist der Unterschied zwischen der erlebten Unterstützung an den verschiedenen Schulformen zumeist schwach ausgeprägt ($.14 \leq r \leq .29$), wobei er bei Gesamtschulen im Vergleich zu Förderschulen am größten ist ($r = .29$).

Die Tabelle 37 zeigt die Ausprägung des allgemeinen Gesundheitszustandes, das Vorliegen einer depressiven Symptomatik und von psychosomatischen Beschwerden sowie den Alkoholkonsum in den letzten Tagen in Abhängigkeit von der Unterstützung durch die Lehrkräfte. Die Befunde verdeutlichen, dass die Unterstützung durch Lehrkräfte für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Schü-

ler*innen wichtig ist. Denn alle betrachteten Gesundheitsindikatoren unterscheiden sich in bedeutsamer Weise zu Gunsten von Schüler*innen, die sich durch ihre Lehrkräfte stärker unterstützt fühlen. Lernende, die eine hohe Lehrkraftunterstützung berichten, empfinden ihren eigenen Gesundheitszustand häufiger als besser, leiden seltener an einer depressiven Symptomatik sowie psychosomatischen Beschwerden und haben im vergangenen Monat seltener Alkohol konsumiert als Lernende, die eine geringere Lehrkraftunterstützung berichten. Bei der Depressivität wird der Effekt besonders deutlich. Kinder und Jugendliche, die eine hohe Lehrkraftunterstützung erleben, leiden nur halb so häufig unter einer depressiven Symptomatik (27,3 %) und an psychosomatischen Beschwerden (29,5 %) als Gleichaltrige, die eine niedrige Lehrkraftunterstützung erleben (Depressivität: 60,7 %, psychosomatische Beschwerden: 61,6 %).

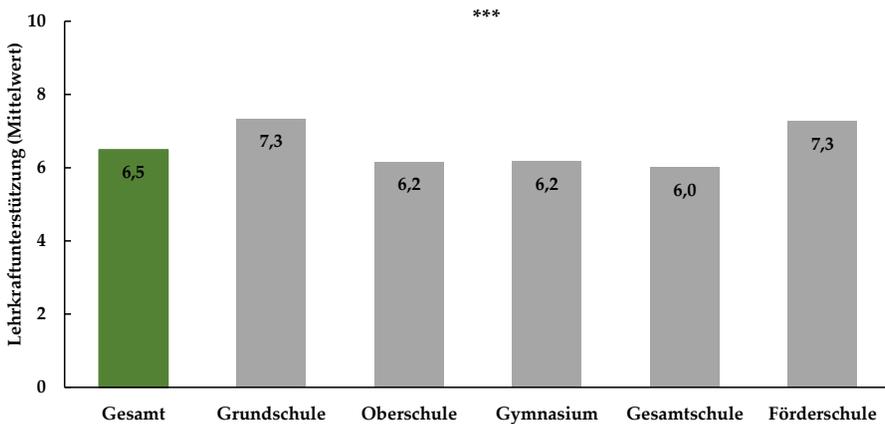


Abb. 44: Globaleinschätzung der Unterstützung durch Lehrkräfte (Mittelwert) aus Perspektive der Brandenburger Schülerinnen und Schüler nach Schulform. *Anmerkungen:* $\chi^2 (4) = 213,63, p < .001, r = .14 - .29, *** p < .001, r =$ Korrelationskoeffizient nach Pearson (Effektstärke; angegeben ist die Spannweite der Effektstärken der jeweiligen Paarvergleiche).

Tab. 37: Allgemeiner Gesundheitszustand, depressive Symptomatik, psychosomatische Beschwerden und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach der Unterstützung durch Lehrkräfte (kategorisierte Gesamteinschätzung), HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Lehrkraftunterstützung (in %)			Teststatistik	
	niedrig	mittel	hoch	χ^2 (df)	V
Gesamt	21,3	54,5	24,2		
Allgemeine Gesundheit					
Ausgezeichnet bis gut	72,1	85,4	91,1	102,98 (2) ***	.18
Einigermaßen bis schlecht	27,9	14,6	8,9		
Depressive Symptomatik					
Unauffällig	39,3	58,3	72,7	162,68 (2) ***	.23
Auffällig	60,7	41,7	27,3		
Psychos. Beschwerden					
Unauffällig	38,4	58,2	70,5	148,76 (2) ***	.22
Auffällig	61,6	41,8	29,5		
30-Tages-Alkoholkonsum					
Nein	55,1	64,7	77,9	85,15 (2) ***	.16
Ja	44,9	35,3	22,1		

Anmerkungen: N = 3.059-3.205, $\chi^2 =$ Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), *** p < .001.

5.2.4.1.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Die Abbildung 45 zeigt die Brandenburger Ergebnisse der Globaleinschätzung der Lehrkraftunterstützung im Jahr 2022 im Vergleich zu den Brandenburger Ergebnissen im Jahr 2018. Brandenburger Schülerinnen und Schüler fühlen sich im Jahr 2022 in einem etwas geringeren Ausmaß von ihren Lehrkräften unterstützt als im Jahr 2018.

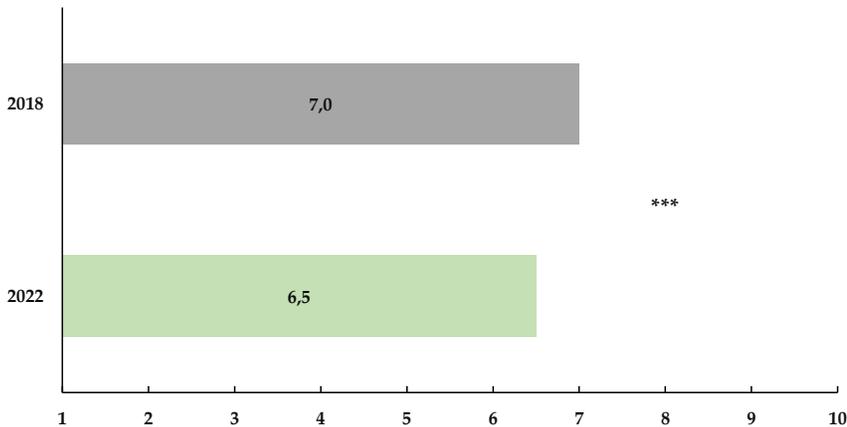


Abb. 45: Globaleinschätzung der Unterstützung durch Lehrkräfte (Mittelwert) bei Brandenburger Schüler*innen 2022 im Vergleich zu 2018. *Anmerkungen:* $N_{2018} = 2.883$, $N_{2022} = 3.385$, $\chi^2(1) = 139,03$, $p < .001$, $r = .15$, $r =$ Korrelationskoeffizient nach Pearson (Effektstärke), *** $p < .001$.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand, zeigt sich in Bezug auf das Geschlecht und den familiären Wohlstand ein relativ gleichmäßiger Rückgang der wahrgenommenen Lehrkraftunterstützung. Bei der Klassenstufe ist der Rückgang der Lehrkraftunterstützung in der 7. Klasse von $M = 7,1$ im Jahr 2018 auf $M = 6,3$ im Jahr 2022 besonders stark. Bei der 5. (2018: $M = 7,6$ vs. 2022: $M = 7,2$) und insbesondere bei der 9. Klasse (2018: $M = 6,4$, vs. 2022: $M = 6,0$) ist der Rückgang weniger markant.

Was sind die zentralen Ergebnisse zur Unterstützung durch Lehrkräfte?

- Ältere Schüler*innen, divers orientierte Kinder und Jugendliche sowie Lernende an der Gesamtschule berichten eine etwas niedrigere Lehrkraftunterstützung als Angehörige der jeweiligen Vergleichsgruppen.
- Schüler*innen, die sich durch ihre Lehrkräfte in geringerem Ausmaß unterstützt fühlen, weisen häufig ungünstigere Ausprägungen bei verschiedenen Gesundheitsindikatoren (allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen einer depressiven Symptomatik oder von psychosomatischen Beschwerden, 30-Tages-Alkoholkonsum) auf.
- Brandenburger Schüler*innen fühlen sich im Jahr 2022 in einem etwas geringeren Ausmaß von ihren Lehrkräften unterstützt als im Jahr 2018.

5.2.4.2 Unterstützung durch Mitschüler*innen

Im schulischen Kontext sind neben Lehrkräften die Mitschüler*innen eine wichtige Quelle sozialer Unterstützung (Kerres Malecki & Demaray, 2002). Lernende erleben die Unterstützung ihrer Mitschüler*innen als verfügbare, nützliche und mit Zufriedenheit einhergehenden Interaktions- und Beziehungserfahrung (vgl. Torsheim et al., 2000). Das Erleben einer starken sozialen Unterstützung durch Mitschüler*innen erleichtert Kindern und Jugendlichen die Bewältigung von Stressoren (Bilz et al., 2008; Torsheim & Wold, 2001). Sie fördert positive Emotionen (z.B. Freude im Unterricht; Gefühl der Zugehörigkeit und Sicherheit) (Estell & Perdue, 2013) und hilft Lernenden dabei, ein gutes Schulleistungen zuträgliches Verhalten zu zeigen (Wang & Eccles, 2012).

Die Unterstützung, die Kinder und Jugendliche von Mitschüler*innen erfahren, ist darüber hinaus mit einer besseren Gesundheit, mit gesundheitsförderlichem Verhalten sowie einem selteneren Risikoverhalten assoziiert. Schüler*innen, die sich durch ihre Mitschüler*innen stärker unterstützt fühlen, weisen eine höhere Lebenszufriedenheit (Danielsen et al., 2009), seltener Erfahrungen als Gemobbte (Wang et al., 2011) und ein geringeres Ausmaß an emotionalen Problemen oder psychosomatischen Beschwerden auf (Bilz, 2008; Ritter et al., 2016; De Wit et al., 2011). Zudem sind diese jungen Menschen körperlich aktiver (Kantanista et al., 2013). In der letzten HBSC-Erhebung gaben Mädchen und Lernende an Gymnasien eine höhere Mitschüler*innenunterstützung an, während die Unterstützung an Ober- und Förderschulen am geringsten eingeschätzt wurde. Unterschiede hinsichtlich des Alters zeigten sich nicht (John & Bilz, 2020).

Wie wurde die Unterstützung durch Mitschüler*innen erfasst?

Die Befragung fokussierte instrumentelle und emotionale Aspekte der Mitschüler*innenunterstützung. Die Kinder und Jugendlichen schätzten ein, inwieweit sie drei Aussagen über ihre Mitschüler*innen zustimmen (z.B. "Die meisten Schüler*innen in meiner Klasse sind nett und hilfsbereit."; "Die meisten Schüler*innen in meiner Klasse sind gern zusammen.") (Inchley et al., 2021/22). Sie konnten aus den Antwortoptionen "stimmt genau", "stimmt ziemlich", "weder noch", "stimmt nicht" und "stimmt überhaupt nicht" auswählen. Aus den Antworten zu den einzelnen Aussagen wurde eine Globaleinschätzung der Mitschüler*innenunterstützung abgeleitet. Der Wert der Globaleinschätzung kann zwischen (geringste Mitschüler*innenunterstützung) und (höchste Mitschüler*innenunterstützung) liegen.

Zur Prüfung des Zusammenhangs der Mitschüler*innenunterstützung mit den Gesundheitsindikatoren wurde weiterhin der Wert der Globaleinschätzung in die Kategorien "niedrige", "mittlere" und "hohe Mitschüler*innenunterstützung" eingeteilt. Die Einteilung erfolgte auf Basis der altersspezifischen Verteilung des Werts der Globaleinschätzung in der Stichprobe. Eine niedrige Mitschüler*innenunterstützung lag demzufolge bei den untersten 20.0 % der Stichprobe (1. Quintil), eine mittlere Mitschüler*innenunterstützung bei den mittleren 60.0 % der Stichprobe (2. bis 4. Quintil) und eine hohe Mitschüler*innenunterstützung bei den obersten 20.0 % der Stichprobe (5. Quintil) vor.

5.2.4.2.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

Mädchen und Jungen berichteten im Mittel das gleiche Ausmaß an Mitschüler*innenunterstützung, jedoch schätzen divers orientierte Lernende die Unterstützung durch Mitschüler*innen als geringer ausgeprägt ein (Jungen: $M = 7,2$; Mädchen: $M = 7,1$; Divers: $M = 5,5$) ($\chi^2(2) = 29,92$, $p < .001$, $r_{\text{Junge-Divers}} = .13$, $r_{\text{Mädchen-Divers}} = .12$, $r_{\text{Junge-Mädchen}} = .02$). Zudem zeigt sich ein schwacher Alterseffekt zu Gunsten von jüngeren Kindern (5. Klasse: $M = 7,4$ vs. 9. Klasse: $M = 6,9$; $\chi^2(2) = 42,52$, $p < .001$). Die Einschätzungen von Fünftklässler*innen und Neuntklässler*innen unterscheiden sich stärker ($r_{\text{5. Klasse vs. 9. Klasse}} = .14$) als zwischen Angehörigen der anderen Klassenstufen ($r_{\text{5. Klasse vs. 7. Klasse}} = .09$, $r_{\text{7. Klasse vs. 9. Klasse}} = .06$). Weiterhin unterscheidet sich die Globaleinschätzung der Mitschüler*innenunterstützung zwischen den Schulfor-

men ($\chi^2(4) = 191,66, p < .001$). Lernende an Gymnasien berichten die stärkste Unterstützung durch Mitschüler*innen, knapp gefolgt von Lernenden an Grundschulen. Die schwächste Unterstützung erleben Lernende an Ober- und Gesamtschulen (vgl. Abb. 46). Dabei unterscheidet sich das Ausmaß der wahrgenommenen Unterstützung zwischen Lernenden an Oberschulen im Vergleich zu Gymnasien stärker ($r = .27$) als im Vergleich zu den anderen Schulformen der Sekundarstufe I ($r_{\text{Oberschule vs. Förderschule}} = .19, r_{\text{Oberschule vs. Gesamtschule}} = .04$).

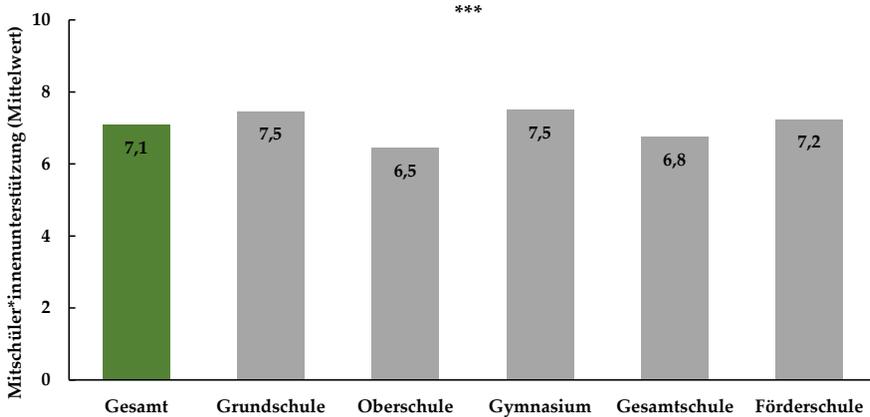


Abb. 46: Globaleinschätzung der Unterstützung durch Mitschüler*innen (Mittelwert) aus Perspektive der Brandenburger Schüler*innen nach Schulform. *Anmerkungen:* $\chi^2(4) = 191,66, p < .001, r = .04 - .27, r =$ Korrelationskoeffizient nach Pearson (Effektstärke), *** $p < .001$.

Tab. 38: Allgemeiner Gesundheitszustand, depressive Symptomatik, psychosomatische Beschwerden und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schüler*innen nach der Unterstützung durch Mitschüler*innen (kategorisierte Gesamteinschätzung), HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Mitschüler*innenunterstützung (in %)			Teststatistik	
	niedrig	mittel	hoch	χ^2 (df)	V
Gesamt	19,9	62,8	17,2		
Allgemeine Gesundheit					
Ausgezeichnet bis gut	73,6	85,2	93,7	93,61 (2) ***	.17
Einigermaßen bis schlecht	26,4	14,8	6,3		
Depressive Symptomatik					
Unauffällig	39,1	58,1	77,4	174,94 (2) ***	.24
Auffällig	60,9	41,9	22,6		
Psychos. Beschwerden					
Unauffällig	41,9	58,1	73,8	117,91 (2) ***	.20
Auffällig	58,1	41,9	26,2		
30-Tages-Alkoholkonsum					
Nein	60,8	68,7	69,9	15,75 (2) ***	.07
Ja	39,2	31,3	30,1		

Anmerkungen: $N = 3.059-3.213, \chi^2 =$ Chi-Quadrat (Testwert), $df =$ Freiheitsgrade, $V =$ Cramers V (Effektstärke), *** $p < .001$.

Die Tabelle 38 gibt einen Überblick über die Ausprägung des allgemeinen Gesundheitszustandes, das Vorliegen einer depressiven Symptomatik und von psychosomatischen Beschwerden sowie den 30-Tages-Alkoholkonsum in Abhängigkeit von der Unterstützung durch Mitschüler*innen. Alle betrachteten Gesundheitsindikatoren unterscheiden sich signifikant in Bezug auf die Mitschüler*innenunterstützung zu Gunsten von Schüler*innen, die eine hohe Unterstützung durch ihre Mitschüler*innen wahrnehmen. Diese Kinder und Jugendlichen empfinden sich als allgemein gesünder, leiden seltener unter einer depressiven Symptomatik und unter psychosomatischen Beschwerden und haben im vergangenen Monat seltener Alkohol konsumiert als jene, die eine geringe Unterstützung durch ihre Mitschüler*innen erleben. Die Unterschiede sind bezüglich der Depressivität besonders deutlich. Kinder und Jugendliche, die eine geringe Unterstützung durch Mitschülerinnen und Mitschüler empfinden, leiden mehr als doppelt so häufig an einer depressiven Symptomatik oder an psychosomatischen Beschwerden als Gleichaltrige, die eine hohe Unterstützung durch Mitschüler*innen empfinden. Somit tragen sowohl Mitschüler*innen und Lehrkräfte (vgl. Kapitel 5.2.4) als schulkontextuelle Quellen sozialer Unterstützung positiv zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Brandenburger Schüler*innen bei.

5.2.4.2.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich zu 2018

Die Abbildung 47 zeigt die Brandenburger Ergebnisse der Globaleinschätzung der Mitschüler*innenunterstützung im Jahr 2022 im Vergleich zu den Brandenburger Ergebnissen im Jahr 2018. Brandenburger Schüler*innen fühlen sich im Jahr 2022 in einem etwas geringeren Ausmaß von ihren Mitschüler*innen unterstützt als im Jahr 2018.

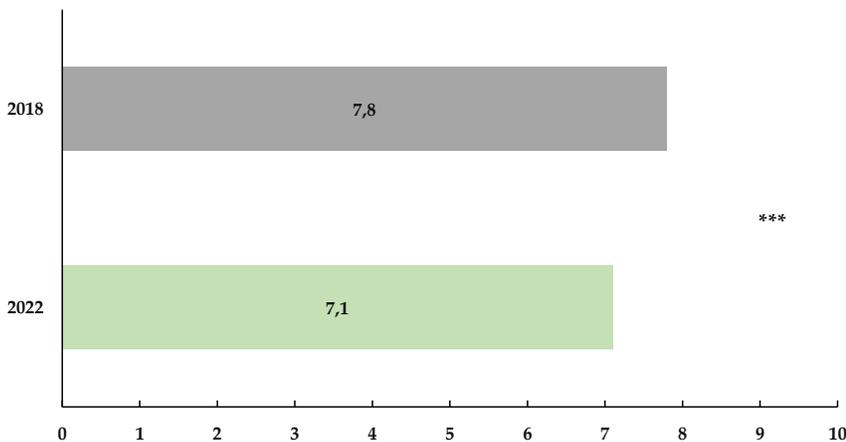


Abb. 47: Globaleinschätzung der Unterstützung durch Mitschüler*innen (Mittelwert) bei Brandenburger Schüler*innen 2022 im Vergleich zu 2018. *Anmerkungen:* $N_{2018} = 2.917$, $N_{2022} = 3.404$, $\chi^2(1) = 185,35$, $p < .001$, $r = .17$, r = Korrelationskoeffizient nach Pearson (Effektstärke), *** $p < .001$.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand, zeigt sich beim Geschlecht und dem familiären Wohlstand ein relativ gleichmäßiger Rückgang der wahrgenommenen Mitschüler*innenunterstützung. Bei den Klassenstufen ist der Rückgang der Mitschüler*innenunterstützung in der 7. Klasse von $M = 7,9$ im Jahr 2018 auf $M = 7,0$ im Jahr 2022 besonders stark, knapp gefolgt vom Rückgang in der 9. Klasse (2018: $M = 7,6$ vs. 2022: $M = 6,9$). Bei der 5. Klasse (2018: $M = 7,9$ vs. 2022: $M = 7,4$) ist der Rückgang etwas weniger markant.

Was sind die zentralen Ergebnisse zur Unterstützung durch Mitschüler*innen?

- Ältere Schüler*innen, divers orientierte Kinder und Jugendliche sowie Lernende an Ober- und Gesamtschulen erleben eine etwas niedrigere Mitschüler*innenunterstützung als Angehörige der jeweiligen Vergleichsgruppen.
- Schüler*innen, die sich durch ihre Mitschüler*innen in geringerem Ausmaß unterstützt fühlen, weisen häufig ungünstigere Ausprägungen auf verschiedenen Gesundheitsindikatoren (Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen einer depressiven Symptomatik oder von psychosomatischen Beschwerden, 30-Tages-Alkoholkonsum) auf.
- Brandenburger Schüler*innen fühlen sich im Jahr 2022 in einem etwas geringeren Ausmaß von ihren Mitschüler*innen unterstützt als im Jahr 2018.

5.2.5 Unterrichtsqualität als Einflussfaktor

In der Schule verbringen Kinder und Jugendliche die meiste Zeit im Unterricht. Als geplante und an Bildungs- und Erziehungszielen orientierte Lehr-Lern-Situation soll Unterricht Lernprozesse bei Schüler*innen anregen und fördern (Kunter & Voss, 2011; Klieme, 2019). Die Qualität des Unterrichts wird hierbei durch die Effizienz der Klassenführung, das Potenzial zur kognitiven Aktivierung und die konstruktive Unterstützung der Lernenden beschrieben (Kunter & Voss, 2011). Als individuelle Erfahrung fördert ein qualitativ hochwertiger Unterricht bei Lernenden die Schulzufriedenheit (Ritter et al., 2013) sowie eine positive Einschätzung des eigenen schulischen Selbstkonzepts (Bilz, 2008). Zudem empfinden sich Lernende, die den angebotenen Unterricht als hochwertig wahrnehmen, auch als mental gesünder (Ritter et al., 2013) und sie leiden weniger häufig unter psychosomatischen Beschwerden (Bilz, 2008). In der letzten HBSC-Erhebung schätzten ältere Jugendliche und Lernende an Oberschulen die Unterrichtsqualität geringer ein. Eine gering wahrgenommene Unterrichtsqualität stand wiederum mit vermehrten psychischen Auffälligkeiten und Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen in Zusammenhang (John & Bilz 2020).

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.“, „Der Unterricht wird von den meisten Lehrer*innen abwechslungsreich gestaltet.“) zustimmen (Forschungsgruppe Schulevaluation, 1998). Sie konnten aus den Antwortoptionen „stimmt genau“, „stimmt ziemlich“, „weder noch“, „stimmt nicht“ und „stimmt überhaupt nicht“ auswählen. 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.

Zur Prüfung des Zusammenhangs der Unterrichtsqualität mit den Gesundheitsindikatoren wurde weiterhin der Wert der Globaleinschätzung in die Kategorien „niedrige“, „mittlere“ und „hohe“ Unterrichtsqualität eingeteilt. Die Einteilung erfolgte auf Basis der 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.

