hbsc
HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN
LËTZEBUERG / LUXEMBOURG

Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen im Schulalter in Luxemburg

Bericht über die HBSC-Umfrage 2022 in Luxemburg

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN:
KOLLABORATIVE LÄNDERÜBERGREIFENDE STUDIE DER WELTGESUNDHEITSORGANISATION (HBSC)

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de l'Éducation nationale,
de l'Enfance et de la Jeunesse

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale
Direction de la santé

uni.lu
FAKULTÄT FÜR GEISTESWISSENSCHAFTEN,
ERZIEHUNGSWISSENSCHAFTEN
UND SOZIALWISSENSCHAFTEN

Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen im Schulalter in Luxemburg

Bericht über die HBSC-Umfrage 2022 in Luxemburg

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN:
KOLLABORATIVE LÄNDERÜBERGREIFENDE
STUDIE DER WELTGESUNDHEITSORGANISATION (HBSC)

Carolina Catunda
Felipe G. Mendes
Joana Lopes Ferreira

Bibliographische Angaben:

Catunda, Carolina; Mendes, Felipe G.; Lopes Ferreira, Joana (2023).
Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen im Schulalter in Luxemburg –
Bericht über die HBSC-Umfrage 2022 in Luxemburg. Esch-sur-Alzette.

© Universität Luxemburg und Autoren; April 2024

ISBN: 978-2-87971-202-4

Gedruckt von: reka print+, Ehlerange, Luxemburg

Inhalt

Mitwirkende VII
Autoren VII
Team HBSC Luxemburg VII
Danksagung IX
Zusammenfassung XI
Risikoverhaltensweisen 1
Alkoholkonsum und Rauscherfahrungen 4
Alkoholkonsum 4
Trunkenheit 6
Zigaretten- und E-Zigarettenkonsum 8
Zigarettenkonsum 8
Konsum von E-Zigaretten 10
Cannabiskonsum und -akzeptanz 13
Cannabiskonsum 13
Alter beim Erstkonsum von Cannabis 15
Cannabisakzeptanz 16
Geschlechtsverkehr und Verhütung 19
Geschlechtsverkehr 19
Alter beim ersten Geschlechtsverkehr 20
Empfängnisverhütung 21
Problematische Nutzung von sozialen Medien 24
Mobbing und Teilnahme an Schlägereien 26
Mobbing 26
Erfahrungen von Jugendlichen, die gemobbt werden 26
Erfahrung mit Mobbing als Täter oder Täterin 27
Teilnahme an Schlägereien 29
Mobbing in Schulen: eine genauere Betrachtung 31
Einleitung 31
Methode 32
Ergebnisse und Diskussion 32
Schlussfolgerungen und Perspektiven 37
Anhang 41
Literaturverzeichnis 93
Liste der Abbildungen 103
Liste der Tabellen 105
Abkürzungen 107

Mitwirkende

Autoren

Dr. Carolina Catunda	Oberassistent, Universität Luxemburg
Dr. Felipe G Mendes	Postdoktorand, Universität Luxemburg
Joana Lopes Ferreira, M.Sc.	Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Universität Luxemburg

Team HBSC Luxemburg

Dr. Romain Brisson	Universität Luxemburg
Dr. Carolina Catunda	Co-Projektleiter, Universität Luxemburg
Dr. Senad Karavdic	*Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques* (SCRIPT)
Joana Lopes Ferreira, M.Sc.	Universität Luxemburg
Dr. Felipe G Mendes	Universität Luxemburg
Dr. Maud Moinard	Co-Projektleiter, Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit/Gesundheitsbehörde
Dr. Josepha Nell	Ministerium für Bildung, Kinder und Jugend
Dr. Katharina K. Pucher	Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit/Gesundheitsbehörde
Dr. Caroline Residori	Universität Luxemburg
Prof. Dr. Robin Samuel	Universität Luxemburg
Aurélie Ventujol, M.Sc.	*Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques* (SCRIPT)
Raoul Wirion, M.A.	Ministerium für Bildung, Kinder und Jugend

Danksagung

Die Studie *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) wurde 1982 ins Leben gerufen und wird seither alle vier Jahre mit dem Ziel durchgeführt, Einblicke in Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen zu erhalten und diese zu fördern. Aktuell nehmen mehr als 50 Länder an der internationalen Studie teil, seit 2006 auch Luxemburg. Der Vergleich von Daten über mehrere Jahre und Länder hinweg versetzt politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger, Lehrkräfte, Schülerinnen und Schüler, Eltern sowie alle, die sich für die Gesundheit der heranwachsenden Generation interessieren, in die Lage, fundierte Entscheidungen zu treffen.

Dieser Bericht zur HBSC-Umfrage 2022 konnte nur dank der Unterstützung vieler Menschen erstellt werden, die zur Datenerhebung und -verarbeitung beigetragen haben. Wir möchten diese Gelegenheit nutzen, um ihnen zu danken.

HBSC ist eine internationale Umfrage, die in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa – durchgeführt wird. Wir möchten der internationalen Koordinatorin der Umfrage 2021/22, Dr. Joanna Inchley von der Universität Glasgow, danken. Zudem geht unser Dank an die Datenbankmanagerin, Professorin Oddrun Samdal von der Universität Bergen, und an Joe Hancock vom Internationalen Koordinierungszentrum in Glasgow, der die Grafik für diesen Bericht entwickelt hat.

Der luxemburgische Teil der HBSC-Studie wird seit 2016 von drei Projektpartnern organisiert: der Universität Luxemburg, dem Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit/Gesundheitsbehörde und Ministerium für Bildung, Kinder und Jugend. Wir bedanken uns herzlich bei unseren Ansprechpartnern in den Ministerien (Dr. Katharina Pucher, Dr. Senad Karavdic, Aurélie Ventujol, Dr. Josepha Nell, Raoul Wirion) sowie bei Professor Robert Harmsen, Dekan der Fakultät für Geistes-, Erziehungs- und Sozialwissenschaften, für die gute Zusammenarbeit und die Unterstützung unserer Forschungsarbeit.

Die Erhebung der HBSC-Daten 2022 wurde unterstützt von Andreas Heinz, Anouk Geraets, Claire Van Duin, Patrick Kiffer, Katia Ziadi, Maria Michaela Scherschel, Alexandra Link, Marieke Sauder und Auriane Möck, von der Universität Luxemburg. Dr. Andreas Heinz und Dr. Bechara Ziade waren die Co-Projektleiter der HBSC-Studie in Luxemburg im Jahr 2022. Professor Helmut Willems war von 2016 bis 2020 Co-Projektleiter und unterstützte auch danach die HBSC-Studie in Luxemburg weiter. Tun Fischbach, Thierry Heck, Rachid Boualam und Rachel Wollschläger vom *Luxembourg Centre for Educational Testing* leisteten erhebliche technische Unterstützung bei der Datenerhebung und -verarbeitung. Aurélie Ventujol von der Abteilung für Datenanalyse (*Division du traitement de données sur la qualité de l'encadrement et de l'offre scolaire et éducative*, SCRIPT) zog die Stichprobe. Jean Philippe Décieux und Alexandra Mergener übersetzten die Fragebögen zurück ins Englische. Moritz Höpner, Simone Charles, Gilles Scheifer und Vyara Noncheva trugen zum Korrekturlesen und Übersetzungsprozess der Berichte bei.

Abschließend möchten wir allen Kindern und Jugendlichen, die im Laufe der Jahre in die Studie von HBSC Luxemburg eingewilligt und daran teilgenommen haben, sowie deren Eltern unsere Anerkennung und unseren Dank aussprechen. Darüber hinaus möchten wir uns bei allen Schulleiterinnen und Schulleitern sowie Lehrerinnen und Lehrern bedanken, die durch ihre Mitarbeit diese Studie ermöglicht haben.

Für das Team von HBSC Luxemburg:
Dr. Carolina Catunda und Dr. Maud Moinard (Co-Projektleiter)

Zusammenfassung

Über diesen Bericht

Der vorliegende Bericht veröffentlicht die Ergebnisse zum Risikoverhalten der im Jahr 2022 in Luxemburg durchgeführten Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen im Schulalter. Sie wurde mit 7 893 Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren durchgeführt und liefert umfassende Informationen zu folgenden Bereichen: Alkoholkonsum und Rauscherfahrungen, Zigaretten- und E-Zigarettenkonsum, Cannabiskonsum und -akzeptanz, Geschlechtsverkehr und Verhütung, Mobbing, Teilnahme an Schlägereien und problematische Nutzung sozialer Medien.

Alkoholkonsum und Rauscherfahrungen

Etwa 60 % der befragten Jugendlichen gaben an, noch nie in ihrem Leben Alkohol getrunken zu haben. Der Alkoholkonsum stand positiv mit dem Alter und dem familiären Wohlstand in Verbindung. Je älter eine Jugendliche oder ein Jugendlicher und je höher der familiäre Wohlstand, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass sie oder er im Leben und im letzten Monat bereits Alkohol getrunken hat. Die Prävalenz des Alkoholkonsums überwiegt bei Jugendlichen, die mit einem Elternteil oder in einer Stieffamilie leben, sowie bei Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Das Geschlecht stand in keinem Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum. Die soziale Verteilung der Rauscherfahrungen folgte ähnlichen Mustern: Etwa 79 % der Befragten gaben an, noch nie in ihrem Leben betrunken gewesen zu sein. Die Prävalenz von Alkoholkonsum und Rauscherfahrungen ist seit 2018 leicht zurückgegangen.

Zigaretten- und E-Zigarettenkonsum

Etwa 80,0 % der Befragten gaben an, noch nie in ihrem Leben geraucht zu haben. Insgesamt stand das Zigarettenrauchen mit dem Alter, der Familienstruktur und der Schulform in Verbindung. Die Prävalenz des Rauchens war bei älteren Jugendlichen und bei Jugendlichen in einer *Formation professionnelle* höher und bei Befragten, die bei beiden Elternteilen leben, niedriger. Auch zwischen den Geschlechtern gab es kleinere Unterschiede: Bei Mädchen war die Lebenszeitprävalenz, bei Jungen die Prävalenz des Rauchens im letzten Monat höher. Die betreffenden Unterschiede sind jedoch relativ gering. Der familiäre Wohlstand und der Migrationshintergrund spielten keine Rolle. Darüber hinaus gaben etwa 75,0 % der Befragten an, dass sie noch nie E-Zigaretten konsumiert haben. Die Lebenszeitprävalenz war positiv mit dem Alter verknüpft. Dieser Zusammenhang spiegelte sich auch in der Verbindung zwischen dem Konsum von E-Zigaretten und der Schulform wider. Die Lebenszeitprävalenz war bei Jugendlichen aus wohlhabenden Familien höher als bei den jeweils anderen Jugendlichen. Das Fehlen eines Migrationshintergrunds und das Zusammenleben mit beiden Elternteilen war mit einer relativ niedrigen Lebenszeitprävalenz verbunden. Die Prävalenz im letzten Monat war ähnlich, allerdings bei Mädchen etwas höher als bei Jungen. Die Prävalenz des Zigarettenkonsums ist seit 2018 leicht zurückgegangen.

Cannabiskonsum und -akzeptanz

Etwa 21 % der Befragten gaben an, dass sie schon Cannabis konsumiert haben. Die Lebenszeitprävalenz stand positiv mit dem Alter in Verbindung. Der Zusammenhang zwischen Schulform und Cannabis spiegelte diesen Alterseffekt teilweise wider. Das Zusammenleben mit beiden Elternteilen war mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit verbunden, bereits Cannabis konsumiert zu haben. Geschlecht, familiärer Wohlstand und Migrationshintergrund standen in keinem Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum. Die Daten zum Cannabiskonsum im letzten Monat sind ähnlich

verteilt. Die Prävalenz des Cannabiskonsums ist seit 2018 leicht angestiegen. Darüber hinaus gaben etwa 63,0 % der Befragten eine geringe Akzeptanz des Cannabiskonsums an. Etwa 54,0 % der Befragten gaben an, dass ihre Freundinnen und Freunde den Cannabiskonsum ablehnen; etwa 88,0 %, dass ihre Eltern ihn ablehnen.

Geschlechtsverkehr und Verhütung

Etwa 29,0 % der Befragten gaben an, dass sie bereits Geschlechtsverkehr hatten. Diese Prävalenz war bei älteren Jugendlichen, Jungen, Migrantinnen und Migranten der ersten Generation, Befragten, die mit einem Elternteil oder in einer Stieffamilie leben, und Berufsschülerinnen und -schülern der *Formation professionnelle* höher als bei den jeweils anderen Jugendlichen. Im Vergleich zu 2018 ist erwähnenswert, dass der familiäre Wohlstand im Jahr 2022 nicht mehr mit dem Geschlechtsverkehr in Verbindung steht. Darüber hinaus gaben etwa 41,0 % der Befragten an, dass ihre Partnerin oder sie selbst beim letzten Geschlechtsverkehr regelmäßig die Pille genommen haben. Etwa 59,0 % gaben an, im selben Zusammenhang ein Kondom benutzt zu haben. Die soziale Verteilung der Prävalenz der Nutzung von Verhütungsmitteln war 2018 und 2022 ähnlich.

Problematische Nutzung von sozialen Medien

Etwa 9,0 % der Teilnehmenden erwiesen sich als Personen mit problematischer Nutzung sozialer Medien. 13- bis 14-jährige Jugendliche, Mädchen, Befragte mit geringem familiären Wohlstand und ESG-Schülerinnen und -Schüler zeigten häufiger als die jeweils anderen Jugendlichen einen derartigen Konsum. Darüber hinaus stellte sich heraus, dass das Zusammenleben mit beiden Elternteilen und das Fehlen eines Migrationshintergrunds eine schützende Rolle vor Social-Media-Störungen spielen. Die Prävalenz von Personen mit problematischer Nutzung sozialer Medien hat sich seit 2018 fast verdoppelt.

Mobbing, Cybermobbing und Teilnahme an Schlägereien

Betroffene machten Mobbing-Erfahrungen weniger häufig in der Schule als im Internet. Etwa 7,0 % der Jugendlichen gaben an, in den letzten Monaten in der Schule gemobbt worden zu sein. Jüngere Jugendliche, Schülerinnen und Schüler der ESG und Mädchen wurden mit größerer Wahrscheinlichkeit gemobbt als die jeweils anderen Jugendlichen. Das Zusammenleben mit beiden Elternteilen spielte eine schützende Rolle. Betroffen von Cybermobbing waren etwa 13,0 % der Jugendlichen. Diese Quote war bei den 13–14-jährigen Teilnehmenden und bei ESG-Schülerinnen und -Schülern höher als bei den jeweils anderen Jugendlichen. Die Prävalenz von Jugendlichen, die andere mobbten, war in der Schule geringer als im Internet. In beiden Fällen handelte es sich bei ihnen eher um Jugendliche, die männlichen Geschlechts waren, 13–14 Jahre alt waren, in der *Voie de préparation* waren, bei einer Stieffamilie bzw. einem einzigen Elternteil lebten oder einen Migrationshintergrund hatten. Die Zahl der Online-Betroffenen ist jedoch in den letzten vier Jahren gestiegen. Darüber hinaus gaben etwa 30,0 % der befragten Jugendlichen an, im vergangenen Jahr in mindestens eine Schlägerei verwickelt gewesen zu sein. Die entsprechende Prävalenz war höher bei jüngeren Jugendlichen, Jungen, Jugendlichen mit geringem familiären Wohlstand, Migrantinnen und Migranten der ersten und zweiten Generation, Teilnehmenden, die in einer Stieffamilie oder mit einem Elternteil leben, sowie Schülerinnen und Schülern der *classes inférieures* und ESGs. Seit 2018 ist der Anteil der Teilnehmenden, die berichten, in eine Schlägerei verwickelt gewesen zu sein, bei Jungen gestiegen und bei Mädchen stabil geblieben.

Mobbing in Schulen: eine genauere Betrachtung

Als in der Schule vom Mobbing betroffen gilt, wer über einen längeren Zeitraum wiederholt negativen Handlungen anderer ausgesetzt ist. In Luxemburg ist die Prävalenz derer, die von Mobbing betroffen waren, seit 2006 zwar

deutlich zurückgegangen, zwischen 2018 und 2022 blieb sie jedoch stabil. Da Mobbing mit negativen Folgen für die psychische Gesundheit und in Luxemburg auch mit der Schulform in Verbindung steht, zielt der vorliegende Abschnitt darauf ab, die oben genannten Unterschiede und den Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit der Schülerinnen und Schüler besser zu verstehen. Jugendliche in Luxemburg, die nicht gemobbt wurden, wiesen ein höheres Wohlbefinden auf als diejenigen, die in den letzten Monaten Mobbing erlebt hatten. Bei einer weiteren Analyse der Ergebnisse nach Schultyp wurden jedoch keine signifikanten Unterschiede im Wohlbefinden zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen von Mobbing in den *classes inférieures (voie de préparation)* des ESG festgestellt. In allen anderen Schularten blieb dieser Unterschied signifikant. Dabei ist erwähnenswert, dass die *classes inférieures (voie de préparation)* des ESG die höchste Prävalenz von durch Mobbing betroffenen Jugendlichen aufweisen. Da Individuen dazu neigen, ihre Erfahrungen im Vergleich zu anderen zu bewerten, deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass dieses Problem in einem Kontext, in dem Mobbing weit verbreitet ist, relativiert werden könnte. Mit anderen Worten, eine hohe Prävalenz von Mobbing im Umfeld der Schülerinnen und Schülern könnte den Zusammenhang zwischen Mobbing und Wohlbefinden abgeschwächt haben.

Schlussfolgerungen und Perspektiven

Die Prävalenz der meisten der untersuchten Risikoverhaltensweisen ist seit 2018 leicht zurückgegangen oder stabil geblieben. Zwei Ausnahmen sind dabei zu beachten: Cannabiskonsum, dessen Prävalenz leicht gestiegen ist, und problematische Nutzung sozialer Medien, deren Prävalenz sich seit 2018 fast verdoppelt hat. Darüber hinaus haben die durchgeführten Analysen in den meisten Fällen einen Zusammenhang zwischen dem Risikoverhalten und dem Alter, der Familienstruktur und der Schulform festgestellt. Das Geschlecht, der familiäre Wohlstand und der Migrationshintergrund standen in einem weniger systematischen und schwächeren Zusammenhang mit den untersuchten Risikoverhaltensweisen. Die soziale Verteilung der Risikoverhaltensweisen hat sich seit 2018 nicht wesentlich verändert.

