



**hbsc**

HEALTH BEHAVIOUR IN  
SCHOOL-AGED CHILDREN

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
COLLABORATIVE CROSS-NATIONAL STUDY

# Kinder- und Jugendgesundheit in Sachsen-Anhalt

ERGEBNISSE DER HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED  
CHILDREN (HBSC) – STUDIE SACHSEN-ANHALT

**ABSCHLUSSBERICHT DER ERHEBUNG 2018/19**



Medizinische Fakultät  
der Martin-Luther-Universität  
Halle-Wittenberg

**ikk** gesund  
plus



# KINDER- UND JUGENDGESUNDHEIT IN SACHSEN-ANHALT

Ergebnisse der Health Behaviour in School-aged  
Children (HBSC) – Studie Sachsen-Anhalt

**ABSCHLUSSBERICHT DER ERHEBUNG 2018/19**

Kristina Winter  
Matthias Richter  
Irene Moor

Halle (Saale), November 2021



#### ZITATIONSHINWEIS

Winter K, Richter M, Moor I (2021). Kinder- und Jugendgesundheit in Sachsen-Anhalt. Ergebnisse der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) – Studie Sachsen-Anhalt. Halle (Saale): Institut für Medizinische Soziologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

© HBSC-Studie Sachsen-Anhalt und Autoren; November 2021

DOI: [10.25673/38070](https://doi.org/10.25673/38070)

ISBN (Onlineausgabe): 978-3-96670-086-3

ISBN (Druckausgabe): 978-3-96670-085-6



# INHALT

INHALT	I
ABBILDUNGEN & TABELLEN	III
MITWIRKENDE	IX
VORWORT DER AUTOR*INNEN	XI
ZUSAMMENFASSUNG	XIII
<b>1. EINLEITUNG &amp; METHODIK</b>	<b>1</b>
EINLEITUNG	2
METHODIK & DATEN	3
<b>2. THEMENSPEZIFISCHE AUSWERTUNG</b>	<b>11</b>
<b>2.1 GESUNDHEIT &amp; WOHLBEFINDEN</b>	<b>13</b>
<b>GESUNDHEIT &amp; WOHLBEFINDEN BEI HERANWACHSENDEN</b>	<b>15</b>
SUBJEKTIVE GESUNDHEIT	16
DEPRESSIVE SYMPTOME	19
PSYCHOSOMATISCHE BESCHWERDEN	22
LEBENSZUFRIEDENHEIT	25
<b>2.2 ERNÄHRUNG, KÖRPER &amp; BEWEGUNG</b>	<b>29</b>
<b>ERNÄHRUNG, KÖRPER UND BEWEGUNG BEI HERANWACHSENDEN</b>	<b>31</b>
FRÜHSTÜCKSV ERHALTEN	32
OBST- UND GEMÜSEKONSUM	35
SÜSSIGKEITEN- UND SOFTDRINKKONSUM	38
ZAHNHYGIENE	41
KÖRPERLICHE AKTIVITÄT	44
KÖRPERBILD	47
GEWICHTSKONTROLLE	50
<b>2.3 KONSUM VON SUBSTANZEN</b>	<b>53</b>
<b>SUBSTANZKONSUM BEI HERANWACHSENDEN</b>	<b>55</b>
ALKOHOLKONSUM	56
RAUSCHTRINKEN	59
TABAKKONSUM	62
CANNABISKONSUM	65
<b>2.4 KONSUM VON MEDIEN</b>	<b>68</b>
<b>MEDIENKONSUM BEI HERANWACHSENDEN</b>	<b>69</b>
ONLINE-KOMMUNIKATION	70
ABHÄNGIGKEIT VON SOZIALEN MEDIEN	73

<b>2.5 SEXUALITÄT &amp; VERHÜTUNG</b>	<b>76</b>
<b>SEXUAL- UND VERHÜTUNGSVERHALTEN BEI HERANWACHSENDEN</b>	<b>77</b>
SEXUELLE AKTIVITÄT	78
VERHÜTUNGSVERHALTEN	80
<b>2.6 SOZIALES UMFELD</b>	<b>83</b>
<b>DAS SOZIALE UMFELD VON HERANWACHSENDEN</b>	<b>85</b>
UNTERSTÜTZUNG DURCH FAMILIE	86
UNTERSTÜTZUNG VON FREUND*INNEN	89
<b>2.7 SCHULE &amp; SCHULKULTUR</b>	<b>93</b>
<b>DIE LEBENSWELT SCHULE</b>	<b>95</b>
SCHULZUFRIEDENHEIT	96
SCHULISCHE BELASTUNG	99
UNTERSTÜTZUNG IM KLASSENVERBAND	102
UNTERSTÜTZUNG DURCH LEHRKRÄFTE	105
<b>2.8 MOBBING &amp; GEWALT</b>	<b>109</b>
<b>MOBBING UND GEWALTVERHALTEN BEI HERANWACHSENDEN</b>	<b>111</b>
MOBBING IN DER SCHULE	112
BETEILIGUNG AN SCHLÄGEREIEN	117
AUSÜBUNG VON GEWALT	120
<b>3. FAZIT &amp; DISKUSSION</b>	<b>123</b>
<b>ZUR GESUNDHEITLICHEN LAGE VON HERANWACHSENDEN IN SACHSEN-ANHALT</b>	<b>125</b>
METHODISCHE STÄRKEN & LIMITATIONEN	128
SCHLUSSFOLGERUNGEN & IMPLIKATIONEN	128
<b>LITERATUR</b>	<b>131</b>



# ABBILDUNGEN & TABELLEN

Abbildung 1:	Geografische Verteilung teilnehmender Schulen der HBSC-Studie Sachsen-Anhalt in 2018/19 je Landkreis .....	7
Abbildung 2:	Prozentuale Verteilung der teilnehmenden Schulen (n=41) nach Schulform .....	7
Abbildung 3:	Anteil befragter Schüler*innen der HBSC-Studie Sachsen-Anhalt 2018/19 nach soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Angaben in Prozent (n=3.225-3.547).....	10
Abbildung 4:	Angaben der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt zur subjektiven Gesundheit (n=3.525).....	17
Abbildung 5:	Subjektive Gesundheit der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.514) .....	17
Abbildung 6:	Subjektive Gesundheit der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.514) .....	18
Abbildung 7:	Subjektive Gesundheit der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.215-3.525).....	18
Abbildung 8:	Einteilung der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt nach Hinweisen auf depressive Symptome (n=3.231).....	20
Abbildung 9:	Hinweise auf depressive Symptome der befragten Schüler*innen differenziert nach Geschlecht (n=3.222) .....	20
Abbildung 10:	Hinweise auf depressive Symptome der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.222) .....	21
Abbildung 11:	Hinweise auf depressive Symptome der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=2.981-3.231) .....	21
Abbildung 12:	Verteilung der psychosomatischen Beschwerden der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt (n=3.420-3.515).....	23
Abbildung 13:	Häufigkeit psychosomatischer Beschwerden der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.410) .....	23
Abbildung 14:	Häufigkeit psychosomatischer Beschwerden der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.410).....	24
Abbildung 15:	Häufigkeit psychosomatischer Beschwerden der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.132-3.420) .....	24
Abbildung 16:	Einordnung der Lebenszufriedenheit zwischen 0 („das schlechteste denkbare Leben“) und 10 („das beste denkbare Leben“) unter allen befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt (n=3.505) .....	25
Abbildung 17:	Einschätzung der Lebenszufriedenheit der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.495).....	26
Abbildung 18:	Einschätzung der Lebenszufriedenheit der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.494).....	26
Abbildung 19:	Einschätzung der Lebenszufriedenheit der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.200-3.505) .....	27
Abbildung 20:	Angaben der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt zum Frühstücksverhalten (n= 3.463) .....	32
Abbildung 21:	Frühstücksverhalten der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.454) .....	33
Abbildung 22:	Frühstücksverhalten der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.453) .....	33
Abbildung 23:	Frühstücksverhalten der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.180-3.463).....	34

Abbildung 24:	Angaben der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt zum Obst- und Gemüsekonsum (n=3.473-3.483) .....	35
Abbildung 25:	Obst- und/oder Gemüsekonsum der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.480) .....	36
Abbildung 26:	Obst- und/oder Gemüsekonsum der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.480) .....	36
Abbildung 27:	Obst- und/oder Gemüsekonsum der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.198-3.491).....	37
Abbildung 28:	Angaben der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt zum Süßigkeiten- und Softdrinkkonsum (n=3.469-3.476) .....	38
Abbildung 29:	Konsum von Süßigkeiten und/oder Softdrinks der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.474) .....	39
Abbildung 30:	Konsum von Süßigkeiten und/oder Softdrinks der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.474) .....	39
Abbildung 31:	Konsum von Süßigkeiten und/oder Softdrinks der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.195-3.485) .....	40
Abbildung 32:	Angaben der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt zur Zahnhygiene (n=3.500).....	42
Abbildung 33:	Zahnhygiene der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.489) .....	42
Abbildung 34:	Zahnhygiene der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.489) .....	43
Abbildung 35:	Zahnhygiene der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.210-3.500) .....	43
Abbildung 36:	Angaben der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt zur körperlichen Aktivität (n=3.476) .....	44
Abbildung 37:	Körperliche Aktivität der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.466) .....	45
Abbildung 38:	Körperliche Aktivität der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.466) .....	45
Abbildung 39:	Körperliche Aktivität der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.180-3.476) .....	46
Abbildung 40:	Angaben der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt zum eigenen Körperbild (n=3.473) .....	48
Abbildung 41:	Körperbild der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.463) .....	48
Abbildung 42:	Körperbild der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.462) .....	49
Abbildung 43:	Körperbild der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.177-3.473) .....	49
Abbildung 44:	Angaben der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt zu Maßnahmen der Gewichtskontrolle (n=3.381-3.465) .....	51
Abbildung 45:	Angaben der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt zum Alkoholkonsum (n= 3.421).....	57
Abbildung 46:	Aktueller Alkoholkonsum der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.411).....	57
Abbildung 47:	Aktueller Alkoholkonsum der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.411) .....	58
Abbildung 48:	Aktueller Alkoholkonsum der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.148-3.421) .....	58
Abbildung 49:	Angaben der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt zum Rauschtrinken (n= 3.403).....	60

Abbildung 50:	Aktuelle Rauscherfahrungen der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.393) .....	60
Abbildung 51:	Aktuelle Rauscherfahrungen der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.393) .....	61
Abbildung 52:	Aktuelle Rauscherfahrungen der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.133-3.403) .....	61
Abbildung 53:	Angaben der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt zum Tabakkonsum (n= 3.436) .....	63
Abbildung 54:	Aktueller Tabakkonsum der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.426) .....	63
Abbildung 55:	Aktueller Tabakkonsum der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.426) .....	64
Abbildung 56:	Aktueller Tabakkonsum der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.162-3-436) .....	64
Abbildung 57:	Angaben der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt zum Cannabiskonsum (n= 1.274) .....	66
Abbildung 58:	Cannabiskonsum der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=1.272) .....	66
Abbildung 59:	Cannabiskonsum der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=1.241-1.274) .....	67
Abbildung 60:	Angaben der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt zur Online-Kommunikation (n=3.233) .....	71
Abbildung 61:	Nutzung der Online-Kommunikation der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.223) .....	71
Abbildung 62:	Nutzung der Online-Kommunikation der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.223) .....	72
Abbildung 63:	Nutzung der Online-Kommunikation der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.131-3.233) .....	72
Abbildung 64:	Angaben zur Abhängigkeit von sozialen Medien der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt (n=3.091) .....	74
Abbildung 65:	Abhängigkeit von sozialen Medien der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.082) .....	74
Abbildung 66:	Abhängigkeit von sozialen Medien der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.083) .....	75
Abbildung 67:	Abhängigkeit von sozialen Medien der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.034-3.091) .....	75
Abbildung 68:	Angaben der befragten Schüler*innen der 9. Klassenstufen in Sachsen-Anhalt zur sexuellen Aktivität (n= 1.276) .....	78
Abbildung 69:	Sexuelle Aktivität der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=1.274) .....	79
Abbildung 70:	Sexuelle Aktivität der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=1.243-1.276) .....	79
Abbildung 71:	Angaben der befragten Schüler*innen der 9. Klassenstufe in Sachsen-Anhalt zum Verhütungsverhalten (n=343) .....	81
Abbildung 72:	Verhütungsverhalten der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=343) .....	81
Abbildung 73:	Verhütungsverhalten der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=327-343) .....	82
Abbildung 74:	Angaben der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt zur familiären Unterstützung (n=3.158-3.181) .....	87

Abbildung 75:	Wahrgenommene familiäre Unterstützung der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.134) .....	87
Abbildung 76:	Wahrgenommene familiäre Unterstützung der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.134) .....	88
Abbildung 77:	Wahrgenommene familiäre Unterstützung der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.086-3.142) .....	88
Abbildung 78:	Angaben der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt zur Unterstützung von Freund*innen (n=3.277-3.290) .....	90
Abbildung 79:	Wahrgenommene Unterstützung von Freund*innen der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.246) .....	90
Abbildung 80:	Wahrgenommene Unterstützung von Freund*innen der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.245) .....	91
Abbildung 81:	Wahrgenommene Unterstützung von Freund*innen der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.136-3.254) .....	91
Abbildung 82:	Angaben der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt zur Schulzufriedenheit (n=3.489) .....	97
Abbildung 83:	Schulzufriedenheit der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.478) .....	97
Abbildung 84:	Schulzufriedenheit der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.478) .....	98
Abbildung 85:	Schulzufriedenheit der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.207-3.489) .....	98
Abbildung 86:	Angaben der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt zur schulischen Belastung (n=3.471) .....	100
Abbildung 87:	Wahrgenommene schulische Belastung der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.461) .....	100
Abbildung 88:	Wahrgenommene schulische Belastung der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.461) .....	101
Abbildung 89:	Wahrgenommene schulische Belastung der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.195-3.471) .....	101
Abbildung 90:	Angaben der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt zur Unterstützung durch den Klassenverband (n=3.429-3.462) .....	102
Abbildung 91:	Wahrgenommene Unterstützung durch den Klassenverband der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.419) .....	103
Abbildung 92:	Wahrgenommene Unterstützung durch den Klassenverband der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.419) .....	103
Abbildung 93:	Wahrgenommene Unterstützung durch den Klassenverband der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.165-3.429) .....	104
Abbildung 94:	Angaben der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt zur Unterstützung durch Lehrkräfte (n=3.379-3.459) .....	106
Abbildung 95:	Wahrgenommene Unterstützung durch Lehrkräfte der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.344) .....	106
Abbildung 96:	Wahrgenommene Unterstützung durch Lehrkräfte der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.344) .....	107
Abbildung 97:	Wahrgenommene Unterstützung durch Lehrkräfte der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.105-3.352) .....	107
Abbildung 98:	Angaben der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt zum Mobbing (n=3.384-3.388) .....	113
Abbildung 99:	Mobbing-Täter unter den befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.377) .....	113

Abbildung 100: Mobbing-Opfer unter den befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.373) .....	114
Abbildung 101: Mobbing-Täter unter den befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.378) .....	114
Abbildung 102: Mobbing-Opfer unter den befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.374) .....	115
Abbildung 103: Mobbing-Täter unter den befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.194-3.388) .....	115
Abbildung 104: Mobbing-Opfer unter den befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.195-3.384) .....	116
Abbildung 105: Angaben der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt zur Beteiligung an Schlägereien (n=3.327) .....	118
Abbildung 106: Beteiligung an Schlägereien der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.316) .....	118
Abbildung 107: Beteiligung an Schlägereien der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.317) .....	119
Abbildung 108: Beteiligung an Schlägereien der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.177-3.327) .....	119
Abbildung 109: Angaben der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt zur Ausübung von Gewalt (n=3.153) .....	121
Abbildung 110: Ausübung von Gewalt der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.144) .....	121
Abbildung 111: Ausübung von Gewalt der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.144) .....	122
Abbildung 112: Ausübung von Gewalt der befragten Schüler*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.094-3.153) .....	122
Tabelle 1: Gesamtstichprobe (Schüler*innen) nach Schulform, Klassenstufe und Geschlecht (N = 3.522 <sup>#</sup> ) .....	8
Tabelle 2: Überblick der Ergebnisse ausgewerteter Indikatoren nach soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen (p= Signifikanzniveau) .....	126



# MITWIRKENDE

## AUTOR\*INNEN

- Kristina Winter** Wissenschaftliche Mitarbeiterin (cand. PhD), Institut für Medizinische Soziologie (IMS), Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; Hauptverantwortliche Projektmitarbeiterin der HBSC-Studie Sachsen-Anhalt
- Irene Moor** Wissenschaftliche Mitarbeiterin (Dr. PH), Institut für Medizinische Soziologie (IMS), Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; Koordination und Co-Leitung der HBSC-Studie Sachsen-Anhalt
- Matthias Richter** Professor und Direktor, Institut für Medizinische Soziologie (IMS), Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; Leitung der HBSC-Studie Sachsen-Anhalt

## UNTERSTÜTZUNG

- Mirja Kuhlencord** Studentische Hilfskraft, Institut für Medizinische Soziologie (IMS), Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Anna Schneider** Wissenschaftliche Hilfskraft, Institut für Medizinische Soziologie (IMS), Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

## DESIGN

- HBSC Brand Identity** Der Abschlussbericht wurde im Einklang mit dem Corporate Design der HBSC-Studie, in Anlehnung an die von Joe Hancock und der "International HBSC Group" (International Coordinating Centre HBSC, Glasgow) entwickelten Designvorlagen, erstellt.

## FÖRDERUNG

- IKK gesund plus** Die HBSC-Studie Sachsen-Anhalt wird gefördert durch die Krankenkasse IKK gesund plus Magdeburg. Zeitraum der ersten Förderphase: Januar 2018 – Juni 2020.

## RÜCKFRAGEN ZUR HBSC-STUDIE SACHSEN-ANHALT

- Kristina Winter, M.A.** Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
**Dr. Irene Moor** Magdeburger Str. 8, 06112 Halle/Saale  
 Tel: 0345 - 557 1161 (Sekretariat)  
 Fax: 0345 - 557 1165  
 E-Mail: [hbsc.sachsen-anhalt@medizin.uni-halle.de](mailto:hbsc.sachsen-anhalt@medizin.uni-halle.de)  
 Website: [www.hbsc-studie-sachsen-anhalt.de](http://www.hbsc-studie-sachsen-anhalt.de) (HBSC Sachsen-Anhalt)  
[www.hbsc-germany.de](http://www.hbsc-germany.de) (HBSC Deutschland)





# VORWORT DER AUTOR\*INNEN

Sehr geehrte Leser\*innen,

jede fünfte Schule in Sachsen-Anhalt hat im Schuljahr 2017/18 bzw. 2018/19 an der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) Sachsen-Anhalt teilgenommen. Für die tatkräftige Unterstützung bei der Durchführung der Studie sei an dieser Stelle

---

**ETWA JEDE FÜNFTE SCHULE IN SACHSEN-ANHALT HAT AN DER HBSC-STUDIE TEILGENOMMEN. WIR SAGEN DANKE!**

---

allen teilnehmenden allgemeinbildenden Schulen in Sachsen-Anhalt gedankt. Insbesondere möchten wir allen Schüler\*innen und ihren Erziehungsberechtigten unsere Anerkennung und unseren Dank aussprechen, dass sie an der Studie teilgenommen haben. Darüber hinaus möchten wir allen Schulleitungen, Lehrkräften, Ansprechpartner\*innen der

Schulen und dem Landesschulamt Sachsen-Anhalt danken, dass sie neben ihren alltäglichen Herausforderungen, durch die Genehmigung sowie ihrer Teilnahme und Mitarbeit, die Umsetzung der HBSC-Studie Sachsen-Anhalt 2018/19 möglich gemacht haben und damit einen wesentlichen Beitrag zu dieser Studie geleistet haben.

Die Studie wurde durch die Krankenkasse IKK gesund plus Sachsen-Anhalt mit Hauptsitz in Magdeburg gefördert. Wir bedanken uns vielmals, dass sie mit Hilfe der Förderung die HBSC-Studie Sachsen-Anhalt ermöglicht hat und dadurch für das Bundesland wichtige Gesundheitsinformationen zur Verfügung gestellt werden konnten. Die Durchführung und inhaltliche Ausgestaltung des Projektes erfolgte durch das Institut für Medizinische Soziologie (IMS) der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Ein Projekt wie dieses erfordert viele Köpfe und unterstützende Hände, daher möchten wir die Möglichkeit nutzen, unseren studentischen Hilfskräften zu danken, die uns in verschiedenen Phasen des Projektes – von der Erstellung der Erhebungsmaterialien bis zur Erstellung der individuellen Schulberichte – unermüdlich unterstützt haben. Unser Dank gilt daher (in alphabetischer Reihenfolge): Richard Hinrichs, Anna Jehle, Mirja Kuhlencord, Maike Saß und Anna Schneider!

Mit diesem Abschlussbericht der HBSC-Studie Sachsen-Anhalt 2018/19 werden die wichtigsten Ergebnisse zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zusammengetragen und differenziert nach soziodemografischen/-ökonomischen Merkmalen ausgewertet. Die Studie bietet damit wichtige Erkenntnisse und Hinweise zur gesundheitlichen Lage der Heranwachsenden, die als Ansatzpunkte gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen genutzt werden können, um damit die Arbeit von Entscheidungsträgern aus Politik und Praxis zu unterstützen.



Prof. Dr. Matthias Richter  
(Studienleitung, Direktor des Instituts für  
Medizinische Soziologie, Martin-Luther-  
Universität Halle-Wittenberg)



Dr. Irene Moor  
(Co-Leitung, Studienkoordination)



Kristina Winter, M.A.  
(verantwortl. Projektmitarbeiterin,  
Studiendurchführung)



# ZUSAMMENFASSUNG

Der vorliegende Abschlussbericht wurde anlässlich der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie Sachsen-Anhalt 2018/19 zur Kinder- und Jugendgesundheit, die durch die Krankenkasse „IKK gesund plus“ gefördert wurde, verfasst. Die Datenerhebung in Sachsen-Anhalt erfolgte zwischen Juni 2018 und Januar 2019 mittels Paper-and-Pencil-Methode. Die Stichprobe umfasst 3.547 Schüler\*innen aus insgesamt 41 Schulen (darunter 23 Sekundarschulen, 5 Gemeinschaftsschulen und 13 Gymnasien) mit 114 Schulklassen der Jahrgangsstufen 5, 7 und 9. Auf Schulebene konnte damit eine Teilnahmequote in Sachsen-Anhalt von ca. 20 % und auf Ebene der Schüler\*innen eine Teilnahmequote von ca. 53 % erreicht werden. In acht übergeordneten Themenbereichen werden die wichtigsten Ergebnisse aus insgesamt 28 Indikatoren zur Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten sowie den damit verbundenen sozialen Kontextfaktoren der durchschnittlich 11- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen vorgestellt und differenziert nach soziodemografischen sowie sozioökonomischen Merkmalen (Geschlecht, Klassenstufe, Schulform, Migrationshintergrund, familiärer Wohlstand) ausgewertet.

## GESUNDHEIT & WOHLBEFINDEN

Die Mehrheit der Schüler\*innen berichtet eine gute Gesundheit und Lebenszufriedenheit. Dennoch weist etwa jede\*r Dritte Hinweise auf klinisch relevante depressive Symptome und eine hohe psychosomatische Beschwerdelast auf. Mädchen und Heranwachsende höherer Klassenstufen sowie jene, die eine Sekundar-/Gemeinschaftsschule besuchen, sind dabei besonders von einer schlechteren (psychischen) Gesundheit betroffen. Ebenso stellen Schüler\*innen mit Migrationshintergrund und einem niedrigen familiären Wohlstand eine gefährdete Gruppe für eine hohe psychosomatische Beschwerdelast und das Vorliegen möglicher klinisch relevanter depressiver Symptome dar. Ein niedriger familiärer Wohlstand steht zudem in Zusammenhang mit einer schlechteren Einschätzung der Gesundheit und der Lebenszufriedenheit.

## ERNÄHRUNG, KÖRPER & BEWEGUNG

Insgesamt zeichnen sich in diesem Bereich Defizite im Gesundheitsverhalten ab. So frühstückt mehr als ein Drittel nicht regelmäßig an Schultagen, etwa jede\*r dritte Heranwachsende konsumiert täglich Süßigkeiten und/oder zuckerhaltige Limonaden, hingegen nehmen weniger als die Hälfte der Schüler\*innen täglich Obst und/oder Gemüse zu sich. Etwa ein Viertel der Heranwachsenden betreibt eine unregelmäßige Zahnhygiene, mehr als die Hälfte ist unzufrieden mit ihrem eigenen Körper und nimmt diesen als zu dick oder zu dünn wahr und die große Mehrheit der Heranwachsenden ist unzureichend körperlich aktiv. Dabei zeigen sich für alle Indikatoren gesundheitliche Ungleichheiten, zum Nachteil von Heranwachsenden höherer Klassenstufen, Sekundar-/Gemeinschaftsschüler\*innen oder jenen mit niedrigem familiärem Wohlstand, die in allen Bereichen ungünstigere Gesundheitsverhaltensweisen aufweisen. Anders stellt es sich für die körperliche Aktivität dar, hier bewegen sich Gymnasiast\*innen häufiger unzureichend. Mädchen frühstücken seltener, sind seltener regelmäßig physisch aktiv und nehmen ihr Körperbild häufiger als zu dick oder zu dünn wahr als Jungen. Hingegen essen Jungen seltener regelmäßig Obst/Gemüse und putzen sich unregelmäßiger die Zähne im Vergleich zu Mädchen. Schüler\*innen mit Migrationshintergrund frühstücken seltener und betreiben häufiger eine unregelmäßigere

Zahnhygiene. Eine Ausnahme bildet der Süßigkeiten-/Softdrinkkonsum, der sich nach keinem der soziodemografischen oder sozioökonomischen Merkmale unterscheidet. Auch gibt es keine Unterschiede im Obst-/Gemüsekonsum, in der körperlichen Aktivität und dem Körperbild nach Migrationshintergrund.

## SUBSTANZKONSUM

Im Hinblick auf den aktuellen Konsum, d. h. den Konsum in den vergangenen 30 Tagen, zeigt sich, dass über ein Viertel der Heranwachsenden Alkohol konsumiert hat, jede\*r Zehnte einmal oder mehrmals bis zum Rauschzustand betrunken war, jede\*r achte Schüler\*in Zigaretten geraucht hat und etwa jede\*r Siebte Cannabis konsumierte (nur in 9. Klasse erhoben). Der Konsum der Substanzen erhöht sich dabei deutlich mit zunehmender Klassenstufe und unterscheidet sich nach besuchter Schulform, wobei Schüler\*innen einer Sekundar-/Gemeinschaftsschule einen höheren Konsum für jede der Substanzen aufweisen. Für den Alkoholkonsum zeigen sich zudem höhere Prävalenzen für Heranwachsende mit niedrigem familiärem Wohlstand. Für den Tabak- und Cannabiskonsum konnten neben der Klassenstufe und der besuchten Schulform auch Zusammenhänge mit dem Geschlecht und dem Migrationshintergrund gefunden werden. Dabei konsumieren Schüler\*innen mit Migrationshintergrund häufiger Tabak und Cannabis als jene ohne Migrationshintergrund. Während Mädchen etwas häufiger angeben, aktuell zu rauchen, konsumieren Jungen mehr Cannabis als weibliche Heranwachsende. Der familiäre Wohlstand spielt hingegen keine Rolle im Tabak- oder Cannabiskonsum.

## MEDIENKONSUM

Über ein Viertel der Schüler\*innen sind als Intensiv-Nutzer von Online-Kommunikation einzuordnen und jede\*r Neunte weist eine mögliche Abhängigkeit von sozialen Medien auf. Schüler\*innen einer Sekundar-/Gemeinschaftsschule sind häufiger intensive Nutzer von Online-Kommunikationsmedien als Gymnasiast\*innen. Mädchen und Heranwachsende höherer Klassenstufen betreiben häufiger Online-Kommunikation als Jungen und jüngere Jahrgangsstufen, für eine mögliche Abhängigkeit zeigen sich hingegen keine geschlechts- oder klassenstufenspezifischen Unterschiede. Heranwachsende mit Migrationshintergrund zeigen häufiger Hinweise einer Abhängigkeit von sozialen Medien, für die Intensität der Nutzung von Online-Kommunikation sind keine Unterschiede vorzufinden. Der familiäre Wohlstand steht mit keinem der beiden Indikatoren zum Medienkonsum in Zusammenhang.

## SEXUALITÄT

Das Sexual- und Verhütungsverhalten wurde nur bei Schüler\*innen der 9. Klasse erhoben. Knapp ein Drittel der Neuntklässler\*innen gibt an, sexuell aktiv gewesen zu sein. Von den sexuell aktiven Heranwachsenden berichtet etwa jede\*r Siebte, keine Verhütungsmittel beim letzten Geschlechtsverkehr genutzt zu haben oder es nicht mehr zu wissen, für Jungen trifft dies häufiger zu als für Mädchen. Sowohl für die sexuelle Aktivität als auch für das Verhütungsverhalten zeigen Schüler\*innen der Sekundar-/Gemeinschaftsschule riskantere Verhaltensweisen als Gymnasiast\*innen. Heranwachsende mit einem Migrationshintergrund berichten häufiger, sexuell aktiv gewesen zu sein und kein Verhütungsmittel genutzt zu haben, als jene ohne Migrationshintergrund. Weder das Sexual- noch das Verhütungsverhalten unterscheiden sich hingegen nach familiärem Wohlstand.

## SOZIALES UMFELD

Etwa ein Fünftel der Heranwachsenden fühlt sich durch die Familie und jede\*r Vierte durch Freund\*innen nicht oder nur unzureichend unterstützt. Während die wahrgenommene Unterstützung durch die Familie mit zunehmender Klassenstufe sinkt, zeigen sich keine Unterschiede bei der Einschätzung der Unterstützung durch Freund\*innen. Jungen fühlen sich weniger durch Freund\*innen unterstützt als Mädchen, für die Familie zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Die wahrgenommene Unterstützung durch das soziale Umfeld unterscheidet sich zudem nach besuchter Schulform, Migrationshintergrund und familiärem Wohlstand: Sekundar-/Gemeinschaftsschüler\*innen, Heranwachsende mit Migrationshintergrund oder niedrigem familiärem Wohlstand nehmen häufiger keine oder nur eine schwache Unterstützung durch die Familie oder Freund\*innen wahr.

## SCHULE & SCHULKULTUR

Die Mehrheit der Schüler\*innen gibt an, mit der Schule zufrieden zu sein, etwa jeder siebte Heranwachsende berichtet jedoch über eine niedrige Schulzufriedenheit. Über ein Viertel der Schüler\*innen ist durch die schulischen Anforderungen einigermaßen bis sehr stark belastet. Die große Mehrheit der Heranwachsenden fühlt sich durch ihre Klassenkamerad\*innen ausreichend unterstützt, hingegen nimmt über ein Drittel der Schüler\*innen keine oder nur eine unzureichende Unterstützung durch die Lehrkräfte wahr. Alle Indikatoren der Schule und der Schulkultur unterscheiden sich nach Höhe der Klassenstufe und besuchter Schulform, wobei die Prävalenz einer niedrigen Schulzufriedenheit, einer hohen schulischen Belastung und unzureichender Unterstützung mit zunehmender Klassenstufe und bei Heranwachsenden einer Sekundar-/Gemeinschaftsschule steigt. Es finden sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Ein konträres Bild zeigt sich für die wahrgenommene schulische Belastung und Unterstützung durch Lehrkräfte, hier berichten Gymnasiast\*innen deutlich häufiger als Sekundar-/Gemeinschaftsschüler\*innen über eine hohe Belastung und keine bzw. unzureichende wahrgenommene Unterstützung durch Lehrkräfte. Heranwachsende mit Migrationshintergrund und niedrigem familiärem Wohlstand fühlen sich häufiger nicht oder nur unzureichend durch den Klassenverband unterstützt, für die übrigen Indikatoren finden sich keine Zusammenhänge mit dem Migrationshintergrund. Der familiäre Wohlstand steht zudem mit der schulischen Belastung in Zusammenhang, wobei sich Heranwachsende mit hohem familiärem Wohlstand stärker durch die schulischen Anforderungen belastet fühlen als jene mit mittlerem oder niedrigem familiärem Wohlstand. Die Schulzufriedenheit und Unterstützung durch Lehrkräfte unterscheidet sich nicht nach dem familiärem Wohlstand der Schüler\*innen.

## MOBBING & GEWALT

Jeder zehnte Heranwachsende wird regelmäßig in der Schule Opfer von Mobbing, etwa halb so viele Schüler\*innen berichten, andere zu mobben. Jede\*r Siebte gibt an, in den vergangenen 12 Monaten mehrfach an Schlägereien beteiligt gewesen zu sein, und etwa ein Viertel der Heranwachsenden übte gewalttätiges Verhalten aus. Jungen sind dabei etwas häufiger Mobbing-Täter, aber seltener Mobbing-Opfer. Zudem sind Jungen deutlich häufiger an Schlägereien beteiligt oder in gewalttätiges Verhalten verwickelt als Mädchen. Der Anteil Heranwachsender mit mehrfacher Beteiligung an Schlägereien liegt in jüngeren Klassenstufen, bei gewalttätigem Verhalten hingegen bei älteren

Klassenstufen deutlich höher. Die Häufigkeit, gemobbt zu werden, sinkt leicht mit zunehmender Klassenstufe, hingegen steigt die Prävalenz, andere zu mobben. Für alle Indikatoren zeigen sich Unterschiede nach besuchter Schulform und Migrationshintergrund. Die Prävalenz des Mobbing (Opfer und Täter) an Sekundar-/Gemeinschaftsschulen und bei Heranwachsenden mit Migrationshintergrund liegt höher als an Gymnasien oder bei Schüler\*innen ohne Migrationshintergrund. Der familiäre Wohlstand spielt bei Mobbing eine Rolle, wobei Heranwachsende mit niedrigem familiärem Wohlstand häufiger Opfer von Mobbingattacken werden. Die Beteiligung an Schlägereien oder das gewalttätige Verhalten steht nicht mit dem familiären Wohlstand in Zusammenhang.

# 1. EINLEITUNG & METHODIK

# EINLEITUNG

*„Investments in adolescent health and wellbeing bring benefits today, for decades to come, and for the next generation.“ (Patton et al. 2016: 2423)*

Die sensible Lebensphase des Kindes- und Jugendalters ist geprägt von der Bewältigung vielfältiger Entwicklungsaufgaben und Herausforderungen. In dieser Schlüsselphase der Entwicklung kommt es zu zahlreichen biologischen und psychosozialen Veränderungen der Heranwachsenden, die Einzug in alle Lebensbereiche finden. Insbesondere die Gesundheit und das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen nehmen eine entscheidende Rolle ein, denn eine gute (psychosoziale) Gesundheit kann die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) der Heranwachsenden fördern und so bei der Bewältigung von (entwicklungsbedingten) Herausforderungen helfen. Dabei gibt es eine Vielzahl an Determinanten, die die Gesundheit der heranwachsenden Generation positiv wie auch negativ bedingen<sup>[2-4]</sup>.

Spätestens mit der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986) wurde das Thema Gesundheitsförderung und Prävention zum Fokus gesundheitspolitischer Agenda und hat bis heute nicht an Aktualität verloren<sup>[5]</sup>. So stellt auch das Bundesministerium für Gesundheit die gesundheitliche Entwicklung der heranwachsenden Generation mit der Aktualisierung des im Jahr 2003 entwickelten Konzepts der nationalen Gesundheitsziele „Gesund Aufwachsen“ die gesundheitliche Entwicklung von Heranwachsenden in den Blickpunkt. Doch insbesondere die Lebensphase Adoleszenz birgt nicht nur Chancen, sondern auch eine Reihe an Herausforderungen und Risiken. Auch wenn die Prävalenzen für (chronische) Erkrankungen in dieser Lebensphase eher gering ausfallen, so gibt es dennoch einige gesundheitsrelevante Bereiche, bei denen Handlungsbedarf besteht, darunter insbesondere die psychische Gesundheit, Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Substanzkonsum oder Gewalt<sup>[6]</sup>. Dabei spielen nicht nur die Kinder und Jugendlichen selbst, sondern auch die unmittelbaren Lebenswelten der Heranwachsenden eine wichtige Rolle. Während die Familie als primäre Sozialisationsinstanz in den ersten Jahren des Aufwachsens noch den größten Bezugspunkt für die Heranwachsenden darstellt, gewinnt die Schule als sekundäre Sozialisationsinstanz sowie der Freundeskreis und Gleichaltrige zunehmend an Bedeutung. Merkmale des sozialen, familiären und schulischen Umfelds können dabei protektiv wie auch hinderlich auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten wirken und sind damit wichtige Faktoren und Prädiktoren für das gesundheitliche Aufwachsen der Kinder und Jugendlichen<sup>[7]</sup>.

Diese Faktoren können schwerwiegende Folgen für die kognitive, psychosoziale und physische gesundheitliche Entwicklung der Heranwachsenden haben. Damit stellt das Thema Kinder- und Jugendgesundheit einen elementaren Bereich dar, für den Wissen und Investitionen, nicht nur für die derzeitige, sondern auch für die zukünftige Gesundheit und das Wohlbefinden der Heranwachsenden von Bedeutung sind. Denn aus zahlreichen Studien ist bekannt, dass die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter die „Weichenstellung“ für die spätere Gesundheit bilden – gesundheitsschädigende Verhaltensweisen oder Beeinträchtigungen werden folglich oftmals im Erwachsenenalter fortgeführt<sup>[4,8,9]</sup>. Die Investition in ein gesundes Aufwachsen der Adoleszenten kann somit das Fundament für eine gute Gesundheit



und ein gesundheitsförderliches Verhalten im Erwachsenenalter darstellen. Um präventiv und gesundheitsförderlich auf die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen einwirken zu können, ist eine Berücksichtigung von bzw. Zusammenarbeit zwischen allen Bereichen ihrer Lebenswelten unerlässlich<sup>[10–12]</sup>.

Aus diesem Grund widmet sich die HBSC-Studie der Erhebung der aktuellen Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens von Kindern und Jugendlichen sowie der Bedeutung von Merkmalen des schulischen, sozialen und familiären Umfelds der Heranwachsenden. Auf dieser Grundlage baut die HBSC-Studie Sachsen-Anhalt auf und verfolgt das Ziel, die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt, im Sinne einer umfassenden Bedarfserhebung, zu erfassen und so nicht nur ein Bild über die gesundheitliche Lage der Heranwachsenden zu erlangen, sondern auch die daraus gewonnenen Erkenntnisse als Grundlage für Ansatzpunkte der Prävention und Gesundheitsförderung zu nutzen.

Im Rahmen des vorliegenden Abschlussberichtes werden die Hauptergebnisse der HBSC-Studie Sachsen-Anhalt vorgestellt. Hierfür wird zunächst die HBSC-Studie sowie die Methodik und Datengrundlage im Detail vorgestellt. Im Anschluss werden die Ergebnisse der wichtigsten erhobenen und häufig verwendeten Indikatoren nach spezifischen Themenbereichen sortiert dargestellt. Jeder Themenbereich wird dabei zunächst inhaltlich eingebettet. Daran anschließend wird jeder Indikator in den Forschungskontext eingeordnet und das Erhebungsinstrument vorgestellt. Für die Ergebnisauswertungen werden dann jeweils in einem ersten Schritt die Verteilungen der Häufigkeitsangaben je Antwortausprägungen des jeweiligen Items vorgestellt. In einem zweiten Schritt werden die Antwortkategorien nun in dichotomisierter Form differenziert nach soziodemografischen (Geschlecht, Klassenstufe) und sozioökonomischen (Schulform, Migrationshintergrund, familiärer Wohlstand) Merkmalen ausgewertet, um mögliche Gruppenunterschiede identifizieren zu können. Die Ergebnisse werden im Anschluss resümierend zusammengefasst und diskutiert.

## METHODIK & DATEN

Die Health Behaviour in School-aged Children Studie, kurz HBSC, ist eine internationale Kinder- und Jugendgesundheitsstudie unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie hat das Ziel, in regelmäßigen Abständen die Gesundheit und das gesundheitsbezogene Verhalten von Heranwachsenden international vergleichend zu erfassen. Dabei werden auch soziodemografische und psychosoziale Faktoren erhoben, welche die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten im Jugendalter bedingen können. Die Studie wird seit 1982 alle vier Jahre in einer wachsenden Zahl an Ländern durchgeführt, an der aktuellen Erhebung 2017/18 beteiligten sich 49 Länder aus Europa und Nordamerika an der Studie<sup>[13]</sup>.

Deutschland nahm erstmals 1993/94 mit seinem einwohnerreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen teil. Seit 2013/14 werden alle 16 Bundesländer erfasst. Die Gesamtkoordination in Deutschland erfolgt durch das Institut für Medizinische Soziologie (IMS) der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (unter der Leitung von Prof. Dr. Matthias Richter). Einen Überblick

über die HBSC-Studie und bisherige Erhebungswellen (inklusive ausgewählter Ergebnisse) ist über die Homepage der HBSC-Studie Deutschland unter [www.hbsc-germany.de](http://www.hbsc-germany.de) zu erhalten.

#### HBSC-STUDIE SACHSEN-ANHALT 2018/19

Im Rahmen der aktuellen Erhebungswelle war es uns in Sachsen-Anhalt mit Hilfe der Förderung der IKK gesund plus erstmals möglich, die HBSC-Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit in der Altersgruppe der 10- bis 16-Jährigen repräsentativ für Sachsen-Anhalt zu erheben. Damit ist es uns möglich, Aussagen speziell zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt zu treffen, was eine Voraussetzung für die effektive Entwicklung gesundheitsfördernder Maßnahmen ist. In Anlehnung an den bundesweiten Survey der HBSC-Studie werden u. a. die subjektive und psychosoziale Gesundheit, das Gesundheitsverhalten sowie die sozialen Rahmenbedingungen aus Familie, Schule und Freunden, die die Gesundheit der Heranwachsenden bedingen können, erhoben. Die Ergebnisse bieten eine Bandbreite gesundheitsrelevanter Indikatoren für das Wohlbefinden und die Bedingungen des (gesunden) Aufwachsens.

#### STUDIENGENEHMIGUNG & DATENSCHUTZ

Eine Genehmigung zur Durchführung der HBSC-Studie Sachsen-Anhalt erfolgte durch das Landesschulamt Sachsen-Anhalt. Für die HBSC-Studie liegt zudem ein Ethikvotum der Ärztekammer Hamburg vor (Bearbeitungs-Nr. PV5671). In Übereinstimmung mit der europäischen Datenschutzverordnung (DSGVO) und des Datenschutzgesetzes des Bundes (BDSG) wurde in Absprache mit der Datenschutzbeauftragten der Universität Halle-Wittenberg ein entsprechendes datenschutzrechtliches Konzept ausgearbeitet und angewendet. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen wurden zu jeder Zeit berücksichtigt.

Die Teilnahme an der HBSC-Studie Sachsen-Anhalt war freiwillig. Nach der Einwilligung einer Teilnahme auf Seiten der Schule wurden die Einverständniserklärungen an der Studienteilnahme einerseits von den Erziehungsberechtigten und andererseits von den Schüler\*innen durch das Lehrpersonal eingeholt (informed consent). Sowohl Schulen als auch Schüler\*innen und Erziehungsberechtigte konnten eine Studienteilnahme ablehnen oder die Zustimmung an der Teilnahme bis zum Befragungstag widerrufen. Zudem konnte die Befragung seitens der teilnehmenden Schüler\*innen zu jeder Zeit abgebrochen oder Fragen ausgelassen werden. Die Einwilligungserklärungen der Schüler\*innen und Erziehungsberechtigten wurden sachgemäß nach DIN-Norm-66339 mit dem Befragungsabschluss durch die Schule vernichtet.

Als Incentive wurde den Schulen bei der Teilnahme an der HBSC-Studie Sachsen-Anhalt die Übermittlung eines schulspezifischen Schulberichtes in Aussicht gestellt. Schulen mit einer ausreichenden Anzahl an teilnehmenden Schüler\*innen bekamen einen individuellen Schulbericht auf Basis der teilnehmenden Schüler\*innen ihrer Schule. Aufgrund dessen musste ein Rückschluss auf die Schulen möglich bleiben. Um jedoch die sensiblen Daten der Schulen zu schützen, wurde jeder Schule ein Code zugeordnet, der nur durch die verantwortlichen Projektmitarbeiter\*innen entschlüsselt werden konnte. Um den Datenschutz und die Anonymität der teilnehmenden Schüler\*innen zu wahren, erhielten Schulen mit geringer Teilnehmerzahl keinen individuellen, sondern entsprechend der eigenen Schulform aggregierten Schulbericht. Ein Rückschluss auf einzelne Schüler\*innen ist in beiden Fällen nicht möglich.

## STUDIENDESIGN, REKRUTIERUNG & DATENERHEBUNG

Die internationale Studie ist als Querschnittsstudie, d. h. als einmalige Befragung der betreffenden Zielpopulation, konzipiert. Richtlinien zur Durchführung und Auswertung der HBSC-Studie sind im internationalen Studienprotokoll detailliert festgehalten und für alle teilnehmenden Länder verbindlich (nähere Informationen unter [www.hbsc.org](http://www.hbsc.org)). Eingesetzt wird ein Kernfragebogen, der in allen teilnehmenden Ländern der internationalen HBSC-Studie verwendet wird. Ergänzt dazu obliegt es jedem nationalen Team, den Fragebogen durch länder- und forschungsspezifische Schwerpunkte mit einer kleinen Anzahl an zusätzlichen Fragen (optional packages) zu erweitern<sup>[13]</sup>. Auch für die HBSC-Studie Sachsen-Anhalt wurden alle Fragen des Kernfragebogens erhoben und somit eine Vergleichbarkeit mit den nationalen wie auch internationalen Ergebnissen ermöglicht. Zusätzlich wurden weitere Forschungsfragen ergänzt, die nur in Sachsen-Anhalt erhoben wurden. Ausführliche Informationen zu den eingesetzten Skalen und Items werden an entsprechender Stelle der spezifischen Themenauswertungen im Abschlussbericht beschrieben. Der vollständige Fragebogen kann bei den Projektverantwortlichen angefragt und unter bestimmten Voraussetzungen eingesehen werden.

Die Datenerhebung in Sachsen-Anhalt erfolgte zwischen Juni 2018 und Januar 2019 als schriftliche Befragung über anonyme Fragebögen (Paper-and-Pencil-Methode). Aus dem Schulverzeichnis 2017/18 in Sachsen-Anhalt wurden alle 220 allgemeinbildenden Schulen (Sekundarschulen, Gemeinschaftsschulen, Gymnasien) zur Teilnahme eingeladen. Hierfür wurden allen Schulen Informationen zur Studie sowie eine Einladung zur Teilnahme übersandt. Nach einer entsprechenden zeitlichen Wartezeit wurden Schulen, von denen keine Rückmeldung erfolgte, erneut schriftlich oder telefonisch kontaktiert. Förderschulen oder Schulen in freier Trägerschaft wurden aufgrund des Erhebungsdesigns, der Vergleichbarkeit und möglicher Verzerrungen nicht miteingeschlossen.

Da die HBSC-Studie eine Altersgruppe von durchschnittlich 11-, 13- und 15-Jährigen anstrebt, wurden für die Befragung Schüler\*innen der Jahrgangsstufen 5, 7 und 9 ausgewählt. Die Schulen wurden gebeten, mindestens 2-3 Klassen jeder Jahrgangsstufe (sofern vorhanden) für die Befragung einzuplanen. Die Schulklassen wurden von der Schulleitung und den Lehrkräften zufällig ausgewählt. Teilnehmende Schulen erhielten zur Vorbereitung auf den Befragungstag ein umfassendes Informationspaket zur Studie, inklusive aller Befragungsmaterialien zur Einsicht und Informationsflyer für Schüler\*innen sowie deren Erziehungsberechtigte. Mithilfe dieser Materialien wurden sowohl die Schulen, das Lehrpersonal als auch die Erziehungsberechtigten und die Schülerschaft über die gesamten Studieninhalte, die Datenschutzbestimmungen, den Ablauf der Studie am Befragungstag sowie mögliche Kontakthinweise informiert. Das HBSC-Team der Martin-Luther-Universität stand den Studienteilnehmer\*innen für Rückfragen und weitere Informationen telefonisch und via E-Mail zur Verfügung. Zudem konnte über die Website passwortgeschützt in den Fragebogen Einsicht genommen werden.

Um einen standardisierten Erhebungsablauf zu gewährleisten, fanden sich in den Informationsmaterialien an die Schulen und Lehrkräfte detaillierte Instruktionen für den Befragungstag. Diese wurden am Befragungstag von den Lehrkräften entsprechend den einheitlichen Vorgaben umgesetzt und die teilnehmenden Klassen instruiert. Der Tag der Befragung

wurde von den teilnehmenden Schulen auf Grundlage schulinterner Aktivitäten selbst festgelegt und dem HBSC-Team mitgeteilt. Auf den zugesandten Informationsflyern waren auch die Einverständniserklärungen zu finden, die von den Erziehungsberechtigten wie auch Schüler\*innen bis zum Tag der Befragung unterschrieben vorliegen mussten, um an dieser teilzunehmen. Das Lehrpersonal hat diese zum Befragungstag eingesammelt und nur jenen Schüler\*innen einen Fragebogen ausgehändigt, bei denen die Einverständniserklärungen vorlagen. Das Ausfüllen der Fragebögen erfolgte im Klassen- oder Jahrgangsstufenverband, wobei auf einen räumlichen Sitzabstand zwischen den Schüler\*innen geachtet wurde, um die Anonymität zu wahren und Verzerrungen zu vermeiden. Ebenso wurde das Lehrpersonal angehalten, genügend Abstand zu den Schüler\*innen zu halten. Die Befragung nahm im Durchschnitt circa 45 Minuten in Anspruch und wurde durch die Lehrkräfte begleitet. Nach der Befragung wurde der ausgefüllte Fragebogen von jedem/r teilnehmenden Schüler\*in in einen beigefügten Umschlag der Universität gelegt und verschlossen. Alle Daten der Schüler\*innen wurden in pseudonymisierter Form erfasst – persönliche Daten, wie Namen oder Adressen, wurden nicht erhoben. Die eingesammelten Befragungsmaterialien wurden im Anschluss gebündelt von der Schule an das Team der HBSC-Studie Sachsen-Anhalt zurückgesendet, dabei entstanden den Schulen zu keinem Zeitpunkt monetäre Kosten.

#### STICHPROBE & RESPONSE

Um eine repräsentative Stichprobengröße zu erhalten, wurde auf Basis des Schulverzeichnisses, bestehend aus allen allgemeinbildenden Schulen in Sachsen-Anhalt, eine Stichprobenkalkulation berechnet, die sich an die Erfahrungen der HBSC-Studie Deutschland aus vergangenen Erhebungsjahren orientierte und die prozentuale Verteilung der Schüler\*innen auf die unterschiedlichen Schulformen Sachsens-Anhalts berücksichtigt. Dabei wurde auch die Größe der Schulen und die Anzahl der Schüler\*innen in den Jahrgangsstufen 5, 7 und 9 einbezogen. Es wurde eine möglichst hohe Teilnahmequote an Schüler\*innen pro Schule angestrebt, wobei eine Stichprobe von 3.500 Schüler\*innen anvisiert wurde.

Auf Schulebene konnte eine Teilnahmequote in Sachsen-Anhalt von knapp 20 % und auf Ebene der Schüler\*innen eine Teilnahmequote von ca. 53 % erreicht werden. Damit nahmen an der HBSC-Studie Sachsen-Anhalt 2018/19 insgesamt 41 allgemeinbildende Schulen und somit etwa jede fünfte Schule teil. Die geographische Verteilung der teilnehmenden Schulen ist in Abbildung 1 dargestellt. Bezogen auf die Schulform bestehen die teilnehmenden Schulen aus 23 Sekundarschulen, 5 Gemeinschaftsschulen und 13 Gymnasien. Die prozentuale Verteilung der Schulformen kann Abbildung 2 entnommen werden.

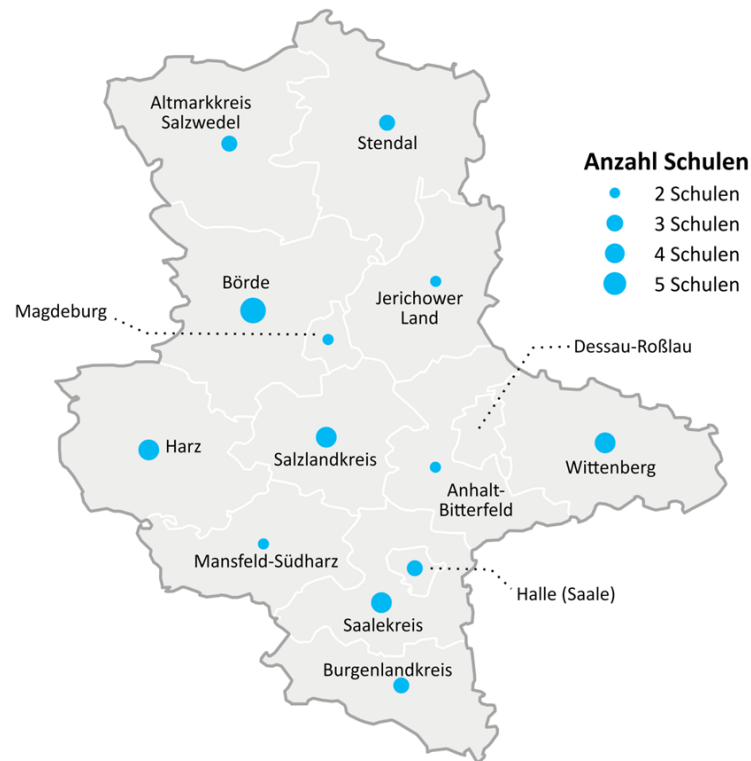


Abbildung 1: Geografische Verteilung teilnehmender Schulen der HBSC-Studie Sachsen-Anhalt in 2018/19 je Landkreis

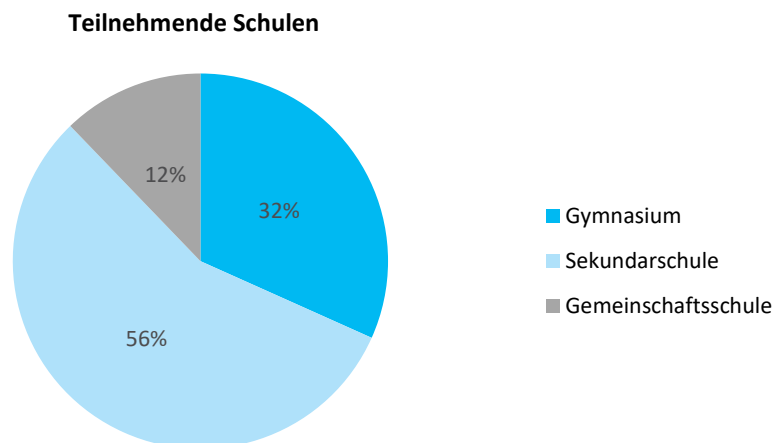


Abbildung 2: Prozentuale Verteilung der teilnehmenden Schulen (n=41) nach Schulform

Die Stichprobe umfasst 3.547 Schüler\*innen aus insgesamt 114 Schulklassen der Jahrgangsstufen 5, 7 und 9. Die Anzahl der teilnehmenden Schüler\*innen ist in der 5. Jahrgangsstufe (29 %) am niedrigsten und in der 9. (38 %) Jahrgangsstufe am höchsten ausgefallen. Die Geschlechter sind mit 52 % teilnehmender Mädchen und 48 % Jungen annähernd gleich verteilt, wobei sich etwas mehr Schülerinnen an der Befragung beteiligten. Eine detaillierte Übersicht der Stichprobenverteilung ist Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1: Gesamtstichprobe (Schüler\*innen) nach Schulform, Klassenstufe und Geschlecht (N = 3.522<sup>#</sup>)

Schulform	5. Klasse			7. Klasse			9. Klasse			Gesamt		
	♀	♂	Σ	♀	♂	Σ	♀	♂	Σ	♀	♂	Σ
Sekundarschule	215	210	<b>425</b>	237	228	<b>465</b>	293	291	<b>584</b>	745	729	<b>1.474</b>
Gemeinschaftsschule	31	39	<b>70</b>	29	31	<b>60</b>	55	38	<b>93</b>	115	108	<b>223</b>
Gymnasium	258	257	<b>515</b>	337	303	<b>640</b>	385	285	<b>670</b>	980	845	<b>1.825</b>
<b>Gesamt</b>	<b>504</b>	<b>506</b>	<b>1.010</b>	<b>603</b>	<b>562</b>	<b>1.165</b>	<b>733</b>	<b>614</b>	<b>1.347</b>	<b>1.840</b>	<b>1.682</b>	<b>3.522<sup>#</sup></b>

<sup>#</sup>Anmerkung: 25 Schüler\*innen haben entweder ihr Geschlecht oder ihre Klassenstufe nicht angegeben.