5.2.5.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

Die von Mädchen und Jungen wahrgenommene Unterrichtsqualität unterscheidet sich im Mittel nicht, hingegen schätzen divers orientierte Lernende die Unterrichtsqualität als etwas geringer ein (Jungen: $M = 5,6$; Mädchen: $M = 5,5$; Diverse: $M = 4,8$) ($\chi^2(2) = 17,72$, $p < .001$, $r_{\text{Junge-Divers}} = .10$, $r_{\text{Mädchen-Divers}} = .09$, $r_{\text{Junge-Mädchen}} = .03$). Die Unterrichtsqualität wird in höheren Klassenstufen kritischer beurteilt (5. Klasse: M

= 6,2, 7. Klasse: $M = 5,5$; 9. Klasse: $M = 5,0$; $\chi^2(2) = 283,82$, $p < .001$). Die Beurteilungen von Fünftklässler*innen und Neuntklässler*innen unterscheiden sich viel stärker ($r_{5. Klasse vs. 9. Klasse} = .35$) als jene zwischen Angehörigen der anderen Klassenstufen ($r_{5. Klasse vs. 7. Klasse} = .19$, $r_{7. Klasse vs. 9. Klasse} = .20$). Schüler*innen mit unterschiedlichem sozioökonomischem Status unterscheiden sich in ihrer Wahrnehmung der Unterrichtsqualität zwar auf statistisch signifikantem Niveau ($\chi^2(2) = 7,51$, $p < .05$, die geringfügige Differenz besteht allerdings nur zwischen Angehörigen mit mittlerem und niedrigem Status (Hoher Status: $M = 5,6$; Mittlerer Status: $M = 5,6$; Geringer Status: $M = 5,4$; $r_{Hoch-Niedrig} = .05$). Zwischen den einzelnen Befragungsschulen unterscheidet sich im Mittel die Globaleinschätzung der Unterrichtsqualität deutlich (Range: 4,5-8,3; Mittelwert: 5,6). Schüler*innen verschiedener Schulformen nehmen die Unterrichtsqualität ebenfalls unterschiedlich wahr ($\chi^2(4) = 223,04$, $p < .001$). Lernende an Grundschulen ($M = 6,3$) und Förderschulen ($M = 5,5$) schätzen die Unterrichtsqualität am höchsten ein, Lernende an Gesamtschulen, ($M = 5,1$) nahezu gleichauf mit Oberschulen ($M = 5,2$), am niedrigsten (vgl. Abb. 48). Dabei ist der Unterschied der Beurteilung der Unterrichtsqualität zwischen Lernenden an Grundschulen im Vergleich zu allen Schulformen der Sekundarstufe I moderat ausgeprägt (z. B. $r_{Grundschule vs. Gesamtschule} = .32$). Innerhalb der Sekundarstufe I bestehen zwischen manchen Schulformen geringe Unterschiede ($r_{Gymnasium vs. Gesamtschule} = .11$; $r_{Oberschule vs. Gesamtschule} = .11$).

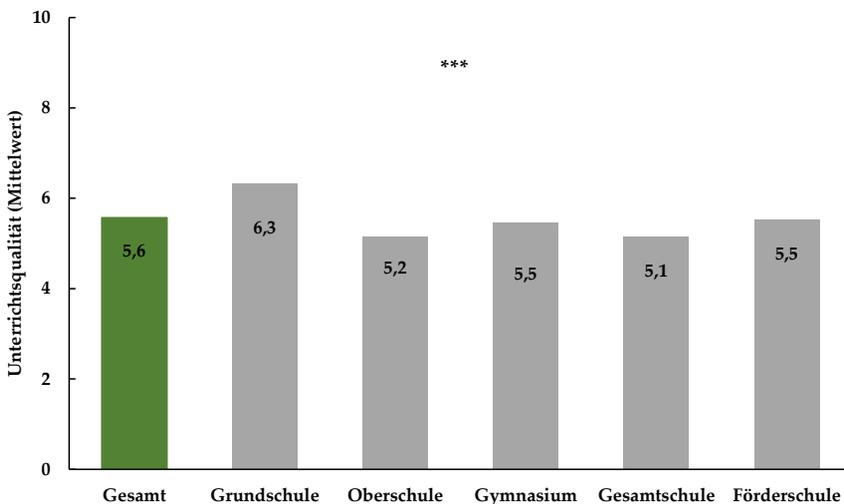


Abb. 48: Globaleinschätzung der Unterrichtsqualität (Mittelwert) aus Perspektive der Brandenburger Schüler*innen nach Schulform. *Anmerkungen:* $\chi^2(4) = 223,04$, $p < .001$, $r = .11$ - $.32$, $r =$ Korrelationskoeffizient nach Pearson (Effektstärke; angegeben ist die Spannweite der Effektstärken der jeweiligen Paarvergleiche), *** $p < .001$.

Die Tabelle 39 gibt einen Überblick über die Ausprägung des allgemeinen Gesundheitszustandes, das Vorliegen einer depressiven Symptomatik und von psychosomatischen Beschwerden sowie den 30-Tages-Alkoholkonsum in Abhängigkeit von der Unterrichtsqualität.

Wie die Ergebnisse zeigen, unterscheiden sich Schüler*innen, welche die Unterrichtsqualität ihrer Lehrkräfte unterschiedlich beurteilen, auch in den betrachteten Gesundheitsindikatoren signifikant voneinander. Lernende mit einer hohen Qualitätseinschätzung des dargebotenen Unterrichts berichten ca. dreimal so häufig einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand als Lernende mit einer niedrigen Einschätzung der Unterrichtsqualität. Die Abweichungen sind bezüglich der Depressivität besonders deutlich. Kinder und Jugendliche mit einer hohen Einschätzung der Unterrichtsqualität leiden ca. zwei-

einhalbmal weniger häufig an einer depressiven Symptomatik oder an psychosomatischen Beschwerden als Gleichaltrige mit einer niedrigen Einschätzung der Unterrichtsqualität. Der Zusammenhang der Unterrichtsqualität mit dem 30-Tages-Alkoholkonsum fällt etwas geringer aus. Schüler*innen, welche die Unterrichtsqualität ihrer Lehrkräfte als hoch einschätzen, haben im vergangenen Monat ca. einhalbmal weniger häufig Alkohol getrunken als Gleichaltrige mit einer niedrigen Einschätzung der Unterrichtsqualität. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass ein qualitativ hochwertiger Unterricht eine Ressource für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen ist.

Tab. 39: Allgemeiner Gesundheitszustand, Depressive Symptomatik, Psychosomatische Beschwerden und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schüler*innen nach der Unterrichtsqualität (kategorisierte Gesamteinschätzung), HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Unterrichtsqualität (in %)			Teststatistik	
	niedrig	mittel	hoch	χ^2 (df)	V
Gesamt	19,3	59,9	20,7		
Allgemeine Gesundheit					
Ausgezeichnet bis gut	73,5	85,7	91,3	85,21 (2) ***	.16
Einigermaßen bis schlecht	26,5	14,3	8,7		
Depressive Symptomatik					
Unauffällig	37,1	59,1	76,4	206,66 (2) ***	.25
Auffällig	62,9	40,9	23,6		
Psychos. Beschwerden					
Unauffällig	35,4	59,7	74,0	196,60 (2) ***	.25
Auffällig	64,6	40,3	26,0		
30-Tages-Alkoholkonsum					
Nein	61,0	66,10	75,6	33,14 (2) ***	.10
Ja	39,0	33,90	24,4		

Anmerkungen: $N = 3.132-3.277$, $\chi^2 = \text{Chi-Quadrat (Testwert)}$, $df = \text{Freiheitsgrade}$, $V = \text{Cramers V (Effektstärke)}$, *** $p < .001$.

5.2.5.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Die Abbildung 49 zeigt die Brandenburger Ergebnisse der Globaleinschätzung der Unterrichtsqualität im Jahr 2022 im Vergleich zu den Brandenburger Ergebnissen im Jahr 2018. Brandenburger Schüler*innen schätzen die Unterrichtsqualität im Jahr 2022 etwas niedriger ein als im Jahr 2018.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand, zeigt sich beim Geschlecht und beim familiären Wohlstand ein relativ gleichmäßiger Rückgang der wahrgenommenen Unterrichtsqualität. Bezogen auf die drei Klassenstufen ist der Rückgang der wahrgenommenen Unterrichtsqualität in der 7. Klasse (2018: $M = 6,2$, vs. 2022: $M = 5,5$) besonders stark. In der 5. (2018: $M = 6,5$ vs. 2022: $M = 6,2$) und 9. Klasse (2018: $M = 5,4$ vs. 2022: $M = 5,0$) ist der Rückgang weniger markant.

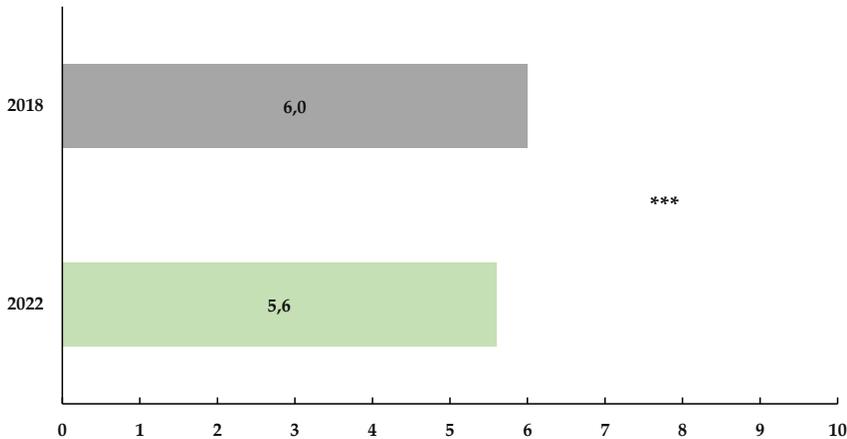


Abb. 49: Globaleinschätzung der Unterrichtsqualität (Mittelwert) bei Brandenburger Schüler*innen 2022 im Vergleich zu 2018. *Anmerkungen:* $N_{2018} = 2.865$, $N_{2022} = 3.287$, $\chi^2(1) = 128,01$, $p < .001$, $r = .14$, $r =$ Korrelationskoeffizient nach Pearson (Effektstärke), *** $p < .001$.

Was sind die zentralen Ergebnisse zur Unterrichtsqualität?

- Ältere Schüler*innen, divers orientierte Kinder und Jugendliche und Lernende an Ober- und Gesamtschulen schätzen die Unterrichtsqualität niedriger ein.
- Schüler*innen, die eine niedrige Unterrichtsqualität wahrnehmen, weisen häufig ungünstigere Ausprägungen auf verschiedenen Gesundheitsindikatoren (Allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen einer depressiven Symptomatik oder von psychosomatischen Beschwerden, 30-Tages-Alkoholkonsum) auf.
- Brandenburger Schüler*innen schätzen die Unterrichtsqualität im Jahr 2022 etwas niedriger ein als im Jahr 2018.

5.3 Freunde: Unterstützung durch Freund*innen als Einflussfaktor

Der Freundschaftsbegriff erfasst die auf Reziprozität, Freiwilligkeit und emotionaler Nähe (z. B. Zuneigung, Vertraulichkeit) basierende soziale Beziehung zwischen zwei Personen (Neyer & Wrzus, 2018). Das subjektive Erleben geleisteter und empfangener Unterstützung ist ein Aspekt der Reziprozität von Freundschaftsbeziehungen (Neyer et al., 2011; Younis, 1982). Schon in der mittleren Kindheit ist im Freundschaftsverständnis junger Menschen die Vorstellung ausgeprägt, dass gute Freund*innen einander in Notlagen helfen sollten (Hofer et al., 1990). Vermittelt durch kognitive Reifungsprozesse (z. B. der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und Selbstreflexion) erweitern Jugendliche die Formen ihrer Unterstützung, zum Beispiel indem sie sich über konkret praktische Hilfen hinaus auch in Gesprächen gegenseitig Wertschätzung, Rat oder Zuspruch vermitteln (Valtin, 2020; Selman, 1984). Konfrontiert mit jugendspezifischen Bewältigungsanforderungen (z. B. Abgrenzung von den Eltern, Identitätsfindung, Umgang mit körperlichen Veränderungen) wenden sich Jugendliche im Verlauf der Adoleszenz mit ihren Problemen, Sorgen und Unterstützungsbedarfen zunehmend häufiger an Freund*innen, wobei ihre Eltern wichtige Ansprechpartner*innen bleiben (Fend, 2003; Spitz et al., 2020). Die Jugendlichen weisen Freund*innen und Eltern dabei unterschiedliche (z. B. komplementäre) Kompetenzbereiche zu (Brake, 2010; Collins, 1997). Das in intakten Freundschaftsbeziehungen mögliche Erleben gegenseitiger

Unterstützung kann die mentale Gesundheit junger Menschen stärken (Coleman et al., 2017; Roach, 2018). Jugendliche, welche eine starke Unterstützung durch Freund*innen empfinden, fühlen sich wohler und leiden seltener an sozialer Ängstlichkeit oder an Depressionen als Jugendliche, die eine geringere Unterstützung durch Freund*innen empfinden (Cavanaugh & Buehler, 2016; Letkiewicz et al., 2023). Zudem zeigen sie häufiger prosoziale Verhaltensweisen (Malonda et al., 2019) und nehmen sich auch als selbstbewusster wahr (Marshall et al., 2014). In der letzten HBSC-Erhebung zeigte sich, dass Mädchen im Vergleich zu Jungen eine höhere Freund*innenunterstützung erleben. Lernende, welche die Unterstützung durch Freund*innen als hoch einschätzten, zeigten seltener psychische Auffälligkeiten und einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand (John & Bilz, 2020).

Wie wurde die Unterstützung durch Freund*innen erfasst?

Zur Erfassung der Freund*innenunterstützung wurde die Subskala "Friends" der Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet et al., 1988) verwendet. Die Kinder und Jugendlichen wurden gefragt, inwieweit sie vier Aussagen zu ihren Freund*innen zustimmen (z. B. "Ich kann über meine Probleme mit meinen Freund*innen sprechen.", „Meine Freund*innen sind sehr bemüht, mir zu helfen.“). Aus den Antworten zu den einzelnen Aussagen wurde eine Globaleinschätzung der Freund*innenunterstützung abgeleitet. Der Wert der Globaleinschätzung kann zwischen 1 (geringste Freund*innenunterstützung) und 10 (höchste Freund*innenunterstützung) liegen. Zur Prüfung des Zusammenhangs der Freund*innenunterstützung mit den Gesundheitsindikatoren wurde weiterhin der Wert der Globaleinschätzung in die Kategorien "niedrige", "mittlere" und "hohe Freund*innenunterstützung" eingeteilt. Die Einteilung erfolgte auf Basis der altersspezifischen Verteilung des Werts der Globaleinschätzung in der Stichprobe. Eine niedrige Freund*innenunterstützung lag demzufolge bei den untersten 20.0 % der Stichprobe (1. Quintil), eine mittlere Freund*innenunterstützung bei den mittleren 60.0 % der Stichprobe (2. bis 4. Quintil) und eine hohe Freund*innenunterstützung bei den obersten 20.0 % der Stichprobe (5. Quintil) vor.

5.3.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

Die Abbildung 50 zeigt die Globaleinschätzung der Freund*innenunterstützung differenziert nach Geschlecht, Klassenstufe, familiärem Wohlstand und Schulform. Das subjektiv wahrgenommene Ausmaß an Freund*innenunterstützung ist im Mittel bei Jungen ($M = 6,8$) und divers orientierten Jugendlichen ($M = 6,6$) gleich ausgeprägt. Mädchen berichten im Vergleich zu ihnen eine etwas höhere Freund*innenunterstützung ($M = 7,6$) ($\chi^2(2) = 91,87, p < .001, r_{\text{Junge-Divers}} = .02, r_{\text{Mädchen-Divers}} = .08, r_{\text{Junge-Mädchen}} = .17$). Zwischen den erfassten Klassenstufen zeigen sich nur geringfügige Unterschiede (5. Klasse: $M = 7,3$; 7. & 9. Klasse: $M = 7,1$ 6,9; $\chi^2(2) = 6,69, p < .05$). Kinder und Jugendliche mit hohem familiärem Wohlstand erleben eine höhere Freund*innenunterstützung als jene mit mittlerem oder niedrigem familiärem Wohlstand (Hoher Wohlstand: $M = 7,5$; Mittlerer Wohlstand: $M = 7,2$; Niedriger Wohlstand: $M = 7,0$; $\chi^2(4) = 9,15, p < .05$; $r_{\text{Niedrig-Mittel}} = .03, r_{\text{Niedrig-Hoch}} = .10, r_{\text{Mittel-Hoch}} = .05$). Bedeutsame Gruppenunterschiede in der Globaleinschätzung der Freund*innenunterstützung zeigen sich auch zwischen den Schulformen ($\chi^2(4) = 12,95, p < .05$). Lernende an Förderschulen ($M = 7,4$) und Gymnasien ($M = 7,4$) schätzen die Unterstützung durch Freund*innen am höchsten ein, nahezu gleichauf mit Lernenden an Grundschulen ($M = 7,3$). Lernende an Gesamtschulen berichten die niedrigste Freund*innenunterstützung ($M = 6,6$). Sie beurteilen die Freund*innenunterstützung etwas niedriger als Lernende der anderen Schulformen ($r_{\text{Gesamtschule vs. Förderschule}} = .11, r_{\text{Oberschule vs. Gesamtschule}} = .05, r_{\text{Gesamtschule vs. Gymnasium}} = .08, r_{\text{Gesamtschule vs. Grundschule}} = .09$).

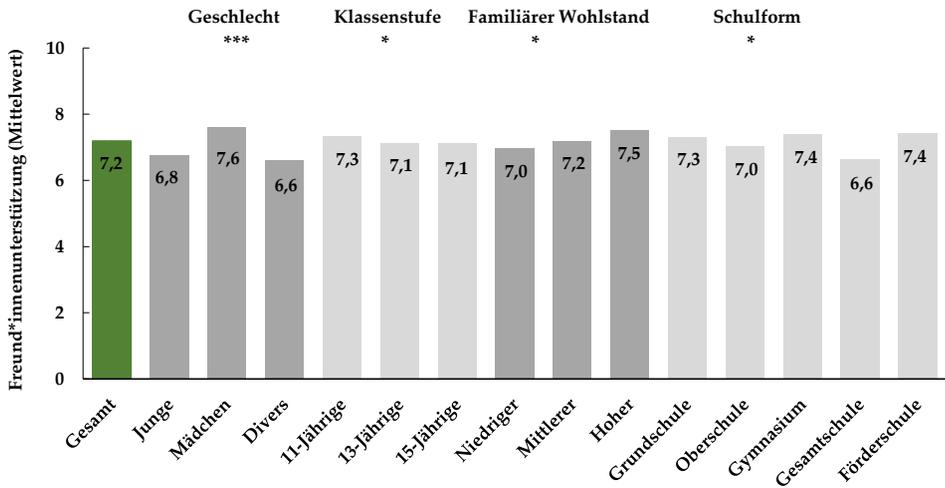


Abb. 50: Globaleinschätzung der Unterstützung durch Freund*innen (Mittelwert) aus Perspektive der Brandenburger Schüler*innen nach Geschlecht, Klassenstufe, familiärem Wohlstand und Schulform. *Anmerkungen:* $\chi^2 (4) = 12,95, p < .05, r = .05 - .11, r =$ Korrelationskoeffizient nach Pearson (Effektstärke; angegeben ist die Spannweite der Effektstärken der jeweiligen Paarvergleiche), * $p < .05, *** p < .001$.

Die Tabelle 40 gibt einen Überblick über die Ausprägung des allgemeinen Gesundheitszustandes, das Vorliegen einer depressiven Symptomatik und von psychosomatischen Beschwerden sowie den 30-Tages-Alkoholkonsum in Abhängigkeit von der Unterstützung durch Freund*innen.

Tab. 40: Allgemeiner Gesundheitszustand, depressive Symptomatik, psychosomatische Beschwerden und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schüler*innen nach der Unterstützung durch Freund*innen (kategorisierte Gesamteinschätzung), HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Freund*innenunterstützung (in %)			Teststatistik	
	niedrig	mittel	hoch	$\chi^2 (df)$	V
Gesamt	20,3	55,9	23,8		
Allgemeine Gesundheit					
Ausgezeichnet bis gut	78,9	85,5	86,2	17,33 (2) ***	.08
Einigermaßen bis schlecht	21,1	14,5	13,8		
Depressive Symptomatik					
Unauffällig	49,1	59,7	64,1	31,80 (2) ***	.10
Auffällig	50,9	40,3	35,9		
Psychos. Beschwerden					
Unauffällig	49,1	59,3	61,9	24,35 (2) ***	.09
Auffällig	50,9	40,7	38,1		
30-Tages-Alkoholkonsum					
Nein	67,3	66,1	69,6	2,80 (2)	.03
Ja	32,7	33,9	30,4		

Anmerkungen: N = 2.849-2.988, $\chi^2 =$ Chi-Quadrat (Testwert), df = Freiheitsgrade, V = Cramers V (Effektstärke), *** $p < .001$.

Kinder und Jugendliche, die eine niedrige Freund*innenunterstützung berichten, schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand häufiger als problematisch ein, und sie nehmen bei sich häufiger depressive Symptome und psychosomatische Beschwerden wahr als Kinder und Jugendliche, die eine höhere Freund*innenunterstützung berichten. Dabei ist bereits ein mittleres Ausmaß an empfundener Unterstützung mit einem bedeutend positiveren Gesundheitszustand und verringerten psychischen Auffälligkeiten assoziiert. Eine als hoch empfundene Unterstützung geht darüber hinaus nur mit geringen Verbesserungen bei diesen Indikatoren einher. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung durch Freund*innen und dem 30-Tages-Alkoholkonsum der Kinder und Jugendlichen.

5.3.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Die Abbildung 51 zeigt die Brandenburger Ergebnisse der Globaleinschätzung der Freund*innenunterstützung im Jahr 2022 im Vergleich zu den Brandenburger Ergebnissen im Jahr 2018. Brandenburger Schüler*innen fühlen sich im Jahr 2022 in einem etwas niedrigeren Ausmaß von ihren Freund*innen unterstützt als im Jahr 2018.

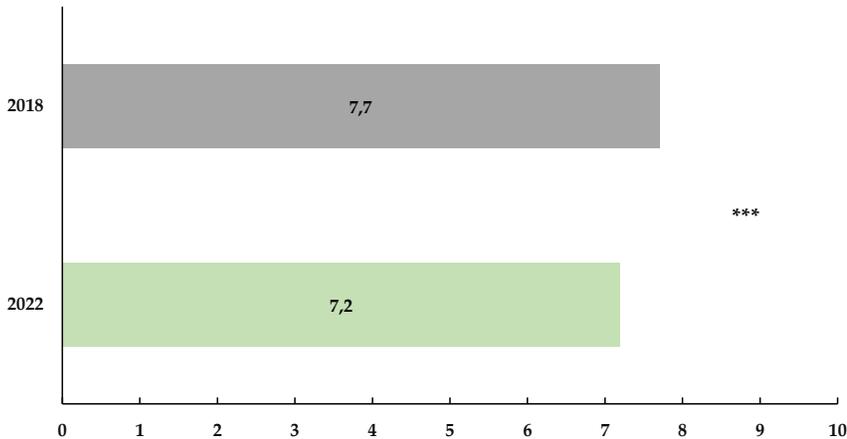


Abb. 51: Globaleinschätzung der Unterstützung durch Freund*innen (Mittelwert) bei Brandenburger Schüler*innen 2022 im Vergleich zu 2018. Anmerkungen: $N_{2018} = 2.774$, $N_{2022} = 2.998$, $\chi^2(1) = 18,147$, $p < .001$, $r = .05$, $r =$ Korrelationskoeffizient nach Pearson (Effektstärke), *** $p < .001$.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand, zeigt sich beim Geschlecht ein relativ gleichmäßiger Rückgang der wahrgenommenen Freund*innenunterstützung. Bei den Klassenstufen ist der Rückgang der Freundinnen*innenunterstützung in der 7. Klasse (2018: $M = 7,7$ vs. 2022: $M = 7,1$) und in der 9. Klasse (2018: $M = 7,7$ vs. 2022: $M = 7,1$) besonders stark. In der 5. Klasse ist der Rückgang geringer (2018: $M = 7,6$ vs. 2022: $M = 7,3$) und statistisch nicht signifikant. Der Rückgang der Freund*innenunterstützung ist bei Jugendlichen aller Wohlstandskategorien ähnlich ausgeprägt.

Was sind die zentralen Ergebnisse zur Unterstützung durch Freund*innen?

- Mädchen, Kinder und Jugendliche mit höherem familiärem Wohlstand sowie Lernende an Förderschulen und Gymnasien erleben eine etwas höhere Freund*innenunterstützung als Angehörige der jeweiligen Vergleichsgruppen.
- Kinder und Jugendliche, die sich durch Freund*innen in niedrigem Ausmaß unterstützt fühlen, weisen häufiger ungünstige Ausprägungen auf verschiedenen Gesundheitsindikatoren (allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen einer depressiven Symptomatik oder von psychosomatischen Beschwerden) auf.
- Brandenburger Kinder und Jugendliche fühlen sich im Jahr 2022 in einem etwas niedrigeren Ausmaß von ihren Freund*innen unterstützt als im Jahr 2018.