Risikoverhaltensweisen

Risikoverhaltensweisen

Die Pubertät gilt seit langem als eine Übergangszeit, in der die Suche nach mehr Autonomie gegenüber der Familie und die zunehmende Bedeutung von Beziehungen zu Gleichaltrigen im Vordergrund stehen (Giordano, 2003). Diese entscheidende Phase in der Entwicklung des Selbstbilds steht häufig mit dem Auftreten von internalisierenden Verhaltensweisen (Pfeifer & Allen, 2021), potenziellen Generationskonflikten (Warren-Adamson & Coleman, 1992) sowie der Neigung, neue Erfahrungen zu machen, Normen in Frage zu stellen oder zu verletzen und Risikoverhalten zu zeigen, in Verbindung (Jackson et al., 2012; Kelley et al., 2004; Leather, 2009).

Allgemein definiert als „jedes bewusst oder unbewusst gesteuerte Verhalten mit einer wahrgenommenen Ungewissheit zu seinem Ausgang und/oder seinem möglichen Nutzen oder seinen möglichen Kosten für das körperliche, wirtschaftliche oder psychosoziale Wohlergehen von sich selbst oder anderen", (Trimpop, 1994) sind Risikoverhaltensweisen in verschiedenen Forschungsbereichen (z. B. Wirtschaft, öffentliche Gesundheit) unterschiedlich charakterisiert. Im Rahmen der HBSC-Studie werden Risikoverhaltensweisen auf Basis der mit ihnen verbundenen potenziellen negativen und/oder unerwünschten gesundheitlichen Folgen identifiziert. Konkret geht es dabei um Substanzkonsum (Alkohol, Cannabis, Zigaretten, E-Zigaretten), Nichtverhütung, Mobbing-Erfahrungen (sowohl gemobbt werden als auch selbst mobben), Teilnahme an Schlägereien und problematische Nutzung sozialer Medien.

Der vorliegende Bericht aktualisiert und berücksichtigt die Prävalenz von Risikoverhaltensweisen bei Jugendlichen in Luxemburg. Er ist Teil einer Reihe von Berichten, die zusammengenommen der Gemeinschaft ein umfassendes Bild der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens von Jugendlichen im Jahr 2022 in Luxemburg vermitteln. Er stützt sich auf Daten, die im ersten Halbjahr 2022 im Rahmen einer anonymisierten papierbasierten Umfrage mit 9432 Schülerinnen und Schülern aus 688 Klassen und 152 Schulen in Luxemburg während der Schulzeit erhoben wurden. Die Stichprobe für diesen Bericht umfasst 7 893 Jugendliche im Alter von 11 bis 18 Jahren, die Schulen besuchen, die dem nationalen Lehrplan folgen[1].

[1] Weitere Informationen zu den Teilnehmenden finden Sie im Catunda et al. (2023).

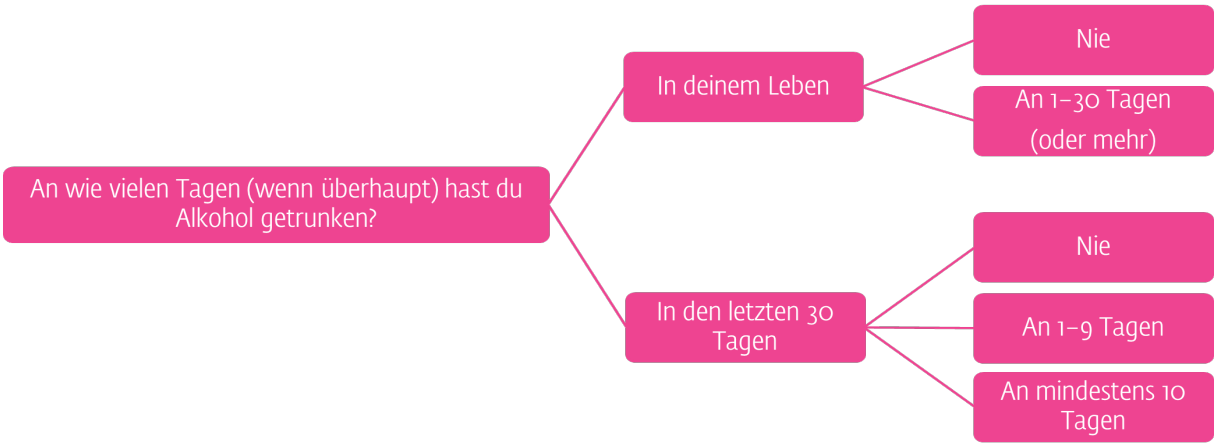
Alkoholkonsum und Rauscherfahrungen

Trotz gesetzlicher Maßnahmen, die in den meisten Ländern den Kauf von alkoholischen Getränken durch Jugendliche einschränken, ist Alkohol seit Jahrzehnten die am häufigsten konsumierte Substanz in dieser Bevölkerungsgruppe (Leung et al., 2014; Wu & Ringwalt, 2006). Im Jahr 2016 war die Prävalenz des aktuellen Alkoholkonsums in der Altersgruppe 15 bis 19 Jahre in Europa (43,2 %) und in Nord- und Südamerika (38,2 %) am höchsten; weltweit lag die entsprechende Rate bei 26,5 % (World Health Organization, 2018). Der Alkoholkonsum im Jugendalter bleibt aus mindestens zwei Gründen weiterhin besorgniserregend. Erstens wirkt er sich auf den Alkoholkonsum im Erwachsenenalter aus: Je früher mit dem Alkoholkonsum begonnen wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit von Alkoholkonsum und -missbrauch im Erwachsenenalter (Grant et al., 2001; Leung et al., 2014). Zweitens steht Alkoholkonsum sowohl mit strukturellen (z. B. beschleunigte Abnahme des Volumens der grauen Substanz) als auch mit funktionellen (z. B. in Bezug auf die Lernfähigkeit) Beeinträchtigungen in Verbindung (Lees et al., 2020; Spear, 2018).

Alkoholkonsum

Die HBSC-Umfrage umfasst Elemente zur Bewertung von Alkoholkonsum und Rauscherfahrungen. Konkret sollten die Jugendlichen die Frage beantworten: „An wie vielen Tagen hast du in deinem Leben und im vergangenen Monat Alkohol getrunken?". Die Antworten reichten für beide Fälle von 1 („Nie") bis 7 („30 Tagen oder mehr"). Die Antworten wurden umcodiert, um zu unterscheiden zwischen (1) Jugendlichen, die angaben, noch nie in ihrem Leben Alkohol getrunken zu haben, und denjenigen, die angaben, bereits Alkohol getrunken zu haben, und (2) zwischen Jugendlichen, die angaben, im letzten Monat keinen Alkohol getrunken zu haben, denjenigen, die an ein bis neun Tagen Alkohol getrunken hatten (Gelegenheitstrinker), und denjenigen, die an mindestens zehn Tagen Alkohol getrunken hatten (regelmäßige Trinker). Abbildung 1 zeigt ein Flussdiagramm mit der Verteilung der einzelnen Fragen.

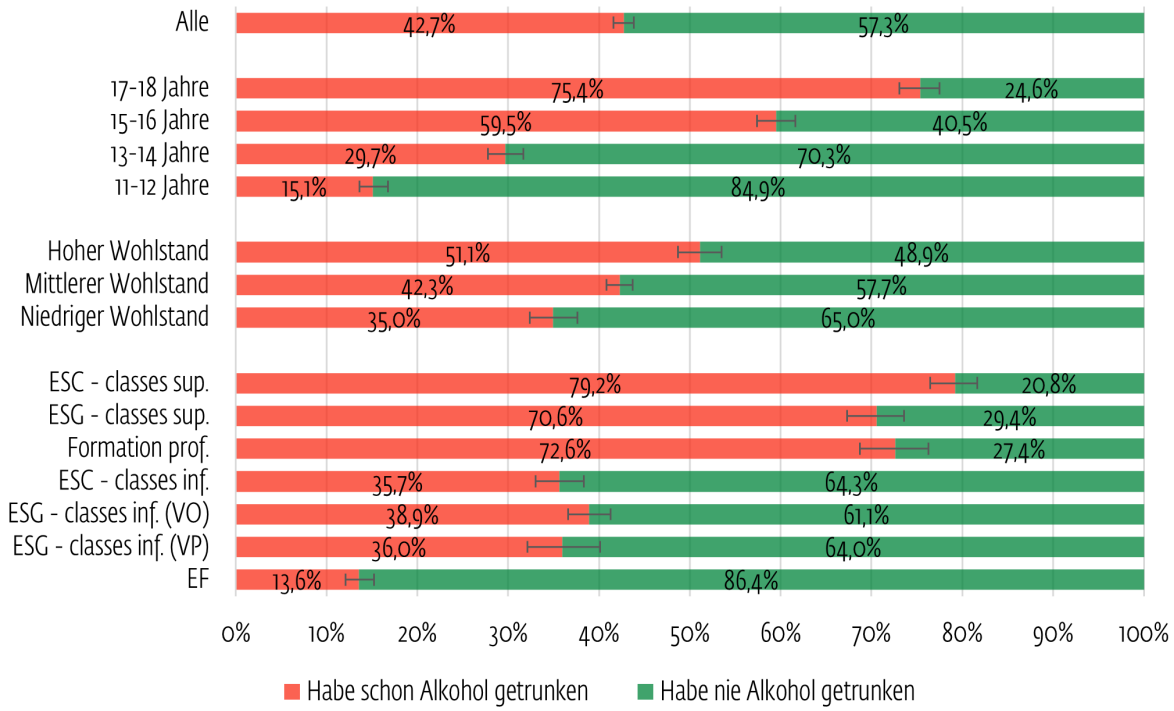
Abbildung 1: Kategorisierung des Alkoholkonsums nach Lebenszeit und letztem Monat



Wie in Abbildung 2 dargestellt, gaben etwa 57,3 % der befragten Jugendlichen an, noch nie in ihrem Leben Alkohol getrunken zu haben. Im Jahr 2018 lag diese Prävalenz bei 55,9 %. Das Alter, der familiärer Wohlstand und die

Schulform zeigten die größten Unterschiede in dieser Hinsicht. Je älter ein Jugendlicher und je größer der Wohlstand seiner Familie, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass er/sie bereits Alkohol getrunken hat. Während die Unterschiede zwischen den Schultypen diese altersbedingte Dynamik zum Teil widerspiegeln, war die Prävalenz der Schüler und Schülerinnen, die angaben, keinen Alkohol zu konsumieren, in den ESG *classes supérieures*. (29,4 %) und der *Formation professionnelle* (27,4 %) höher als in den ESC *classes supérieures* (20,8 %). Außerdem fällt auf, dass die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums bei Jugendlichen, die mit beiden Elternteilen zusammenleben, sowie bei Migrantinnen und Migranten der ersten und zweiten Generation niedriger war als bei den jeweils anderen Jugendlichen. Das Geschlecht spielte hier keine Rolle (siehe Anhang, Abbildung 27 und Tabelle 3).

Abbildung 2: Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums in Abhängigkeit von Alter, familiärem Wohlstand und Schultyp



Im Jahr 2022 gaben 72,5 % der Teilnehmenden an, im letzten Monat keinen Alkohol konsumiert zu haben, im Jahr 2018 waren es 71,1 %. Die Prävalenz des Alkoholkonsums im letzten Monat wies ähnliche Verteilungsmuster auf wie oben beschrieben. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Prävalenz des regelmäßigen Alkoholkonsums in der *Formation professionnelle* höher war als in den anderen Schultypen (ausführliche Angaben siehe Anhang, Abbildung 28 und Tabelle 4).

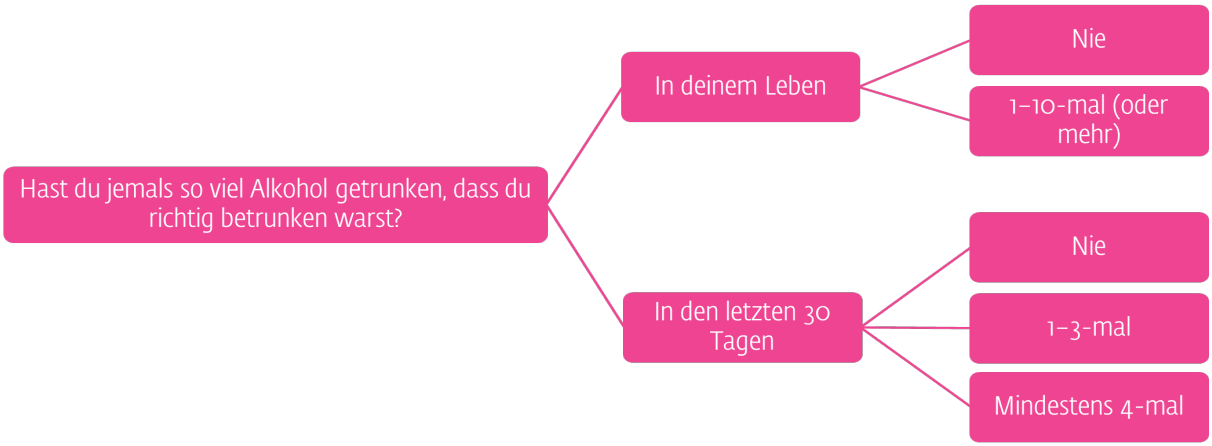
In Luxemburg zeigten die Ergebnisse der vorangegangenen HBSC-Umfragen seit 2010 einen erheblichen Rückgang von Alkoholkonsum und Rauscherfahrungen von Jugendlichen auf (Heinz et al., 2020). Dies ist jedoch kein spezifisch luxemburgisches Phänomen. In den letzten Jahrzehnten hat die Forschung in den meisten europäischen Ländern einen allgemeinen Rückgang des Alkoholkonsums bei Jugendlichen festgestellt (Kraus et al., 2020). Es ließ sich feststellen, dass es verschiedene Faktoren gibt, die diese Dynamik teilweise erklären können, darunter politische Maßnahmen (Lintonen et al., 2013), wirtschaftlicher Anspannungen oder Krisen (Pabilonia, 2017), Migration und

religiöse Verbote (Monshouwer et al., 2007) oder der Konsum einer anderen psychoaktiven Substanz wie Cannabis (Gripe et al., 2018). Inwieweit diese Tendenzen jedoch auf die einzelnen Untergruppen von Konsumenten (z. B. starke Trinker) zutreffen, wurde noch nicht hinreichend untersucht (Loy et al., 2021).

Trunkenheit

Ähnlich wie beim Alkoholkonsum wurden die Jugendlichen auch gefragt, ob sie in ihrem Leben und im letzten Monat „so viel Alkohol getrunken haben, dass sie richtig betrunken waren". Hier reichten die Antwortmöglichkeiten von 1 („Nein, nie") bis 5 („Ja, mehr als 10-mal"). Die Antworten wurden umcodiert, um zu unterscheiden zwischen (1) Jugendlichen, die angaben, noch nie betrunken gewesen zu sein, und denjenigen, die angaben, bereits betrunken waren, und (2) zwischen Jugendlichen, die angaben, im letzten Monat nicht betrunken gewesen zu sein, denjenigen, die ein bis dreimal betrunken waren und denjenigen, die angaben, mindestens viermal betrunken gewesen zu sein. Abbildung 3 zeigt ein Flussdiagramm mit der Verteilung der einzelnen Fragen.

Abbildung 3: Kategorisierung der Trunkenheit nach Lebenszeit und letztem Monat

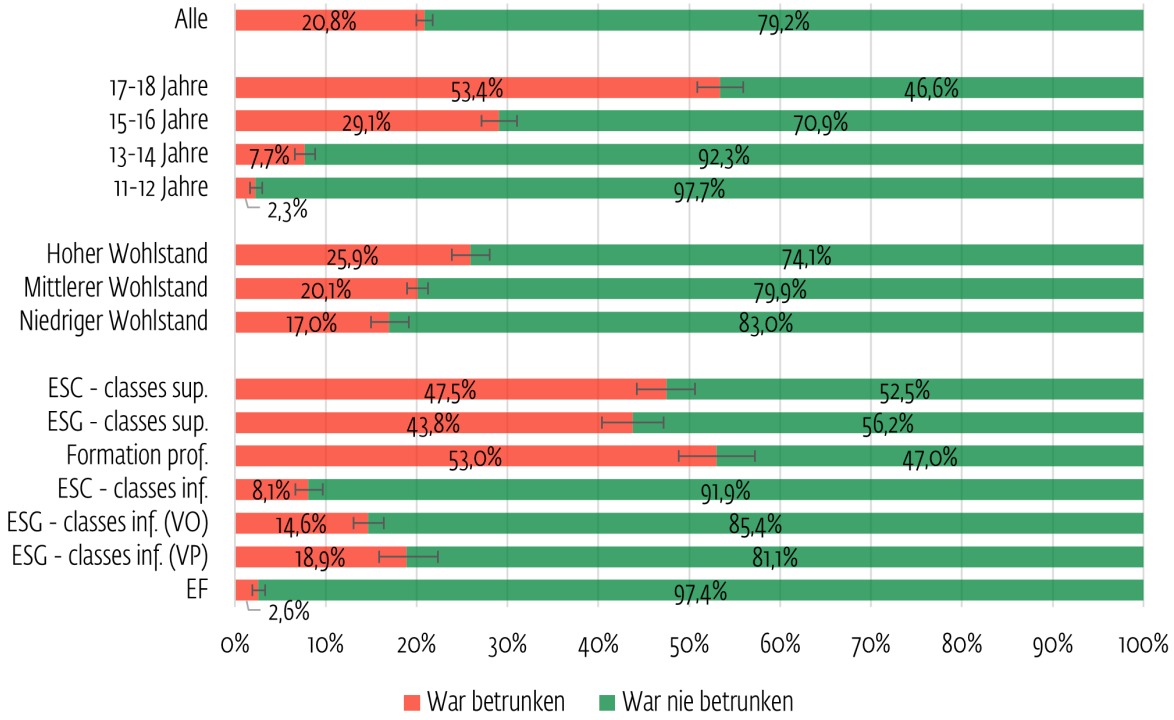


Im Jahr 2022 gaben 20,8 % der Teilnehmenden an, schon mindestens einmal in ihrem Leben betrunken gewesen zu sein (siehe Abbildung 4), im Jahr 2018 waren es 22,1 %. Zwischen 2006 und 2018 ist ein deutlicher Rückgang zu beobachten, zwischen 2018 und 2022 setzt sich dieser jedoch für Jungen fort (Health Behaviour in School-aged Children Luxembourg Study, 2023), während die Prävalenz von Mädchen, die im letzten Monat betrunken waren, stabil bleibt. Im Jahr 2022 wurden keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede festgestellt.

Rauscherfahrungen standen in einem positiven Zusammenhang mit dem Alter und dem familiären Wohlstand (d. h. ältere Jugendliche und Jugendliche aus wohlhabenderen Familien berichteten häufiger darüber; siehe Abbildung 4). Bei den älteren Jugendlichen war die Prävalenz der Rauscherfahrungen bei F*ormation professionnelle* höher (53 %) als in den ESC-*classes supérieures* (47,5 %) und der ESGs (43,8 %). Bei den jüngeren Jugendlichen in den *classes inférieures* war die entsprechende Prävalenz im *Voie de préparation* (18,9 %) höher als im *voie de orientation* (14,6 %) und in den ESCs (8,1 %). Bei Migrationshintergrund und Familienstruktur waren die Unterschiede geringer. Auch hier war die Prävalenz von Rauscherfahrungen bei Jugendlichen, die mit beiden Elternteilen zusammenleben, sowie bei

Migrantinnen und Migranten der ersten und zweiten Generation geringer als bei jeweils anderen Jugendlichen (ausführliche Einzelheiten sind dem Anhang zu entnehmen, Abbildung 29 und Tabelle 5).