Gründe für eine Nichtteilnahme von Schüler\*innen an der Befragung waren vor allem die krankheitsbedingte Abwesenheit am Befragungstag sowie das Nichtvorliegen des elterlichen Einverständnisses (u.a. weil Schüler\*Innen diese vergessen haben mitzubringen, wegen Sprachbarrieren oder aufgrund vorherrschender Unsicherheiten zum Thema Datenschutz, die im Zuge der neuen Datenschutzverordnung [DSGVO] sehr präsent waren). Auf Schulebene lagen die Ursachen einer Nicht-Teilnahme in erster Linie an konkurrierenden Projekten bzw. Schulbefragungen anderer Universitäten oder an zeitlichen und personellen Engpässen. Ähnliche Herausforderungen sind auch von anderen Schulsurveys bekannt<sup>[14]</sup>.

#### GEWICHTUNG DER DATEN

Um die Repräsentativität für alle Schüler\*innen der 5., 7. und 9. Jahrgangsstufen allgemeinbildender Schulen in Sachsen-Anhalt zu gewährleisten, wurde die realisierte Stichprobe mit der anvisierten Stichprobe verglichen. Hierbei zeigte sich ein (geringes) Ungleichgewicht auf Klassen- (Jahrgangsstufen) und Schulformebene sowie beim Geschlecht. Aufgrund dessen wurde eine Gewichtungvariable erstellt, die bei der Auswertung angewendet wird, um die Repräsentativität der Stichprobe zu gewährleisten. Die nachfolgenden Ergebnisse werden daher in den prozentualen Auswertungen gewichtet dargestellt, absolute Zahlen werden ungewichtet ausgewiesen. Die Angaben der Prozentwerte erfolgen ohne Dezimalstellen, wodurch es ggf. zu marginalen Rundungsdifferenzen kommen kann.

#### OPERATIONALISIERUNG

Um die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt abbilden und einordnen zu können, werden die Ergebnisse im Abschlussbericht nach soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen ausgewertet (ein Überblick über die Stichprobenverteilung der Variablen ist Abbildung 3 zu entnehmen). Als soziodemografische Merkmale wurden das Geschlecht und die Klassenstufe in die Analysen einbezogen.

Das Geschlecht der Heranwachsenden wurde über die Frage, ob sie ein Junge oder ein Mädchen sind, erhoben. Die Klassenstufe der Schüler\*innen wurde erfasst, indem diese die jeweilige Jahrgangsstufe (5., 7. oder 9.), die sie zum Zeitpunkt der Erhebung besuchten, angaben. Die in der Studie eingeschlossenen Klassenstufen 5, 7 und 9 entsprechen dabei weitgehend einem Altersäquivalent der Schüler\*innen von 11, 13 und 15 Jahren.

Da Heranwachsende noch keinen eigenen sozioökonomischen Status haben, werden zumeist Indikatoren der Familie erhoben. Dies birgt jedoch potenzielle Verzerrungen, zumal die Heranwachsenden oftmals eine Einschätzung der familiären Situation, beispielsweise zum Einkommen oder der beruflichen Stellung der Eltern, schwerfällt<sup>[15]</sup>. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, werden in der HBSC-Studie zur Erfassung der (sozioökonomischen) Hintergrundmerkmale der Schüler\*innen die besuchte Schulform, der familiäre Wohlstand und der Migrationshintergrund erfasst. Auch wenn der Migrationshintergrund einen soziodemografischen Indikator darstellt, wird er im Rahmen dieser Auswertung, aufgrund der hohen Assoziationen mit dem Bildungshintergrund und Wohlstand, als sozioökonomisches Hintergrundmerkmal einbezogen.

Die besuchte Schulform der Heranwachsenden wurde uns von den Schulen bei der Rücksendung der Erhebungsmaterialien nochmals bestätigt. In Sachsen-Anhalt liegen die Schulformen Gymnasium, Gemeinschaftsschule oder Sekundarschule vor. Da das deutsche Schulsystem sehr ausdifferenziert ist und auch über die Bundesländer eine hohe Heterogenität bezüglich der Schulformen besteht, werden für die Auswertungen die zwei Kategorien „Gymnasium“ versus „andere Schulform (Sekundar- /Gemeinschaftsschule)“ differenziert. Dadurch bleibt auch eine höhere Vergleichbarkeit mit nationalen Daten gewährleistet.

Zudem wird der familiäre Wohlstand als sozioökonomischer Indikator einbezogen, der von HBSC entwickelt wurde und mittels der „Family Affluence Scale (FAS)“<sup>[16]</sup> erhoben wird. Da sich die Lebenssituationen der Heranwachsenden im ständigen Wandel befinden, wurde auch dieses Instrument durch das internationale HBSC-Team stetig weiterentwickelt. Der familiäre Wohlstand wurde über sechs Items ermittelt, die verschiedene Wohlstandsmerkmale der Familie umfassen und von den Schüler\*innen einfach beantwortet werden können: Autobesitz, Vorhandensein eines eigenen Zimmers, (Auslands-) Urlaube mit der Familie, Computerbesitz, Anzahl an Badezimmern, Besitz einer Geschirrspülmaschine<sup>[13,16]</sup>. Diesen Variablen wurde jeweils ein Punktwert zugeordnet und die Punkte aufaddiert. Für die Analysen wurde ein relatives Maß der FAS mithilfe von drei Kategorien gebildet, welche einen hohen (oberen 20 % der Stichprobe), mittleren (mittlere 60 % der Stichprobe) und niedrigen (untere 20 % der Stichprobe) familiären Wohlstand abbilden.

Der Migrationshintergrund der Kinder und Jugendlichen wird über drei verschiedene Fragen erhoben. Zum einen wird das Herkunftsland der Mutter (1) sowie des Vaters (2) und zum anderen das Geburtsland der Befragten selbst (3) erfasst<sup>[17]</sup>. Dabei konnten die Schüler\*innen neben Deutschland eine Auswahl begrenzter Länder ankreuzen. Auf dieser Grundlage wurde der Migrationshintergrund, in Anlehnung an andere Studien wie KiGGS<sup>[18]</sup>, in drei Kategorien operationalisiert. Ein „einseitiger Migrationshintergrund“ umfasst Heranwachsende, bei denen ein Elternteil nicht in Deutschland geboren wurde. Heranwachsende, die selbst nicht in Deutschland geboren wurden und von denen mindestens ein Elternteil zugewandert ist, oder jene, bei denen beide Eltern nicht in Deutschland geboren wurden bzw. deutsche Staatsangehörigkeit haben, wurden als „beidseitiger Migrationshintergrund“ codiert. Trifft keine der beiden Kategorien zu, wurde „kein Migrationshintergrund“ zugeordnet.

Da der prozentuale Anteil teilnehmender Schüler\*innen mit Migrationshintergrund insgesamt mit 10 % eher gering ausfällt, wurde dieser dichotomisiert in „Migrationshintergrund“ vs. „kein Migrationshintergrund“ ausgewertet. Um die Anonymität der Schüler\*innen zu bewahren und repräsentative Aussagen treffen zu können, ist eine Auswertung nach Migrationshintergrund aufgrund der geringen Fallzahl für einige Items dennoch nicht möglich.

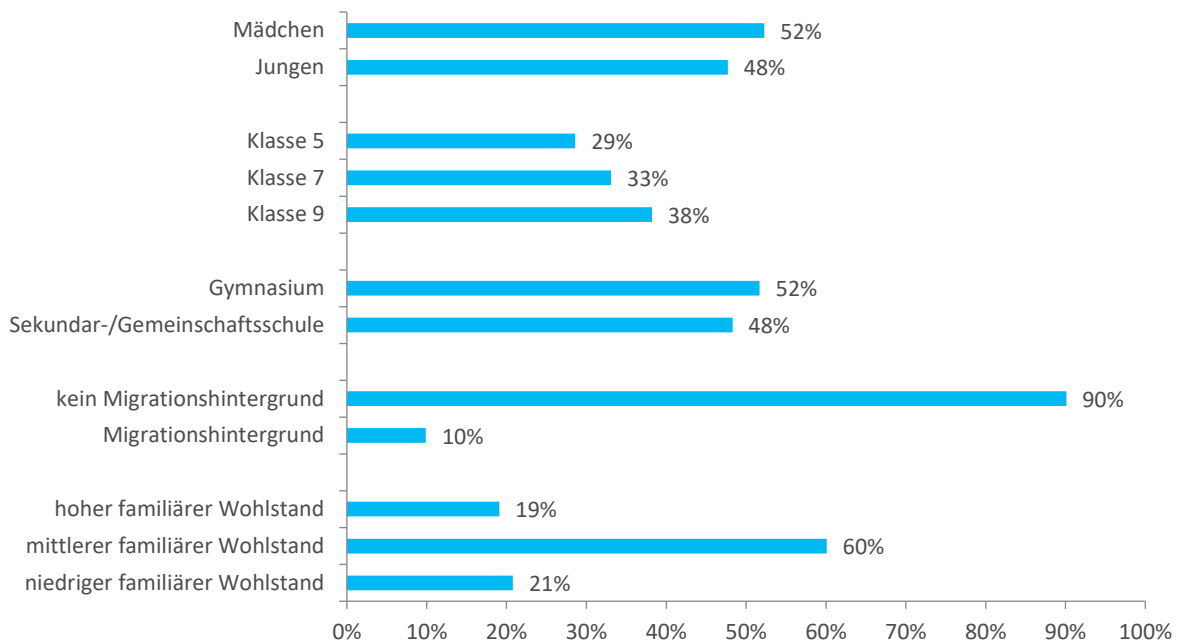


Abbildung 3: Anteil befragter Schüler\*innen der HBCS-Studie Sachsen-Anhalt 2018/19 nach soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Angaben in Prozent (n=3.225-3.547)



# 2. THEMENSPEZIFISCHE AUSWERTUNG

- 2.1 Gesundheit & Wohlbefinden
- 2.2 Ernährung, Körper & Bewegung
- 2.3 Konsum von Substanzen
- 2.4 Konsum von Medien
- 2.5 Sexualität & Verhütung
- 2.6 Soziales Umfeld
- 2.7 Schule & Schulkultur
- 2.8 Mobbing & Gewalt



# 2.1 GESUNDHEIT & WOHLBEFINDEN

## o **Subjektive Gesundheit**

Die Mehrheit der Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt schätzt ihre Gesundheit als ausgezeichnet/gut ein. Mädchen, Heranwachsende höherer Klassenstufen sowie jene, die eine andere Schulform als ein Gymnasium besuchen oder einen niedrigen familiären Wohlstand aufweisen, berichten häufiger über eine schlechte subjektive Gesundheit.

## o **Depressive Symptome**

Jede\*r dritte der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt weist Hinweise auf klinisch relevante depressive Symptome auf. Mädchen, Heranwachsende höherer Klassenstufen, Schüler\*innen von Sekundar-/Gemeinschaftsschulen sowie jene mit Migrationshintergrund oder niedrigem familiärem Wohlstand sind signifikant häufiger von depressiven Symptomen betroffen.

## o **Psychosomatische Beschwerden**

Etwa ein Drittel der Heranwachsenden in Sachsen-Anhalt leidet unter einer hohen psychosomatischen Beschwerdelast (mind. 2 Symptomen/Woche). Es gibt deutliche signifikante Unterschiede nach soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, zum Nachteil von Mädchen, Schüler\*innen höherer Klassenstufen, Nicht-Gymnasiast\*innen, Heranwachsenden mit Migrationshintergrund sowie niedrigem familiärem Wohlstand.

## o **Lebenszufriedenheit**

Die große Mehrheit der Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt ist mit ihrem Leben zufrieden. Mädchen, 7. / 9.-Klässler\*innen, Heranwachsende, die nicht das Gymnasium besuchen, sowie ein niedriger familiärer Wohlstand stehen mit einer erhöhten Unzufriedenheit mit dem Leben in Zusammenhang.



## GESUNDHEIT & WOHLBEFINDEN BEI HERANWACHSENDEN

Die Gesundheit wird nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als ein „Zustand des vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“<sup>[19]</sup> definiert und geht damit über die alleinige Abwesenheit von Krankheit hinaus<sup>[5]</sup>. Diese Definition verdeutlicht, wie wichtig die individuelle Wahrnehmung zur Beurteilung der Gesundheit ist, und markiert zugleich den Paradigmenwechsel von der Pathogenese hin zur Salutogenese (nach Antonovsky 1979)<sup>[20]</sup>, die sich der Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden – und nicht mehr nur der Krankheit – widmet. Hurrelmann und Franzkowiak definieren Gesundheit aus interdisziplinärer Perspektive daher auch als „[...] das Stadium des Gleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung der inneren und äußeren Anforderungen nur teilweise oder nur vorübergehend gelingt“<sup>[21]</sup>.

Insbesondere im Kindes- und Jugendalter sind Krankheitsdiagnosen seltener, häufiger verbreitet sind jedoch gesundheitliche Einschränkungen. Neben objektiven, ärztlich diagnostizierbaren Gesundheitsstörungen sind daher vor allem Faktoren wie die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit, das Wohlbefinden und das Gesundheitsverhalten für die zukünftige Gesundheit von Heranwachsenden entscheidend<sup>[22,23]</sup>. Zahlreiche Studien zur Kinder- und Jugendgesundheit konnten aufzeigen, dass (psychosomatische) Gesundheitsbeschwerden zu entscheidenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen und sich negativ auf das individuelle Wohlbefinden auswirken können<sup>[24,25]</sup>.

Aus vorangegangenen Forschungsarbeiten geht ein Zusammenhang zwischen subjektiven Indikatoren der Gesundheit und des Wohlbefindens und soziodemografischen wie auch -ökonomischen Merkmalen hervor. Dabei zeigte sich, dass Mädchen eher unter subjektiven Gesundheitsbeeinträchtigungen leiden als Jungen, diese geschlechtsunabhängig mit dem Alter zunehmen und ein niedriger sozioökonomischer Hintergrund negativ mit der subjektiven Gesundheit assoziiert ist<sup>[26,27]</sup>.

# SUBJEKTIVE GESUNDHEIT

## HINTERGRUND

Die subjektive bzw. selbstberichtete Gesundheit entspricht der individuellen Wahrnehmung und Bewertung der eigenen Gesundheit und basiert meist auf einem Vergleich (bewusst oder unterbewusst) mit Gleichaltrigen<sup>[28,29]</sup>. Sie hängt zudem stark mit der objektiven Gesundheit und (zukünftigen) Sterblichkeit zusammen<sup>[30]</sup>. Ein guter Gesundheitszustand im Kindes- und Jugendalter ist eine wichtige Ressource, deren Fehlen oder Beeinträchtigung negative Konsequenzen bis ins Erwachsenenalter haben kann<sup>[31]</sup>. Es können in der Regel mit dem Alter zunehmende Geschlechtsunterschiede beobachtet werden, wobei Mädchen ihren Gesundheitszustand oftmals schlechter einschätzen als Jungen<sup>[26]</sup>.

## ERHEBUNGSINSTRUMENT

Im Fragebogen wurde die subjektive Gesundheit mithilfe einer Frage nach dem allgemeinen Gesundheitszustand der Schüler\*innen ("Wie würdest du deinen Gesundheitszustand beschreiben?") erhoben und konnte mittels vier Antwortkategorien „ausgezeichnet“, „gut“, „einigermaßen“, oder „schlecht“ bewertet werden. Die subjektive Gesundheit („Self-Rated Health [SRH]) ist ein etabliertes und validiertes Messinstrument, welches sich bereits vielfach in epidemiologischen Studien bewährt hat<sup>[29,32]</sup>. Für differenzierte Auswertungen werden die Antwortmöglichkeiten in zwei Kategorien „ausgezeichnet/gut“ sowie „einigermaßen/schlecht“ zusammengefasst.

## ERGEBNISSE

Die Mehrheit der befragten Schüler\*innen (89 %) in Sachsen-Anhalt beschreibt ihren Gesundheitszustand als „gut“ oder „ausgezeichnet“. Wiederum 11 % der Heranwachsenden berichten über eine „einigermaßen“ bzw. „schlechte“ Gesundheit (vgl. Abb. 4).

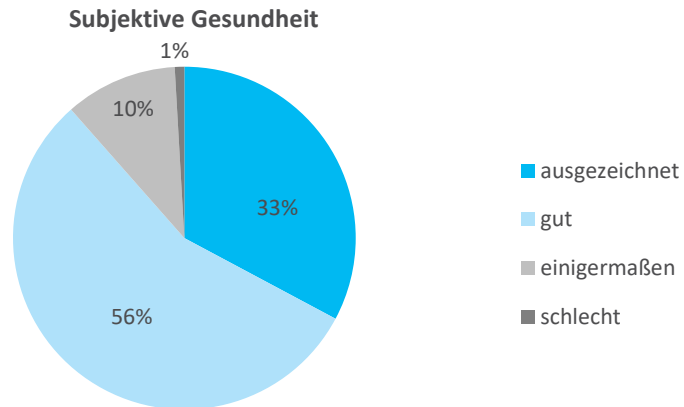


Abbildung 4: Angaben der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zur subjektiven Gesundheit (n=3.525)

Dabei zeigen sich signifikante Unterschiede nach Geschlecht und Klassenstufe (Alter): Mädchen (14 %) beschreiben ihre Gesundheit häufiger als einigermaßen/schlecht als Jungen (9 %). Die Häufigkeit einer schlechten subjektiven Gesundheit nimmt mit der Klassenstufe zu. Während in der 5. Klasse 8 % über eine einigermaßen/schlechte Gesundheit berichten, sind es mit ca. 15 Jahren (9. Klasse) 13 % der Heranwachsenden (vgl. Abb. 5 & 6).

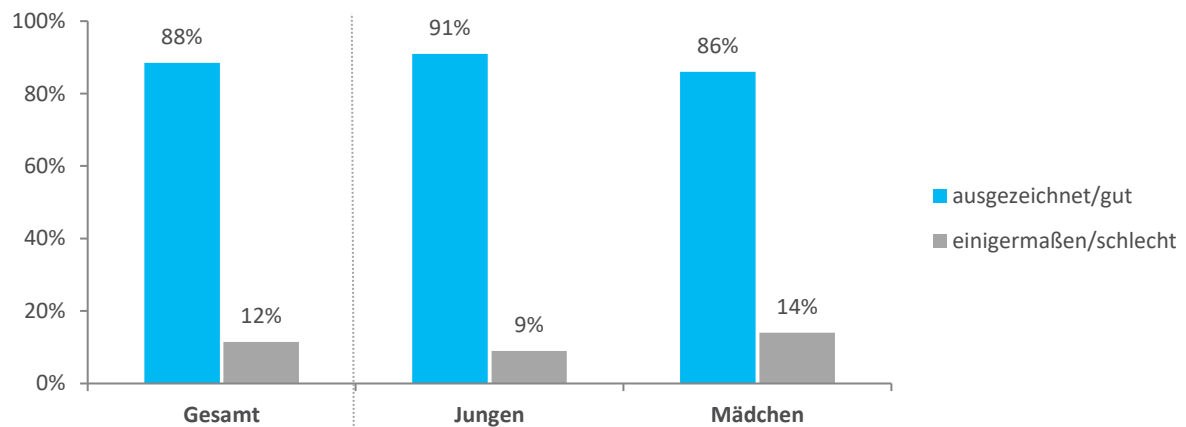


Abbildung 5: Subjektive Gesundheit der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.514)

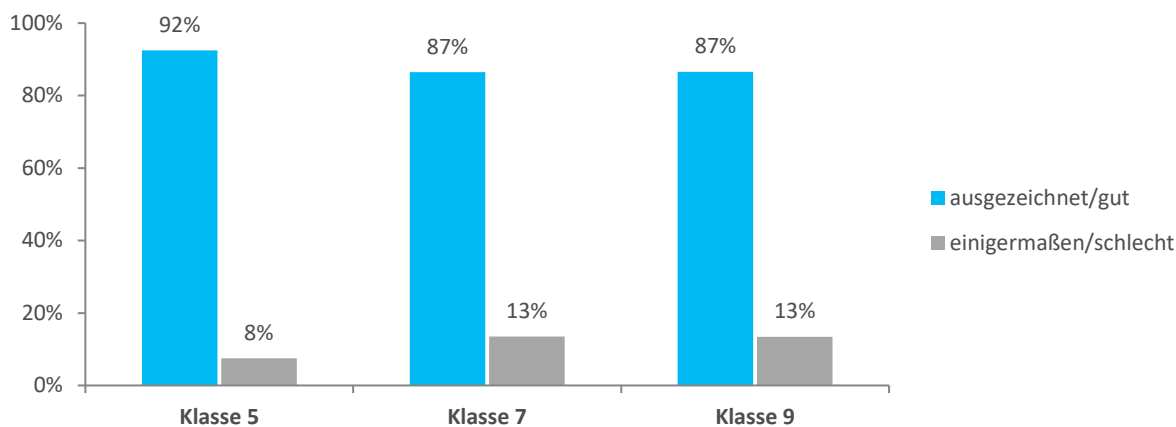


Abbildung 6: Subjektive Gesundheit der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.514)

Hinsichtlich der sozioökonomischen Merkmale (vgl. Abb. 7) zeigt sich, dass Schüler\*innen, die eine Sekundar- oder Gemeinschaftsschule besuchen, signifikant häufiger über eine einigermaßen/schlechte Gesundheit (13 %) berichten als Gymnasiast\*innen (10 %). Heranwachsende aus Familien mit niedrigem Wohlstand berichten am häufigsten über eine einigermaßen/schlechte Gesundheit (17 %) im Vergleich zu Schüler\*innen mit mittlerem (10 %) oder hohem (9 %) familiärem Wohlstand. Der Migrationshintergrund der Heranwachsenden steht hingegen nicht mit der subjektiven Gesundheitseinschätzung in Zusammenhang.

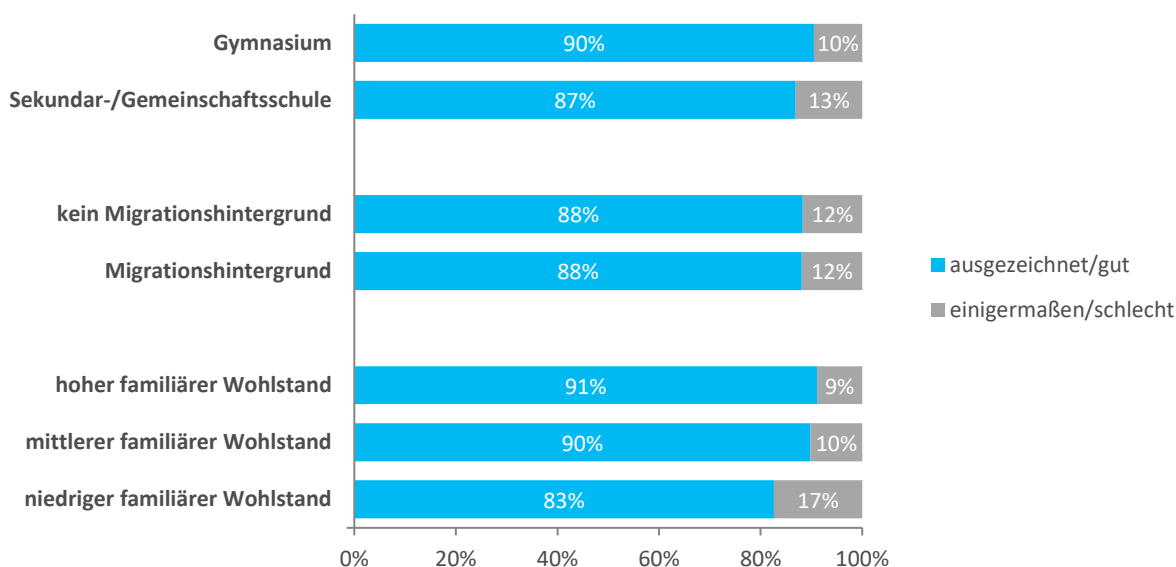


Abbildung 7: Subjektive Gesundheit der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.215-3.525)



## DEPRESSIVE SYMPTOME

### HINTERGRUND

Im Laufe des Lebens gehören Depressionen in Deutschland zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt<sup>[33]</sup>. Zu den klassischen depressiven Symptomen zählen eine gedrückte Stimmung, Interessensverlust und Antriebslosigkeit. Weiterhin können u. a. die Fähigkeit zur Freude, die Konzentration, der Schlaf sowie das Selbstwertgefühl beeinträchtigt sein<sup>[34]</sup>. Bei Kindern und Jugendlichen können die klassischen Symptome allerdings deutlich schwächer ausgeprägt sein bzw. Symptome überwiegen, die einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ähneln (wie Unruhe und Aggressivität)<sup>[35]</sup>. Während depressive Störungen vor der Pubertät recht selten sind (1-2 %), nimmt die Häufigkeit mit Beginn der Pubertät zu<sup>[36,37]</sup>. Die 1-Jahres-Erkrankungsrate steigt bis zum mittleren Teenager-Alter auf 4-5 % an, wobei Mädchen häufiger betroffen sind als Jungen<sup>[37]</sup>. Trotz effektiver Behandlungsmöglichkeiten bleiben depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter häufig unentdeckt und somit unbehandelt<sup>[38]</sup>.

**Wichtig:** In diesem Rahmen können nur Hinweise auf ein Vorliegen depressiver Symptome gegeben werden. Ob tatsächlich depressive Störungen vorliegen, müsste psychologisch abgeklärt werden.

### ERHEBUNGSINSTRUMENT

Im Fragebogen wurde die Einschätzung der Beeinträchtigung durch depressive Symptome innerhalb der letzten Woche anhand einer kurzen Depressionsskala mit 10 Items (deutsche Version der Center for Epidemiologic Studies Short Depression Scale, CES-D 10) erhoben<sup>[39]</sup>. Für die Auswertung wird die Skala zu einem Score (zwischen 0 und 30 Punkten) zusammengefasst, Werte über 10 Punkte geben hierbei einen Hinweis auf das Vorliegen klinisch relevanter depressiver Symptome.

### ERGEBNISSE

Insgesamt zeigt etwa ein Drittel (32 %) der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt Hinweise auf das Vorhandensein klinisch relevanter depressiver Symptome. Bei 68 % der Heranwachsenden konnten keine Hinweise auf depressive Symptome gefunden werden (vgl. Abb. 8).

### Depressive Symptome

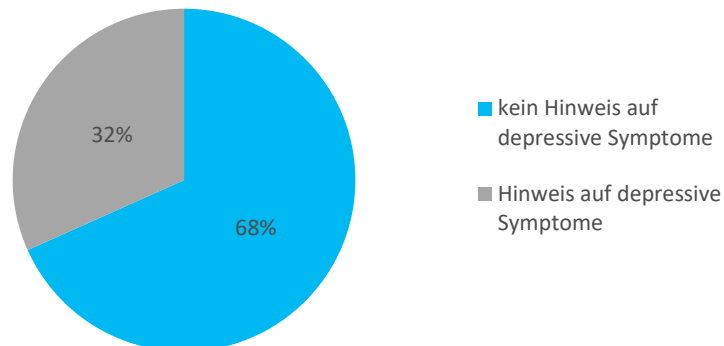


Abbildung 8: Einteilung der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt nach Hinweisen auf depressive Symptome (n=3.231)

Dabei lassen sich signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede finden, wobei mit 42 % etwa doppelt so viele Mädchen als Jungen (21 %) Hinweise auf depressive Symptome zeigen (vgl. Abb. 9). Es lässt sich weiterhin beobachten, dass die Hinweise auf ein Vorhandensein klinisch relevanter depressiver Symptome mit höheren Klassenstufen signifikant zunehmen. Während in der 5. Klasse knapp ein Viertel (26 %) Hinweise auf depressive Symptome zeigen, sind es in der 7. Klasse 31 % und in der 9. Klasse 38 % der befragten Heranwachsenden (vgl. Abb. 10).

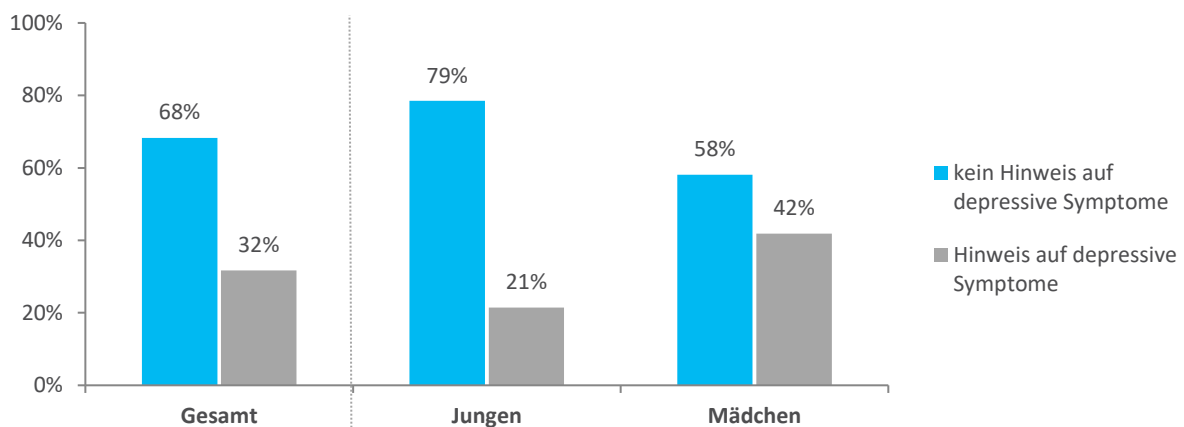


Abbildung 9: Hinweise auf depressive Symptome der befragten Schüler\*innen differenziert nach Geschlecht (n=3.222)

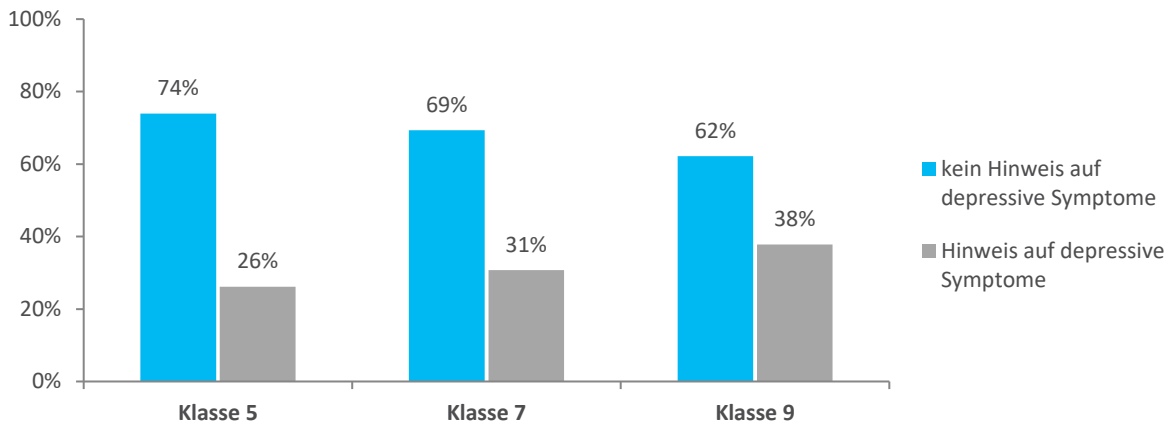


Abbildung 10: Hinweise auf depressive Symptome der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.222)

Die Ergebnisse zeigen zudem signifikante sozioökonomische Unterscheide nach besuchter Schulform, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund (vgl. Abb. 11). Heranwachsende, die ein Gymnasium besuchen, zeigen seltener Hinweise auf depressive Symptome (29 %) als Schüler\*innen einer Sekundar- oder Gemeinschaftsschule (35 %). Die Häufigkeit von Hinweisen auf klinisch relevante depressive Symptome nimmt mit zunehmendem familiärem Wohlstand ab, so berichten 39 % der Heranwachsenden mit niedrigem familiärem Wohlstand und 30 % jener mit mittlerem oder hohem familiärem Wohlstand über klinisch relevante depressive Symptome. Auch Schüler\*innen mit ein- oder beidseitigem Migrationshintergrund weisen häufiger Hinweise depressiver Symptome auf als Heranwachsende ohne Migrationshintergrund (Differenz von 11 Prozentpunkten).

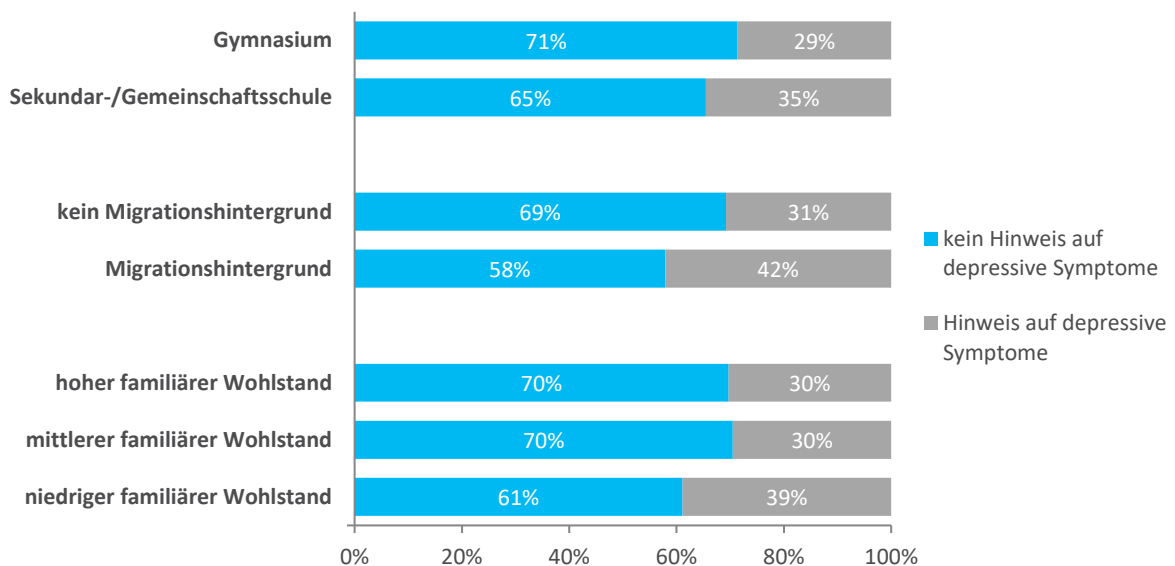


Abbildung 11: Hinweise auf depressive Symptome der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=2.981-3.231)

# PSYCHOSOMATISCHE BESCHWERDEN

## HINTERGRUND

Neben körperlich bedingtem Unbehagen, wie Bauchschmerzen z. B. aufgrund eines Magen-Darm-Infekts, spielt auch die Psychosomatik eine wichtige Rolle. Starkes psychisches Stresserleben kann sich dabei sowohl auf das physische als auch das psychische Wohl auswirken und sich z. B. in Form von Schlafstörungen oder Kopfschmerzen als sogenannte Somatisierung ausdrücken. Über die Summe verschiedener psychosomatischer Symptome wird die sogenannte subjektive Beschwerdelast definiert. Sie gilt als wichtiger Indikator des Wohlbefindens im Jugendalter<sup>[29,40]</sup>. Studien haben gezeigt, dass insbesondere Mädchen häufiger über psychosomatische Beschwerden berichten. Mobbing, schulische Belastung und Tabakkonsum schlagen sich oft in verschiedenen subjektiven Beschwerden nieder<sup>[27]</sup>. Die Beschwerdelast steigt im Laufe des Jugendalters an<sup>[40]</sup> und betrifft häufiger sozial benachteiligte Heranwachsende<sup>[41]</sup>.

## ERHEBUNGSINSTRUMENT

Im Fragebogen erfolgte die Einschätzung der psychosomatischen Beschwerdelast („HBSC Symptom-Checklist“) der vorausgehenden sechs Monate durch Angabe der Auftretenshäufigkeiten von acht spezifischen Beschwerden (Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Niedergeschlagenheit, Gereiztheit / Schlechte Laune, Nervosität, Einschlafprobleme, Benommenheit / Schwindel) mit einer fünfstufigen Antwortskala (von „fast täglich“ bis „selten oder nie“). Die Skala wurde von der HBSC-Studie entwickelt und ist ein nicht-klinisches validiertes Messinstrument zur Erfassung subjektiv wahrgenommener Gesundheitsbeschwerden<sup>[29,42]</sup>. Für die Auswertung wird das Auftreten von mindestens zwei psychosomatischen Beschwerden pro Woche als das Vorliegen multipler wiederkehrender psychosomatischer Beschwerden definiert und entspricht einer hohen Beschwerdelast.

## ERGEBNISSE

Zunächst wurden die Prävalenzen der acht spezifischen psychosomatischen Beschwerden mit mindestens wöchentlichem Auftreten einzeln analysiert (vgl. Abb. 12). Hierbei zeigt sich, dass die Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt am häufigsten unter Einschlafproblemen (25 %), Gereiztheit / schlechter Laune (21 %) und Kopfschmerzen (17 %) leiden. Mit etwas Abstand folgten Rückenschmerzen und Nervosität. Über Benommenheit / Schwindel (9 %) wurde am seltensten berichtet. Die Hälfte der Schüler\*innen berichtet dabei von mindestens einer der acht psychosomatischen Beschwerden, die mindestens wöchentlich auftreten.

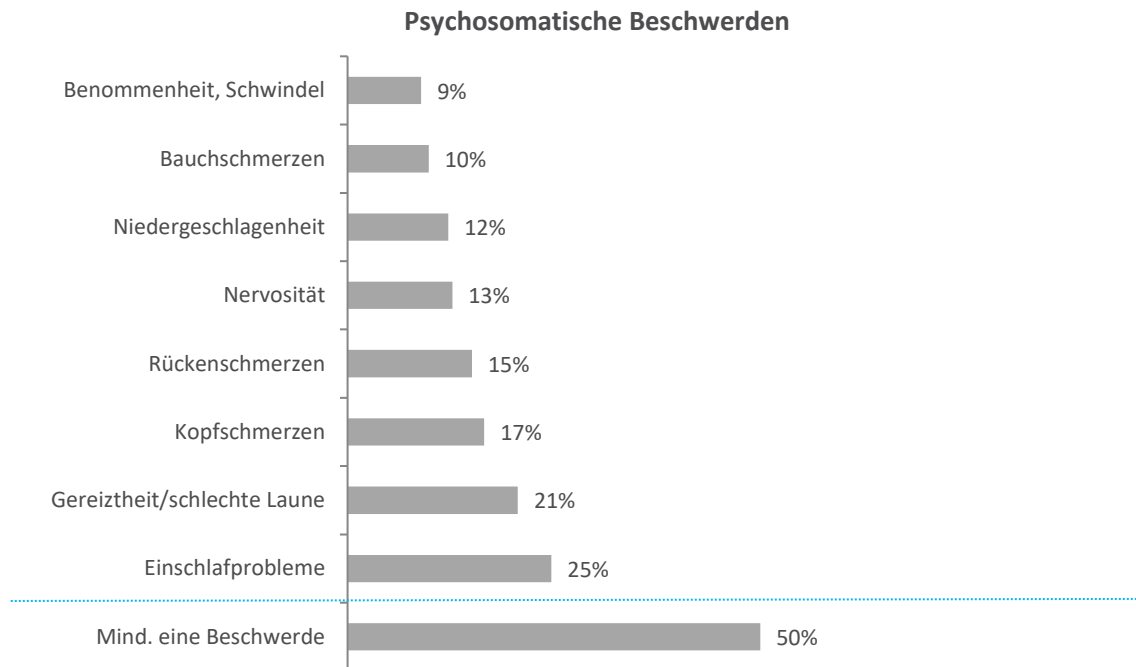


Abbildung 12: Verteilung der psychosomatischen Beschwerden der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt (n=3.420-3.515)

Multiple psychosomatische Beschwerden (mindestens zwei Beschwerden pro Woche) werden von insgesamt knapp einem Drittel der Kinder und Jugendlichen berichtet, wobei Mädchen (39 %) fast doppelt so häufig betroffen sind wie Jungen (21 %) (vgl. Abb. 13). Mit zunehmender Klassenstufe steigt zudem die Auftretenshäufigkeit signifikant, von 25 % in der 5. Klasse auf 36 % in der 9. Klasse, an (vgl. Abb. 14).

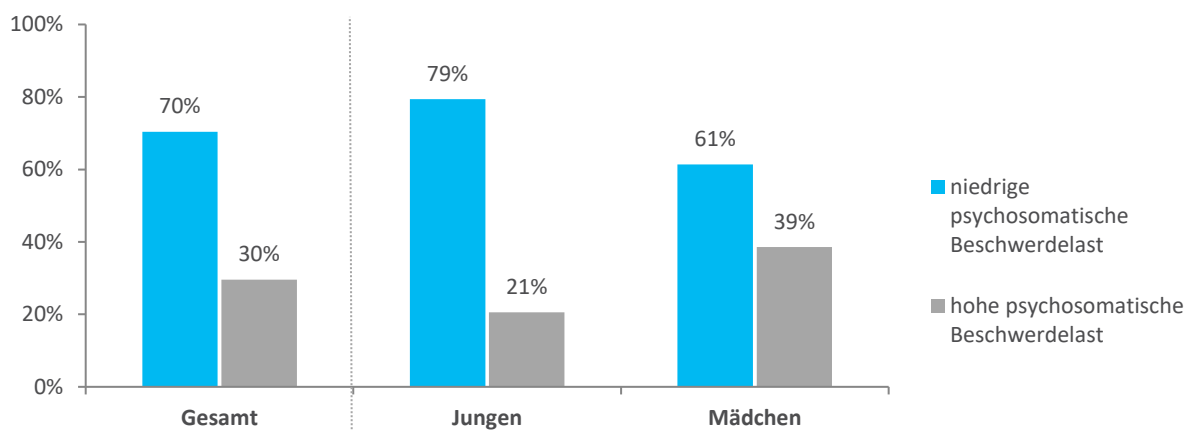


Abbildung 13: Häufigkeit psychosomatischer Beschwerden der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.410)

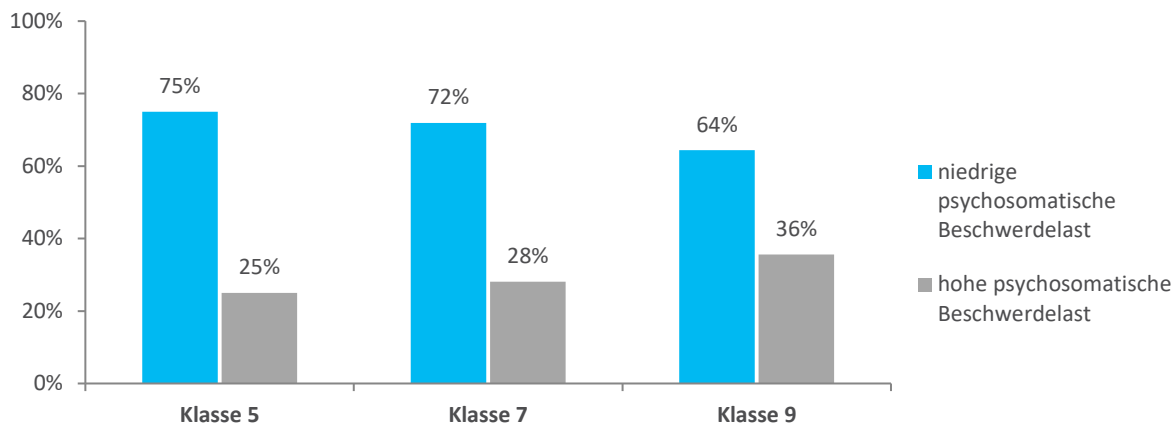


Abbildung 14: Häufigkeit psychosomatischer Beschwerden der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.410)

Die Ergebnisse zeigen zudem einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Häufigkeit multipler psychosomatischer Beschwerden und den sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen der Heranwachsenden (vgl. Abb. 15). Schüler\*innen einer Sekundar- oder Gemeinschaftsschule leiden häufiger an mindestens zwei psychosomatischen Beschwerden pro Woche als Gymnasiast\*innen (32 % versus 27 %). Kommen Heranwachsende aus Familien mit niedrigem Wohlstand (37 %) oder haben einen Migrationshintergrund (37 %), beklagen sie häufiger multiple psychosomatische Beschwerden als Schüler\*innen mit hohem familiärem Wohlstand (27 %) oder ohne Migrationshintergrund (29 %).

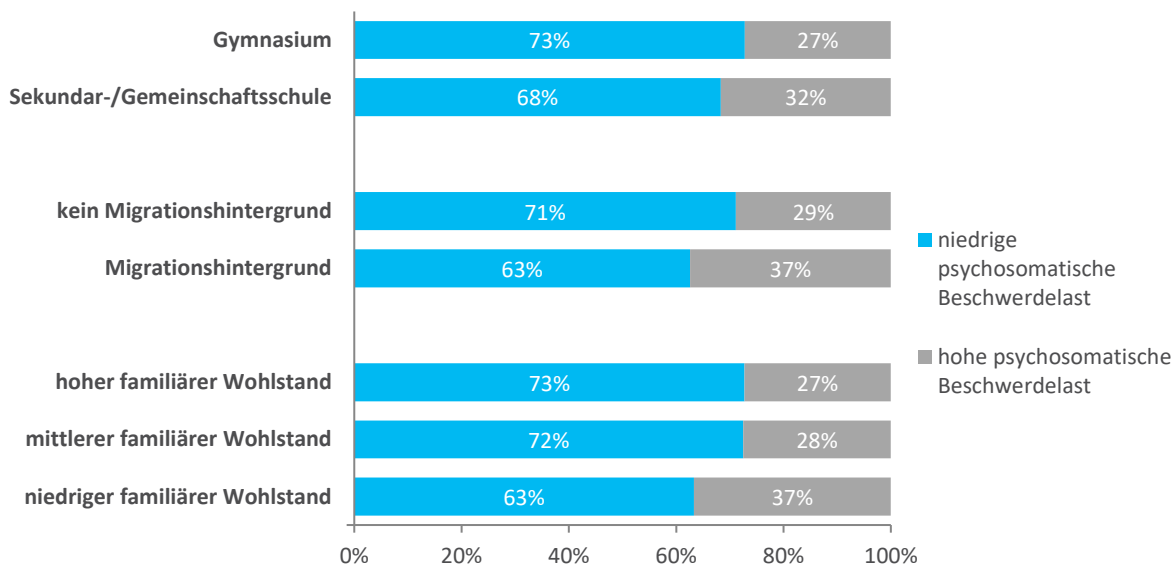


Abbildung 15: Häufigkeit psychosomatischer Beschwerden der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.132-3.420)

## LEBENSZUFRIEDENHEIT

### HINTERGRUND

Ein weiterer wichtiger Indikator der psychosozialen Gesundheit stellt die allgemeine Lebenszufriedenheit da. Sie entspricht einer allgemeinen Einschätzung des eigenen Lebens und ist ein zeitlich relativ stabiles Konstrukt<sup>[24,29]</sup>. Die Lebenszufriedenheit ist Ausdruck des allgemeinen Wohlbefindens und wird von zahlreichen Faktoren geprägt. Im Jugendalter wird die Lebenszufriedenheit maßgeblich durch eigene (Lebens-) Erfahrungen sowie durch interpersonelle Beziehungen, insbesondere im familiären Kontext, aber auch durch das schulische Umfeld, bestimmt<sup>[43,44]</sup>. Außerdem scheinen schulbezogene Faktoren einen direkten oder indirekten Einfluss auf die Lebenszufriedenheit zu haben – so berichten etwa Jugendliche mit höherem Bildungsniveau (u. a. an Gymnasien) über eine höhere Lebenszufriedenheit im Vergleich zu Jugendlichen, die eine andere Schulform besuchen<sup>[45]</sup>. Auch die psychosozialen Ressourcen in der Schule, die Schulfriedenheit sowie Erfahrungen mit Mobbing spielen eine wichtige Rolle<sup>[46–48]</sup>.

### ERHEBUNGSINSTRUMENT

Im Fragebogen wurde die Lebenszufriedenheit anhand einer 11-stufigen Skala (Cantril Leiter) erfasst<sup>[49]</sup>. Dieser Indikator basiert graphisch auf der Darstellung einer Leiter mit 11 Sprossen, von 0 („das schlechteste denkbare Leben“) bis 10 („das beste denkbare Leben“)<sup>[29]</sup>. Für die Auswertung wird diese Skala anschließend in einen Score unterteilt, wobei Werte von 0-5 eine niedrige und 6 oder höher eine hohe Lebenszufriedenheit kennzeichnen.

### ERGEBNISSE

Die große Mehrheit der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt schätzt ihre Lebenszufriedenheit im oberen Bereich der Cantril Leiter ein, was für eine hohe Lebenszufriedenheit (88 %) spricht. 12 % berichteten jedoch eine eher niedrige Lebenszufriedenheit (vgl. Abb. 16).

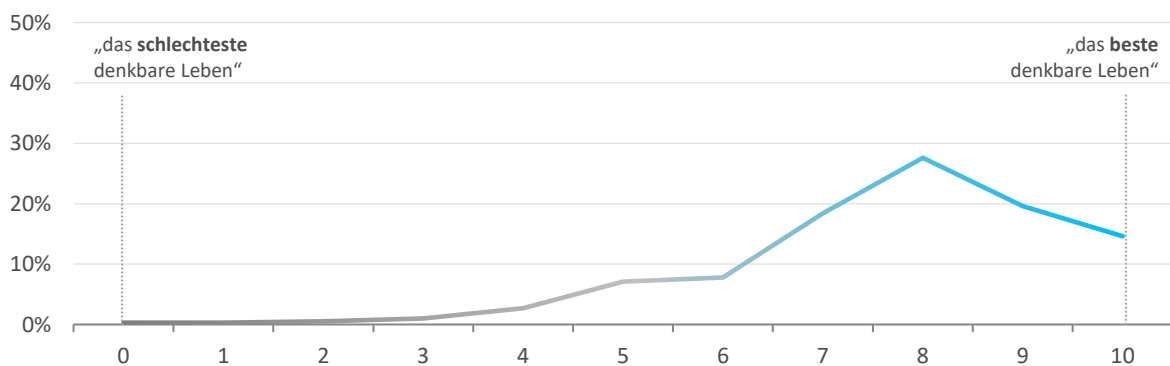


Abbildung 16: Einordnung der Lebenszufriedenheit zwischen 0 („das schlechteste denkbare Leben“) und 10 („das beste denkbare Leben“) unter allen befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt (n=3.505)

Mädchen (13 %) schätzen ihre Lebenszufriedenheit etwas häufiger als gering ein als Jungen (10 %). Mit zunehmender Klassenstufe nimmt zudem die Unzufriedenheit mit dem Leben etwas zu, wobei 9 % der 5. Klässler\*innen und 13 % der 7. bzw. 9. Klässler\*innen über eine niedrige Lebenszufriedenheit berichten (vgl. Abb. 17 und 18).

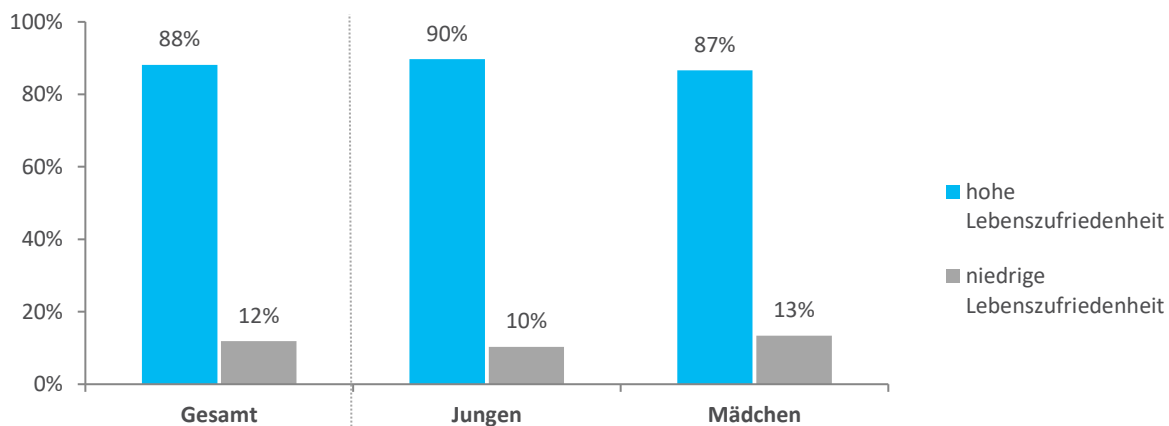


Abbildung 17: Einschätzung der Lebenszufriedenheit der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.495)

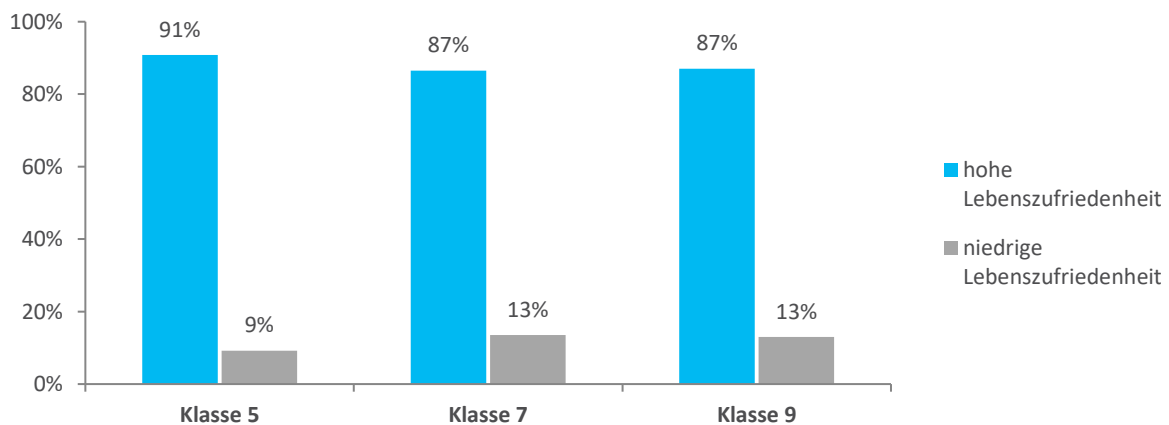


Abbildung 18: Einschätzung der Lebenszufriedenheit der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.494)

Auch hier zeigen sich in den Ergebnissen signifikante Unterschiede nach besuchter Schulform und familiärem Wohlstand (vgl. Abb. 19), zum Nachteil von Schüler\*innen einer Sekundar- oder Gemeinschaftsschule (15 %) und jenen mit niedrigem familiärem Wohlstand (18 %), die ihre Lebenszufriedenheit fast doppelt bzw. sogar dreimal so häufig als niedrig einschätzten im Vergleich zu Gymnasiast\*innen (8 %) bzw. Heranwachsenden mit hohem familiärem Wohlstand (6 %). Für den Migrationshintergrund finden sich keine signifikanten Unterschiede in der Einschätzung der Lebenszufriedenheit.