5.4 Individuelle Faktoren: Gesundheitskompetenz als Einflussfaktor

Gesundheitskompetenz, auch mit dem englischen Begriff „health literacy“ bezeichnet, ist ein multidimensionales Konstrukt, welches verschiedene Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie wissensbezogene Kenntnisse umfasst, die Menschen dazu befähigen, gesundheitsbezogene Informationen zu beschaffen, zu verstehen, zu beurteilen und danach zu handeln (Bröder et al., 2020). Damit trägt die Gesundheitskompetenz dazu bei, gesundheitsförderliche Entscheidungen im Alltag zu treffen sowie am Gesundheitssystem teilhaben zu können (Bröder et al., 2020; Soellner et al., 2009). Die Ausprägung der Gesundheitskompetenz hängt in jeder Altersphase von verschiedenen individuellen, sozialen, kulturellen und ökonomischen Aspekten ab und ist damit zum einen sehr heterogen und zum anderen ein Aspekt sozialer Ungleichheit (Bröder et al., 2020; Naccarella & Guo, 2022). Studien weisen darauf hin, dass die Ausprägung der Gesundheitskompetenz Jugendlicher beispielsweise mit der ethnischen Herkunft und dem persönlichen Wohlstand in Verbindung stehen kann (Caldwell & Melton, 2020; Dadaczynski et al., 2022).

Gesundheitskompetenz ist bereits im Kindes- und Jugendalter relevant. So zeigen Untersuchungen zum Beispiel Zusammenhänge zwischen der Gesundheitskompetenz und dem subjektiv berichteten Gesundheitszustand von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Bröder et al., 2020) sowie zu gesundheitsförderlichen bzw. -schädlichen Verhaltensweisen (Fleary et al., 2018). Befunde für jüngere Heranwachsende, insbesondere bis zum 15. Lebensjahr, fehlen aber weitgehend (Bröder et al., 2020). Ergebnisse, welche auf den deutschlandweiten Daten der HBSC-Studie 2018 beruhen, zeigen, dass eine höhere Gesundheitskompetenz Heranwachsender mit einer besseren psychischen Gesundheit und einer häufigeren körperlichen Aktivität im Zusammenhang steht (Fischer et al., 2022). Die Befunde der Brandenburger Stichprobe von 2018 zeigen ähnliche Zusammenhänge zwischen einer höheren Gesundheitskompetenz und einer besseren allgemeinen Gesundheit und weniger psychischen Auffälligkeiten (John & Bilz, 2020).

Die Covid-19-Pandemie hat Gesundheit in einen starken öffentlichen Fokus gerückt und die Bedeutung der Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu verstehen und zu beurteilen, in besonderem Maße verdeutlicht (Sentell et al., 2020). Dies ist insbesondere deswegen der Fall, da zahlreiche Informationen – valide als auch invalide – aus verschiedenen Quellen abgewogen und beurteilt werden mussten (Okan et al., 2020; Sentell et al., 2020). Ein hohes Maß an Gesundheitskompetenz kann in diesem Umfeld zu stärker genutzten pandemiebezogenen präventiven Maßnahmen beitragen (Vasli et al., 2022). In einer Interviewstudie mit Jugendlichen aus Deutschland gaben die befragten Heranwachsenden an, sich selbst als gut informiert und kritisch-evaluierend gegenüber pandemiebezogenen Gesundheitsinformationen zu empfinden (Loer et al., 2022). Eine quantitative Erhebung an Menschen ab 16 Jahren in Deutschland zur pandemiebezogenen Gesundheitskompetenz zeigte jedoch, dass die Hälfte der Befragten eine unzureichende bis problematische Gesundheitskompetenz in Bezug auf die Pandemie aufwiesen (Okan et al., 2020). Schwierigkeiten bestanden dabei insbesondere bei der Beurteilung von Informationen als vertrauenswürdig.

Die Auseinandersetzung mit gesundheitsbezogenen Informationen im Rahmen der Pandemie könnte sich auf die Ausprägung der Gesundheitskompetenz sowohl negativ als auch positiv ausgewirkt haben. Die Notwendigkeit, gesundheitsbezogene Informationen zu verstehen, könnte zu einem Anstieg der Gesundheitskompetenz beigetragen haben. Gleichzeitig könnte die Informationsflut inklusive invalider Informationen auch zu einer größeren Verunsicherung und damit einer als geringer empfundenen Gesundheitskompetenz geführt haben. Für Kinder und Jugendliche sind keine Informationen aus vergleichenden quantitativen Studien in Deutschland bekannt. Der Vergleich der Ausprägung der Gesundheitskompetenz Heranwachsender in Brandenburg aus den Jahren 2018 und 2022 kann erste Hinweise zu dieser Frage liefern.

Wie wurde die Gesundheitskompetenz erfasst?

Um die Gesundheitskompetenz der Kinder und Jugendlichen zu erfassen, wurden ihnen zehn Aussagen präsentiert, welche mit „Ich bin zuversichtlich, dass...“ eingeleitet wurden (z. B. „ich gute Informationen über Gesundheit habe“, „ich Gesundheitsinformationen finden kann, die leicht zu verstehen sind“, „ich normalerweise herausfinden kann, ob eine Gesundheitsinformation richtig oder falsch ist“; Fischer et al., 2022; Inchley et al., 2021/2022). Bewertet wurden die Aussagen mit „überhaupt nicht zutreffend“, „nicht ganz zutreffend“, „teilweise zutreffend“ oder „eindeutig zutreffend“. Die Skala wurde anhand der Daten der HBSC-Studie 2018 überprüft und misst die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen mit einem Faktor (Fischer et al., 2022). Um diesen zu erfassen, wurde aus den zehn einzelnen Angaben der Lernenden ein Gesamtwert gebildet und so transformiert, dass er zwischen 0 (geringste Gesundheitskompetenz) und 10 (höchste Gesundheitskompetenz) ausgeprägt sein kann. Dieser Gesamtwert wurde auf Basis der altersspezifischen Verteilung in Quintile eingeteilt. 1. Quintil „niedrige Gesundheitskompetenz“ (untere 20 % der Stichprobe), 2. bis 4. Quintil „mittlere Gesundheitskompetenz“ (20 % bis 80 % der Stichprobe) und 5. Quintil „hohe Gesundheitskompetenz“ (obere 20 % der Stichprobe)

5.4.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

Die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen in Brandenburg liegt im Erhebungszeitraum 2022 im Mittel bei $M = 6,1$ auf einer Skala von 0 bis 10. Jungen ($M = 6,0$) und Mädchen ($M = 6,1$) berichteten ungefähr gleiche Werte in der Gesundheitskompetenz. Heranwachsende, die sich als divers identifizierten, berichteten eine geringere Gesundheitskompetenz als Jungen ($M = 5,0$; Paarvergleich Junge-Divers: $z = 2,36, p < .05, r = .06$). Die Gesundheitskompetenz von Heranwachsenden in der fünften Klasse ist geringer ($M = 5,9$) als die von Heranwachsenden in der neunten Klasse ($M = 6,2$; $z = -3,2, p < .01, r = .07$), wobei keine Unterschiede zu Lernenden in der siebten Klasse bestehen ($M = 6,0$). Lernende an Gymnasien weisen eine höhere Gesundheitskompetenz auf ($M = 6,6$) als Lernende an Förderschulen ($M = 5,2$; $z = 4,0, p < .001, r = .13$), an Oberschulen ($M = 5,6$; $z = -10,5, p < .001, r = .25$), an Gesamtschulen ($M = 5,7$; $z = 5,8, p < .001, r = .17$) und an Grundschulen ($M = 6,0$; $z = -4,8, p < .001, r = .12$). Zudem haben Lernende an Grundschulen eine höhere Gesundheitskompetenz als an Oberschulen ($z = 4,2, p < .001, r = .11$). Kinder und Jugendliche mit einem höheren familiären Wohlstand weisen eine höhere Gesundheitskompetenz auf als Heranwachsende mit einem niedrigeren familiären Wohlstand (niedriger familiärer Wohlstand: $M = 5,6$, mittlerer familiärer Wohlstand: $M = 6,1$, hoher familiärer Wohlstand: $M = 6,6$; Paarvergleich niedrig-mittel: $z = -4,4, p < .001, r = .09$; Paarvergleich mittel-hoch: $z = -3,9, p < .001, r = .08$; Paarvergleich niedrig-hoch: $z = -6,6, p < .001, r = .23$).

In Tabelle 41 ist der Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Gesundheitskompetenz und den verschiedenen Gesundheitsaspekten dargestellt. Es zeigen sich deutliche Zusammenhänge: Je höher die Gesundheitskompetenz, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, eine gute allgemeine Gesundheit, weniger depressive Symptome und weniger psychosomatische Beschwerden zu erleben. Dabei bestehen die Unterschiede zugunsten einer höheren Ausprägung zwischen allen drei betrachteten Kategorien der Gesundheitskompetenz. Bezüglich des Zusammenhangs zum Alkoholkonsum zeigt sich nur ein

Nachteil geringer Gesundheitskompetenz. So gaben die befragten Kinder und Jugendlichen mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz häufiger als andere Heranwachsende an, in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert zu haben.

Tab. 41: Zusammenhänge zwischen der Gesundheitskompetenz und dem berichteten allgemeinen Gesundheitszustand, der berichteten depressiven Symptomatik, den berichteten psychosomatischen Beschwerden und dem berichteten Alkoholkonsum der letzten 30 Tage, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Gesundheitskompetenz in %			Teststatistik	
	Niedrig	Mittel	Hoch	$\chi^2(df)$	V
Gesamt	20,4	60,5	19,1		
Allgemeine Gesundheit					
Ausgezeichnet bis gut	75,4	84,7	90,3	44,2(2)***	.13
Einigermaßen bis schlecht	24,6	15,3	9,7		
Depressive Symptomatik					
Unauffällig	45,8	59,2	70,3	63,7(2)***	.16
Auffällig	54,2	40,8	29,7		
Psychosomatische Beschwerden					
Unauffällig	45,4	57,4	69,2	57,6(2)***	.15
Auffällig	54,6	42,6	30,8		
30-Tages-Alkoholkonsum					
Nein	58,8	65,4	70,2	15,0(2)***	.08
Ja	41,2	34,6	29,8		

Anmerkungen: $N = 2.522 - 2.626$, $\chi^2 = \text{Chi-Quadrat (Testwert)}$, $df = \text{Freiheitsgrade}$, $V = \text{Cramers } V \text{ (Effektstärke)}$, *** $p < .001$.

5.4.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Im Erhebungsjahr 2018 wurde die Gesundheitskompetenz nur bei Lernenden der siebten und neunten Klassen erfasst. Erst im Erhebungsjahr 2022 wurde die Gesundheitskompetenz auch bei Lernenden in der fünften Klassenstufe erhoben (Fischer et al., 2022). Um die Ausprägung der Gesundheitskompetenz in den Erhebungsjahren 2018 und 2022 zu vergleichen, werden daher nur die Daten der befragten Lernenden in den siebten und neunten Klassen herangezogen. Es kommt dadurch zu keinen wesentlichen Verschiebungen im Mittelwert der Gesundheitskompetenz für das Jahr 2022.

Der Vergleich der Ausprägung der Gesundheitskompetenz zwischen den Erhebungsjahren 2018 und 2022 zeigt, dass die Gesundheitskompetenz der befragten Jugendlichen in den Klassen 7 und 9 im Jahr 2022 geringer ausgeprägt ist (vgl. Abbildung 52). Es handelt sich dabei um einen statistisch bedeutsamen Effekt mit kleiner Effektstärke.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand, zeigt sich beim Geschlecht (Jungen: 2018: 6,6 vs. 2022: 6,0; Mädchen: 6,7 vs. 6,1) und der siebten und neunten Klasse (7. Klasse: 2018: 6,5 vs. 2022: 6,0; 9. Klasse: 6,7 vs. 6,2) ein relativ gleichmäßiger Rückgang der Gesundheitskompetenz. Bezüglich des familiären Wohlstands ist der Rückgang nur bei Lernenden aus Familien mit mittlerem und hohem Wohlstand signifikant (mittlerer familiärer Wohlstand: 2018: 6,6 vs. 2022: 6,1; hoher familiärer Wohlstand: 7,1 vs. 6,6; niedriger familiärer Wohlstand: 5,9 vs. 5,6).

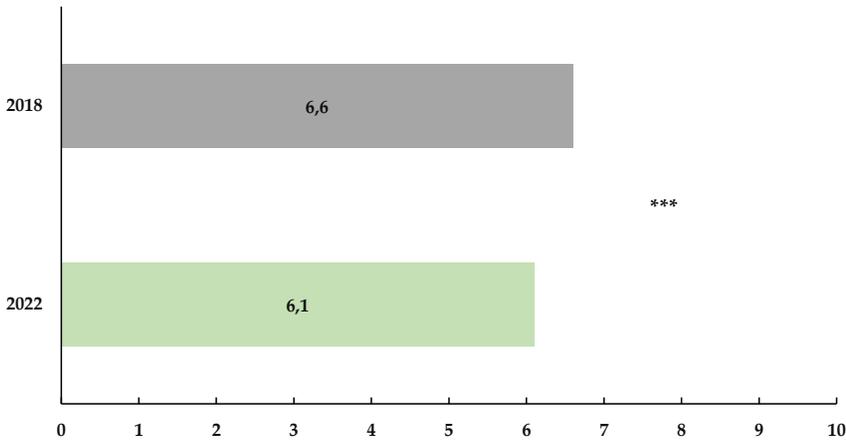


Abb. 52: Ausprägung der Gesundheitskompetenz der befragten Kinder und Jugendlichen in den Erhebungsjahren 2018 und 2022 bei möglichen Werten zwischen 0 und 10. Anmerkungen: $N_{2018} = 1.788$, $N_{2022} = 1.897$, $\chi^2(1) = 45,2$, $p < .001$, $r = .11$, r = Korrelationskoeffizient nach Pearson (Effektstärke), *** $p < .001$.

Was sind die zentralen Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz?

- Die Gesundheitskompetenz der befragten Kinder und Jugendlichen unterscheidet sich hinsichtlich der Schulform und des familiären Wohlstands. Heranwachsende, die Gymnasien besuchen und Heranwachsende mit höherem familiärem Wohlstand weisen eine höhere Gesundheitskompetenz auf.
- Eine höhere Gesundheitskompetenz steht mit einer besseren allgemeinen und psychischen Gesundheit im Zusammenhang. Eine niedrige Gesundheitskompetenz stellt dagegen auch einen Risikofaktor für den Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen dar.
- Im Vergleich zum Erhebungsjahr 2018 ist die Gesundheitskompetenz im Erhebungsjahr 2022 geringer ausgeprägt.

5.5 Intensität von Online-Kommunikation als Einflussfaktor

Online-Kommunikation gehört für Kinder und Jugendliche in Deutschland sowohl in ihrer Freizeit als auch im Rahmen des schulischen Lernens zum Alltag dazu. Unter den 10- bis 11-Jährigen besitzt mehr als jede/r Zweite ein eigenes Smartphone, unter den 12- bis 13-Jährigen steigt dieser Anteil bereits auf 81 % (KIM-Studie; Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2023b), bei den 14- bis 15-Jährigen auf 95 % (JIM-Studie; Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2023a). Dazu kommen Laptops und Tablets im Besitz oder zur Verfügbarkeit der Heranwachsenden. Das Verschicken und Empfangen von Text- und Sprachnachrichten zählt dabei zu den häufigsten Online-Aktivitäten. Im Fokus der Nutzung von WhatsApp, die zu den beliebtesten Apps unter Kindern und Jugendlichen zählt, stehen dabei zumindest bei Kindern organisatorische Aspekte innerhalb und außerhalb der Familie. Unter den Schulkindern hat mehr als jede*r zweite Schüler*in eine WhatsApp-Gruppe mit der Schulklasse. Die tägliche Online-Nutzungszeit beträgt nach einem deutlichen Anstieg im Jahr 2020 weitgehend wieder das Vor-Pandemie-Niveau, bleibt aber auf hohem Niveau. Der Einschätzung der Bezugspersonen zu Folge sind Lernende im Durchschnitt 43 Minuten online (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2023b). Selbsteinschätzungen von Jugendlichen weisen auf eine tägliche Online-Nutzungszeit von 204 Minuten hin (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2023a).

Die häufige und intensive Online-Kommunikation kann dabei sowohl Vor- als auch Nachteile mit sich bringen. So kann viel Online-Zeit für weibliche Jugendliche mit negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit einhergehen (Birgisson et al., 2023). Eine Auswertung der finnischen HBSC-Daten von 2018 weist jedoch auch darauf hin, dass intensive Online-Kontakte mit Freunden aus dem Offline-Leben positiv mit dem Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen im Zusammenhang stehen. Intensive Online-Kommunikation mit Personen, die nur aus der Online-Welt bekannt sind oder mit Unbekannten waren dagegen mit geringerer subjektiver Gesundheit, geringerer Lebenszufriedenheit und höheren Einsamkeitswerten verbunden (Lyra et al., 2022a). Diese beiden Studien zeigen, dass sowohl die Aktivitäten, welche online ausgeübt werden, als auch die Art der Kommunikation bzw. die Kommunikationspartner*innen einen Unterschied machen können und folglich differenzierte Betrachtungen der Online-Aktivitäten Heranwachsender sinnvoll sind. Interaktionen in der Offline-Welt sind für Kinder und Jugendliche nach wie vor sehr bedeutsam (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2023a, 2023b) und die Online-Kommunikation mit Freund*innen aus dem Nicht-Online-Raum gehört zum alltäglichen und bedeutsamen Kommunikationsverhalten der Heranwachsenden. Ein geringes Maß an Online-Kommunikation mit engen Freundinnen und Freunden kann daher auch bedeuten, dass keine engen Freundschaften existieren, was angesichts der Entwicklungsaufgaben im Kindes- und Jugendalter problematisch ist und einen Risikofaktor für die Gesundheit darstellen kann.

Für die befragten Schülerinnen und Schüler in Brandenburg im Erhebungsjahr 2018 zeigte sich, dass die intensivste Online-Kommunikation innerhalb eines engen Freundeskreises stattfand (John & Bilz, 2020). Die Zusammenhänge zur Gesundheit der Heranwachsenden wurden nicht getrennt nach Kommunikationspartner*innen betrachtet. Übergreifend für die gesamte Online-Kommunikation zeigte sich, dass eine hohe, aber auch eine niedrige Intensität der Online-Kommunikation mit einer schlechteren allgemeinen Gesundheit einherging. Eine hohe Intensität der Online-Kommunikation erhöhte jedoch das Risiko für einen problematischen Konsum sozialer Medien deutlich (vgl. Abschnitt 4.6).

Wie wurde die Intensität der Online-Kommunikation erfasst?

Die befragten Kinder und Jugendlichen wurden gebeten anzugeben, wie oft sie online mit vier Personengruppen Kontakt haben: Enge Freund*innen; Freund*innen aus einem größeren Freundeskreis; Freund*innen, die die Heranwachsenden im Internet kennengelernt haben, aber vorher nicht kannten; andere Personen als diese Freund*innen (z. B. Eltern, Geschwister, Klassenkamerad*innen, Lehrkräfte) (Inchley et al., 2021/2022). Die Kinder und Jugendlichen schätzten die Häufigkeit auf einer sechsstufigen Skala ein („weiß nicht/trifft nicht zu“; „nie oder fast nie“; „mindestens 1-Mal pro Woche“; „täglich oder fast täglich“; „mehrmals am Tag“; „fast den ganzen Tag über“). Angaben der ersten Kategorie („weiß nicht/trifft nicht zu“) wurden als fehlende Werte behandelt und gingen in die Analysen nicht mit ein.

Aus den Antworten zu den einzelnen Personengruppen wurde ein Globalwert zur Intensität der Online-Kommunikation abgeleitet, welcher Werte von 0 bis 10 annehmen konnte. Zudem wurden auch die Antworten in Bezug auf die einzelnen Personengruppen so transformiert, dass Werte zwischen 0 und 10 möglich sind. Für die Auswertung wurden die Werte anhand der altersspezifischen Verteilung anhand von Quintilen eingeteilt in „niedrige“ (untere 20 % der Verteilung), „mittlere“ (mittlere 60 %) und „hohe Intensität der Online-Kommunikation“ (oberste 20 % der Verteilung). Bei den Prozentangaben handelt es sich um Circa-Angaben, die aufgrund der tatsächlichen Verteilung insbesondere bei den Werten zu den einzelnen Personengruppen abweichen können.

5.5.1 Brandenburger Ergebnisse 2022

In Abbildung 53 sind die Häufigkeiten der Online-Kommunikation mit engen Freund*innen, dem erweiterten Freundeskreis, Internet-Freund*innen und anderen Personen nach den Antwortkategorien dargestellt. Es zeigt sich, dass die intensivste und häufigste Kommunikation mit engen Freund*innen stattfindet, gefolgt von anderen Personen, welche auch die Eltern umfassen. Freund*innen aus dem

Internet, die vorher nicht bekannt waren, spielen im Vergleich zu anderen Personengruppen für die befragten Heranwachsenden die geringste Rolle.

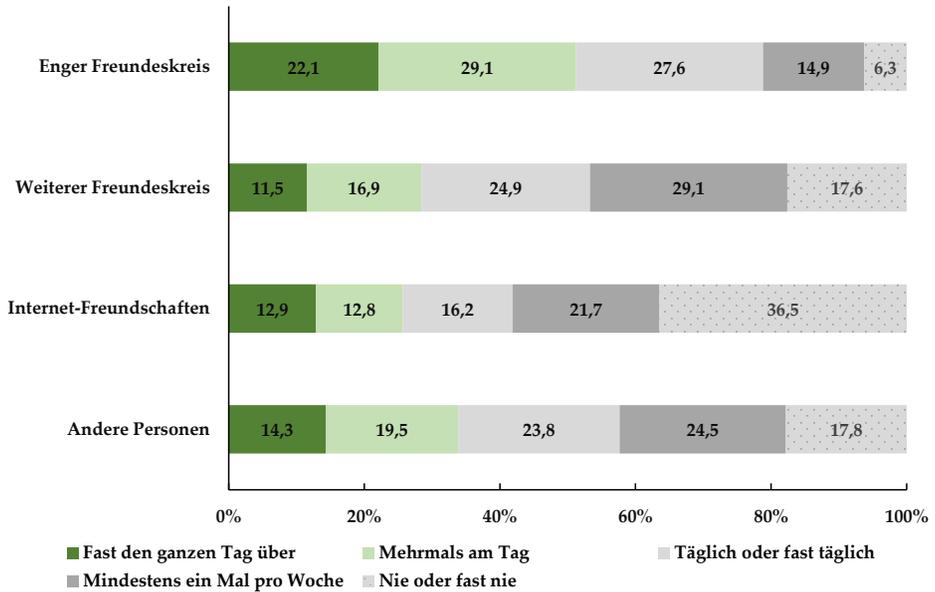


Abb. 53: Häufigkeit der Online-Kommunikation der Kinder und Jugendlichen mit engen Freund*innen, dem erweiterten Freundeskreis, Freund*innen aus dem Internet und anderen Personen 2022 in Prozent. *Anmerkungen:* N = 2.006 – 3.024.

Die Analyse der Gruppenunterschiede hinsichtlich der Online-Kommunikation erfolgt anhand der Mittelwerte für die Intensität der Online-Kommunikation insgesamt sowie getrennt nach den einzelnen Personengruppen (vgl. Tabelle 42). Es zeigt sich, dass Mädchen häufiger als Jungen online mit engen Freund*innen kommunizieren und weniger als Jungen sowie Heranwachsende, die sich als nicht-binär identifizieren, mit Freund*innen, die ihnen nur aus dem Internet bekannt sind. Für Lernende, die sich als nicht-binär identifizieren, spielt die Kommunikation mit reinen Internet-Freund*innen dagegen eine besonders große Rolle. Kinder in der 5. Klasse kommunizieren weniger online als Lernende in den Klassen 7 und 9. Mit zunehmendem Alter der Lernenden steigt die Bedeutung der Online-Kommunikation mit engen Freund*innen sowie mit Freund*innen, die ausschließlich aus dem Internet bekannt sind. Lernende an Gymnasien kommunizieren insgesamt weniger online und weniger mit Freund*innen, die ihnen ausschließlich aus dem Internet bekannt sind, als Lernende an Oberschulen und Gesamtschulen. Zudem kommunizieren Lernende an Gymnasien seltener als Lernende an anderen Schulformen online mit Personen aus dem erweiterten Freundeskreis (nur der Vergleich zu den Grundschulen ist dabei nicht signifikant). Heranwachsende, die einen hohen familiären Wohlstand wahrnehmen, kommunizieren häufiger online als andere Heranwachsende. Dieser Unterschied bezieht sich auf die generelle Intensität der Online-Kommunikation sowie auf die Online-Kommunikation mit Personen aus dem engen und weiteren Freundeskreis sowie anderen Personen.