Abbildung 4: Lebenszeitprävalenz der Trunkenheit in Abhängigkeit von Alter, familiärem Wohlstand und Schultyp



Die Ergebnisse bezüglich der Rauscherfahrungen im letzten Monat folgten ziemlich ähnlichen Mustern, wenngleich die beobachteten Unterschiede geringer waren. Außerdem war der Zusammenhang zwischen Trunkenheit und familiärem Wohlstand hier weniger stark ausgeprägt, da die entsprechende Prävalenz in den Gruppen mit niedrigem und mittlerem familiärem Wohlstand ähnlich war (ausführliche Einzelheiten siehe Anhang, Abbildung 30 und Tabelle 6). Insgesamt gaben 90,7 % der Teilnehmenden an, im letzten Monat keinen Alkohol konsumiert zu haben, im Jahr 2018 waren es 91,1 % (Heinz et al., 2021).

Insgesamt ähnelt die oben beschriebene soziale Verteilung der Trunkenheit derjenigen, die an anderer Stelle auf Basis von Daten aus dem Jahr 2018 dargestellt wurde (Heinz et al., 2021). Bemerkenswert ist, dass in beiden Wellen ein positiver Zusammenhang zwischen familiärem Wohlstand (oder sozioökonomischem Status) und Rauscherfahrungen festgestellt wurde. In der Literatur finden sich diesbezüglich widersprüchliche Ergebnisse: In einigen Studien wurde ein positiver Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen festgestellt (Leal-López et al., 2020), in anderen ein negativer (Liu et al., 2018), in wieder anderen kein eindeutiger Zusammenhang (Hanson & Chen, 2007). Qualitative Studien können zur Klärung der Art des Zusammenhangs zwischen Trunkenheit und familiärem Wohlstand beitragen.

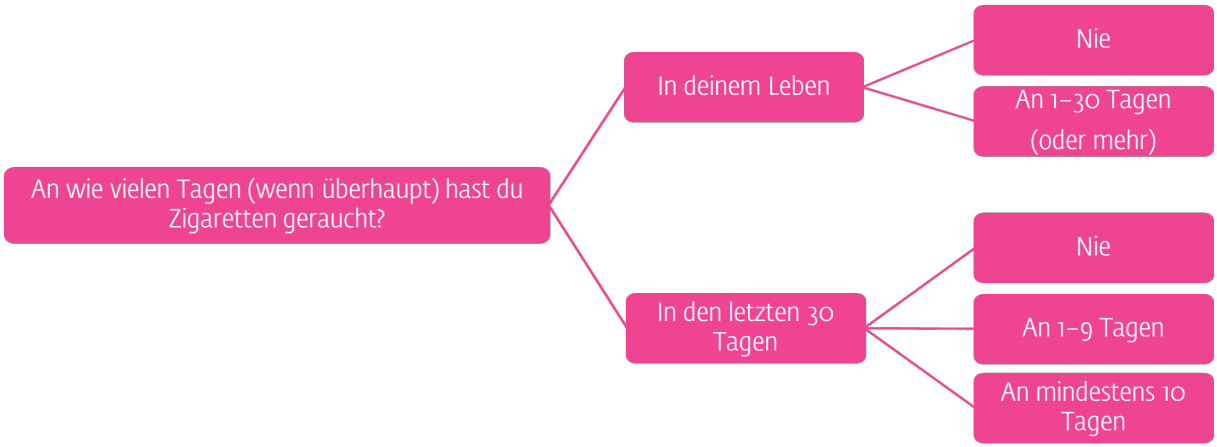
Zigaretten- und E-Zigarettenkonsum

Zigarettenkonsum

Weltweit rauchten im Jahr 2019 etwa 1,1 Milliarden Menschen (Reitsma et al., 2021). Das Rauchen stand mit dem Tod von 7,7 Millionen Menschen in Verbindung und erwies sich im selben Jahr als der größte Risikofaktor für Todesfälle bei Männern, obwohl die Prävalenz des Rauchens bei beiden Geschlechtern seit den neunziger Jahren erheblich zurückgegangen ist (Reitsma et al., 2021). Bei Jugendlichen wurde ein ähnlicher Rückgang der Prävalenz von Tabakrauchenden festgestellt, insbesondere in Ländern mit hohem Einkommen (Warner, 2019). Da mit dem Rauchen in der Regel in der Jugend begonnen wird und die gesundheitlichen Folgen umso gravierender sind, je früher dies der Fall ist (Le Foll et al., 2022), könnten tabakbedingte Erkrankungen und Sterblichkeit ab 2050 *unter sonst gleichen Bedingungen* zurückgehen (Jha, 2020; Jha & Peto, 2014).

In der HSBC-Umfrage sollten die Jugendlichen die Frage beantworten: „An wie vielen Tagen hast du in deinem Leben und im vergangenen Monat Zigaretten geraucht?". Die Antworten reichten in beiden Fällen von 1 („Nie") bis 7 („30 Tagen oder mehr"). Ähnlich wie beim Alkoholkonsum wurden die Antworten umcodiert, um zu unterscheiden zwischen (1) Jugendlichen, die angaben, noch nie in ihrem Leben Zigaretten geraucht zu haben, und denjenigen, die angaben, bereits Zigaretten geraucht zu haben, und (2) zwischen Jugendlichen, die angaben, im letzten Monat keine Zigaretten geraucht zu haben, denjenigen, die an ein bis neun Tagen geraucht hatten (Gelegenheitsrauchende), und denjenigen, die an mindestens zehn Tagen geraucht hatten (regelmäßige Rauchende). Abbildung 5 zeigt ein Flussdiagramm mit der Verteilung der einzelnen Fragen.

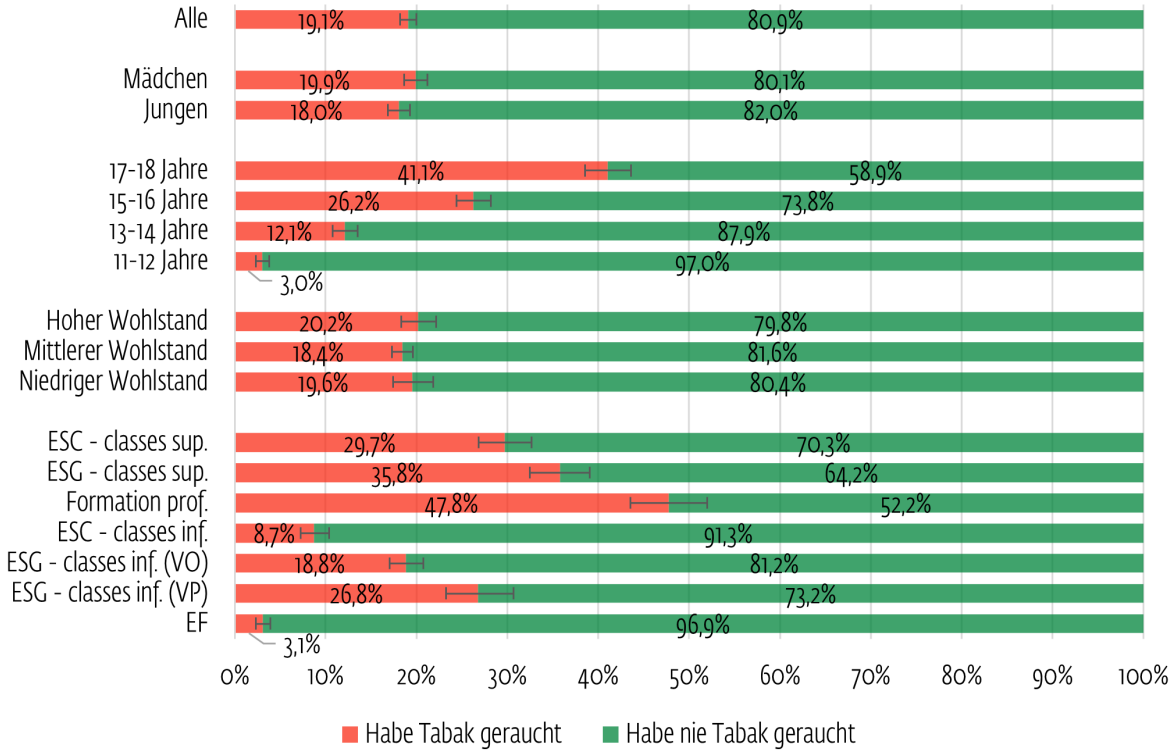
Abbildung 5: Kategorisierung von Tabakrauchende nach Lebenszeit und letztem Monat



Daten aus den vorangegangenen Wellen der in Luxemburg durchgeführten HBSC-Umfrage zeigten bereits den oben erwähnten Rückgang der Prävalenz von Tabakrauchenden. Die Lebenszeitprävalenz hat sich zwischen 2010 (45,7 %) und 2018 (22,5 %) halbiert. Im Jahr 2022 gaben 19,1 % der Teilnehmenden an, dass sie in ihrem Leben schon einmal Zigaretten geraucht haben (Abbildung 6). Diese Prävalenz variiert je nach Alter, Geschlecht, Familienstruktur und Schultyp. Bei älteren Jugendlichen, Mädchen, Jugendlichen, die mit einem Elternteil oder in einer Stieffamilie leben,

und bei Schülern und Schülerinnen an ESGs sowie F*ormation professionnelle* war die Wahrscheinlichkeit, bereits mindestens einmal in ihrem Leben geraucht zu haben, höher als bei den jeweils anderen Jugendlichen. Der familiäre Wohlstand und der Migrationshintergrund spielten dabei keine Rolle (ausführliche Informationen siehe Anhang, Abbildung 31 und Tabelle 7).

Abbildung 6: Lebenszeitprävalenz von Tabakrauchenden in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, familiärem Wohlstand und Schultyp



Die Prävalenz der Jugendlichen, die im letzten Monat Zigaretten geraucht haben, ging ebenfalls von 26,2 % im Jahr 2010 auf 12,8 % im Jahr 2018 zurück (Heinz et al., 2020). Im Jahr 2022 gaben 11,4 % der befragten Jugendlichen an, im vergangenen Monat geraucht zu haben. Sie verteilten sich fast gleichmäßig auf Gelegenheitsrauchende und regelmäßige Rauchende. Alter, Geschlecht, Familienstruktur und Schultyp standen mit dem Rauchen im letzten Monat in Verbindung, und zwar nach den oben erwähnten Mustern (ausführliche Einzelheiten siehe Anhang, Abbildung 32 und Tabelle 8). Es ist jedoch anzumerken, dass die Prävalenz des regelmäßigen Rauchens bei Jungen etwas höher war (6,5 % gegenüber 5,2 %), während die Prävalenz des gelegentlichen Rauchens bei Mädchen etwas höher war (6,6 % gegenüber 4,5 %). Der familiäre Wohlstand und der Migrationshintergrund spielten ebenfalls keine Rolle.

Insgesamt stehen die vorliegenden Ergebnisse im Einklang mit der Literatur. Ein Zusammenhang zwischen Familienstruktur und Zigarettenkonsum ist seit langem bekannt (Griesbach et al., 2003; Moor et al., 2015). Auch der Zusammenhang zwischen Zigarettenkonsum und Schultyp steht im Einklang mit mehreren Studien, die den negativen Zusammenhang zwischen Zigarettenkonsum und kulturellem Kapital im Allgemeinen (d. h. den kulturellen

Ressourcen, dem Wissen und den Fähigkeiten einer Person) und schulischen Leistungen im Besonderen unterstreichen (Gagné et al., 2015; Griesbach et al., 2003; Haines et al., 2009; Moor et al., 2015). Je höher das kulturelle Kapital und der akademische Erfolg, desto höher das Bewusstsein für Gesundheitsfragen und die Wertschätzung einer gesunden Lebensweise. Diese Ansicht wurde durch die Ergebnisse unserer Studie bestätigt: Sowohl in den *classes inférieures* als auch in den *classes supérieures* war die Prävalenz von Rauchende in der ESC, in der die leistungsstärksten Schüler und Schülerinnen unterrichtet werden (Lenz & Heinz, 2018), geringer als in der ESG oder in der *formation professionnelle*. Die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen familiärem Wohlstand und Tabakkonsum hat jedoch bisher zu widersprüchlichen Ergebnissen geführt: (Doku et al., 2020; Moor et al., 2015) Während einige Studien einen negativen Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen festgestellt haben (Richter et al., 2009), haben andere gezeigt, dass der Zigarettenkonsum kaum mit dem familiären Wohlstand zusammenhängt, aber dennoch vom Taschengeld abhängig ist (Moor et al., 2019). Es sind weitere Studien erforderlich, um besser zu verstehen, ob solche Unstimmigkeiten auf methodische Probleme (z. B. hinsichtlich der Operationalisierung der Zielvariablen) oder auf soziale Veränderungen zurückzuführen sind.

Konsum von E-Zigaretten

Der Konsum von E-Zigaretten hat seit der Markteinführung in den frühen Zweitausendern in Asien rapide zugenommen. Auf Basis von Teildaten gehen die Forscher davon aus, dass die Zahl der Nutzer im Jahr 2020 bei 68 Millionen lag, davon etwa 29 Millionen allein in Ländern mit hohem Einkommen (Jerzyński et al., 2021). E-Zigaretten werden als wirksame Methode zur Rauchendenentwöhnung und als gesünder als Zigaretten angepriesen (Rom et al., 2015). Der Grad der Sicherheit von E-Zigaretten und ihre potenziellen Risiken für die Gesundheit bleiben umstritten (Gaur & Agnihotri, 2019; Jones & Salzman, 2020; Marques et al., 2021; McCoy et al., 2019; Rom et al., 2015; Williams et al., 2013). Da E-Zigaretten und E-Liquids erst seit relativ kurzer Zeit auf dem Markt sind, können Forscher die langfristigen Folgen dieser Produkte nicht fundiert bewerten (Becker & Rice, 2022). Mehrere Studien haben jedoch ergeben, dass Dampfen die Atemwege schädigt (Faulcon et al., 2020; Hamberger & Halpern-Felsher, 2020) und bei Jugendlichen zu Krampfanfällen führen kann (Faulcon et al., 2020).

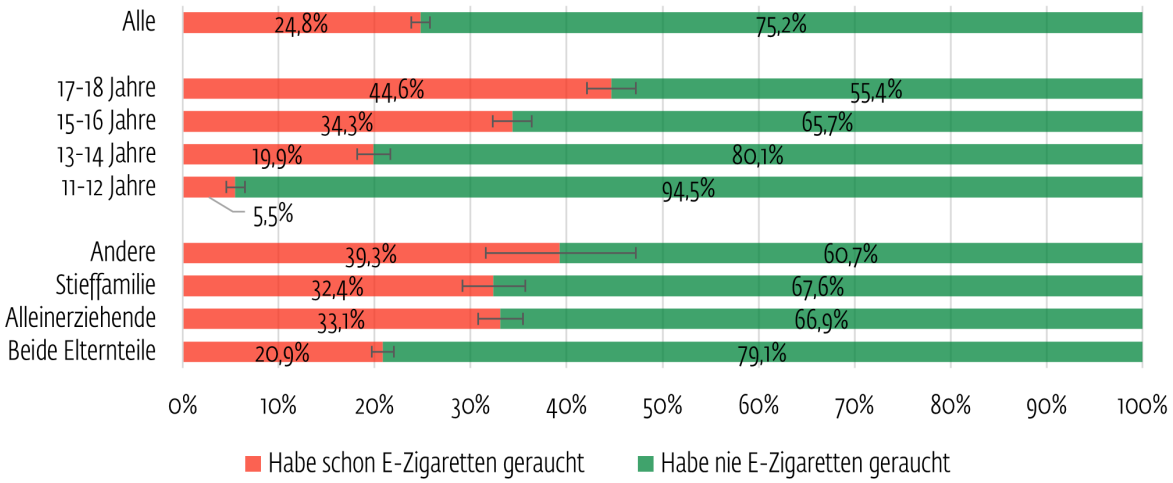
Die Prävalenz der E-Zigarettenkonsumenten im letzten Monat ist bei US-Schülern und Schülerinnen von 1,5 % im Jahr 2011 auf 27,5 % gestiegen und erfreut sich großer Beliebtheit (Cullen et al., 2019). Ähnliche Trends sind in Europa, Asien und Ozeanien zu beobachten (Becker & Rice, 2022; Tehrani et al., 2022). In mehreren Studien wurden die Gründe untersucht, die Jugendliche zum Dampfen veranlassen: Reine Neugier, die Nutzung durch Gleichaltrige, das Probieren von Aromen und der Ausstieg aus dem Tabakkonsum waren die am häufigsten genannten Beweggründe (Eichler et al., 2016; Evans-Polce et al., 2018; Kinouani et al., 2020). Wichtig ist, dass die Ansicht, die E-Zigarette helfe Jugendlichen, mit dem Rauchen aufzuhören, möglicherweise nicht gerechtfertigt ist, da es Belege dafür gibt, dass der Konsum von E-Zigaretten mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit verbunden ist, anschließend Tabak zu rauchen (Epstein et al., 2021; O'Brien et al., 2021; Soneji et al., 2017).

Die in Luxemburg durchgeführte HBSC-Studie hat den Konsum von E-Zigaretten zum ersten Mal im Jahr 2022 untersucht. Die Umfrage stützte sich auf zwei Fragen, in denen die Teilnehmenden gebeten wurden, folgende Frage zu beantworten: „An wie vielen Tagen (wenn überhaupt) in deinem Leben und im letzten Monat hast du elektronische Zigaretten (E-Zigaretten, E-Shishas) benutzt?". Die Antworten reichten in beiden Fällen von 1 („Nie") bis 7 („30 Tagen oder mehr"). Ähnlich wie beim Rauchen von Zigaretten (Abbildung 5) wurden die Antworten umcodiert, um zu unterscheiden zwischen (1) Jugendlichen, die angaben, noch nie in ihrem Leben E-Zigaretten geraucht zu haben, und denjenigen, die angaben, bereits E-Zigaretten geraucht zu haben, und (2) zwischen Jugendlichen, die

angaben, im letzten Monat keine E-Zigaretten geraucht zu haben, denjenigen, die an ein bis neun Tagen E-Zigaretten geraucht hatten (Gelegenheitsrauchende von E-Zigaretten), und denjenigen, die an mindestens zehn Tagen E-Zigaretten geraucht hatten (regelmäßige Rauchende von E-Zigaretten).