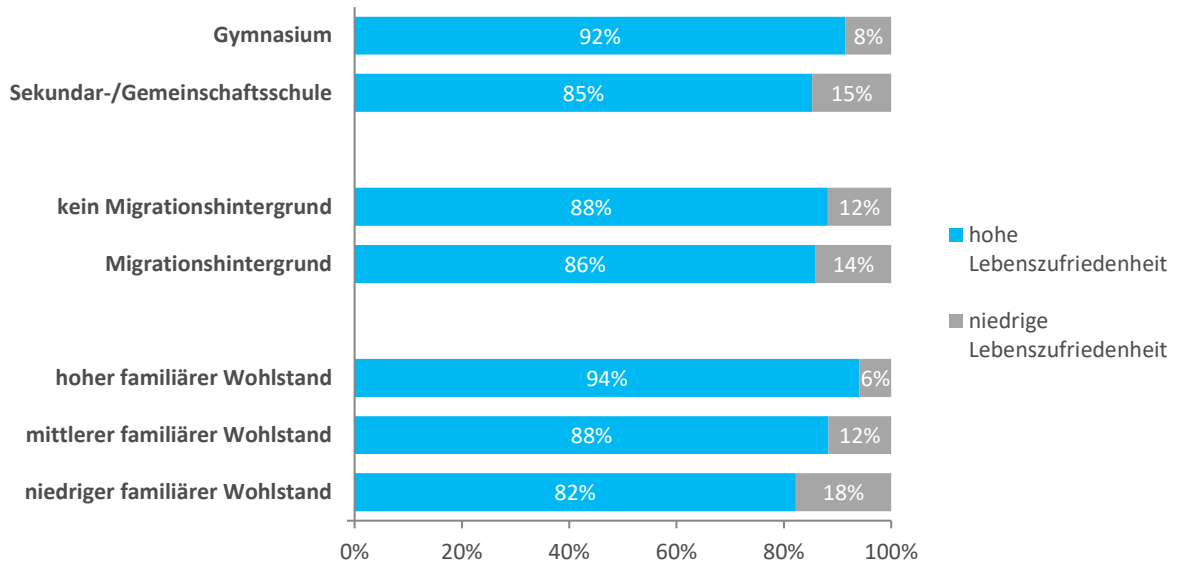


Abbildung 19: Einschätzung der Lebenszufriedenheit der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.200-3.505)



# 2.2 ERNÄHRUNG, KÖRPER & BEWEGUNG

- **Frühstücksverhalten**  
Über ein Drittel der Heranwachsenden frühstückt nicht regelmäßig an allen fünf Schultagen. Die Prävalenz für ein tägliches Frühstück unterscheidet sich deutlich nach soziodemografischen und -ökonomischen Merkmalen und sinkt bei Mädchen, mit zunehmender Klassenstufe, bei Schüler\*innen der Sekundar-/Gemeinschaftsschulen, mit Migrationshintergrund oder niedrigem FAS.
- **Obst- und Gemüsekonsum**  
Weniger als die Hälfte der Schüler\*innen konsumiert täglich Obst und/oder Gemüse. Dieser Anteil sinkt deutlich mit zunehmender Klassenstufe. Mädchen, Gymnasiast\*innen sowie Heranwachsende mit hohem familiärem Wohlstand konsumieren häufiger eine tägliche Ration an Obst und/oder Gemüse.
- **Süßigkeiten- und Softdrinkkonsum**  
Unabhängig von den soziodemografischen und sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen verzehrt etwa jeder dritte der befragten Schüler\*innen täglich Süßigkeiten und/oder zuckerhaltige Limonaden.
- **Zahnpflege**  
Die große Mehrheit der Heranwachsenden putzt mehr als einmal täglich die Zähne. Knapp ein Viertel der Schüler\*innen betreibt jedoch eine unregelmäßige (nur einmal pro Tag/nicht täglich) Zahnhygiene. Jungen und Heranwachsende höherer Klassenstufen putzen häufiger unregelmäßig die Zähne. Auch bei Sekundar-/Gemeinschaftsschüler\*innen sowie Schüler\*innen mit Migrationshintergrund oder einem niedrigen familiären Wohlstand zeigen häufiger eine unregelmäßige Zahnhygiene.

- **Körperliche Aktivität**

Die große Mehrheit der Schüler\*innen ist unzureichend körperlich aktiv, nur etwa jeder zehnte Heranwachsende erfüllt die Empfehlung einer täglichen körperlichen Aktivität von 60 Minuten. Die Bewegungshäufigkeit ist bei Mädchen, höheren Klassenstufen, Gymnasiast\*innen und bei jenen mit einem niedrigen FAS geringer ausgeprägt.

- **Körperbild**

Mehr als die Hälfte der Schüler\*innen nimmt ihren eigenen Körper als zu dick oder zu dünn wahr – Mädchen häufiger als Jungen. Die Unzufriedenheit nimmt mit zunehmender Klassenstufe zu und unterscheidet sich zudem nach Schulform und familiärem Wohlstand, wobei Heranwachsende eines Gymnasiums oder mit hohem FAS ihren Körper seltener als zu dick oder dünn empfinden.

- **Gewichtskontrollmaßnahmen**

Fast alle Kinder und Jugendlichen haben mindestens eine Maßnahme zur Gewichtsregulation durchgeführt. Ein hoher Anteil nutzt hierfür Sport, nimmt mehr Wasser oder auch Obst und Gemüse zu sich und verzichtet auf zuckerhaltige Getränke oder Süßigkeiten. Jeder fünfte Heranwachsende greift hingegen auf eher bedenkliche Maßnahmen zur Gewichtsregulierung zurück, wie die Einnahme von Diät-/Abführmitteln, vermehrtes Rauchen, Fasten oder Erbrechen.

## ERNÄHRUNG, KÖRPER UND BEWEGUNG BEI HERANWACHSENDEN

Wichtige Bereiche des Gesundheitsverhaltens stellen die Ernährung, die körperliche Aktivität sowie die Zahnhygiene dar. Ein ausgeglichener und den individuellen körperlichen Bedürfnissen angepasster Nährstoff- und Energiehaushalt ist für eine gesunde körperliche und psychische Entwicklung von Heranwachsenden unentbehrlich. Die Basis hierfür bilden eine gesunde, ausgewogene Ernährung einerseits sowie ausreichend körperliche Bewegung andererseits<sup>[50]</sup>. Andere wichtige Faktoren sind eine angemessene Körperhygiene und -pflege (inklusive Zahnpflege) sowie psychosoziale Kompetenzen, insbesondere für den Umgang mit Stress und belastenden Situationen (siehe auch Themenbereiche Gesundheit und Wohlbefinden sowie Schule und Schulkultur). Bei Defiziten in einem oder mehreren dieser Bereiche kann es zu negativen kurz- und langfristigen Konsequenzen kommen, u. a. für die Leistungsfähigkeit in der Schule, das psychische und physische Wohlbefinden, das Selbstbild sowie das Manifestationsrisiko für diverse, häufig chronische Krankheiten im Laufe des Lebens (wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Depressionen)<sup>[51–53]</sup>.

# FRÜHSTÜCKSVERHALTEN

## HINTERGRUND

Ein tägliches, ausgewogenes, gesundes Frühstück ist u. a. für Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen, Bewegung und Ausdauer sowie allgemein die Bewältigung des Schulalltags von großer Bedeutung. Studien zeigen, dass Kinder und Jugendliche, die regelmäßig frühstücken, insgesamt eine ausgewogenere Ernährung und einen gesünderen Lebensstil<sup>[54-56]</sup> sowie langfristig durch die Steigerung der Konzentrations- und Denkfähigkeit verbesserte Schulleistungen<sup>[51]</sup> aufweisen. Bedenklich ist in diesem Kontext, dass in den letzten Jahren das regelmäßige Auslassen des Frühstücks unter Jugendlichen in Deutschland zugenommen hat<sup>[53]</sup>.

## ERHEBUNGSINSTRUMENT

Im Fragebogen wurde die Häufigkeit der Frühstückseinnahme an Schultagen anhand einer 6-stufigen Skala (von „nie an Schultagen“ bis „an fünf Tagen“) erfasst. Es handelt sich dabei um ein validiertes Messinstrument der HBSC-Studie<sup>[56,57]</sup>. Für die Auswertung werden die Angaben auf dieser Skala anschließend unterteilt in eine regelmäßige, tägliche („an fünf Tagen“) und eine unregelmäßige, nicht tägliche („an vier Tagen“ bis „nie an Schultagen“) Frühstückseinnahme.

## ERGEBNISSE

Knapp über 60 % der Schüler\*innen frühstücken an Schultagen täglich. Hingegen berichtet jeder fünfte Heranwachsende, niemals an Schultagen zu frühstücken, und weitere 17 % frühstücken nur unregelmäßig (vgl. Abb. 20).

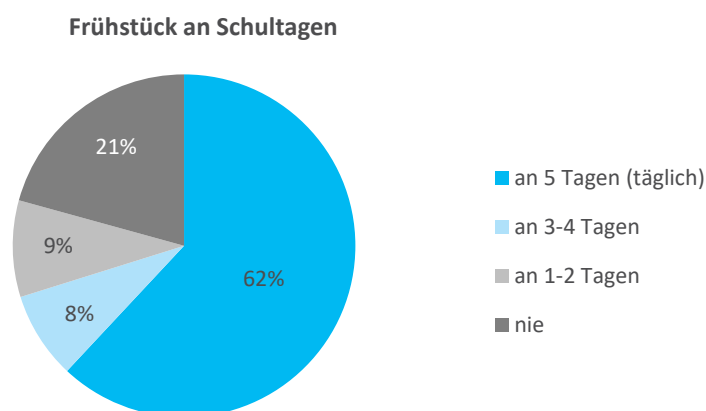


Abbildung 20: Angaben der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zum Frühstücksverhalten (n= 3.463)

In der Häufigkeit des Frühstückens an Schultagen sind signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede erkennbar, wobei Mädchen seltener regelmäßig (täglich) frühstücken und damit häufiger ihre Frühstücksmahlzeit auslassen als Jungen (vgl. Abb. 21). Zudem ist erkennbar, dass die Häufigkeit des regelmäßigen (täglichen) Frühstückens signifikant mit der Höhe der Klassenstufe abnimmt. Während in der 5. Klasse noch über 70 % täglich frühstücken, sind es in der 9. Jahrgangsstufe nur noch etwas mehr als die Hälfte der Schüler\*innen (vgl. Abb. 22).

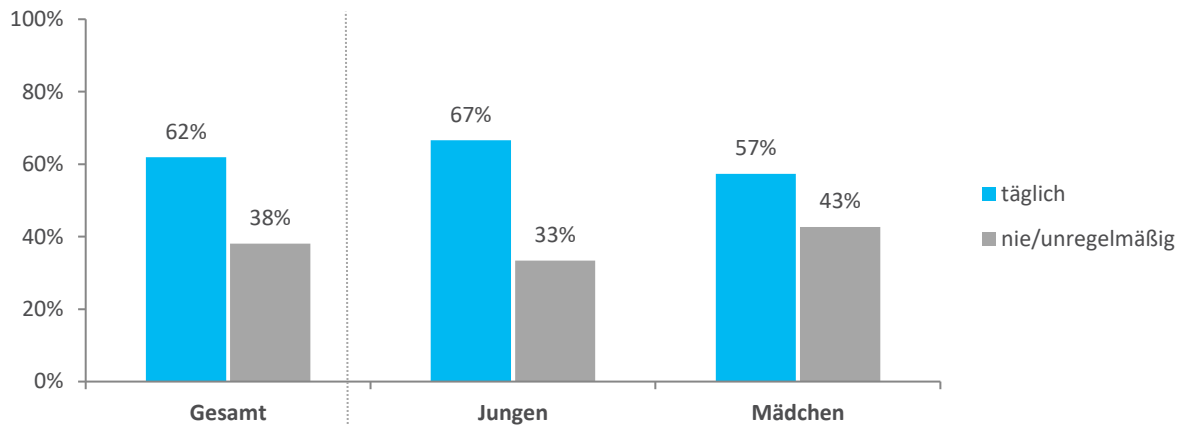


Abbildung 21: Frühstücksverhalten der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.454)

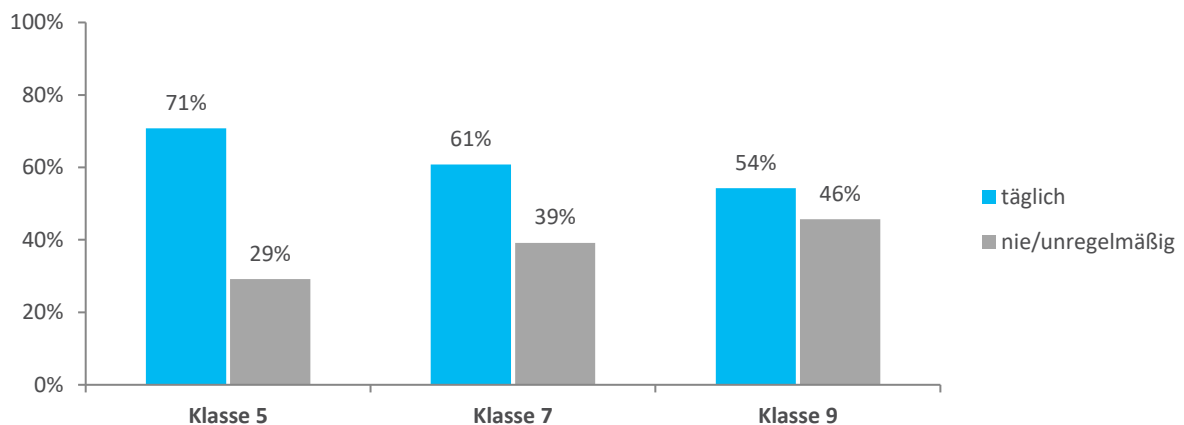


Abbildung 22: Frühstücksverhalten der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.453)

Im Zusammenhang mit sozioökonomischen Indikatoren zeigt sich hinsichtlich der besuchten Schulform, dass Gymnasiast\*innen deutlich seltener ihr Frühstück während der Schultage ausfallen lassen im Vergleich zu Heranwachsenden einer Sekundar- oder Gemeinschaftsschule (Differenz von 15 Prozentpunkten). Zudem frühstücken Schüler\*innen mit Migrationshintergrund und jene mit niedrigem familiärem Wohlstand seltener regelmäßig (täglich an allen fünf Schultagen) als Heranwachsende ohne Migrationshintergrund (63 % vs. 49 %) oder mit mittlerem/hohem familiärem Wohlstand (ca. 67 % vs. 55 %) (vgl. Abb. 23).

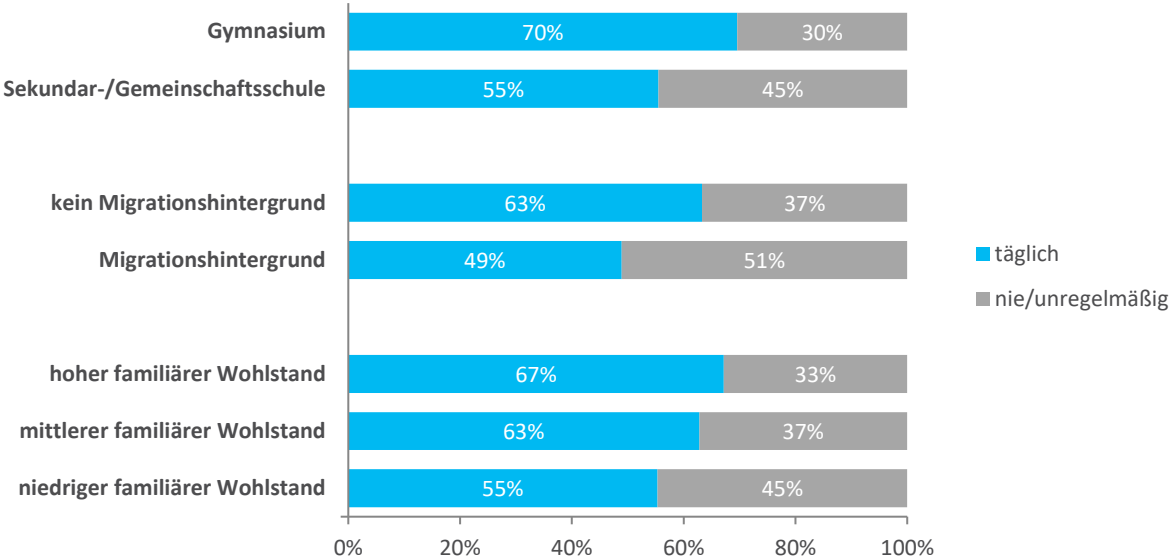


Abbildung 23: Frühstücksverhalten der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.180-3.463)



## OBST- UND GEMÜSEKONSUM

### HINTERGRUND

Ein falsches Ernährungsverhalten kann zahlreiche negative kurz-, mittel- und langfristige Konsequenzen für das Wohlbefinden sowie die körperliche und geistige Entwicklung der Heranwachsenden haben. Kurzfristig könnte z. B. die Leistungsfähigkeit reduziert sein, langfristige Folgen könnten u. a. Unter- oder Übergewicht, Diabetes mellitus oder auch Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sein<sup>[58-61]</sup>. Für eine ausgewogene und gesunde Ernährung ist die Zufuhr einer angemessenen Menge von Energielieferanten, Eiweißen, Vitaminen und Mineralien, welche durch den Konsum von Nahrungsmitteln wie Obst, Gemüse, Hülsenfrüchten, Nüssen und Vollkornprodukten erreicht werden kann, wichtig. Dabei sollte weniger als 30 % der Energie aus Fetten stammen<sup>[62]</sup>.

### ERHEBUNGSINSTRUMENT

Im Fragebogen wurde die wöchentliche Konsumhäufigkeit von zwei verschiedenen Nahrungsmittelgruppen („Obst, Früchte“ und „Gemüse, Salat“) anhand einer 7-stufigen Skala (von „nie“ bis „jeden Tag mehrmals“) erfasst und ist Teil des validierten „Food Frequency Questionnaires (FFQ)“ der HBSC-Studie<sup>[56,63]</sup>. Für die Auswertungen wird die Konsumhäufigkeit der beiden Skalen anschließend unterteilt in einen regelmäßigen, mindestens täglichen („jeden Tag einmal“ und „jeden Tag mehrmals“) und einen unregelmäßigen, nicht täglichen („nie“ bis „5-6 Tage pro Woche“) Konsum von Obst bzw. Gemüse. Für die Zusammenhangsanalysen werden die beiden Nahrungsmittelgruppen zudem zusammengefasst, so dass sich die Angaben der Häufigkeiten auf den Konsum von Obst und/oder Gemüse beziehen.

### ERGEBNISSE

Von den befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt konsumieren 38 % täglich Obst und 23 % Gemüse und folgen damit den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation. Dagegen geben 17 % der Heranwachsenden an, nur einmal pro Woche oder seltener Obst zu essen. Beim Gemüse liegen die Prävalenzen noch höher, hier berichtet über ein Drittel, maximal einmal pro Woche Gemüse zu sich zu nehmen (vgl. Abb. 24).

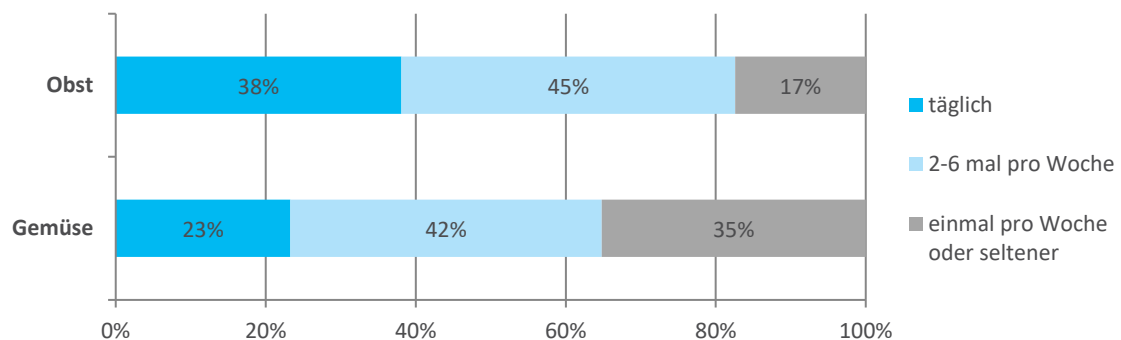


Abbildung 24: Angaben der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zum Obst- und Gemüsekonsum (n=3.473-3.483)

Im Geschlechtervergleich wird deutlich, dass Jungen (36 %) seltener täglich Obst und/oder Gemüse konsumieren als Mädchen (48 %). Zudem nimmt ein unregelmäßiger Verzehr von Obst und/oder Gemüse mit steigender Jahrgangsstufe zu. So berichtet etwa die Hälfte der jüngeren Schüler\*innen (5. Jahrgangsstufe) über einen unregelmäßigen bzw. nicht täglichen Obst und/oder Gemüsekonsum, unter den älteren Heranwachsenden (9. Jahrgangsstufe) sind es 64 % (vgl. Abb. 25 & 26).

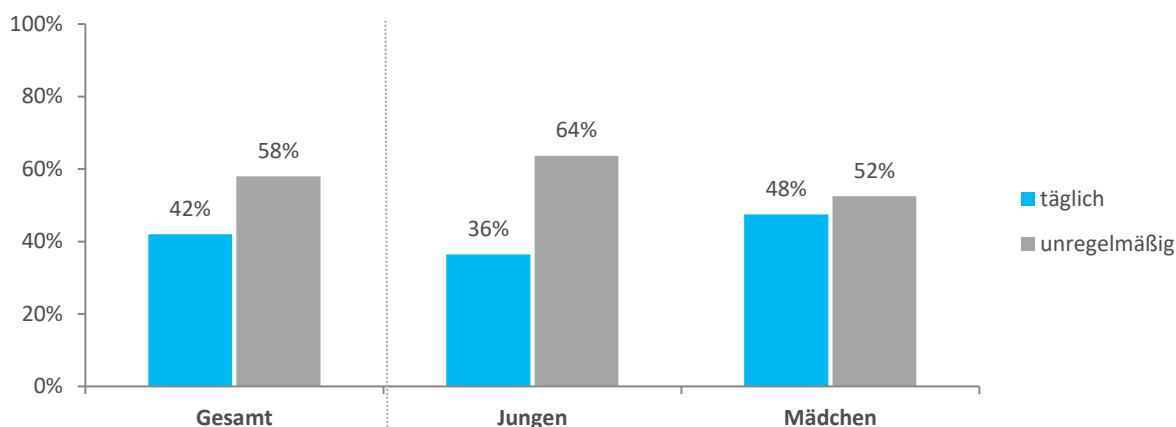


Abbildung 25: Obst- und/oder Gemüsekonsum der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.480)

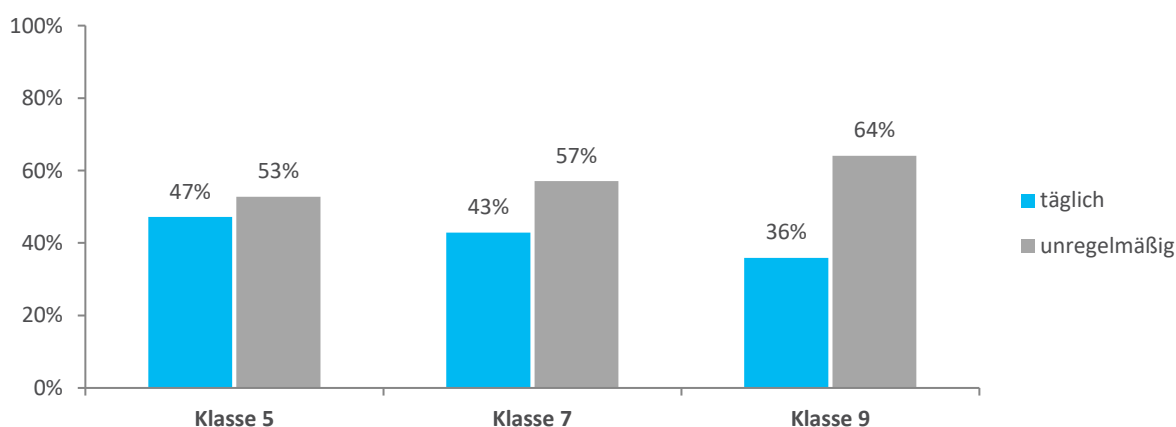


Abbildung 26: Obst- und/oder Gemüsekonsum der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.480)

In der Verzehrhäufigkeit von Obst und/oder Gemüse lassen sich zudem Unterschiede nach besuchter Schulform und familiärem Wohlstand feststellen, zum Nachteil von Schüler\*innen, die kein Gymnasium besuchen oder aus Familien mit niedrigem familiärem Wohlstand kommen. Für den Migrationshintergrund konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. In der Tendenz ist jedoch erkennbar, dass Heranwachsende mit Migrationshintergrund häufiger regelmäßig/täglich Obst und/oder Gemüse konsumieren als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund (vgl. Abb. 27).

## 2.2

# ERNÄHRUNG, KÖRPER & BEWEGUNG

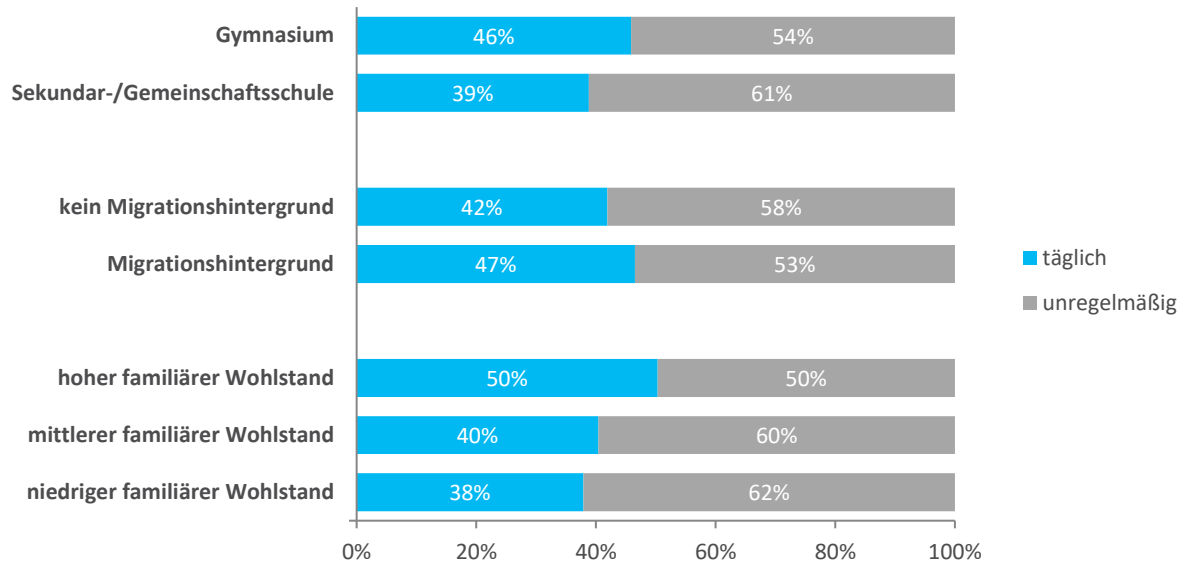


Abbildung 27: Obst- und/oder Gemüsekonsum der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.198-3.491)

# SÜSSIGKEITEN- UND SOFTDRINKKONSUM

## HINTERGRUND

Neben dem Konsum von Obst und Gemüse stellt auch der Verzehr von Süßigkeiten und zuckerhaltigen Softdrinks einen wichtigen Ansatzpunkt dar, um das Ernährungsverhalten von Heranwachsenden zu analysieren. Bei einer gesunden Ernährungsweise sollten weniger als 10% der aufgenommenen Energie von Nahrungsmitteln aus Zucker stammen<sup>[62]</sup>. Wird jedoch regelmäßig zu Süßigkeiten oder zuckerhaltigen Getränken gegriffen, erhöht sich u. a. das Risiko für Adipositas, Karies oder Erkrankungen der Skelettmuskulatur<sup>[64,65]</sup>.

## ERHEBUNGSINSTRUMENT

Im Fragebogen wurde die wöchentliche Konsumhäufigkeit der zwei verschiedenen Nahrungsmittel- bzw. Getränkegruppen („Schokolade, Süßigkeiten“ und „Cola oder andere zuckerhaltige Limonade“) anhand einer 7-stufigen Skala (von „nie“ bis „jeden Tag mehrmals“) erfasst und ist Teil des validierten „Food Frequency Questionnaires (FFQ)“ der HBSC-Studie<sup>[56,63]</sup>. Für die Auswertungen wird die Konsumhäufigkeit der beiden Skalen anschließend unterteilt in einen regelmäßigen, mindestens täglichen („jeden Tag einmal“ und „jeden Tag mehrmals“) und einen unregelmäßigen, nicht täglichen („nie“ bis „5-6 Tage pro Woche“) Konsum von Süßigkeiten bzw. Softdrinks. Für die Zusammenhangsanalysen werden die beiden Nahrungsmittelgruppen zudem zusammengefasst, so dass sich die Angaben der Häufigkeiten auf den Konsum von Süßigkeiten und/oder zuckerhaltigen Getränken beziehen.

## ERGEBNISSE

Für den Konsum von Süßigkeiten sowie zuckerhaltigen Limonaden zeigen sich Unterschiede in der Häufigkeit des Verzehrs der beiden Nahrungsmittelgruppen, wobei Süßigkeiten deutlich häufiger konsumiert werden als zuckerhaltige Limonaden. Ein Viertel der Heranwachsenden berichtet, täglich Süßigkeiten zu essen (24 %). 15 % konsumieren täglich mit Zucker versetzte Softdrinks (vgl. Abb. 28).

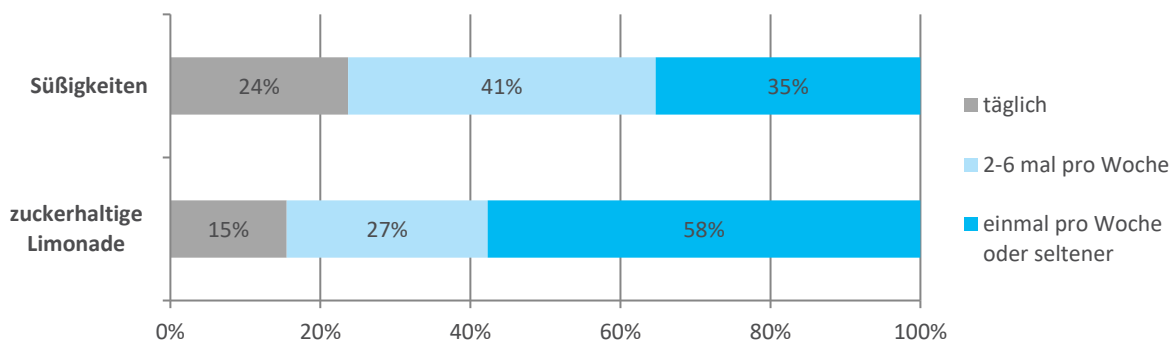


Abbildung 28: Angaben der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zum Süßigkeiten- und Softdrinkkonsum (n=3.469-3.476)

Beim Verzehr von Süßigkeiten und/oder Softdrinks zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Etwa ein Drittel der Jungen wie auch Mädchen konsumiert täglich Süßigkeiten und/oder zuckerhaltige Limonaden (vgl. Abb. 29). Für die Klassenstufe finden sich ebenfalls keine Zusammenhänge mit der Konsumhäufigkeit von Süßigkeiten und/oder Softdrinks(vgl. Abb. 30).

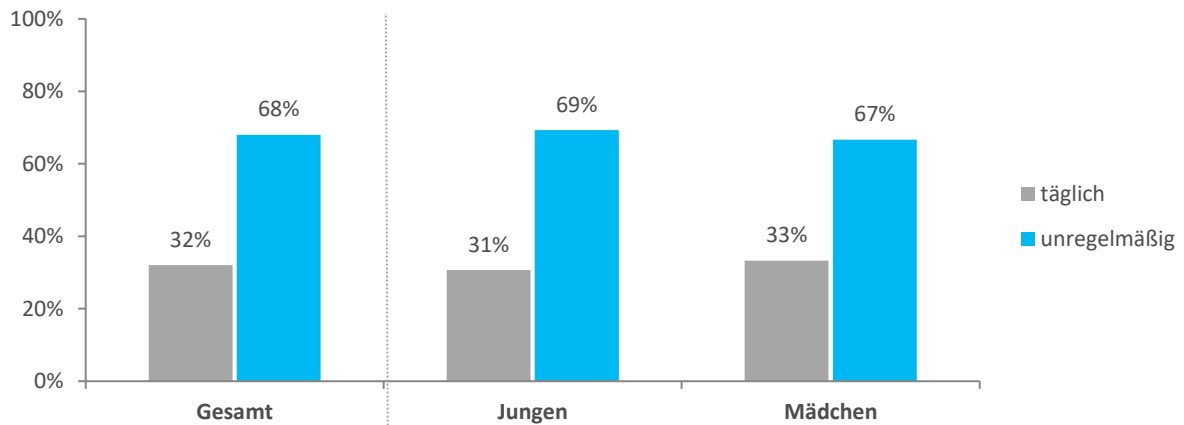


Abbildung 29: Konsum von Süßigkeiten und/oder Softdrinks der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.474)

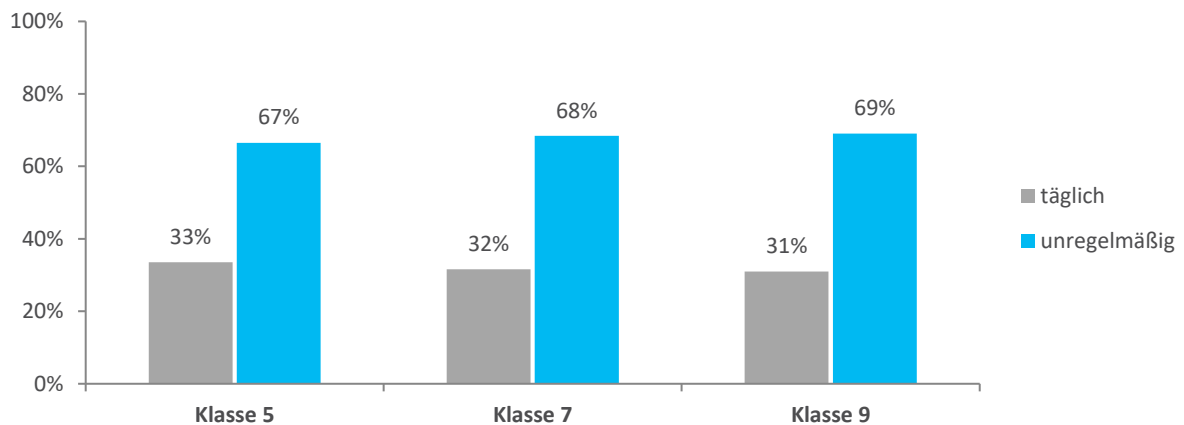


Abbildung 30: Konsum von Süßigkeiten und/oder Softdrinks der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.474)

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen, für die ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang mit dem Konsum von Süßigkeiten und/oder Softdrinks gefunden werden konnte. Auch hier essen etwa 30 % der Heranwachsenden täglich Süßigkeiten und/oder trinken täglich zuckerhaltige Limonaden, unabhängig von der besuchten Schulform, dem Migrationshintergrund oder dem familiären Wohlstand (vgl. Abb. 31).

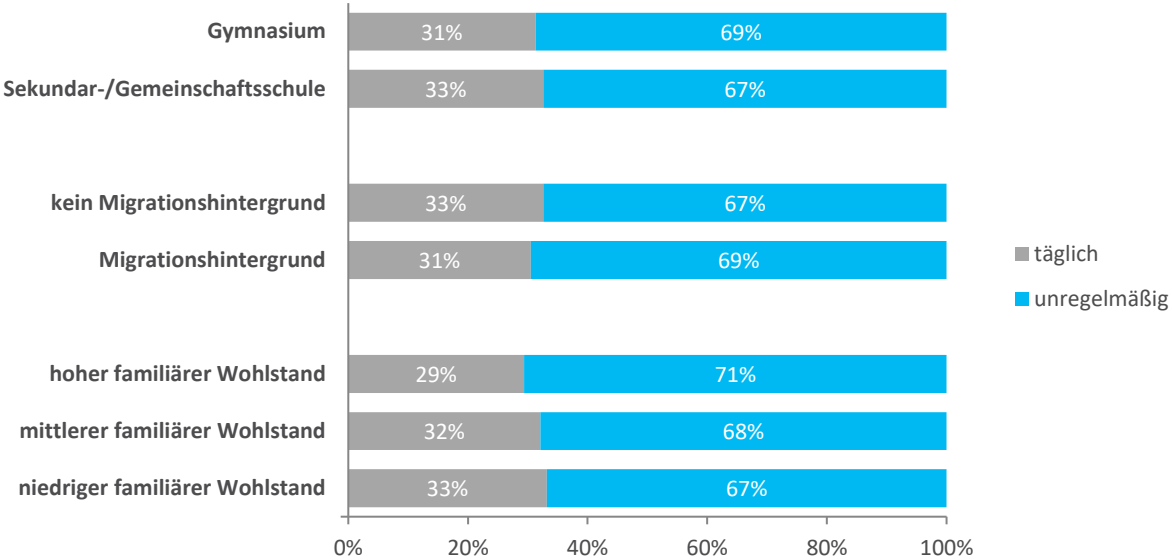


Abbildung 31: Konsum von Süßigkeiten und/oder Softdrinks der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.195-3.485)

## ZAHNHYGIENE

### HINTERGRUND

Im Zusammenhang mit dem Ernährungsverhalten spielt auch die Zahnhygiene eine wichtige Rolle. Die Mund- und Zahngesundheit ist ein wesentlicher Teil der Gesundheit und gilt als Indikator für die allgemeine gesundheitliche Lage von Bevölkerungen. Beeinträchtigungen können die Lebenszufriedenheit einschränken und neben den bleibenden Zähnen auch verschiedene Organe nachhaltig oder sogar irreversibel schädigen<sup>[66,67]</sup>. Die häufigsten Krankheiten am Gebiss von Kindern und Jugendlichen sind Zahnkaries und Parodontitis. Durch diverse präventive Maßnahmen (u. a. Aufklärung über korrekte Zahn- und Mundpflege, Ernährungsberatung u. a. hinsichtlich zuckerhaltiger Nahrungsmittel, Fluoridanwendungen, individuelle Vorsorgeuntersuchungen beim Zahnarzt sowie Maßnahmen der Gruppenprophylaxe) hat sich die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland insgesamt erfreulicherweise in den vergangenen Jahrzehnten erheblich verbessert<sup>[68,69]</sup>.

### ERHEBUNGSINSTRUMENT

Im Fragebogen wurde die Zahnpflege als orale Gesundheit mittels der Häufigkeit des Zähneputzens anhand einer 5-stufigen Skala (von „nie“ bis „mehr als 1-mal pro Tag“) erfasst. Dabei handelt es sich um ein validiertes Messinstrument der HBSC-Studie, welches auch im finnischen „Adolescent Health and Lifestyle Survey“ eingesetzt wird<sup>[70,71]</sup>. Für die Auswertungen werden die Angaben auf dieser Skala anschließend unterteilt in eine regelmäßige („mehr als 1-mal pro Tag“) und eine unregelmäßige Zahnpflege („1-mal pro Tag“ bis „nie“).

### ERGEBNISSE

Die Mehrheit der Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt betreibt, mit mehr als einmal täglichem Zähneputzen, eine gesunde Zahnhygiene. Dennoch berichtet knapp ein Fünftel (20 %) der Heranwachsenden, sich nur einmal pro Tag, und 3 %, sich nicht täglich die Zähne zu putzen (vgl. Abb. 32).

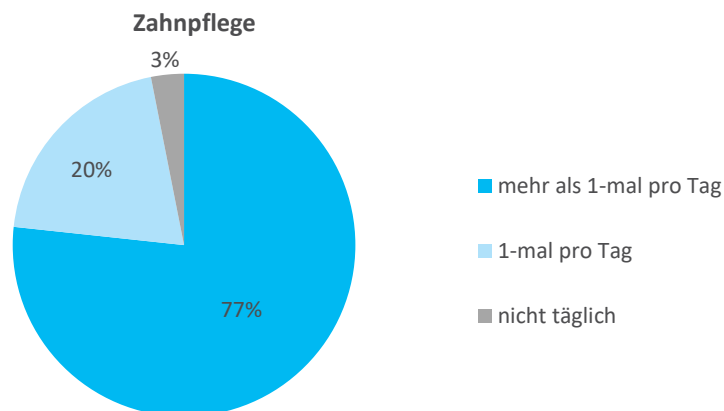


Abbildung 32: Angaben der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zur Zahnhygiene (n=3.500)

Insgesamt betreiben etwa drei Viertel der Heranwachsenden in Sachsen-Anhalt eine regelmäßige ausreichende Zahnhygiene (mehr als einmal täglich). Hierbei zeigen sich jedoch Unterschiede zwischen den Geschlechtern, wobei Jungen (28 %) häufiger ihre Zähne unregelmäßig putzen als Mädchen (18 %). Zudem nimmt die Häufigkeit unregelmäßigen Zähneputzens mit der Klassenstufe zu (vgl. Abb. 33 & 34).

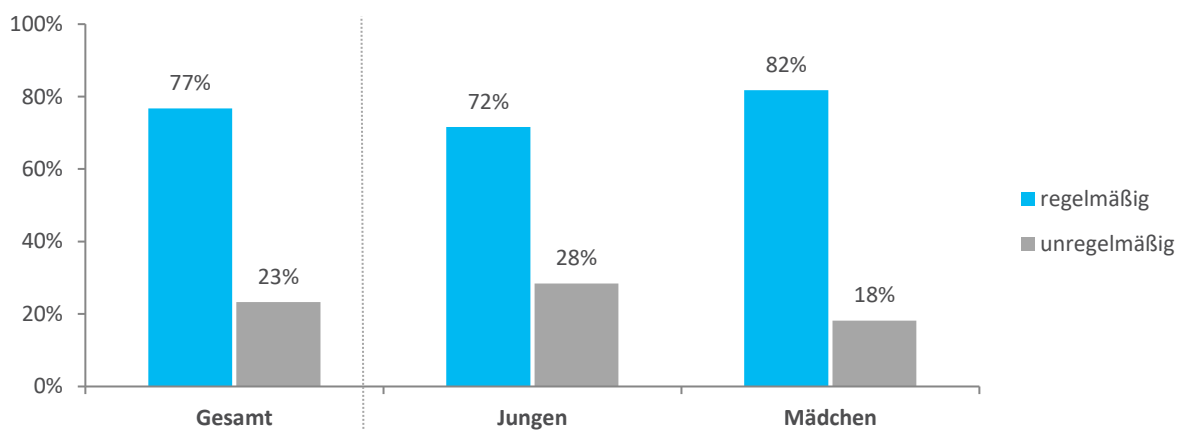


Abbildung 33: Zahnhygiene der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.489)



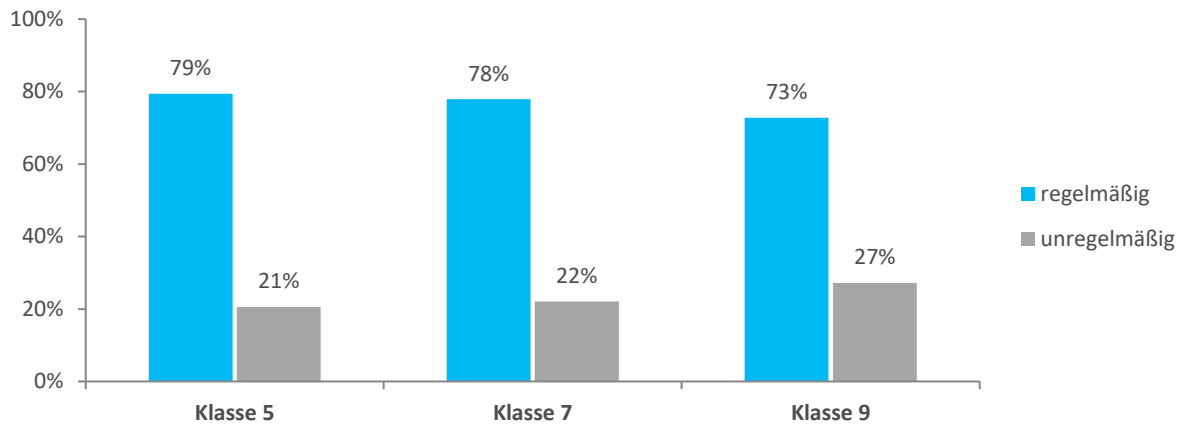


Abbildung 34: Zahnhygiene der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.489)

Des Weiteren zeigen die Ergebnisse Unterschiede in der regelmäßigen Zahnhygiene nach besuchter Schulform, Migrationshintergrund und familiärem Wohlstand. Knapp ein Drittel der Schüler\*innen, die aus Familien mit niedrigem familiärem Wohlstand kommen, sowie 29 % jener, die eine Sekundar- oder Gemeinschaftsschule besuchen, betreiben eine unregelmäßige Zahnhygiene im Vergleich zu Mitschüler\*innen eines Gymnasiums oder mit hohem familiärem Wohlstand (16 %). Heranwachsende mit Migrationshintergrund putzen ebenfalls seltener regelmäßig ihre Zähne im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund (vgl. Abb. 35).

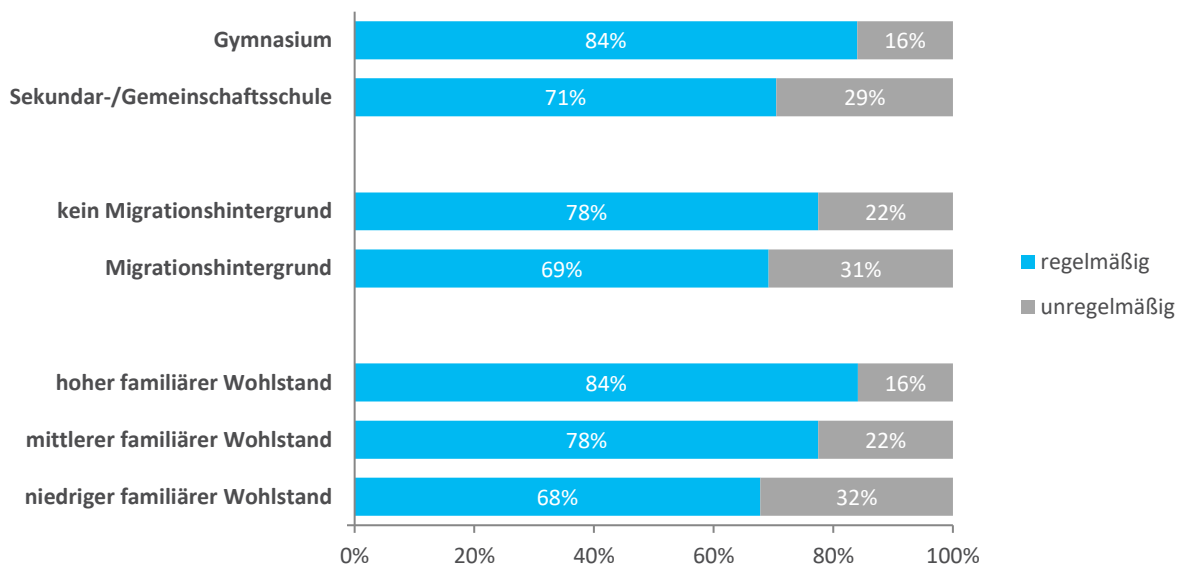


Abbildung 35: Zahnhygiene der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.210-3.500)

# KÖRPERLICHE AKTIVITÄT

## HINTERGRUND

Körperliche Aktivität ist jede Form von Bewegung, die unter Einsatz der Skelettmuskulatur zu einem gesteigerten Energieverbrauch oberhalb des Grundumsatzes führt<sup>[72]</sup>, wobei ausreichend Bewegung für eine gesunde Entwicklung eine wichtige Rolle spielt<sup>[73]</sup>. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt für Kinder und Jugendliche, jeden Tag mindestens 60 Minuten körperlich so aktiv zu sein, dass die Schweißproduktion angeregt, die Atmung beschleunigt und die Herzfrequenz erhöht wird<sup>[62]</sup>. Eine ausreichende körperliche Aktivität im Jugendalter wirkt sich kurz- und langfristig positiv auf die physische und psychische Gesundheit aus<sup>[74]</sup>, wovon auch die schulische und kognitive Leistungsfähigkeit profitieren kann<sup>[75]</sup>.

## ERHEBUNGSINSTRUMENT

Im Fragebogen wurde zur Erfassung der körperlichen Aktivität die „Moderate-to-Vigorous Physical Activity (MVPA)“<sup>[76]</sup> als validiertes Messinstrument eingesetzt und mittels der Frage nach der Anzahl von Tagen mit einer körperlichen Anstrengung von mindestens 60 Minuten innerhalb der vorausgegangenen 7 Tage erhoben<sup>[73]</sup>. Die Antwortkategorien wurden anhand einer 8-stufigen Skala (von „0 Tage“ bis „7 Tage“) erfasst. Für die allgemeine Auswertung der Häufigkeitsangaben werden basierend auf der Skala drei Kategorien gebildet und in hohe (5-7 Tage), mittlere (3-4 Tage) und niedrige (0-2 Tage) körperliche Aktivität unterteilt. In Anlehnung an die Empfehlungen der WHO werden die Angaben für die Zusammenhangsanalysen anschließend dichotomisiert in eine ausreichende, tägliche („7 Tage“) und eine nicht ausreichende, nicht tägliche („0 Tage“ bis „6 Tage“) körperliche Aktivität.

## ERGEBNISSE

Etwas weniger als ein Drittel der befragten Schüler\*innen weist eine hohe körperliche Aktivität auf. Wiederum ist ein Drittel der Heranwachsenden nur auf einem niedrigen Niveau von 0-2 Tagen körperlich aktiv. Knapp 40 % sind einer mittleren körperlichen Aktivität zuzuordnen (vgl. Abb. 36).

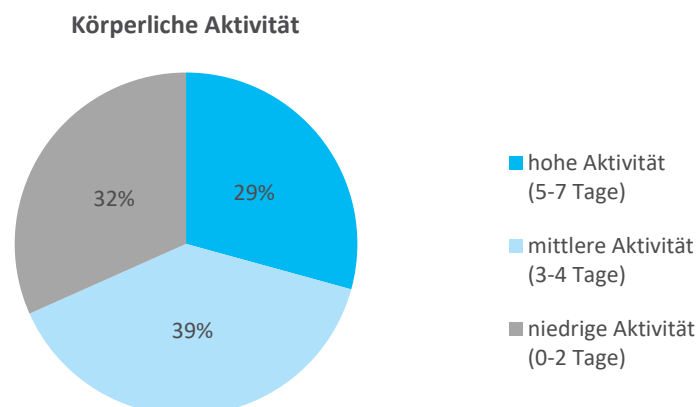


Abbildung 36: Angaben der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zur körperlichen Aktivität (n=3.476)

Ausgehend von den Empfehlungen der WHO einer täglichen körperlichen Aktivität zeigt sich, dass lediglich 11 % der Heranwachsenden dieser Empfehlung nachkommen, wobei sich Jungen etwas häufiger täglich körperlich betätigen als Mädchen (vgl. Abb. 37). Mit höherer Jahrgangsstufe sinkt zudem die Häufigkeit täglicher körperlicher Aktivität ab (vgl. Abb. 38).