Tab. 42: Mittelwerte der Intensität der Online-Kommunikation insgesamt und nach einzelnen Personengruppen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand im Erhebungsjahr 2022 bei möglichen Werten zwischen 0 und 10, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Intensität der Online-Kommunikation				
	Insgesamt	Im engen Freundeskreis	Im erweiterten Freundeskreis	Mit Internet-freund*innen	Mit anderen Personen
Gesamt	4,78	6,15	4,39	3,60	4,70
Geschlecht	$X^2(2) = 5,2$	$X^2(2) = 32,5^{***}$	$X^2(2) = 3,6$	$X^2(2) = 20,6^{***}$	$X^2(2) = 1,6$
Jungen	4,72	5,88	4,51	3,79	4,62
Mädchen	4,82	6,38	4,27	3,29	4,77
Divers	5,37	6,75	4,66	5,32	4,78
Klassenstufe	$X^2(2) = 9,9^{**}$	$X^2(2) = 52,9^{***}$	$X^2(2) = 5,1$	$X^2(2) = 21,5^{***}$	$X^2(2) = 6,3^*$
5. Klasse	4,56	5,52	4,33	3,06	4,86
7. Klasse	4,91	6,34	4,59	3,63	4,79
9. Klasse	4,84	6,48	4,25	3,93	4,49
Schulform	$X^2(4) = 23,7^{***}$	$X^2(4) = 36,9^{***}$	$X^2(4) = 71,2^{***}$	$X^2(4) = 55,3^{***}$	$X^2(4) = 3,2$
Grundschule	4,58	5,51	4,30	3,16	4,89
Oberschule	4,97	6,34	4,69	4,09	4,61
Gymnasium	4,62	6,38	3,85	3,06	4,61
Gesamtschule	5,08	6,29	5,24	4,35	4,71
Förderschule	5,31	6,59	5,34	3,93	5,12
Familiärer Wohlstand	$X^2(2) = 11,4^{**}$	$X^2(2) = 16,3^{***}$	$X^2(2) = 6,6^*$	$X^2(2) = 2,8$	$X^2(2) = 11,5^{**}$
Niedrig	4,65	5,82	4,24	3,75	4,66
Mittel	4,74	6,16	4,34	3,58	4,60
Hoch	5,10	6,47	4,77	3,32	5,20

Anmerkungen: $N = 2.125 - 3.350$, $X^2(df) = \text{Chi-Quadrat (Testwert)}$, $df = \text{Freiheitsgrade}$, $*p < .05$, $**p < .01$, $***p < .001$. Zugunsten der Übersichtlichkeit wird auf die Angabe von Effektstärken verzichtet. Es handelt sich bei allen signifikanten Unterschieden im Paarvergleich um kleine Effektstärken ($.05 < r < .19$).

In Tabelle 43 ist der Zusammenhang zwischen der Intensität der Online-Kommunikation und verschiedenen Gesundheitsaspekten dargestellt. Der Fokus liegt dabei auf der gesamten Online-Kommunikation sowie den beiden Personengruppen, mit denen die häufigste (enger Freundeskreis) und die seltenste Online-Kommunikation (Internet-Freund*innen) angegeben wurde. Die Befunde zur Online-Kommunikation mit dem erweiterten Freundeskreis und anderen Personen werden im Text berichtet. Die gesamte Ausprägung der Online-Kommunikation steht nicht mit der subjektiv eingeschätzten Gesundheit oder der depressiven Symptomatik im Zusammenhang, aber mit der Häufigkeit der Angabe psychosomatischer Beschwerden: Kinder und Jugendliche, die insgesamt sehr viel (im Vergleich zur niedrigsten Ausprägung) online kommunizieren, geben häufiger auffällige psychosomatische Beschwerden an. Bei der Betrachtung der Online-Kommunikation mit den einzelnen Personengruppen zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche, die besonders häufig online mit ihren engen Freund*innen kommunizieren, eine schlechtere Gesundheit berichten (schlechtere allgemeine Gesundheit, mehr auffällige depressive Symptomatik und psychosomatische Beschwerden). In Bezug auf die Kommunikation mit Personen, die nur aus dem Internet bekannt sind, zeigt sich, dass eine besonders geringe Intensität der Online-Kommunikation mit dieser Personengruppe mit einer besseren Gesundheit in allen betrachteten Aspekten in Verbindung steht. Beide Befunde könnten die Bedeutung der persönlichen Kommunikation mit Freundinnen und Freunden außerhalb des Online-Raumes verdeutlichen. Eine häufi-

gere Online-Kommunikation mit dem erweiterten Freundeskreis steht (im Vergleich zur mittleren Ausprägung) mit häufiger berichteten auffälligen psychosomatischen Beschwerden im Zusammenhang ($X^2(2) = 9,2; p < .01; V = .06$), während sich keine Zusammenhänge zur allgemeinen Gesundheit oder der depressiven Symptomatik ergeben. Zwischen der Online-Kommunikation mit anderen Personen und den betrachteten Gesundheitsaspekten bestehen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede ($p > .05$).

In Bezug auf das betrachtete gesundheitsbezogene Risikoverhalten des Alkoholkonsums zeigt sich ebenfalls ein Nachteil für die Kinder und Jugendlichen, die besonders häufig online mit ihren engen Freundinnen und Freunden kommunizieren: Sie geben häufiger an, in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert zu haben. Eine niedrige Intensität der Online-Kommunikation mit Personen des erweiterten Freundeskreises ($X^2(2) = 11,3; p < .01; V = .06$) sowie mit Internet-Freund*innen steht ebenfalls mit einer niedrigeren Wahrscheinlichkeit des Alkoholkonsums der Heranwachsenden im Zusammenhang. Die Online-Kommunikation mit anderen Personen ($p > .05$) sowie die gesamte Intensität der Online-Kommunikation über alle Personengruppen hinweg ist nicht mit dem Alkoholkonsum der Kinder und Jugendlichen verbunden.

Tab. 43: Zusammenhänge zwischen der Intensität der Online-Kommunikation (gesamt, mit engen Freund*innen und mit Internet-Freund*innen) und dem berichteten allgemeinen Gesundheitszustand, der berichteten depressiven Symptomatik, den berichteten psychosomatischen Beschwerden und dem berichteten Alkoholkonsum der letzten 30 Tage, HBSC-Studie Brandenburg 2022

	Intensität der Online-Kommunikation (in %)								
	Gesamt			Mit engen Freund*innen			Mit Internet-Freund*innen		
	Nied-rig	Mit-tel	Hoch	Nied-rig	Mit-tel	Hoch	Nied-rig	Mit-tel	Hoch
Gesamt	15,8	65,6	18,5	15,6	62,4	22,1	36,5	50,6	12,9
Allgemeine Gesundheit	$X^2(2) = 4,4 (V = .04)$			$X^2(2) = 12,7^{**} (V = .07)$			$X^2(2) = 23,6^{***} (V = .11)$		
Ausgezeichnet bis gut	85,6	85,0	81,6	84,5	86,2	80,4	87,0	80,3	74,8
Einigermaßen bis schlecht	14,4	15,0	18,4	15,5	13,8	19,6	13,0	19,7	25,2
Depressive Symptomatik	$X^2(2) = 1,5 (V = .02)$			$X^2(2) = 24,2^{***} (V = .09)$			$X^2(2) = 24,2^{***} (V = .11)$		
Unauffällig	58,1	58,9	55,9	59,5	61,2	50,2	61,0	52,2	44,6
Auffällig	41,9	41,1	44,1	40,5	38,8	49,8	39,0	47,8	55,4
Psychosomatische Beschwerden	$X^2(2) = 7,3^* (V = .05)$			$X^2(2) = 38,8^{***} (V = .12)$			$X^2(2) = 37,8^{***} (V = .14)$		
Unauffällig	60,4	58,3	52,6	60,0	61,2	47,2	62,6	51,7	41,6
Auffällig	39,6	41,7	47,4	40,0	38,8	52,8	37,4	48,3	58,4
30-Tages-Alkoholkonsum	$X^2(2) = 2,1 (V = .03)$			$X^2(2) = 19,2^{***} (V = .08)$			$X^2(2) = 15,5^{***} (V = .09)$		
Nein	66,5	66,1	62,9	67,9	67,7	58,6	67,0	58,5	56,9
Ja	33,5	33,9	37,1	32,1	32,3	41,4	33,0	41,5	43,1

Anmerkungen: $N = 1.913 - 3.025$, $X^2 = \text{Chi-Quadrat (Testwert)}$, $df = \text{Freiheitsgrade}$, $V = \text{Cramers V (Effektstärke)}$,

** $p < .01$, *** $p < .001$.

5.5.2 Brandenburger Ergebnisse 2022 im Vergleich mit 2018

Der Vergleich der Intensität der gesamten Online-Kommunikation (Mittelwert) zwischen den Erhebungsjahren 2018 und 2022 zeigt keine statistisch bedeutsamen Unterschiede (vgl. Abbildung 54). Das bedeutet, dass die 2022 befragten Kinder und Jugendlichen in Brandenburg eine vergleichbare Intensität der Online-Kommunikation angaben, wie die Kinder und Jugendlichen, die 2018 in Brandenburg befragt wurden.

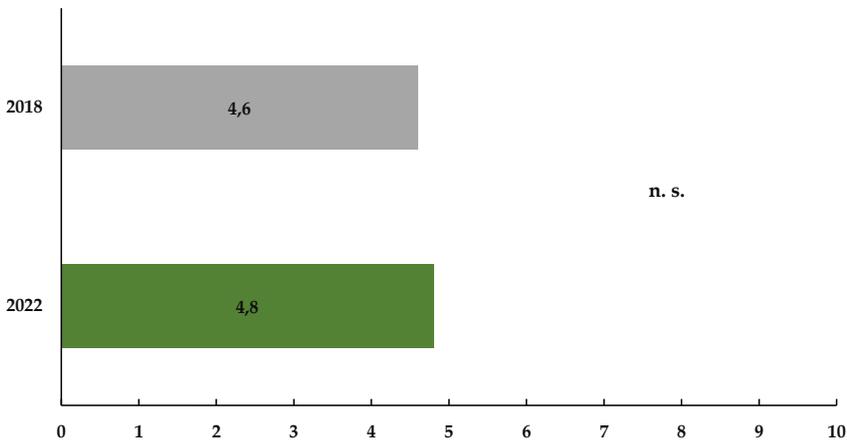


Abb. 54: Intensität der Online-Kommunikation (Mittelwert) der befragten Kinder und Jugendlichen in den Erhebungsjahren 2018 und 2022 bei möglichen Werten zwischen 0 und 10. *Anmerkungen:* $N_{2018} = 1.371$, $N_{2022} = 3.031$, $\chi^2(1) = 3,3$, $p > .05$, $r = .03$, $r =$ Korrelationskoeffizient nach Pearson (Effektstärke), n. s. = nicht signifikant.

Betrachtet man die Entwicklung von 2018 zu 2022 in den Subgruppen nach Geschlecht, Klassenstufe und familiärem Wohlstand, zeigen sich keine bedeutsamen unterschiedlichen Verläufe.

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

- Online-Kommunikation, insbesondere die mit engen Freundinnen und Freunden, ist für viele Kinder und Jugendliche eine alltägliche und wichtige Erfahrung. Lernende in der 5. Klasse kommunizieren weniger online als ältere Befragte. In höheren Klassenstufen nimmt insbesondere die Bedeutung der Online-Kommunikation mit engen Freund*innen sowie Freund*innen, die nur aus dem Internet bekannt sind, zu. Für Heranwachsende, die sich als nicht-binär identifizieren, ist die Kommunikation mit Freund*innen aus dem Internet bedeutsamer als für Mädchen und Jungen.
- Eine besonders intensive Online-Kommunikation steht mit mehr auffälligen psychosomatischen Beschwerden im Zusammenhang. Mit einer schlechteren Gesundheit ist zudem eine besonders intensive bzw. intensivere Online-Kommunikation mit engen Freunden und Freund*innen, die ausschließlich aus dem Internet bekannt sind, verbunden. Es ist anzunehmen, dass dies die Bedeutung von Freundschaften außerhalb des Online-Raums und von persönlichen Treffen mit Freund*innen für Kinder und Jugendliche widerspiegelt.
- Die berichtete Intensität der Online-Kommunikation unterscheidet sich zwischen den Erhebungsjahren 2018 und 2022 nicht.

5.6 Zwischenresümee

In diesem Kapitel wurden Verbindungen zwischen verschiedenen personalen und sozialen Hintergrundbedingungen mit der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten der Brandenburger Kinder und Jugendlichen analysiert. Dazu wurden Indikatoren aus den Bereichen Familie, Schule, Peergruppe und individuelle Faktoren wie die Gesundheitskompetenz betrachtet.

Deutlich wird an den Ergebnissen, dass die Erfahrungen der Kinder und Jugendlichen in diesen Bereichen für ihre Gesundheit von Bedeutung sind. Kinder und Jugendliche, die sich von ihren Eltern, in der Schule und von ihren Freund*innen unterstützt fühlen, berichten eine bessere Gesundheit, haben weniger psychische Einschränkungen und verhalten sich gesünder. Das gleiche trifft auf strukturelle Merkmale wie die Familienform, die besuchte Schulform, den Migrationshintergrund und den familiären Wohlstand zu. Hier setzt sich die gesündeste Gruppe aus den Kindern und Jugendlichen zusammen, die mit beiden Eltern aufwachsen, an Gymnasien lernen, die keinen Migrationshintergrund haben und einen höheren familiären Wohlstand berichten.

Neben diesen aus früheren Studien und auch der letzten HBSC-Erhebung in Brandenburg bereits bekannten Zusammenhängen geben jedoch vor allem die Befunde des Zeitvergleichs Anlass zur Besorgnis. Für alle hier untersuchten Einflussfaktoren sind ungünstigere Ausprägungen zu konstatieren als vor vier Jahren. Kinder und Jugendliche berichten weniger Unterstützung durch Eltern, Lehrkräfte, Mitschüler*innen und Freund*innen, sie schätzen ihre schulische Umwelt negativer ein (geringere Schulzufriedenheit, mehr Belastungen, niedrigere Unterrichtsqualität) und berichten eine niedrigere Gesundheitskompetenz.

6 Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Brandenburg 2022 – Schlussfolgerungen für die schulische Gesundheitsförderung

Ludwig Bilz

Im Jahr 2018 nahm das Land Brandenburg erstmals mit einer repräsentativen Stichprobe an der HBSC-Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit teil. Durch die Befragung von über 3.000 Schülerinnen und Schülern konnten seinerzeit wichtige Einblicke in die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten dieser Altersgruppe gewonnen und Schlussfolgerungen für die schulische Gesundheitsförderung gezogen werden. Das Land Brandenburg, die AOK Nordost und die BTU Cottbus-Senftenberg haben sich als Kooperationspartner der HBSC-Studie Brandenburg für eine Fortführung der Studie entschieden und es wurden vier Jahre später im Jahr 2022 – zeitgleich mit der bundesweiten und internationalen Erhebungswelle – erneut knapp 4.000 Kinder und Jugendliche zu ihrer Gesundheit befragt.

Die Krisen der letzten Jahre haben Spuren in der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Brandenburg hinterlassen

Die vier Jahre zwischen beiden Erhebungen sind durch krisenhafte Entwicklungen geprägt gewesen. Diese umfassen nicht nur eine weltweite Pandemie, sondern auch einen Krieg in Europa und die damit einhergehenden ökonomischen und sozialen Auswirkungen. Aus anderen Studien gibt es bereits deutliche Hinweise, dass diese Krisen die Bewältigungsfähigkeiten von vielen Kindern und Jugendlichen herausgefordert und bei einigen zu gesundheitlichen Einschränkungen geführt haben.

Darüber hinaus hat die Pandemie besonders deutlich vor Augen geführt, welche wichtige Rolle Lebenswelten für die Gesundheit im Kindes- und Jugendalter spielen (z. B. die Diskussion um Schulschließungen und deren Implikationen für Kinder und Jugendliche) und wie Gesundheitskompetenzen das gesundheitsbezogene Verhalten prägen (z. B. beim Umgang mit Impfungen und Infektionsschutzmaßnahmen). Aber auch die mit gesundheitlichen Ungleichheiten einhergehenden Herausforderungen haben sich in dieser Zeit besonders deutlich manifestiert, z. B. bei Infektionsgefährdungen in verschiedenen Berufsgruppen, dem Zugang zu Impfungen oder bei Ressourcen, die den Umgang mit den Einschränkungen des Lockdowns erleichtert haben (z. B. Wohnbedingungen, Kinderbetreuung, Home-Office).

Die Daten der HBSC-Studie Brandenburg 2022 zeigen, dass die letzten vier Jahre auch für Kinder und Jugendliche in Brandenburg herausfordernd waren. Die Auswertungen in den vorangegangenen Kapiteln ergeben bei fast allen Indikatoren der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens ungünstigere Ausprägungen als im Jahr 2018.

Vorrangige Handlungsfelder sind die Förderung der psychischen Gesundheit, Suchtprävention und Gewalt-/Mobbingprävention

Besonders besorgniserregend sind die Entwicklungen im Bereich der psychischen Gesundheit, beim Sozialverhalten und beim Umgang mit Suchtmitteln. Die Studie offenbart, dass unter psychischen Problemlagen eher Mädchen als Jungen leiden und dass darüber hinaus der Anstieg der Beschwerden seit der letzten Erhebung insbesondere bei ihnen zu verzeichnen ist. Dies kann darauf hindeuten, dass Mädchen mit den Herausforderungen der letzten Jahre weniger gut zurechtgekommen sind als Jungen. Der hohe Anstieg von Gewalt und Mobbingerfahrungen zeigt sich hingegen bei allen Geschlechtern und auch die Trendumkehr beim Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis gibt es in allen Gruppen. Für die Prävention von Gewalt und Mobbing an Schulen gibt es viele gute Gründe. Aus Public-Health-Perspektive sind es vor allem die vielfach bestätigten negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, die Anlass zum Handeln geben sollten. Erfreulicherweise liegen in diesem Bereich seit vielen Jahren erprobte und wirksame Präventionskonzepte vor. Das gleiche trifft auf den Bereich der Suchtprävention zu, einem klassischen Handlungsfeld der schulischen Gesundheitsförderung. Gerade weil es in diesem Bereich in den letzten Jahrzehnten so viel Engagement gab und die langfristigen Trends in eine positive Richtung wiesen, sollten die hier vorgelegten Befunde Anlass zur Besorgnis geben. Bei allen in der HBSC-Studie erfragten klassischen Suchtmitteln zeigt sich ein Anstieg des Konsums, insbesondere beim Alkoholkonsum und bei suchtförmigen Konsummustern im Zusammenhang mit sozialen Medien.

Vulnerable Gruppen mit höheren gesundheitlichen Risikofaktoren verdienen besondere Aufmerksamkeit

Die vulnerablen Gruppen mit Blick auf die Gesundheit sind die altbekannten, die auch in der letzten Erhebungswelle beschrieben wurden: Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Wohlstand, Lernende an Förder- und Oberschulen sowie Schüler*innen mit Migrationshintergrund. Zu beachten ist, dass es bei diesen Gruppen große Überschneidungen gibt, also z. B. Schüler*innen mit zweifachem Migrationshintergrund oder aus Familien mit niedrigerem Wohlstand eher eine Förder- oder Oberschule besuchen und seltener ein Gymnasium.

Eine in dieser Erhebungswelle zum ersten Mal separat betrachtete Gruppe sind Jugendliche, die sich weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zuordnen. Hierfür kann es viele verschiedene Gründe geben (z. B. Intergeschlechtlichkeit, Transidentität), die mit der Antwortoption „divers“ bei der Abfrage des Geschlechts nicht umfassend erfasst werden konnten. Die Daten zeigen, dass Befragte aus dieser Gruppe mit besonderen gesundheitlichen Herausforderungen konfrontiert sind. Bei ihnen finden sich die ungünstigsten Ausprägungen für alle Gesundheitsindikatoren (insbesondere bei der psychischen Gesundheit), das problematischste Gesundheitsverhalten und die ungünstigsten Rahmenbedingungen in Familie, Schule und Peer-Gruppe. Gerade im Kindes- und Jugendalter scheint die Zugehörigkeit zu dieser Gruppe und die damit einhergehenden Herausforderungen (z. B. Diskriminierungserfahrungen, Auseinandersetzung mit der zweigeschlechtlichen gesellschaftlichen Norm) mit besonderen gesundheitlichen Entwicklungsrisiken einherzugehen.

Kinder und Jugendliche in Brandenburg blicken kritischer auf die Lebenswelten Schule und Familie als vier Jahre zuvor

Gerade in Krisenzeiten kommt den Ressourcen in der sozialen Umwelt eine besondere Bedeutung zu. Im Kindes- und Jugendalter sind dies die Familie, die schulische Umwelt und die Freundesgruppe. Der Schule stellen die befragten Kinder und Jugendlichen in Brandenburg jedoch kein sehr gutes Zeugnis aus. Weniger als ein Viertel gefällt es in der Schule sehr gut (vier Jahre zuvor war es noch mehr als ein

Drittel) und knapp 23 % gefällt es in der Schule nicht (zehn Prozent mehr als 2018). Auch die Einschätzungen zu schulischen Belastungen, zur Lehrkräfteunterstützung und zur Unterrichtsqualität fallen diesmal kritischer aus. Bedenklich ist, dass die Unterstützung aus dem familiären Umfeld dies nicht ausgleichen konnte. Kinder und Jugendliche schätzen die Unterstützung durch ihre Eltern niedriger ein als 2018 und mehr von ihnen berichten, dass ihnen die Kommunikation mit ihren Eltern schwerfällt. Dass diese Aspekte für die Gesundheit relevant sind, haben die vorliegenden Analysen aufgezeigt: Negativere Einschätzungen der familiären und schulischen Umwelt gehen mit mehr gesundheitlichen Beschwerden und einem ungünstigeren Gesundheitsverhalten einher.

Wirksame schulische Gesundheitsförderung adressiert auch die Verhältnisse an den Schulen und verknüpft Gesundheitsförderung mit dem Bildungs- und Erziehungsauftrag

Diese Zusammenhänge gilt es für die schulische Gesundheitsförderung nutzbar zu machen und neben verhaltensbezogenen Interventionen auch die Verhältnisse an den Schulen selbst zum Gegenstand von Veränderungsprozessen zu machen. Peter Paulus 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. Das Land Brandenburg setzt dieses Konzept im Rahmen eines Landesprogramms bereits um. Jetzt kommt es darauf an, deutlich mehr Schulen in dieses Programm aufzunehmen.

Nicht alle Schulen und Schüler*innen sind gleich betroffen – bedarfsorientierte Maßnahmen brauchen vorab eine fundierte Bedarfsanalyse und Diagnostik

Angesichts der in diesem Bericht dokumentierten Ergebnisse sind darüber hinaus gezielte Maßnahmen in den Bereichen psychische Gesundheit, Suchtprävention und Gewalt-/Mobbingprävention angezeigt. Ausgangspunkt einer bedarfsorientierten Gesundheitsförderung sind vorausgehende Bestandsaufnahmen. Denn nicht alle Brandenburger Schulen sind in gleicher Weise mit den hier beschriebenen Problemlagen konfrontiert und nicht alle Schülerinnen und Schüler haben gesundheitliche Einschränkungen und problematische Gesundheitsverhaltensweisen. Ein Beispiel für solche Bedarfsanalysen sind die Schulgesundheitsprofile, die wir den HBSC-Befragungsschulen zur Verfügung gestellt haben. Hierbei handelt es sich um Auswertungen der Gesundheitsindikatoren auf Einzelschulebene. Diese werden den Schulen – bereinigt um schulspezifische Rahmenbedingungen – zur Verfügung gestellt und erlauben bedarfsorientierte Entscheidungen bei der Auswahl und Ausrichtung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung.