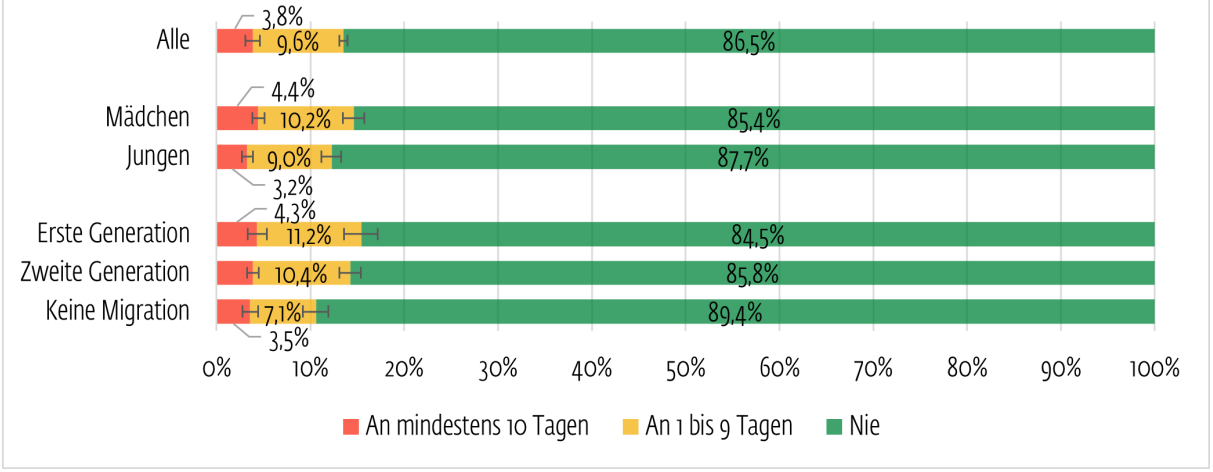
Wie aus Abbildung 7 hervorgeht, gaben 24,8 % der Teilnehmenden an, bereits gedampft zu haben. Die Lebenszeitprävalenz variierte bei allen untersuchten soziodemografischen Variablen, mit Ausnahme des Geschlechts. Die Erfahrung mit dem Dampfen war positiv mit dem Alter verbunden. Diese Beziehung spiegelte sich in den Daten über die besuchte Schulform wider. Sowohl in den *classes inférieures* als auch in den *classes supérieures* war die Prävalenz der E-Zigarettenkonsumenten in den ESCs am niedrigsten. Die Prävalenz war bei Jugendlichen mit hohem Wohlstand höher als bei Jugendlichen mit mittlerem Wohlstand. Bei Jugendlichen ohne Migrationshintergrund, die mit beiden Elternteilen zusammenleben, war die Wahrscheinlichkeit, dass sie bereits gedampft hatten, geringer als bei den jeweils anderen Jugendlichen (ausführliche Informationen siehe Anhang, Abbildung 33 und Tabelle 9).

Abbildung 7: Lebenszeitprävalenz der E-Zigaretten-Rauchenden in Abhängigkeit von Alter und Familienstruktur



Was den Konsum von E-Zigaretten im letzten Monat betrifft, so gaben 13,4 % der befragten Jugendlichen an, im letzten Monat gedampft zu haben. 9,6 % der Befragten waren gelegentliche E-Rauchende, 3,8 % regelmäßige E-Rauchende (Abbildung 8). Die Lebenszeitprävalenz variierte bei untersuchten soziodemografischen Variablen, mit Ausnahme des familiären Wohlstands. Auch hier gilt, dass ältere Jugendliche, Schüler und Schülerinnen an ESGs und *Formation professionnelle*, Migrantinnen und Migranten der ersten und zweiten Generation und Teilnehmenden, die bei einem Elternteil oder in einer Stieffamilie leben, mit größerer Wahrscheinlichkeit gelegentliche oder regelmäßige E-Rauchende sind als den jeweils anderen Jugendlichen. Darüber hinaus gaben mehr Mädchen als Jungen an, im letzten Monat E-Zigaretten konsumiert zu haben. Obwohl dieser geschlechtsspezifische Unterschied statistisch signifikant war, war sein Ausmaß relativ gering (ausführliche Informationen siehe Anhang, Abbildung 34 und Tabelle 10).

Abbildung 8: Prävalenz von E-Zigaretten-Rauchenden im letzten Monat in Abhängigkeit von Geschlecht und Migrationshintergrund



Die vorliegenden Ergebnisse stehen nur teilweise im Einklang mit der Literatur. So bestätigten sie beispielsweise die jüngsten Ergebnisse der nationalen Jugendtabakstudie (Azagba et al., 2023), die keinen Zusammenhang zwischen dem Dampfen im letzten Monat und dem familiären Wohlstand feststellte. Die vorliegenden Ergebnisse spiegeln auch frühere Studien wider, die eine schützende Rolle des Zusammenlebens mit beiden Elternteilen aufzeigen (Wills et al., 2015). Da der Stand der Forschung jedoch widersprüchliche Ergebnisse in Bezug auf die Alters- und Geschlechtsverteilung des E-Zigarettenkonsums zeigt (Han & Son, 2022; Perikleous et al., 2018), ist ein Vergleich der vorliegenden Ergebnisse mit früheren Untersuchungen schwierig. Insbesondere der Zusammenhang zwischen Dampfen und Alter ist bisher unklar. So zeigten laut (Han & Son, 2022) beispielsweise 12 Studien, die einen positiven Zusammenhang zwischen Alter und Dampfen auf, während 13 andere Studien betonten, dass es keinen Zusammenhang zwischen diesen Variablen gibt. In Bezug auf das Geschlecht fanden die meisten Studien heraus, dass das Risiko für den Konsum von E-Zigaretten bei Jungen höher ist (Kong et al., 2017). Es ist jedoch unklar, inwieweit die vorliegenden Ergebnisse mit dem nationalen Kontext zusammenhängen. Kurz gesagt, es bedarf weiterer Forschung, um die Verteilung des E-Zigarettenkonsums bei Jugendlichen besser zu verstehen.

Cannabiskonsum und -akzeptanz

Der Cannabiskonsum steht unter anderem mit Stimmungsschwankungen, Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen, Problemen bei der wahrnehmungsmotorischen Koordination, Depressionen, Panikreaktionen, Suizidalität und sowohl positiven (z. B. Halluzinationen) als auch negativen (z. B. Apathie) psychiatrischen Symptomen in Verbindung (Hall & Degenhardt, 2009; Hindley et al., 2020; Volkow et al., 2016). Dabei ist zu beachten, dass das Auftreten solcher Probleme teilweise von der Konzentration von Δ^9-Tetrahydrocannabinol (THC), dem wichtigsten psychoaktiven Bestandteil von Cannabis, und Cannabidiol (CBD) abhängt, das nachweislich einige der schädlichen Wirkungen von THC hemmt (Englund et al., 2013) und das Risiko einer Abhängigkeit verringern kann (Freeman et al., 2021).

Die Frage, ob der Cannabiskonsum entkriminalisiert und/oder legalisiert werden sollte, wird in verschiedenen Ländern seit Jahrzehnten diskutiert (Hall et al., 2019; Hammond et al., 2020; Pisani, 1983; Volkow et al., 2016). Einer der zahlreichen kritischen Punkte in solchen Debatten betrifft die Gesundheit von Jugendlichen (Hammond et al., 2020). Aufgrund von (neurologischen) Entwicklungsproblemen können die nachteiligen Auswirkungen des Cannabiskonsums bei Jugendlichen mehr Schaden anrichten als bei Erwachsenen (Volkow et al., 2016).

Die Tendenzen des Cannabiskonsums bei Jugendlichen variierten je nach untersuchtem nationalen Kontext erheblich (Kraus et al., 2018). Interessanterweise ist in Luxemburg bei den 15- bis 18-Jährigen die Lebenszeitprävalenz – wenn auch nicht statistisch signifikant – von etwa 30 % im Jahr 2006 auf etwa 27 % im Jahr 2018 zurückgegangen, während die Prävalenz des Cannabiskonsums im letzten Monat von etwa 11 % im Jahr 2006 auf 13 % im Jahr 2018 gestiegen ist – hier war der Unterschied statistisch signifikant (Heinz et al., 2020).

Cannabiskonsum

In der HBSC-Studie wurde der Cannabiskonsum anhand von zwei Fragen bewertet, bei denen die Teilnehmenden der *Sekundarschule* lediglich Folgendes angaben: „Hast du jemals in deinem Leben und im letzten Monat Cannabis genommen?". Die Antworten reichten in beiden Fällen von 1 („Nie") bis 7 („30 Tagen oder mehr"). Die Antworten wurden umcodiert, um zu unterscheiden zwischen (1) Jugendlichen, die angaben, noch nie in ihrem Leben Cannabis konsumiert zu haben, und denjenigen, die angaben, bereits Cannabis konsumiert zu haben, und (2) zwischen Jugendlichen, die angaben, im letzten Monat kein Cannabis konsumiert zu haben, denjenigen, die an ein bis neun Tagen Cannabis konsumiert hatten (Gelegenheitkonsum), und denjenigen, die an mindestens zehn Tagen Cannabis konsumiert hatten (regelmäßige Konsum). Abbildung 9 zeigt ein Flussdiagramm mit der Verteilung der einzelnen Fragen. Aufgrund der relativ geringen Anzahl von Sekundarschüler und -schülerinnen im Alter von 11–12 Jahren wurden nur Jugendliche im Alter von 13–18 Jahren in die Analysen einbezogen.

Wie aus Abbildung 10 hervorgeht, gaben 21,4 % der Teilnehmenden an, bereits Cannabis genommen zu haben. Diese Quote stand in einem positiven Zusammenhang mit dem Alter und variierte je nach Familienstruktur und Schultyp. Sie stand in keinem Zusammenhang mit dem Geschlecht, dem familiären Wohlstand und dem Migrationshintergrund. Die Lebenszeitprävalenz war bei Jugendlichen, die mit beiden Elternteilen zusammenleben, niedriger (18,5 %) als bei Jugendlichen, die in einer Stieffamilie (28,4 %) oder mit einem Elternteil (27 %) leben. Am höchsten war sie jedoch bei Jugendlichen, die bei ihren Großeltern oder in einer Pflegefamilie leben (37,5 %). Darüber hinaus spiegelte der Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Schultyp teilweise einen Alterseffekt wider. Die entsprechende

Prävalenz des Cannabiskonsums war bei Schülern und Schülerinnen, in den *classes supérieures* und in der *formation professionnelle* höher als bei Schülern und Schülerinnen der *classes inférieures*. Allerdings zeigte die Analyse Unterschiede zwischen den beiden Bildungsniveaus auf. So war die Lebenszeitprävalenz von Cannabiskonsumenten in den *classes inférieures* der ESCs (6,9 %) niedriger als in den Klassen des *Voie de préparation* (16,1 %). Sie war bei *Formation professionnelle* (40,9 %) höher als bei ESG-Schülern und Schülerinnen (33,7 %; für ausführliche Angaben siehe Anhang, Abbildung 35 und Tabelle 11). Die Ergebnisse in Bezug auf den Cannabiskonsum im Laufe des vergangenen Monats wiesen ähnliche Muster auf (ausführliche Informationen siehe Anhang, Abbildung 36 und Tabelle 12).

Abbildung 9: Kategorisierung des Cannabiskonsums nach Lebenszeit und letztem Monat

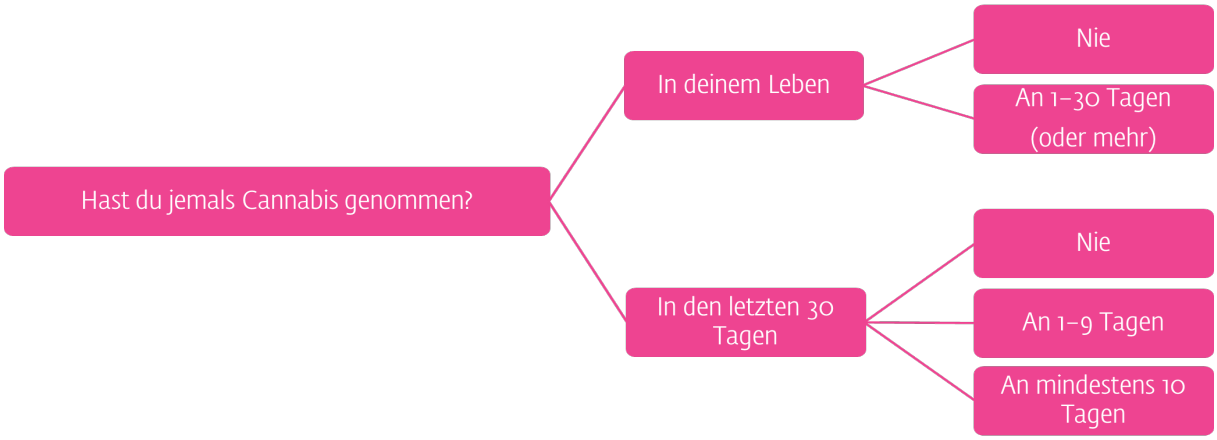
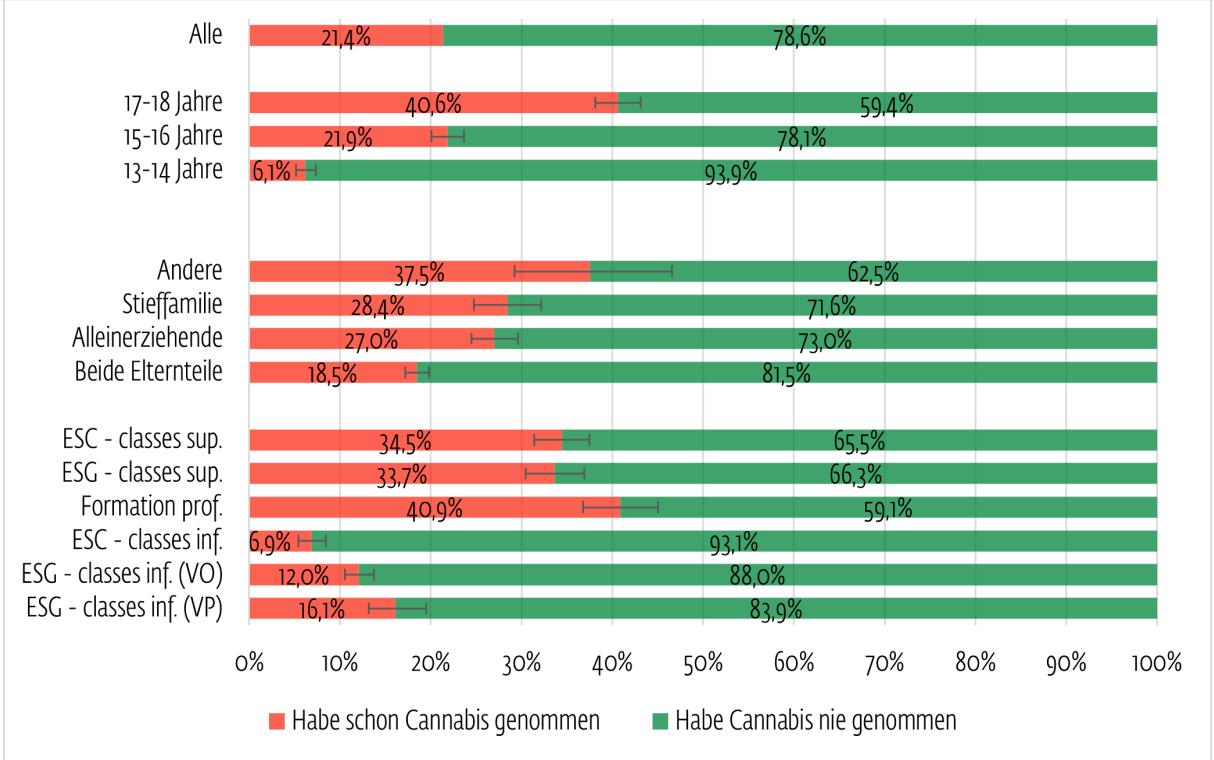


Abbildung 10: Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in Abhängigkeit von Alter, familiärem Wohlstand und Schultyp

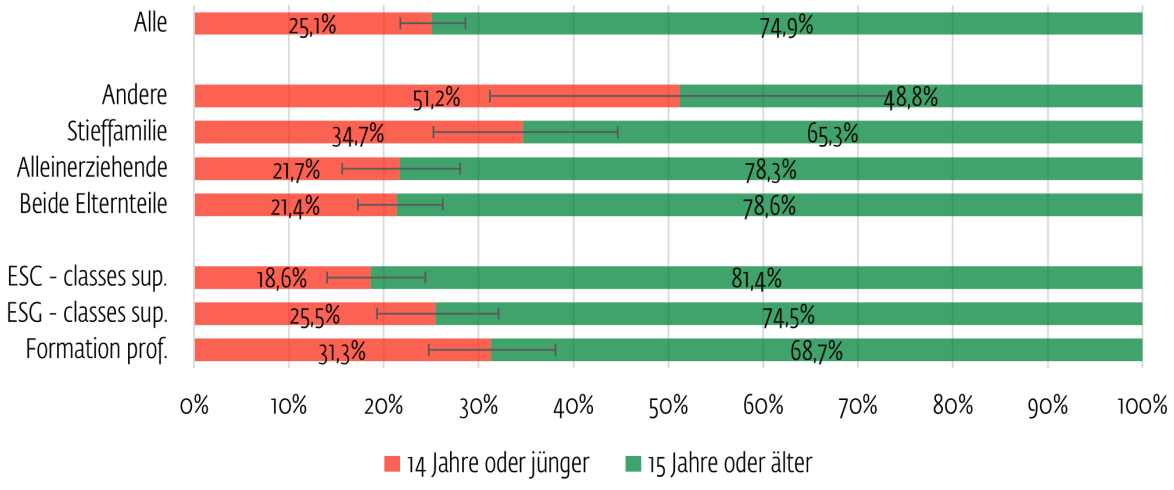


Die soziale Verteilung des Cannabiskonsums hat sich von 2018 bis 2022 leicht verändert. Bemerkenswert ist, dass Jungen zwar nach wie vor häufiger regelmäßige Konsumenten sind als Mädchen, die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den Gelegenheitskonsumenten jedoch in diesem Zeitraum verschwunden sind (Heinz et al., 2021). In ähnlicher Weise wurde der im Jahr 2018 festgestellte Zusammenhang zwischen familiärem Wohlstand und Cannabiskonsum im letzten Monat im Jahr 2022 nicht erneut festgestellt (Heinz et al., 2021). Außerdem konnte in den vorliegenden Ergebnissen kein Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und familiärem Wohlstand festgestellt werden. Dieses Ergebnis bestätigt die Ansicht, dass ein solcher Konsum nicht mehr mit hohem Wohlstand verbunden ist (Belardinelli et al., 2022; Bogt et al., 2014). Es ist jedoch anzumerken, dass die höhere Prävalenz regelmäßiger Nutzer im *Voie de préparation* und in der *formation professionnelle* auf einen möglichen Zusammenhang zwischen diesen Nutzern und dem kulturellen Kapital schließen lässt.