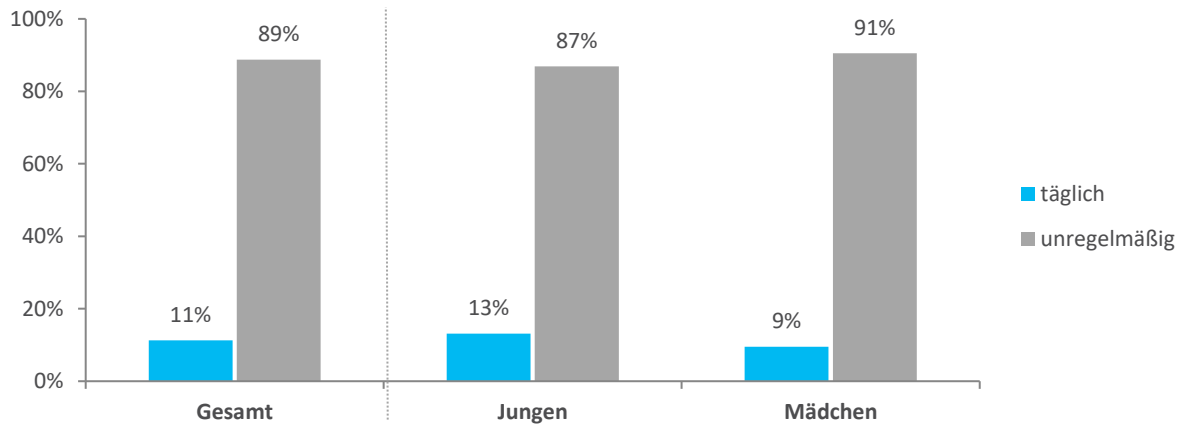


Abbildung 37: Körperliche Aktivität der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.466)

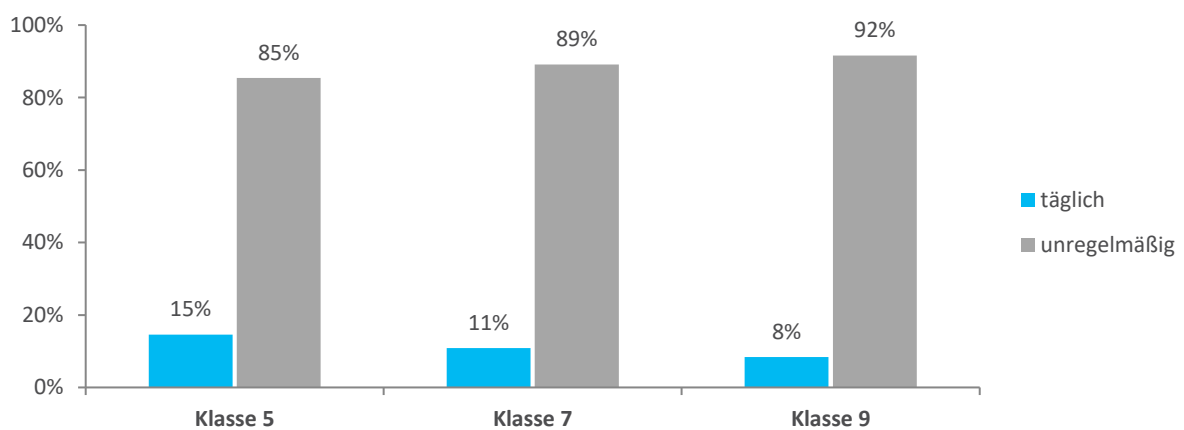


Abbildung 38: Körperliche Aktivität der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.466)

Zudem sind Zusammenhänge zwischen der besuchten Schulform sowie dem familiären Wohlstand und der körperlichen Aktivität erkennbar. Hierbei zeigt sich, dass sich Schüler\*innen einer Sekundar-/Gemeinschaftsschule häufiger täglich körperlich betätigen als Gymnasiast\*innen. Heranwachsende mit niedrigem oder mittlerem familiärem Wohlstand berichten seltener über eine tägliche körperliche Aktivität im Vergleich zu jenen mit hohem familiärem Wohlstandshintergrund. Für den Migrationshintergrund finden sich keine signifikanten Zusammenhänge, in der Tendenz zeigt sich jedoch, dass Heranwachsende mit Migrationshintergrund häufiger täglich körperlich aktiv sind als ihre Mitschüler\*innen ohne Migrationshintergrund (vgl. Abb. 39).

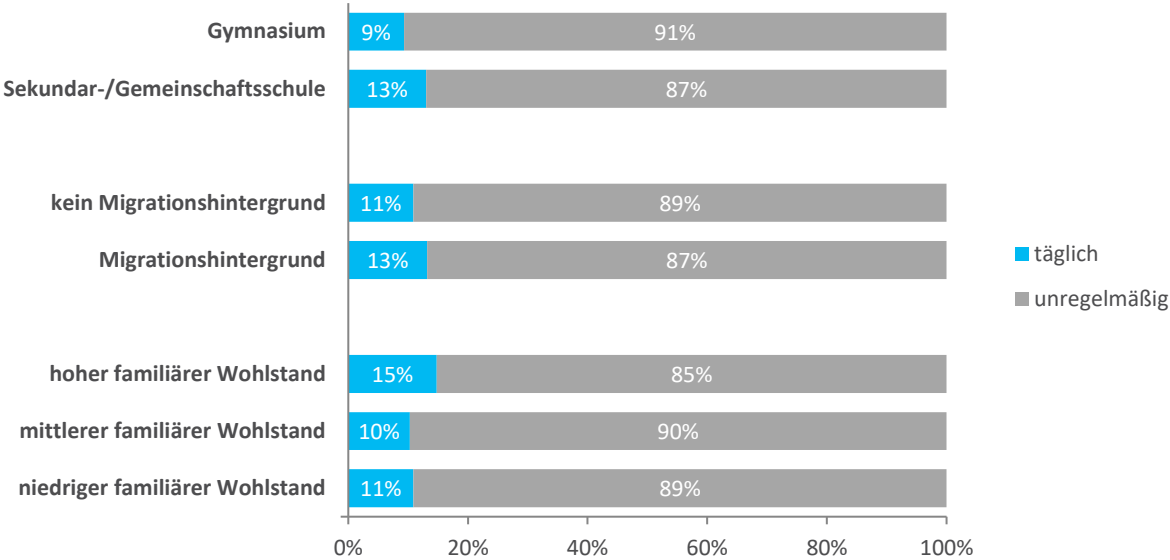


Abbildung 39: Körperliche Aktivität der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.180-3.476)

## KÖRPERBILD

### HINTERGRUND

Das eigene Körperbild stellt die subjektive Wahrnehmung zur eigenen Körperform, -gestalt und -größe dar. Abhängig von den biologischen, psychologischen, sozialen und kulturellen Einflüssen kann sich diese Vorstellung verändern<sup>[77]</sup>. Insbesondere die Jugendphase ist geprägt von zahlreichen körperlichen, psychischen und sozialen Reifeprozessen, deren Integration in das eigene Selbstbild eine besondere Herausforderung und Entwicklungsaufgabe darstellt<sup>[78]</sup>. Die körperlichen Veränderungen während der Pubertät lassen insbesondere Mädchen, aber auch Jungen, kritischer gegenüber ihrem Äußeren werden<sup>[79]</sup> und häufig nehmen das Selbstwertgefühl in Bezug auf den eigenen Körper<sup>[80]</sup> sowie die Körperzufriedenheit ab<sup>[81]</sup>. Hierbei können auch mediale Darstellungen eines Körperideals eine Rolle spielen<sup>[82]</sup>.

### ERHEBUNGSINSTRUMENT

Das eigene Körperbild wurde im Fragebogen mit der Frage „Glaubst du, dass du...?“ und einer 5-stufigen Antwortskala von „...viel zu dünn“, „...ein wenig zu dünn“, „...genau richtig“, „...ein wenig zu dick“ bis „...viel zu dick bist?“ erfasst. Dieses Item wurde von der HBSC-Studie entwickelt und dient der Messung der Körperunzufriedenheit in Bezug auf das subjektiv wahrgenommene Körpergewicht<sup>[77]</sup>. Für die allgemeinen Häufigkeitsangaben werden die Antwortmöglichkeiten in drei Kategorien („zu dick“, „zu dünn“, „genau richtig“) unterteilt. In den weiteren Auswertungen wird die Skala anschließend dichotomisiert in eine Selbstwahrnehmung als zu dünn („viel zu dünn“ und „ein wenig zu dünn“) und zu dick („ein wenig zu dick“ und „viel zu dick“).

### ERGEBNISSE

Während 44 % der Schüler\*innen ihren Körper so, wie er ist, als richtig empfinden, berichten 40 % der Heranwachsenden, dass sie sich als zu dick, und 16 %, dass sie sich als zu dünn fühlen (vgl. Abb. 40).

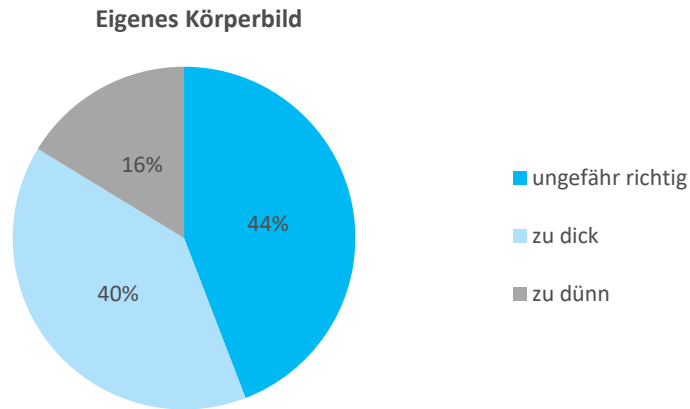


Abbildung 40: Angaben der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zum eigenen Körperbild (n=3.473)

Insgesamt glauben mehr als die Hälfte der befragten Schüler\*innen, dass sie zu dick oder zu dünn seien. Dabei zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede zum Nachteil von Mädchen, die seltener mit ihrem Körper so zufrieden sind, wie er ist (vgl. Abb. 41). Zudem nimmt der Anteil der Heranwachsenden, die sich als zu dick oder dünn empfinden und mit ihrem Körper unzufrieden scheinen, mit der Klassenstufe (zunehmendem Alter) signifikant zu (vgl. Abb. 42).

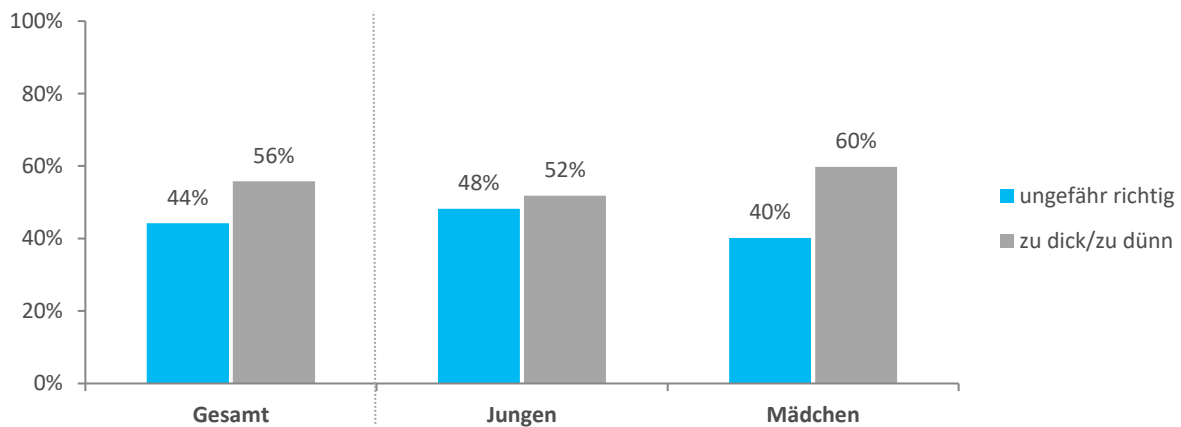


Abbildung 41: Körperbild der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.463)

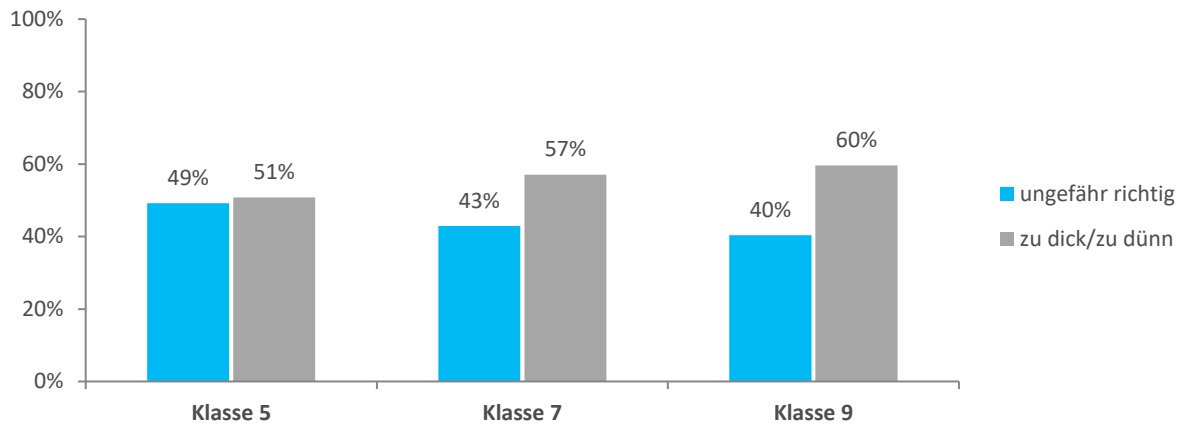


Abbildung 42: Körperbild der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.462)

Auch hinsichtlich der besuchten Schulform und dem familiären Wohlstand sind signifikante Unterschiede in der Körperwahrnehmung erkennbar. Schüler\*innen einer Sekundar- oder Gemeinschaftsschule sowie Heranwachsende mit niedrigem familiärem Wohlstand fühlen sich deutlich häufiger als zu dick oder zu dünn. Für den Migrationshintergrund konnte kein Zusammenhang mit dem eigenen Körperbild gefunden werden (vgl. Abb. 43).

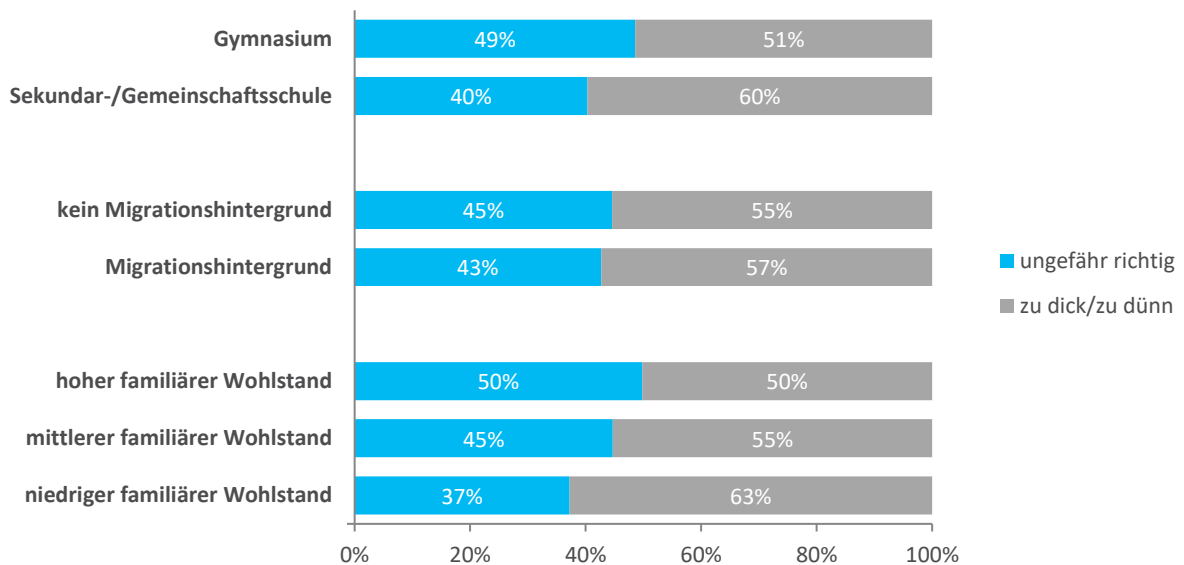


Abbildung 43: Körperbild der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.177-3.473)

# GEWICHTSKONTROLLE

## HINTERGRUND

Maßnahmen zur Kontrolle des Gewichts können weder als allgemein sinnvoll und gesundheitsförderlich noch als allgemein nutzlos und ungesund beurteilt werden. Je nach der spezifischen Maßnahme, dem eigenen Körpergewicht und in Abhängigkeit vom individuellen Bewegungs- und Ernährungszustand können diese sinnvoll bis medizinisch indiziert oder aber schädlich sein. Bei einer notwendigen Gewichtsreduktion, z. B. bei Adipositas, werden bestimmte Maßnahmen empfohlen (u. a. Diät unter ärztlicher Aufsicht, ausreichende Bewegung und Ernährungsumstellung), während andere Maßnahmen eindeutig oder potenziell schädliche Effekte auf den Körper haben und daher keinesfalls empfohlen werden (Erbrechen, Diätpillen und/oder Abführmittel sowie vermehrtes Rauchen)<sup>[83,84]</sup>.

## ERHEBUNGSINSTRUMENT

Zur Messung der Gewichtskontrolle wurde im Fragebogen die Anwendung von 14 spezifischen Gewichtskontrollmaßnahmen (Sport; Mahlzeiten auslassen; fasten; weniger Süßigkeiten; weniger Fett; weniger Cola oder zuckerhaltige Limonade; weniger essen; mehr Obst und/oder Gemüse; mehr Wasser; Trennkost; Erbrechen; Diätpillen und/oder Abführmittel; mehr rauchen; Diät unter ärztlicher Aufsicht) in den letzten 12 Monaten, jeweils mit den zwei Antwortmöglichkeiten „Ja“ und „Nein“, erfragt<sup>[85]</sup>. Für die Zusammenhangsanalysen werden die Antworten anschließend unterteilt in „keine Anwendung genannter Gewichtskontrollmaßnahmen“ und „die Anwendung von mindestens einer Gewichtskontrollmaßnahme“.

## ERGEBNISSE

Fast alle befragten Schüler\*innen wenden mindestens eine der erhobenen Gewichtskontrollmaßnahmen an (95 %), wobei die häufigsten Maßnahmen mit Sport (83 %), mehr Wasser trinken (73 %) und mehr Obst und/oder Gemüse essen (72 %) zu den gesunden Maßnahmen gezählt werden können (vgl. Abb. 43). Jeder fünfte Heranwachsende (20 %) greift hingegen zur Gewichtskontrolle auf Diät-/Abführmittel, vermehrtes Rauchen, Fasten oder Erbrechen zurück (vgl. Abb. 44).



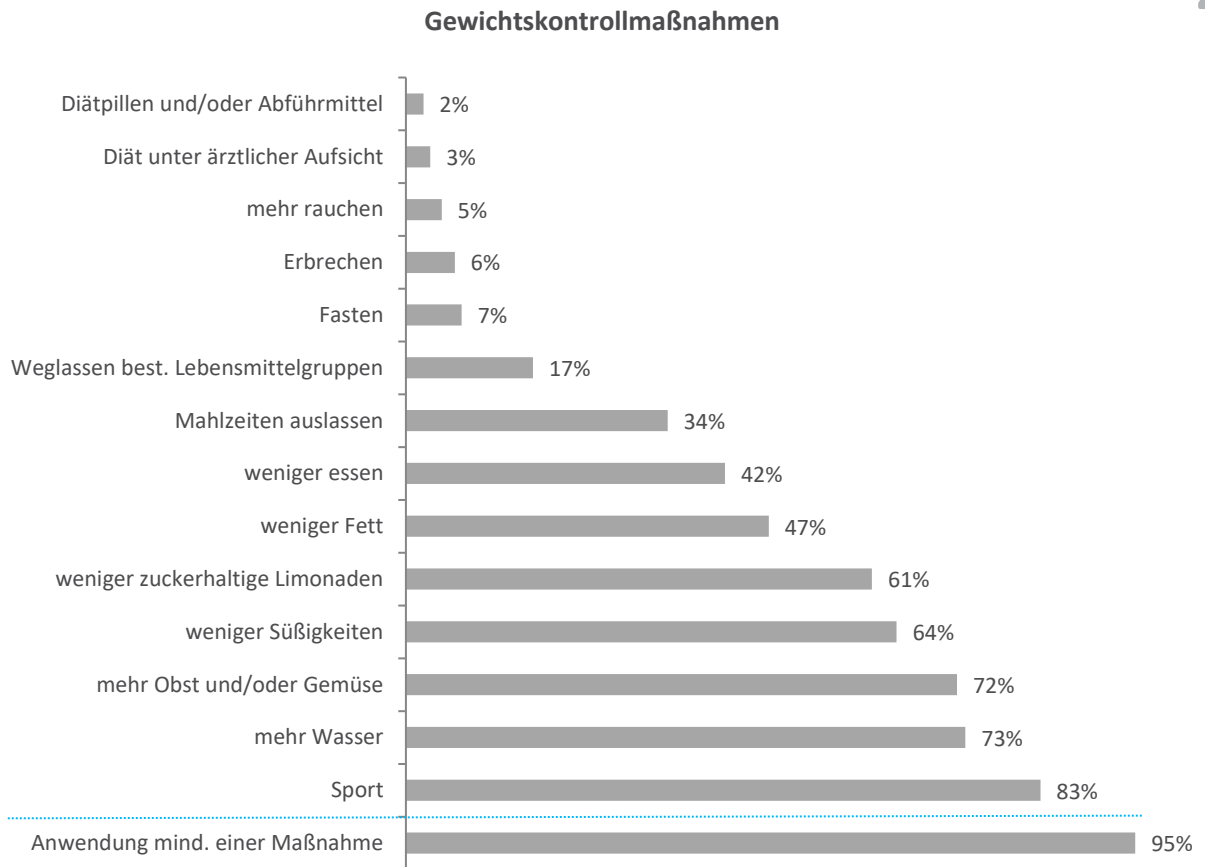


Abbildung 44: Angaben der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zu Maßnahmen der Gewichtskontrolle (n=3.381-3.465)

Eine höhere oder niedrigere Häufigkeitsangabe kann hier sowohl sinnvoll als auch nicht sinnvoll für die Gesundheit von Heranwachsenden sein. Da die Anwendungen von Maßnahmen zur Gewichtskontrolle nicht kategorisch als gesundheitsförderliches oder gesundheitsschädliches Verhalten eingeordnet werden können, erfolgen an dieser Stelle keine weiteren Analysen nach soziodemografischen/sozioökonomischen Merkmalen für diesen Indikator.



# 2.3 KONSUM VON SUBSTANZEN

## o **Alkoholkonsum**

Etwas mehr als ein Viertel der Heranwachsenden hat aktuell (30-Tage-Prävalenz) Alkohol konsumiert. Ältere Heranwachsende bzw. jene aus höheren Klassenstufen trinken deutlich häufiger Alkohol als solche aus jüngeren Klassenstufen. Signifikante Unterschiede finden sich auch nach Schulform und FAS, wobei Gymnasiast\*innen und Heranwachsende mit niedrigem FAS seltener aktuell Alkohol trinken.

## o **Rauschtrinken**

Aktuelle Erfahrungen mit Rauschtrinken hat etwa jeder zehnte Heranwachsende gemacht, wobei sich die Häufigkeit mit zunehmender Klassenstufe deutlich erhöht. Zudem trinken Schüler\*innen einer Sekundar-/Gemeinschaftsschule häufiger Alkohol bis zum Rauschzustand als Gymnasiast\*innen.

## o **Tabakkonsum**

Etwa jeder achte Heranwachsende konsumiert aktuell Tabak (30-Tage-Prävalenz). Zwischen den Geschlechtern gibt es nur geringfügige, nach Klassenstufe jedoch deutliche Unterschiede, wobei in höheren Klassenstufen häufiger Tabak konsumiert wird. Schüler\*innen einer Sekundar-/Gemeinschaftsschule sowie Heranwachsende mit Migrationshintergrund berichten häufiger über aktuellen Tabakkonsum als Gymnasiast\*innen oder jene ohne Migrationshintergrund.

## o **Cannabiskonsum**

Der Cannabiskonsum wurde nur für Schüler\*innen der 9. Klassenstufe erhoben. Davon berichtete etwa jeder siebte Heranwachsende, aktuell Cannabis zu konsumieren, Jungen häufiger als Mädchen. Unterschiede finden sich zudem nach besuchter Schulform und Migrationshintergrund, zum Nachteil von Heranwachsenden mit Migrationshintergrund und Nicht-Gymnasiast\*innen.



## SUBSTANZKONSUM BEI HERANWACHSENDEN

Substanzen wie Zigaretten oder Alkohol sind in unserer Gesellschaft weit verbreitet und weitestgehend auch akzeptiert. Anders gestaltet sich die Einstellung und Bewertung nicht legaler Drogen, wie Cannabis, dessen Konsum gegenwärtig kontrovers diskutiert wird<sup>[86,87]</sup>. Insbesondere die sensible Lebensphase der Jugend geht oftmals mit dem Experimentieren bzw. der Auseinandersetzung mit psychoaktiven Substanzen einher<sup>[88]</sup>. Mit anderen Worten: Drogen begleiten häufig den Übergang ins Erwachsenenalter. Während sich Heranwachsende zunehmend von der Familie abzunabeln beginnen, gewinnen Gleichaltrige einen immer größer werdenden Stellenwert<sup>[7,89,90]</sup>. In dieser Zeit werden spezifische Verhaltensweisen erlernt, verfestigt oder wieder verworfen. Dabei besteht die Gefahr der Etablierung riskanter Konsummuster, die Substanzmissbrauch und Abhängigkeiten einschließen<sup>[91]</sup>. Ein weiteres Risiko birgt der Umstand, dass Jugendliche besonders vulnerabel im Hinblick auf die Auswirkungen von Substanzkonsum sind. So ist etwa ihr in Entwicklung befindliches Gehirn besonders anfällig für Schädigungen durch Alkohol<sup>[92]</sup>. Auch wenn der Substanzkonsum größtenteils ohne gravierende (gesundheitliche) Konsequenzen verläuft und als ein „normaler“ Bestandteil der jugendlichen Entwicklung angesehen wird, stellt insbesondere ein früh einsetzender oder exzessiver Substanzkonsum ein Risiko für ein gesundes Aufwachsen und die spätere Gesundheit der Heranwachsenden dar. Nicht selten geht ein problematischer Substanzkonsum mit anderen riskanten Verhaltensweisen, wie Gewalt, Aggressionen oder auch schulischen Leistungseinbrüchen, einher<sup>[87,93]</sup>.

# ALKOHOLKONSUM

## HINTERGRUND

Alkohol ist die populärste psychoaktive Substanz unter Jugendlichen und mit 63% der 12- bis 17-Jährigen, die schon mindestens einmal im Leben Alkohol getrunken haben, weit verbreitet<sup>[94]</sup>. Tatsächlich ist übermäßiger Alkoholkonsum und Trunkenheit in der späten Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter häufiger verbreitet als in jeder anderen Lebensphase<sup>[95]</sup>. Insbesondere exzessive Konsumformen wie häufiger Konsum (mindestens wöchentlich) oder Rauschtrinken gehen mit negativen Folgen einher. Neben langfristigen Konsequenzen für die Gesundheit, wie zahlreiche Organschäden oder ein erhöhtes Krebsrisiko<sup>[96]</sup>, kann ein riskanter Alkoholkonsum für Heranwachsende mit unmittelbaren gesundheitsschädigenden Folgen verbunden sein. So können physiologische Entwicklungsschritte des Gehirns gestört werden, was negative Konsequenzen für die kognitive, soziale und emotionale Entwicklung nach sich zieht<sup>[97]</sup>. Zudem hängt ein riskanter Alkoholkonsum nachweislich u. a. mit (schweren) Unfällen, aggressivem Verhalten, (sexuellen) Gewalterfahrungen, diversen körperlichen und psychischen Problemen, Suizidalität, ungewollten Schwangerschaften, schulischen Leistungseinbrüchen, Schulschwänzen und dem Konsum anderer psychoaktiver Substanzen zusammen<sup>[98–101]</sup>.

## ERHEBUNGSINSTRUMENT

Im Fragebogen wurde zur Erfassung des aktuellen Alkoholkonsums die Häufigkeit des Alkoholkonsums (allgemein) in den vorausgegangenen 30 Tagen (30-Tage-Prävalenz) anhand einer 7-stufigen Skala von „nie“ bis „30 Tagen oder mehr“ erhoben. Das eingesetzte validierte Messinstrument der HBSC-Studie wurde adaptiert von dem „European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD 2007)“<sup>[102,103]</sup>. Für die Auswertung werden die Kategorien anschließend dichotomisiert in keinen („nie“) und einen mindestens einmaligen aktuellen Alkoholkonsum („1-2 Tage“ bis „30 Tage oder mehr“).

## ERGEBNISSE

Die Mehrheit der befragten Schüler\*innen (73 %) in Sachsen-Anhalt gibt an, keinen Alkohol getrunken zu haben. Wiederum 21 % der Heranwachsenden haben an 1-5 Tagen und weitere 6 % haben 6- bis 30-mal in den vergangenen 30 Tagen Alkohol konsumiert (vgl. Abb. 45).

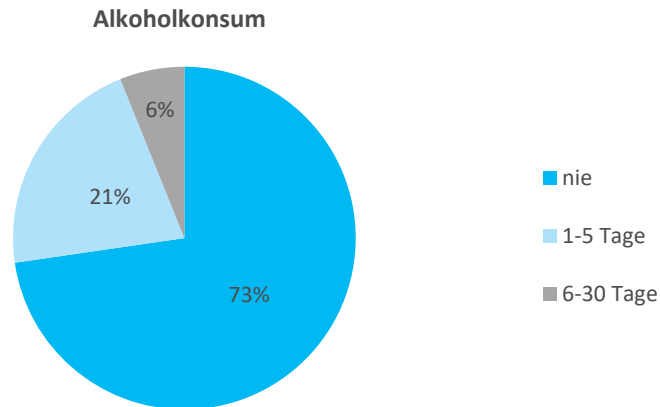


Abbildung 45: Angaben der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zum Alkoholkonsum (n= 3.421)

Insgesamt konsumierte etwas mehr als jeder vierte Heranwachsende aktuell Alkohol, d. h. mindestens einmal in den letzten 30 Tagen. Dabei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede nach Geschlecht, wobei Mädchen tendenziell etwas häufiger mindestens einmal Alkohol getrunken haben (vgl. Abb. 46). Hingegen zeigen sich für den aktuellen Alkoholkonsum deutliche Unterschiede nach Klassenstufe: Mit zunehmender Klassenstufe steigt auch die Häufigkeit, Alkohol zu trinken, stark an. Während in der 5. Klasse nur ein marginaler Anteil Alkohol konsumiert, sind es in der 7. Klasse bereits knapp ein Fünftel und in der 9. Klasse 60 % der Schüler\*innen, was vor allem auf den Alterseffekt zurückzuführen ist (vgl. Abb. 47).

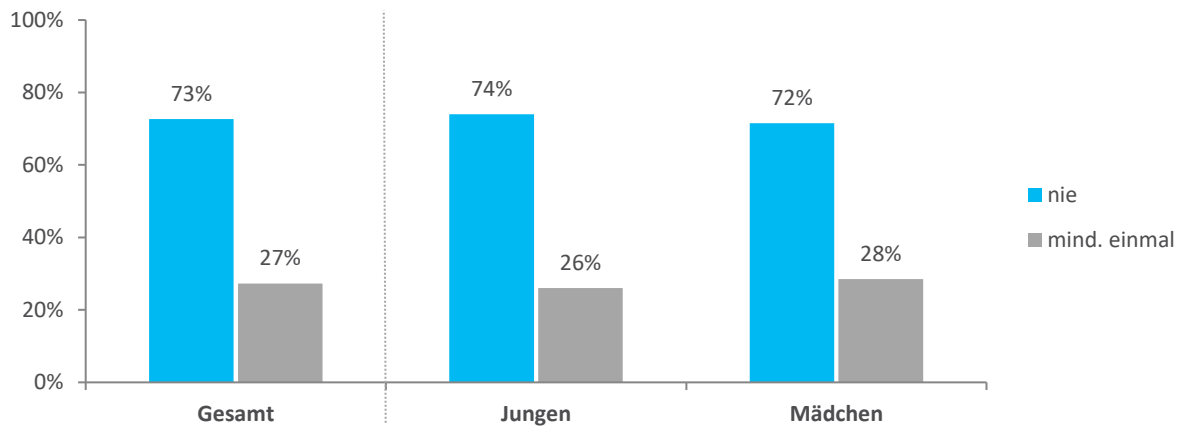


Abbildung 46: Aktueller Alkoholkonsum der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.411)

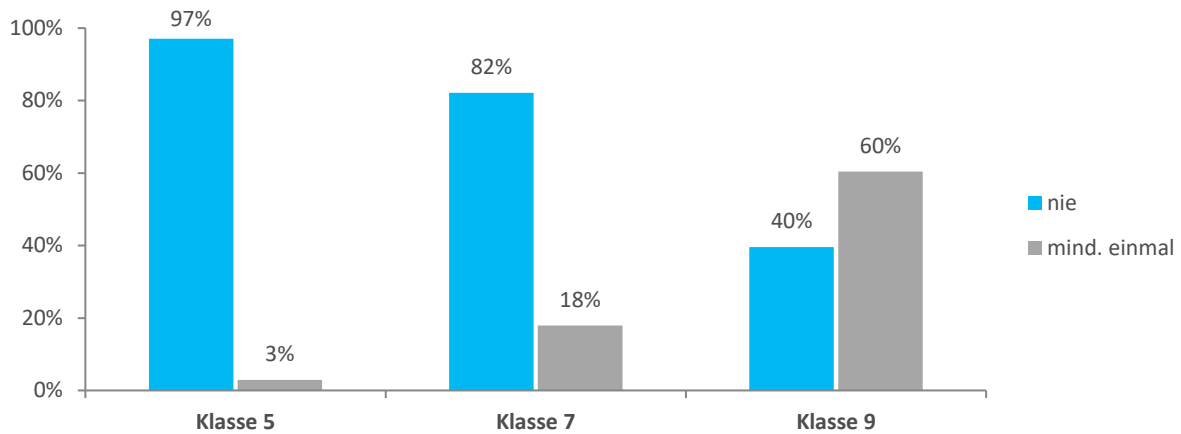


Abbildung 47: Aktueller Alkoholkonsum der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.411)

Hinsichtlich der Differenzierung nach sozioökonomischen Indikatoren ist ein deutlicher Unterschied im Konsumverhalten nach besuchter Schulform und familiärem Wohlstand erkennbar. Während 23 % der Gymnasiast\*innen aktuell Alkohol konsumieren, ist es bei den Sekundar-/Gemeinschaftsschüler\*innen etwa jede\*r Dritte. Beim familiären Wohlstand zeigt sich ein konträres Bild, hier konsumieren Heranwachsende mit hohem oder mittlerem familiärem Wohlstand häufiger aktuell Alkohol als jene mit niedrigem FAS (29 % vs. 22 %). Für den Migrationshintergrund sind keine Unterschiede im Alkoholkonsum erkennbar (vgl. Abb. 48).

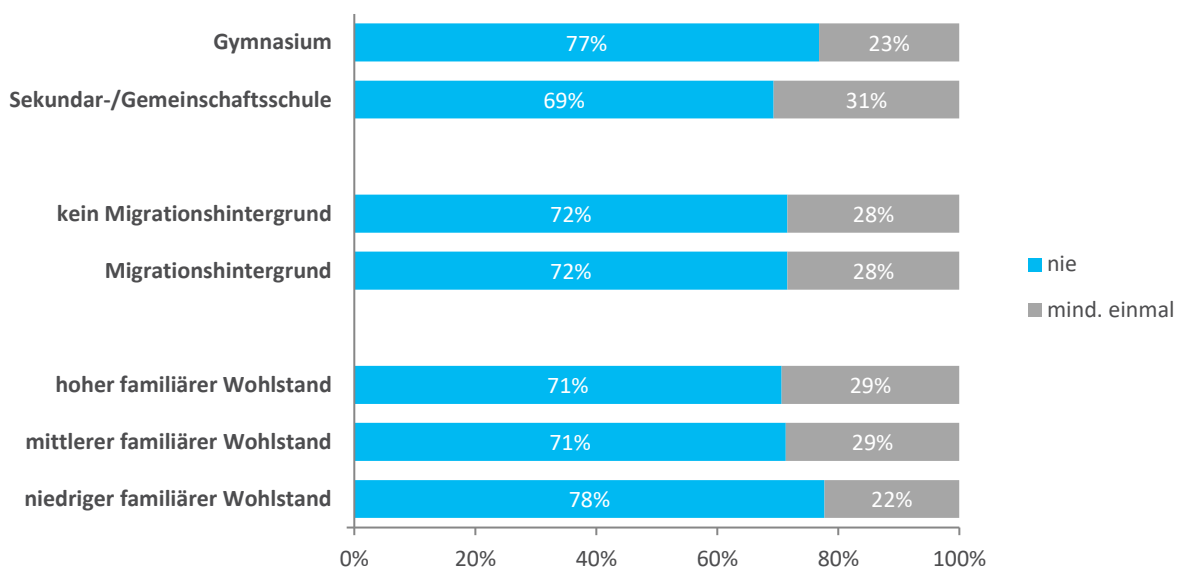


Abbildung 48: Aktueller Alkoholkonsum der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.148-3.421)



## RAUSCHTRINKEN

### HINTERGRUND

Während ein regelmäßiger Konsum von Alkohol in moderaten Mengen für das Jugendalter als ein in unserer Gesellschaft „normales“ Verhalten angesehen wird und nicht zwangsläufig mit gesundheitlichen Konsequenzen verbunden sein muss, stellt ein exzessives Konsumverhalten, wie Trunkenheits-/Rauscherfahrten (d. h. Trinken bis zur Vergiftung oder starkes episodisches Trinken) bei Heranwachsenden ein gesundheitsgefährdendes Trinkmuster dar<sup>[102,104]</sup>. Im letzten Jahrzehnt wurde die hohe Prävalenz der Trunkenheit unter jungen Menschen in vielen Ländern zu einem großen Problem der öffentlichen Gesundheit weltweit<sup>[105,106]</sup>.

### ERHEBUNGSINSTRUMENT

Zur Erfassung des aktuellen Rauschtrinkens (Alkoholkonsum bis zum Zustand „betrunken“) in den vorausgegangenen 30 Tagen (30-Tage-Prävalenz) wurden die Schüler\*innen gefragt, ob sie jemals (in den vergangenen 30 Tagen) so viel Alkohol getrunken haben, dass sie betrunken waren. Die Antworten wurden anhand einer 5-stufigen Skala von „Nein, nie“, „Ja, ein Mal“, „Ja, 2-3 Mal“, „Ja, 4-10 Mal“ bis „Ja, mehr als 10 Mal“ erfasst. Dabei handelt es sich um ein validiertes Messinstrument der HBSC-Studie zur Messung der subjektiven Erfahrung von Rauschtrinken als Indikator eines riskanten Alkoholkonsums<sup>[102,107]</sup>. Für die Zusammenhangsanalysen werden die Kategorien anschließend dichotomisiert in kein („nie“) und ein mindestens einmaliges Rauschtrinken („1-2 Tage“ bis „30 Tage oder mehr“).

### ERGEBNISSE

89 % der befragten Schüler\*innen geben an, aktuell, d. h. in den letzten 30 Tagen, keinen Alkohol bis zum Rauschzustand getrunken zu haben. Hingegen berichten 7 %, einmal, und 4 %, mindestens zwei- bis dreimal in den vergangenen 30 Tagen betrunken gewesen zu sein (vgl. Abb. 49).

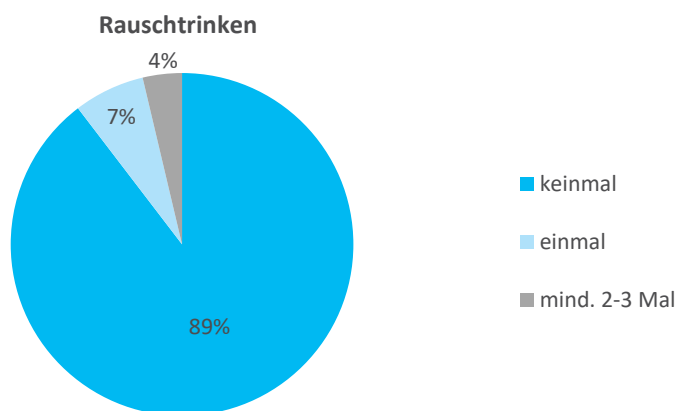


Abbildung 49: Angaben der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zum Rauschtrinken (n= 3.403)

Insgesamt waren 10 % der Heranwachsenden in den letzten 30 Tagen mindestens einmal betrunken. Dabei zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Häufigkeit der Trunkenheit. Wie auch beim Alkoholkonsum steigt die Häufigkeit für Rauschtrinkerfahrungen mit Höhe der Klassenstufe (zunehmendem Alter) deutlich an, wobei in der 9. Klasse ein Viertel der Heranwachsenden mindestens einmal rauschtrunken war (Differenz von 22 Prozentpunkten). Da die Fallzahl in den 5. Klassen zu gering ausfiel, wurden hier in der Darstellung 5. und 7. Klasse zusammen abgebildet (vgl. Abb. 50 & 51).

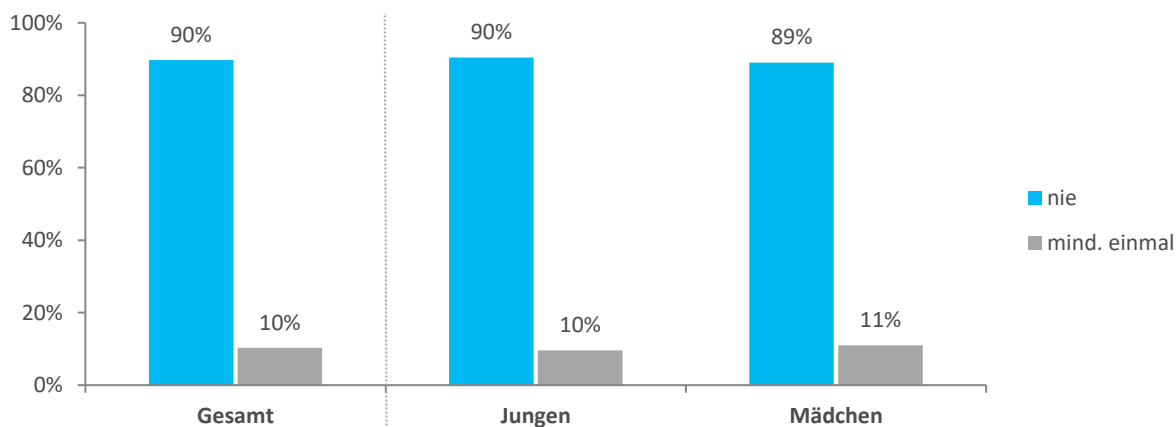


Abbildung 50: Aktuelle Rauscherfahrungen der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.393)

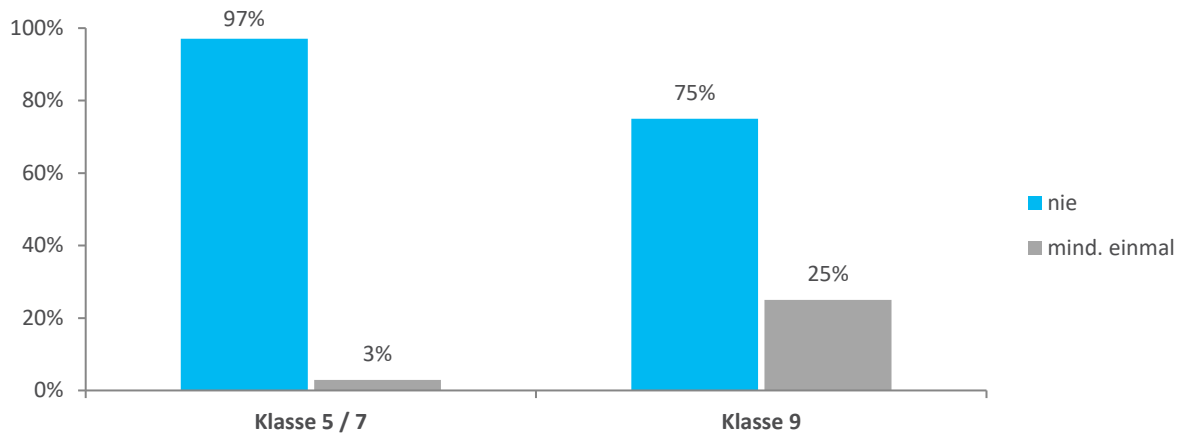


Abbildung 51: Aktuelle Rauscherfahrungen der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.393)

Zudem sind deutliche Unterschiede im Rauschtrinken nach Schulform erkennbar, wobei Heranwachsende, die eine Sekundar-/Gemeinschaftsschule (14 %) besuchen, mehr als doppelt so häufig über aktuelles Rauschtrinken berichten wie Gymnasiast\*innen (6 %). Für den Migrationshintergrund und den familiären Wohlstand sind keine Zusammenhänge mit dem Rauschtrinken erkennbar (vgl. Abb. 52).

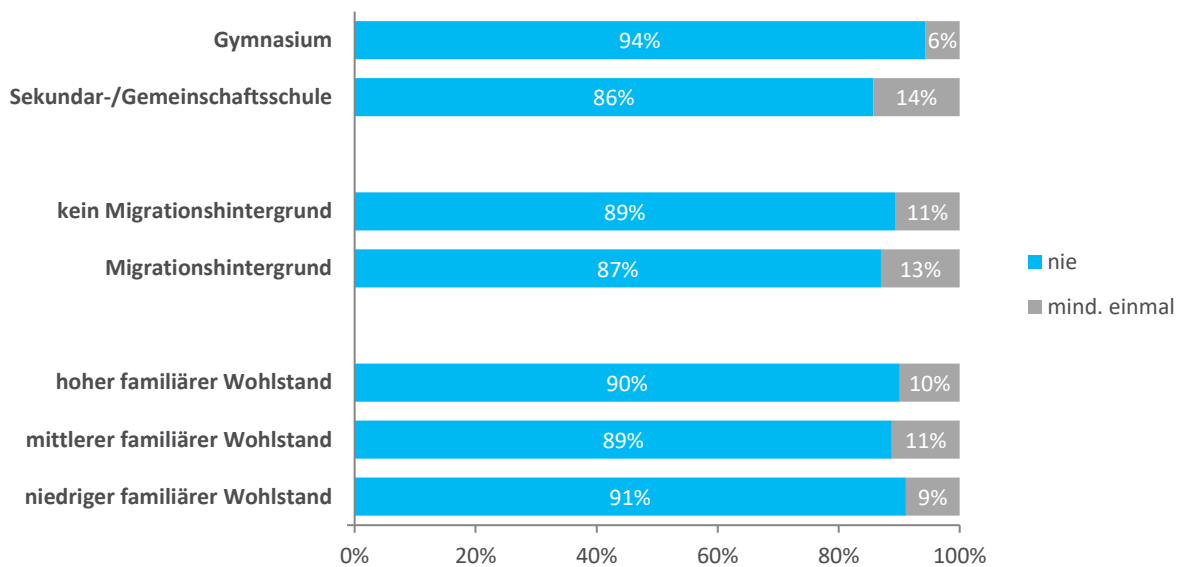


Abbildung 52: Aktuelle Rauscherfahrungen der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.133-3.403)

# TABAKKONSUM

## HINTERGRUND

Der Tabakkonsum stellt eine der vermeidbarsten Krankheitsursachen dar<sup>[108]</sup>. Weltweit sterben jährlich etwa 5 Millionen Menschen an den Folgen des Rauchens; allein in Deutschland sind es mehr als 120.000 Menschen<sup>[109]</sup>. Der Konsum von Tabak ist mit zahlreichen gesundheitlichen Problemen wie Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder der Atemwege assoziiert<sup>[110]</sup>. Jugendliche sind aufgrund ihres in Entwicklung befindlichen Organismus besonders anfällig für die toxischen und karzinogenen Stoffe, die im Tabakrauch enthalten sind. Zudem fördert ein früher Einstieg in den Tabakkonsum nicht nur das Risiko regelmäßigen Rauchens und einer Nikotinabhängigkeit<sup>[111,112]</sup>, sondern auch eine Vielzahl verhaltensbezogener und psychischer Probleme im späteren Leben<sup>[111]</sup>. Nicht zuletzt aufgrund der zahlreichen Präventionsmaßnahmen zur Reduktion vom Tabakkonsum sind die Prävalenzen rauchender Jugendlicher in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen. Dennoch bleibt ein gewisser Anteil an Schüler\*innen, die Tabak konsumieren<sup>[87,113]</sup>. Auch soziale Unterschiede im Tabakkonsum konnten – trotz sinkender Prävalenzen – nicht reduziert werden<sup>[9]</sup>.

## ERHEBUNGSINSTRUMENT

Im Fragebogen wurde die Häufigkeit des aktuellen Rauchens von Zigaretten für die vorausgegangenen 30 Tage (30-Tage-Prävalenz) erhoben und anhand einer 7-stufigen Skala von „nie“ bis „30 Tage oder mehr“ erfasst. Bei der 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums handelt es sich um ein validiertes Messinstrument adaptiert von dem „Monitoring the future: a continuing study of the lifestyles and values of youth (1975-on)“ und dem „European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD 1995)“<sup>[114–116]</sup>. Für die Analysen wird die Konsumhäufigkeit anschließend unterteilt in kein („nie“) und ein mindestens einmaliges Rauchen („1-2 Tage“ bis „30 Tage oder mehr“).

## ERGEBNISSE

Die Mehrheit der Schüler\*innen gibt an, aktuell, d. h. in den letzten 30 Tagen, keinen Tabak zu konsumieren (88 %). 5 % bzw. 7 % berichten, an 1-5 Tagen bzw. an 6-30 Tagen Zigaretten geraucht zu haben (vgl. Abb. 53).

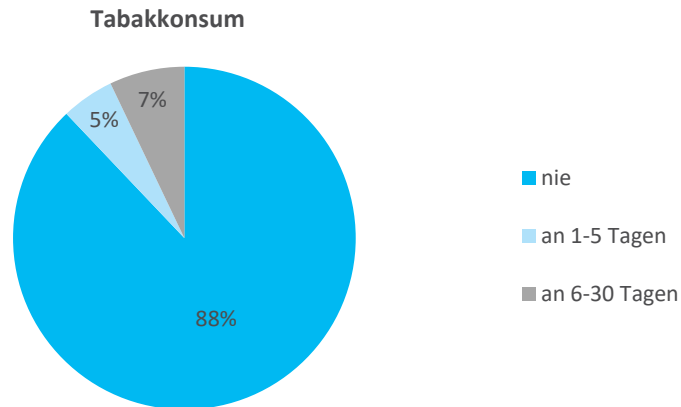


Abbildung 53: Angaben der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zum Tabakkonsum (n= 3.436)

Damit rauchen 12 % der Schüler\*innen aktuell. Der Tabakkonsum unterscheidet sich nur geringfügig zwischen Jungen und Mädchen, jedoch deutlich nach der Klassenstufe, wobei mit 5 % der jüngeren Schüler\*innen in der 5./7.Klasse deutlich weniger Tabak konsumieren im Vergleich zu älteren Heranwachsenden der 9. Klassenstufe, in der jede\*r Vierte (26 %) Zigaretten raucht. Da die Fallzahl in den 5. Klassen zu gering ausfiel, wurden hier in der Darstellung 5. und 7. Klasse zusammen abgebildet (vgl. Abb. 54 & 55).

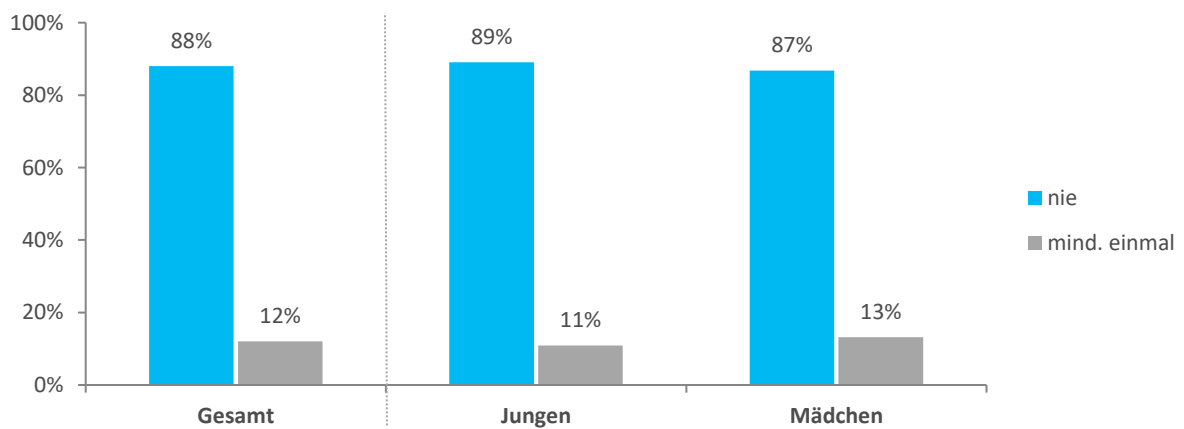


Abbildung 54: Aktueller Tabakkonsum der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.426)

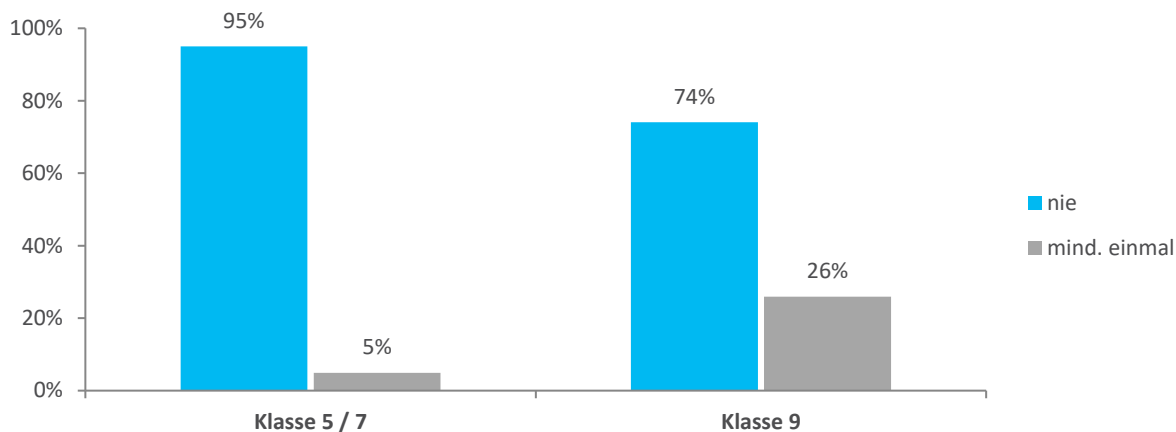


Abbildung 55: Aktueller Tabakkonsum der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.426)

Deutliche Unterschiede im Tabakkonsum zeigen sich auch nach besuchter Schulform und dem Migrationshintergrund der Schüler\*innen. Heranwachsende einer Sekundar-/Gemeinschaftsschule (18 %) und jene mit Migrationshintergrund (19 %) rauchten häufiger in den vergangenen 30 Tagen als Gymnasiast\*innen (5 %) oder Heranwachsende ohne Migrationshintergrund (12 %). Ein Zusammenhang zwischen dem aktuellen Rauchverhalten und dem familiären Wohlstand wurde nicht gefunden (vgl. Abb. 56).