Aber auch auf Ebene der Schüler*innen braucht es diagnostische Strategien, auf deren Grundlage gestufte Interventionsmaßnahmen entwickelt werden können. So gibt es universell ausgerichtete Maßnahmen, die sich an alle Schüler*innen und Lehrkräfte einer Schule richten (z. B. Landesprogramm gute gesunde Schule, schulweite Programme zur Gesundheitsförderung und Gewaltprävention), selektive Maßnahmen für Schüler*innen, die bestimmte Risikofaktoren aufweisen (z. B. Angebote nur für Mädchen oder Jungen oder für Schüler*innen mit Mobbing Erfahrungen) und Maßnahmen, die sich an hoch belastete Schüler*innen richten und bei denen Schulen eng mit schulexternen Fachkräften kooperieren (z. B. Ärzt*innen, Schulpsycholog*innen, Psychotherapeut*innen). Für die Identifikation von belasteten Schüler*innen benötigen Schulen die Unterstützung von Fachkräften aus den Bereichen Inklusionspädagogik, Sozialarbeit, Medizin und Psychologie.

Schüler*innen- und Lehrkräftegesundheit sollte gemeinsam adressiert werden

Bereits im Bericht zur letzten Erhebung wurde auf die Bedeutung der Lehrkräftegesundheit hingewiesen. Diese ergibt sich zum einen aus den spezifischen psychosozialen Belastungen, die dieser Beruf mit sich bringt. Zum anderen zeigen aktuelle Studien immer deutlicher, wie eng die Gesundheit von Lehrkräften und ihren Schüler*innen zusammenhängt (Bilz et al., 2022). Gerade in Zeiten von Lehrkräftemangel und hohem Krankenstand sollten schulweite Maßnahmen der Gesundheitsförderung alle Akteur*innen an Schulen einbeziehen.

Förder- und Oberschulen benötigen gezielte Unterstützung

Auch die deutlichen schulformbezogenen Unterschiede beim Gesundheitsstatus in der Sekundarstufe I sind bereits im Bericht zur 2018er Erhebungswelle thematisiert worden. Erneut lässt sich daraus die Empfehlung ableiten, Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung gezielter auf die spezifischen Gegebenheiten der einzelnen Schulformen auszurichten. Zudem sollte bei landesweiten Maßnahmen und der Verteilung von Ressourcen in den Bereichen Bildung und Gesundheit reflektiert werden, welche Auswirkungen sie für Lernende an unterschiedlichen Schulformen haben und wie durch diese Maßnahmen bestehende Ungleichheiten zwischen den Schulformen verringert werden können.

Die HBSC-Studie als Instrument des Gesundheitsmonitorings in Brandenburg

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten wurden im Frühjahr und Sommer 2022 in der Spätphase der Corona-Pandemie erhoben. Sie bilden somit den Gesundheitsstatus von Brandenburger Kindern und Jugendlichen zu diesem Zeitpunkt ab. Die Annahme, dass für die beschriebenen negativen Entwicklungen primär die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie ursächlich sind, ergibt sich auf der Grundlage des Vergleichs mit den Daten der letzten Erhebungswelle aus dem Jahr 2018. In direkter Weise lassen sich die Ursachen mit den vorliegenden Daten nicht aufklären.

Jetzt kommt es darauf an, die weitere Entwicklung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Brandenburg im Blick zu behalten. Beobachten wir hier vorübergehende Auswirkungen der Pandemie oder sind wir Zeugen einer längerfristigen Trendumkehr? Zur Beantwortung dieser Fragen und für die Planung und Evaluation von gesundheitsförderlichen Maßnahmen 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.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Länder und Regionen (grün markiert), die sich 2021/22 an der HBSC-Studie beteiligt haben (Russland wurde aufgrund des Russland-Ukraine-Krieges vom weiteren Verlauf der Erhebung ausgeschlossen).	1
Abb. 2: Allgemeiner Gesundheitszustand von Brandenburger Schülerinnen und Schülern 2022 im Vergleich zu 2018.	13
Abb. 3: Häufigkeit behandlungsrelevanter Verletzungen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 12 Monaten im Vergleich zu 2018.....	17
Abb. 4: Lebenszufriedenheit von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand.	18
Abb. 5: Lebenszufriedenheit von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich von 2022 zu 2018.	19
Abb. 6: Psychosomatische Beschwerden von Brandenburger Kindern und Jugendlichen.	20
Abb. 7: Anteil der befragten Brandenburger Schülerinnen und Schüler mit mindestens mehrmals wöchentlich auftretenden multiplen psychosomatischen Beschwerden im Vergleich von 2018 zu 2022.	22
Abb. 8: Mittlere Depressive Symptomatik von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich von 2022 zu 2018.....	25
Abb. 9: Einsamkeit von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich zu 2018.	27
Abb. 10: Häufigkeit der täglichen körperlichen Aktivität von Schülerinnen und Schülern in Brandenburg im Vergleich der Jahre 2018 und 2022.....	31
Abb. 11: Sportliche Aktivität von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich zu 2018. .	34
Abb. 12: Häufigkeit des täglichen Frühstückens an Schultagen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich zu 2018.	36
Abb. 13: Häufigkeit, mit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler Obst, Gemüse, Süßigkeiten und Softdrinks konsumieren.	38
Abb. 14: Häufigkeit des täglichen Obst-, Gemüse-, Süßigkeiten- und Softdrinkkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern im Vergleich zu 2018.	41
Abb. 15: Häufigkeit, mit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler ihre Zähne putzen, im Vergleich zu 2018.	44
Abb. 16: Beteiligung an Schlägereien von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den Erhebungsjahren 2022 und 2018 in Prozent.	47

Abb. 17: Erfahrungen als Mobbende und als Gemobbte von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den Erhebungsjahren 2022 und 2018 in Prozent.....	51
Abb. 18: Erfahrungen als online Mobbende und als online Gemobbte von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den Erhebungsjahren 2022 und 2018 in Prozent.....	54
Abb. 19: Häufigkeit des Zigarettenkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen im Vergleich zu 2018.....	57
Abb. 20: Häufigkeit des Alkoholkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen im Vergleich zu 2018.....	60
Abb. 21: Häufigkeit alkoholbedingter Rauscherfahrungen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen im Vergleich zu 2018.....	63
Abb. 22: Häufigkeit des Cannabiskonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) in den letzten 30 Tagen im Vergleich zu 2018.....	65
Abb. 23: Lebenszeit-Prävalenz des Konsums verschiedener illegaler Drogen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9).....	67
Abb. 24: Lebenszeit-Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge außer Cannabis von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) im Vergleich zu 2018.....	68
Abb. 25: Häufigkeit des problematischen Konsums sozialer Medien von Schülerinnen und Schülern in Brandenburg und Deutschland.....	71
Abb. 26: Alter beim ersten Geschlechtsverkehr von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) im Vergleich zu 2018.....	73
Abb. 27: Verhütungsverhalten beim letzten Geschlechtsverkehr von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) im Vergleich zu 2018.....	76
Abb. 28: Impfquote der Brandenburger Schülerinnen und Schüler.....	77
Abb. 29: Einhalten von Corona-Schutzmaßnahmen durch Brandenburger Schülerinnen und Schülern.....	80
Abb. 30: Einhalten von Corona-Schutzmaßnahmen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand.....	81
Abb. 31: Häufigkeit der angegebenen Familienformen. Gezeigt ist das dauerhafte oder überwiegende Zusammenleben mit der jeweils angegebenen Personengruppe.....	84
Abb. 32: Häufigkeit der angegebenen Familienform der Kinder und Jugendlichen 2018 und 2022 in Prozent.....	86
Abb. 33: Mittlere erlebte familiäre Unterstützung nach Familienform.....	88
Abb. 34: Mittlere empfundene familiäre Unterstützung der Kinder und Jugendlichen 2018 und 2022 bei möglichen Werten zwischen 0 und 10.....	90

Abb. 35: Leichte und schwere familiäre Kommunikation mit Mutter, Vater, Stiefmutter und Stiefvater (jeweils nur, wenn vorhanden/Kontakt besteht) in Prozent.	92
Abb. 36: Anteil der als schwer empfundenen Kommunikation mit Mutter und Vater durch die befragten Kinder und Jugendlichen 2018 und 2022 in Prozent.	94
Abb. 37: Anteil des niedrigen, mittleren und hohen erlebten familiären Wohlstands nach Migrationshintergrund der Kinder und Jugendlichen 2022.	100
Abb. 38: Anteil der befragten Kinder und Jugendlichen nach Migrationsstatus in den Erhebungsjahren 2018 und 2022 in Prozent.	101
Abb. 39: Schulformen der Grundschule und Sekundarstufe I, die von Brandenburger Schüler*innen besucht werden, nach familiärem Wohlstand.	103
Abb. 40: Schulzufriedenheit von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Schulform.	105
Abb. 41: Schulzufriedenheit von Brandenburger Schüler*innen 2022 im Vergleich zu 2018.	106
Abb. 42: Schulisches Belastungserleben von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Schulform.	107
Abb. 43: Schulisches Belastungserleben von Brandenburger Schüler*innen 2022 im Vergleich zu 2018.	109
Abb. 44: Globaleinschätzung der Unterstützung durch Lehrkräfte (Mittelwert) aus Perspektive der Brandenburger Schülerinnen und Schüler nach Schulform.	111
Abb. 45: Globaleinschätzung der Unterstützung durch Lehrkräfte (Mittelwert) bei Brandenburger Schüler*innen 2022 im Vergleich zu 2018.	112
Abb. 46: Globaleinschätzung der Unterstützung durch Mitschüler*innen (Mittelwert) aus Perspektive der Brandenburger Schüler*innen nach Schulform.	114
Abb. 47: Globaleinschätzung der Unterstützung durch Mitschüler*innen (Mittelwert) bei Brandenburger Schüler*innen 2022 im Vergleich zu 2018.	115
Abb. 48: Globaleinschätzung der Unterrichtsqualität (Mittelwert) aus Perspektive der Brandenburger Schüler*innen nach Schulform.	117
Abb. 49: Globaleinschätzung der Unterrichtsqualität (Mittelwert) bei Brandenburger Schüler*innen 2022 im Vergleich zu 2018.	119
Abb. 50: Globaleinschätzung der Unterstützung durch Freund*innen (Mittelwert) aus Perspektive der Brandenburger Schüler*innen nach Geschlecht, Klassenstufe, familiärem Wohlstand und Schulform.	121
Abb. 51: Globaleinschätzung der Unterstützung durch Freund*innen (Mittelwert) bei Brandenburger Schüler*innen 2022 im Vergleich zu 2018.	122
Abb. 52: Ausprägung der Gesundheitskompetenz der befragten Kinder und Jugendlichen in den Erhebungsjahren 2018 und 2022 bei möglichen Werten zwischen 0 und 10.	126

Abb. 53: Häufigkeit der Online-Kommunikation der Kinder und Jugendlichen mit engen Freund*innen, dem erweiterten Freundeskreis, Freund*innen aus dem Internet und anderen Personen 2022 in Prozent.	128
Abb. 54: Intensität der Online-Kommunikation (Mittelwert) der befragten Kinder und Jugendlichen in den Erhebungsjahren 2018 und 2022 bei möglichen Werten zwischen 0 und 10.	131

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Inhaltsbereiche mit Beispielindikatoren, HBSC-Studie Brandenburg 2022	5
Tab. 2: Realisierte Stichprobe nach Schulform, Jahrgangsstufe und Geschlecht, HBSC-Studie Brandenburg 2022	7
Tab. 3: Grundgesamtheit und realisierte Stichprobe nach Geschlecht, Jahrgangsstufe, Schulform, Trägerschaft der Schulen und Gemeindegrößen der Schulstandorte, HBSC-Studie Brandenburg 2022..	8
Tab. 4: Stichprobe 2018 und 2022 nach Geschlecht, Jahrgangsstufe, Schulform und Trägerschaft der Schulen und Gemeindegröße, HBSC-Studie Brandenburg 2022	9
Tab. 5: Allgemeiner Gesundheitszustand von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022....	12
Tab. 6: Corona-Infektionen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022	14
Tab. 7: Häufigkeit behandlungsrelevanter Verletzungen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern innerhalb der letzten 12 Monate nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022	16
Tab. 8: Häufigkeit mehrmals wöchentlich auftretender multipler psychosomatischer Beschwerden von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022	21
Tab. 9: Depressive Symptomatik (Mittelwert) nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärer Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022	24
Tab. 10: Einsamkeit von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022	26
Tab. 11: Anteil der Schülerinnen und Schüler, die täglich mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind, getrennt nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022	30
Tab. 12: Sportliche Aktivität von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022	33
Tab. 13: Häufigkeit des täglichen Frühstückens an Schultagen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022	35
Tab. 14: Häufigkeit des täglichen Obst- und Gemüsekonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022	39

Tab. 15: Häufigkeit des täglichen Süßigkeiten- und Softdrinkkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022	40
Tab. 16: Häufigkeit, mit der Brandenburger Schülerinnen und Schüler ihre Zähne putzen, nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022	43
Tab. 17: Beteiligung an Schlägereien von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand im Erhebungsjahr 2022 in Prozent, HBSC-Studie Brandenburg 2022	46
Tab. 18: Erfahrungen, in den letzten Monaten gemobbt worden zu sein oder andere zu mobben von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand im Erhebungsjahr 2022 in Prozent, HBSC-Studie Brandenburg 2022	50
Tab. 19: Erfahrungen, in den letzten Monaten online gemobbt worden zu sein oder andere online zu mobben von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand im Erhebungsjahr 2022 in Prozent, HBSC-Studie Brandenburg 2022	53
Tab. 20: Häufigkeit des Zigarettenkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022	56
Tab. 21: Häufigkeit des Alkoholkonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022	59
Tab. 22: Häufigkeit alkoholbedingter Rauscherfahrungen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022	62
Tab. 23: Häufigkeit des Cannabiskonsums von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022	64
Tab. 24: Lebenszeit-Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge außer Cannabis von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022	67
Tab. 25: Problematischer Konsum sozialer Medien, nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022	70
Tab. 26: Alter beim ersten Geschlechtsverkehr von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022	73
Tab. 27: Verhütungsverhalten beim letzten Geschlechtsverkehr von Brandenburger Schülerinnen und Schülern (nur Jahrgangsstufe 9) nach Geschlecht, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022	75

Tab. 28: Häufigkeit der Corona-Impfungen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand, HBSC-Studie Brandenburg 2022....	78
Tab. 29: Zusammenhänge zwischen der Familienform und dem berichteten allgemeinen Gesundheitszustand, der berichteten depressiven Symptomatik, den berichteten psychosomatischen Beschwerden und dem berichteten Alkoholkonsum der letzten 30 Tage, HBSC-Studie Brandenburg 2022	85
Tab. 30: Zusammenhänge zwischen der erlebten familiären Unterstützung und dem berichteten allgemeinen Gesundheitszustand, der berichteten depressiven Symptomatik, den berichteten psychosomatischen Beschwerden und dem berichteten Alkoholkonsum der letzten 30 Tage, HBSC-Studie Brandenburg 2022	89
Tab. 31: Familiäre Kommunikation (Mutter/Vater) nach Geschlecht und Klassenstufe, HBSC-Studie Brandenburg 2022	93
Tab. 32: Zusammenhänge zwischen der familiären Kommunikation mit Mutter und Vater und dem berichteten allgemeinen Gesundheitszustand, der berichteten depressiven Symptomatik, den berichteten psychosomatischen Beschwerden und dem berichteten Alkoholkonsum der letzten 30 Tage, HBSC-Studie Brandenburg 2022.....	93
Tab. 33: Mittelwert des familiären Wohlstands von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform, Familienform, familiärer Unterstützung und familiärer Kommunikation im Erhebungsjahr 2022, HBSC-Studie Brandenburg 2022	97
Tab. 34: Zusammenhänge zwischen dem Migrationshintergrund und dem berichteten allgemeinen Gesundheitszustand, der berichteten depressiven Symptomatik, den berichteten psychosomatischen Beschwerden und dem berichteten Alkoholkonsum der letzten 30 Tage, HBSC-Studie Brandenburg 2022	100
Tab. 35: Allgemeiner Gesundheitszustand, Depressive Symptomatik, Psychosomatische Beschwerden und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Schulzufriedenheit, HBSC-Studie Brandenburg 2022.....	105
Tab. 36: Allgemeiner Gesundheitszustand, Depressive Symptomatik, Psychosomatische Beschwerden und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schüler*innen nach schulischem Belastungserleben, HBSC-Studie Brandenburg 2022	108
Tab. 37: Allgemeiner Gesundheitszustand, depressive Symptomatik, psychosomatische Beschwerden und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach der Unterstützung durch Lehrkräfte (kategorisierte Gesamteinschätzung), HBSC-Studie Brandenburg 2022	111
Tab. 38: Allgemeiner Gesundheitszustand, depressive Symptomatik, psychosomatische Beschwerden und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schüler*innen nach der Unterstützung durch Mitschüler*innen (kategorisierte Gesamteinschätzung), HBSC-Studie Brandenburg 2022	114
Tab. 39: Allgemeiner Gesundheitszustand, Depressive Symptomatik, Psychosomatische Beschwerden und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schüler*innen nach der Unterrichtsqualität (kategorisierte Gesamteinschätzung), HBSC-Studie Brandenburg 2022.....	118

Tab. 40: Allgemeiner Gesundheitszustand, depressive Symptomatik, psychosomatische Beschwerden und 30-Tages-Alkoholkonsum von Brandenburger Schüler*innen nach der Unterstützung durch Freund*innen (kategorisierte Gesamteinschätzung), HBSC-Studie Brandenburg 2022	121
Tab. 41: Zusammenhänge zwischen der Gesundheitskompetenz und dem berichteten allgemeinen Gesundheitszustand, der berichteten depressiven Symptomatik, den berichteten psychosomatischen Beschwerden und dem berichteten Alkoholkonsum der letzten 30 Tage, HBSC-Studie Brandenburg 2022	125
Tab. 42: Mittelwerte der Intensität der Online-Kommunikation insgesamt und nach einzelnen Personengruppen von Brandenburger Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und familiärem Wohlstand im Erhebungsjahr 2022 bei möglichen Werten zwischen 0 und 10, HBSC-Studie Brandenburg 2022	129
Tab. 43: Zusammenhänge zwischen der Intensität der Online-Kommunikation (gesamt, mit engen Freund*innen und mit Internet-Freund*innen) und dem berichteten allgemeinen Gesundheitszustand, der berichteten depressiven Symptomatik, den berichteten psychosomatischen Beschwerden und dem berichteten Alkoholkonsum der letzten 30 Tage, HBSC-Studie Brandenburg 2022.....	130

Literaturverzeichnis

- Aarø, L., & Wold, B. (Eds.) (1986). *Health behaviour in school-aged children: A WHO cross-national survey: Research protocol*. University of Bergen & WHO-EURO Office.
- Acuña, M. A., & Kataoka, S. (2017). Family communication styles and resilience among adolescents. *Social Work, 62*(3), 261–269. <https://doi.org/10.1093/sw/swx017>
- Adams, P. F., & Hardy, A. M. (1989). *Current estimates from the national health interview survey United States* (10. ed.). National Center for Health Statistics.
- Allmendinger, J., Bergholz, W., Brenner, M., Bunte, A., Domschke, K., Dreier, H., Drosten, C., Stöhr, K., Huster, S., Kießling, A., Kingreen, T., Kroemer, H. K., Rosenbrock, R., Rübsamen-Schaeff, H., Schmidt, C. M., Siegmund, B., Streeck, H., Taupitz, J., & Teichert, U. (2022). *Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik: Bericht des Sachverständigenausschusses nach § 5 Abs. 9 IfSG*. Bundesgesundheitsministerium.
- Andrade, A. S., Roca, J. S., & Pérez, S. R. (2023). Children's emotional and behavioral response following a migration: A scoping review. *Journal of Migration and Health, 7*, 100176. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2023.100176>
- Aune, D., Giovannucci, E., Boffetta, P., Fadnes, L. T., Keum, N., Norat, T., Greenwood, D. C., Riboli, E., Vatten, L. J., & 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* (3), 1029–1056. <https://doi.org/10.1093/ije/dyw319>
- Autor*innengruppe Bildungsberichterstattung. (2020). *Bildung in Deutschland 2020: Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung in einer digitalisierten Welt*. wbv Media. <https://www.bildungsbericht.de/de/bildungsberichte-seit-2006/bildungsbericht-2022/pdf-dateien-2022/bildungsbericht-2022.pdf>
- Avşar, T.S., McLeod, H., & Jackson, L. (2021). Health outcomes of smoking during pregnancy and the postpartum period: An umbrella review. *BMC Pregnancy and Childbirth, 21*, 254. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03729-1>
- Ayouni, I., Maatoug, J., Dhoub, W., Zammit, N., Fredj, S. B., Ghammam, R., & Ghannem, H. (2021). Effective public health measures to mitigate the spread of COVID-19: A systematic review. *BMC Public Health, 21*, 1015. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11111-1>
- Baarck, J., Balahur, A., Cassio, L., d' Hombres, B., Pásztor, Z., & Tintori, G. (2021). *Loneliness in the EU: Insights from surveys and online media data*. EUR 30765 EN. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.09.002>
- Bacher-Hicks, A., Goodman, J., Greif Green, J., & Holt, M. K. (2022). The COVID-19 pandemic disrupted both school bullying and cyberbullying. *American Economic Review: Insights, 4*(3), 353–370. <https://doi.org/10.1257/aeri.20210456>
- 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* (1), 106–113. <https://doi.org/10.1093/jn/nxy194>
- Bányai, F., Zsila, Á., Király, O., Maraz, A., Elekes, Z., Griffiths, M. D., Andreassen, C. S., & Demetrovics, Z. (2017). Problematic social media use: Results from a large-scale nationally representative adolescent sample. *PloS one, 12*(1), e0169839. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169839>
- Barlett, C. P., Simmers, M. M., Roth, B., & Gentile, D. (2021). Comparing cyberbullying prevalence and process before and during the COVID-19 pandemic. *The Journal of Social Psychology, 161*(4), 408–418. <https://doi.org/10.1080/00224545.2021.1918619>

- 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(4), 335–342. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.4.335>
- 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 (8), 1424–1435. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.12.002>
- Beyens, I., Pouwels, J. L., van Driel, I. I., Keijsers, L., & Valkenburg, P. M. (2020). The effect of social media on well-being differs from adolescent to adolescent. *Scientific Reports*, 10, 10763. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-67727-7>
- Beyens, I., & Valkenburg, P. M. (2022). Children's media use and its relation to attention, hyperactivity, and impulsivity. In D. Lemish (Ed.), *The Routledge International Handbook of Children, Adolescents, and Media* (pp. 202–210). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003118824-26>
- Biddle, S. J., Gorely, T., & Stensel, D. J. (2004). Health-enhancing physical activity and sedentary behaviour in children and adolescents. *Journal of Sports Sciences*, 22(8), 679–701. <https://doi.org/10.1080/02640410410001712412>
- Bilz, L. (2008). *Schule und psychische Gesundheit. Risikobedingungen für emotionale Auffälligkeiten von Schülerinnen und Schülern*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-91072-7>
- Bilz, L. (2012). Depressive Störungen. In U. Sandfuchs, W. Melzer, B. Dühlmeier & A. Rausch (Hrsg.), *Handbuch Erziehung* (S. 453–459). Klinkhardt.
- Bilz, L. (2013). Die Bedeutung des Klassenklimas für internalisierende Auffälligkeiten von 11- bis 15-Jährigen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 60(4), 282–294. <http://dx.doi.org/10.2378/peu2013.art06d>
- Bilz, L., Fischer, S. M., Hoppe-Herfurth, A.-C., & John, N. (2022). A consequential partnership: The association between teachers' well-being and students' well-being and the role of teacher support as a mediator. *Zeitschrift für Psychologie*, 230(3), 264–275. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000497>
- Birgisson, O., Hysing, M., Eriksen, H. R., Johannsson, E., & Gestsdottir, S. (2023). The relationship between online communication and adolescents' mental health: Long-term evaluation between genders. *Scandinavian Journal of Public Health*, Online-First-Publication. <https://doi.org/10.1177/14034948231161382>
- Biswas, T., Scott, J., Munir, K., Renzaho, A., Rawal, L. B., Baxter, J., & Mamun, A. A. (2020). Global variation in the prevalence of suicidal ideation, anxiety and their correlates among adolescents: A population based study of 82 countries. *eClinicalMedicine*, 24, 100395. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100395>
- Blume, M., Rattay, P., Hoffmann, S., Spallek, J., Sander, L., Herr, R., Richter, M., Moor, I., Dragano, N., Pischke, C., Iashchenko, I., Hövener, C., & Wachtler, B. (2021). Health inequalities in children and adolescents: A scoping review of the mediating and moderating effects of family characteristics. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7739. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157739>
- Blythe, M. J., & Diaz, A. (2007). Contraception and adolescents. *Pediatrics*, 120 (5), 1135–1148. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2535>
- Bode, H., & Heßling, A. (2015). *Jugendsexualität 2015: Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen: Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Boccio, C. M., & Leal, W. E. (2023). Does socializing in the virtual world impact victimization in the real world? *Journal of Interpersonal Violence*, 38(3–4), 3756–3776. <https://doi.org/10.1177/08862605221109922>
- Borualogo, I. S., & Casas, F. (2023). Sibling bullying, school bullying, and children's subjective well-being before and during the COVID-19 pandemic in Indonesia. *Child Indicator Research*, 16, 1203–1232. <https://doi.org/10.1007/s12187-023-10013-5>