Alter beim Erstkonsum von Cannabis

Die Teilnehmenden wurden außerdem gefragt: „In welchem Alter hast du zum ersten Mal Cannabis (Joint, Shit, Gras, Weed, Marihuana, Haschisch) genommen?" Dabei wurde eine Skala von 1–9 verwendet. Sie reichte von 1 („Ich habe noch nie Cannabis genommen") über 2 („11 Jahre alt oder jünger") bis 9 („18 Jahre alt oder älter"). Die Antworten wurden dichotomisch umcodiert, um frühe Konsumenten zu identifizieren und diejenigen auszuschließen, die nie Cannabis konsumiert haben. Es wurde eine Aufteilung nach Quartilen vorgenommen, sodass ein Alter von 14 Jahren als Grenzwert festgelegt wurde. Die folgenden Analysen beziehen sich nur auf Teilnehmenden im Alter von 17 bis 18 Jahren, um den früheren Konsum nicht aufzublähen.

Abbildung 11: Alter beim ersten Cannabiskonsum in Abhängigkeit von familiärem Wohlstand und Schultyp



Von denjenigen, die angaben, Cannabis konsumiert zu haben, sagten 25,1 %, dass sie Cannabis zum ersten Mal mit 14 Jahren oder jünger konsumiert haben (Abbildung 11). Diese Quote stand in keinem Zusammenhang mit dem Geschlecht, dem familiären Wohlstand und dem Migrationshintergrund. Bei den Jugendlichen in der Kategorie „Sonstige" (d. h. Jugendliche, die bei ihren Großeltern oder in einer Pflegefamilie leben; 51,2 %), und bei denjenigen, die in einer Stieffamilie leben (34,7 %), war sie jedoch höher als bei denjenigen, die nur mit einem Elternteil (21,7 %) oder mit beiden Elternteilen (21,4 %) zusammenleben. Außerdem war die Prävalenz bei Schülern und Schülerinnen in der

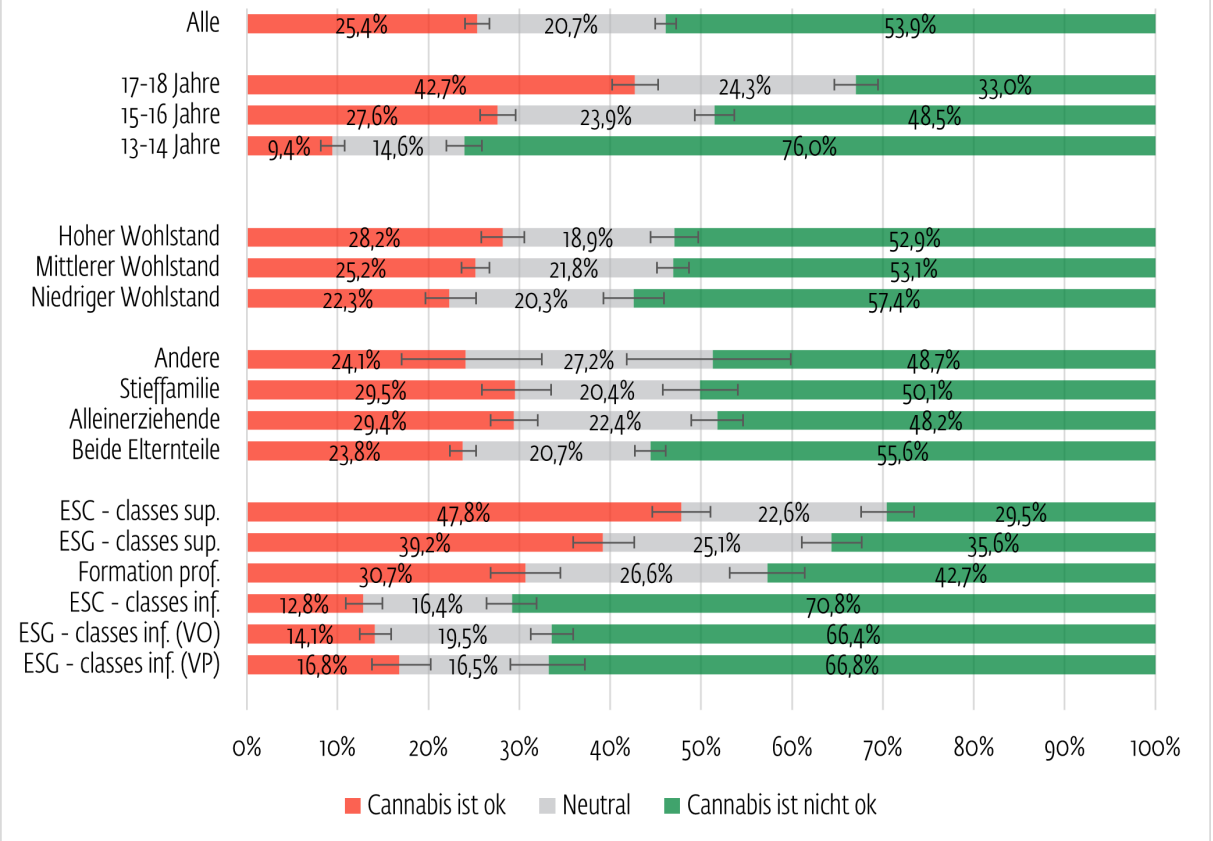
Formation professionnelle (31,3 %) und Schülern und Schülerinnen der ESG *classes supérieures* (25,5 %) höher als bei Schülern und Schülerinnen der ESC *classes supérieures* (18,6 %; ausführliche Angaben siehe Anhang, Abbildung 37 und Tabelle 13).

Cannabisakzeptanz

Die HBSC-Umfrage umfasste drei Fragen zur Akzeptanz von Cannabis, in denen die Teilnehmenden an weiterführenden Schulen gefragt wurden, ob ihre Freunde, ihre Eltern und sie selbst „denken, dass es in Ordnung ist Cannabis zu nehmen". Jedes Element basierte auf einer Bewertungsskala von 1 bis 5, die von „Stimme voll und ganz zu" bis „Stimme überhaupt nicht zu" reichte. Die Antworten wurden in drei Kategorien umcodiert: „Stimme nicht zu", „Neutral" und „Stimme zu". Die Analysen wurden mit Sekundarschülern und -schülerinnen im Alter von 13 bis 18 Jahren durchgeführt.

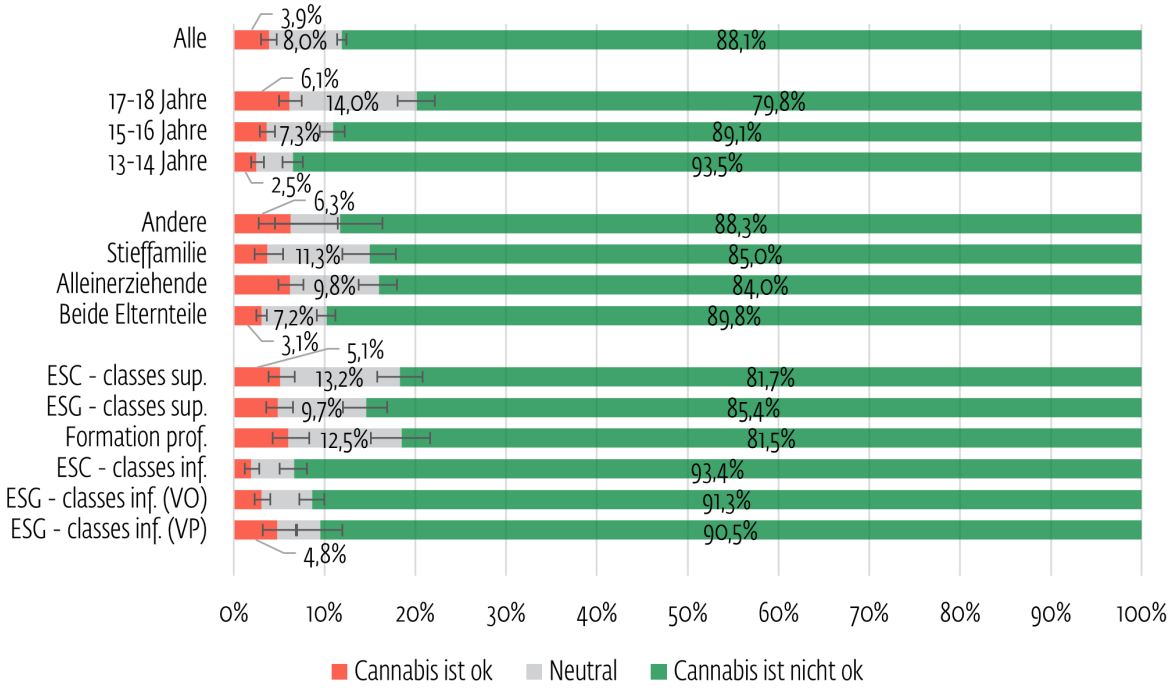
Die Mehrheit der Befragten (53,9 %) gab an, dass die Cannabisakzeptanz bei ihren Freunden gering war, 25,4 % gaben an, dass ihre Freunde den Konsum von Cannabis für akzeptabel halten (Abbildung 12). Obwohl diese Quoten je nach untersuchten soziodemografischen Variablen variierten, wiesen Alter, familiärer Wohlstand, Familienstruktur und Schulform die größten Zusammenhänge auf. Bei Freunden von jüngeren Jugendlichen, Jugendlichen mit geringem familiären Wohlstand, Jugendlichen, die mit beiden Elternteilen zusammenleben, und Schülern und Schülerinnen der unteren Klassenstufen der ESC war die Wahrscheinlichkeit für eine geringere Cannabisakzeptanz geringer als bei Freunden der jeweils anderen Jugendlichen (ausführliche Einzelheiten siehe Anhang, Abbildung 38 und Tabelle 14).

Abbildung 12: Cannabisakzeptanz von Freunden in Abhängigkeit von Alter, familiärem Wohlstand und Schultyp



Bei der Akzeptanz von Cannabis durch die Eltern ergab sich ein uneinheitliches Antwortmuster. 88,1 % der Befragten gaben an, dass die Cannabisakzeptanz bei ihren Eltern gering war; 3,9 %, dass ihre Eltern den Cannabiskonsum für akzeptabel hielten (Abbildung 13). Diese Prävalenz variierte nur nach Alter, Familienstruktur und Schultyp. Die Eltern jüngerer Jugendlicher, von Befragten, die mit beiden Elternteilen zusammenleben, und von Teilnehmenden der unteren Klassenstufen schätzten den Cannabiskonsum eher negativ ein als die Eltern der jeweils anderen Jugendlichen (ausführliche Einzelheiten siehe Anhang, Abbildung 39 und Tabelle 15).

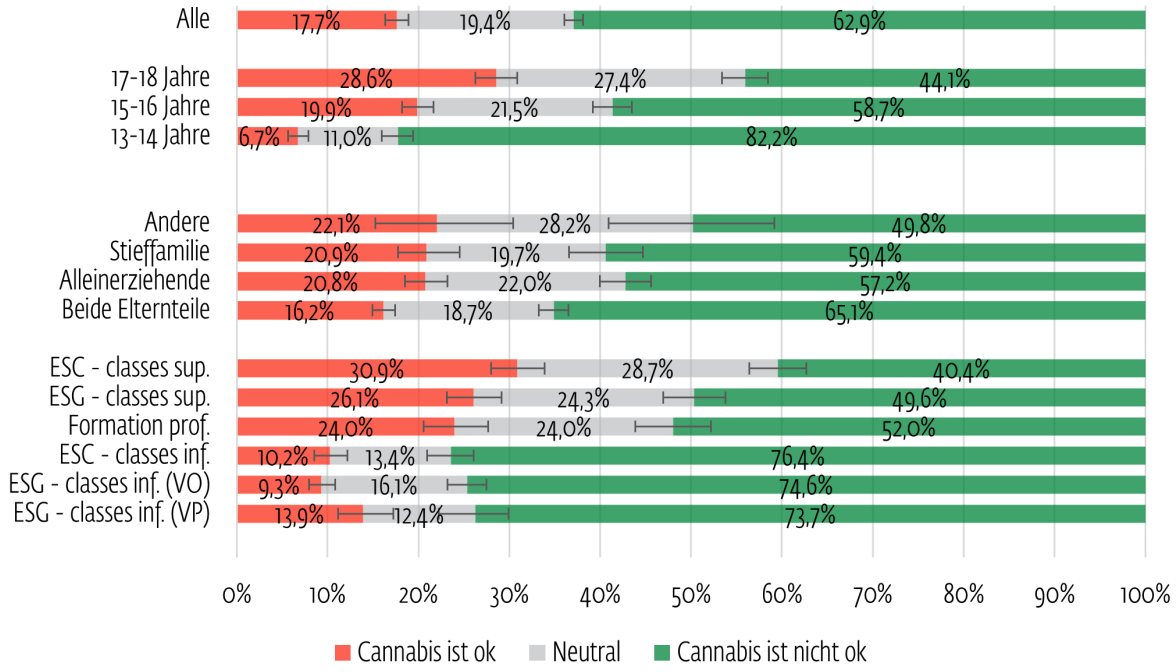
Abbildung 13: Cannabisakzeptanz von Eltern in Abhängigkeit von Alter, Familienstruktur und Schultyp



Wie in Abbildung 14 gezeigt, gaben etwa 62,9 % der Befragten eine geringe Akzeptanz des Cannabiskonsums an. Letztere variierte bei allen berücksichtigten soziodemografischen Variablen, mit Ausnahme des familiären Wohlstands. Auch hier waren Alter, Familienstruktur und Schultyp die wichtigsten Faktoren. So gaben beispielsweise 82,2 % der Befragten im Alter von 13 bis 14 Jahren an, dass sie Cannabis nicht gut vertragen, gegenüber 44,1 % der Befragten im Alter von 17 bis 18 Jahren. Unter den Schülern und Schülerinnen höherer Klassen lehnten die Schüler und Schülerinnen der *Formation professionnelle* Cannabis am häufigsten ab, während sie gleichzeitig am häufigsten Cannabis konsumierten (ausführliche Einzelheiten siehe Anhang, Abbildung 40 und Tabelle 16).

Schließlich ist anzumerken, dass die Akzeptanz von Cannabis bei den Befragten, den Freunden der Befragten und den Eltern der Befragten positiv miteinander korreliert war. Unter Zugrundelegung der ursprünglichen Variablen (d. h. derjenigen mit Bewertungsskalen mit 1–5 Punkten) und von Kendalls Tau betrug der Korrelationskoeffizient zwischen (a) der Akzeptanz von Freunden und Befragten 0,673, (b) der Akzeptanz von Eltern und Befragten 0,493 und (c) der Akzeptanz von Freunden und Eltern 0,418.

Abbildung 14: Cannabisakzeptanz in Abhängigkeit von Alter, Familienstruktur und Schultyp



Geschlechtsverkehr und Verhütung

Obwohl Geschlechtsverkehr nicht per se ein Risikoverhalten darstellt, lädt sein Zusammenhang mit ungewollten Schwangerschaften und sexuell übertragbaren Infektionen (STIs) dazu ein, die Prävalenz zu überwachen und die Verwendung von Verhütungsmitteln bei Jugendlichen zu bewerten. Tatsächlich ist eine ungewollte Schwangerschaft bei Jugendlichen mit geburtshilflichen Risiken (Kawakita et al., 2016; Kirbas et al., 2016), sozialer Stigmatisierung (Moseson et al., 2019), der Entwicklung psychischer Probleme (SmithBattle & Freed, 2016; van Lieshout et al., 2020) und einem höheren Risiko für Vernachlässigung und Missbrauch des Kindes verbunden (McCracken & Loveless, 2014; Paúl & Domenech, 2000; Riva Crugnola et al., 2019). Unabhängig davon, ob es sich um Viren oder Bakterien handelt, sind sexuell übertragbare Krankheiten weltweit jeden Tag für etwa 1 Million Neuinfektionen und jährlich für etwa 2 Millionen Todesfälle verantwortlich (World Health Organization, 2021). Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen besteht seit langem ein höheres Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten (Dehne & Riedner, 2001; World Health Organization, 2021), und der jüngste Anstieg der Prävalenz von sexuell übertragbaren Krankheiten bei Jugendlichen in mehreren Ländern gibt Anlass zu größter Sorge (Shannon & Klausner, 2018).

Darüber hinaus hat die Forschung einen Zusammenhang zwischen frühem Geschlechtsverkehr und nachteiligen Folgen, darunter kurz- bis mittelfristig Depressionen, insbesondere bei Mädchen, sowie sexuell übertragbare Krankheiten festgestellt (Vasilenko, 2017). Es ist jedoch zu beachten, dass kein Konsens darüber erzielt wurde, welcher Grenzwert für die Unterscheidung zwischen „frühem", „normalem" und „spätem" Geschlechtsverkehr verwendet werden sollte (Zhu & Bosma, 2019). Tatsächlich haben sich die Forscher auf unterschiedliche Grenzwerte gestützt, um solche Kategorien zu bilden, wobei in Studien ein Grenzwert von 14 (Roman Lay et al., 2021), 16 (Jovic et al., 2014) oder sogar 18 Jahren verwendet wurde (Turi et al., 2020).