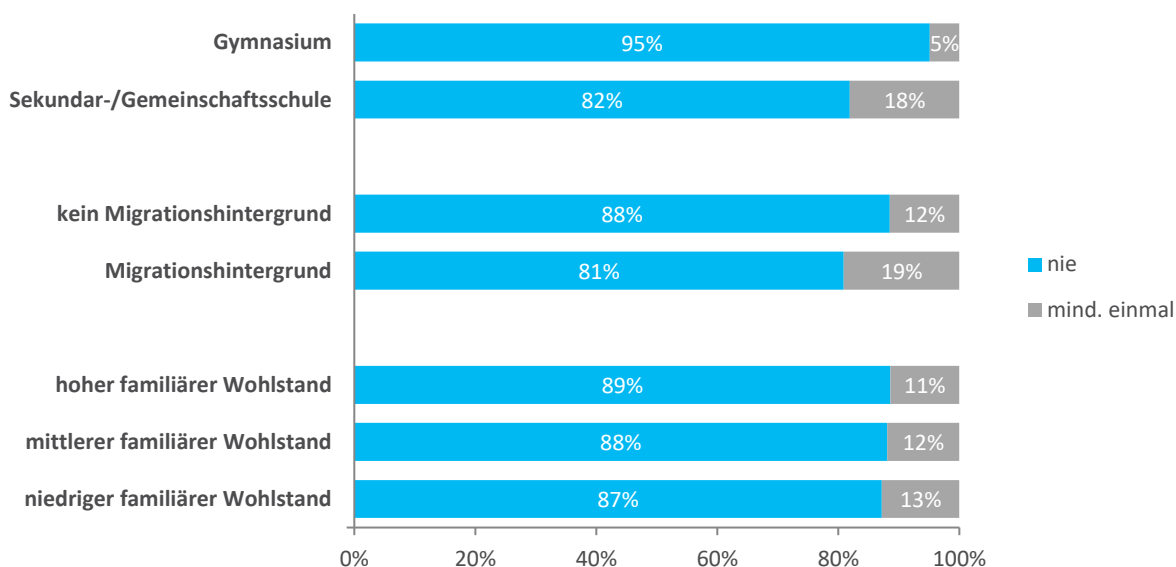


Abbildung 56: Aktueller Tabakkonsum der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.162-3-436)

## CANNABISKONSUM

### HINTERGRUND

Weltweit – so auch in Deutschland – ist Cannabis sowohl unter Jugendlichen als auch unter Erwachsenen die populärste unter den (meist) illegalen Drogen<sup>[117,118]</sup>. Für die letzten Jahre ist für Deutschland ein wachsender Trend hin zum Cannabiskonsum festzustellen, wobei die Konsumprävalenzen für Jugendliche und junge Erwachsene (vor allem männliche) besonders hoch sind<sup>[93,117,119]</sup>. Viele Jugendliche konsumieren Cannabis, um z. B. Rauscherlebnisse zu erfahren, Spaß zu haben, sich zu entspannen oder Emotionen stärker empfinden zu können<sup>[120]</sup>. Kurzfristige negative Folgen von Cannabiskonsum sind vor allem Übelkeit, zeitweilige Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit (gestörte Erinnerungsfähigkeit und verzerrtes Zeitgefühl), motorische Störungen, psychotische Symptome, Suizidgedanken, Angstzustände und Panikattacken<sup>[121–123]</sup>. Besonders bei einem Drogeneinstieg in jungen Jahren sowie einem exzessiven und regelmäßigen Drogenkonsum treten vielfältige langfristige gesundheitliche Probleme wie nachhaltige Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit und Aufmerksamkeit, Depressionen, Angst- und Affektstörungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf<sup>[121–125]</sup>.

### ERHEBUNGSINSTRUMENT

Im Fragebogen wurde – nur für die Schüler\*innen der 9. Klassenstufe – die Häufigkeit des aktuellen Cannabiskonsums für die vorausgegangenen 30 Tage (30-Tage-Prävalenz) anhand einer 7-stufigen Skala von „nie“ bis „30 Tage oder mehr“ erfasst. Bei der 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums handelt es sich um ein Instrument der HBSC-Studie, welches von dem „European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)“ abgeleitet wurde<sup>[126,127]</sup>. Für die Analysen wird die Konsumhäufigkeit anschließend unterteilt in keinen („nie“) und einen mindestens einmaligen Cannabiskonsum („1-2 Tage“ bis „30 Tage oder mehr“).

### ERGEBNISSE

Ähnlich wie beim Alkohol- oder Tabakkonsum hat die Mehrheit der Schüler\*innen (85 %) keinen Cannabis konsumiert. 9 % der Heranwachsenden konsumierten jedoch an 1-5 Tagen und 6 % an 6-30 Tagen Cannabis (vgl. Abb. 57).

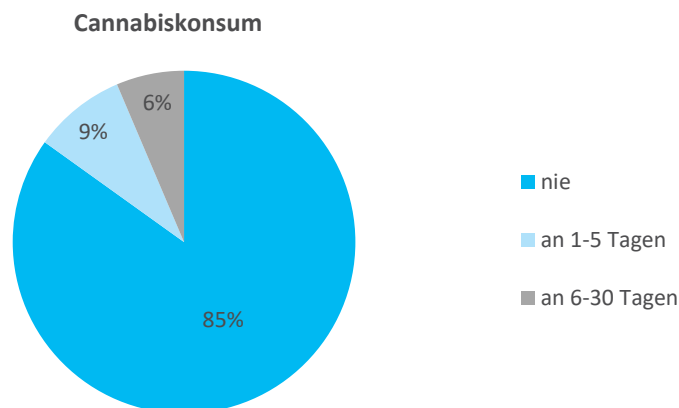


Abbildung 57: Angaben der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zum Cannabiskonsum (n= 1.274)

Insgesamt konsumieren 15 % der Schüler\*innen aktuell, d. h. in den letzten 30 Tagen, mindestens einmal Cannabis. Dabei konsumieren Jungen häufiger als Mädchen Cannabis (Differenz von 5 Prozentpunkten) (vgl. Abb. 58).

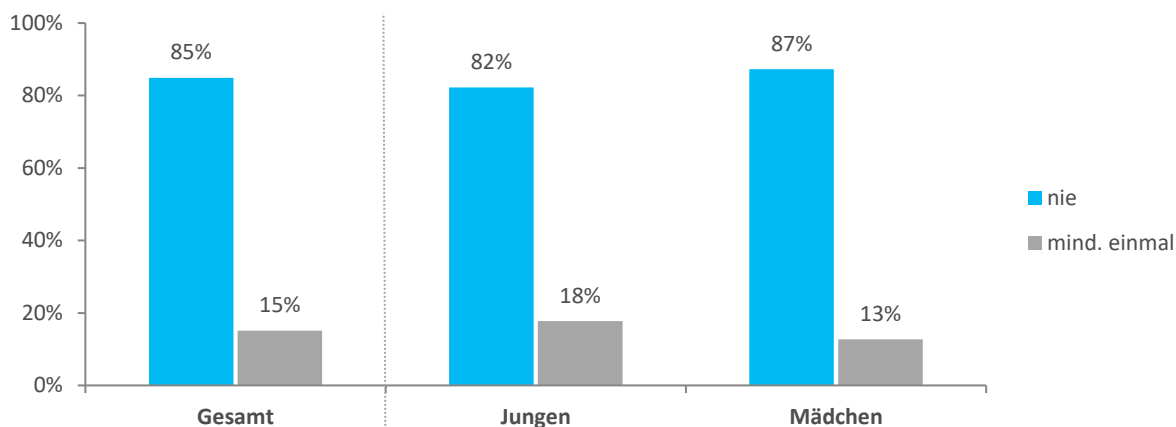


Abbildung 58: Cannabiskonsum der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=1.272)

Während der Cannabiskonsum nicht mit dem familiären Wohlstand zusammenhängt, sind hingegen deutliche Unterschiede nach besuchter Schulform und Migrationshintergrund zu finden. Schüler\*innen einer Sekundar-/Gemeinschaftsschule sowie Heranwachsende mit Migrationshintergrund konsumieren etwa doppelt so häufig Cannabis im Vergleich zu Gymnasiast\*innen (19 % vs. 10 %) oder Schüler\*innen ohne Migrationshintergrund (29 % vs. 13 %) (vgl. Abb. 59).



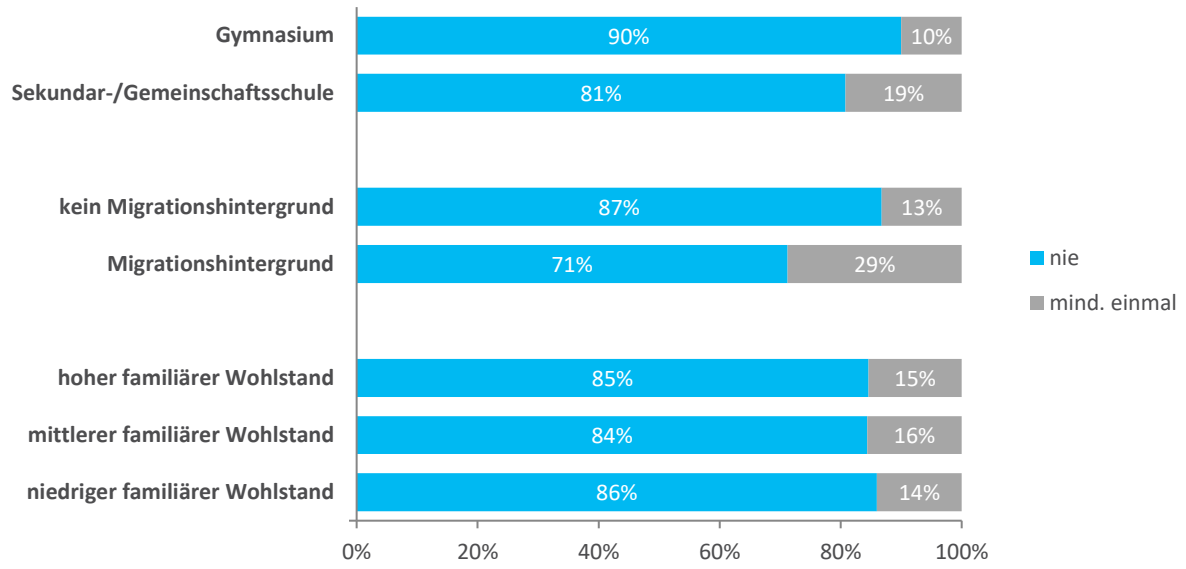


Abbildung 59: Cannabiskonsum der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=1.241-1.274)

# 2.4 KONSUM VON MEDIEN

- **Online-Kommunikation**

Über ein Viertel der Schüler\*innen sind als Intensiv-Nutzer von Online-Kommunikation einzuordnen. Mit zunehmender Klassenstufe steigt die intensive Nutzung von Online-Kommunikationsmedien an. Jungen und Gymnasiast\*innen betreiben seltener eine intensive Online-Kommunikation.

- **Abhängigkeit von sozialen Medien**

Jeder neunte Heranwachende zeigt Hinweise auf eine Abhängigkeit von sozialen Medien in Form eines problematischen Nutzungsverhaltens. Dabei sind Schüler\*innen an Sekundar-/Gemeinschaftsschulen und Heranwachsende mit Migrationshintergrund eher von einer möglichen Abhängigkeit betroffen als Schüler\*innen, die ein Gymnasium besuchen oder keinen Migrationshintergrund haben.

## MEDIENKONSUM BEI HERANWACHSENDEN

Die aktuell heranwachsende Generation ist die erste, für die die Nutzung von elektronischen (sozialen) Medien und dem Internet einen elementaren Bestandteil des Alltags der meisten Kinder und Jugendlichen darstellt. Soziale elektronische Medien umfassen dabei einerseits (digitale) soziale Netzwerke wie Facebook, Instagram oder Twitter und andererseits Instant-Messaging-Programme, z. B. WhatsApp, Snapchat oder Telegram<sup>[128,129]</sup>. Mit der zunehmenden und fast uneingeschränkten Verfügbarkeit elektronischer (sozialer) Medien und dem Internet werden diese zu verschiedensten Zwecken eingesetzt, darunter u. a. für die Freizeitgestaltung (z. B. PC-Spiele), die Kommunikation mit anderen (z. B. via soziale Netzwerke) oder die Suche nach Informationen (via Internet)<sup>[130]</sup>. Die aktuelle Empfehlung für die Nutzung von Bildschirmmedien liegt bei Heranwachsenden bei bis zu zwei Stunden täglich<sup>[131,132]</sup>, welche europaweit nur von der Minderheit eingehalten wird<sup>[133]</sup>. Eine häufige Nutzung elektronischer Medien hat sowohl positive (soziale Kompetenz, Zugehörigkeitsgefühl, Informationsquelle) als auch negative (z. B. erhöhtes Risiko für Substanzkonsum, gestörter Schlaf und schlechte mentale Gesundheit) Auswirkungen auf das Leben von Heranwachsenden<sup>[128,134–138]</sup>.

# ONLINE-KOMMUNIKATION

## HINTERGRUND

Das Senden und Empfangen von Nachrichten als Text, Emoticons, Foto, Video und Audio über Instant-Messaging-Programme (z. B. WhatsApp, Telegram), soziale Netzwerke (z. B. Facebook, Instagram) oder E-Mail wird unter dem Begriff Online-Kommunikation zusammengefasst. In den Beziehungen und der Kommunikation von Jugendlichen nimmt sie bereits einen wesentlichen Bereich ein. So zeigt eine aktuelle amerikanische Studie auf, dass 80 % der Jugendlichen am liebsten die Textnachricht wählen, um sich bei ihren Freunden zu melden, und 94 %, um Zeit mit Freunden in sozialen Medien zu verbringen<sup>[139]</sup>. Neben einem möglichen positiven Einfluss der sozialen Medien z. B. auf Freundschaften oder das Selbstwertgefühl<sup>[140]</sup> werden auch zunehmend negative Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (z. B. durch Cybermobbing)<sup>[141]</sup> beobachtet.

## ERHEBUNGSINSTRUMENT

Zur Erfassung der Intensität von Online-Kommunikation wurden vier Items als Messinstrumente eingesetzt, die teils von der HBSC-Studie entwickelt und teils bereits im Rahmen von „EU Kids Online“ und „Net Children Go Mobile“ verwendet und validiert worden sind<sup>[130,138,142]</sup>. Dabei wird nach der Häufigkeit des Online-Kontaktes mit spezifischen Personengruppen (enge Freund\*innen; Freund\*innen aus einem größeren Freundeskreis; Freund\*innen, die im Internet kennengelernt wurden, aber vorher nicht bekannt waren; andere Personen [z. B. Eltern, Geschwister, Klassenkameraden, Lehrer\*innen]) gefragt und diese jeweils anhand einer 6-stufigen Skala von „weiß nicht/trifft nicht zu“ bis „fast den ganzen Tag über“ erfasst. Schüler\*innen, welche mindestens bei einer der genannten Personengruppen einen Online-Kontakt von „fast den ganzen Tag über“ angegeben haben, werden als intensive Nutzer von Online-Kommunikation, alle anderen Schüler\*innen als nicht intensive Nutzer bezeichnet.

## ERGEBNISSE

Während die Mehrheit der Schüler\*innen (73 %) Online-Kommunikation nicht intensiv betreibt, sind fast über ein Viertel (27 %) als Intensiv-Nutzer von Online-Kommunikationsmedien einzuordnen (vgl. Abb. 60).

Online-Kommunikation

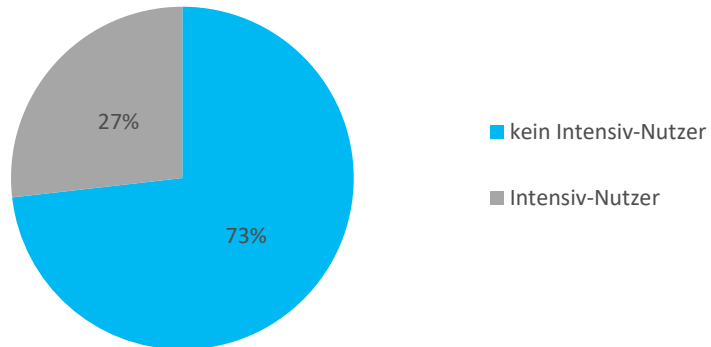


Abbildung 60: Angaben der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zur Online-Kommunikation (n=3.233)

Dabei zeigt sich, dass insbesondere Mädchen (31 %) Medien zur Online-Kommunikation intensiver nutzen im Vergleich zu Jungen (23 %). Mit zunehmender Klassenstufe ist eine Zunahme in der intensiven Online-Kommunikation zu verzeichnen, wobei insbesondere ein Unterschied zu den älteren Schüler\*innen der 9. Klassenstufe (Differenz von ca. 8 Prozentpunkten) erkennbar ist (vgl. Abb. 61 & 62).

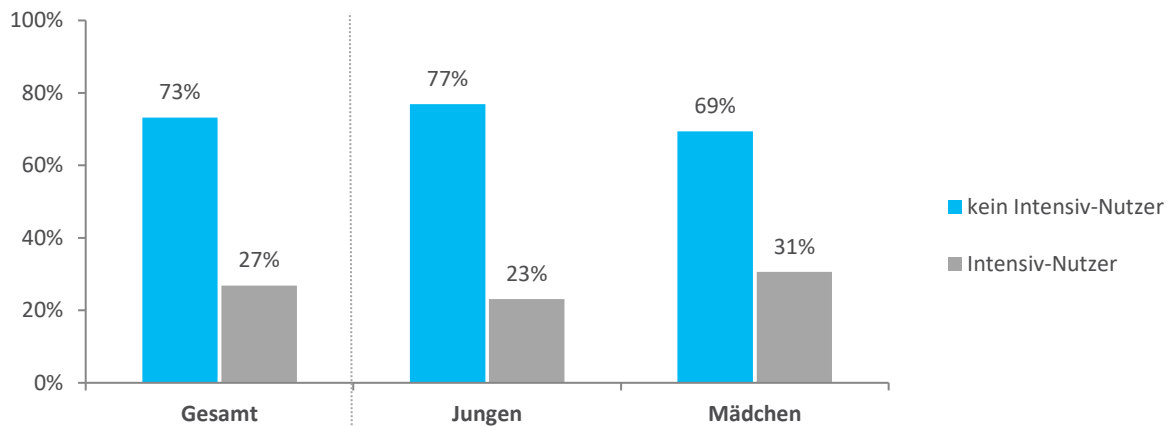


Abbildung 61: Nutzung der Online-Kommunikation der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.223)

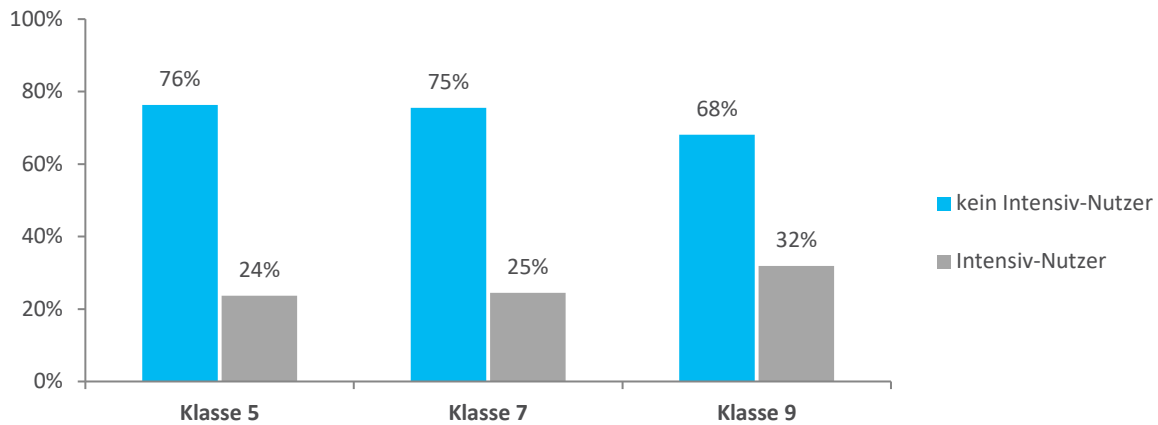


Abbildung 62: Nutzung der Online-Kommunikation der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.223)

Gymnasiast\*innen (18 %) betreiben im Vergleich zu Schüler\*innen der Sekundar-/Gemeinschaftsschule (35 %) deutlich seltener eine intensive Nutzung von Online-Kommunikation. Für den Migrationshintergrund und den familiären Wohlstand der Heranwachsenden sind keine Unterschiede in der Nutzung von Online-Kommunikation aufzufinden (vgl. Abb. 63).

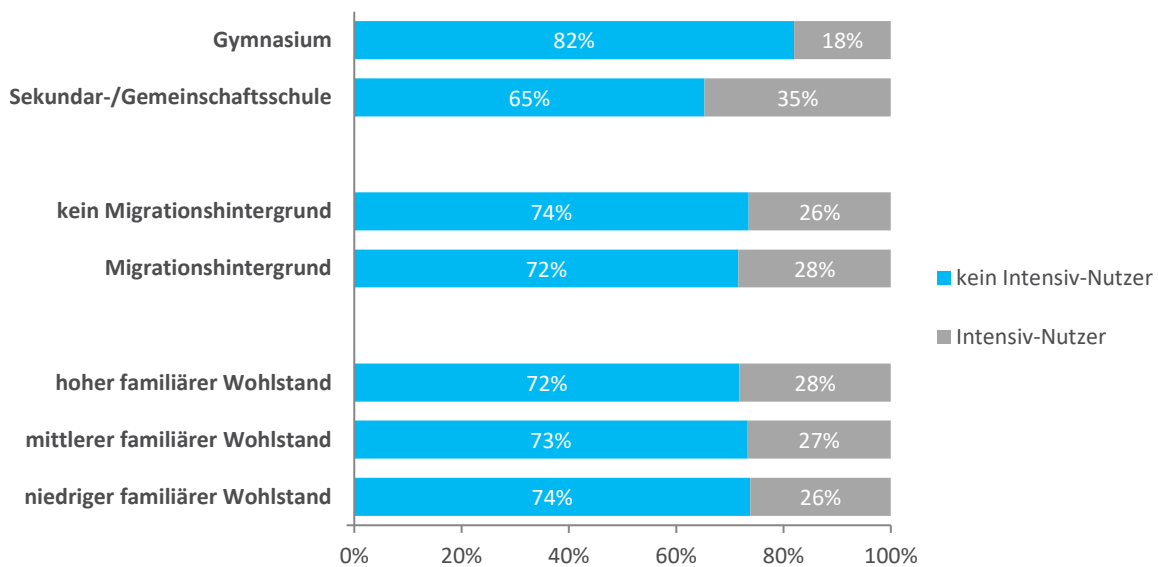


Abbildung 63: Nutzung der Online-Kommunikation der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.131-3.233)

## ABHÄNGIGKEIT VON SOZIALEN MEDIEN

### HINTERGRUND

Für die heranwachsende Generation stellt die Nutzung sozialer Medien einen konstitutiven Bestandteil ihres (sozialen) Lebens dar, der jedoch nicht nur Vorteile mit sich bringt: Kommt es zu einer problematischen Nutzungsweise von sozialen Medien (mit Abhängigkeitstendenzen), kann sich dies gravierend auf die gesundheitsbezogene und psychosoziale Entwicklung der Heranwachsenden niederschlagen<sup>[128]</sup>. Studien legen nahe, dass bundesweit ca. 6 % der Jugendlichen zwischen 14 und 16 Jahren internetabhängig sind. Es zeigt sich, dass besonders Online-Spiele und soziale Medien ein höheres Suchtpotenzial für Kinder und Jugendliche besitzen als andere Online-Aktivitäten<sup>[143]</sup>. Die Abhängigkeit von sozialen Medien stellt sich zunehmend als ein psychisches Problem dar. Neuere Studien verweisen auf mögliche Assoziationen mit psychiatrischen Symptomen wie höhere depressive Gefühle, ADHS, Angst oder Feindseligkeit<sup>[144–146]</sup>.

### ERHEBUNGSINSTRUMENT

Zur Erfassung einer problematischen Nutzung von sozialen Medien wurde die aus neun Items bestehende und validierte „Social Media Disorder Scale (SMD-scale)“<sup>[147]</sup> eingesetzt, um eine mögliche Abhängigkeit (nach Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-5]) von sozialen Medien (d. h. sozialen Netzwerken wie Facebook, Instagram oder Twitter sowie Instant-Messaging-Programmen wie WhatsApp, Snapchat oder Facebook Messenger) zu erfassen. Dabei handelt es sich um neun Fragen zu den Auswirkungen sozialer Medien auf verschiedene Dimensionen des Alltags und die zwischenmenschliche Interaktion im vergangenen Jahr (z. B. „Im vergangenen Jahr hast du: ...dich regelmäßig unzufrieden gefühlt, weil du mehr Zeit auf sozialen Medien verbringen wolltest?“; „...regelmäßig andere Aktivitäten (z. B. Hobbys, Sport) vernachlässigt, weil du soziale Medien nutzen wolltest?“; „...oft soziale Medien benutzt, um vor negativen Gefühlen zu fliehen?“), welche jeweils mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden können. Die Antworten werden zu einem Score (zwischen 0 und 9; ein Punkt für jedes „Ja“) zusammengefasst, Werte über 5 Punkte werden als Hinweise für eine Abhängigkeit von sozialen Medien gewertet.

### ERGEBNISSE

Von den befragten Schüler\*innen kann bei 89 % keine Anzeichen für eine Abhängigkeit von sozialen Medien festgestellt werden, 11 % zeigen hingegen Hinweise für eine Abhängigkeit von sozialen Medien (vgl. Abb. 64).

### Abhängigkeit von sozialen Medien

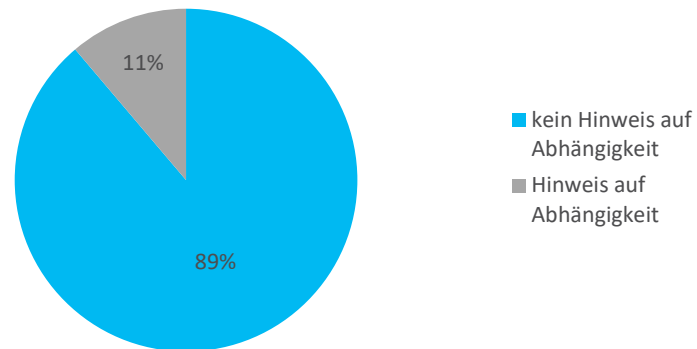


Abbildung 64: Angaben zur Abhängigkeit von sozialen Medien der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt (n=3.091)

Es sind keine Unterschiede im Zusammenhang zwischen einer möglichen Abhängigkeit von sozialen Medien und dem Geschlecht wie auch der Klassenstufe festzustellen (vgl. Abb. 65 & 66).

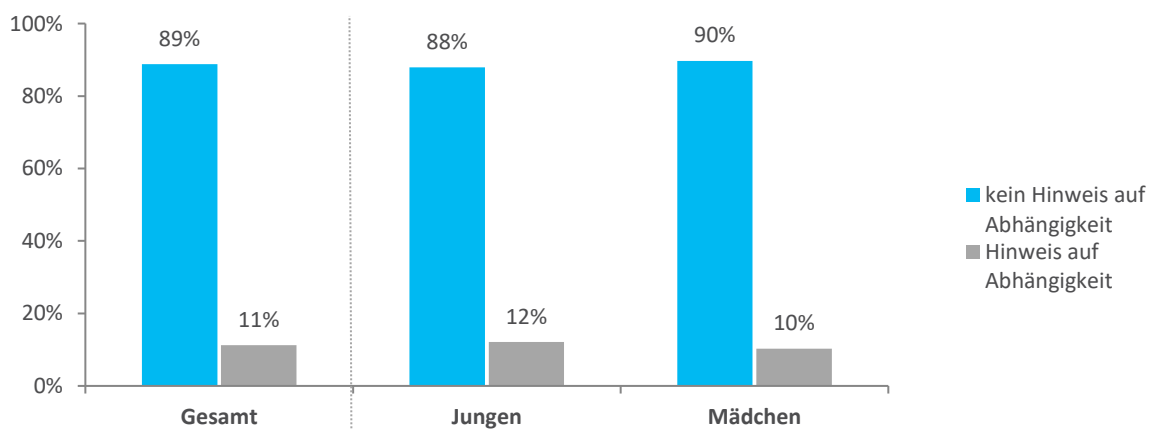


Abbildung 65: Abhängigkeit von sozialen Medien der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.082)



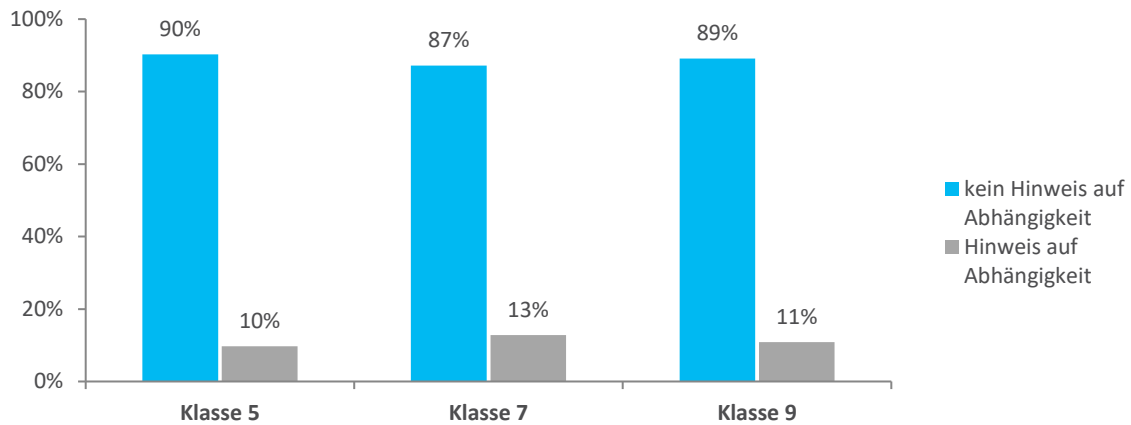


Abbildung 66: Abhängigkeit von sozialen Medien der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.083)

Hinsichtlich der sozioökonomischen Merkmale zeigen sich Unterschiede in der besuchten Schulform und dem Migrationshintergrund: Schüler\*innen einer Sekundar-/Gemeinschaftsschule (15 %) sowie Heranwachsende mit Migrationshintergrund (16 %) zeigen häufiger Hinweise für eine Abhängigkeit von sozialen Medien als Gleichaltrige eines Gymnasiums (7 %) oder ohne Migrationshintergrund (11 %). Der familiäre Wohlstand weist keinen signifikanten Zusammenhang mit einer möglichen Abhängigkeit von sozialen Medien auf (vgl. Abb. 67).

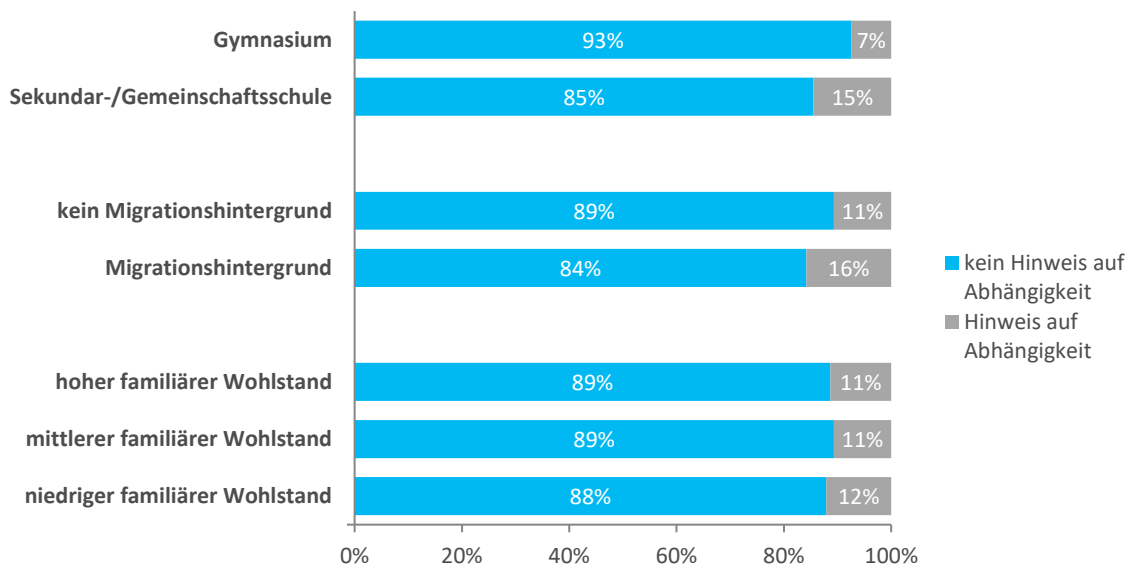


Abbildung 67: Abhängigkeit von sozialen Medien der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.034-3.091)

# 2.5 SEXUALITÄT & VERHÜTUNG

- **Sexuelle Aktivität**

Knapp ein Drittel der Schüler\*innen hatte schon Geschlechtsverkehr. Es sind deutliche Unterschiede nach Schulform und Migrationshintergrund erkennbar, wobei Heranwachsende, die eine Sekundar-/Gemeinschaftsschule besuchen, mehr als doppelt so häufig Geschlechtsverkehr hatten wie Gymnasiast\*innen. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch für Schüler\*innen mit Migrationshintergrund.

- **Verhütungsverhalten**

Mehr als jeder siebte Heranwachsende berichtet, keine Verhütungsmittel beim letzten Geschlechtsverkehr verwendet zu haben oder es nicht mehr zu wissen, Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen. Unterschiede zeigen sich auch nach besuchter Schulform, Migrationshintergrund und FAS, wobei jene Schüler\*innen, die eine Sekundar-/Gemeinschaftsschule besuchen, einen Migrationshintergrund aufweisen oder aus Familien mit niedrigem oder hohem familiärem Wohlstand stammen, häufiger keine Verhütungsmittel verwenden.

## SEXUAL- UND VERHÜTUNGSVERHALTEN BEI HERANWACHSENDEN

Die Sexualität ist ein wichtiger Bestandteil der psychosozialen Entwicklung, des Aufbaus sozialer Beziehungen und der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper während der Pubertät und umfasst damit weitmehr als nur den reinen Geschlechtsakt<sup>[148,149]</sup>. Das Wissen über Sexualität, Fortpflanzung und Verhütung erlangen Heranwachsende heute primär über die Schule und soziale Medien. So gaben laut einer repräsentativen Befragung zur Jugendsexualität in Deutschland über 80 % der Jugendlichen an, dass ihr Wissen zur Sexualaufklärung aus dem Schulunterricht stamme. Zudem berichteten die Jugendlichen, Lehrkräfte seien für sie wichtige Bezugspersonen für Sexualthemen<sup>[150]</sup>. Eine reproduktive und sexuelle Gesundheit ist ein integraler Bestandteil der ganzheitlichen Gesundheit und beinhaltet sowohl die Förderung eines sicheren und gesunden Sexualverhaltens als auch die Grundlage für reproduktive Entscheidungen. Die sexuelle Entwicklung ist ein lebenslanger Prozess von der frühen Kindheit bis zum Erwachsenenalter. Insbesondere in der sensiblen Lebensphase Jugend können dabei wichtige Weichen für die sexuelle Gesundheit gestellt werden, die sich bis ins Erwachsenenalter fortsetzen. Während sich Sexualbeziehungen positiv auf das Wohlbefinden und die Gesundheit auswirken können<sup>[151]</sup>, kann ein riskantes Sexualverhalten dagegen negative Auswirkungen haben, z. B. wenn durch fehlende Verhütung und ungeschützten Koitus ungewollte Schwangerschaften entstehen oder Krankheiten übertragen werden<sup>[152,153]</sup>. Eine frühe sexuelle Aktivität ist nicht selten mit der Ausübung weiterer riskanter Verhaltensweisen (z. B. Alkoholkonsum) sowie mit einer allgemein negativen Lebensqualität verknüpft<sup>[148,154]</sup>.

## SEXUELLE AKTIVITÄT

### HINTERGRUND

Die ersten sexuellen Kontakte entwickeln sich meist im Alter von 14 bis 17 Jahren; das „erste Mal“ findet häufig zwischen 15 und 18 Jahren statt<sup>[150]</sup>. Kenntnisse zu zentralen Themen der Sexualaufklärung (z. B. über Geschlechtskrankheiten, Empfängnisverhütung, Schwangerschaft oder die sexuelle Entwicklung) sollten deshalb frühzeitig vorhanden sein, insbesondere um riskante Verhaltensweisen zu vermeiden.

### ERHEBUNGSINSTRUMENT

Zur Erfassung von ersten Erfahrungen der sexuellen Aktivität wurden die Schüler\*innen der 9. Klassenstufe befragt, ob sie bereits mindestens einmal in ihrem Leben Geschlechtsverkehr hatten (mit jemandem geschlafen haben), mit den beiden Antwortmöglichkeiten „Ja“ und „Nein“. Dieses Messinstrument wurde adaptiert von dem „Youth Risk Behavior Surveillance (YRBS)“ vom Centers for Disease Control and Prevention (CDCP) <sup>[149,155]</sup>.

### ERGEBNISSE

Knapp ein Drittel der Schüler\*innen hatte mindestens einmal im Leben Geschlechtsverkehr, 70 % waren hingegen bisher noch nicht sexuell aktiv (vgl. Abb. 68).

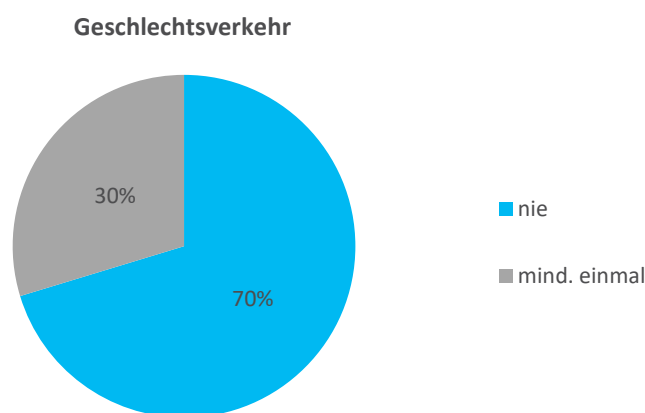


Abbildung 68: Angaben der befragten Schüler\*innen der 9. Klassenstufen in Sachsen-Anhalt zur sexuellen Aktivität (n= 1.276)

Die sexuelle Aktivität steht nicht im Zusammenhang mit dem Geschlecht, wobei sich in der Tendenz zeigt, dass Mädchen etwas häufiger in dem Alter sexuell aktiv sind als Jungen (vgl. Abb. 69).

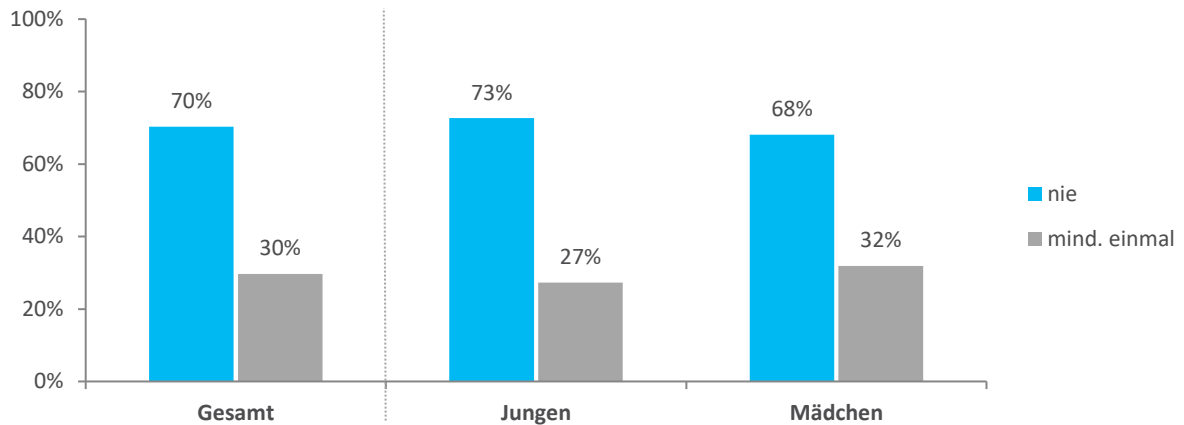


Abbildung 69: Sexuelle Aktivität der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=1.274)

Deutliche Unterschiede in der sexuellen Aktivität sind für die besuchte Schulform und den Migrationshintergrund erkennbar. Schüler\*innen einer Sekundar-/Gemeinschaftsschule (40 %) sowie Heranwachsende mit Migrationshintergrund (47 %) sind häufiger in dem Alter sexuell aktiv im Vergleich zu Gymnasiast\*innen (17 %) und jenen ohne Migrationshintergrund (27 %). Es sind keine Zusammenhänge zwischen der sexuellen Aktivität und dem familiären Wohlstand zu finden (vgl. Abb. 70).

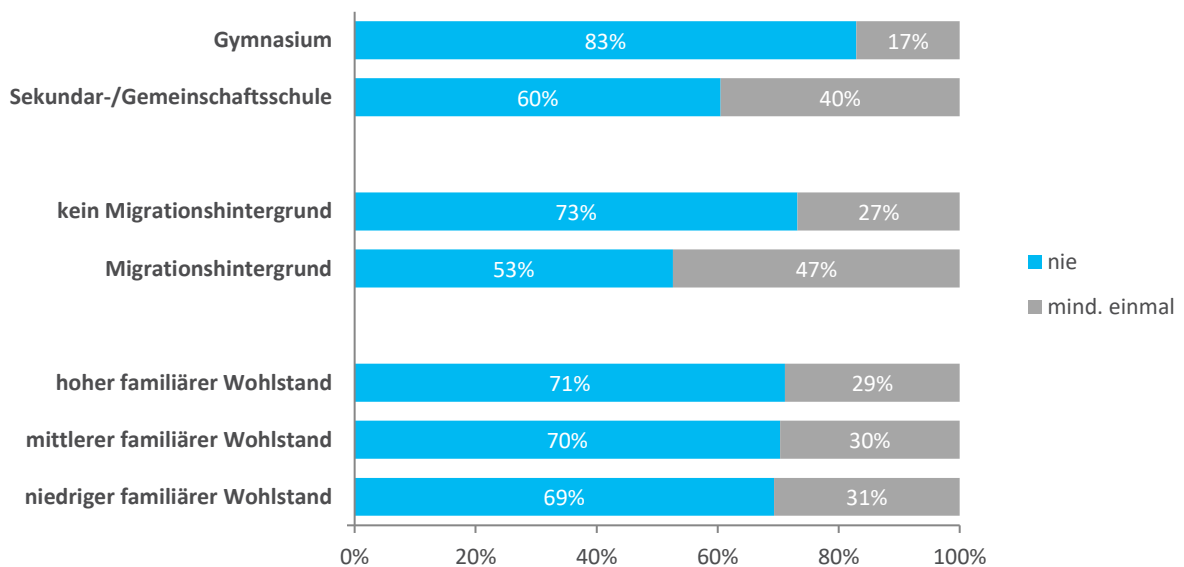


Abbildung 70: Sexuelle Aktivität der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=1.243-1.276)

# VERHÜTUNGSVERHALTEN

## HINTERGRUND

Das Kondom und die Pille sind heutzutage die Hauptverhütungsmittel. Unter Jugendlichen findet das Präservativ als Verhütungsmittel noch häufiger Verwendung als die Pille<sup>[106,150]</sup>. Sowohl das Kondom als auch die Pille dienen der Empfängnisverhütung, wobei Ersterem weiterhin die Bedeutung als Präventionsmittel zur Verringerung des Infektionsrisikos sexuell übertragbarer Krankheiten wie HIV, HPV, Chlamydien, Syphilis oder Gonorrhoe zukommt<sup>[156]</sup>. Unter den Jugendlichen in Deutschland sind beide Verhütungsmethoden insgesamt gut akzeptiert und es herrscht ein hohes Problembewusstsein vor. Dennoch verwendete laut der jüngsten Erhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Jugendsexualität ein Drittel der Jugendlichen kein Kondom zum Schutz beim letzten Geschlechtsverkehr<sup>[150]</sup>. So zeigt sich auch weiterhin Aufklärungsbedarf, der auch durch aktuelle, teilweise gestiegene Prävalenzen sexuell übertragbarer Infektionen in Deutschland unterstrichen wird<sup>[157]</sup>.

## ERHEBUNGSINSTRUMENT

Die Schüler\*innen der 9. Klassenstufe, welche angegeben haben, bereits einmal mit jemandem geschlafen zu haben, wurden nach der Verhütung beim letzten Geschlechtsverkehr durch sie selbst oder ihre\*n jeweilige\*n Partner\*in gefragt. Die Verhütung wurde über zwei Items, die Benutzung eines Kondoms und die Verhütung mit der Pille, erhoben, wobei es jeweils die drei Antwortmöglichkeiten „Ja“, „Nein“ und „Ich weiß es nicht“ gab. Das Messinstrument wurde adaptiert von dem „Youth Risk Behavior Surveillance (YRBS)“ vom Centers for Disease Control and Prevention (CDCP)<sup>[149,155]</sup>. Für die Auswertungen wurden die Kategorien dichotomisiert in Verhütung durch „Kondom und/oder Pille“ und keine bzw. unklare Verhütung.

## ERGEBNISSE

Von den sexuell aktiven Schüler\*innen schützen sich 37 % beim Geschlechtsverkehr mit einem Kondom und der Pille. Ein Fünftel verhütet nur mit der Pille und wiederum etwas weniger als ein Drittel der Heranwachsenden verwendet nur das Kondom als Kontrazeptivum. 14 % der Befragten gibt an, keine Verhütung genutzt zu haben oder es nicht zu wissen, ob oder wie verhütet wurde (vgl. Abb. 71).

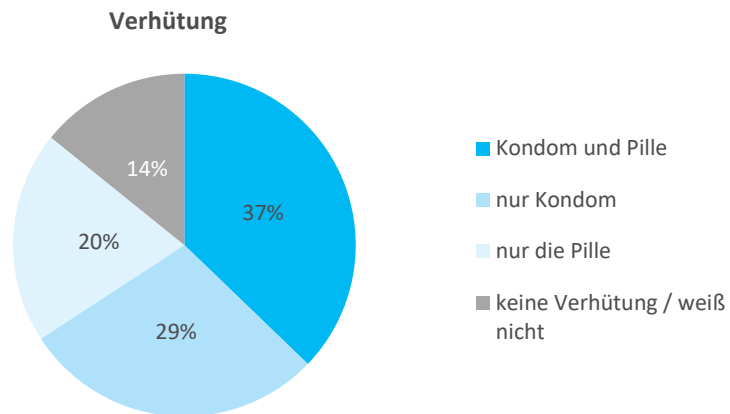


Abbildung 71: Angaben der befragten Schüler\*innen der 9. Klassenstufe in Sachsen-Anhalt zum Verhütungsverhalten (n=343)

Die geschlechtsspezifische Auswertung zeigt, dass Jungen etwas häufiger keine Verhütung beim letzten Geschlechtsverkehr verwendet haben bzw. nicht wissen, ob oder welche Verhütung verwendet wurde, als Mädchen (vgl. Abb. 72).

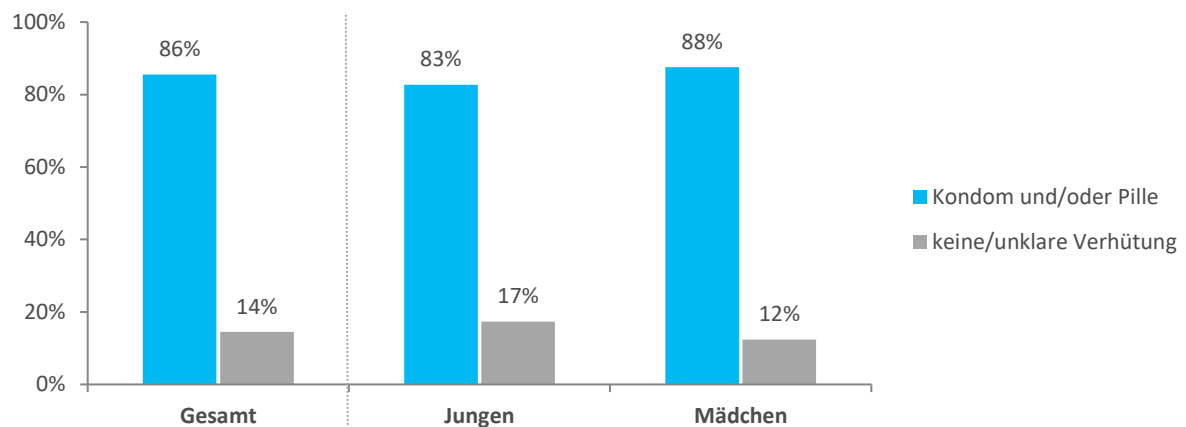


Abbildung 72: Verhütungsverhalten der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=343)

Im Verhütungsverhalten sind zudem Unterschiede nach besuchter Schulform, dem Migrationshintergrund und dem familiären Wohlstand zu finden. Schüler\*innen einer Sekundar-/Gemeinschaftsschule (16 %), mit Migrationshintergrund (22 %) oder einem niedrigen (19 %) sowie hohen (17 %) familiären Wohlstand berichten häufiger über keine bzw. eine unklare Verhütung im Vergleich zu Gleichaltrigen eines Gymnasiums (10 %), ohne Migrationshintergrund (12 %) oder mittlerem familiärem Wohlstand (12 %), die häufiger ein Kondom und/oder Pille als Kontrazeptiva verwenden (vgl. Abb. 73).

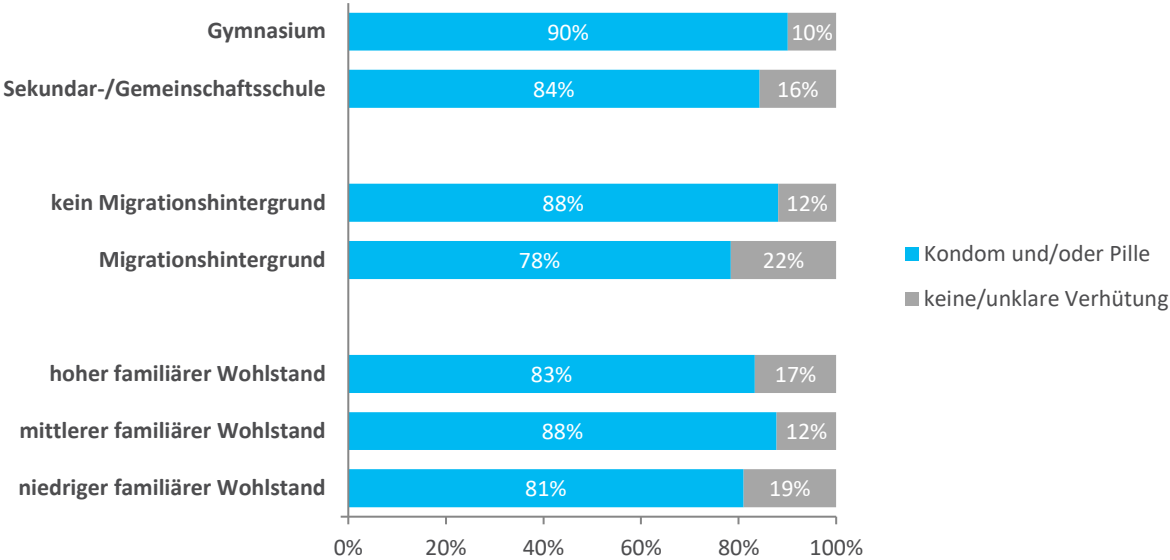


Abbildung 73: Verhütungsverhalten der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=327-343)



## 2.6 SOZIALES UMFELD

### o **Unterstützung durch Familie**

Die große Mehrheit der Schüler\*innen gibt eine hohe familiäre Unterstützung an. Etwa ein Fünftel der Schüler\*innen fühlt sich nicht ausreichend von der Familie unterstützt. Dieses Gefühl wächst mit zunehmender Klassenstufe. Sekundar-/Gemeinschaftsschüler\*innen, Heranwachsende mit Migrationshintergrund oder niedrigem familiärem Wohlstand nehmen häufiger keine oder nur eine schwache Unterstützung durch die Familie wahr.

### o **Unterstützung durch Freund\*innen**

Jeder vierte Heranwachsende fühlt sich durch seinen Freundeskreis nicht oder nur schwach unterstützt. Insbesondere Jungen berichten über eine fehlende bzw. unzureichende wahrgenommene Unterstützung. Auch Unterschiede nach besuchter Schulform, Migrationshintergrund und familiärem Wohlstand sind deutlich, wobei sich Heranwachsende von Sekundar-/Gemeinschaftsschulen, jene mit Migrationshintergrund oder einem niedrigen FAS eher weniger bis gar nicht durch ihre Freund\*innen unterstützt fühlen.



## DAS SOZIALE UMFELD VON HERANWACHSENDEN

Die Adoleszenz ist eine höchst sensible Entwicklungsphase im Leben eines Menschen. Maßgeblich gesteuert und beeinflusst wird diese Entwicklung durch den individuellen Sozialisationskontext eines jeden Heranwachsenden. Familie, Schule und Peergroup (Gleichaltrige) sind dabei zentrale Instanzen bei der Vermittlung von gesellschaftlichen Werten und Normen. Während vor allem in der Kindheit und zu Beginn der Adoleszenz die Familie den größten Einfluss auf die Entwicklung hat, nimmt die Bedeutung von Schule, Freunden und Peers mit fortschreitendem Jugendalter zu<sup>[158]</sup>. Es kommt in dieser Zeit zu einer Ausdifferenzierung der jugendlichen Lebenswelten. Das soziale Umfeld der Heranwachsenden kann sowohl Schutz- als auch Risikofaktoren für die mentale und physische Gesundheit sowie das Wohlbefinden bergen<sup>[7,106]</sup>. Innerhalb der Familie können Eigenschaften wie das familiäre Wohlbefinden, das Familienklima sowie die Kommunikation innerhalb der Familie protektive wie auch vulnerable Momente für die psychosoziale und gesundheitliche Entwicklung haben<sup>[159]</sup>. Ebenso bilden die Peergroup und Freundschaften ein weiteres wichtiges Feld, welches mit zunehmendem Alter der Heranwachsenden stetig an Bedeutung gewinnt und die Familie als wichtigstes soziales Umfeld Stückweise ablöst. Die Unterstützung und der Rückhalt durch Freund\*innen stellt daher ebenfalls eine bedeutende potenzielle Ressource, aber auch ein Risiko für die Gesundheit, das Wohlbefinden sowie das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen dar<sup>[7,160-162]</sup>.

# UNTERSTÜTZUNG DURCH FAMILIE

## HINTERGRUND

Familiäre Unterstützung spielt eine wesentliche Rolle für die persönliche Entwicklung, Sozialisation sowie die Gesundheit und das Wohlbefinden von Heranwachsenden<sup>[163,164]</sup>. Studien zeigen auf, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen der gefühlten familiären Unterstützung (insbesondere der elterlichen Unterstützung) und der mentalen wie auch physischen Gesundheit sowie dem Gesundheitsverhalten von Heranwachsenden gibt<sup>[164,165]</sup>. So wird deutlich, dass die elterliche Unterstützung einen Schutzfaktor beispielsweise bei Peerviktimisierung (Mobbing) darstellt<sup>[165,166]</sup> und das Risiko senkt, unter möglichen psychischen Folgen (z. B. geringes Selbstwertgefühl, depressive Gefühle<sup>[167]</sup>) von Mobbing zu leiden<sup>[165]</sup>. Zudem ist eine gute Eltern-Kind-Beziehung für Heranwachsende mit einem reduzierten Risiko für den Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabis assoziiert<sup>[164]</sup>.