- 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* (1), 112–118. <https://doi.org/10.1542/peds.113.1.112>
- 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*, *3*(6), 408–412. <https://doi.org/10.3109/01612840903484105>
- 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. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005813>
- Brake, A. (2010). Familie und Peers: Zwei zentrale Sozialisationskontexte zwischen Rivalität und Komplementarität. In M. Harring, O. Böhm-Kasper, C. Rohlf, & Ch. Palentien (Hrsg.), *Freundschaften, Cliques, Jugendkulturen: Die Peer Group als Sozialisations- und Bildungsinstantz* (S. 385–405). VS Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92315-4>
- 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. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040151>
- 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*(6), 575–580. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a117473>
- Brendgen, M., Poulin, F., & Denault, A.-S. (2019). Peer victimization in school and mental and physical health problems in young adulthood: Examining the role of revictimization at the workplace. *Developmental Psychology*, *55*(10), 2219–2230. <https://doi.org/10.1037/dev0000771>
- Brody, S. (2010). The relative health benefits of different sexual activities. *Journal of Sexual Medicine*, *7*(4), 1336–1361. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01677.x>
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Schlupp, S., & Pinheiro, P. (2020). Advancing perspectives on health literacy in childhood and youth. *Health Promotion International*, *35*(3), 575–585. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz041>
- Brooks, F., Zaborskis, A., Tabak, I., del Carmen Granado Alcón, M., Zemaitiene, N., de Roos, S., & Klemra, 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*(2), 46–50. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv034>
- Bucur, A., Ursoniu, S., Caraion-Buzdea, C., Ciobanu, V., Florescu, S., & Vladescu, C. (2020). Aggressive behaviors among 15-16-year-old Romanian high school students: Results from two consecutive surveys related to alcohol and other drug use at the European level. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(10), 1670. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103670>
- Buhi, E. R., & Goodson, P. (2007). Predictors of adolescent sexual behavior and intention: A theory guided systematic review. *Journal of Adolescent Health*, *40* (1), 4–21. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.09.027>
- Bundesministerium des Innern und für Heimat/Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2022). *Migrationsbericht der Bundesregierung: Migrationsbericht 2020*. BMI/BAMF. https://www.bamf.de/Shared-Docs/Anlagen/DE/Forschung/Migrationsberichte/migrationsbericht-2020.pdf?__blob=publication-File&v=20 (12.06.2023)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2017). *Familienreport 2017: Leistungen, Wirkungen, Trends*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2021). *Familie heute: Daten, Fakten, Trends: Familienreport 2020*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2021). *Rauchen*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/r/rauchen.html> (20.10.2022)

- Bundesministerium für Gesundheit. (2022). *Alkohol*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/alkohol.html> (20.10.2022)
- Bundesministerium für Gesundheit. (2023). *Übersicht zum Impfstatus*. <https://impfdashboard.de/> (07.07.2023)
- Bundeszentrum für Ernährung. (2021). *Kinder in Corona-Zeiten*. <https://www.bzfe.de/service/news/aktuelle-meldungen/news-archiv/meldungen-2021/februar/kinder-in-corona-zeiten/> (20.03.2023)
- Caldwell, E. P., & Melton, K. (2020). Health literacy of adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 55, 116–119. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.08.020>
- Camacho, I., Jiménez-Iglesias, A., Rivera, F., Moreno, C., & Gaspar de Matos, M. (2020). Communication in single- and two-parent families and their influence on Portuguese and Spanish adolescents' life satisfaction. *Journal of Family Studies*, 26(1), 157–167. <https://doi.org/10.1080/13229400.2017.1361856>
- 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 (10), e0139907. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139907>
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concern*. Rutgers University Press.
- Caplan, S. E. (2010). Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. *Computers in human behavior*, 26(5), 1089–1097. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2010.03.012>
- 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., Tylor, A., Arseneault, L., Williams, B., Braithwaite, A., Poulton, R., & 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 (10), 1117–1127. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.01.026>
- Cavanaugh, A. M., & Buehler, C. (2016). Adolescent loneliness and social anxiety: The role of multiple sources of support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 33(2), 149–170. <https://doi.org/10.1177/0265407514567837>
- Chang, R., Li, C., Qi, H., Zhang, Y., & Zhang, J. (2022). Birth and health outcomes of children migrating with parents: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Pediatrics*, 10, 810150. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.810150>
- Chaput, J-P., Willumsen, J., Bull, F., Chou, R., Ekelund, U., Firth, J., Jago, R., Ortega, F. B., & Katzmarzyk, P. T. (2020). 2020 WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour for children and adolescents aged 5–17 years: Summary of the evidence. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17, 141. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01037-z>
- Chen, E., Martin, A. D., & Matthews, K. A. (2006). Socioeconomic status and health: Do gradients differ within childhood and adolescence? *Social Science & Medicine*, 62 (9), 2161–2170. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.054>
- Chen, L. H., Warner, M., Fingerhut, L., & Makuc, D. (2009). *Injury episodes and circumstances: National health interview survey, 1997–2007*. National Center for Health Statistics.
- Chen, E., & Miller, G. E. (2013). Socioeconomic status and health: Mediating and moderating factors. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 723–749. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185634>
- Chenchula, S., Karunakaran, P., Sharma, S., & Chavan, M. (2022). Current evidence on efficacy of COVID-19 booster dose vaccination against the Omicron variant: A systematic review. *Journal of Medical Virology*, 94 (7), 2969–2976. <https://doi.org/10.1002/jmv.27697>

- 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. <https://doi.org/10.1007/BF03262848>
- 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 & Clinical Psychology*, 29(6), 624–645. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2010.29.6.624>
- Chu, D. K., Akl, E. A., Duda, S., Solo, K., Yaacoub, S., & Schünemann, H. J. (2020). Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 395(10242), 1973–1987. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9)
- Coleman, N., Sykes, W., & Groom, C. (2017). *Peer support and children and young people's mental health: Research review*. Department of Education (UK). https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/603107/Children_and_young_people_s_mental_health_peer_support.pdf
- Collins, W. A. (1997). Relationships and development during adolescence: Interpersonal adaptation to individual change. *Personal Relationships*, 4(1), 1–14. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1997.tb00126.x>
- 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. <https://doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.101>
- 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(5), 613–619. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2003.11.027>
- 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 (3), 385–397. <https://doi.org/10.1093/her/12.3.385>
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, B. (Eds.). (2001). *Health behaviour in school-aged children: A world health organization cross-national study: Research protocol for the 2000/02 survey*. University of Edinburgh/CAHRU.
- Currie, D., Inchley, J., Molcho, M., Lenzi, M., Veselska, Z., & Wild, F. (Eds.). (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.
- Curtis, P., Thompson, J., & Fairbrother, H. (2018). Migrant children within Europe: A systematic review of children's perspectives on their health experiences. *Public Health*, 158, 71–85. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.01.038>
- Dadaczynski, K., Rathmann, K., Schricker, J., Bilz, L., Sudeck, G., Fischer, S. M., Janiczek, O., & Quilling, E. (2022). Digitale Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern: Ausprägung und Assoziationen mit dem Bewegungs- und Ernährungsverhalten. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 65, 784–794. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03548-5>
- Danielsen, A. G., Samdal, O., Hetland, J., & Wold, B. (2009). School-related social support and students' perceived life satisfaction. *The Journal of Educational Research*, 102(4), 303–318. <https://doi.org/10.3200/JOER.102.4.303-32>
- Degenhardt, L., & Hall, W. (2012). Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet*, 379 (9810), 55–70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61138-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61138-0)
- 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 (1), 70–85. <https://doi.org/10.1159/000348878>

- Delaney, C. L., & Byrd-Bredbenner, C. (2022). Family social support and weight-related behaviors of school-age children: An exploratory analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8501. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148501>
- 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(5), 657–661. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.007>
- Deutsche Befragung zum Rauchverhalten. (2023). *Prävalenz aktuelle Tabak-Raucher*innen nach Alterskategorie und Jahr der Datenerhebung*. <https://www.debra-study.info/> (10. 02. 2023)
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE). (2022). *Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE*. <https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/10-regeln-der-dge/> (04. 08. 2023)
- Devaney, C., Christiansen, Ø., Holzer, J., MacDonald, M., Matias, M., & Salamon, E. (2023). Child, parent or family? Applying a systemic lens to the conceptualisations of family support in Europe. *European Journal of Social Work*, 26(2), 335–347. <https://doi.org/10.1080/13691457.2022.2146308>
- De Wit, D. J., 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 the Schools*, 48(6), 556–572. <https://doi.org/10.1002/pits.20576>
- Di Castelnuovo, A., Costanzo, S., Bagnardi, V., Donati, M. B., Iacoviello, L., & de Gaetano, G. (2006). Alcohol dosing and total mortality in men and women: An updated meta-analysis of 34 prospective studies. *Archives of Internal Medicine*, 166 (22), 2437–2445. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.22.2437>
- Diehl, K., De Bock, F., & Schneider, S. (2014). Bedeutung der sportlichen Aktivität für Kinder und Jugendliche aus soziologischer und pädagogischer Perspektive. In S. Becker (Hrsg.) *Aktiv und Gesund?* Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19063-1_13
- 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., De Henauw, S., De Vriendt, T., González-Gross, M., Leclercq, C., Gottrand, F., Gilbert, C., Dallongeville, J., Cuenca-Garcia, M., Manios, Y., Kafatos, A., Plada, M., & 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 (3), 386–398. <https://doi.org/10.1017/S1368980011001935>
- Eccles, A., Qualter, P., Madsen, K., & Holstein, B. (2020). Loneliness in the lives of Danish adolescents: association's with health and sleep. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48 (8), 877–887. <https://doi.org/10.1177/1403494819865429>
- Eime, R. M., Harvey, J. T., Sawyer, N. A., Craike, M. J., Symons, C. M., Polman, R. C., & Payne, W. R. (2013a). Understanding the contexts of adolescent female participation in sport and physical activity. *Research quarterly for exercise and sport*, 84(2), 157–166. <https://doi.org/10.1080/02701367.2013.784846>
- 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. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-98>
- 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 (6), 465–473. [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(00\)00202-0](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(00)00202-0)

- Elmore, G. M., & Huebner, E. S. (2010). Adolescents' satisfaction with school experiences: Relationships with demographics, attachment relationships, and school engagement behavior. *Psychology in the Schools, 47*(6), 525–537. <https://doi.org/10.1002/pits.20488>
- EMCDDA. (2019). *European drug report: Trends and developments 2019*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2810/191370>
- Erdogan, Y., Hammami, N., & Elgar, F. J. (2023). Bullying, family support, and life satisfaction in adolescents of single-parent households in 42 countries. *Child Indicators Research, 16*, 739–753. <https://doi.org/10.1007/s12187-022-09996-4>
- Ernst, M., Niederer, D., Werner, A. M., Czaja, S. J., Mikton, C., Ong, A. D., Rosen, T., Brähler, E., & Beutel, M. E. (2022). Loneliness before and during the COVID-19 Pandemic: A systematic review with meta-analysis. *American Psychologist, 77*(5), 660–677. <http://dx.doi.org/10.1037/amp00011005>
- Erskine, 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*(4), 395–402. <https://doi.org/10.1017/S2045796015001158>
- Estell, D.B., & Perdue, N.H. (2013). Social support and behavioral and affective school engagement: The effects of peers, parents and teachers. *Psychology in the Schools, 50* (4), 325–339. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.958286>
- Estévez, E., Cañas, E., Estévez, J. F., & Povedano, A. (2020). Continuity and overlap of roles in victims and aggressors of bullying and cyberbullying in adolescence: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(20), 7452. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207452>
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. (2022). *Europäischer Drogenbericht 2022: Trends und Entwicklungen*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. <https://doi.org/10.2810/541855>
- Euser, S., Kroese, F. M., Derks, M., & de Bruin, M. (2022). Understanding COVID-19 vaccination willingness among youth: A survey study in the Netherlands. *Vaccine, 40* (6), 833–836. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.12.062>
- Eyerund, T., & Orth, A. (2019). *Einsamkeit in Deutschland: Aktuelle Entwicklung und soziodemographische Zusammenhänge*. IW-Report, No. 22/2019. Institut der deutschen Wirtschaft (IW).
- 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*(4), 299–305. <https://doi.org/10.3109/17477160902811215>
- Feikin, D. R., Higdon, M. M., Abu-Raddad, L. J., Andrews, N., Araos, R., Goldberg, Y., Groome, M. J., Huppert, A., O'Brien, K. L., Smith, P. G., Wilder-Smith, A., Zeger, S., Knoll, M., & Pate, M. K. (2022). Duration of effectiveness of vaccines against SRAS-VoV-2 infection and COVID-19 disease: results of a systematic review and meta-regression. *Lancet, 399* (10328), 924–944. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00152-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00152-0)
- Fend, H. (2003). *Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. Leske + Budrich. <https://doi.org/10.1007/978-3-663-06721-4>
- 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*(6), 1096–1101. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.074609>
- Fiolet, T., Kherabi, Y., MacDonald, C.-J., Ghosn, J., & Peiffer-Smadja, N. (2022). Comparing COVID-19 vaccines for their characteristics, efficacy and effectiveness against SARS-CoV-2 and variants of concern: A narrative review. *Clinical Microbiology and Infection, 28* (2), 202–221. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2021.10.005>

- Fischer, S. M., John, N., Melzer, W., Kaman, A., Winter, K., & Bilz, L. (2020). Mobbing und Cybermobbing bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse der HBSC-Studie 2017/18 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 5 (3), 56–72. <https://doi.org/10.25646/6894>
- Fischer, S. M., Dadaczynski, K., Sudeck, G., Rathmann, K., Paakkari, O., Paakkari, L., Bilz, L., & the HBSC Study Group Germany. (2022). Measuring health literacy in childhood and adolescence with the scale Health Literacy in School-Aged Children: German Version: The psychometric properties of the German-language version of the WHO health survey scale HLSAC. *Diagnostica*, 68(4), 184–196. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000296>
- Flaxman, S., Mishra, S., Gandy, A., Unwin, H. J. T., Mellan, T. A., Coupland, H., Whittaker, C., Zhu, H., Berah, T., Eaton, J. W., Monod, M., Imperial College COVID-19 Response Team, Ghani, A. C., Donnelly, C. A., Riley, S., Vollmer, M. A. C., Ferguson, N. M., Okell, L. C., & Bhatt, S. (2020). Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe. *Nature*, 585, 257–261. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2405-7>
- Fleary, S. A., Joseph, P., & Pappagianopoulos, J. E. (2018). Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *Journal of Adolescence*, 62 (1), 116–127. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.11.010>
- Fließer, M., Holzmann, C., & Wippert, P. M. (2014). Gesundheit und Sport im Lebensverlauf. In S. Becker (Hrsg.) *Aktiv und Gesund?* Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19063-1_2
- Fontaine, R. G., Yang, C., Burks, V. S., Dodge, K.A., Price, J. M., Pettit, J. S., & Bates, J. E. (2009). Loneliness as a partial mediator of the relation between low social preference in childhood and anxious/depressed symptoms in adolescence. *Developmental Psychopathology*, 21(2), 479–491. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000261>
- Forschungsgruppe Schulevaluation. (1998). *Gewalt als soziales Problem in Schulen*. Opladen: Leske & Budrich. <https://doi.org/10.1007/978-3-322-92271-7>
- Fortenberry, J. D. (2013). Sexual Development in Adolescents. In D. S. Bromberg & W. T. O'Donohue (Eds.), *Handbook of child and adolescent sexuality* (pp. 171–192). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-387759-8.00007-6>
- 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 (3), 492–500. <https://doi.org/10.1037/a0024331>
- Franssen, T., Stijnen, M., Hamers, F., & Schneider, F. (2020). Age differences in demographic, social and health-related factors associated with loneliness across the adult life span (19–65 years): A cross-sectional study in the Netherlands. *BMC Public Health*, 20, 1118. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09208-0>
- Freeman Cenegey, L., Denney, J. T., & Kimbro, R. T. (2018). Family diversity and child health: Where do same-sex couple families fit? *Journal of Marriage and Family*, 80 (1), 198–218. <https://doi.org/10.1111/jomf.12437>
- Frøyland, L. R., & von Soest, T. (2020). Adolescents boys' physical fighting and adult life outcomes: Examining the interplay with intelligence. *Aggressive Behavior*, 46(1), 72–83. <https://doi.org/10.1002/ab.21871>
- 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 (1), 155–164. <https://doi.org/10.1002/ijc.23033>
- 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. <https://doi.org/10.1177/0017896914555039>
- Giami, A. (2002). Sexual health: The emergence, development, and diversity of a concept. *Annual Review of Sex Research*, 13, 1–35.

- Girum, T., Lentiro, K., Geremew, M., Migora, B., Shewamare, S., & Shimbire, M. S. (2021). Optimal strategies for COVID-19 prevention from global evidence achieved through social distancing, stay at home, travel restriction and lockdown: A systematic review. *Archives of Public Health*, 79, 150. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00663-8>
- 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 (9547), 1595–1607. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69478-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69478-6)
- 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 (3), 267–287. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.4276>
- Gogoll, A. (2004). *Belasteter Geist–Gefährdeter Körper: Sport, Stress und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter*. Hofmann. <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2437725>
- Gore, S., Farrell, F., & Gordon, J. (2001). Sports involvement as protection against depressed mood. *Journal of research on adolescence*, 11(1), 119–130. <https://doi.org/10.1111/1532-7795.00006>
- Grunert, C. (2006). Bildung und Lernen – ein Thema der Kindheits- und Jugendforschung? In T. Rauschenbach, W. Dux & E. Sass (Hrsg.), *Informelles Lernen im Jugendalter – Vernachlässigte Dimensionen der Bildungsdebatte* (S. 15–34). Juventa.
- Gu, J. (2022). Physical activity and depression in adolescents: Evidence from China family panel studies. *Behavioral sciences*, 12(3), 71. <https://doi.org/10.3390/bs12030071>
- Gutmann, M. T., Aysel, M., Özlü-Erkilic, Z., Popow, C., & Akkaya-Kalayci, T. (2019). Mental health problems of children and adolescents, with and without migration background, living in Vienna, Austria. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13, 35. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0295-y>
- 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(3), 199–212. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000082>
- Hajok, D. (2014). Veränderte Medienwelten von Kindern und Jugendlichen. Neue Herausforderungen für den Kinder- und Jugendmedienschutz. *BPJM-Aktuell*, 3, 3–17.
- Hall, W., Degenhardt, L., & Sindicich, N. (2008). Illicit drug use and the burden of disease. In K. Heggenhougen & S. Quah (Eds.), *International encyclopedia of public health* (pp. 523–530). Academic Press.
- Hall, W., & Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*, 374(9698), 1383–1391. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61037-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61037-0)
- Han, L., You, D., Gao, X., Duan, S., Hu, G., Wang, H., Liu, S., & 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(9), 616–626. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30195-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30195-6)
- Harder, T., Kulper-Schiek, W., Reda, S., Treskova-Schwarzbach, M., Koch, J., Vygen-Bonnet, S., & Wichmann, O. (2021). Effectiveness of COVID-19 vaccines against SARS-CoV-2 infection with the Delta (B.1.617.2) variant: Second interim results of a living systematic review and meta-analysis: 1 January to 25 August 2021. *Euro Surveill*, 26(41), 2100920. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.41.2100920>
- Haug, S., Schnell, R., Scharf, A., Altenbucher, A., & Weber, K. (2022). Bereitschaft zur Impfung mit einem COVID-19-Vakzin: Risikoeinschätzung, Impferfahrungen und Einstellung zu Behandlungsverfahren. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 17, 537–544. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00908-y>

- Haugland, S., Wold, B., & Torsheim, T. (2003). Relieving the pressure? The role of physical activity in the relationship between school-related stress and adolescent health complaints. *Research quarterly for exercise and sport*, 74(2), 127–135. <https://doi.org/10.1080/02701367.2003.10609074>
- Heaney, C. A., & Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 189–210). Jossey-Bass.
- Hecimovic, K., Barrett, S. P., Darredeau, C., & Stewart, S. H. (2014). Cannabis use motives and personality risk factors. *Addictive Behaviors*, 39 (3), 729–732. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.11.025>
- Hemmer, C. J., Hufert, F., Siewert, S., & Reisinger, E. (2021). Protection from COVID-19: The efficacy of face masks. *Deutsches Ärzteblatt*, 118, 59–65. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0119>
- Henriksen, M., Skrove, M., Hoftun, G. B., Sund, E. R., Lydersen, S., Tseng, W.-L., & Sukhodolsky, D. G. (2021). Developmental course and risk factors of physical aggression in late adolescence. *Child Psychiatry & Human Development*, 52, 628–639. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01049-7>
- Henriksen, M., Skrove, M., Hoftun, G. B., Lydersen, S., Stover, C., Kalvin, C. B., & Sukhodolsky, D. G. (2023). Sex differences and similarities in risk factors of physical aggression in adolescence. *Journal of Child and Family Studies*, 32, 1177–1191. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02284-3>
- Heerde, J. A., & Hemphill, S. A. (2019). Are bullying perpetration and victimization associated with adolescent deliberate self-harm? A meta-analysis. *Archives of Suicide Research*, 23(3), 353–381. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1472690>
- 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(4), 590–605. <https://doi.org/10.1093/advances/nmy130>
- Herke, M., Knöchelmann, A., & Richter, M. (2020). Health and well-being of adolescents in different family structures in Germany and the importance of family climate. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6470. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186470>
- Herrmann, D., Hebestreit, A., & Ahrens, W. (2012). Einfluss von körperlicher Aktivität und Sport auf die Knochengesundheit im Lebenslauf. *Bundesgesundheitsblatt*, 55, 35–54. <https://doi.org/10.1007/s00103-011-1393-z>
- 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*. 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*. Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs.
- 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(7), 739–746. <https://doi.org/10.1001/archpedi.160.7.739>
- 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(6), 1477–1484. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2176>
- Hintzpeter, B., Krause, L., Vogelsang, F., & Prütz, F. (2022). Sexual and contraceptive behavior of young adults in Germany: Results from KiGGS Wave 2. *Journal of Health Monitoring*, 7(2), 7–20. <https://doi.org/10.25646/9873>
- Hoebel, J., Grabka, M., Schröder, C., Haller, S., Neuhauser, H., Wachtler, B., Schaade, L., Liebig, S., Hövener, C., & Zinn, S. (2021a). Socioeconomic position and SARS-CoV-2 infections: seroepidemiological findings from a German nationwide dynamic cohort. *Epidemiol Community Health*, 76(4), 350–353. <https://doi.org/10.1136/jech-2021-217653>