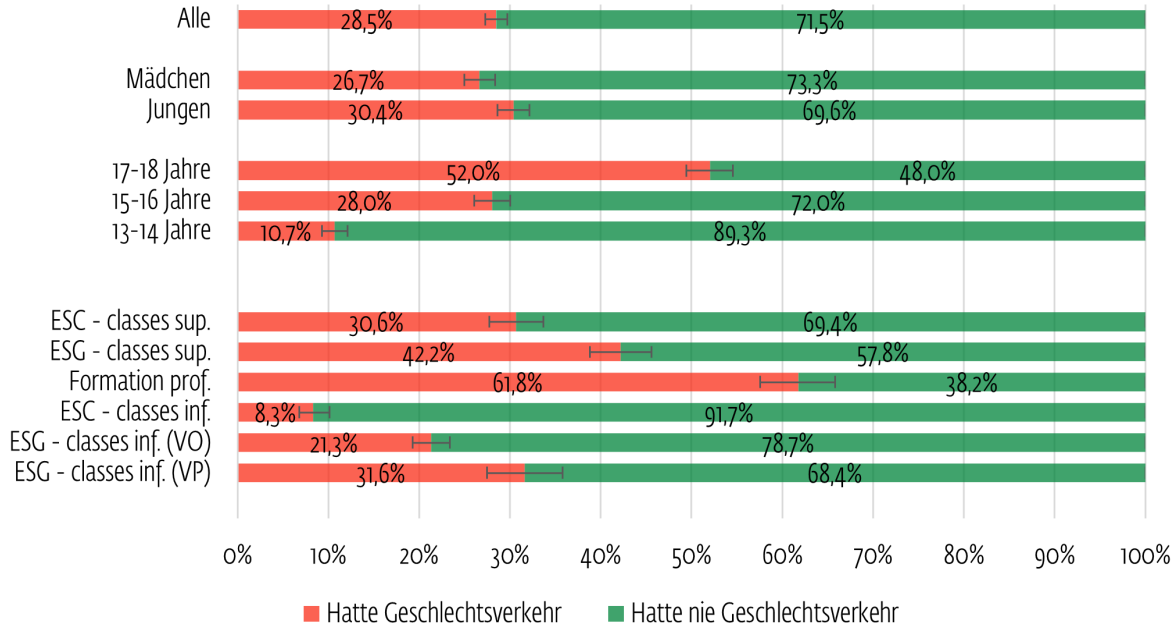
Geschlechtsverkehr

In der HBSC-Umfrage wurden die Teilnehmenden an der Sekundarschule gebeten, auf Basis einer Ja/Nein-Frage anzugeben: „Hast du schon einmal Geschlechtsverkehr gehabt (mit jemandem geschlafen)?". Die durchgeführten Analysen betrafen nur Befragte im Alter von 13–18 Jahren. Wie in Abbildung 15 gezeigt, lag die Prävalenz der Jugendlichen, die angaben, bereits Geschlechtsverkehr gehabt zu haben, bei 28,5 % (siehe Abbildung). Es bestand ein positiver Zusammenhang mit dem Alter, wobei die Mehrheit der 17- bis 18-jährigen Teilnehmenden angab, bereits Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Diese Prävalenz stand auch in Verbindung mit Geschlecht, Migrationshintergrund, Familienstruktur und Schultyp. Bei Jungen, Migrantinnen und Migranten der ersten Generation und Jugendlichen, die in einer Stieffamilie oder bei einem Elternteil leben, war die Wahrscheinlichkeit, dass sie bereits Geschlechtsverkehr hatten, höher als bei den jeweils anderen Jugendlichen. Außerdem hing der Geschlechtsverkehr mit der Art der besuchten Schule zusammen: So war die entsprechende Prävalenz bei Schülern und Schülerinnen der F*ormation professionnelle* am höchsten (61,8 %) und bei Schülern und Schülerinnen der ESCs *classes inférieures* am niedrigsten (8,3 %). Ähnlich verhält es sich bei Schülern und Schülerinnen des *Voie de préparation* (31,6 %) und bei Schülern und Schülerinnen der ESC. *classes supérieures* (30,6 %). Der familiäre Wohlstand stand in keinem Zusammenhang mit dem Geschlechtsverkehr (ausführliche Informationen siehe Anhang, Abbildung 41 und Tabelle 17).

Im Vergleich zu 2018 sind zwei Unterschiede in der sozialen Verteilung auffällig. Erstens war die Prävalenz der Schüler und Schülerinnen, die angaben, schon einmal Geschlechtsverkehr gehabt zu haben, bei Schülern und Schülerinnen

mit geringem familiärem Wohlstand zwar höher als bei den jeweils anderen Jugendlichen, allerdings stand der familiäre Wohlstand im Jahr 2022 in keinem größeren Zusammenhang mit dem Geschlechtsverkehr. Zweitens ist die entsprechende Prävalenz bei Schülern und Schülerinnen des *Voie de préparation* zwischen 2018 (27,5 %) und 2022 (31,6 %) gestiegen, während sie in den anderen Schultypen relativ stabil geblieben ist (Heinz et al., 2021).

Abbildung 15: Prävalenz des Geschlechtsverkehrs bei Jugendlichen in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter und Schultyp

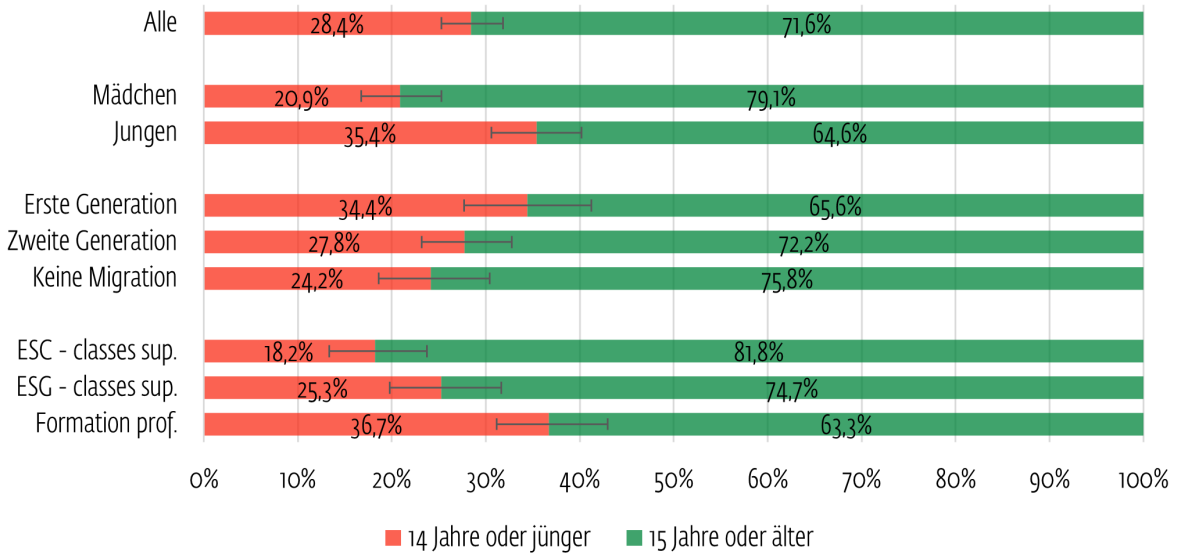


Alter beim ersten Geschlechtsverkehr

Die Befragten, die angaben, Geschlechtsverkehr gehabt zu haben, wurden auch gebeten, auf einer Skala von 1 („11 Jahre alt oder jünger") bis 6 („16 Jahre alt oder älter") folgende Frage zu beantworten: „Wie alt warst du, als du zum ersten Mal Geschlechtsverkehr hattest?". Die durchgeführte Analyse bezog sich nur auf die 17–18-jährigen Befragten. Früher Geschlechtsverkehr wurde anhand einer Aufteilung nach Quartilen definiert. Als Grenzwert wurde ein Alter von 14 Jahren festgelegt. Dies bedeutet, dass ein Geschlechtsverkehr im Alter von 14 Jahren oder früher hier als „früh" angesehen wurde.

Von den 17- bis 18-jährigen Jugendlichen, die bereits Geschlechtsverkehr hatten, waren 28,4 % bei ihrem ersten Geschlechtsverkehr 14 Jahre oder jünger (Abbildung 16). Die entsprechende Prävalenz war bei Jungen und Migrantinnen und Migranten der ersten Generation höher als bei den jeweils anderen Jugendlichen. Außerdem war diese Prävalenz bei Schülern und Schülerinnen der *Formation professionnelle* höher als bei Teilnehmenden der *classes supérieures* der ECS und ESG. Der familiäre Wohlstand und die Familienstruktur spielten keine Rolle (ausführliche Informationen siehe Anhang, Abbildung 42 und Tabelle 18).

Abbildung 16: Alter beim ersten Geschlechtsverkehr in Abhängigkeit von Geschlecht, Migrationshintergrund und Schultyp

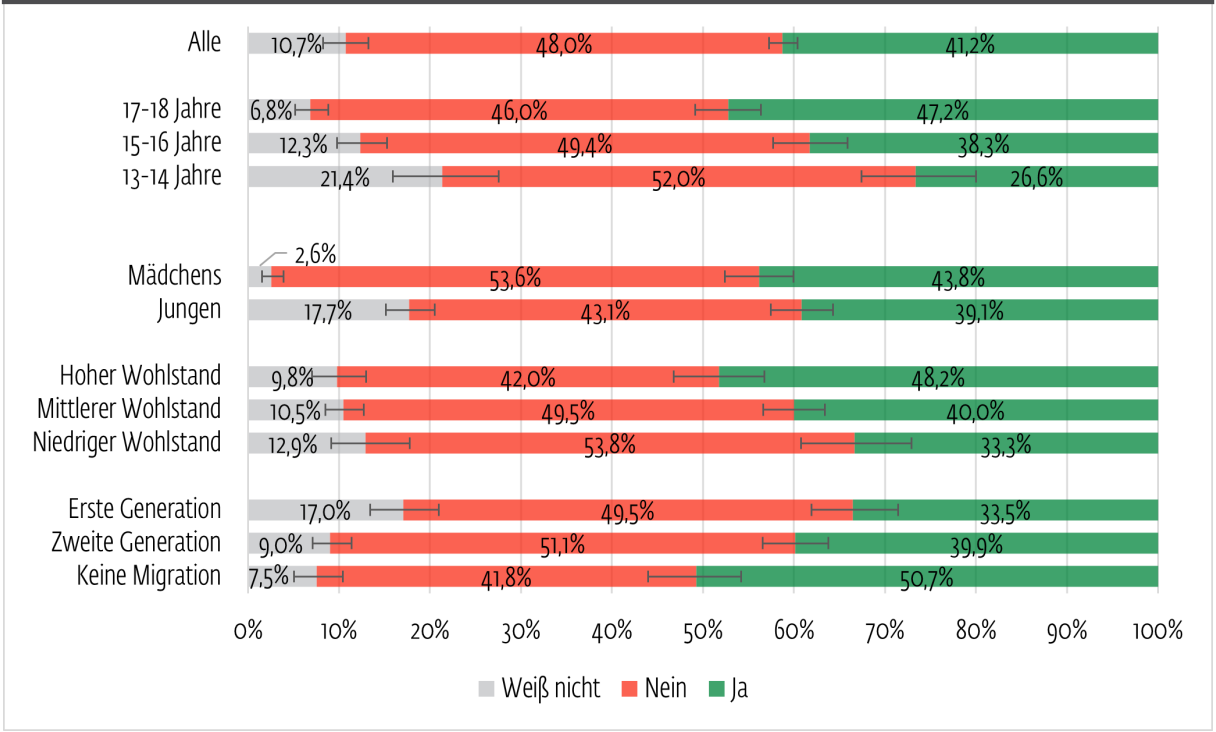


Empfängnisverhütung

Die Empfängnisverhütung wurde anhand von zwei Elementen gemessen, bei denen die Teilnehmer, die angaben, bereits Geschlechtsverkehr gehabt zu haben, folgende Fragen beantworten sollten: „Als du das letzte Mal Geschlechtsverkehr hattest, hast du beziehungsweise hat dein Partner ein Kondom benutzt?" bzw. „Als du das letzte Mal Geschlechtsverkehr hattest, hast du beziehungsweise hat deine Partnerin die Antibabypille benutzt?". Bei beiden Fragen standen drei Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: „Ja", „Nein" und „Weiß nicht". Diese Angaben schließen zwar andere Verhütungsmethoden (z. B. Diaphragma) aus, geben aber dennoch einen Überblick über die Verwendung von Verhütungsmitteln bei Jugendlichen. Die hier durchgeführte Analyse umfasste Teilnehmende im Alter von 13 bis 18 Jahren, die angaben, bereits Geschlechtsverkehr gehabt zu haben.

Wie in Abbildung 17 dargestellt, gaben 41,2 % der Teilnehmenden an, dass ihre Partnerin oder sie selbst beim letzten Geschlechtsverkehr die Antibabypille genommen haben; 48 % gaben an, dass ihre Partnerin oder sie selbst sie nicht genommen haben; 10,7 % gaben an, dass sie es nicht wissen. Diese Raten variierten mit allen untersuchten soziodemografischen Variablen. Die Prävalenz der Einnahme der Antibabypille war bei jüngeren Jugendlichen, Jungen, Jugendlichen mit geringerem familiärem Wohlstand, Migrantinnen und Migranten der ersten Generation, Befragten, die bei beiden Elternteilen leben, und Schüler und Schülerinnen der unteren Klassenstufen niedriger als bei den jeweils anderen Jugendlichen. Insgesamt gilt das Gleiche für die Verteilung der Antwortoption „Weiß nicht". So gaben 2,6 % der betroffenen Mädchen an, diesbezüglich nichts zu wissen oder sich nicht zu erinnern, während dies bei 17,7 % der betroffenen Jungen der Fall war (ausführliche Angaben siehe Anhang, Abbildung 43 und Tabelle 19).

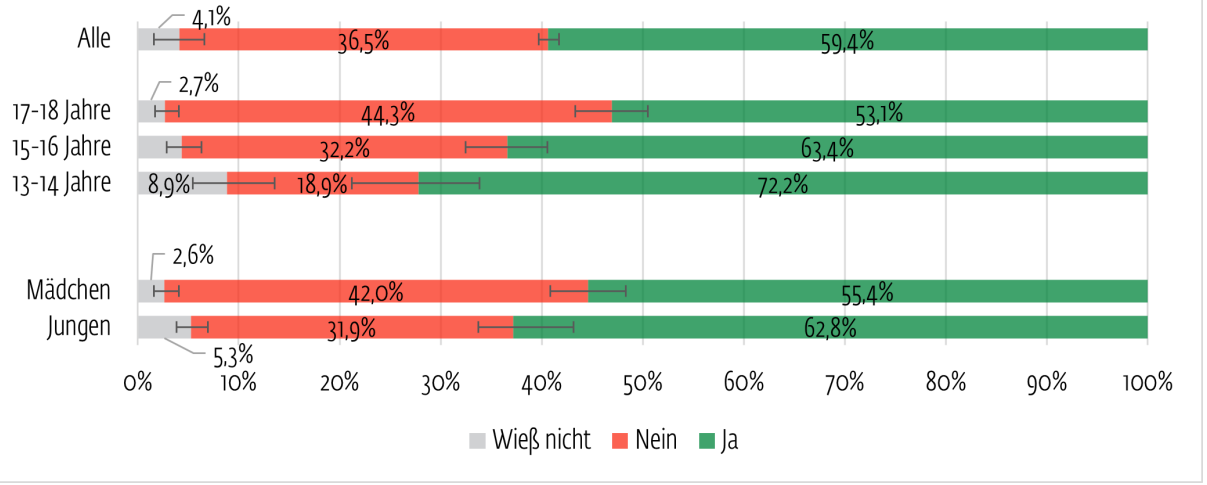
Abbildung 17: Verwendung der Antibabypille in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund



In Bezug auf die Verwendung von Kondomen gaben 59,4 % der Befragten an, dass ihr Partner oder sie selbst beim letzten Geschlechtsverkehr ein Kondom benutzt haben; 36,5 % gaben an, dass ihr Partner oder sie selbst dies nicht getan haben; 4,1 % gaben an, dass sie es nicht wissen (Abbildung 18). Die soziale Verteilung des Kondomgebrauchs folgt einem ähnlichen Muster wie bei der Verwendung der Antibabypille. Alle soziodemografischen Variablen waren mit der Kondomnutzung verknüpft. Anders als bei der Einnahme der Antibabypille war das Alter jedoch negativ mit der Verwendung von Kondomen verbunden: Jüngere Jugendliche gaben häufiger an, Kondome zu verwenden als ältere Jugendliche. So lag die entsprechende Prävalenz bei den 13- bis 14-Jährigen bei 72,2 %, bei den 17- bis 18-Jährigen dagegen bei 53,1 %. Interessanterweise war diese Prävalenz bei Jungen (62,8 %) höher als bei Mädchen (55,4 %), ein Unterschied, der auf eine Verzerrung der sozialen Erwünschtheit und/oder darauf hindeuten könnte, dass eine Reihe von Sexualpartnern der Mädchen weder männlich waren noch eine weiterführende Schule besuchten, oder vielleicht auch darauf, dass ältere Mädchen Zugang zur Antibabypille haben, was zu einem Rückgang der Verwendung von Kondomen beim Geschlechtsverkehr führt. Da diese geschlechtsspezifische Diskrepanz bei den 17- bis 18-Jährigen am größten und bei den 13- bis 14-Jährigen am geringsten ist, könnte vor allem die letztgenannte Möglichkeit erklären, warum die Prävalenz des Kondomgebrauchs bei Mädchen geringer war. Bemerkenswert ist auch, dass Jungen doppelt so häufig wie Mädchen nicht wissen, ob beim letzten Geschlechtsverkehr ein Kondom benutzt wurde (5,3 % der Jungen gegenüber 2,6 % der Mädchen). Darüber hinaus war die Prävalenz des Kondomgebrauchs bei Teilnehmenden mit höherem familiärem Wohlstand, bei Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation und bei Jugendlichen, die mit beiden Elternteilen zusammenleben, höher als bei den jeweils anderen Jugendlichen. Die Prävalenz des Kondomgebrauchs variierte auch je nach Schultyp, was sowohl einen Alterseffekt als auch einen Unterschied zwischen ESG- und ESC-Schüler und -Schülerinnen widerspiegelt. Insgesamt

war die soziale Verteilung der Nutzung von Verhütungsmethoden im Jahr 2022 ähnlich wie im Jahr 2018 (ausführliche Informationen, siehe Anhang, Abbildung 44 und Tabelle 20).

Abbildung 18: Kondom-Gebrauch in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter



Problematische Nutzung von sozialen Medien

Der Beginn der so genannten „Cyber-Ära" hat zu einer Reihe negativer Auswirkungen auf die Gesundheit im Allgemeinen sowie auf Schlaflosigkeit, Selbstwertgefühl, Angst und Depression im Besonderen geführt (Keles et al., 2020; Riehm et al., 2019; Woods & Scott, 2016). Forscher haben vor allem die Besonderheiten der Sucht nach sozialen Medien untersucht und mehrere Instrumente zu deren Bewertung entwickelt, u. a. die Bergen *Social Media Addiction Scale* (Andreassen et al., 2017).