## ERHEBUNGSINSTRUMENT

Zur Erfassung der familiären Unterstützung (adaptiert nach der „Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)“)<sup>[159,168]</sup> wurde die wahrgenommene (emotionale und soziale) Unterstützung durch die Familie anhand der Zustimmung bzw. Ablehnung von vier Aussagen zum Erhalt von Hilfe und Unterstützung, zur Problembesprechung und Entscheidungsfindung erhoben. Dabei konnten die Schüler\*innen ihr Maß an Zustimmung bzw. Ablehnung auf einer 7-stufigen Skala von „stimmt überhaupt nicht“ bis „stimmt genau“ ausdrücken. Für die Zusammenhangsanalysen werden die Angaben zu einem durchschnittlichen Score (zwischen 1 und 7 Punkte) zusammengefasst. Werte von über 5,5 Punkten entsprechen hierbei einer starken Unterstützung durch die Familie und Werte von unter 5,5 Punkten einer schwachen bis mäßigen Unterstützung.

## ERGEBNISSE

Die Mehrheit der Schüler\*innen (78-85 %) haben das Gefühl, von ihrer Familie Hilfe zu bekommen, emotional unterstützt zu werden, über Probleme sprechen zu können oder in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt zu werden. Im Gegensatz dazu fühlen sich 15-22 % der Heranwachsenden in diesen Punkten nicht ausreichend von ihrer Familie unterstützt (vgl. Abb. 74).

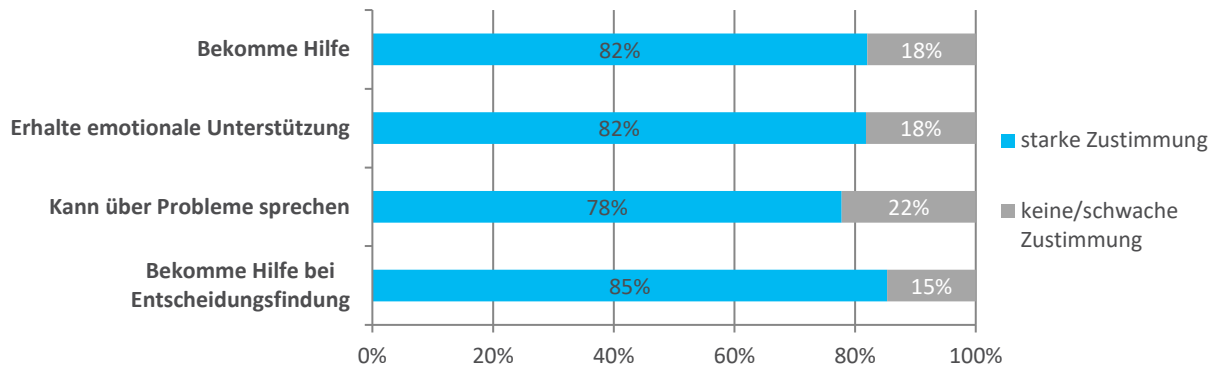


Abbildung 74: Angaben der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zur familiären Unterstützung (n=3.158-3.181)

Etwa ein Fünftel der Schüler\*innen gibt an, sich insgesamt nicht ausreichend stark von ihrer Familie unterstützt zu fühlen. Während es keinen Zusammenhang mit dem Geschlecht gibt, sind hingegen Unterschiede nach Höhe der Klassenstufe erkennbar, wobei sich Heranwachsende höherer Klassenstufen weniger stark von ihrer Familie unterstützt fühlen (5. Klasse 14 % vs. 9. Klasse 23 %) (vgl. Abb. 75 & 76).

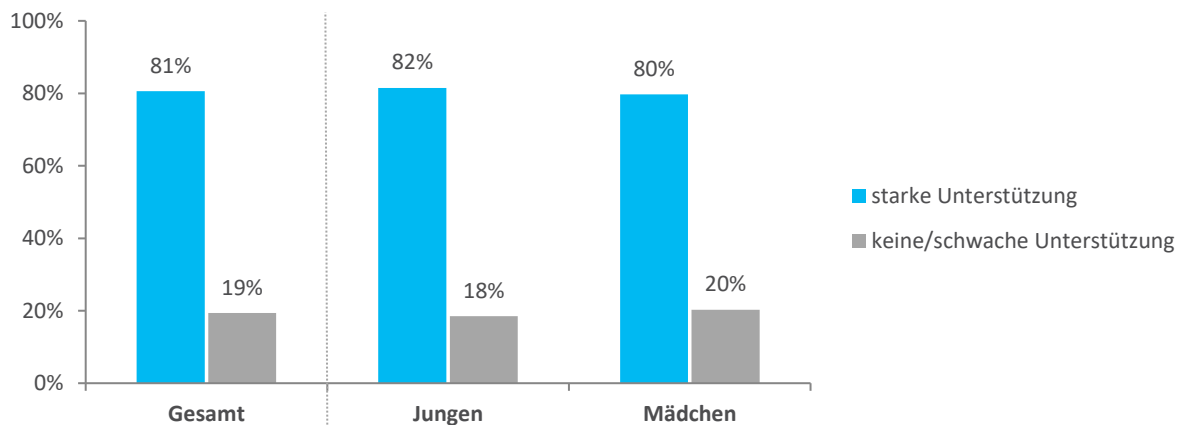


Abbildung 75: Wahrgenommene familiäre Unterstützung der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.134)

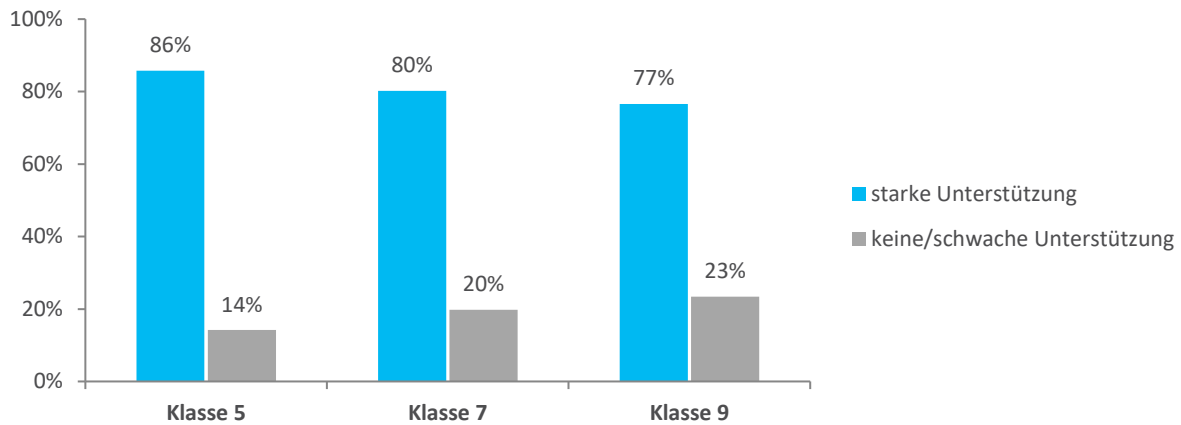


Abbildung 76: Wahrgenommene familiäre Unterstützung der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.134)

Auch hinsichtlich der besuchten Schulform, dem Migrationshintergrund und dem familiären Wohlstand sind signifikante Unterschiede in der wahrgenommenen Unterstützung durch die Familie erkennbar, wobei Gymnasiast\*innen (16 %), Heranwachsende ohne Migrationshintergrund (19 %) sowie Schüler\*innen mit einem hohen (17 %) oder mittleren (18 %) familiären Wohlstandshintergrund seltener über eine fehlende Unterstützung durch die Familie berichten als Gleichaltrige, die eine andere Schulform besuchen (23 %), einen Migrationshintergrund aufweisen (28 %) oder aus Familien mit niedrigem familiärem Wohlstand kommen (24 %) (vgl. Abb. 77).

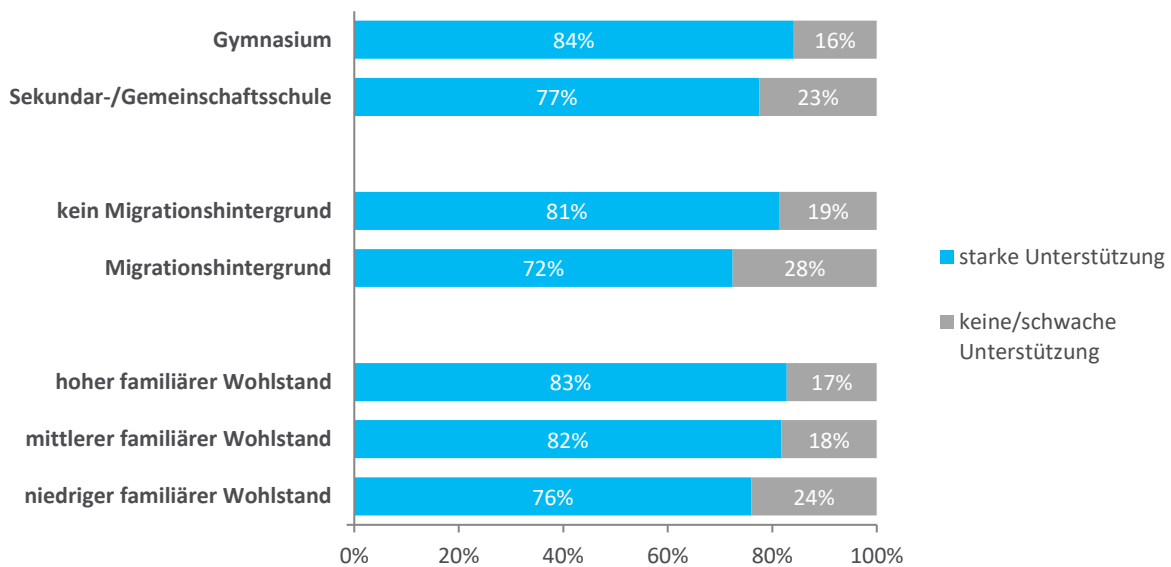


Abbildung 77: Wahrgenommene familiäre Unterstützung der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.086-3.142)

## UNTERSTÜTZUNG VON FREUND\*INNEN

### HINTERGRUND

Freundschaften tragen wesentlich zur Entwicklung und zum Wohlergehen von Heranwachsenden bei<sup>[7]</sup>. Ein enger Freundeskreis fördert die sozialen Kompetenzen, stärkt das Selbstwertgefühl und führt zu einer höheren Lebenszufriedenheit und einer geringeren subjektiven Wahrnehmung von gesundheitlichen Problemen<sup>[162,164,169]</sup>. Während gute Beziehungen zu den Klassenkameraden, eine positive Bindung zur Schule sowie Bildungserfolge vor gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen (z. B. Tabakkonsum) schützen können, werden diese durch einen eher delinquenten Freundeskreis potenziell gefördert<sup>[170]</sup>. Das Fehlen von Freundschaften wirkt sich schwerwiegend auf das Wohlbefinden junger Menschen aus. Ein mangelndes Selbstwertgefühl, eine geringere Lebenszufriedenheit, depressive Verstimmungen und ein höheres Risiko, von Mobbing betroffen zu sein, können mögliche Folgen darstellen<sup>[171]</sup>.

### ERHEBUNGSINSTRUMENT

Zur Erfassung der Unterstützung aus dem Freundeskreis (adaptiert nach der „Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)“)<sup>[162,168]</sup> wurde die wahrgenommene (emotionale und soziale) Unterstützung durch Freund\*innen anhand der Zustimmung bzw. Ablehnung von vier Aussagen zum Erhalt von Hilfe, Verlässlichkeit, Sorgen und Problemen erhoben. Dabei konnten die Schüler\*innen ihr Maß an Zustimmung bzw. Ablehnung auf einer 7-stufigen Skala von „stimmt überhaupt nicht“ bis „stimmt genau“ ausdrücken. Für die Auswertungen werden die Angaben zu einem durchschnittlichen Score (zwischen 1 und 7 Punkte) zusammengefasst. Werte von über 5,5 Punkten entsprechen hierbei einer starken Unterstützung durch Freund\*innen, Werte von unter 5,5 Punkten einer schwachen bis mäßigen Unterstützung.

### ERGEBNISSE

Ähnlich wie bei der Unterstützung durch die Familie fühlt sich auch die Mehrheit der Schüler\*innen von ihren Freund\*innen unterstützt. 21-22 % haben jedoch das Gefühl, sich nicht auf ihre Freunde verlassen, ihre Sorgen teilen oder über Probleme sprechen zu können. Etwa ein Drittel glaubt, keine bzw. nur wenig Hilfe von Freund\*innen zu bekommen (vgl. Abb. 78).

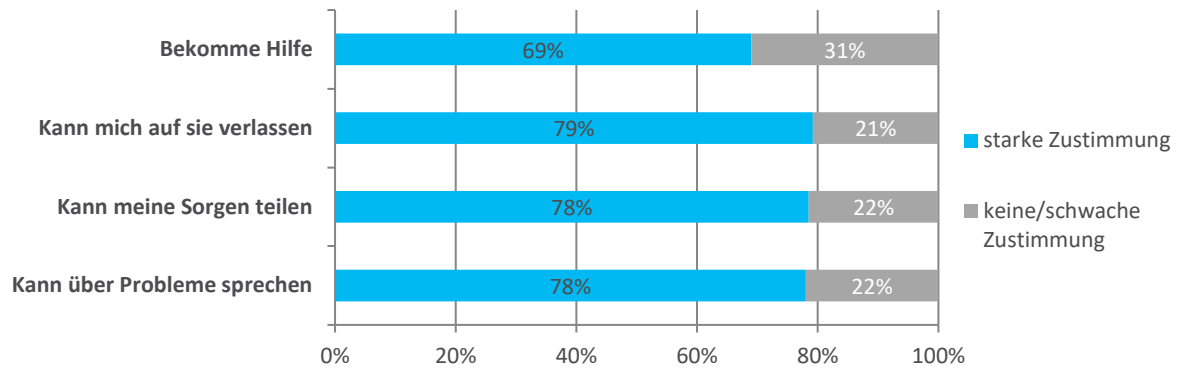


Abbildung 78: Angaben der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zur Unterstützung von Freund\*innen (n=3.277-3.290)

Jeder vierte Heranwachsende fühlt sich insgesamt nur schwach oder gar nicht durch seine Freund\*innen unterstützt. Dabei gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern, wobei sich Jungen mit 33 % fast doppelt so häufig nicht bzw. nur wenig durch ihren Freundeskreis unterstützt fühlen im Vergleich zu Mädchen mit 17 %. Für die jeweiligen Klassenstufen finden sich keine signifikanten Unterschiede in der wahrgenommenen Unterstützung (vgl. Abb. 79 & 80).

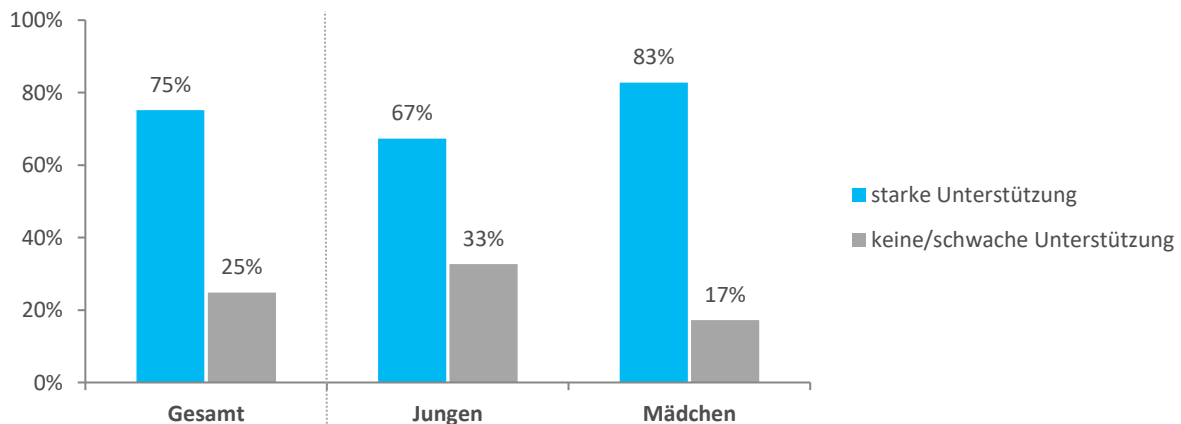


Abbildung 79: Wahrgenommene Unterstützung von Freund\*innen der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.246)



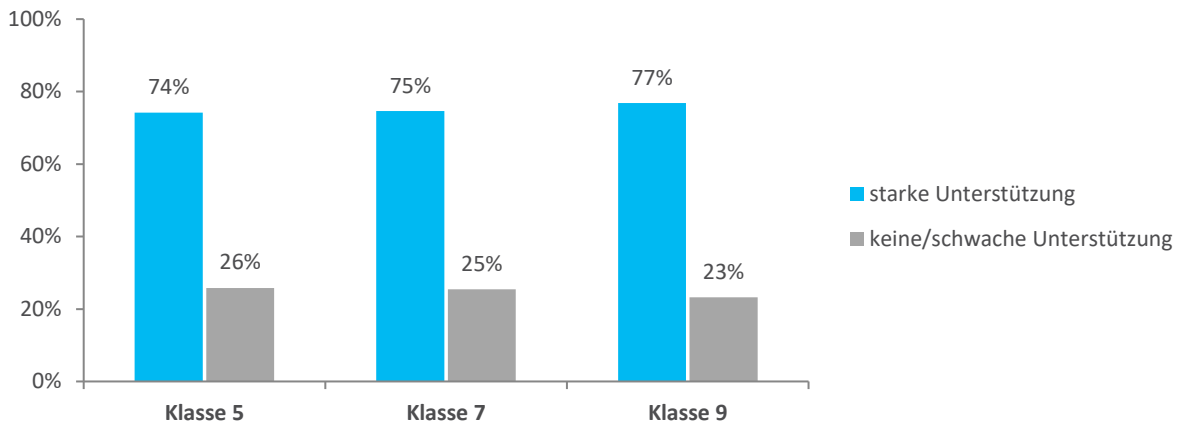


Abbildung 80: Wahrgenommene Unterstützung von Freund\*innen der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.245)

Wie Abbildung 81 verdeutlicht, fühlen sich Schüler\*innen einer Sekundar-/Gemeinschaftsschule, mit Migrationshintergrund oder niedrigem familiärem Wohlstand deutlich häufiger nicht bzw. nur schwach durch Freund\*innen unterstützt im Vergleich zu Gleichaltrigen eines Gymnasiums (20 % vs. 29 %), ohne Migrationshintergrund (24 % vs. 29 %) oder Heranwachsenden mit mittlerem/hohem familiärem Wohlstand (22/23 % vs. 31 %) (vgl. Abb. 81).

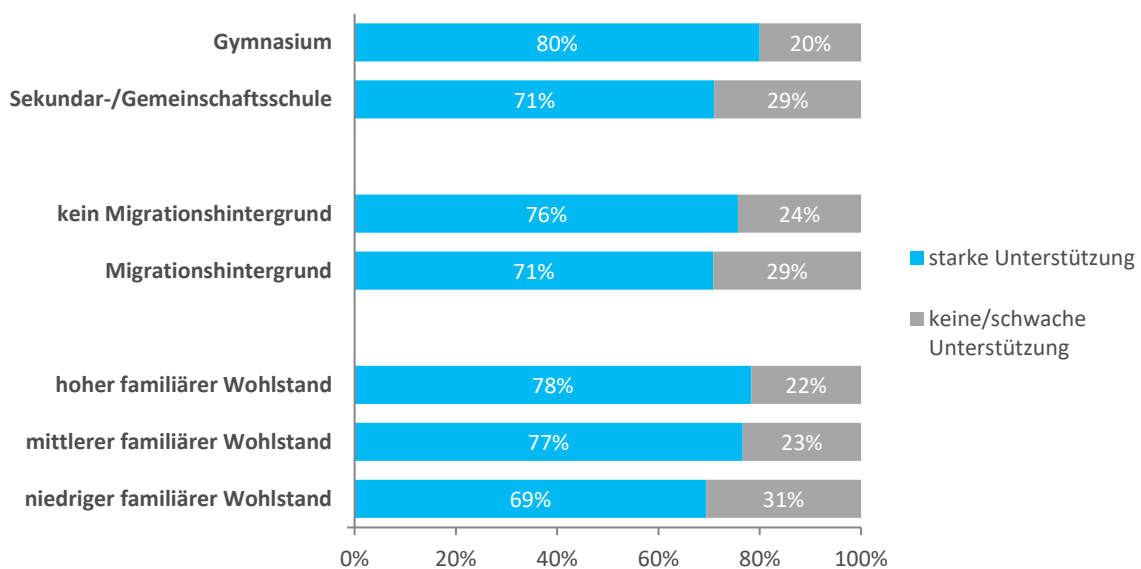


Abbildung 81: Wahrgenommene Unterstützung von Freund\*innen der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.136-3.254)



# 2.7 SCHULE & SCHULKULTUR

## o **Schulzufriedenheit**

Die Mehrheit der Schüler\*innen weist eine hohe/mäßige Schulzufriedenheit auf, etwas mehr als jeder siebte Heranwachsende berichtet über eine mangelnde Schulzufriedenheit, die mit zunehmender Klassenstufe deutlich zunimmt. Gymnasiast\*innen haben eine höhere Schulzufriedenheit als Sekundar-/Gemeinschaftsschüler\*innen.

## o **Schulische Belastung**

Mehr als ein Viertel der Heranwachsenden nimmt eine einigermaßen bis sehr starke Belastung durch schulische Anforderungen wahr, die mit der Höhe der Klassenstufe deutlich zunimmt. Gymnasiast\*innen und Schüler\*innen mit hohem familiärem Wohlstand fühlen sich stärker belastet als Heranwachsende anderer Schulformen und jene mit mittlerem/niedrigem FAS.

## o **Unterstützung durch Klassenverband**

Die große Mehrheit der Schüler\*innen fühlt sich von ihren Klassenkamerad\*innen unterstützt, wobei die wahrgenommene Unterstützung in höheren Klassenstufen etwas abnimmt. Heranwachsende, die eine andere Schulform als ein Gymnasium besuchen, einen Migrationshintergrund oder niedrigen familiären Wohlstand aufweisen, fühlen sich häufiger gar nicht oder nur wenig durch den Klassenverband unterstützt als Gymnasiast\*innen und jene ohne Migrationshintergrund oder mit mittlerem/hohem FAS.

## o **Unterstützung durch Lehrkräfte**

Über ein Drittel der Schüler\*innen fühlt sich nicht oder nur unzureichend durch Lehrkräfte unterstützt, was sich mit zunehmender Klassenstufe deutlich verstärkt. Gymnasiast\*innen nehmen häufiger eine geringe bis keine Unterstützung durch Lehrer\*innen wahr.



## DIE LEBENSWELT SCHULE

Neben der Familie stellt die Schule, als sekundäre Sozialisationsinstanz, eine der bedeutsamsten (Lern-) Umwelten für Heranwachsende dar. Kinder und Jugendliche verbringen sehr viel Lebenszeit in Bildungseinrichtungen. So stellt die Schule nicht nur eine Bildungs- und Lerninstitution dar, sondern auch einen Ort zum Erlernen sozialer Kompetenzen und zur Reifung der Persönlichkeit<sup>[7]</sup>. Sie gibt jungen Menschen ein Fundament für ihre berufliche Zukunft. Die persönliche Wahrnehmung des schulischen Umfelds und die Schularbeit können sowohl einen positiven als auch negativen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Schüler\*innen haben<sup>[106,172]</sup>. Als Schutzfaktoren gelten u. a. eine positive Wahrnehmung der Schule, ein Gefühl der Verbundenheit sowie die Unterstützung durch die Lehrer- und Mitschülerschaft<sup>[172-174]</sup>. Dagegen stellen z. B. Überforderung im Unterricht, Schulversagen und Mobbing Risikofaktoren für die Gesundheit von jungen Menschen dar<sup>[173,175-177]</sup>.

# SCHULZUFRIEDENHEIT

## HINTERGRUND

Das schulische Wohlbefinden (z. B. in Form der Schulzufriedenheit) wird in einem engen Zusammenhang sowohl mit dem Schul- bzw. Klassenklima als auch mit der Beziehung zum Lehrpersonal und zum Unterricht<sup>[44,178]</sup> gesehen und spielt eine wichtige Rolle bei der Gesundheit der Schüler\*innen<sup>[173]</sup>. So unterstützen eine hohe Schulzufriedenheit und schulisches Wohlbefinden die positive Entwicklung der Selbst- und Sozialkompetenz der Heranwachsenden und erzeugen ein Klima des Vertrauens und sozialer Sicherheit<sup>[179]</sup>. Heranwachsende, die angeben, weniger zufrieden mit der Schule zu sein, berichten häufiger über eine schlechtere Gesundheit und mehr krankheitsbedingte Fehltage<sup>[173]</sup>. Es wird unter anderem ein häufigeres Auftreten von Kopf-, Rücken- und Magenschmerzen (somatischen Beschwerden) sowie psychologischen Symptomen beobachtet<sup>[174,180]</sup>. Des Weiteren wird eine schlechte Beziehung zur Schule mit gesundheitsschädlichem Verhalten wie z. B. Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum sowie Spielsuchtverhalten in Verbindung gebracht<sup>[181–183]</sup>.

## ERHEBUNGSINSTRUMENT

Die Schulzufriedenheit wurde mittels eines von der HBSC-Studie entwickelten Items im Fragebogen erhoben, um die Verbundenheit der Schüler\*innen mit der Schule zu messen<sup>[184]</sup>. Die Schüler\*innen wurden gefragt, wie es ihnen derzeit in der Schule gefällt, wobei sie diese Frage mittels der vier Antwortkategorien „sehr gut“, „einigermaßen gut“, „nicht so gut“ und „überhaupt nicht“ beantworten konnten. Für die Zusammenhangsanalysen werden die Antworten unterteilt in eine hohe („sehr gut“ und „einigermaßen gut“) und eine niedrige („nicht so gut“ und „überhaupt nicht“) Zufriedenheit mit der Schule.

## ERGEBNISSE

Die Mehrheit der Schüler\*innen gibt an, dass es ihnen sehr gut (31 %) oder einigermaßen gut (54 %) in der Schule gefällt. 11 % gefällt es in der Schule nicht so gut und 4 % überhaupt nicht (vgl. Abb. 82).

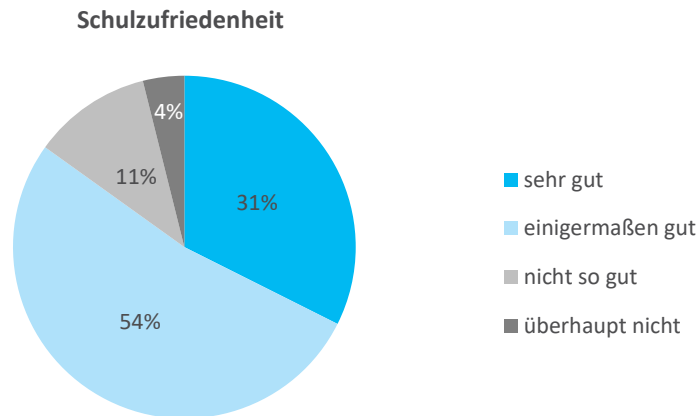


Abbildung 82: Angaben der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zur Schulzufriedenheit (n=3.489)

Insgesamt geben 15 % der Heranwachsenden eine niedrige Schulzufriedenheit an, wobei sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen (vgl. Abb. 83). Die Schulzufriedenheit nimmt jedoch mit Höhe der Klassenstufe deutlich ab. Während in der 5. Klasse nur 6 % über eine niedrige Schulzufriedenheit berichten, sind 22 % der Schüler\*innen in den Jahrgangsstufen 9 mit der Schule unzufrieden (vgl. Abb. 84).

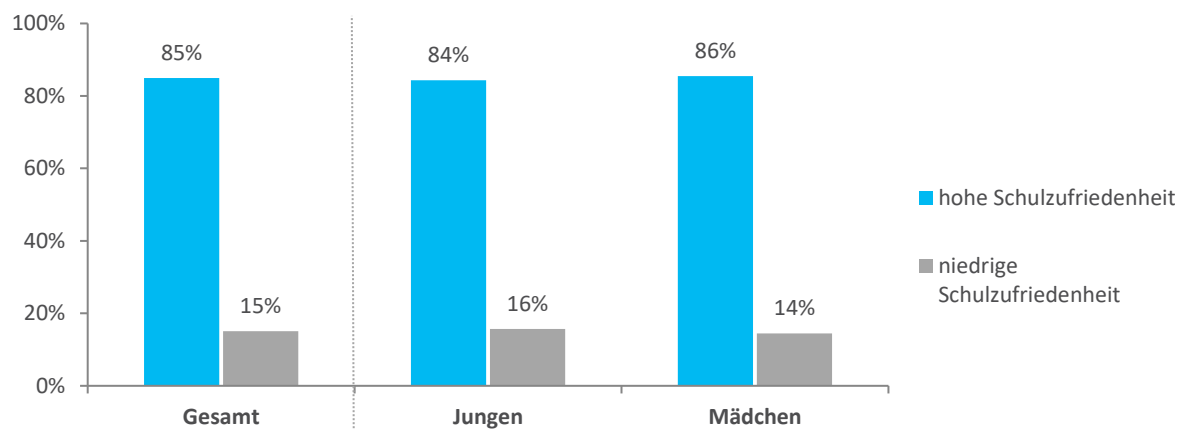


Abbildung 83: Schulzufriedenheit der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.478)

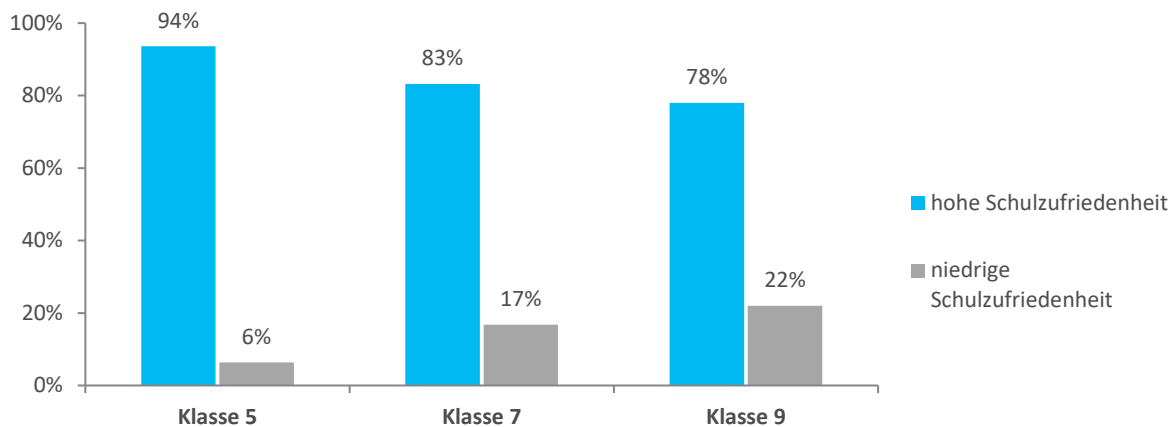


Abbildung 84: Schulzufriedenheit der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.478)

Schüler\*innen, die ein Gymnasium besuchen, sind zufriedener mit der Schule und berichten seltener über eine niedrige Schulzufriedenheit als Gleichaltrige einer Sekundar-/Gemeinschaftsschule (13 % vs. 17 %). Es findet sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Schulzufriedenheit und dem Migrationshintergrund oder dem familiären Wohlstand (vgl. Abb. 85).

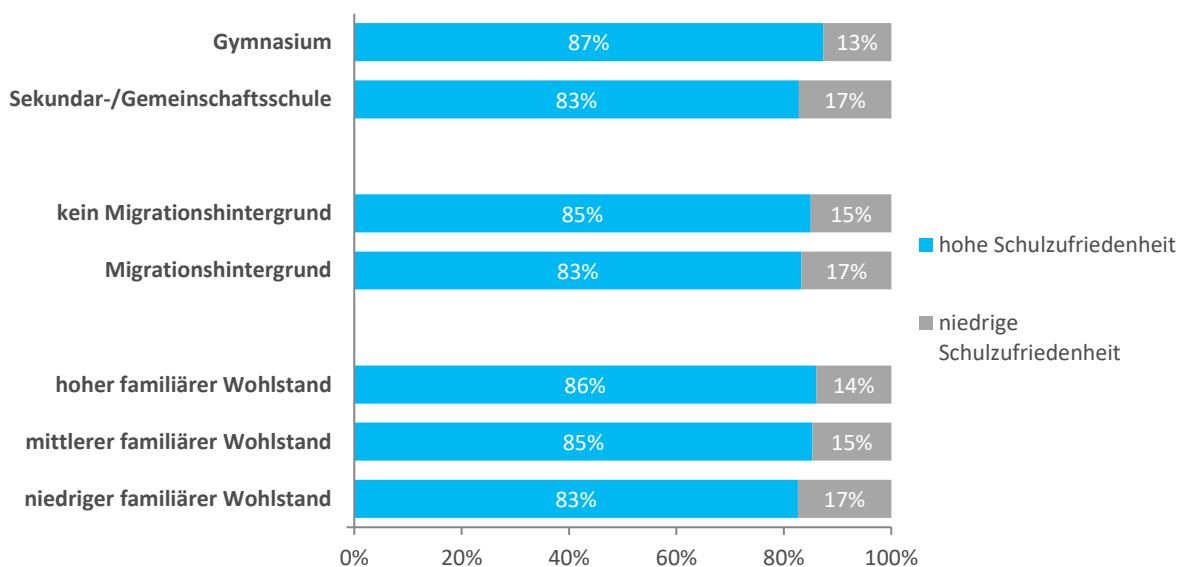


Abbildung 85: Schulzufriedenheit der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.207-3.489)



## SCHULISCHE BELASTUNG

### HINTERGRUND

Schüler\*innen werden in der Schule mit vielfältigen Anforderungen konfrontiert. Diese können sich z. B. durch Leistungsanforderungen im Unterricht, bei den Hausaufgaben und in Prüfungssituationen ergeben. Da diese Anforderungen in einer sensiblen Entwicklungsperiode an die Heranwachsenden gestellt werden, bestimmen diese auch maßgeblich die Entwicklung des Selbstwerts, der Selbstwahrnehmung und der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen mit. Insbesondere dann, wenn die Anforderungen (der Lehrer\*innen, der Eltern oder eigene) die Fähigkeiten der Schüler\*innen übersteigen, können sich die wahrgenommenen Belastungen sowohl auf die akademische Leistungsfähigkeit als auch auf die Gesundheit negativ auswirken<sup>[185]</sup>. So zeigen verschiedene Studien, dass Schüler\*innen, die einen hohen Anforderungsdruck in der Schule wahrnehmen, häufiger riskante Verhaltensweisen (z. B. Rauchen, Rauschtrinken) ausüben, häufiger subjektive Gesundheitsbeschwerden angeben (z. B. Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen, psychische Beschwerden) und zudem auch eine niedrige Lebenszufriedenheit äußern<sup>[176,186–189]</sup> als Schüler\*innen, die keinen oder niedrigen Anforderungsdruck empfinden.

### ERHEBUNGSINSTRUMENT

Die schulische Belastung wurde mittels eines von der HBSC-Studie entwickelten Items erhoben und umfasst die wahrgenommene Belastung durch die schulischen Anforderungen (Arbeit in der Schule und Hausaufgaben). Sie konnte mit den vier Antwortkategorien „überhaupt nicht“, „etwas“, „einigermaßen stark“ oder „sehr stark“ bewertet werden<sup>[184]</sup>. Für die Auswertungen werden die Einschätzungen anschließend dichotomisiert in eine starke („einigermaßen stark“ und „sehr stark“) und eine geringe („überhaupt nicht“ und „etwas“) wahrgenommene Belastung durch schulische Anforderungen.

### ERGEBNISSE

Während 16 % der befragten Heranwachsenden in Sachsen-Anhalt keine und 56 % eine geringe schulische Belastung aufgrund von Anforderungen empfinden, leiden 22 % unter einer einigermaßen starken und 6 % unter einer sehr starken Belastung durch schulische Anforderungen (vgl. Abb. 86).

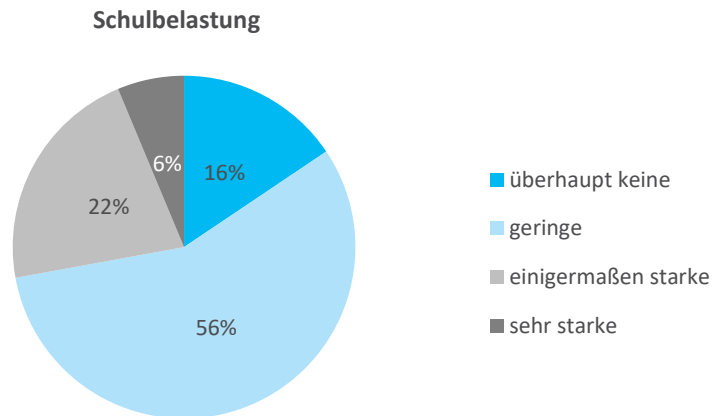


Abbildung 86: Angaben der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zur schulischen Belastung (n=3.471)

Über ein Viertel der Schüler\*innen berichtet über eine einigermaßen oder sehr starke schulische Belastung. Es zeigen sich keine Unterschiede in der wahrgenommenen Belastung nach Geschlecht, jedoch nach Klassenstufe der Heranwachsenden, wobei sich Neuntklässler\*innen (31 %) am stärksten durch die schulischen Anforderungen belastet fühlen im Vergleich zu Mitschüler\*innen jüngerer Jahrgänge (26 %) (vgl. Abb. 87 & 88).

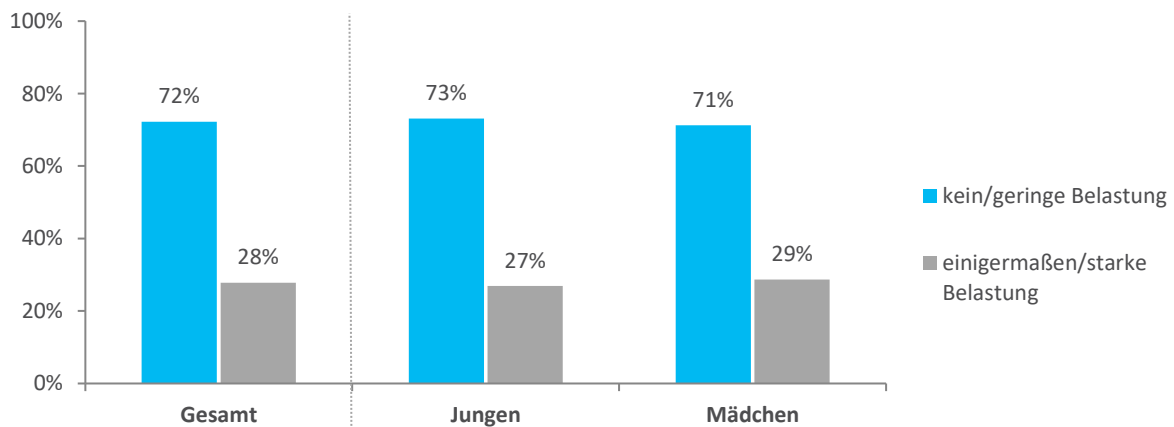


Abbildung 87: Wahrgenommene schulische Belastung der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.461)

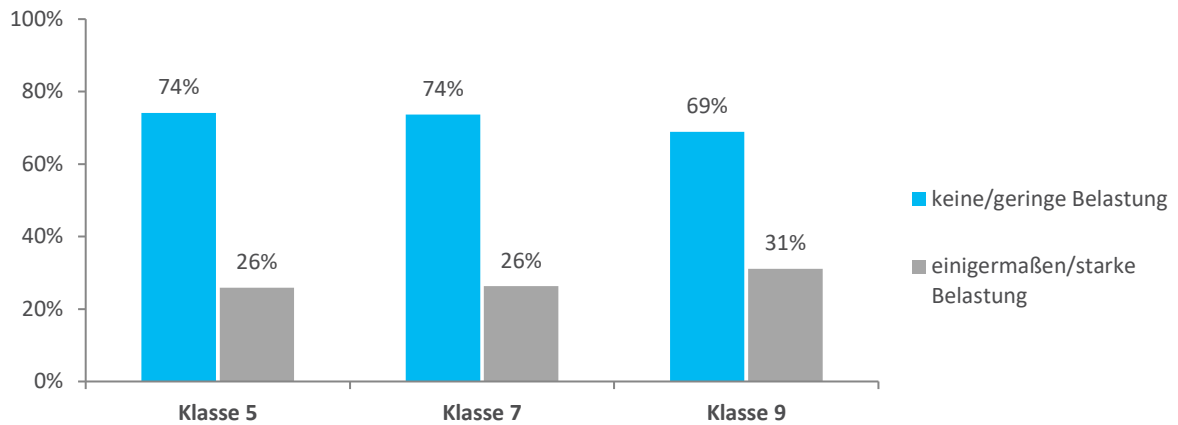


Abbildung 88: Wahrgenommene schulische Belastung der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.461)

Gymnasiast\*innen und Heranwachsende mit hohem familiärem Wohlstand (32 %) nehmen eher eine einigermaßen bis sehr starke Belastung durch schulische Anforderungen wahr als Gleichaltrige einer Sekundar-/Gemeinschaftsschule (24 %) oder mit niedrigem (22 %) familiärem Wohlstand, die sich eher weniger bis gar nicht durch Schule belastet fühlen. Für den Migrationshintergrund zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der wahrgenommenen Belastung durch schulische Anforderungen (vgl. Abb. 89).

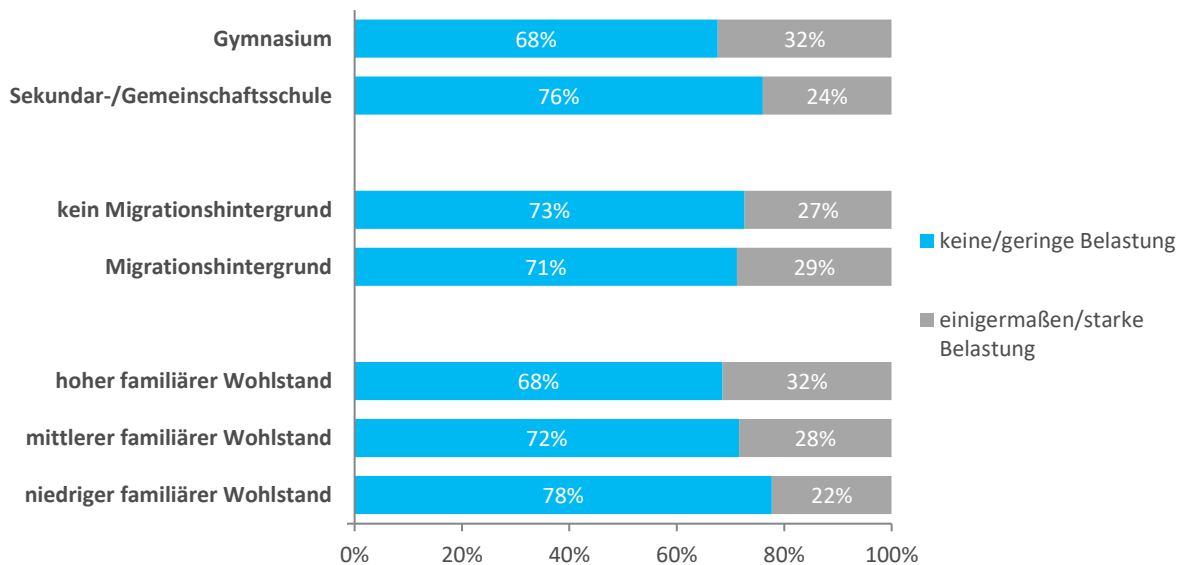


Abbildung 89: Wahrgenommene schulische Belastung der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.195-3.471)

## UNTERSTÜTZUNG IM KLASSENVERBAND

### HINTERGRUND

Schüler\*innen, die sich von ihren Klassenkamerad\*innen unterstützt fühlen, leiden seltener an psychosomatischen Beschwerden und geben ein höheres Wohlbefinden an<sup>[164,190]</sup>. Zudem zeigt sich, dass ein freundliches und kameradschaftliches Verhalten mit einer geringen Rate an Trunkenheit und mit einem geringen Tabakkonsum (insbesondere bei Jungen) assoziiert ist<sup>[191]</sup>.

### ERHEBUNGSINSTRUMENT

Zur Erfassung der Unterstützung durch den Klassenverband („Classmate Support Scale“ der HBSC-Studie)<sup>[184,192]</sup> wurden drei Items eingesetzt, die die wahrgenommene Unterstützung durch Mitschüler\*innen anhand der Zustimmung bzw. Ablehnung von drei Aussagen zum Zusammenhalt und zur Akzeptanz unter Mitschüler\*innen umfassen. Dabei konnten die Schüler\*innen ihr Maß an Zustimmung bzw. Ablehnung auf einer 5-stufigen Skala von „stimmt genau“ bis „stimmt überhaupt nicht“ ausdrücken. Für die Auswertungen werden anschließend die Angaben zu einem Score (zwischen 3 und 15 Punkten) zusammengefasst. Werte von mindestens 8 Punkten entsprechen hierbei einer starken Unterstützung durch den Klassenverband und Werte von 7 Punkten oder weniger einer schwachen Unterstützung.

### ERGEBNISSE

83-85 % der Schüler\*innen haben das Gefühl, dass ihre Klasse gern zusammen ist, die Klassenkamerad\*innen nett und hilfsbereit sind und sie von ihnen akzeptiert werden. Hingegen stimmen 15-17 % diesen Punkten nicht bzw. nur schwach zu (vgl. Abb. 90).

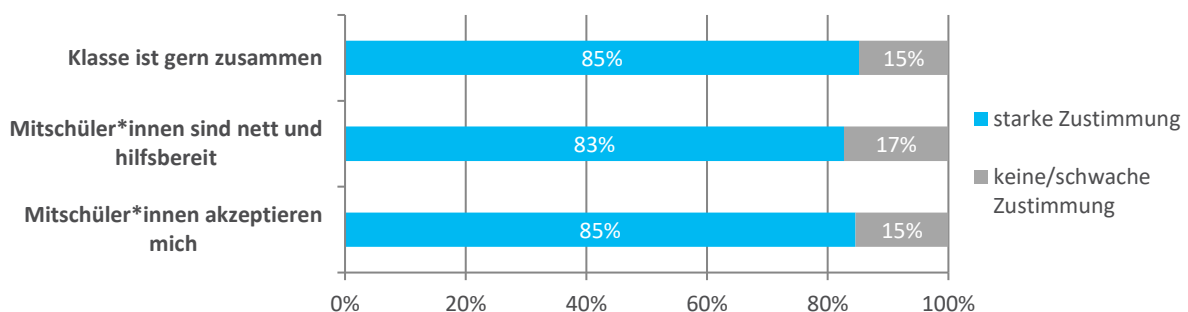


Abbildung 90: Angaben der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zur Unterstützung durch den Klassenverband (n=3.429-3.462)

Insgesamt fühlt sich etwa jeder siebte Heranwachsende nicht oder nur schwach durch seine Klassenkamerad\*innen unterstützt, wobei es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt. Die wahrgenommene Unterstützung sinkt etwas mit zunehmender Klassenstufe, sodass sich ältere Heranwachsende weniger unterstützt fühlen (11 % in der 5. Klasse vs. 15 % in der 7. bzw. 9. Klasse) (vgl. Abb. 91 & 92).

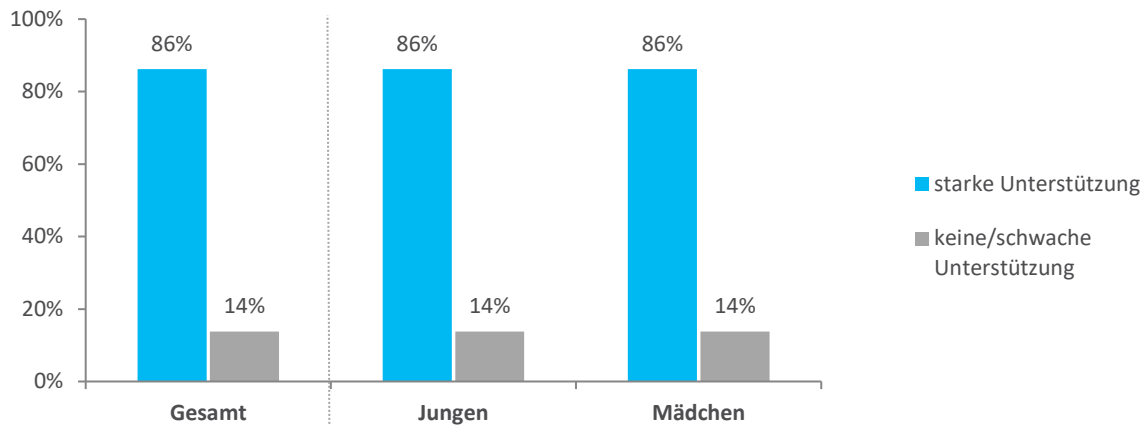


Abbildung 91: Wahrgenommene Unterstützung durch den Klassenverband der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.419)

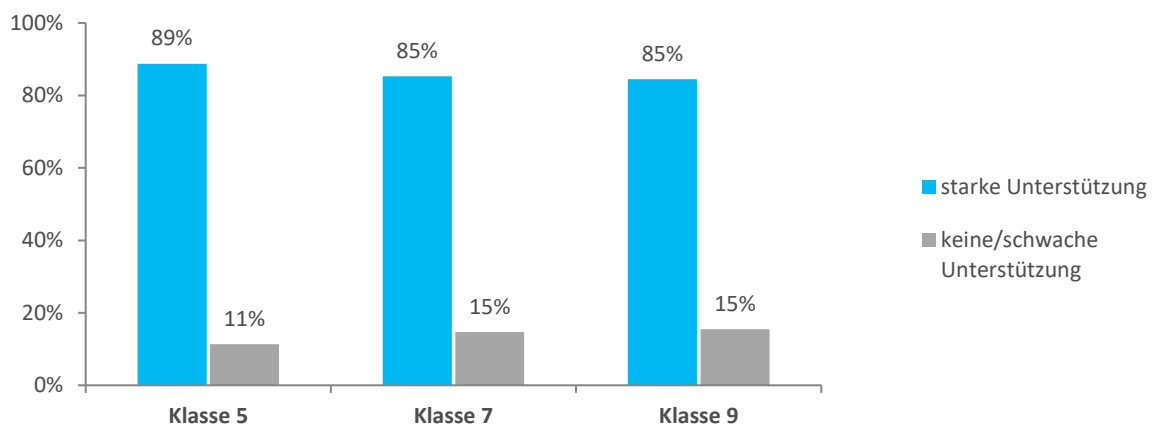


Abbildung 92: Wahrgenommene Unterstützung durch den Klassenverband der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.419)

Die wahrgenommene Unterstützung durch den Klassenverband steht zudem in Zusammenhang mit der besuchten Schulform, dem Migrationshintergrund und dem familiären Wohlstand. Heranwachsende einer Sekundar-/Gemeinschaftsschule, mit Migrationshintergrund oder niedrigem familiärem Wohlstand empfinden häufiger keine bzw. nur eine schwache Unterstützung durch den Klassenverband als Gymnasiast\*innen (17 % vs. 10 %), Heranwachsende ohne Migrationshintergrund (19 % vs. 13 %) oder mittlerem/hohem familiärem Wohlstand (19 % vs. 12/13 %) (vgl. Abb. 93).

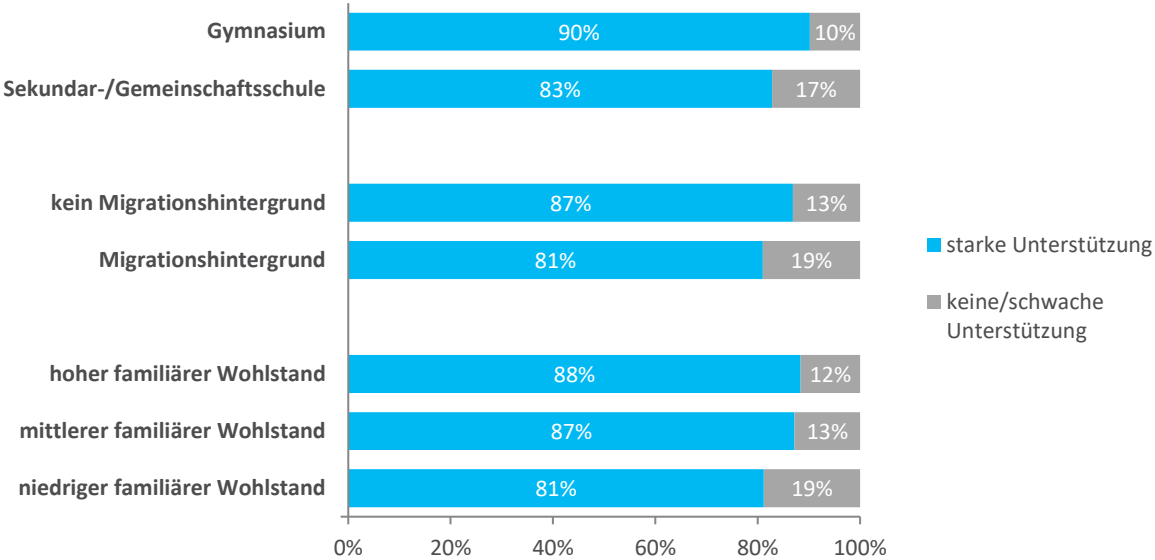


Abbildung 93: Wahrgenommene Unterstützung durch den Klassenverband der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.165-3.429)

## UNTERSTÜTZUNG DURCH LEHRKRÄFTE

### HINTERGRUND

Neben der Unterstützung von Mitschüler\*innen hat die Unterstützung durch die Lehrkraft einen bedeutsamen Einfluss auf die subjektiv eingeschätzte Gesundheit der Heranwachsenden. So zeigt sich, dass bei einer hohen wahrgenommenen Unterstützung weniger Alkohol, Tabak und Cannabis konsumiert wird<sup>[193]</sup> und eine bessere mentale Gesundheit und ein höheres Wohlbefinden<sup>[164,194]</sup> wahrgenommen werden. Vor allem bei Schüler\*innen mit einer geringeren familiären Unterstützung hat eine bessere Beziehung zur Lehrkraft eine positive Auswirkung auf das subjektive Wohlbefinden und die psychische Gesundheit<sup>[164]</sup>. Allerdings wird auch deutlich, dass sich eine fehlende oder geringe Lehrerunterstützung auch negativ auf die schulischen Leistungen auswirken kann<sup>[194]</sup>. Schüler\*innen nehmen mit steigendem Alter weniger Unterstützung durch die Lehrkraft wahr<sup>[190]</sup>.

### ERHEBUNGSINSTRUMENT

Zur Erfassung der Unterstützung durch Lehrkräfte („Teacher Support Scale“ der HBSC-Studie)<sup>[184,192]</sup> wurden drei Items eingesetzt, die die wahrgenommene Unterstützung durch Lehrer\*innen anhand der Zustimmung bzw. Ablehnung von drei Aussagen zur Akzeptanz, zum Interesse und zum Vertrauen umfassen. Dabei konnten die Schüler\*innen ihr Maß an Zustimmung bzw. Ablehnung auf einer 5-stufigen Skala von „stimmt genau“ bis „stimmt überhaupt nicht“ ausdrücken. Für die Zusammenhangsanalyse werden anschließend die Angaben zu einem Score (zwischen 3 und 15 Punkten) zusammengefasst. Werte von mindestens 8 Punkten entsprechen hierbei einer starken und Werte von 7 Punkten oder weniger einer schwachen wahrgenommenen Unterstützung durch Lehrer\*innen.