- Hoebel, J., Michalski, N., Wachtler, B., Diercke, M., Neuhauser, H., Wieler, H., & Hövener, L. H. (2021b). Socioeconomic differences in the risk of infection during the second SARS-CoV-2 wave in Germany. *Deutsches Ärzteblatt*, 118, 269–70. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0188>
- Hofer, M., Becker, U., Schmid, B., & Noack, P. (1990). Die Altersabhängigkeit von Vorstellungen über Freundschaft bei 6- bis 14jährigen. In M. Knopf & W. Schneider (Hrsg.), *Entwicklung: Allgemeine Verläufe – individuelle Unterschiede – pädagogische Konsequenzen* (S. 65–82). Hogrefe.
- Holthusen, B., Hoops, S., Willems, D., & Yngborn, A. (2021). “Jugendkrawalle” in der Pandemie: Eine neue Dimension der Jugendgewalt? In N. Gaupp, B. Holthusen, B. Milbradt, C. Lüders & M. Seckinger (Hrsg.), *Jugend ermöglichen – auch unter den Bedingungen des Pandemieschutzes* (S. 52–60). Deutsches Jugendinstitut. https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2021/Corona-Band_final_22.7.2021.pdf (05.05.2023)
- 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. <https://doi.org/10.1002/jcop.20523>
- Hsinag, S., Hsiang, S., Allen, D., Annan-Phan, S., Bell, K., Bolliger, I., Chong, T., Druckenmiller, H., Huang, L. Y., Hultgren, A., Krasovich, E., Lau, P., Lee, J., Rolf, E., Tseng, J., & Wu, T. (2020). The effect of large-scale anti-contagion policies on the COVID-19 pandemic. *Nature*, 584. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2404-8>
- Huang, C. (2021). Correlations of online social network size with well-being and distress: A meta-analysis. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 15(2), Article 3. <https://doi.org/10.5817/CP2021-2-3>
- Huebener, M., & Wagner, G. (2021). *Unterschiede in Covid-19-Impfquoten und in den Gründen einer Nichtimpfung nach Geschlecht, Alter, Bildung und Einkommen: DIW Discussion Papers, No. 1968*. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW).
- Idler, E., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of 27 community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21–37. <https://doi.org/10.2307/2955359>
- Iezadi, S., Gholipour, K., Azami-Aghdash, S., Ghiasi, A., Rezapour, A., Pourasghari, H., & Pashazadeh, F. (2021). Effectiveness of non-pharmaceutical public health interventions against COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 16(11). e0260371. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260371>
- Inchley, J., Currie, D., Cosma, A., & Samdal, O. (Eds.). (2018). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: Background, methodology and mandatory items for the 2017/18 survey*. <http://www.hbsc.org>
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., Mathison, F., Aleman-Diaz, A., Molcho, M., Weber, M., & Barnekow, V. (2016). *Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people’s health and well-being: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Inchley, J., Currie, D., Piper, A., Jästad, A., Cosma, A., Nic Gabhainn, S., & Samdal, O. (2021/2022). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, methodology, mandatory questions and optional packages for the 2021/22 survey*. MRC/CSO Social and Public Health Sciences Unit, The University of Glasgow.
- Irvin, K., Fahim, F., Alshehri, S., & Kitsantas, P. (2018). Family structure and children’s unmet health-care needs. *Journal of Child Health Care*, 22(1), 57–67. <https://doi.org/10.1177/1367493517748372>
- 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(6), 515–536. <https://doi.org/10.1080/09595230600944461>

- Jankauskiene, R., & Baceviciene, M. (2022). Media Pressures, Internalization of Appearance Ideals and Disordered Eating among Adolescent Girls and Boys: Testing the Moderating Role of Body Appreciation. *Nutrients*, 14(11), 2227. <https://doi.org/10.3390/nu14112227>
- 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. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-40>
- Jha, P., & Peto, R. (2014). Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *New England Journal of Medicine*, 370, 60–68. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1308383>
- Johanna, N., Citrawijaya, H., & Wangge, G. (2020). Systematic review and meta-analysis: Mass screening vs. lockdown vs. combination of both to control COVID-19: A systematic review. *Journal of Public Health Research*, 9(4), 523–531. <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.2011>
- John, N., & Bilz, L. (2020). *Kinder- und Jugendgesundheit in Brandenburg: Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie 2018 im Auftrag der WHO*. Pabst Science Publishers.
- Jungreithmayr, D. (2010). Bewegung, Spiel & Sport: Basis für physische, psychische und soziale Gesundheit. *Bewegungserziehung*, 64(4), 9–15.
- Kaman, A., Ottová-Jordan, V., Bilz, L., Sudeck, G., Moor, I., & Ravens-Sieberer, U. (2020). Subjective health and well-being of children and adolescents in Germany: Cross-sectional results of the 2017/2018 HBSC study. *Journal of Health Monitoring*, 5(3), 7–20. <https://doi.org/10.25646/6899>
- Kann, L., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Queen, B., Ethier, K. A. (Eds.). (2018). *Youth risk behavior surveillance: United States, 2017* (8. ed.). 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: The role of classmate and teacher support in physical education. *European Physical Education Review*, 19(3), 347–359. <https://doi.org/10.1177/1356336X13505188>
- 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.
- Keeling, M., & Moore, S. (2022). An assessment of the vaccination of school-aged children in England against SARS-CoV-2". *BMC Medicine*, 29, 196. <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02379-0>
- 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(4) 408–413. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030321>
- Kerres Malecki, C., & Kilpatrick Demaray, M. (2002). Measuring perceived social support: Development of the Child and Adolescent Social Support Scale. *Psychology in the Schools*, 39(1), 1–18. <https://doi.org/10.1002/pits.10004>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9894-8>
- Klem, A. M., & Connell, J. P. (2004). Relationships matter: Linking teacher support to student engagement and achievement. *The Journal of School Health*, 74(7), 262–273. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2004.tb08283.x>
- Klieme, E. (2019). Unterrichtsqualität. In M. Haring, C. Rohlfs & M. Gläser-Zikuda (Hrsg.), *Handbuch Schulpädagogik* (S. 393–408). Waxmann. <https://doi.org/10.36198/9783838587967>
- Koschollek, C., Bartig, S., Rommel, A., Santos-Hövenner, 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. <https://doi.org/10.25646/6070>

- Kotchick, B. A., Shaffer, A., Miller, K. S., & Forehand, R. (2001). Adolescent sexual risk behavior: A multi-system perspective. *Clinical Psychology Review, 21*(4), 493–519. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(99\)00070-7](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00070-7)
- 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 Therapieforschung.
- 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 Therapieforschung.
- Krause, L., Kuntz, B., Schenk, L., & Knopf, H. (2018). Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Querschnittsergebnisse aus KiGGs Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring, 3*(4), 3–21. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-089>
- Krug, S., Jekauc, D., Poethko-Müller, C., Woll, A., & Schlaud, M. (2012). Zum Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt, 55*, 111–120. <https://doi.org/10.1007/s00103-011-1391-1>
- Kumar, R., Rai, A., Phukan, M., Hussain, A., Borah, D., Gogoi, B., Chakraborty, P., & Buragohain, A. K. (2021). Accumulating impact of smoking and co-morbidities on severity and mortality of COVID-19 Infection: A Systematic review and meta-analysis. *Current Genomics, 22*(5), 339–352. <https://doi.org/10.2174/1389202922666210921101728>
- 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: Ergebnisse des Forschungsprogramms COACTIV* (S. 85–113). Waxmann.
- Kuntz, B., Lange, C., & Lampert, T. (2015). Alkoholkonsum bei Jugendlichen: Aktuelle Ergebnisse und Trends. *GBE kompakt, 6*(2), 1–12.
- Kuntz, B., Rattay, P., Poethko-Müller, C., Thamm, R., Hölling, H., & Lampert, T. (2018). Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Querschnittsergebnisse aus KiGGs-Welle 2. *Journal of Health Monitoring, 3*(3), 19–36. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-076>
- Kurz, D., & Tietjens, M. (2000). Das Sport- und Vereinsmanagement der Jugendlichen. *Sportwissenschaft, 30*, 384–407.
- Kusuma, Y., & Kant, S. (2022). COVID-19 vaccine acceptance and its determinants: A cross-sectional study among the socioeconomically disadvantaged communities living in Delhi, India. *Vaccine, 11*, 100171. <https://doi.org/10.1016/j.jvaxc.2022.100171>
- Külper-Schick, W., Piechotta, V., Pilic, A., Batke, M., Dreveton, L. S., Geurts, B., Koch, J., Köppe, S., Treskova, M., Vygen-Bonnet, S., Waize, M., Wichmann, O., & Harder, T. (2022). Facing the Omicron variant: How well do vaccines protect against mild and severe COVID-19? Third interim analysis of a living systematic review. *Front. Immunol. 13*, 940562. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.940562>
- Lange, C., Manz, K., & Kunz, B. (2017). Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Rauschtrinken. *Journal of health monitoring, 2*(2), 74–81. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-032>
- Lee, J. M., Choi, H. H., & deLara, E. (2022). Parental care and family support as moderators on overlapping college student bullying and cyberbullying victimization during the Covid-19 pandemic. *Journal of Evidence-Based Social Work, 19*(6), 684–699. <https://doi.org/10.1080/26408066.2022.2094744>
- Lee, E. W., Ho, S. S., & Lwin, M. O. (2017). Explicating problematic social network sites use: A review of concepts, theoretical frameworks, and future directions for communication theorizing. *New Media & Society, 19*(2), 308–326. <https://doi.org/10.1177/1461444816671891>

- Lee, H., Choe, Y. J., Kim, S., Cho, H.-K., Choi, E. H., Lee, J., Bae, H., Choi, S.-R., & You, M. (2022). Attitude and acceptance of COVID-19 vaccine in parents and adolescents: A nationwide survey. *Journal of Adolescent Health, 71*(2), 164–171. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.05.018>
- 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. <https://doi.org/10.5888/pcd10.130010>
- 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. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02288>
- Letkiewicz, A. M., Li, L. Y., Hoffman, L. M. K., & Shankman, S. A. (2023). A prospective study of the relative contribution of adolescent peer support quantity and quality to depressive symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 64*(9), 1314–1323. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13813>
- Listl, S., Galloway, J., Mossey, P. A., & Marcenes, W. (2015). Global economic impact of dental diseases. *Journal of Dental Research, 94*(10), 1355–1361. <https://doi.org/10.1177/0022034515602879>
- Liu, D., Baumeister, R. F., Yang, C.-C., & Hu, B. (2019). Digital communication media use and psychological well-being: A meta-analysis. *Journal of Computer-Mediated Communication, 24*(5), 259–273. <https://doi.org/10.1093/jcmc/zmz013>
- Loer, A.-K. M., Domanska, O. M., Stock, C., & Jordan, S. (2022). Exploring pandemic-related health literacy among adolescents in Germany: A focus group study. *Archives of Public Health, 80*, 182. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00937-9>
- López-Gil, J. F., Smith, L., López-Bueno, R., & Tárraga-López, P. J. (2022a). Breakfast and psychosocial behavioural problems in young population: The role of status, place, and habits. *Frontiers in Nutrition, 9*, 871238. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.871238>
- López-Gil, J. F., Mesas, A. E., Álvarez-Bueno, C., Pascual-Morena, C., Saz-Lara, A., & Cavero-Redondo, I. (2022b). Association between eating habits and perceived school performance: A cross-sectional study among 46,455 adolescents from 42 countries. *Frontiers in Nutrition, 9*, 797415. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.797415>
- Luhmann, M. (2022). *Definitionen und Formen der Einsamkeit*. KNE Expertise 1/2022, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. Kompetenznetz Einsamkeit.
- Luo, J., van Grieken, A., Yang-Huang, J., van den Toren, S. J., & Raat, H. (2022). Psychosocial health disparities in early childhood: Socioeconomic status and parent migration background. *SSM – Population Health, 19*, 101137. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101137>
- Lyyra, N., Välimaa, R., & Tynjälä, J. (2018). Loneliness and subjective health complaints among school-aged children. *Scandinavian Journal of Public Health, 46*(20), 87–93. <https://doi.org/10.1177/1403494817743901>
- Lyyra, N., Junttila, N., Gustafsson, J., Lahti, H., & Paakkari, L. (2022a). Adolescents' online communication and well-being: Findings from the 2018 health behavior in school-aged children (HBSC) study. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 976404. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.976404>
- Lyyra, N., Junttila, N., Tynjälä, J., Villberg, J., & Välimaa, R. (2022b). Loneliness, subjective health complaints, and medicine use among Finnish adolescents 2006–2018. *Scandinavian Journal of Public Health, 50*(8), 1097–1104. <https://doi.org/10.1177/14034948221117970>
- Maaz, K., Baumert, J., & Trautwein, U. (2009). Genese sozialer Ungleichheit im institutionellen Kontext der Schule: Wo entsteht und vergrößert sich soziale Ungleichheit. In J. Baumert, K. Maaz & U. Trautwein (Hrsg.), *Bildungsentscheidungen* (Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, Sonderheft 12) (S. 11–46). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92216-4_2
- Madsen, K. R., Holstein, B. E., Damsgaard, M. T., Rayce, S. B., Jespersen, L. N., & Due, P. (2018). Trends in social inequality in loneliness among adolescents 1991–2014. *Journal of Public Health, 41*(2), 133–140. <https://doi.org/doi:10.1093/pubmed/fdy133>

- Maeland, R., Lien, L., & Leonhardt, M. (2022). Association between cannabis use and physical health problems in Norwegian adolescents: A cross-sectional study from the youth survey Ungdata. *BMC Public Health*, 22, 661. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13136-6>
- Maglica, T., Ercegovic, I. R., & Ljubetić, M. (2021). Family characteristics as determinants of mental health in adolescents. *European Journal of Mental Health*, 16(2), 7–30. <https://doi.org/10.5708/EJMH.16.2021.2.1>
- 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. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02379>
- Marshall, S. L., Parker, P. D., Ciarrochi, J., & Heaven, P. C. L. (2014). Is self-esteem a cause or consequence of social support? A 4-year longitudinal study. *Child Development*, 85(3), 1275–1291. <https://doi.org/10.1111/cdev.12176>
- Martins, J., Marques, A., Sarmento, H., & Carreiro da Costa, F. (2015). Adolescents' perspectives on the barriers and facilitators of physical activity: a systematic review of qualitative studies. *Health education research*, 30(5), 742–755. <https://doi.org/10.1093/her/cyv042>
- Martins, J., Costa, J., Sarmento, H., Marques, A., Farias, C., Onofre, M., & Valeiro, M. G. (2021). Adolescents' perspectives on the barriers and facilitators of physical activity: An updated systematic review of qualitative studies. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), 4954. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094954>
- Mazzuco, S., & Meggiolaro, S. (2014). Family structures and health behaviour in adolescents. *Child Indicators Research*, 7, 155–175. <https://doi.org/10.1007/s12187-013-9207-5>
- MBJS / Ministerium für Bildung, Jugend und Sport. (2004). Gesetz zur Weiterentwicklung der Schulstruktur im Land Brandenburg (Schulstrukturgesetz) vom 16.12.2004. *Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Brandenburg Teil I – Nr. 22 vom 22. Dezember 2004*. https://bravors.brandenburg.de/sixcms/media.php/76/GVBI_I_22_2004.pdf (24.07.2023)
- MBJS / Ministerium für Bildung, Jugend und Sport. (2016). *Konzept der Landesregierung zur Stärkung von Schulzentren*. https://mbjs.brandenburg.de/media_fast/6288/anlage_pm_schulzentren_konzept_gesamt_kab.pdf
- 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(3), 714–719. <https://doi.org/10.1542/peds.2003-0864-L>
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest. (2021). *KIM-Studie 2020: Kindheit, Internet, Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger*. Stuttgart: MPFS.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest. (2023a). *JIM-Studie 2022: Jugend, Information, Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger*. https://www.mpfs.de/fileadmin/files/Studien/JIM/2022/JIM_2022_Web_final.pdf (23.06.2023)
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest. (2023b). *KIM-Studie 2022: Kindheit, Internet, Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger*. https://www.mpfs.de/fileadmin/files/Studien/KIM/2022/KIM-Studie2022_web_final.pdf (23.06.2023)
- Mendes de Souza, V., & Levandowski, G. (2022). Social distancing as a protective barrier against bullying actions among schoolchildren during the COVID-10 pandemic. *Work*, 73(2), 383–392. <https://doi.org/10.3233/WOR-220160>

- Meier, M., Caspi, A., Knodt, A., Hall, W., Ambler, A., Harrington, H., Hogan, S., Houts, R. M., Poulton, R., Ramrakha, S., Hariri, A. R., & Moffitt, T. E. (2022). Long-term cannabis users show lower cognitive reserves and smaller hippocampal volume in midlife. *Am psychiatry*, 179(5), 362–374. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.21060664>
- Mendez-Brito, A., El Bcheraoui, C., & Pozo-Martin, F. (2021). Systematic review of empirical studies comparing the effectiveness of non-pharmaceutical interventions against COVID-19. *Journal of Infection*, 83(3), 281–293. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2021.06.018>
- Mensink, G., Schienkiewitz, A., Rabenberg, M., Borrmann, A., & Haftenberger, M. (2018). Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 32–37. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-007>
- Midgett, A., & Dumas, D. M. (2019). Witnessing bullying at school: The association between being a bystander and anxiety and depressive symptoms. *School Mental Health*, 11(3), 454–463. <https://doi.org/10.1007/s12310-019-09312-6>
- Miko, H. C., Zillmann, N., Ring-Dimitriou, S., Dorner, T. E., Titze, S., & Bauer, R. (2020). Auswirkungen von Bewegung auf die Gesundheit: Effects of physical activity on health. *Gesundheitswesen*, 82(3), 184–195. <https://doi.org/10.1055/a-1217-0549>
- Miller, P., Podvysotska, T., Betancur, L., & Votruba-Drzal, E. (2021). Wealth and child development: Differences in association by family income and developmental stage. *RSF: The Russell Sage Foundation Journal of Social Sciences*, 7(3), 154–174. <https://doi.org/10.7758/rsf.2021.7.3.07>
- Miranda, R., Oriol, X., & Ortúzar, H. (2019). Adolescent bullying victimization and life satisfaction: Can family and school adult support figures mitigate this effect? *Revista de Psicodidáctica*, 24(1), 39–45. <https://doi.org/10.1016/j.psicoe.2018.07.001>
- 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(2), 387. <https://doi.org/10.3390/nu11020387>
- 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(10), 912–921. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-203933>
- 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). Belz 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(1), 60–76. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i1.60>
- Mosher, W., Jones, J., & Abma, J. (2015). Nonuse of contraception among women at risk of unintended pregnancy in the United States. *Contraception*, 92(2), 170–176. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.05.004>
- Naccarella, L., & Guo, S. (2022). A health equity implementation approach to child health literacy interventions. *Children*, 9(9), 1284. <https://doi.org/10.3390/children9091284>
- Neumann, M., Becker, M., & Maaz, K. (2014). Soziale Ungleichheiten in der Kompetenzentwicklung in der Grundschule und der Sekundarstufe I. In K. Maaz, M. Neumann & J. Baumert (Hrsg.), *Herkunft und Bildungserfolg von der frühen Kindheit bis ins Erwachsenenalter: Forschungsstand und Interventionsmöglichkeiten aus interdisziplinärer Perspektive* (Zeitschrift für Erziehungswissenschaft: Sonderheft 5) (S. 167–203). Springer VS. <https://doi.org/10.25656/01:12374>

- Neyer, F. J., Wrzus, C., Wagner, J., & Lang, F. R. (2011). Principles of relationship differentiation. *European Psychologist, 16*(4), 267–277. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000055>
- Neyer, F. J., & Wrzus, C. (2018). Psychologie der Freundschaft. *Report Psychologie, 43*(5), 200–207.
- 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*(9566), 1047–1053. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60464-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60464-4)
- 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*(7), 889–901. <https://doi.org/10.1007/s10964-010-9599-1>
- Okan, O., Bollweg, T. M., Berens, E.-M., Hurrelmann, K., Bauer, U., & Schaeffer, D. (2020). Coronavirus-related health literacy: A cross-sectional study in adults during the COVID-19 infodemic in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(5), 5503. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155503>
- Olweus, D. (1994). Bullying at school: Basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 35*(7), 1171–1190. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01229.x>
- Olweus, D. (1996). *The revised Olweus bully/victim questionnaire*. University of Bergen, Research Center for Health Promotion.
- 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. <https://doi.org/10.1159/000493707>
- Orth, B., & Merkel, C. (2019a). *Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2018 und Trends: BZgA-Forschungsbericht*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:225-ALKSY18-ALK-DE-1.0>
- Orth, B., & Merkel, C. (2019b). *Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2018 und Trends: BZgA-Forschungsbericht*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:225-ALKSY18-CAN-DE-1.0>
- Orth, B., & Merkel, C. (2020). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:225-DAS19-DE-1.0>
- Orth, B., & Merkel, C. (2022). *Der Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2021 zu Alkohol, Rauchen, Cannabis und Trends. BZgA-Forschungsbericht*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q3-ALKSY21-DE-1.0>
- 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*(3), 238–244. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.12.004>
- Pang, J., Chan, E., Lau, H., Reeves, K., Chung, T., Hui, H., Leung, A., & Fu, A. (2023). The impacts of physical activity on psychological and behavioural problems, and changes in physical activity, sleep and quality of life during the COVID-19 pandemic in pre-schoolers, children, and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Pediatrics, 11*, 1015943. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1015943>
- Panneer Selvam, S., Ramani, P., Ramya, R., Sundar, S., & Lakshmi, T. A. (2022). COVID-19 vaccines and the efficacy of currently available vaccines against COVID-19 variants. *Cureus, 14*(5), e24927. <https://doi.org/10.7759/cureus.24927>

- Pascoe, M. C., Hetrick, S. E., & Parker, A. G. (2020). The impact of stress on students in secondary school and higher education. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 104–112. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1596823>
- 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(2), 83–92. <https://doi.org/10.1080/07315724.2005.10719448>
- 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? Konzepte, Praxisbeispiele, Perspektiven* (S. 93–114). Sauerländer.
- Pearson, N., Biddle, S. J. H., & Gorely, T. (2009). Family correlates of breakfast consumption among children and adolescents: A systematic review. *Appetite*, 52(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.08.006>
- Peden, M., Oyegbite, K., Ozanne-Smith, J., Hyder, A. A., Branche, C., Rahman, A. F., Rivara, F., & Bartolomeos, K. (Eds.). (2008). *World report on child injury prevention*. World Health Organization.
- Pedersen, S., & Seidman, E. (2004). Team sports achievement and self-esteem development among urban adolescent girls. *Psychology of Women Quarterly*, 28(4), 412–422. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2004.00158.x>
- Peguero, A. A., & Hong, J. S. (2023). *Mobbing in der Schule. Anfälligkeit, Marginalisierung und Viktimisierung von Jugendlichen*. Springer.
- Peres, M. A., Sheilham, A., Liu, P., Demarco, F. F., Silva, A. E. R., Assunção, M. C., Menezes, A. M., Barros, F. C., & Peres, K. G. (2016). Sugar consumption and changes in dental caries from childhood to adolescence. *Journal of Dental Research*, 95(4), 388–394. <https://doi.org/10.1177/0022034515625907>
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In R. Gilmour & S. Duck (Eds.), *Personal relationships: 3. Relationships in disorder* (pp. 31–56). Academic Press.
- 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(2), 315–324. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.08.009>
- 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(2), 198–206. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt172>
- Pickett, W., Molcho, M., Simpson, K., Janssen, I., Kuntsche, E., Mazur, J., Harel, Y., & Boyce, W. F. (2005). Crossnational study of injury and social determinants in adolescents. *Injury Prevention*, 11(4), 213–218. <http://dx.doi.org/10.1136/ip.2004.007021>
- Pickett, W., Molcho, M., Elgar, F. J., Brooks, F., de Looze, M., Rathmann, K., ter Bogt, T. F. M., Gabhainn, S. N., Sigmundová, D., de Matos, M. G., Craig, W., Walsh, S. D., Harel-Fisch, Y., & Currie, C. (2013). Trends and socioeconomic correlates of adolescent physical fighting in 30 countries. *Pediatrics*, 131(1), e18–e26. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1614>
- 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(7), 713–722. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13126>