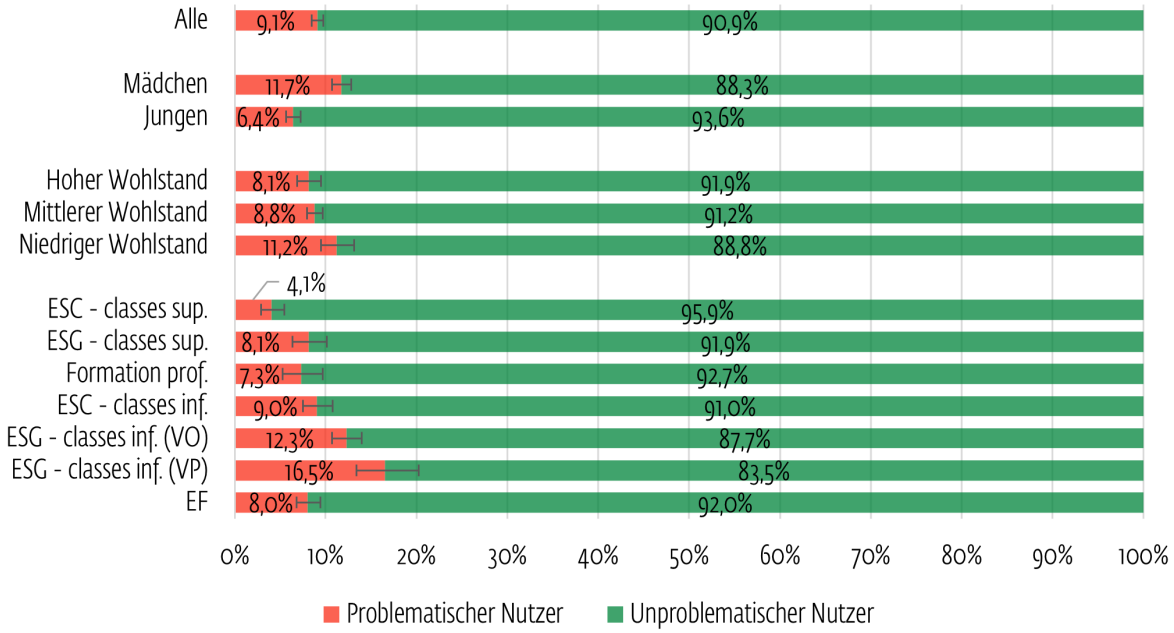
Seit 2018 umfasst die HBSC-Studie auch die *Social Media Disorder Scale* (van den Eijnden et al., 2016). Dieses Tool bezieht sich auf das vergangene Jahr und umfasst die folgenden neun Fragen: „Hast du im vergangenen Jahr ...

- ... regelmäßig bemerkt, dass du an nichts anderes denken kannst als an den Moment, wenn du wieder soziale Medien nutzen kannst?"
- ... dich regelmäßig unzufrieden gefühlt, weil du mehr Zeit auf sozialen Medien verbringen wolltest?"
- ... dich oft schlecht gefühlt, wenn du soziale Medien nicht nutzen konntest?"
- ... versucht, weniger Zeit auf sozialen Medien zu verbringen, aber hast es nicht geschafft?"
- ... regelmäßig andere Aktivitäten (z. B. Hobbys, Sport) vernachlässigt, weil du soziale Medien nutzen wolltest?"
- ... regelmäßig Streit mit anderen gehabt wegen deiner Nutzung von sozialen Medien?"
- ... regelmäßig deine Eltern oder Freunde/Freundinnen darüber angelogen, wie viel Zeit du mit sozialen Medien verbringst?"
- ... oft soziale Medien benutzt, um vor negativen Gefühlen zu fliehen?"
- ... einen ernsthaften Konflikt mit deinen Eltern oder Geschwistern gehabt wegen deiner Nutzung von sozialen Medien?"

Die Antwortmöglichkeiten sind dichotom; die Antwort „nein" wird mit 0 kodiert, die Antwort „ja" mit 1. Auf dieser Grundlage wird dann eine Gesamtpunktzahl von 0 bis 9 gebildet. Die Ersteller der Skala betrachteten einen Wert von 5 oder mehr als Ausdruck eines „gestörten Nutzers sozialer Medien" (van den Eijnden et al., 2016). In einer neueren Studie wurde eine Punktzahl von 6 oder mehr zur Identifizierung solcher Nutzer herangezogen (Boer et al., 2022). Dabei ist zu beachten, dass beide Schwellenwerte keine klinische Grundlage haben und dass künftige Studien den betreffenden Cut-off-Wert revidieren könnten. In Übereinstimmung mit dem internen Protokoll der HBSC (Inchley et al., 2023) wurde bei der hier durchgeführten Analyse ein Cut-off-Wert von 6 beibehalten.

Wie aus Abbildung 19 hervorgeht, waren 9,1 % der Teilnehmenden problematische Nutzer sozialer Medien. Diese Rate variierte mit allen berücksichtigten soziodemografischen Variablen. Der Prozentsatz der problematischen Nutzer war bei den 13–14-jährigen Jugendlichen am höchsten (12,5 %) und bei den 17–18-Jährigen am niedrigsten (6,1 %). Dieser Alterstrend spiegelte sich im Zusammenhang zwischen der problematischen Nutzung sozialer Medien und der Schulform wider, wobei eine zusätzliche Trennlinie zwischen ESG-Schülern und -Schülerinnen und ESC-Schülern und -Schülerinnen gezogen wurde. Die Prävalenz problematischer Nutzer war in der Tat in der ESG höher als in der ESC, und zwar sowohl in den *classes inférieures* als auch in den *classes supérieures*. Außerdem war sie bei Mädchen und Befragten mit geringem familiären Wohlstand höher als bei den jeweils anderen Jugendlichen. Darüber hinaus schienen das Zusammenleben mit beiden Elternteilen und das Fehlen eines Migrationshintergrunds eine schützende Rolle vor einer problematischen Nutzung sozialer Medien zu spielen (ausführliche Informationen siehe Anhang, Abbildung 45 und Tabelle 21).

Abbildung 19: Problematische Nutzung sozialer Medien in Abhängigkeit von Geschlecht, familiärem Wohlstand und Schultyp



Die Prävalenz problematischer Nutzer sozialer Medien ist zwischen 2018 (5,9 %) und 2022 (9,1 %) gestiegen. Dieser Anstieg betraf zwar jede einzelne soziodemografische Untergruppe, war aber in den Untergruppen, die die höchste Prävalenz problematischer Nutzer meldeten, höher (Heinz et al., 2021). So wurde bei den Mädchen ein Anstieg um 5,2 und bei den Jungen um 1,6 Prozentpunkte festgestellt. Infolgedessen haben sich alle oben genannten Lücken in den letzten vier Jahren vergrößert.

Mobbing und Teilnahme an Schlägereien

Mobbing

Mobbing ist ein weltweites Phänomen, dessen Prävalenz jedoch von Region zu Region drastisch variiert. So wurde beispielsweise von Biswas et al. (2020) festgestellt, dass etwa 43 % der Jugendlichen in Afrika im Alter von 12 bis 17 Jahren im letzten Monat gemobbt wurden, während es bei den Jugendlichen in Europa nur 8 % waren. Diese *relativ* niedrige Prävalenz in Europa sollte jedoch nicht dazu verleiten, die Erfahrungen derer, die gemobbt werden, zu übersehen: Mobbing steht in der Tat mit einer Vielzahl negativer Folgen in Verbindung, darunter Psychopathologie, Suizidalität und Straffälligkeit (Catone et al., 2015; Klomek et al., 2015).

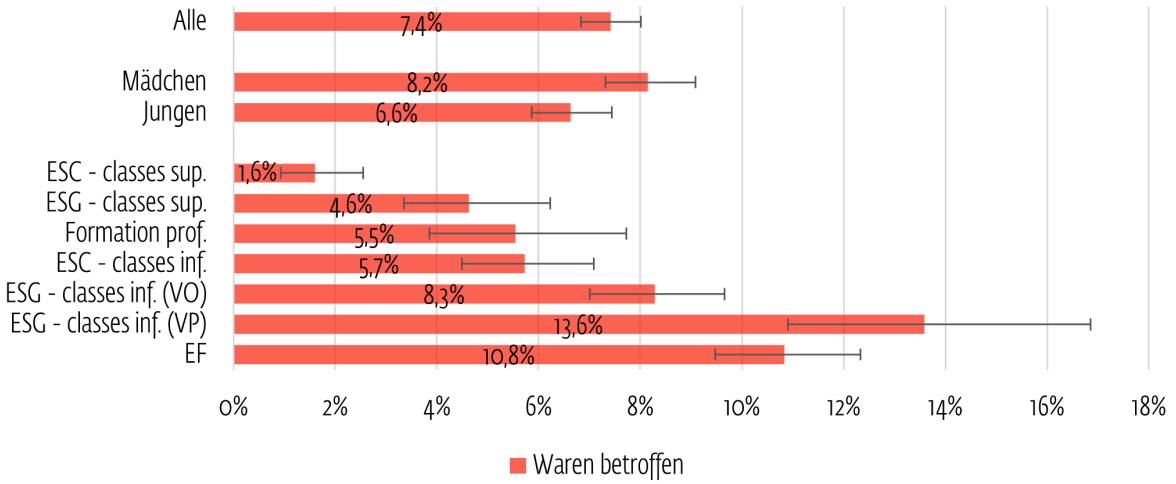
Die HSBC-Umfrage bewertet Mobbing anhand von vier verschiedenen Elementen, die die Erfahrung des Gemobbt-Werdens und des Mobbens sowohl in der Schule als auch online untersuchen. Da der Begriff „Mobbing" sich in verschiedene Sprachen schwer übersetzen lässt, wurden den Teilnehmenden im Fragebogen eine Definition von Mobbing sowie einige praktische Beispiele vorgelegt. Die Jugendlichen wurden dann gebeten anzugeben, wie oft sie gemobbt worden waren und wie oft sie jemanden gemobbt hatten, sowohl in der Schule als auch online. Die vier Fragen bezogen sich auf die letzten Monate und basierten auf einer Bewertungsskala von 1–5 Punkten, die von 1 („Keine Erfahrung") bis 5 („Mehrmals pro Woche") reicht. Die Antworten wurden umcodiert, um zwischen Betroffenen und Nicht- Betroffenen sowie zwischen Tätern oder Täterinnen und Nicht-Tätern oder Nicht-Täterinnen zu unterscheiden. In Anlehnung an das interne Protokoll der HBSC (Inchley et al., 2023) wurden die Antwortoptionen „Keine Erfahrung" und „1- oder 2-mal" mit 0 umcodiert; die Optionen „2- oder 3-mal im Monat", „Ungefähr einmal pro Woche" und „Mehrmals pro Woche" wurden mit 1 umcodiert, wenn die Viktimisierung in der Schule bewertet wurde. Die Antwortoption „Keine Erfahrung" wurde mit 0 umcodiert; die vier anderen Optionen wurden bei der Bewertung der Viktimisierung durch Cybermobbing mit 1 umcodiert.

Erfahrungen von Jugendlichen, die gemobbt werden

Die Prävalenz der Jugendlichen, die von Mobbing betroffen waren, war online höher als in der Schule (13,1 % gegenüber 7,4 %). Die Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person in der Schule schien hauptsächlich mit der Art der besuchten Schule zusammenzuhängen (siehe Abbildung 20). Unter Berücksichtigung aller soziodemografischen Variablen erreichte die Prävalenz der Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person in der Schule ihr Maximum im ESGs *Voie de préparation* (13,6 %) und ihr Minimum in den *ESC. classes supérieures* (1,6 %). Diese Ergebnisse spiegeln zwar weitgehend einen Alterseffekt wider (Cook et al., 2010), können aber auch Ausdruck spezifischer Merkmale und Dynamiken von Schulen sein. Darüber hinaus war die Prävalenz der Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person in der Schule bei Mädchen (leicht) höher als bei Jungen. Dies ist das erste Mal seit der Durchführung der HBSC-Studie in Luxemburg. Tatsächlich war die Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person in den Jahren 2006 und 2010 bei Jungen höher und in den Jahren 2014 und 2018 bei beiden Geschlechtern recht ähnlich (Heinz et al., 2020). Dieses Ergebnis spiegelt zum Teil die an anderer Stelle berichteten Trends wider (Kennedy, 2021), die zwischen 1998 und 2017 in den USA einen Rückgang der Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person durch persönliches Mobbing bei Jungen und einen Anstieg bei Mädchen aufzeigten. Darüber hinaus ergab die Analyse einen Zusammenhang zwischen der Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person in der Schule und der Familienstruktur: Es stellte sich heraus, dass das Zusammenleben mit beiden Elternteilen eine schützende Rolle spielt. Die Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person in der Schule stand in keinem Zusammenhang mit dem familiären Wohlstand und dem Migrationshintergrund

(ausführliche Informationen siehe Anhang Abbildung 46 und Tabelle 22). Die soziale Verteilung der Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person in der Schule hat sich zwischen 2018 und 2022 (Heinz et al., 2021) nicht verändert und spiegelt frühere Ergebnisse wider.

Abbildung 20: Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person in der Schule in Abhängigkeit von Geschlecht und Schultyp



Was Cybermobbing betrifft, so gaben 13,1 % der Teilnehmenden an, in den letzten Monaten Betroffene von Cybermobbing geworden zu sein. Diese Prävalenz variierte mit dem Alter, der Familienstruktur und der Schulform und folgte ähnlichen Mustern wie die oben beschriebenen, mit einer Ausnahme: die Prävalenz der Betroffenen von Cybermobbing war bei Jugendlichen im Alter von 11-14 Jahren höher als bei den 15-18-Jährigen (ausführliche Informationen siehe Anhang, Abbildung 47 und Tabelle 23).

Erfahrung mit Mobbing als Täter oder Täterin

Wie in Abbildung 21 dargestellt, gaben 3,6 % der Teilnehmenden an, in den letzten Monaten andere in der Schule gemobbt zu haben. Diese Quote variierte bei allen untersuchten soziodemografischen Variablen, mit Ausnahme des Alters. Schulform, Geschlecht und Migrationsstatus wiesen in dieser Hinsicht die größten Unterschiede auf. Die Prävalenz der Täter und Täterinnen erreichte 8,2 % im ESGs *Voie de préparation* und 1,9 % in den *classes supérieures* der ESGs. 5,2 % der befragten Jungen und 2 % der befragten Mädchen gaben an, andere gemobbt zu haben. Migrantinnen und Migranten der ersten und zweiten Generation mobben offenbar häufiger (4,7 % bzw. 3,9 %) als Teilnehmende ohne Migrationshintergrund (2,1 %). Bei den beiden anderen soziodemografischen Variablen waren die Unterschiede geringer. Der Zusammenhang zwischen familiärem Wohlstand und der Erfahrung mit Mobbing als Täter oder Täterin in der Schule ergab sich hauptsächlich aus dem Unterschied zwischen der Gruppe mit niedrigem (4,6 %) und mittlerem (3,2 %) Wohlstand. In ähnlicher Weise spiegelt der Zusammenhang zwischen der Erfahrung mit Mobbing als Täter oder Täterin in der Schule und Familienstruktur vor allem die relativ hohe Prävalenz von Tätern bei Teilnehmenden wider, die nur mit einem Elternteil zusammenleben (5 %), im Vergleich zu den Raten von Mobberinnen und Mobbern bei Jugendlichen, die mit beiden Elternteilen (2,8 %) oder in einer Stieffamilie (2,9 %) leben (ausführliche Details siehe Anhang, Abbildung 48 und Tabelle 24). Die soziale Verteilung der Erfahrung mit Mobbing

als Täter oder Täterin in den Jahren 2018 und 2022 (Heinz et al., 2021) ähnlich und entspricht derjenigen, die in früheren Untersuchungen berichtet wurde (Inchley et al., 2020).

Abbildung 21: Einschätzung von Mobbing in der Schule in Abhängigkeit von Geschlecht, Migrationshintergrund und Schultyp

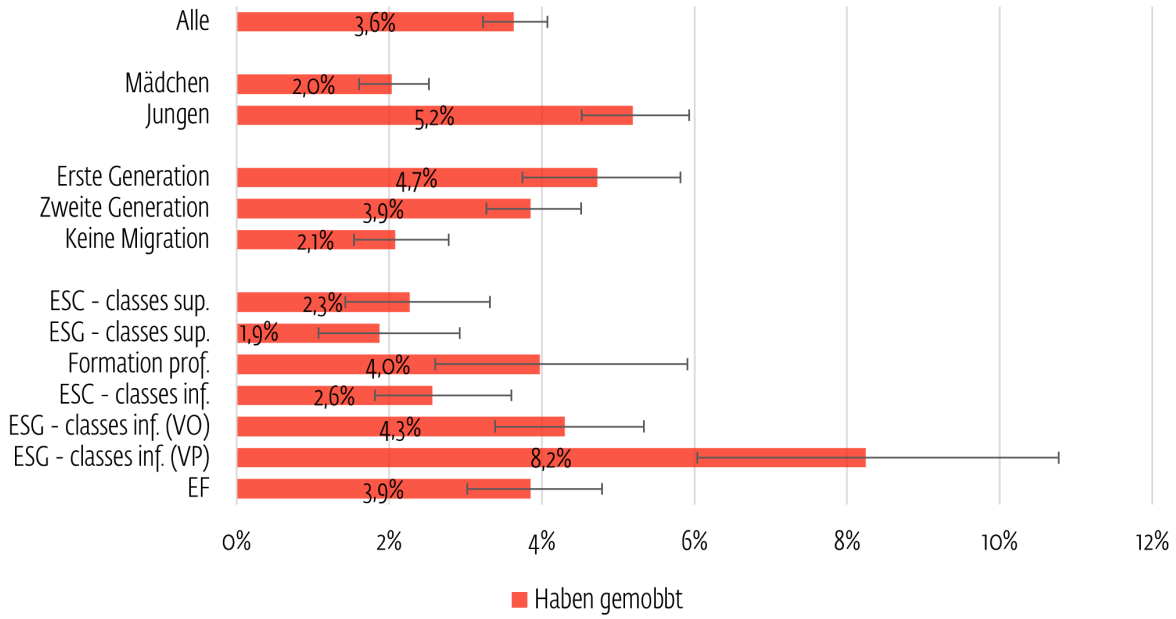
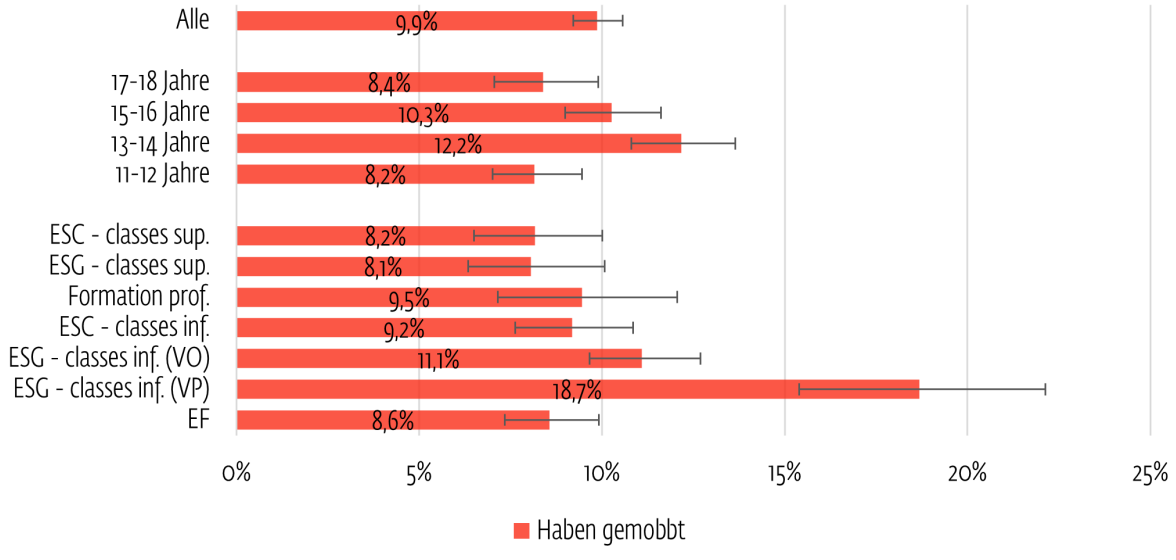


Abbildung 22: Einschätzung von Cybermobbing in Abhängigkeit von Alter und Schultyp



Die Prävalenz von Mobberinnen und Mobbern war online höher als in der Schule (9,9 % vs. 3,6 %). Wie bei Schulmobbing-Tätern oder Täterinnen überwiegen auch Cybermobbing-Täter oder Täterinnen im ESGs *Voie de*

préparation (18,7 %), bei Jungen (12,5 %) und bei Migrantinnen und Migranten der ersten Generation (11,7 %; siehe Abbildung 22 und Anhang, Abbildung 49 und Tabelle 25). Das Zusammenleben mit beiden Elternteilen war mit einer geringeren Prävalenz von Cybermobbing verbunden (8,7 %) als das Zusammenleben mit einem einzigen Elternteil (11,6 %) und das Leben in einer Stieffamilie (11,7 %). Interessanterweise wurden bei der Analyse Altersunterschiede festgestellt, wobei die 13- bis 14-jährigen Teilnehmenden die höchste Prävalenz von Tätern und Täterinnen aufwiesen (12,2 % vs. 8,2 % bei den 11- bis 12-Jährigen). Der familiäre Wohlstand spielte dabei keine Rolle (ausführliche Informationen siehe Anhang, Abbildung 49 und Tabelle 25).