### ERGEBNISSE

Insgesamt fühlt sich der Großteil der Schülerschaft von ihren Lehrkräften akzeptiert und hat Vertrauen in diese. Jedoch zeigt sich, dass 14 % der Schüler\*innen sich von ihren Lehrkräften nicht bzw. nur wenig akzeptiert fühlen, mehr als die Hälfte (59 %) das Gefühl haben, dass sich das Lehrpersonal nicht bzw. nur wenig für ihre Person interessiert, und ein Drittel (33 %) hat kein Vertrauen in ihre Lehrer\*innen (vgl. Abb. 94).

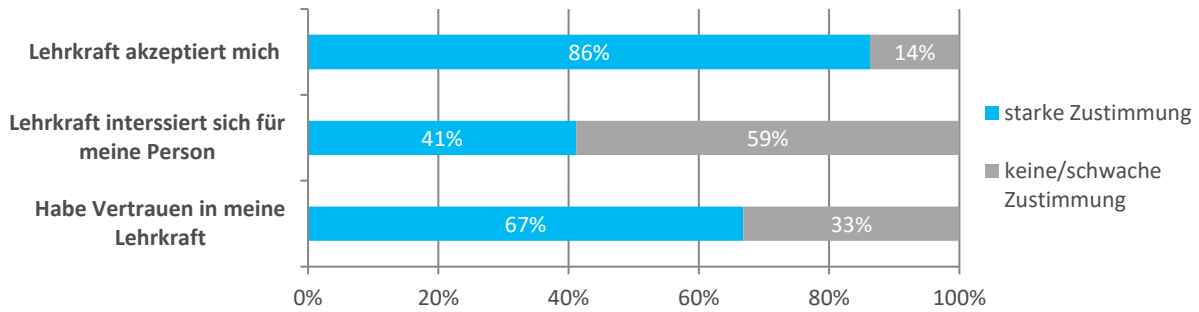


Abbildung 94: Angaben der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zur Unterstützung durch Lehrkräfte (n=3.379-3.459)

Damit berichtet insgesamt über ein Drittel (35 %) der Schüler\*innen keine bzw. nur eine schwache wahrgenommene Unterstützung durch die Lehrkräfte, wobei keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen (vgl. Abb. 95). Hingegen zeigen sich deutliche Differenzen nach der Klassenstufe: Während 18 % der Heranwachsenden in Klasse 5 über keine bzw. schwache Unterstützung durch Lehrer\*innen berichten, sind es in Klasse 7 mehr als doppelt so viele (38 %) und in Klasse 9 knapp die Hälfte (48 %) der Schüler\*innen (vgl. Abb. 96).

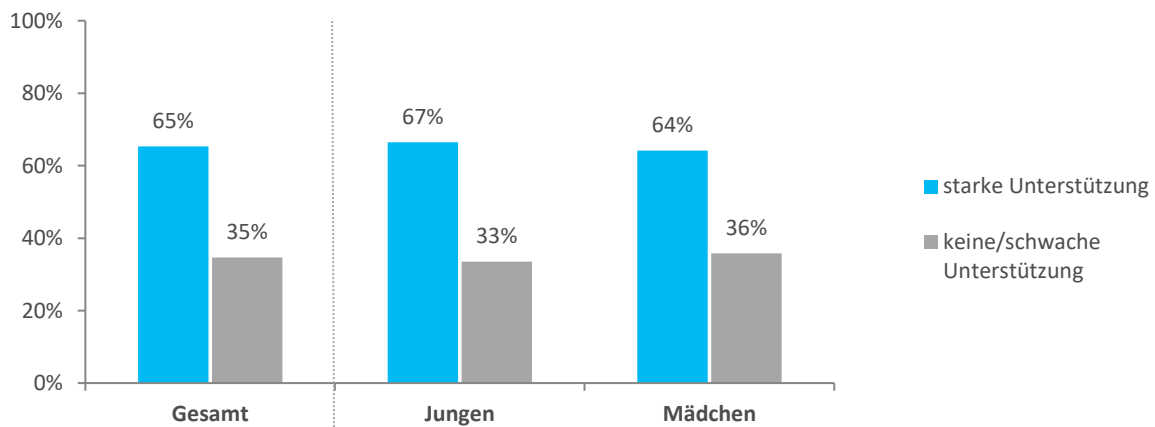


Abbildung 95: Wahrgenommene Unterstützung durch Lehrkräfte der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.344)



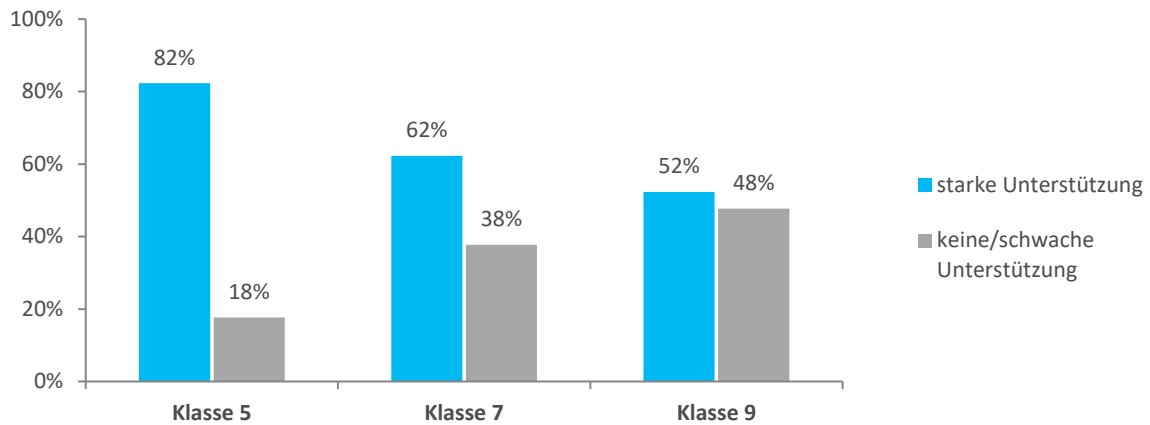


Abbildung 96: Wahrgenommene Unterstützung durch Lehrkräfte der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.344)

Gymnasiast\*innen nehmen etwas häufiger eine geringe bis keine Unterstützung durch Lehrkräfte wahr als Sekundar-/Gemeinschaftsschüler\*innen (Differenz von 6 Prozentpunkten). Ein geringer Zusammenhang findet sich ebenfalls zwischen wahrgenommener Unterstützung vom Lehrpersonal und dem Migrationshintergrund, wobei sich Heranwachsende mit Migrationshintergrund häufiger nicht/schwach unterstützt fühlen (40 % vs. 35 %). Für den familiären Wohlstand sind keine signifikanten Unterschiede erkennbar (vgl. Abb. 97).

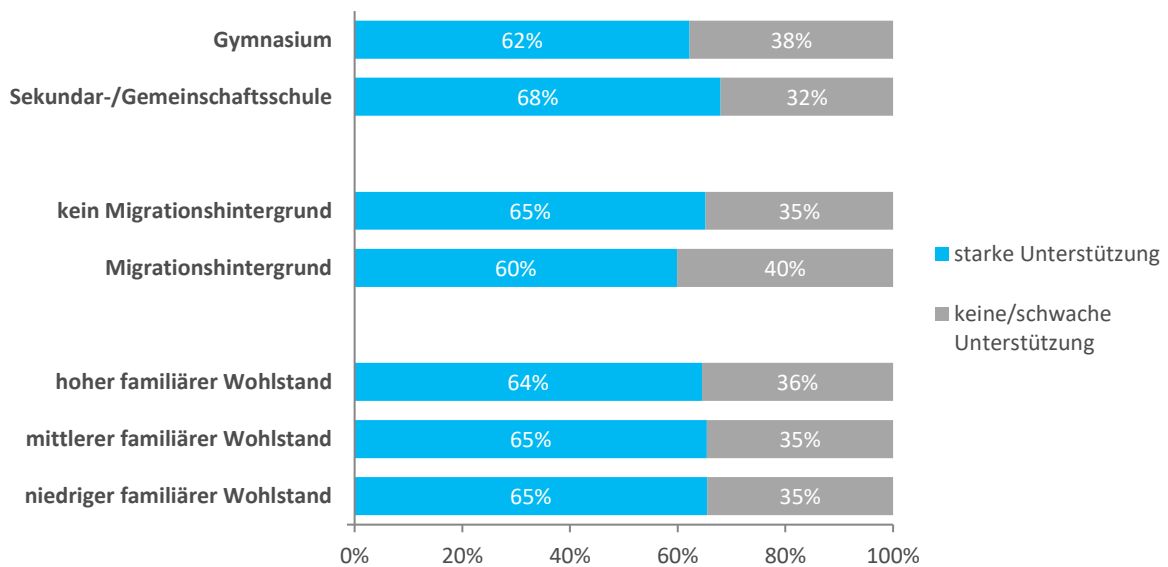


Abbildung 97: Wahrgenommene Unterstützung durch Lehrkräfte der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.105-3.352)



# 2.8 MOBBING & GEWALT

## o **Mobbing in der Schule**

Jeder zehnte Heranwachsende wird regelmäßig in der Schule Opfer von Mobbing. Halb so viele Schüler\*innen berichten, andere zu mobben. Jungen sind dabei etwas häufiger Mobbing-Täter, aber etwas seltener die Gemobbten. Der Anteil an Mobbing-Opfern sinkt leicht mit zunehmender Klassenstufe, hingegen steigt die Prävalenz, andere zu mobben, mit Höhe der Klassenstufe. Für Mobbing-Opfer wie auch -Täter sind Unterschiede nach besuchter Schulform und Migrationshintergrund erkennbar, wobei sich beide Mobbingtypen seltener an Gymnasien und unter Heranwachsenden ohne Migrationshintergrund finden. Schüler\*innen mit niedrigem FAS werden häufiger Opfer von Mobbing als ihre Mitschüler\*innen mit mittlerem/hohem FAS.

## o **Beteiligung an Schlägereien**

Jede\*r Siebte gibt an, in den vergangenen 12 Monaten mehrfach an Schlägereien beteiligt gewesen zu sein. Jungen und Heranwachsende jüngerer Klassenstufen sind deutlich häufiger in mehrfache Schlägereien involviert als Mädchen oder höhere Jahrgangsstufen. An Sekundar-/Gemeinschaftsschulen liegt der Anteil Heranwachsender mit mehrfacher Beteiligung an Schlägereien doppelt so hoch wie an Gymnasien. Schüler\*innen mit Migrationshintergrund sind häufiger mehrfach in Schlägereien verwickelt gewesen als Heranwachsende ohne Migrationshintergrund.

## o **Ausübung von Gewalt**

Fast ein Viertel der Schüler\*innen übte in den vergangenen 12 Monaten gewalttätiges Verhalten aus. Jungen und Heranwachsende höherer Klassenstufen sind etwa doppelt so häufig gewalttätig wie Mädchen oder jüngere Jahrgangsstufen. Schüler\*innen einer Sekundar-/Gemeinschaftsschule oder mit einem Migrationshintergrund sind häufiger gewalttätig geworden als Gymnasiast\*innen oder Heranwachsende ohne Migrationshintergrund.



## MOBBING UND GEWALTVERHALTEN BEI HERANWACHSENDEN

Ungefähr 25 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland haben Erfahrung mit Gewalt, z. B. durch Mobbing, gemacht – in der Rolle des Täters, des Opfers oder von beidem zugleich<sup>[69]</sup>. Jede dieser Erscheinungsformen trägt ein hohes Gefährdungspotenzial für die körperliche und psychische Gesundheit von Heranwachsenden. Mögliche Folgen von Gewalterfahrungen können neben der körperlichen Verletzung auch psychosomatische Erkrankungen, Verhaltens- und Beziehungsstörungen und Depressionen bis hin zu Suizidversuchen sein<sup>[167,195–198]</sup>. Gewalt kann prinzipiell in jedem ihrer Lebensräume erlebt werden. Sexuelle Gewalt, Kindesmisshandlungen und -vernachlässigungen treten jedoch häufiger im Kontext der Familie auf<sup>[197]</sup>. Die meisten Gewalterfahrungen werden allerdings unter Gleichaltrigen erlebt, wobei die Schule eine zentrale Rolle spielt<sup>[69]</sup>.

# MOBBING IN DER SCHULE

## HINTERGRUND

„Gewalt in der Schule“, „Bullying“ und „Mobbing“ sind Begriffe, die in der Literatur im Kontext Schule für das Vorhandensein von „vorsätzlicher Schädigung anderer Personen“ verwendet werden; sie stellt die häufigste Form jugendlicher Gewalt dar<sup>[177,199]</sup>. In den Schulen zeigen sich verschiedenste Formen von Gewalt und Aggression. Zu den häufigsten Formen zählen verbale und psychische Aggressionen (z. B. Beschimpfungen, verletzende Kommentare über das Aussehen und Verhaltensweisen, Verbreiten von Gerüchten, Ausschluss aus Freundeskreisen, Cybermobbing) und physische Gewalt (z. B. Schubsen, Treten, Schlagen)<sup>[177]</sup>. Erfreulicherweise zeigt sich zwar, dass sich die Mobbingproblematik an deutschen Schulen im Zeitraum von 2002 bis 2014 deutlich reduziert hat<sup>[177,200]</sup>, dennoch weisen neueste Erhebungen darauf hin, dass wahrscheinlich alle Kinder und Jugendlichen direkt oder indirekt Mobbing Erfahrungen erleiden oder beobachten mussten<sup>[201]</sup>. Sowohl die Opfer als auch Täter werden mit negativen gesundheitlichen Konsequenzen durch Mobbing in Verbindung gebracht. Auch Kinder und Jugendliche, die zuschauen (Unterstützer\*innen wie auch neutrale Beobachter), haben ein erhöhtes Risiko für psychische und somatische Symptome und eine geringere Lebenszufriedenheit<sup>[202,203]</sup>.

## ERHEBUNGSINSTRUMENT

Zur Erfassung von Mobbing in der Schule wurden zwei Items eingesetzt, die im Rahmen des „(revised) Olweus Bully/Victim Questionnaire“ entwickelt und validiert wurden<sup>[199,204,205]</sup>. Dabei wurde zum einen erhoben, wie häufig die Schüler\*innen in den vorausgegangenen Monaten mitgewirkt haben, wenn jemand in der Schule gemobbt wurde (Mobbing-Täter), was anhand einer 5-stufigen Skala von „Ich habe in den letzten Monaten niemanden in der Schule gemobbt“ bis „mehrmals pro Woche“ beantwortet werden konnte. Zudem wurde erhoben, wie häufig Schüler\*innen in den vorausgegangenen Monaten selbst in der Schule gemobbt wurden (Mobbing-Opfer), was ebenfalls mittels einer 5-stufigen Skala von „Ich wurde in den letzten Monaten nicht in der Schule gemobbt“ bis „mehrmals pro Woche“ eingestuft werden konnte. Für die Zusammenhangsanalysen wurden die Kategorien anschließend unterteilt in regelmäßiges Mobbing anderer (Täter) bzw. regelmäßige Erfahrung von Mobbing durch andere (Opfer) („2- bis 3-mal im Monat“ bis „mehrmals pro Woche“) sowie in kein/seltenes Mobbing anderer (Täter) bzw. keine/seltene Erfahrung von Mobbing durch andere (Opfer) („nicht in den letzten Monaten“ und „1- oder 2-mal“).

## ERGEBNISSE

Die meisten Schüler\*innen geben an, in den vergangenen Monaten kein Opfer von Mobbing (74 %) geworden zu sein bzw. jemanden gemobbt zu haben (79 %). Dennoch berichten 16 % der Heranwachsenden, 1-2 Mal in den vergangenen Monaten, und 10 %, sogar mindestens 2-3 Mal im Monat Opfer von Mobbing gewesen zu sein. Ebenfalls 16 % der Schüler\*innen haben andere in den letzten Monaten 1-2 Mal bzw. 5 % mindestens 2-3 Mal im letzten Monat gemobbt (vgl. Abb. 98).



Abbildung 98: Angaben der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zum Mobbing (n=3.384-3.388)

Während insgesamt 5 % der Schüler\*innen angeben, regelmäßig andere zu mobben, berichten doppelt so viele Heranwachsende (10 %), regelmäßig Opfer von Mobbing zu sein. Dabei zeigen sich leichte geschlechtsspezifische Unterschiede, wobei Jungen häufiger als Mobbing-Täter, aber seltener als Mobbing-Opfer in Erscheinung treten als Mädchen (vgl. Abb. 99 & 100).

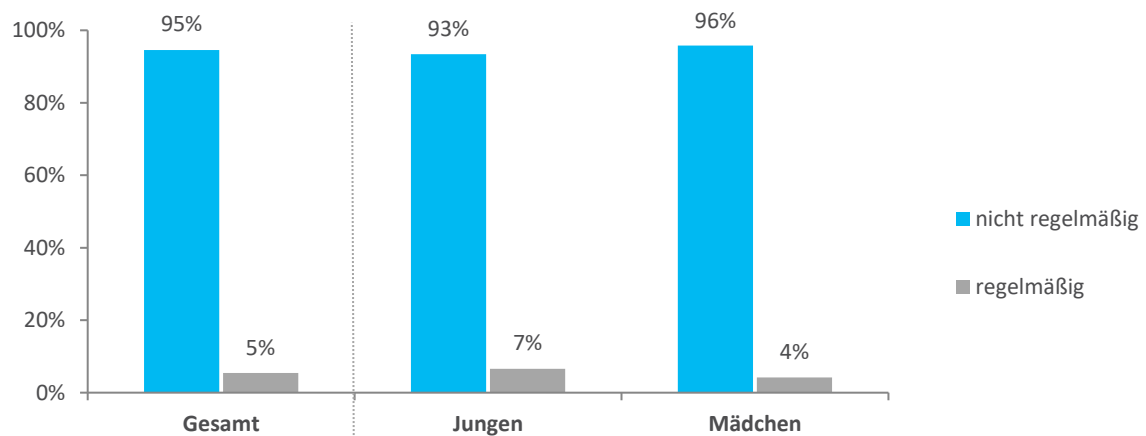


Abbildung 99: Mobbing-Täter unter den befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.377)

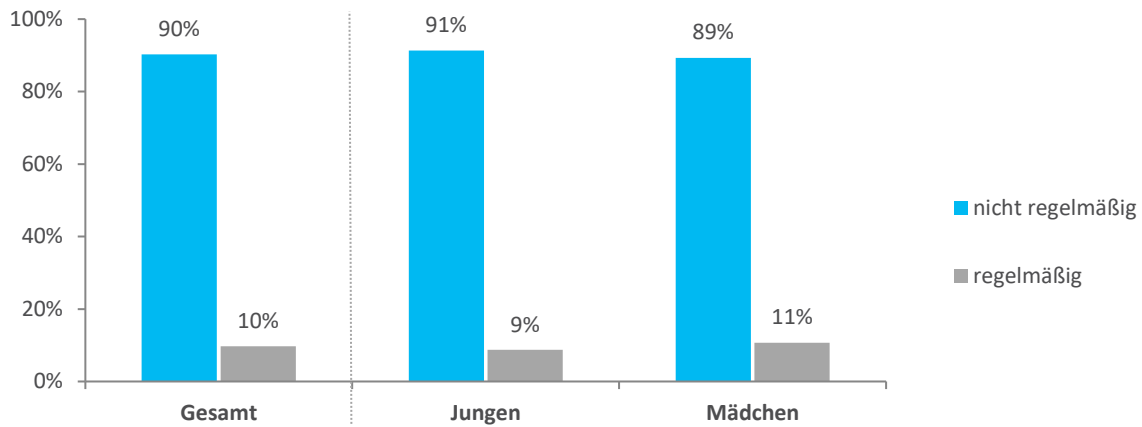


Abbildung 100: Mobbing-Opfer unter den befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.373)

Während der Anteil an Mobbing-Tätern mit zunehmender Klassenstufe steigt (3 % in Klasse 5 vs. 8 % in Klasse 9), sinkt die Häufigkeit berichteter Mobbing-Erfahrungen als Opfer mit Höhe der Klassenstufe leicht (vgl. Abb. 101 & 102).

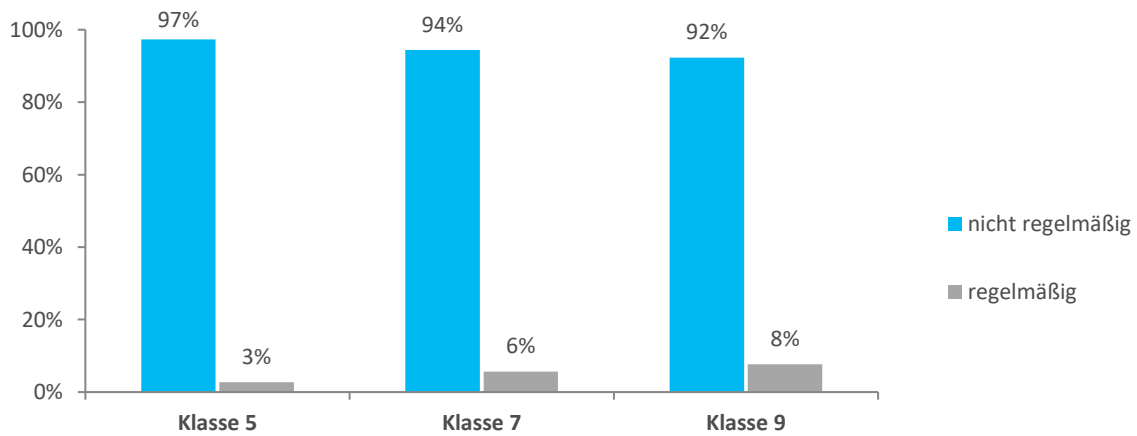


Abbildung 101: Mobbing-Täter unter den befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.378)



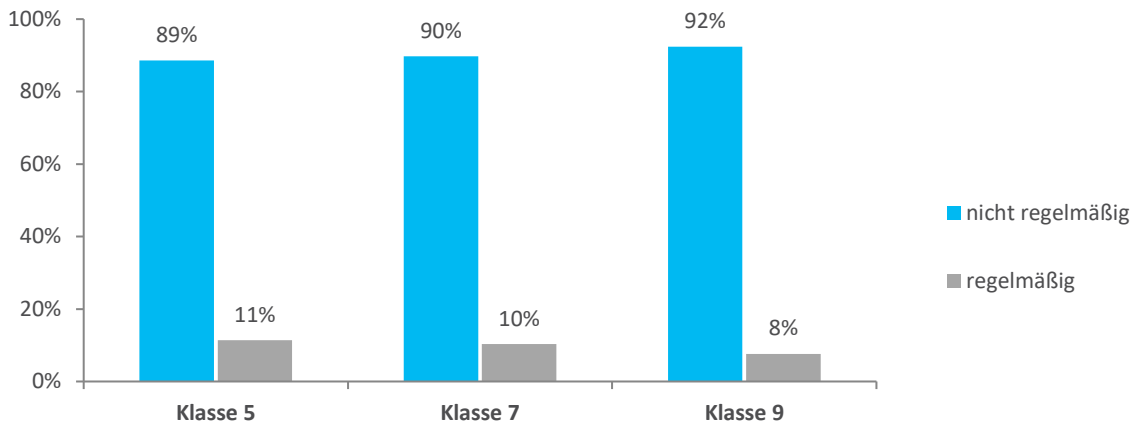


Abbildung 102: Mobbing-Opfer unter den befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.374)

Für den Zusammenhang zwischen der Prävalenz von Mobbing-Tätern und sozioökonomischen Merkmalen sind Unterschiede nach besuchter Schulform und Migrationshintergrund erkennbar. An Sekundar-/Gemeinschaftsschulen und bei Heranwachsenden mit Migrationshintergrund finden sich mehr Mobbing-Täter als an Gymnasien (8 % vs. 3 %) oder bei Heranwachsenden ohne Migrationshintergrund (9 % vs. 5 %). Es sind hingegen keine signifikanten Zusammenhänge mit dem familiären Wohlstand zu finden (vgl. Abb. 103).

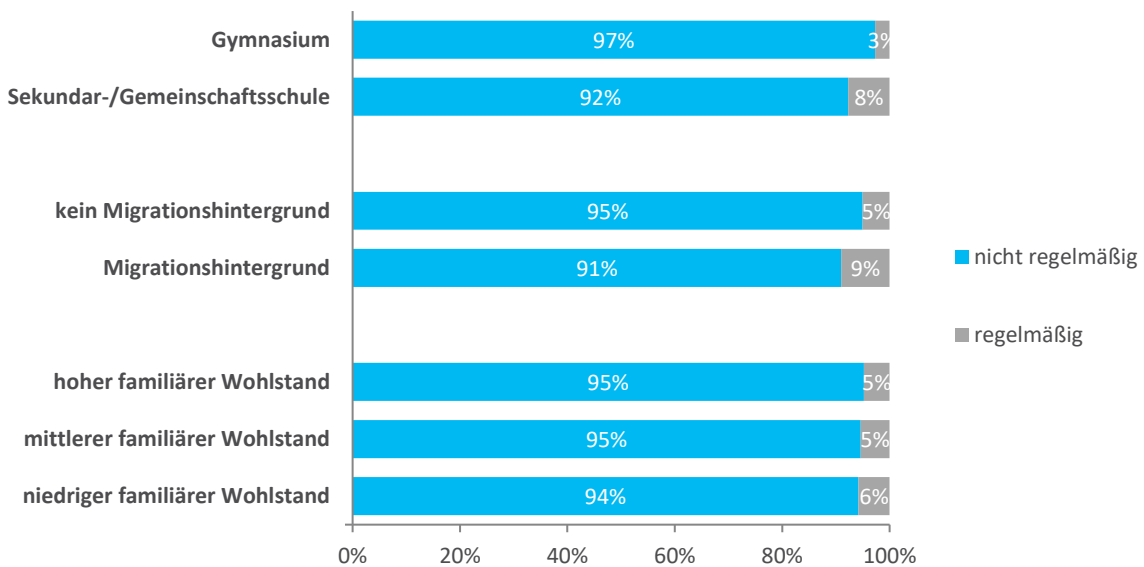


Abbildung 103: Mobbing-Täter unter den befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.194-3.388)

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei Mobbing-Opfern, wobei der Anteil der Schüler\*innen, die regelmäßig gemobbt werden, an Sekundar-/Gemeinschaftsschulen (12 % vs. 7 %) sowie unter Heranwachsenden mit Migrationshintergrund (14 % vs. 9 %) und niedrigem familiärem Wohlstand (12 % vs. 8 %) höher liegt als bei Gymnasiast\*innen, Mitschüler\*innen ohne Migrationshintergrund oder hohem familiärem Wohlstand (vgl. Abb. 104).

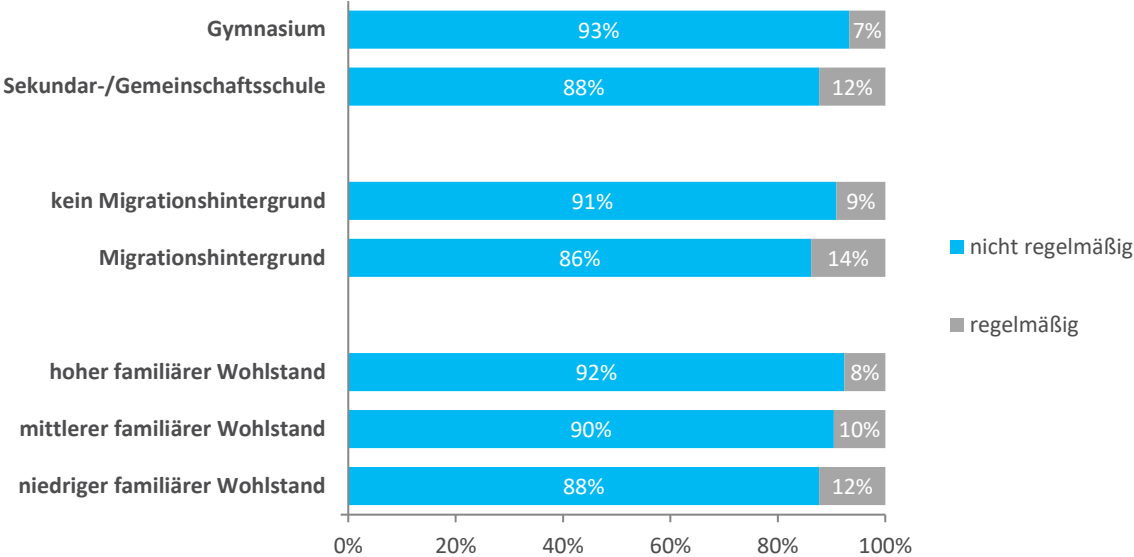


Abbildung 104: Mobbing-Opfer unter den befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.195-3.384)

## BETEILIGUNG AN SCHLÄGEREIEN

### HINTERGRUND

Kinder und Jugendliche weisen ein besonders hohes Risiko auf, sich im Zuge ihrer Pubertät und Entwicklung der eigenen Identität abweichend zu verhalten und so z. B. auch Täter oder Opfer von Schlägereien zu werden. Insbesondere häufige Verwicklungen in Schlägereien führen nicht selten zu behandlungsbedürftigen Verletzungen. Dieses aggressive und gewalttätige Verhalten von Heranwachsenden wirkt sich nicht nur auf ihre körperliche, sondern auch auf ihre mentale Gesundheit aus, wobei dessen Folgen bis ins Erwachsenenalter reichen können. Junge Menschen, die Opfer von Schlägereien (oder auch Mobbing) werden, geben beispielsweise eine deutlich niedrigere mentale Gesundheit und häufigere psychosomatische Beschwerden an. Ein möglicher Grund für dieses Verhalten von Tätern kann die von ihnen empfundene Stärkung ihres Selbstkonzeptes sein, die sie sich durch Anerkennung für ihr abweichendes Verhalten von manchen Teilen der Mitschülerschaft verschaffen<sup>[177,206,207]</sup>.

### ERHEBUNGSINSTRUMENT

Die Beteiligung an Schlägereien wurde mittels eines Items erhoben, das im Rahmen des „Youth Risk Behavior Survey“ entwickelt und validiert wurde<sup>[208,209]</sup>. Dabei wurde gefragt, wie häufig die Schüler\*innen in den letzten 12 Monaten in eine Schlägerei verwickelt waren, und anhand einer 5-stufigen Skala von „nie“, „1-mal“, „2-mal“, „3-mal“ bis „4-mal oder öfter“ erfasst. Für die Häufigkeitsangaben werden die Ausprägungen in drei Kategorien („keine Schlägereien“, „1- bis 2-mal“, „3-mal oder öfter“) unterteilt. In den weiteren Auswertungen werden die Ausprägungen dichotomisiert in eine mehrfache Beteiligung („2-mal“ bis „3-mal oder öfter“) und keine oder eine einmalige Beteiligung („nie“ und „1-mal“) an einer Schlägerei.

### ERGEBNISSE

Während 71 % an keinen Schlägereien (in den vergangenen Monaten) beteiligt waren, berichten 22 %, 1- bis 2-mal, und 7 %, mindestens 3-mal in Schlägereien verwickelt gewesen zu sein (vgl. Abb. 105).

Beteiligung an Schlägereien

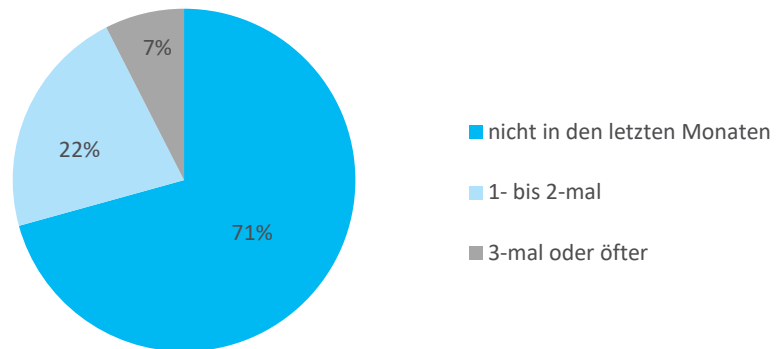


Abbildung 105: Angaben der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zur Beteiligung an Schlägereien (n= 3.327)

Jeder siebte Heranwachsende gibt an, in den vergangenen Monaten mehrfach an Schlägereien beteiligt gewesen zu sein, wobei es deutliche geschlechtsspezifische sowie Unterschiede nach Klassenstufe gibt: Jungen sind mit 22 % fast viermal so häufig in Schlägereien involviert wie Mädchen (6 %). In jüngeren Jahrgangsstufen sind Heranwachsende häufiger mehrfach an Schlägereien beteiligt als in höheren Klassen (Differenz von 5 Prozentpunkten von der 5. zur 7. bzw.9. Klasse; vgl. Abb. 106 & 107).

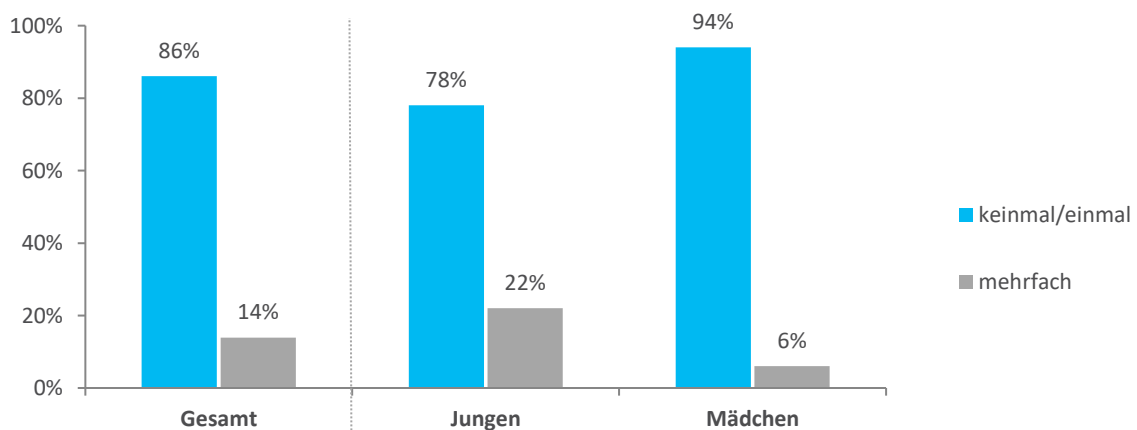


Abbildung 106: Beteiligung an Schlägereien der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.316)

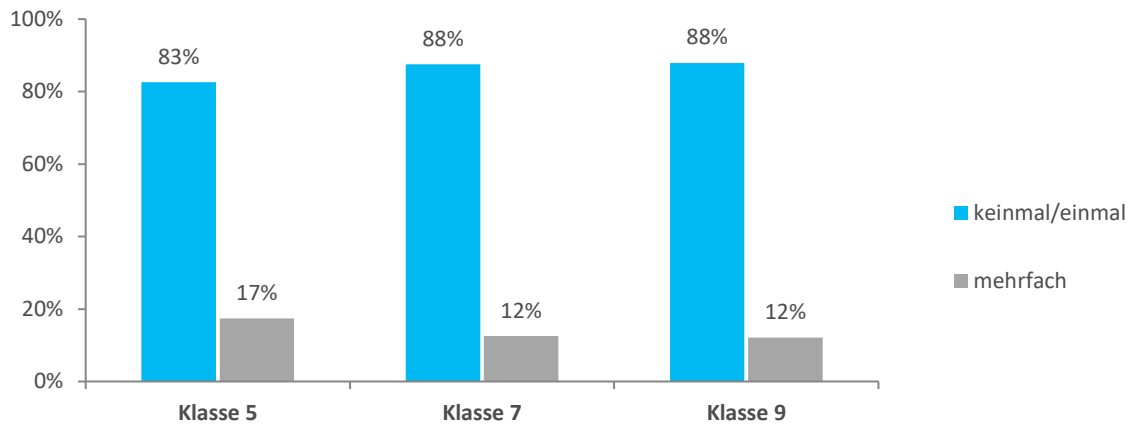


Abbildung 107: Beteiligung an Schlägereien der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.317)

An Sekundar-/Gemeinschaftsschulen liegt der Anteil Heranwachsender mit mehrfacher Beteiligung an Schlägereien doppelt so hoch wie an Gymnasien (18 % vs. 9 %). Schüler\*innen mit Migrationshintergrund berichten häufiger, mehrfach in Schlägereien verwickelt gewesen zu sein, als Heranwachsende ohne Migrationshintergrund (22 % vs. 13 %). Es finden sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Beteiligung an Schlägereien und dem familiären Wohlstand (vgl. Abb. 108).

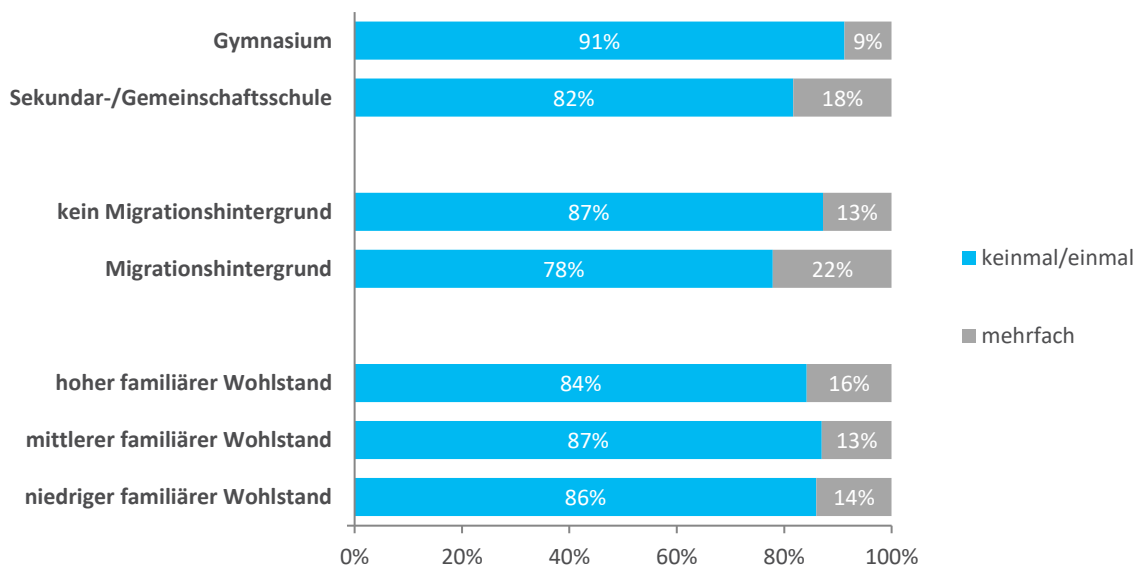


Abbildung 108: Beteiligung an Schlägereien der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.177-3.327)

# AUSÜBUNG VON GEWALT

## HINTERGRUND

Körperverletzung, Androhung von körperlicher Gewalt zur Erzwingung eines Verhaltens und Raub werden als Gewalthandlungen gegen Personen zusammengefasst<sup>[210]</sup>. Laut der polizeilichen Kriminalstatistik geht die Jugendkriminalität in Deutschland tendenziell zurück<sup>[211]</sup>. Bei den angezeigten Gewaltdelikten von Jugendlichen dominieren leichte und fahrlässige Körperverletzungen, die oft innerhalb derselben Altersgruppe stattfanden, deutlich<sup>[211]</sup>. Bei Gewalt gegen Sachgegenstände mit Zerstörungsabsicht (Vandalismus, unter Gewaltanwendung ausgeführte Eigentumsdelikte)<sup>[210]</sup> zeigt sich in einer Studie, dass es bei Jugendlichen der 9. Klasse häufiger zu Eigentumsdelikten (Automatenaufbruch, Einbruch, Diebstahl) als zu Sachbeschädigungen (Graffiti, Scratching, Sachbeschädigung gegen Fenster, Zäune etc.) kommt<sup>[212]</sup>. Die Ausübung von Gewalt geht sowohl für die Opfer der Taten als auch für die Täter selbst mit gesundheitlichen Folgen psychischer wie auch physischer Art einher.

## ERHEBUNGSINSTRUMENT

Zur Erfassung von Gewalt wurde das Instrument zu gewaltförmigem Verhalten eingesetzt, welches aus insgesamt fünf Items besteht<sup>[210]</sup>, die je fünf spezifische Unterformen von Gewalt (Sachbeschädigung; Einbruch; Körperverletzung; Bedrohung; Entwendung einer Sache unter Gewaltanwendung) umfassen. Die Schüler\*innen wurden gefragt, ob sie in den letzten 12 Monaten hinsichtlich der fünf Gewaltformen tätig geworden sind, wobei mit den beiden Antwortmöglichkeiten „Ja“ und „Nein“ geantwortet werden konnte. Für die Auswertung werden jeweils die Antworten mit „Ja“ gezählt und drei Indizes gebildet: Gewalt gegen Sachen (zwischen 0 und 2 Punkten; aus den beiden Items „Sachen von anderen absichtlich zerstört oder beschädigt“ und „irgendwo eingebrochen [z. B. ein Gebäude, ein Auto, einen Automaten]“), Gewalt gegen Personen (zwischen 0 und 3 Punkten; aus den drei Items „jemanden absichtlich geschlagen oder verprügelt“, „jemanden bedroht, damit er/sie tut, was du willst“ und „jemandem eine Sache mit Gewalt weggenommen“) sowie einen Gesamtindex Gewalttätigkeit (zwischen 0 und 5 Punkten; aus allen fünf Items). Für jeden Index werden 0 Punkte als nicht gewalttätig und mindestens 1 Punkt als gewalttätig gewertet.

## ERGEBNISSE

19 % der Schüler\*innen berichten, bereits mindestens einmal Gewalt gegen eine Person, bzw. 12 %, Gewalt gegen Sachen angewendet zu haben. Mit 81 % und 88 % sind die meisten der Befragten jedoch noch nie in einem der beiden Bereiche gewalttätig geworden (vgl. Abb. 109).

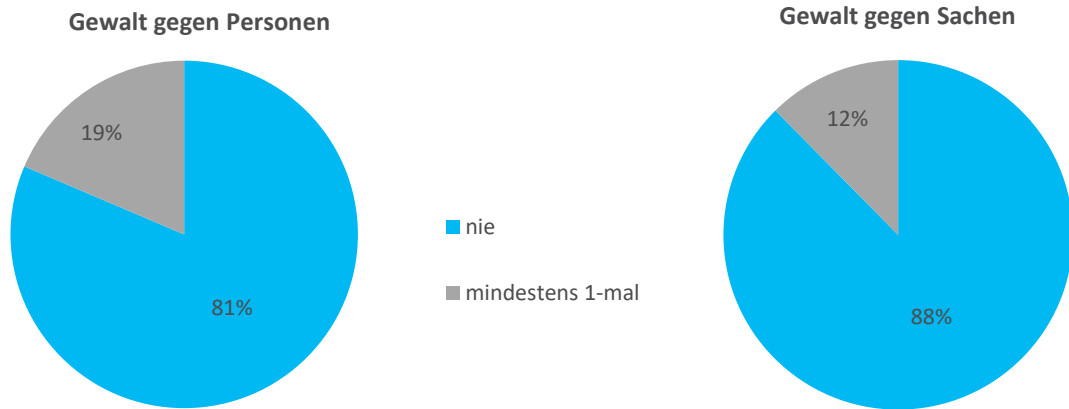


Abbildung 109: Angaben der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt zur Ausübung von Gewalt (n=3.153)

Fast ein Viertel der Schüler\*innen hat in den letzten 12 Monaten gewalttätiges Verhalten (gegen Personen oder Sachen) ausgeübt. Es gibt dabei deutliche Unterschiede nach Geschlecht und Klassenstufe, wobei Jungen (29 %) und Heranwachsende höherer Klassenstufen (29 % in Klasse 9) etwa doppelt so häufig gewalttätig sind wie Mädchen (16 %) oder Schüler\*innen jüngerer Jahrgangstufen (16 % in Klasse 5) (vgl. Abb. 110 & 111).

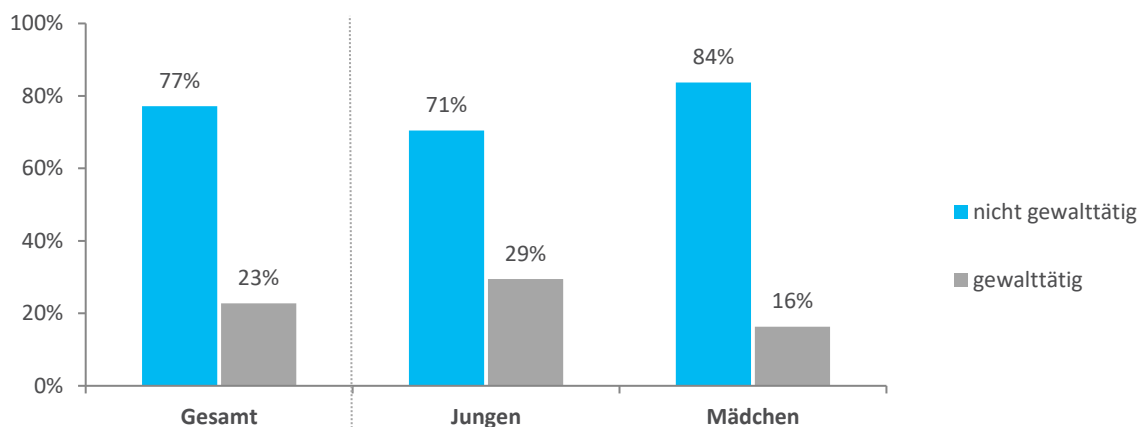


Abbildung 110: Ausübung von Gewalt der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Geschlecht (n=3.144)

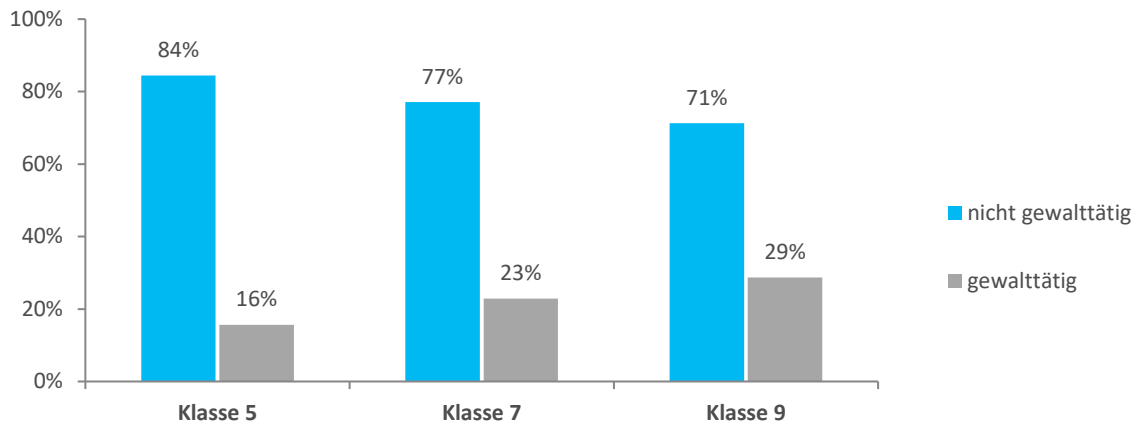


Abbildung 111: Ausübung von Gewalt der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach Klassenstufe (n=3.144)

Eine höhere Gewaltbereitschaft ist zudem bei Heranwachsenden zu erkennen, die eine Sekundar-/Gemeinschaftsschule besuchen oder einen Migrationshintergrund aufweisen, sie sind zu einem deutlich höheren Anteil gewalttätig geworden im Vergleich zu Schüler\*innen eines Gymnasiums (26 % vs. 19 %) oder ohne Migrationshintergrund (37 % vs. 21 %). Der familiäre Wohlstand steht nicht im Zusammenhang mit der Ausübung von Gewalt (vgl. Abb. 112).

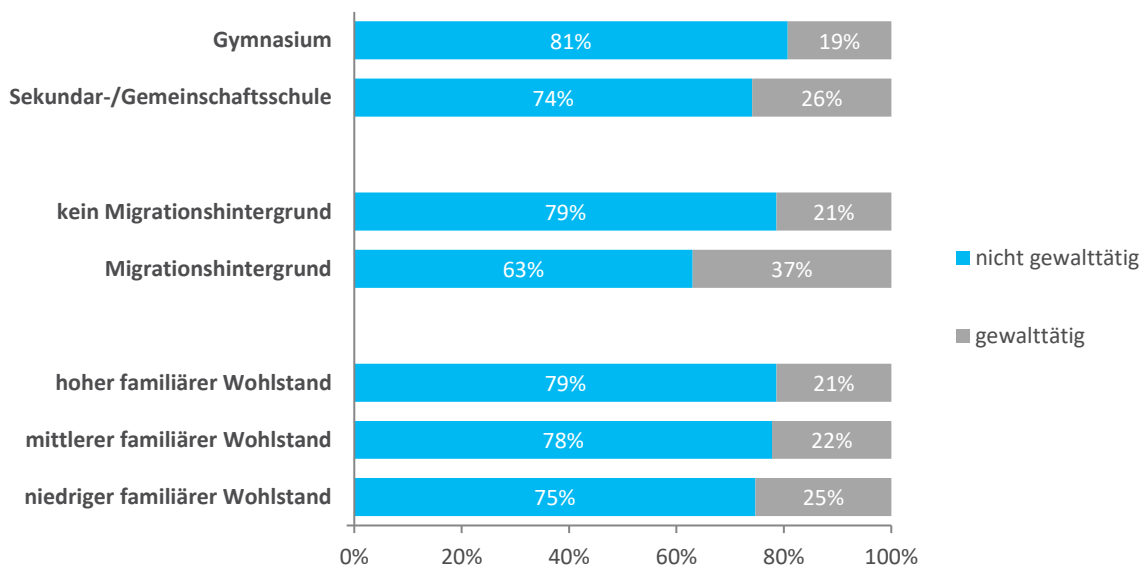


Abbildung 112: Ausübung von Gewalt der befragten Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen (n=3.094-3.153)



# 3. FAZIT & DISKUSSION



## ZUR GESUNDHEITLICHEN LAGE VON HERANWACHSENDEN IN SACHSEN- ANHALT

Die hier vorgestellten Ergebnisse der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie Sachsen-Anhalt 2018/19 zur Kinder- und Jugendgesundheit bieten einen detaillierten Einblick in die aktuelle Gesundheit und das Gesundheitsverhalten sowie Merkmale des sozialen Umfelds der Heranwachsenden in Sachsen-Anhalt. Dabei wurde in der HBSC-Studie insbesondere die subjektive Perspektive der Kinder und Jugendlichen zu ihrer gesundheitlichen Lage erfasst, welche wichtige und richtungsweisende Hinweise für Handlungsfelder und die Initiierung spezifischer Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung liefert. Die daraus gewonnenen Kenntnisse über die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und damit verbundene soziale Kontextfaktoren leisten damit auch einen wesentlichen Beitrag für die gesundheitsbezogene, psychosoziale Entwicklung sowie entsprechende individuell angepasste Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Politik und Praxis.

### GESAMTÜBERBLICK DER HAUPTERGEBNISSE

Der Abschlussbericht stellt repräsentative Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage von Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt, aus den 5., 7. und 9. Jahrgangsstufen mit insgesamt 3.457 Kindern und Jugendlichen, vor. Es wurden in acht übergeordneten Themenbereichen insgesamt 28 Indikatoren zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt einbezogen (Kapitel 2). Hervorzuheben sind dabei insbesondere folgende Ergebnisse:

Insgesamt zeichnen sich die Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 15 Jahren mehrheitlich durch ihre gute gesundheitliche Lage aus. Dennoch ist ein gewisser Anteil der Heranwachsenden gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. So weist etwa jede\*r dritte Schüler\*in in Sachsen-Anhalt Hinweise auf klinisch relevante depressive Symptome auf und leidet unter einer hohen psychosomatischen Beschwerdelast. Über die Hälfte der Befragten ist mit dem eigenen Körper unzufrieden und empfindet ihn als zu dick oder zu dünn. Die große Mehrheit der Heranwachsenden ist unzureichend körperlich aktiv und erfüllt nicht die Empfehlungen der WHO einer täglichen moderaten Bewegung von 60 Minuten. Ein Viertel der Schüler\*innen betreibt nur eine unregelmäßige Zahnhygiene und etwa jede\*r Dritte konsumiert täglich Süßigkeiten oder zuckerhaltige Getränke. Über ein Drittel der Heranwachsenden fühlt sich nicht oder nur schwach durch ihre Lehrkräfte unterstützt und mehr als jede\*r vierte Schüler\*in empfindet eine einigermaßen/starke schulische Belastung. In der Nutzung sozialer Medien kann über ein Viertel als Intensiv-Nutzer bezeichnet werden, jede\*r Neunte weist Hinweise für eine Abhängigkeit von Online-Medien, in Form problematischen Nutzungsverhaltens, auf. Wiederum ein Drittel hat in den vergangenen 30 Tagen Alkohol konsumiert. Zudem war etwa ein Viertel der Schüler\*innen einmal oder mehrfach gewalttätig gegen Personen und/oder Sachen.

### ERGEBNISSE NACH SOZIODEMOGRAFISCHEN & SOZIOÖKONOMISCHEN MERKMALEN

Zur Untersuchung möglicher gesundheitlicher Ungleichheiten innerhalb der ausgewählten Gesundheitsindikatoren wurden diese differenziert nach soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen (Geschlecht, Klassenstufe, Schulform, Migrationshintergrund und familiärem Wohlstand) ausgewertet. Ein Überblick dieser Ergebnisse (inkl. ausgewiesener Signifikanzniveaus) ist in Tabelle 2 zusammenfassend dargestellt.

In den Ergebnissen der HBSC-Studie Sachsen-Anhalt 2018/19 wird ersichtlich, dass sich in der Mehrheit der einbezogenen Gesundheitsindikatoren eine negative Entwicklung mit zunehmender Klassenstufe und damit mit zunehmendem Alter der Schüler\*innen abzeichnet. Insbesondere für die mentale und psychosoziale Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zeigen sich hier große Unterschiede nach der Klassenstufe. Aber auch im Gesundheitsverhalten weisen die Ergebnisse klassenstufenspezifische Unterschiede auf, wobei riskante und gesundheitsabträgliche Verhaltensweisen mit Höhe der Klassenstufe (Alter der Heranwachsenden) deutlich zunehmen. Die ohnehin recht hohen Prävalenzen bspw. im Bereich der unzureichenden Bewegung, des geringen Konsums von Obst/Gemüse, des Substanzkonsums oder des gewalttätigen Verhaltens steigen mit zunehmendem Alter der Heranwachsenden noch einmal deutlich an. Diese Differenzen unterstreichen die Notwendigkeit eines frühzeitigen Ansatzens von Präventionsmaßnahmen einerseits und spezifischer altersdifferenzierter Interventionen und Gesundheitsförderungsmaßnahmen andererseits<sup>[213]</sup>.