- Poitras, V. J., Gray, C. E., Borghese, M. M., Carson, V., Chaput, J. P., Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Pate, R. R., Connor Gorber, S., Kho, M. E., Sampson, M., & Tremblay, M. S. (2016). Systematic review of the relationships between objectively measured physical activity and health indicators in school-aged children and youth. *Applied physiology, nutrition, and metabolism*, 41(6 Suppl 3), 197–239. <https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0663>
- Polanczyk, 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.
- Pouwels, J. L., Valkenburg, P. M., Beyens, I., van Driel, I. I., & Keijsers, L. (2021). Some socially poor but also some socially rich adolescents feel closer to their friends after using social media. *Scientific Reports*, 11, 21176. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-99034-0>
- Proctor, C. L., Linley, P. A., & Maltby, J. (2009). Youth life satisfaction: A review of the literature. *Journal of Happiness Studies*, 10, 583–630. <https://doi.org/10.1007/s10902-008-9110-9>
- Qualter, P., Brown, S., Munn, P., & Rotenberg, K. (2010). Childhood loneliness as a predictor of adolescent depressive symptoms: An 8-year longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(6), 493–501. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0059-y>
- Qualter, P., Hennessey, A., Yang, K., Chester, K. L., Klemra, E., & Brooks, F. (2021). Prevalence and social inequality in youth loneliness in the UK. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 18 (19), 10420. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910420>
- Quon, E. C., & McGrath, J. J. (2014). Community, family, and subjective socioeconomic status: Relative status and adolescent health. *Health Psychology*, 34(6), 591–601. <https://doi.org/10.1037/hea0000135>
- Quon, E. C., & McGrath, J. J. (2015). Subjective socioeconomic status and adolescent health: A meta-analysis. *Health Psychology*, 33(5), 433–447. <https://doi.org/10.1037/a0033716>
- Ramdahl, M. E., Jensen, S. S., Borgund, E., Samdal, O., & Torsheim, T. (2018). Family wealth and parent-child relationships. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 1534–1543. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-1003-2>
- 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 (5), 743–760. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.02.007>
- 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, 112, 1–19. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-112>
- 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, U. Ravens-Sieberer & M. Richter (Hrsg.), *Schule und Gesundheit* (S. 156–180). Beltz Juventa.
- Rautanen, P., Soini, T., Pietarinen, J., & Pyhälö, K. (2022). Dynamics between perceived social support and study engagement among primary school students: A three-year longitudinal survey. *Social Psychology in Education*, 25, 1481–1505. <https://doi.org/10.1007/s11218-022-09734-2>
- 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 (2), 151–159. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-5406-8>
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R., & Otto, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 879–889. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>

- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Devine, J., Gilbert, M., Reiss, F., Barkmann, C., Siegel, N. A., Simon, A. M., Hurrelmann, K., Schlack, R., Hölling, H., Wieler, L. H., & Kaman, A. (2022). Child and adolescent mental health during the COVID-19 pandemic: Results of the three-wave longitudinal COPSy Study. *Journal of Adolescent Health, 71*(5), 570–578. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.06.022>
- Reczek, C., Spiker, R., Liu, H., & Crosnoe, R. (2016). Family structure and child health: Does the sex composition of parents matter? *Demography, 53*(5), 1605–1630. <https://doi.org/10.1007/s13524-016-0501-y>
- Reddy, R., Charles, W., Sklavounos, A., Dutt, A., Seed, P., & Khajuria, A. (2020). The effect of smoking on COVID-19 severity: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Virology, 93*(2), 1045–10056. <https://doi.org/10.1002/jmv.26389>
- Reed, J. A., Einstein, G., Hahn, E., Hooker, S. P., Gross, V. P., & Kravitz, J. (2010). Examining the impact of integrating physical activity on fluid intelligence and academic performance in an elementary school setting: A preliminary investigation. *Journal of Physical Activity and Health, 7*(3), 343–351. <https://doi.org/10.1123/jpah.7.3.343>
- Rehm, J., Hasan, O., Black, S., Shield, K., & Schwarzingler, M. (2019). Alcohol use and dementia: A systematic scoping review. *Alzheimers Research & Therapy, 11*, 1. <https://doi.org/10.1186/s13195-018-0453-0>
- Richard, V., Piumatti, G., Pullen, N., Lorthe, E., Guessous, I., Cantoreggi, N., & Stringhini, S. (2023). Socioeconomic inequalities in sport participation: pattern per sport and time trends: A repeated cross-sectional study. *BMC Public Health, 23*, 785. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15650-7>
- Richter, M., & Klocke, A. (2005). Family Affluence: Eine Alternative zur Messung des SES bei Kindern und Jugendlichen? *Gesundheitswesen, 67*, 64. <https://doi.org/10.1055/s-2005-920558>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.03.005>
- 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: Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitsurvey "Health Behaviour in School-aged Children"* (S. 190–208). 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, G. J. Bucksch, A. Klocke, P. Kolip, W. Melzer, U. Ravens-Sieberer & M. Richter (Hrsg.), *Schule und Gesundheit: Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitsurveys „Health Behaviour in School-aged Children“* (S. 190–208). Beltz Juventa.
- Roach, A. (2018). Supportive peer relationships and mental health in adolescence: An integrative review. *Issues in Mental Health Nursing, 39*(9), 723–737. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1496498>
- Robert Koch-Institut. (2022). Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health. *Epidemiologisches Bulletin, 21*. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/21_22.pdf?__blob=publicationFile
- Robert Koch-Institut. (2023). *Impfung bei Kindern und Jugendlichen*. https://www.rki.de/Shared-Docs/FAQ/COVIDImpfen/FAQ_Liste_Impfung_Kinder_Jugendliche.html (07.07.2023)
- Roerecke, M., Vafaei, A., Hasan, O., Chrystoja, B., Cruz, M., Lee, R., Neuman, M., & Rehm, J. (2019). Alcohol consumption and risk of liver cirrhosis: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Gastroenterology, 114*(10), 1574–1576. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000340>
- Rowland, T. (2007). Physical activity, fitness, and children. In C. Bouchard, S. N. Blair & W. L. Haskell (Eds.), *Physical activity and health* (pp. 259–270). Human Kinetics, Champaign.

- 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(5), 963–975. <https://doi.org/10.1097/00005768-200005000-00014>
- Saß, A.-C., Kuhnert, R., & Gutsche, J. (2019). Unfallverletzungen im Kindes- und Jugendalter – Prävalenzen, Unfall- und Behandlungsorte, Mechanismen. Ergebnisse aus KIGGS Welle 2 und Trends. *Bundesgesundheitsblatt*, 62, 1174–1183. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03013-w>
- Scharmanski, S., & Heßling, A. (2021). Sexual- und Verhütungsverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Aktuelle Ergebnisse der Repräsentativbefragung „Jugendsexualität“ *Bundesgesundheitsblatt*, 64, 1372–1381. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03426-6>
- Schlack, R., Neuperdt, L., Junker, S., Eicher, S., Hölling, H., Thom, J., Ravens-Sieberer, U., & Beyer, A.-K. (2023). Veränderungen der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse eines Rapid Reviews. *Journal of Health Monitoring*, 8,1. <https://doi.org/10.25646/10760>
- Schmidt, S., Burchatz, A., Kolb, S., Niessner, C., Oriwol, D., Hanssen-Doose, A., Worth, A., & Woll, A. (2021). Zur Situation der körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19 Pandemie in Deutschland. *KIT scientific working papers*, 165. <https://doi.org/10.5445/IR/1000133697>
- Schmoeckel, J., Santamaria, R., Basnerr, R., Schankath, E., & Splieth, C. (2021). Mundgesundheitstrends im Kindesalter: Ergebnisse aus den epidemiologischen Begleitungsuntersuchungen zur Gruppenprophylaxe in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 64, 772–781. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03341-w>
- Schneider, S., & Diehl, K. (2012). Bedeutung des Sports für Kinder und Jugendliche aus soziologischer und pädagogischer Sicht. *Unsere Jugend*, 64, 26–31. <http://dx.doi.org/10.2378/uj2012.art04d>
- Schunk, F., Zeh, F., & Trommsdorff, G. (2022). Cybervictimization and well-being among adolescents during the COVID-19 pandemic: The mediating roles of emotional self-efficacy and emotion regulation. *Computers in Human Behavior*, 126, 107035. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.107035>
- Schütz, R., & Bilz, L. (2023). Einsamkeit im Kindes- und Jugendalter. Zur Verbreitung eines Risikofaktors für die psychische Gesundheit unter 11- bis 15-jährigen deutschen Schülerinnen und Schülern. *Bundesgesundheitsblatt*, 66, 794–802. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03728-x>
- Selman, R. L. (1984). *Die Entwicklung des sozialen Verstehens: Entwicklungspsychologische und klinische Untersuchungen*. Suhrkamp.
- Sentell, T., Vamos, S., & Okan, O. (2020). Interdisciplinary perspectives on health literacy research around the world: More important than ever in a time of COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3010. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093010>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.061>
- Shetgiri, R., Lee, S. C., Tillitski, J., Wilson, C., & Flores, G. (2015). Why adolescents fight: A qualitative study of youth perspectives on fighting and its prevention. *Academic Pediatrics*, 15(1), 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2014.06.020>
- Shmueli, L. (2021). Predicting intention to receive COVID-19 vaccine among the general population using the health belief model and the theory of planned behavior model. *BMC Public Health*, 21, 804. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10816-7>
- Siebers, T., Beyens, I., Pouwels, J. L., & Valkenburg, P. M. (2022). Explaining variation in adolescents' social media-related distraction: The role of social connectivity and disconnectivity factors. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03844-y>

- Smith, L., Shin, J., Carmichael, C., Oh, H., Jacob, L., López Sánchez, G. F., Tully, M. A., Barnett, Y., Butler, L., McDermott, D. T., & Koyanagi, A. (2021). Prevalence and correlates of multiple suicide attempts among adolescents aged 12–15 years from 61 countries in Africa, Asia, and the Americas. *Journal of Psychiatric Research, 144*, 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.047>
- Soellner, R., Huber, S., Lenartz, N., & Rudinger, G. (2009). Gesundheitskompetenz – ein vielschichtiger Begriff. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 17*(3), 105–113. <https://doi.org/10.1026/0943-8149.17.3.105>
- Souto, M. L., Rovai, E. S., Braga, M., & Pannuti, C. M. (2019). Effect of smoking cessation on tooth loss: A systematic review with meta-analysis. *BMC Oral Health, 19*, 245. <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0930-2>
- Souza, M. R., Neves, M. E. A., Gorgulho, B. M., Souza, A. M., Nogueira, P. S., Ferreira, M. G., & Rodrigues, P. R. M. (2021). Breakfast skipping and cardiometabolic risk factors in adolescents: Systematic review. *Rev Saude Publica, 55*, 107. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003077>
- Spear, L. P. (2018). Effects of adolescent alcohol consumption on the brain and behaviour. *Nature Reviews Neuroscience, 19*(4), 197–214. <https://doi.org/10.1038/nrn.2018.10>
- Spitz, A., Winkler Metzke, C., & Steinhausen, H. C. (2020). Development of perceived familial and non-familial support in adolescence: Findings from a community-based longitudinal Study. *Frontiers in Psychology, 11*, 486915. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.486915>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.006>
- Stankovic, S., Santric-Milicevic, M., Nikolic, D., Bjelica, N., Babic, U., Rakic, L., Terzic-Supic, Z., & Todosrovic, J. (2022). The association between participation in fights and bullying and the perception of school, teacher, and peers among school-age children in Serbia. *Children, 9*(1), 116. <https://doi.org/10.3390/children9010116>
- Statistisches Bundesamt. (2023a). *Alkoholmissbrauch 2021: 42% weniger Klinikbehandlungen junger Menschen als im Vor-Corona-Jahr 2019*. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2023/PD23_05_p002.html (20.3.2023)
- Statistisches Bundesamt. (2023b). *Statistischer Bericht: Mikrozensus: Bevölkerung nach Migrationshintergrund. Erstergebnisse 2022*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/statistischer-bericht-migrationshintergrund-erst-2010220227005.xlsx?__blob=publicationFile (12.06.2023)
- Steffen, A., Rieck, T., Fischer, C., & Siedler, A. (2022). Inanspruchnahme der COVID-19-Impfung: Eine Sonderauswertung mit Daten bis Dezember 2021. *Epidemiologisches Bulletin, 27*, 3–12. <https://doi.org/10.25646/10227>
- Stiller, J., & Alfermann, D. (2005). Selbstkonzept im Sport. *Zeitschrift für Sportpsychologie, 12*(4), 119–126. <https://doi.org/10.1026/1612-5010.12.4.119>
- Sun, Y., & Zhang, Y. (2021). A review of theories and models applied in studies of social media addiction and implications for future research. *Addictive behaviors, 114*, 106699. <https://doi.org/10.1016/j.add-beh.2020.106699>
- Sygyusch, R. (2006). Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen. Ein Beitrag für die Gesundheit? *Spectrum der Sportwissenschaften, 18*(1), 54–73.
- Szajewska, H., & Ruszczynski, 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*(2), 113–119. <https://doi.org/10.1080/10408390903467514>
- Taddicken, M., & Schmidt, J. H. (2017). Entwicklung und Verbreitung sozialer Medien. In J. H. Schmidt, & M. Taddicken (eds), *Handbuch Soziale Medien*. Springer Reference Sozialwissenschaften. Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-03765-9_1

- 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(6), 978–986. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2019.06.016>
- Talic, S., Shah, S., Wild, H., Gasevic, D., Maharaj, A., Ademi, Z., Li, X., Xu, W., Mesa-Eguiagaray, I., Rosstron, J., Theodoratou, E., Zhang, X., Motee, A., Liew, D., & Ilic, D. (2021). Effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 375, e068302. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2021-068302>
- Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13(2), 187–202. <https://doi.org/10.1007/BF00905728>
- Telama, R., Yang, X., Leskinen, E., Kankaanpää, A., Hirvensalo, M., Tammelin, T., Viikari, J. S., & Raitakari, O. T. (2014). Tracking of physical activity from early childhood through youth into adulthood. *Medicine and science in sports and exercise*, 46(5), 955–962. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000181>
- Telef, B. B., Arslan, G., Mert, A., & Kalafat, S. (2015). The mediation effect of school satisfaction in the relationship between teacher support, positive affect and life satisfaction in adolescents. *Educational Research Review*, 10(12), 1633–1640. <https://doi.org/10.5897/ERR2015.2282>
- Thomson, C. A., & Chen, Z. (2008). The role of diet, physical activity and body composition in cancer prevention. In D. S. Alberts & L. M. Hess (Eds.), *Fundamentals of cancer prevention*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-68986-7_3
- Tian, L., Liu, W., & Gilman, R. (2010). Explicit and implicit school satisfaction. *Social Behavior and Personality*, 38(10), 1345–1353. <https://doi.org/10.2224/sbp.2010.38.10.1345>
- Torsheim, T., Wold, B., & Samdal, O. (2000). The teacher and classmate support scale: Factor structure, test-retest reliability and validity in samples of 13- and 15-year-old adolescents. *School Psychology International*, 21(2), 195–212. <https://doi.org/10.1177/0143034300212006>
- Torsheim, T., & Wold, B. (2001). School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: A multilevel approach. *Journal of Adolescence*, 24(6), 701–713. <https://doi.org/10.1006/jado.2001.0440>
- Torsheim, T., Aaroo, L. E., & Wold, B. (2003). School-related stress, social support, and distress: Prospective analysis of reciprocal and multilevel relationships. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44(2), 153–159. <https://doi.org/10.1111/1467-9450.00333>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2012). *The health consequences of smoking: 50 years of progress: A report of the surgeon general*. 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.
- Vaillancourt, T., Brittain, H., Krygsman, A., Farrell, A. H., Landon, S., & Pepler, D. (2021). School bullying before and during COVID-19: Results from a population-based randomized design. *Aggressive Behavior*, 47(5), 557–569. <https://doi.org/10.1002/ab.21986>
- Valkenburg, P. M. (2022). Social media use and well-being: What we know and what we need to know. *Current Opinion in Psychology*, 45, 101294. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.12.006>
- Valkenburg, P. M., Meier, A., & Beyens, I. (2022). Social media use and its impact on adolescent mental health: An umbrella review of the evidence. *Current Opinion in Psychology*, 44, 58–68. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.08.017>
- Valtin, R. (2020). *Zur Entwicklung sozialkognitiver und moralischer Konzepte II: Was Kinder und Jugendliche über Freundschaft und Streit denken*. DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation. <https://doi.org/10.25656/01.2044>

- 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(4), 202–207. <https://doi.org/10.1159/000317249>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.03.038>
- Vasli, P., Shekarian-Asl, Z., Zarmehrparirouy, M., & Hosseini, M. (2022). The predictors of COVID-19 preventive health behaviors among adolescents: The role of health belief model and health literacy. *Journal of Public Health*, Online-First-Publikation. <https://doi.org/10.1007/s10389-022-01808-x>
- Verger, P., Peretti-Watel, P., Gagneux-Brunon, A., Botelho-Nevers, E., Sanchez, A., Gauna, F., Fressard, L., Bonneton, M., Launay, O., & Ward, J. K. (2021). Acceptance of childhood and adolescent vaccination against COVID-19 in France: A national cross-sectional study in May 2021. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(12), 5082–5088. <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.2004838>
- Vincer, R., Russell, S. J., Croker, H., Packer, J., Ward, J., Stansfield, C., Mytton, O., Bonell, C., & Booy, R. (2020). School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: A rapid systematic review. *Lancet child & adolescent health*, 4(5), 397–404. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30095-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30095-X)
- 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. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1402309>
- Vos, S. R., Clark-Ginsberg, A., Puente-Duran, S., Salas-Wright, C. P., Duque, M. C., Calderón Herrera, I., Maldonado-Molina, M. M., Castillo, M. N., Kyoung Lee, T., Garcia, M. F., Fernandez, C. A., Hanson, M., Scaramutti, C., & Schwartz, S. J. (2021). The family crisis migration stress framework: A framework to understand the mental health effects of crisis migration on children and families caused by disasters. *Child & Adolescent Development*, 2021(176), 41–59. <https://doi.org/10.1002/cad.20397>
- Vuelvas-Olmos, C. R., Sánchez-Vidaña, D. I., & Cortés-Álvarez, N. Y. (2022). Gender-based analysis of the association between mental health, sleep quality, aggression, and physical activity among university students during the Covid-19 outbreak. *Psychological Reports*, Online-First Publikation. <https://doi.org/10.1177/00332941221086209>
- Wachs, S., Hess, M., Scheithauer, H., & Schubarth, W. (2016). *Mobbing an Schulen. Erkennen - Handeln - Vorbeugen*. W. Kohlhammer.
- Wachtler, B., Michalski, N., Nowossadeck, E., Diercke, M., Wahrendorf, M., Santos-Hövenner, C., Lampert, T., & Hoebel, J. (2020). Sozioökonomische Ungleichheit und COVID-19: Eine Übersicht über den internationalen Forschungsstand. *Journal of Health Monitoring*, 5(7), 3–18. <https://doi.org/10.25646/7058>
- Waize, M., Scholz, S., Wichmann, O., Harder, T., Treskova-Schwarzbach, M., Falman, A., Weidemann, F., Karch, A., Lange, B., Kuhlmann, A., Jäger, V., & Wieler, L. H. (2021). Die Impfung gegen COVID-19 in Deutschland zeigt eine hohe Wirksamkeit gegen SARS-CoV-2-Infektionen, Krankheitslast und Sterbefälle: Analyse der Impfeffekte im Zeitraum Januar bis Juli 2021. *Epidemiologisches Bulletin*, 35, 3–10. <https://doi.org/10.25646/8887>
- 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*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002278>
- Walsh, S., Chowdhury, A., Braithwaite, V., Russel, S., Birch, J. M., Ward, J. L., Waddington, C., Brayne, C., Bonell, C., Viner, R. M., & Mytton, O. T. (2021). Do school closures and school reopenings affect community transmission of COVID-19? A systematic review of observational studies. *BMJ Open*, 11(8), e053371. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053371>
- 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. *The Journal of School Health*, 81(7), 386–392. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00606.x>

- 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(3), 877–895. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01745.x>
- Wang, X., Cai, Z., Jiang, W., Fang, Y., Sun, W., & Wang, X. (2022). Systematic review and meta-analysis of the effects of exercise on depression in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16, 16. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00453-2>
- Waasdorp, T. E., & Bradshaw, C. P. (2015). The overlap between cyberbullying and traditional bullying. *Journal of Adolescent Health*, 56(5), 483–488. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.12.002>
- 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* (S. 129–162). Waxmann.
- Willis, D. E., Presley, J., Williams, M., Zaller, N., & McElfish, P. A. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy among youth. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(12), 5013–5015. <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1989923>
- 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.
- WHO. (2018a). *Report on global sexually transmitted infection surveillance*. Geneva: WHO.
- WHO. (2018b). *Global action plan on physical activity 2018–2030: More active people for a healthier world*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: At a glance*. Geneva: World Health Organization. Licence CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- WHO. (2022a). *WHO raises alarm in tobacco industry environmental impact*. <https://www.who.int/news/item/31-05-2022-who-raises-alarm-on-tobacco-industry-environmental-impact> (20.10.2022)
- WHO. (2022b). *Health warning labels on alcoholic beverages: opportunities for informed and healthier choices*. Geneva: World Health Organization. (Snapshot series on alcohol control policies and practice. Brief 4, 8 November 2021) Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- WHO. (2022c). *Drugs (psychoactive)*. https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_1 https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_1 (21.10.2022).
- WHO. (2022d). *Sexual Health*. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2 (23.12.2022)
- WHO. (2022e). *Road traffic injuries*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries> (07.07.2023)
- WHO. (2023). *WHO Coronavirus (Covid-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/> (23.06.2023)
- Wood, J. J., Lynne-Landsman, S. D., Langer, D. A., Wood, P. A., Clark, S. L., Eddy, J. M., & Jalongo, N. (2012). School attendance problems and youth psychopathology: Structural cross-lagged regression models in three longitudinal data sets. *Child Development*, 83(1), 351–366. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01677.x>
- Xiao, Z., Li, X., & Stanton, B. (2011). Perceptions of parent-adolescent communication within families: It is a matter of perspective. *Psychology, Health & Medicine*, 16(1), 53–65. <https://doi.org/10.1080/13548506.2010.521563>
- Yang, F., Sun, N., & Tang, W. (2023). Family structure and adolescent health: Evidence from China. *Journal of Child and Family Studies*, 32, 230–242. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02418-7>
- 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.

- Yong-Sook, E., & Kim, J.-S. (2019). Family socioeconomic status, parental attention, and health behaviors in middle childhood: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 220–225. <https://doi.org/10.1111/nhs.12661>
- Youniss, J. (1982). Die Entwicklung und Funktion von Freundschaftsbeziehungen. In W. Edelstein & M. Keller (Hrsg.), *Perspektivität und Interpretation* (S. 78–109). Suhrkamp
- Zeiger, J., Starker, A., & Kuntz, B. (2018a). Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 40–46. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-008>
- Zeiger, J., Lange, C., Starker, A., Lampert, T., & Kuntz, B. (2018b). 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. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-066>
- Zhong, L., Chen, W., Wang, T., Zeng, Q., Lai, L., Lai, J., Lin, J., & Tang, S. (2022). Alcohol and health outcomes: An umbrella review of meta-analyses base on prospective cohort studies. *Frontiers in Public Health*, 10, 859947 <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.859947>
- 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(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- 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 (2), 153–224. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.06.001>
- 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(2), 116–127. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12126>
- Zych, I., Ortega-Ruiz, R., & Del Rey, R. (2015). Systematic review of theoretical studies on bullying and cyberbullying: Facts, knowledge, prevention, and intervention. *Aggression and Violent Behavior*, 23, 1–21. <http://doi.org/10.1016/j.avb.2015.10.001>

In diesem Band werden die Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie 2022 in Brandenburg vorgestellt. Bei der HBSC-Studie («Health Behaviour in School-aged Children») handelt es sich um ein internationales kooperatives Forschungsvorhaben, das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) seit 40 Jahren unterstützt wird.

Grundlage des Ergebnisberichts sind repräsentative Daten von fast 4.000 Schülerinnen und Schülern der Jahrgangsstufen 5, 7 und 9 an allen Schulformen des Landes Brandenburg. Wie bereits vier Jahre zuvor haben die Kinder und Jugendlichen bei dieser Befragung Auskunft über ihre Gesundheit, ihr Gesundheitsverhalten und ihre Lebensumstände gegeben.

Durch den Vergleich der aktuellen Ergebnisse mit den Befunden von 2018 gibt dieser Bericht Auskunft darüber, welche Folgen die krisenhaften Entwicklungen der letzten Jahre für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Brandenburg haben.

Die aktuellen Ergebnisse der HBSC-Studie Brandenburg können von Entscheidungsträger:innen aus den Bereichen Gesundheit, Bildung und Soziales auf verschiedenen Ebenen genutzt werden, um die Gesundheit junger Menschen in Brandenburg zu schützen und zu fördern.

ISBN print 978-3-95853-878-8

ISBN eBook 978-3-95853-879-5

www.pabst-publishers.com

www.psychologie-aktuell.com