Tabelle 2: Überblick der Ergebnisse ausgewerteter Indikatoren nach soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen (p= Signifikanzniveau)

		Soziodemografische & sozioökonomische Merkmale					Gesamt (n)
		Geschlecht	Klassenstufe	Schulform	Migrationshintergrund	Familiärer Wohlstand	
Gesundheit & Wohlbefinden	Subjektive Gesundheit						3.525
	Depressive Symptome						3.189
	Psychosomatische Beschwerden						3.420
	Lebenszufriedenheit						3.505
Ernährung, Körper & Bewegung	Frühstücksverhalten						3.463
	Obst- & Gemüsekonsum						3.491
	Süßigkeiten- & Softdrinkkonsum						3.485
	Zahnpflege						3.500
	Körperliche Aktivität						3.476
	Körperbild						3.473
	Gewichtskontrolle						
Konsum von Substanzen	Alkoholkonsum						3.421
	Rauschtrinken						3.403
	Tabakkonsum						3.436
	Cannabiskonsum						1.274
Soziale Medien	Online Kommunikation						3.233
	Problematisches Nutzungsverhalten						3.091
Sexuelle Gesundheit	Sexualverhalten						1.276
	Verhütungsverhalten						343
Soziales Umfeld	Unterstützung durch Familie						3.142
	Unterstützung durch Freundeskreis						3.285
Schule & Schulkultur	Schulzufriedenheit						3.489
	Schulische Belastung						3.471
	Unterstützung durch Klassenverband						3.429
	Unterstützung durch Lehrkräfte						3.352
Mobbing & Gewalt	Mobbing in der Schule (Täter)						3.388
	Mobbing in der Schule (Opfer)						3.384
	Beteiligung an Schlägereien						3.327
	Ausübung von Gewalt						3.153
	<b>Gesamt (n)</b>	3.529	3.529	3.547	3.225	3.471	<b>3.547 (N)</b>

p\*\*\*=0,001
p\*\*=0,01
p\*=0,05
nicht signifikant
nicht erfasst

Neben der Klassenstufe sind auch geschlechtsspezifische Unterschiede in vielen Gesundheitsbereichen von Bedeutung. So sind Mädchen bspw. besonders von psychischen und psychosomatischen Gesundheitsbeschwerden betroffen. Anders als Jungen, die zu externalisierenden Verhaltensweisen neigen – was sich bspw. auch in höheren Prävalenzen in der Beteiligung an Schlägereien oder gewalttätigem Verhalten äußert –, greifen Mädchen eher zu internalisierenden Verhaltensweisen als Bewältigungsstrategien, was sie zu einer besonders gefährdeten Gruppe für mentale und psychosoziale Gesundheitsprobleme macht. In der Entwicklungsphase während der Adoleszenz werden die Heranwachsenden zunehmend mit gesellschaftlichen Rollenbildern und Erwartungen an das jeweilige Geschlecht konfrontiert. Diese Konzeptionen von Geschlechterrollen – die sich je nach Kultur und Religion unterscheiden können – formen die Exposition gegenüber Gesundheitsrisiken oder möglichen Schutzfaktoren. Das Bewusstsein über Unterschiede und Ähnlichkeiten zwischen den Geschlechtern bildet die Voraussetzung für eine zielführende und erfolgreiche Gestaltung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen<sup>[106,214,215]</sup>.

In den meisten der erhobenen Indikatoren zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten wiesen Schüler\*innen, die eine Sekundar- oder Gemeinschaftsschule besuchen, gesundheitsabträglichere Verhaltensweisen und einen schlechteren Gesundheitszustand auf als Gymnasiast\*innen. Die besuchte Schulform, die auch als Indikator des sozialen Status der Heranwachsenden fungiert, lässt darauf schließen, dass es deutliche sozioökonomische Unterschiede zum Nachteil sozial benachteiligter Heranwachsender gibt, denen mithilfe zielgruppenspezifischer Maßnahmen begegnet werden sollte. Insbesondere bei der Beteiligung an Schlägereien, gewalttätigem Verhalten oder der wahrgenommenen Unterstützung durch den Klassenverband weisen die Ergebnisse auf große Gruppenunterschiede hin. Ein konträres Bild zeigt sich bei der schulischen Belastung und der wahrgenommenen Unterstützung durch Lehrkräfte, hier stellen Gymnasiast\*innen die benachteiligte Gruppe dar.

Auch der Migrationshintergrund und der familiäre Wohlstand der Kinder und Jugendlichen spielen bei vielen der erfassten Gesundheitsindikatoren eine wichtige Rolle wie u. a. bei der subjektiven Bewertung der Gesundheit, des sozialen Umfelds sowie für das Gesundheitsverhalten. Insbesondere eine hohe psychosomatische Beschwerdelast, Hinweise auf depressive Symptome, die Beteiligung an Schlägereien, gewalttätiges Verhalten sowie eine geringe wahrgenommene Unterstützung durch die Familie werden durch das Vorliegen eines (ein- oder beidseitigen) Migrationshintergrundes bei den Heranwachsenden begünstigt. Ebenso zeigen sich hinsichtlich des familiären Wohlstands vor allem Unterschiede im Bereich der wahrgenommenen Unterstützung durch die Familie, Freunde und den Klassenverband, wobei sich Schüler\*innen aus Familien mit niedrigem familiärem Wohlstand deutlich häufiger nicht oder nur wenig unterstützt fühlen. Bei diesen benachteiligten Kindern und Jugendlichen kommt es zumeist zu einer Potenzierung der zu bewältigenden Herausforderungen und zu multiplen Problemlagen. Bei der Ausgestaltung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollte es daher am besten zu einer Integration unterschiedlicher Angebote in Form von ganzheitlichen Präventionsprogrammen kommen.

### METHODISCHE STÄRKEN & LIMITATIONEN

Die HBSC-Studie Sachsen-Anhalt hat eine Vielzahl an Stärken aufzuweisen. So ist es möglich, aufgrund der thematischen Breite viele Indikatoren der Gesundheit, des Gesundheitsverhaltens und des sozialen Umfeldes der Heranwachsenden und damit auch die Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen zu untersuchen. Die Indikatoren sind auf Validität geprüft und werden größtenteils sowohl national als international eingesetzt. Zudem handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe der Schüler\*innen für Sachsen-Anhalt. Allerdings können auch aufgrund des querschnittlichen Studiendesigns keine kausalen Schlüsse bezüglich möglicher Zusammenhänge gezogen werden. Zudem ist anzumerken, dass die Ergebnisse nicht zwingend auf jede Schule übertragen werden können. Bei der Bewertung der Ergebnisse ist zu bedenken, dass diese von einer Vielzahl unterschiedlicher Einflussfaktoren (wie u. a. dem Lehrerschlüssel, möglichen Inklusionsmaßnahmen einer Schule, dem Einzugsgebiet und sozialen Umfeld) abhängig sind und entsprechend variieren können, sodass sich jede Schule mit unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert sieht. Gleichwohl zeigen die Ergebnisse der HBSC-Studie Sachsen-Anhalt auf, wie es derzeit um die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und die sozialen Kontextfaktoren der Heranwachsenden steht. Sie dienen damit einerseits der Überwachung und Überprüfung der gesundheitlichen Lage der jungen Menschen (Gesundheitsmonitoring) und damit der Identifizierung möglicher Handlungsfelder wie auch Risikofaktoren. Andererseits bieten sie darauf aufbauend auch Hinweise und Ansatzpunkte für die Initiierung von gezielten (bedarfsorientierten) Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für Entscheidungsträger aus Politik und Praxis.

### SCHLUSSFOLGERUNGEN & IMPLIKATIONEN

Die hier vorgestellten Ergebnisse der HBSC-Studie Sachsen-Anhalt 2018/19 bieten erste Hinweise und Tendenzen in Bezug auf Ressourcen und mögliche Handlungsfelder bestimmter gesundheitsbezogener Merkmale. Die Mehrheit der Schüler\*innen berichtet in den meisten erhobenen Gesundheitsbereichen positive Ergebnisse, bei einem Teil der Heranwachsenden werden jedoch noch Handlungsfelder deutlich. So zeigen die Ergebnisse insbesondere in den Bereichen der mentalen/psychosozialen Gesundheit, dem schulischen Umfeld sowie dem Substanzkonsum, dem Ernährungs-/Bewegungsverhalten, der Zahnhygiene und dem gewalttätigen Verhalten mögliche Ansatzpunkte und einen Handlungsbedarf auf, um einer schlechten gesundheitsbezogenen, psychosozialen Entwicklung der Heranwachsenden entgegenzuwirken und ein gesundes Aufwachsen der jungen Generation zu fördern. Zudem konnten für die Mehrheit an Indikatoren Ungleichheiten in der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten nach soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen gefunden werden.

Ein gesundheitsabträgliches und riskantes Verhalten findet sich meist nicht nur in einem Bereich, sondern äußert sich in mehreren Risikoverhaltensweisen. Einen Hauptklärungsansatz stellen die für diese Lebensphase typischen Herausforderungen und Entwicklungsaufgaben dar, deren Bewältigung zumeist in gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen mündet. Die drei in der HBSC-Studie erfassten Klassenstufen 5, 7 und 9 bieten einen guten Ansatzpunkt, um einen Einblick in die ersten Jahre der Adoleszenz und die Entwicklung des Jugendalters zu erlangen. In dieser Zeit erleben junge Menschen schnelle Veränderungen ihres physischen, psychischen und emotionalen Befindens und ihrer Gesundheit. Diese Veränderungen sind wichtige Bestandteile des Entwicklungsverlaufs in dieser Altersspanne und des sozialen Umfelds. Es werden Grenzen ausgetestet, die eigene Identität

erforscht und gebildet, eigene Werte- und Normenvorstellungen geformt und die Beziehungen zu den Eltern und Gleichaltrigen neu ausgelotet. Zunehmend erlangen Gleichaltrige und Freunde einen höheren Stellenwert als das familiäre Umfeld und die Etablierung von Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen manifestiert sich zunehmend in dieser Altersspanne. Die Unterschiede zwischen den Klassenstufen spiegeln diese Veränderungen mit zunehmendem Alter und damit verbundene Altersunterschiede wider<sup>[106]</sup>.

Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sollten daher schon früh bei den Heranwachsenden einsetzen, um so frühestmöglich auffällige und belastete Heranwachsende identifizieren zu können und ihnen entsprechende Fördermaßnahmen zukommen zu lassen. Darüber hinaus scheinen ganzheitliche Maßnahmen der Prävention, die verschiedene Gesundheitsverhaltensweisen in den Blick nehmen (Verhaltensprävention) und gleichzeitig die unterschiedlichen sozialen Umfeldler der Heranwachsenden (Settings im Sinne der Verhältnisprävention) einbeziehen, besonders geeignet. Familie, Freunde und Freizeit, aber allen voran auch die Schule sind bedeutende Lern- und Lebensumwelten für junge Menschen, die die psychosoziale und gesundheitsbezogene Entwicklung maßgeblich mit beeinflussen. Der Schule kommt dabei ein besonderer Stellenwert zu. Hier verbringen die Kinder- und Jugendliche mit Beginn des Schulalters nicht nur ihre meiste Zeit, sondern es werden auch neue und vom familiären Umfeld abweichende Anforderungen an die Heranwachsenden gestellt<sup>[7,90,216,217]</sup>.

Für die Gesundheitsförderung und Prävention ist das Kindes- und Jugendalter eine zentrale Lebensphase, da hier die Weichen für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten im späteren Leben gestellt werden. Gesundheitsbezogene Interventionen im Kindes- und Jugendalter sollten nicht nur darauf abzielen, Krankheiten vorzubeugen und zu heilen, sondern Heranwachsende in die Lage zu versetzen, bestmöglich Herausforderungen zu bewältigen, welche ihnen im Laufe der Entwicklung begegnen – die Lebenswelt Schule bietet hierfür einen elementaren Ansatzpunkt<sup>[217]</sup>. Auch wenn sich die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Heranwachsenden in den letzten Jahrzehnten bereits verbessert hat<sup>[106,218,219]</sup> und auch die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der Heranwachsenden über eine gute Gesundheit berichtet, weisen sie dennoch auch in einigen Bereichen auf einen Handlungsbedarf hin, die einen belasteten Anteil an Heranwachsenden identifiziert. Auch bereits geringe Häufigkeiten von gesundheitsgefährdendem Verhalten sollten ein Anlass für Interventionsmaßnahmen sein, von denen jede Schule profitieren kann – nicht zuletzt, um einen positiven Trend zu etablieren bzw. weiter zu bestärken. Ebenso verdeutlichen die aufgezeigten Unterschiede nach soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen die weiterhin beständigen Ungleichheiten für ein gesundes Aufwachsen der jungen Generation. Daher stellt die Förderung von Chancengleichheit, individueller Potenziale und Kompetenzen sowie einer gesundheitsförderlichen und sozialen Umwelt für eine gesunde Entwicklung von Schüler\*innen in Sachsen-Anhalt, bundesweit und weltweit weiterhin ein priorisiertes Ziel für Wissenschaft, Politik und Praxis dar.





# LITERATUR

- [1] Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B. et al. (2016). *Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing*, The Lancet, 387, 2423.
- [2] Bengel, J., Meinders-Lücking, F., Rottmann, N. (2009). *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen: Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit*, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung BZgA, Köln.
- [3] Lyssenko, L., Rottmann, N., Bengel, J. (2010). *Resilienzforschung: Relevanz für Prävention und Gesundheitsförderung*, Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 53, 1067.
- [4] Poethko-Müller, C., Kuntz, B., Lampert, T., Neuhauser, H. (2018). *Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*, Journal of Health Monitoring, 3, 8.
- [5] World Health Organization. *The Ottawa Charter for Health Promotion*, Genf 1986.
- [6] World Health Organization. *Adolescents: health risks and solutions* 2018, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.
- [7] Hurrelmann, K., Quenzel, G. (2016). *Lebensphase Jugend: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*, Beltz Juventa, Weinheim, Basel.
- [8] Lampert, T. (2010). *Frühe Weichenstellung: Zur Bedeutung der Kindheit und Jugend für die Gesundheit im späteren Leben*, Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 53, 486.
- [9] Kuntz, B., Waldhauer, J., Moor, I., Rathmann, K., Richter, M., Orth, B. et al. (2018). *Zeitliche Entwicklung von Bildungsunterschieden im Rauchverhalten von Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus vier bevölkerungsweiten Studien*, Bundesgesundheitsblatt, 61, 7.
- [10] Due, P., Krølner, R., Rasmussen, M., Andersen, A., Trab Damsgaard, M., Graham, H. et al. (2011). *Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities*, Scandinavian journal of public health, 39, 62.
- [11] Dick, B., Ferguson, B. J. (2015). *Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade*, Journal of Adolescent Health, 56, 3.
- [12] Viner, R. M., Hargreaves, D. S., Motta, J. V. D. S., Horta, B., Mokdad, A. H., Patton, G. (2017). *Adolescence and Later Life Disease Burden: Quantifying the Contribution of Adolescent Tobacco Initiation From Longitudinal Cohorts*, Journal of Adolescent Health, 61, 171.
- [13] Inchley J, Currie D, Cosma A & Samdal O (2018). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, methodology and mandatory items for the 2017/18 survey*, St Andrews: CAHRU.
- [14] Sykes, L. L., Walker, R. L., Ngwakongnwi, E., Quan, H. (2010). *A systematic literature review on response rates across racial and ethnic populations*, Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique, 101, 213.
- [15] Moor, I., Kuipers, M. A. G., Lorant, V., Pförtner, T.-K., Kinnunen, J. M., Rathmann, K. et al. (2019). *Inequalities in adolescent self-rated health and smoking in Europe: comparing different indicators of socioeconomic status*, Journal of Epidemiology and Community Health, 73, 963.
- [16] Torsheim, T., Cavallo, F., Levin, K. A., Schnohr, C., Mazur, J., Niclasen, B. et al. (2016). *Psychometric Validation of the Revised Family Affluence Scale: A Latent Variable Approach*, Child Indicators Research, 9, 771.
- [17] Stevens, G., Walsh, S., Tel, H., HBSC Migration Writing Group (2018). *Migration*. In: (Hgs.). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory Items for the 2017/18 Survey. St. Andrews, 107.
- [18] Mauz, E., Gößwald, A., Kamtsiuris, P., et al. (2017). *Neue Daten für Taten.: Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet*, Berlin.
- [19] World Health Organization (WHO) (1946). *Constitution of the World Health Organization*, American Journal of Public Health and the Nations Health, 36, 1315.
- [20] Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*, Jossey-Bass, San Francisco.

- [21] Franzkowiak, P., Hurrelmann, K. (2018). *Gesundheit*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hgs.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Sabo. Schwabenheim, 175.
- [22] McDougall, J., Wright, V., Rosenbaum, P. (2010). *The ICF model of functioning and disability: Incorporating quality of life and human development*, *Developmental Neurorehabilitation*, 13, 204.
- [23] McDougall, J., Wright, V., Schmidt, J., Miller, L., Lowry, K. (2011). *Applying the ICF framework to study changes in quality-of-life for youth with chronic conditions*, *Developmental Neurorehabilitation*, 14, 41.
- [24] Pavot, W., Diener, E. (1993). *Review of the Satisfaction With Life Scale*, *Psychological Assessment*, 5, 164.
- [25] Ben-Aryē, Ā., Casas, F., Frønes, I., et al. (Hg.), 2014. *Handbook of child well-being: Theories, methods and policies in global perspective*, Springer Netherlands, Dordrecht, s.l.
- [26] Ottova, V., Hillebrandt, D., Ravens-Sieberer, U. (2012). *Trends in der subjektiven Gesundheit und des gesundheitlichen Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Studie 2002 bis 2010*, *Gesundheitswesen*, 74 Suppl, 15-24.
- [27] Ottová-Jordan, V., Smith, O. R. F., Augustine, L., Gobina, I., Rathmann, K., Torsheim, T. et al. (2015). *Trends in health complaints from 2002 to 2010 in 34 countries and their association with health behaviours and social context factors at individual and macro-level*, *European Journal of Public Health*, 25 Suppl 2, 83.
- [28] Bjorner, J. B., Forskningsrådsnämnden, Kristensen, T. S., et al. (1996). *Self-rated health: A useful concept in research, prevention and clinical medicine*, Swedish Council for Planning and Coordination of Research.
- [29] Ottova, V., Vollebergh, W., van Dorsselaer, S., Jericek Klanscek, H., Välimaa, R., Gobina, I. et al. (2018). *Health and Well-Being*. In: (Hgs.). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory Items for the 2017/18 Survey. St. Andrews, 65.
- [30] Erhart, M., Wille, N., Ravens-Sieberer, U. (2009). *Die Messung der subjektiven Gesundheit*. In: Hurrelmann, K., Richter, M. (Hgs.). *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Vol. 54, Springer. Wiesbaden, 335.
- [31] World Health Organization (2006). *Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents*, Kopenhagen.
- [32] 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.
- [33] Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). *Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH)*, *Der Nervenarzt*, 85, 77.
- [34] Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2010). *ICD-10-GM Version 2019, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision*, Köln.
- [35] Groen, G., Petermann, F. (2011). *Depressive Kinder und Jugendliche*, Hogrefe, Göttingen.
- [36] Maughan, B., Collishaw, S., Stringaris, A. (2013). *Depression in childhood and adolescence*, *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22, 35.
- [37] Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., Thapar, A. K. (2012). *Depression in adolescence*, *The Lancet*, 379, 1056.
- [38] Cosma, A. (2018). *Short Depression Scale (Center for Epidemiologic Studies Short Depression Scale (CES-D 10))*. In: (Hgs.). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Internal Protocol 2017/18, 397.
- [39] Bradley, K. L., Bagnell, A. L., Brannen, C. L. (2010). *Factorial validity of the Center for Epidemiological Studies Depression 10 in adolescents*, *Issues in mental health nursing*, 31, 408.
- [40] Swain, M. S., Henschke, N., Kamper, S. J., Gobina, I., Ottová-Jordan, V., Maher, C. G. (2014). *An international survey of pain in adolescents*, *BMC Public Health*, 14, 447.
- [41] Elgar, F. J., Pförtner, T.-K., Moor, I., Clercq, B. de, Stevens, G. W. J. M., Currie, C. (2015). *Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: A time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study*, *The Lancet*, 385, 2088.
- [42] Haugland, S., Wold, B. (2001). *Subjective health complaints in adolescence--reliability and validity of survey methods*, *Journal of Adolescence*, 24, 611.
- [43] Rask, K., Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Laippala, P. (2003). *Adolescent subjective well-being and family dynamics*, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 129.
- [44] 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, 303.

- [45] Moor, I., Lampert, T., Rathmann, K., Kuntz, B., Kolip, P., Spallek, J. et al. (2014). *Explaining educational inequalities in adolescent life satisfaction: Do health behaviour and gender matter?*, International Journal of Public Health, 59, 309.
- [46] Diseth, Å., Danielsen, A. G., Samdal, O. (2012). *A path analysis of basic need support, self-efficacy, achievement goals, life satisfaction and academic achievement level among secondary school students*, Educational Psychology, 32, 335.
- [47] Gobina, I., Zaborskis, A., Pudule, I., Kalnins, I., Villerusa, A. (2008). *Bullying and subjective health among adolescents at schools in Latvia and Lithuania*, International Journal of Public Health, 53, 272.
- [48] Samdal, O., Nutbeam, D., Wold, B., Kannas, L. (1998). *Achieving health and educational goals through schools—a study of the importance of the school climate and the students' satisfaction with school*, Health Education Research, 13, 383.
- [49] Cantril, H. (1965). *Pattern of human concerns*, Rutgers University Press.
- [50] Rehaag, R., Tils, G., Waskow, F., Brandl-Bredenbeck, H. P., Sygusch, R., Kraaibeek, H. K. et al. (2011). *Die Rolle von Ernährung und Bewegung*. In: KKH-Allianz (Hgs.). *Gesund jung?!*, Springer. Berlin, Heidelberg, 95.
- [51] Adolphus, K., Lawton, C. L., Dye, L. (2013). *The effects of breakfast on behavior and academic performance in children and adolescents*, Frontiers in Human Neuroscience, 7, 425.
- [52] KKH-Allianz (Hg.), 2011. *Gesund jung?!*, Springer, Berlin, Heidelberg.
- [53] Bucksch, J., Finne, E., Glücks, S., Kolip, P. (2012). *Die Entwicklung von Geschlechterunterschieden im gesundheitsrelevanten Verhalten Jugendlicher von 2001 bis 2010*, Gesundheitswesen, 74 Suppl, 56-62.
- [54] Medin, A. C., Myhre, J. B., Diep, L. M., Andersen, L. F. (2019). *Diet quality on days without breakfast or lunch: Identifying targets to improve adolescents' diet*, Appetite, 135, 123.
- [55] 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, 113.
- [56] Kelly, C., Lebacqz, T., Kukk, M., Eating and Dieting Focus Group (2018). *Eating Habits*. In: (Hgs.). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory Items for the 2017/18 Survey*. St. Andrews, 41.
- [57] Pedersen, T. P., Holstein, B. E., Laursen, B., Rasmussen, M. (2015). *Main meal frequency measures in the Health Behaviour in School-aged Children study: agreement with 7-day 24-h recalls*, International Journal of Public Health, 60, 945.
- [58] World Health Organization (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*, Genf.
- [59] Centers for Disease Control and Prevention (1997). *Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating*, The Journal of School Health, 67, 9.
- [60] Story, M., Neumark-Sztainer, D., French, S. (2002). *Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors*, Journal of the American Dietetic Association, 102, 40-51.
- [61] Kaikkonen, J. E., Mikkilä, V., Raitakari, O. T. (2014). *Role of childhood food patterns on adult cardiovascular disease risk*, Current Atherosclerosis Reports, 16, 443.
- [62] World Health Organization (2017). *Recommendations on adolescent health: Guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee*, Genf.
- [63] Vereecken, C. A., Rossi, S., Giacchi, M. V., Maes, L. (2008). *Comparison of a short food-frequency questionnaire and derived indices with a seven-day diet record in Belgian and Italian children*, International Journal of Public Health, 53, 297.
- [64] Lien, N., Lytle, L. A., Klepp, K. I. (2001). *Stability in consumption of fruit, vegetables, and sugary foods in a cohort from age 14 to age 21*, Preventive Medicine, 33, 217.
- [65] Mensink, G. B. M., Kleiser, C., Richter, A. (2007). *Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS)*, Bundesgesundheitsblatt, 50, 609.
- [66] Knopf, H., Rieck, A., Schenk, L. (2008). *Mundhygiene: Daten des KiGGS zum Karies-präventiven Verhalten*, Bundesgesundheitsblatt, 51, 1314.
- [67] Shearer, D. M., Thomson, W. M., Broadbent, J. M., Poulton, R. (2011). *Does maternal oral health predict child oral health-related quality of life in adulthood?*, Health and Quality of Life Outcomes, 9, 50.
- [68] Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (2012). *Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen – Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe: Gemeinsame Handlungsempfehlungen*, Berlin.

- [69] Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008). *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*, Berlin, Köln.
- [70] Honkala, S. (2018). *Oral Health*. In: (Hgs.). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory Items for the 2017/18 Survey. St. Andrews, 46.
- [71] Honkala, E., Rajala, M., Rimpelä, M. (1981). *Oral hygiene habits among adolescents in Finland*, Community dentistry and oral epidemiology, 9, 61.
- [72] Bouchard, C., Blair, S. N., Haskell, W. L. (Hg.), 2012. *Physical activity and health*, Human Kinetics, Champaign.
- [73] Bucksch, J., Sigmund, E., Badura, P., Tesler, R., Ng, K., Inchley, J., Tynjala, J. et al. (2018). *Physical Activity*. In: (Hgs.). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory Items for the 2017/18 Survey. St. Andrews, 60.
- [74] Iannotti, R. J., Janssen, I., Haug, E., Kololo, H., Annaheim, B., Borraccino, A. (2009). *Interrelationships of adolescent physical activity, screen-based sedentary behaviour, and social and psychological health*, International Journal of Public Health, 54 Suppl 2, 191.
- [75] Singh, A., Uijtewilligen, L., Twisk, J. W. R., van Mechelen, W., Chinapaw, M. J. M. (2012). *Physical activity and performance at school: A systematic review of the literature including a methodological quality assessment*, Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 166, 49.
- [76] Prochaska, J. J., Sallis, J. F., Long, B. (2001). *A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care*, Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 155, 554.
- [77] Ojala, K., Kenny, U. (2018). *Body Image*. In: (Hgs.). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory Items for the 2017/18 Survey. St. Andrews, 31.
- [78] Oerter, R., Dreher, E. (2008). *Jugendalter*. In: Oerter, R., Montada, L. (Hgs.). Entwicklungspsychologie, Beltz. Weinheim, 271.
- [79] Steinberg, L., Morris, A. S. (2001). *Adolescent development*, Annual Review of Psychology, 52, 83.
- [80] Davison, K. K., Werder, J. L., Trost, S. G., Baker, B. L., Birch, L. L. (2007). *Why are early maturing girls less active? Links between pubertal development, psychological well-being, and physical activity among girls at ages 11 and 13*, Social Science & Medicine, 64, 2391.
- [81] Hayward, C., Sanborn, K. (2002). *Puberty and the emergence of gender differences in psychopathology*, The Journal of Adolescent Health, 30, 49.
- [82] Blake, C. (2015). *Wie mediale Körperdarstellungen die Körperzufriedenheit beeinflussen*, Springer, Wiesbaden.
- [83] World Health Organization (2016). *Report of the commission on ending childhood obesity*, Genf.
- [84] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. *Übergewicht vorbeugen bei Kindern und Jugendlichen*, <https://www.uebergewicht-vorbeugen.de/>.
- [85] Kelly, C. (2018). *Eating and Dieting*. In: (Hgs.). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Internal Protocol 2017/18, 305.
- [86] Effertz, T., Linder, R., Verheyen, F. (2016). „Ökonomische und intangible Kosten des Cannabiskonsums in Deutschland“: Ergänzende Bemerkungen und Antwort auf den Leserbrief von Manthey und Rehm, SUCHT, 62, 246.
- [87] Moor, I., Winter, K., Rathmann, K., Ravens-Sieberer, U., Richter, M. (2020). *Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum im Jugendalter: Querschnittergebnisse der HBSC-Studie 2017/18*, Journal of Health Monitoring, 5, 73-92.
- [88] Moor, I., Heilmann, K., Hinrichs, R., Richter, M. (2019). *Ist Alkohol out?: Ergebnisse der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie*, Public Health Forum, 27, 269.
- [89] Klärner, A., Gamper, M., Keim-Klärner, S., et al. (Hg.), 2020. *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten*, Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden.
- [90] Piquart, M. (2019). *Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter*. In: Tiemann, M., Mohokum, M. (Hgs.). Prävention und Gesundheitsförderung, Springer. Berlin, Heidelberg, 1.
- [91] Küfner, H., Metzner, C. (2011). *Drogenmissbrauch und -abhängigkeit*. In: Wittchen, H. U., Hoyer, J. (Hgs.). Klinische Psychologie & Psychotherapie, Springer. Berlin, Heidelberg, 715.
- [92] Levy, S., Schizer, M. A., Green L.S. (2019). *Developmental perspectives and risk factors for substance use*. In: Welsh, J. W., Hadland, S. E. (Hgs.). Treating Adolescent Substance Use, Springer. Cham, 15.
- [93] Moor, I., Schumann, N., Hoffmann, L., Rathmann, K., Richter, M. (2016). *Tabak-, Alkohol und Cannabiskonsum im Jugendalter*. In: Bilz, L., Sudeck, G., Bucksch, J., Klocke, A., Kolip, P., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U., Richter, M. (Hgs.). Schule und Gesundheit: Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheits surveys 'Health Behaviour in School-aged Children', Beltz Juventa. Weinheim, 65.

- [94] Orth, B., Merkel, C. (2019). *Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland: Ergebnisse des Alkoholsurveys 2018 und Trends*, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- [95] Kuntsche, E., Gmel, G. (2013). *Alcohol consumption in late adolescence and early adulthood--where is the problem?*, *Swiss medical weekly*, 143, w13826.
- [96] Singer, M. V., Teyssen, S. (2005). *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten: Grundlagen-Diagnostik-Therapie*, Springer, Berlin, Heidelberg.
- [97] Riegg, F., Pogarell, O. (2012). *Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*, *Pädiatrische Praxis*, 79, 137.
- [98] Vieno, A., Inchley, J., Moor, I., Heilmann, K. (2018). *Introduction*. In: Inchley, J., Currie, D., Vieno, A., Torsheim, T., Ferreira-Borges, C., Weber, M. M., ..., Breda, J. (Hgs.). *Adolescent alcohol-related behaviours: Trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014*, World Health Organization, Kopenhagen, 1.
- [99] Donath, C. (2016). *Binge Drinking unter Jugendlichen*. In: Lenhard, W. (Hgs.). *Psychische Störungen bei Jugendlichen: Ausgewählte Phänomene und Determinanten*, Springer, Berlin, Heidelberg, 167.
- [100] Stolle, M., Sack, P.-M., Thomasius, R. (2009). *Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter: Epidemiologie, Auswirkungen und Intervention*, *Deutsches Ärzteblatt International*, 106, 323.
- [101] Brown, S. A., McGue, M., Maggs, J., Schulenberg, J., Hingson, R., Swartzwelder, S. et al. (2008). *A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age*, *Pediatrics*, 121, 290-310.
- [102] van Dorsselaer, S., Vieno, A., Pavlova, D., Risk Behaviour Focus Group (2018). *Alcohol Use*. In: (Hgs.). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory Items for the 2017/18 Survey*. St. Andrews, 74.
- [103] Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., et al. *The 2007 ESPAD report: Substance use among students in 35 European countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs, Stockholm.
- [104] Winter, K., Kuhlencord, M., Moor, I. (2020). *HBSC-Studie: Kinder und Jugendliche »im Rausch«*, *Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis*.
- [105] Inchley, J., Currie, D., Vieno, A., et al. (Hg.), 2018. *Adolescent alcohol-related behaviours: Trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014*, World Health Organization, Kopenhagen.
- [106] Inchley, J., Currie, D., Young, T., et al. (2016). *Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being: Health Behaviour in School-aged Children Study: International Report from the 2013/2014 Survey*, World Health Organization, Kopenhagen.
- [107] Gossrau-Breen, D., Kuntsche, E., Gmel, G. (2010). *My older sibling was drunk - younger siblings' drunkenness in relation to parental monitoring and the parent-adolescent relationship*, *Journal of Adolescence*, 33, 643.
- [108] World Health Organization (2018). *Global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025: Second Edition*, Genf.
- [109] Mons, U., Kahnert, S. (2019). *Neuberechnung der tabakattributablen Mortalität: Nationale und regionale Daten für Deutschland*, *Gesundheitswesen*, 81, 24.
- [110] Schulze, A., Mons, U., Lampert, T. (2007). *Ausmaß und Folgen des Tabakkonsums und Passivrauchens in Deutschland*, *Journal für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit*, 2, 323.
- [111] Mathers, M., Toumbourou, J. W., Catalano, R. F., Williams, J., Patton, G. C. (2006). *Consequences of youth tobacco use: A review of prospective behavioural studies*, *Addiction*, 101, 948.
- [112] Orth, B., Merkel, C. (2019). *Rauchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland 2018*, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- [113] Zeiher, J., Lange, C., Starker, A., Lampert, T., & Kuntz, B. (2018). *Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17 Jährigen in Deutschland: Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*, *Journal of Health Monitoring*, 3, 23.
- [114] Pavlova, D., Alessio, V., van Dorsselaer, S., Risk Behaviour Focus Group (2018). *Tobacco Use*. In: (Hgs.). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory Items for the 2017/18 Survey*. St. Andrews, 79.
- [115] Bachman, J. G., Johnston, L. D., O'Malley, P. M. (2008). *Monitoring the Future: A Continuing Study of the Lifestyles and Values of Youth, 1976-1992: Concatenated Core File*.
- [116] Rosenbaum, J. E. (2009). *Truth or consequences: the intertemporal consistency of adolescent self-report on the Youth Risk Behavior Survey*, *American journal of epidemiology*, 169, 1388.
- [117] Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2019). *Germany Country Drug Report 2019*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.

- [118] World Drug Report (2018). *Executive summary: Conclusions and policy implications*, United Nations Publication, Wien.
- [119] Orth, B. & Merkel, C. (2019). *Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2018*, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- [120] Hecimovic, K., Barrett, S. P., Darredeau, C., Stewart, S. H. (2014). *Cannabis use motives and personality risk factors*, *Addictive Behaviors*, 39, 729.
- [121] Hoch, E., Bonnetn, U., Thomasius, R., Ganzer, F., Havemann-Reinecke, U., Preuss, U. W. (2015). *Risks associated with the non-medicinal use of cannabis*, *Deutsches Ärzteblatt International*, 112, 271.
- [122] Karila, L., Roux, P., Rolland, B., Benyamina, A., Reynaud, M., Aubin, H.-J. et al. (2014). *Acute and long-term effects of cannabis use: A review*, *Current Pharmaceutical Design*, 20, 4112.
- [123] Volkow, N. D., Baler, R. D., Compton, W. M., Weiss, S. R. B. (2014). *Adverse health effects of marijuana use*, *The New England Journal of Medicine*, 370, 2219.
- [124] Coffey, C., Patton, G. C. (2016). *Cannabis Use in Adolescence and Young Adulthood: A Review of Findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study*, *Canadian Journal of Psychiatry*, 61, 318.
- [125] Gobbi, G., Atkin, T., Zytynski, T., Wang, S., Askari, S., Boruff, J. et al. (2019). *Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood: A systematic review and meta-analysis*, *JAMA Psychiatry*.
- [126] Vienno, A., Marino, C., Pavlova, D., Risk Behaviour Focus Group (2018). *Cannabis Use*. In: (Hgs.). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory Items for the 2017/18 Survey*. St. Andrews, 83.
- [127] Molinaro, S., Siciliano, V., Curzio, O., Denoth, F., Mariani, F. (2012). *Concordance and consistency of answers to the self-delivered ESPAD questionnaire on use of psychoactive substances*, *International journal of methods in psychiatric research*, 21, 158.
- [128] Richter, M., Heilmann, K., Moor, I. (2020). *The Good, the Bad and the Ugly: Die Beziehung zwischen sozialer Mediennutzung, subjektiver Gesundheit und Risikoverhalten im Kindes- und Jugendalter*, *Gesundheitswesen*.
- [129] Kim, H. H.-s. (2017). *The impact of online social networking on adolescent psychological well-being (WB): a population-level analysis of Korean school-aged children*, *International Journal of Adolescence and Youth*, 22, 364.
- [130] Mascheroni, G., Ólafsson, K. (2014). *Net children go mobile: Risks and opportunities*, Educatt, Milano.
- [131] American Academy of Pediatrics (2013). *Children, adolescents, and the media*, *Pediatrics*, 132, 958.
- [132] Australian Government Department of Health. *Australia's physical activity and sedentary behaviour guidelines and the Australian 24-Hour movement guidelines*, <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-strateg-phys-act-guidelines>.
- [133] Inchley, J., Currie, D., Jewell, J., et al. (2017). *Adolescent obesity and related behaviours: Trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014*, World Health Organization, Kopenhagen.
- [134] Best, P., Manktelow, R., Taylor, B. (2014). *Online communication, social media and adolescent wellbeing: A systematic narrative review*, *Children and Youth Services Review*, 41, 27.
- [135] Li, S., Jin, X., Wu, S., Jiang, F., Yan, C., Shen, X. (2007). *The impact of media use on sleep patterns and sleep disorders among school-aged children in China*, *Sleep*, 30, 361.
- [136] Gommans, R., Stevens, G. W. J. M., Finne, E., Cillessen, A. H. N., Boniel-Nissim, M., ter Bogt, T. F. M. (2015). *Frequent electronic media communication with friends is associated with higher adolescent substance use*, *International Journal of Public Health*, 60, 167.
- [137] Uhls, Y. T., Ellison, N. B., Subrahmanyam, K. (2017). *Benefits and costs of social media in adolescence*, *Pediatrics*, 140, 67-570.
- [138] van den Eijnden, R., Boniel-Nissim, M. (2018). *Electronic Media Communication*. In: (Hgs.). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory Items for the 2017/18 Survey*. St. Andrews, 123.
- [139] Huang, G. C., Unger, J. B., Soto, D., Fujimoto, K., Pentz, M. A., Jordan-Marsh, M. et al. (2014). *Peer influences: The impact of online and offline friendship networks on adolescent smoking and alcohol use*, *The Journal of Adolescent Health*, 54, 508.
- [140] Lenhart, A., Smith, A., Anderson, M., Duggan, M., Perrin, A. (2015). *Teens, technology and friendships: Video games, social media and mobile phones play an integral role in how teens meet and interact with friends*, Pew Research Center, <http://www.pewinternet.org/2015/08/06/teens-technology-and-friendships/>.

- [141] Valkenburg, P. M., Peter, J. (2011). *Online communication among adolescents: An integrated model of its attraction, opportunities, and risks*, The Journal of Adolescent Health, 48, 121.
- [142] EU Kids Online (2014). *EU Kids Online: Findings, Methods, Recommendations*, London, UK.
- [143] Rumpf, H.-J., Meyer, C., Kreuze, A., et al. *Prävalenz der Internetabhängigkeit: Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit* 2019, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Drogen\\_und\\_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Studie\\_Praevalenz\\_der\\_Internetabhaengigkeit\\_PINTA\\_.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Studie_Praevalenz_der_Internetabhaengigkeit_PINTA_.pdf).
- [144] Fors, P. Q., Barch, D. M. (2019). *Differential relationships of child anxiety and depression to child report and parent report of electronic media use*, Child Psychiatry and Human Development.
- [145] Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E. et al. (2016). *The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study*, Psychology of Addictive Behaviors, 30, 252.
- [146] Ko, C.-H., Yen, J.-Y., Chen, C.-S., Yeh, Y.-C., Yen, C.-F. (2009). *Predictive values of psychiatric symptoms for internet addiction in adolescents: A 2-year prospective study*, Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 163, 937.
- [147] van den Eijnden, R. J.J.M., Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M. (2016). *The Social Media Disorder Scale*, Computers in Human Behavior, 61, 478.
- [148] Bucksch, J., Glücks, S.-C., Kolip, P. (2012). *Sexual- und Verhütungsverhalten 15-jähriger Mädchen und Jungen in Deutschland*. In: Kolip, P., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. (Hgs.). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter aus Geschlechterperspektive: Nationaler Bericht zur WHO-Studie Health Behaviour in School-aged Children 2009/10*, Juventa. Weinheim, 96.
- [149] Költő, A., Godeau, E., Nic Gabhainn, S., Young, H., Magnusson, J., Moreau, N. et al. (2018). *Sexual Health*. In: (Hgs.). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory Items for the 2017/18 Survey*. St. Andrews, 93.
- [150] Bode, H., Heßling, A. (2016). *Jugendsexualität 2015: Die Perspektive der 14-bis 25-Jährigen*, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- [151] Quenzel, G. (2015). *Entwicklungsaufgaben und Gesundheit im Jugendalter*, Beltz Juventa, Weinheim, Basel.
- [152] Avery, L., Lazdane, G. (2010). *What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe?*, The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 15, 54.
- [153] Finer, L. B., Philbin, J. M. (2013). *Sexual initiation, contraceptive use, and pregnancy among young adolescents*, Pediatrics, 131, 886.
- [154] Doran, K. A., Waldron, M. (2017). *Timing of first alcohol use and first sex in male and female adolescents*, The Journal of Adolescent Health, 61, 606.
- [155] Centers for Disease Control and Prevention, CDC (2020). *Youth Risk Behavior Surveillance - United States 2019*, Morbidity and Mortality Weekly Report, 1, 1.
- [156] Holmes, K. K., Levine, R., Weaver, M. (2004). *Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections*, Bulletin of the World Health Organization, 82, 454.
- [157] Bremer, V., Dudareva-Vizule, S., Buder, S., der Heiden, M. an, Jansen, K. (2017). *Sexuell übertragbare Infektionen in Deutschland: Die aktuelle epidemiologische Lage*, Bundesgesundheitsblatt, 60, 948.
- [158] Quenzel, G. (2015). *Entwicklungsaufgaben und Gesundheit im Jugendalter*, Beltz Juventa, Weinheim, Basel.
- [159] Tabak, I., Klemera, E., Orkenyi, A., Moreno, C., Zaborskis, A., Roos, S. de et al. (2018). *Family Culture*. In: (Hgs.). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory Items for the 2017/18 Survey*. St. Andrews, 50.
- [160] Remsperger-Kehm, R., Pötter, N., Schäfer, A., Scherschel, K., Hafezi, W. (2019). *Sozialisation und Soziale Arbeit in unterschiedlichen Lebensphasen und Erfahrungskontexten*. In: Grendel, T. (Hgs.). *Sozialisation und Soziale Arbeit*, Springer Fachmedien Wiesbaden. Wiesbaden, 73.
- [161] Wang, Y., Chen, M., Lee, J. H. (2019). *Adolescents' Social Norms across Family, Peer, and School Settings: Linking Social Norm Profiles to Adolescent Risky Health Behaviors*, Journal of Youth and Adolescence, 48, 935.
- [162] Lenzi, M., Boniel-Nissim, M., Gommans, R., Matos, M., Peer Culture Focus Group, collaboration with Brooks, F. in et al. (2018). *Peer Culture*. In: (Hgs.). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory Items for the 2017/18 Survey*. St. Andrews, 56.
- [163] Jiménez-Iglesias, A., Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F. (2014). *What family dimensions are important for health-related quality of life in adolescence?*, Journal of Youth Studies, 18, 53.

- [164] Moore, G. F., Cox, R., Evans, R. E., Hallingberg, B., Hawkins, J., Littlecott, H. J. et al. (2018). *School, peer and family relationships and adolescent substance use, subjective wellbeing and mental health symptoms in wales: A cross sectional study*, Child Indicators Research, 11, 1951.
- [165] Stadler, C., Feifel, J., Rohrmann, S., Vermeiren, R., Poustka, F. (2010). *Peer-victimization and mental health problems in adolescents: Are parental and school support protective?*, Child Psychiatry and Human Development, 41, 371.
- [166] Cho, S., Lee, J. M. (2018). *Explaining physical, verbal, and social bullying among bullies, victims of bullying, and bully-victims: Assessing the integrated approach between social control and lifestyles-routine activities theories*, Children and Youth Services Review, 91, 372.
- [167] Copeland, W. E., Wolke, D., Angold, A., Costello, E. J. (2013). *Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence*, JAMA Psychiatry, 70, 419.
- [168] Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., Farley, G. K. (1988). *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support*, Journal of Personality Assessment, 52, 30.
- [169] Tomé, G., Gaspar de Matos, M., Camacho, I., Simões, C., Diniz, J. A. (2012). *Portuguese adolescents: The importance of parents and peer groups in positive health*, The Spanish Journal of Psychology, 15, 1315.
- [170] Kim, H. H.-S., Chun, J. (2018). *Analyzing multilevel factors underlying adolescent smoking behaviors: The roles of friendship network, family relations, and school environment*, The Journal of School Health, 88, 434.
- [171] Kuntsche, E. N., Gmel, G. (2004). *Emotional wellbeing and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence*, Addiction, 99, 331.
- [172] Markkanen, I., Välimaa, R., Kannas, L. (2019). *Associations between students' perceptions of the psychosocial school environment and indicators of subjective health in finnish comprehensive schools*, Children & Society, 48, 168.
- [173] Rathmann, K., Herke, M., Hurrelmann, K., Richter, M. (2018). *Klassenklima, schulisches Wohlbefinden und Gesundheit von Schülerinnen und Schülern in Deutschland: Ergebnisse des Nationalen Bildungspanels (NEPS)*, Gesundheitswesen, 80, 332.
- [174] Vaičiūnas, T., Šmigelskas, K. (2019). *The role of school-related well-being for adolescent subjective health complaints*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 16.
- [175] Bilz, L. (2013). *Die Bedeutung des Klassenklimas für internalisierende Auffälligkeiten von 11- bis 15-Jährigen*, Psychologie in Erziehung und Unterricht, 60.
- [176] Simetin, I. P., Kuzman, M., Fanelic, I. P., Pristas, I., Benjak, T., Dezeljin, J. D. (2011). *Inequalities in Croatian pupils' unhealthy behaviours and health outcomes: Role of school, peers and family affluence*, European Journal of Public Health, 21, 122.
- [177] Melzer, W., Schubarth, W. (2016). *Gewalt in der Schule und die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern*, Bundesgesundheitsblatt, 59, 66.
- [178] Grewe, N. (2017). *Soziale Interaktion und Klassenklima*. In: Schweer, M. K.W. (Hgs.). *Lehrer-Schüler-Interaktion: Inhaltsfelder, Forschungsperspektiven und methodische Zugänge*, Springer. Wiesbaden, 547.
- [179] Hascher, T., Hagenauer, G. (2011). *Schulisches Wohlbefinden im Jugendalter*. In: Ittel, A., Merkens, H., Stecher, L. (Hgs.). *Jahrbuch Jugendforschung*, Vol. 31, Springer. Wiesbaden, 15.
- [180] Joyce, H. D., Early, T. J. (2014). *The impact of school connectedness and teacher support on depressive symptoms in adolescents: A multilevel analysis*, Children and Youth Services Review, 39, 101.
- [181] Vogel, M., Rees, C. E., McCuddy, T., Carson, D. C. (2015). *The highs that bind: School context, social status and marijuana use*, Journal of Youth and Adolescence, 44, 1153.
- [182] Rossen, F. V., Lucassen, M. F. G., Fleming, T. M., Sheridan, J., Denny, S. J. (2016). *Adolescent gambling behaviour, a single latent construct and indicators of risk: Findings from a national survey of New Zealand high school students*, Asian Journal of Gambling Issues and Public Health, 6, 7.
- [183] Picoito, J., Santos, C., Loureiro, I., Aguiar, P., Nunes, C. (2019). *Gender-specific substance use patterns and associations with individual, family, peer, and school factors in 15-year-old Portuguese adolescents: A latent class regression analysis*, Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 13, 21.
- [184] Freeman, J., Samdal, O., Klinger, D., Currie, D., Teutsch, F., Garcia-Moya, I. et al. (2018). *School Setting*. In: (Hgs.). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory Items for the 2017/18 Survey*. St. Andrews, 87.
- [185] Bilz, L. (2008). *Schule und psychische Gesundheit*, Springer, Wiesbaden.
- [186] Torsheim, T., Wold, B. (2001). *School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: A multilevel approach*, Journal of Adolescence, 24, 701.



- [187] Vandendriessche, A., Ghekiere, A., van Cauwenberg, J., Clercq, B. de, Dhondt, K., DeSmet, A. et al. (2019). *Does sleep mediate the association between school pressure, physical activity, screen time, and psychological symptoms in early adolescents?: A 12-country study*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 16.
- [188] Plenty, S., Ostberg, V., Almqvist, Y. B., Augustine, L., Modin, B. (2014). *Psychosocial working conditions: An analysis of emotional symptoms and conduct problems amongst adolescent students*, Journal of Adolescence, 37, 407.
- [189] Ravens-Sieberer, U., Kokonyei, G., Thomas, C. (2004). *School and health*. In: Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. (Hgs.). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey*, World Health Organization. Kopenhagen, 184.
- [190] Ritter, M., Bilz, L., Melzer, W. (2016). *Schulische und außerschulische Unterstützung als Ressource für die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern*. In: Bilz, L., Sudeck, G., Bucksch, J., Klocke, A., Kolip, P., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U., Richter, M. (Hgs.). *Schule und Gesundheit: Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheits surveys 'Health Behaviour in School-aged Children'*, Beltz Juventa. Weinheim, 181.
- [191] Hargreaves, D. S. (2012). *Country-level correlations between school experience and health behaviour: The Health Behaviour in School-aged Children survey 2005-6*, Archives of Disease in Childhood, 97, A63.2.
- [192] Torsheim, T., Wold, B., Samdal, O. (2000). *The Teacher and Classmate Support Scale*, School Psychology International, 21, 195.
- [193] Perra, O., Fletcher, A., Bonell, C., Higgins, K., McCrystal, P. (2012). *School-related predictors of smoking, drinking and drug use: Evidence from the Belfast Youth Development Study*, Journal of Adolescence, 35, 315.
- [194] 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, 641.
- [195] Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., Giles, W. H. (2001). *Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study*, JAMA, 286, 3089.
- [196] Gini, G., Pozzoli, T. (2013). *Bullied children and psychosomatic problems: A meta-analysis*, Pediatrics, 132, 720.
- [197] Schubert, I., Horch, K. (2004). *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*, Robert-Koch-Institut, Berlin.
- [198] Takizawa, R., Maughan, B., Arseneault, L. (2014). *Adult health outcomes of childhood bullying victimization: Evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort*, The American Journal of Psychiatry, 171, 777.
- [199] Cosma, A., Walsh, S. (2018). *Bullying*. In: (Hgs.). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory Items for the 2017/18 Survey*. St. Andrews, 115.
- [200] Fischer, S. M., John, N., Melzer, W., Wüstner, A., Winter, K., Bilz, L. (2020). *Mobbing und Cybermobbing bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Querschnittergebnisse der HBSC-Studie 2017/2018 und Trends*, Journal of Health Monitoring, 5, 56-72.
- [201] Andresen, S., Wilmes, J., Möller, R. (2019). *Children's Worlds+*, Bertelsmann Stiftung.
- [202] Callaghan, M., Kelly, C., Molcho, M. (2019). *Bullying and bystander behaviour and health outcomes among adolescents in Ireland*, Journal of Epidemiology and Community Health, 73, 416.
- [203] Popow, C., Ohmann, S., Paulus, F. (2018). *„Cyberbullying“ unter Jugendlichen*, Monatsschrift Kinderheilkunde, 166, 498.
- [204] Olweus, D. (1986). *The Olweus Bully/Victim Questionnaire*, Bergen.
- [205] Olweus, D. (1996). *The revised Olweus Bully/Victim Questionnaire*, Bergen.
- [206] Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. (2003). *WHO-Jugendgesundheits survey: Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland*, Erziehungswissenschaft, 27, 79.
- [207] Willems, D., van Santen, E. (2014). *Verletzte Jugend-Jugendliche als Opfer von Schlägereien: Empirische Ergebnisse des DJISurveys „Aufwachsen in Deutschland: Alltagswelten“*, Diskurs Kindheits- und Jugendforschung/Discourse. Journal of Childhood and Adolescence Research, 9.
- [208] Brener, N. D., Collins, J. L., Kann, L., Warren, C. W., Williams, B. I. (1995). *Reliability of the Youth Risk Behavior Survey Questionnaire*, American journal of epidemiology, 141, 575.
- [209] Cosma, A., Walsh, S. (2018). *Fighting*. In: (Hgs.). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory Items for the 2017/18 Survey*. St. Andrews, 112.

- [210] Ulbrich-Herrmann, M. (2001). *Gewaltförmiges Verhalten*, ZIS - GESIS Leibniz Institute for the Social Sciences.
- [211] Spiess, G. (2012). *Jugendkriminalität in Deutschland – zwischen Fakten und Dramatisierung: Kriminalstatistische und kriminologische Befunde*.
- [212] Reinecke, J., Stemmler, M., Arnis, M., El-Kayed, N., Meinert, J., Pöge, A. et al. (2013). *Entstehung und Entwicklung von Kinder- und Jugenddelinquenz: Erste Ergebnisse einer Längsschnittstudie*, Neue Kriminalpolitik, 25, 207.
- [213] Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., et al. (Hg.), 2012. *Social determinants of health and well-being among young people: Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey*, World Health Organization, Copenhagen.
- [214] Patton, G. C., Viner, R. M., Le Linh, C., Ameratunga, S., Fatusi, A. O., Ferguson, B. J. et al. (2010). *Mapping a global agenda for adolescent health*, The Journal of adolescent health official publication of the Society for Adolescent Medicine, 47, 427.
- [215] Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A. et al. (2012). *Adolescence and the social determinants of health*, The Lancet, 379, 1641.
- [216] Hurrelmann, K., Bauer, U. (2015). *Einführung in die Sozialisationstheorie: Das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung*, Beltz, Weinheim.
- [217] Kultusministerkonferenz (KMK) der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2012). *Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule: Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012*.
- [218] Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Finger, J. D., Hölling, H., Lange, M. et al. (2019). *Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Zeitliche Entwicklung und Trends der KiGGS-Studie*.
- [219] Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S.-J., Dick, B., Ezeh, A. C. et al. (2012). *Adolescence: a foundation for future health*, The Lancet, 379, 1630.



## **IMPRESSUM**

### **HBSC-Studie Sachsen-Anhalt**

**Leitung:** Prof. Dr. Matthias Richter

**Koordination & Co-Leitung:** Dr. Irene Moor

**Verantw. Projektmitarbeiterin & Studienbetreuung:** Kristina Winter, M.A.

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Institut für Medizinische Soziologie (IMS)

Medizinische Fakultät

Magdeburger Str. 8, 06112 Halle (Saale)

**Kontakt:** [hbsc.sachsen-anhalt@medizin.uni-halle.de](mailto:hbsc.sachsen-anhalt@medizin.uni-halle.de)

© HBSC-Studie Sachsen-Anhalt

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des HBSC-Teams Sachsen-Anhalt