Teilnahme an Schlägereien

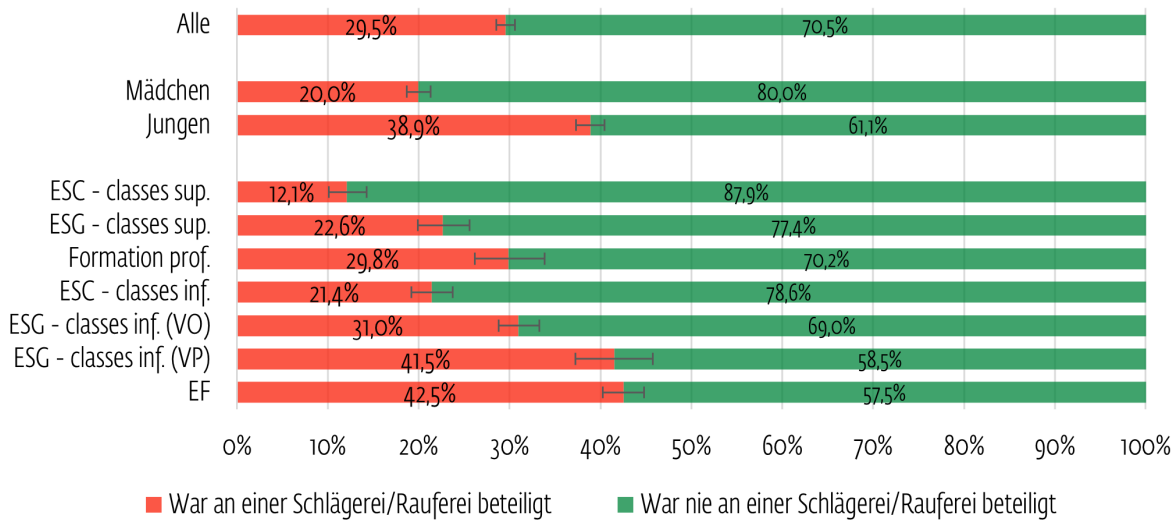
Mobbing ist ein vielgestaltiges Phänomen, das verbale (z. B. Beschimpfungen), physische (z. B. Schubsen) und relationale (z. B. Verbreitung von Gerüchten) Unterformen umfasst (Olweus, 1993; Rivers & Smith, 1994). Die HBSC-Studie erlaubt es nicht, zwischen diesen Subtypen zu unterscheiden. Allerdings umfasst sie ein Element zur Bewertung der Teilnahme an Schlägereien. Letzteres sollte nicht mit der physischen Form des Mobbings verwechselt werden, da es nicht notwendigerweise ein Machtungleichgewicht beinhaltet – ein Hauptmerkmal von Mobbing. Dies erklärt zum Teil, warum die Teilnahme an Schlägereien nur schwach mit der Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person (τ = 0,146) und der Erfahrung mit Mobbing als Täter oder Täterin (τ = 0,202) korrelierte.

Im Rahmen der HBSC-Studie wird die Teilnahme an Schlägereien gemessen, indem die Teilnehmenden gebeten werden, Folgendes anzugeben: „Wie oft warst du während der letzten 12 Monate an einer Schlägerei/Rauferei beteiligt?" Das Element basiert auf einer Bewertungsskala von 1–5 Punkten, die von 1 („Nie") bis 5 („4-mal oder öfter") reicht. Um zwischen Jugendlichen, die nicht in eine Schlägerei verwickelt waren, und solchen, die eine hatten, zu unterscheiden, wurde die Antwortoption „Nie" mit 0 und die übrigen Antwortoptionen mit 1 umcodiert.

Wie aus der Abbildung 23 hervorgeht, gaben 29,5 % der Befragten an, im vergangenen Jahr in eine Schlägerei verwickelt gewesen zu sein. Diese Quote variierte mit jeder einzelnen untersuchten soziodemografischen Variable. Jüngere Jugendliche, Jungen, Jugendliche mit geringem familiären Wohlstand, Migrantinnen und Migranten der ersten und zweiten Generation und Teilnehmenden, die nicht mit beiden Elternteilen zusammenleben, waren mit größerer Wahrscheinlichkeit in eine Schlägerei verwickelt als die jeweils anderen Jugendlichen. Darüber hinaus ergab die Analyse einen mindestens zweistufigen Zusammenhang zwischen der Teilnahme an Schlägereien und der Schulform. Die erste Ebene bezieht sich auf das Alter: Die Prävalenz der Teilnahme an Schlägereien war im *Enseignement Fondamental* und in den *classes inférieures* tatsächlich höher als in den *classes supérieures*. Die zweite Ebene spiegelt eine Unterscheidung zwischen ESGs und ESCs wider: Letztere wiesen eine geringere Prävalenz der Teilnahme an Schlägereien auf als erstere (ausführliche Details siehe Anhang Abbildung 50 und Tabelle 26).

Die soziale Verteilung der Prävalenz der Teilnahme an Schlägereien hat sich seit 2018 nicht wesentlich verändert. Der Hauptunterschied betrifft den familiären Wohlstand. 2018 waren Schüler und Schülerinnen aus wohlhabenden Familien seltener in solche Auseinandersetzungen verwickelt als die jeweils anderen Jugendlichen (Heinz et al., 2021); 2022 stand der familiäre Wohlstand in keinem Zusammenhang mit der Teilnahme an Schlägereien.

Abbildung 23: Teilnahme an Schlägereien in Abhängigkeit von Geschlecht und Schultyp



Mobbing in Schulen: eine genauere Betrachtung

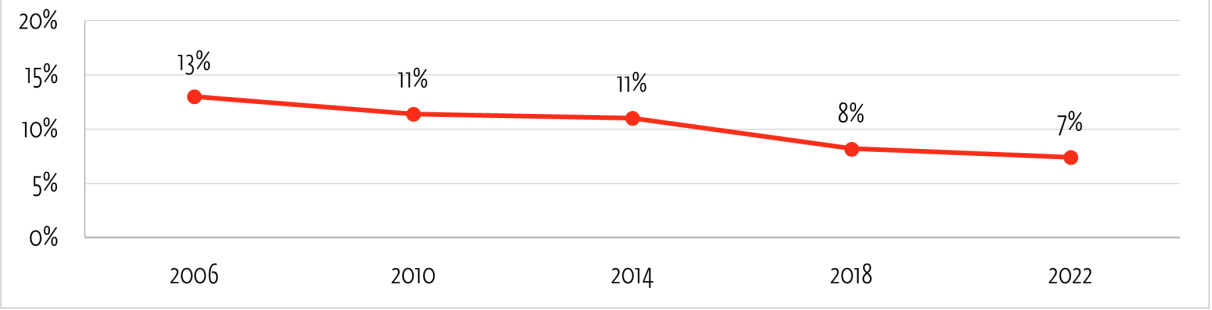
Einleitung

Jugendliche, die häufiger gemobbt werden, erleben negative psychosoziale Auswirkungen, wie z. B. ein höheres Maß an psychologischen Symptomen und Psychopathologie, einschließlich Depressionen, Angstzuständen und Selbstmordgedanken, sowohl kurzfristig als auch im Erwachsenenalter (Catone et al., 2015; Cosma et al., 2017; Halliday et al., 2021; Klomek et al., 2015).

In der HBSC-Studie wurden die Jugendlichen im Rahmen der Fragen zur Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person und Erfahrung mit Mobbing als Täter oder Täterin speziell gefragt, wie oft sie in der Schule gemobbt wurden. Als in der Schule gemobbt gilt, wer über einen längeren Zeitraum wiederholt negativen Handlungen anderer ausgesetzt ist (Olweus, 1996). Negative Handlungen werden als Handlungen verstanden, die anderen absichtlich Schaden oder Unbehagen zufügen und im Falle von Mobbing in einem Kontext des Machtungleichgewichts erfolgen müssen. Das heißt, wenn die Person, die gemobbt wird, dem Mobber oder der Mobberin bis zu einem gewissen Grad hilflos gegenübersteht.

In Luxemburg ist die Prävalenz der Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person seit 2006 zwar deutlich zurückgegangen, zwischen 2018 und 2022 blieb sie jedoch stabil (13 % im Jahr 2006 vs. 8 % im Jahr 2018 und 7 % im Jahr 2022; Abbildung 24).

Abbildung 24: Trends der Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person



Wie bereits in diesem Bericht dargestellt, variiert die Prävalenz der Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person in den verschiedenen Schultypen erheblich. Obwohl sowohl die Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person als auch der Schultyp mit dem Alter assoziiert sind, erklärt letzteres wahrscheinlich nur teilweise die Varianz der Prävalenz in den verschiedenen Schultypen. So ist die Prävalenz der Schüler und Schülerinnen, die angeben, gemobbt worden zu sein, im *Voie de préparation* mit 13,6 % am höchsten, während sie in den ESC *classes inférieures* bei 5,7 % liegt.

Der vorliegende Abschnitt verfolgt ein doppeltes Ziel. Erstens soll er besser verdeutlichen, wie individuelle und kontextuelle Merkmale mit Mobbing zusammenhängen. Zweitens soll er einen Vergleich der Durchschnittswerte des Wohlbefindens von Betroffenen und Nicht-Betroffenen von Mobbing ermöglichen.

Methode

Abhängige Variablen

Wohlbefinden. Der WHO-5 *Well-being Index* ist ein fünfstufiges Maß für das subjektive Wohlbefinden. Jede Stufe basiert dabei auf einer Bewertungsskala von 0 bis 5. Hier wurde ein Gesamtwert zwischen 0 und 25 verwendet.

Wurde in der Schule gemobbt. Hier wird gefragt, wie oft sie in den letzten Monaten in der Schule gemobbt wurden. Die Antworten reichten von 1 („Nie") bis 5 „Mehrmals pro Woche").

Unabhängige Variablen

Individuelle Merkmale: Alter, familiärer Wohlstand, Familienstruktur, Geschlecht und Migration.

Kontextbedingte Merkmale: Schultyp, Schulklasse und Schule.

Statistische Analysen

Wir haben eine zweistufige hierarchische binomiale logistische Regressionsanalyse durchgeführt. Im ersten Schritt (Schritt 1) haben wir individuelle Faktoren (Alter, Geschlecht, Familienstruktur, familiärer Wohlstand und Migrationsstatus) als Prädiktoren einbezogen, um ihren Einfluss auf die abhängige Variable (gemobbt werden) zu bewerten. Im zweiten Schritt (Schritt 2) fügten wir die Schulformvariable in das Modell ein, um ihre spezifische Wirkung auf die abhängige Variable zu verstehen, wobei wir die in Schritt 1 einbezogenen individuellen Faktoren kontrollierten.

Zudem haben wir ein mehrschichtiges Modell verwendet, um die Variation der Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person zu berücksichtigen. Die klasseninterne Korrelation (ICC) wurde verwendet, um zu verstehen, wie die hierarchische Struktur die Variation der Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person erklärt. Die erste Ebene (Ebene-1) bezieht sich auf die ICC-Variation zwischen/innerhalb der Schulklasse. Auf der zweiten Ebene (Ebene-2) wurde auf folgende individuelle Informationen kontrolliert: Alter, Geschlecht, familiärer Wohlstand, Familienstruktur und Migrationshintergrund. Die dritte und vierte Ebene umfasste zusätzlich zu den vorherigen kontrollierten Variablen die Variation zwischen den Schultypen (Ebene-3) und den Schulen selbst (Ebene-4).

Anschließend wurde eine einseitige Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt, um die Unterschiede zwischen den Mittelwerten des Wohlbefindens nach der Häufigkeit, mit der der oder die Jugendliche gemobbt wurde, zu bewerten. Schließlich wurden unabhängige t-Tests durchgeführt, um die Mittelwerte des Wohlbefindens von Betroffenen und Nicht-Betroffenen von Mobbing nach Schultyp zu vergleichen. Das statistische Signifikanzniveau für alle Tests lag bei 0,05.

Ergebnisse und Diskussion

Das erste Ziel dieses Abschnitts war, besser zu verdeutlichen, wie individuelle und kontextuelle Merkmale mit Mobbing zusammenhängen. Zuvor hatten wir festgestellt, dass Mobbing mit der Schulform sowie mit anderen

individuellen Indikatoren wie Alter, Geschlecht und Familienstruktur zusammenhängt (ausführliche Einzelheiten siehe Anhang Tabelle 22). Im Folgenden berücksichtigen diese Assoziationen die Tatsache, dass die Schultypen nicht heterogen sind (z. B. sind die Schüler und Schülerinnen der *Enseignement Fondamental* jünger als die der anderen Schultypen), indem die zuvor erwähnten individuellen und kontextuellen Merkmale gleichzeitig in das Modell einbezogen werden.

Im ersten Modell waren die meisten soziodemografischen Variablen signifikant mit Mobbing assoziiert, mit Ausnahme des familiären Wohlstands (Tabelle 1). Sobald jedoch die Schulform in Schritt 2 eingeführt wurde, verloren Alter und Migration ihre Prognosekraft und waren nicht mehr signifikant mit Mobbing verbunden. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Alter und Migrationshintergrund einerseits und Mobbing andererseits auf den Schultyp zurückzuführen sein könnte.

Tabelle 1: Binomiale logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage von Mobbing

	Schritt 1			Schritt 2		
	B	SE	p	B	SE	p
Alter	0,226	0,045	0,000	0,101	0,073	0,165
Familiärer Wohlstand	0,035	0,760	0,644	0,136	0,078	0,081
Familienstruktur	0,227	0,056	0,000	0,184	0,056	0,001
Geschlecht	0,226	0,093	0,015	0,278	0,094	0,003
Migration	0,138	0,067	0,040	0,076	0,068	0,260
Schulform				-2,850	0,266	0,000

Um die Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person im sozialen Kontext der Schüler und Schülerinnen zu verstehen und die bisherigen Ergebnisse zu ergänzen, wollen wir besser verstehen, wie dieses Verhalten innerhalb der Schulklassen variiert. In der HBSC-Studie werden die Schüler und Schülerinnen in ihren Klassen (einem sogenannten Cluster) befragt. Der dargestellte klasseninterne Korrelationskoeffizient (ICC) ist ein Indikator dafür, wie viel der individuellen Varianz auf die Zugehörigkeit zu einem solchen Cluster zurückzuführen ist. Mit anderen Worten: Wie viel von einem bestimmten Verhalten lässt sich durch die Zugehörigkeit zu dieser speziellen Klasse erklären?

Tabelle 2: Klasseninterner Korrelationskoeffizient (ICC)

	Ebene -1	Ebene -2	Ebene -3	Ebene -4
Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person	6,3 %	4,1 %	3,1 %	2,6 %

Anmerkung. Ebene-1 bezieht sich auf die Variation innerhalb der Schulklasse ohne Kontrollvariable; Ebene-2 kontrolliert in Bezug auf Alter, Geschlecht, familiären Wohlstand, Familienstruktur und Migrationshintergrund; Ebene-3 kontrolliert zusätzlich in Bezug auf die Schulform; Ebene-4 kontrolliert zusätzlich in Bezug auf die Schule.

In Tabelle 2 ist die gemeinsame Varianz von Mobbing dargestellt. Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schulklasse erklärt 6,3 % des Mobbingverhaltens einer Person. In der Literatur wird ein Schwellenwert von bis zu 5 % verwendet, um die Clustervarianz als vernachlässigbar zu betrachten.

Wie bereits erwähnt, sind Schulklassen jedoch nicht heterogen. Im Gegenteil, es ist wahrscheinlich, dass die Schüler und Schülerinnen in einer bestimmten Klasse einige individuelle Merkmale gemeinsam haben, insbesondere das Alter. Aus diesem Grund ist es wichtig, soziodemografische Faktoren zu berücksichtigen. Nach Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, familiärem Wohlstand, Familienstruktur und Migrationshintergrund im Modell konnten nur 4,1 % des individuellen Verhaltens durch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schulklasse erklärt werden.

Außerdem befinden sich die Klassen in einer bestimmten Schulform und in einer bestimmten Schule, in der manchmal Klassen zu Unterrichtszwecken zusammengelegt werden können. Daher wurde auf der dritten Ebene dieser Analyse auch der Schultyp und auf der vierten Ebene die Schule selbst berücksichtigt. Nachdem diese Faktoren zusätzlich in das Modell aufgenommen wurden, konnten nur 2,6 % des individuellen Verhaltens durch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schulklasse erklärt werden.

Insgesamt konnte die Varianz des Mobbings nicht durch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schulklasse erklärt werden, sondern vielmehr durch die in den vorangegangenen Analysen untersuchten Faktoren (Tabelle 1).

Im zweiten Teil dieses Abschnitts wollen wir das durchschnittliche Wohlbefinden nach der Häufigkeit des Mobbings vergleichen.

Abbildung 25: Mittelwert des Wohlbefindens in Abhängigkeit von der Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person

	Keine Erfahrung	1- oder 2-mal	2- oder 3- mal pro Monat	1-mal pro Woche	Mehrmals pro Woche
Mittelwert	14,44	13,31	11,99	11,93	12,40

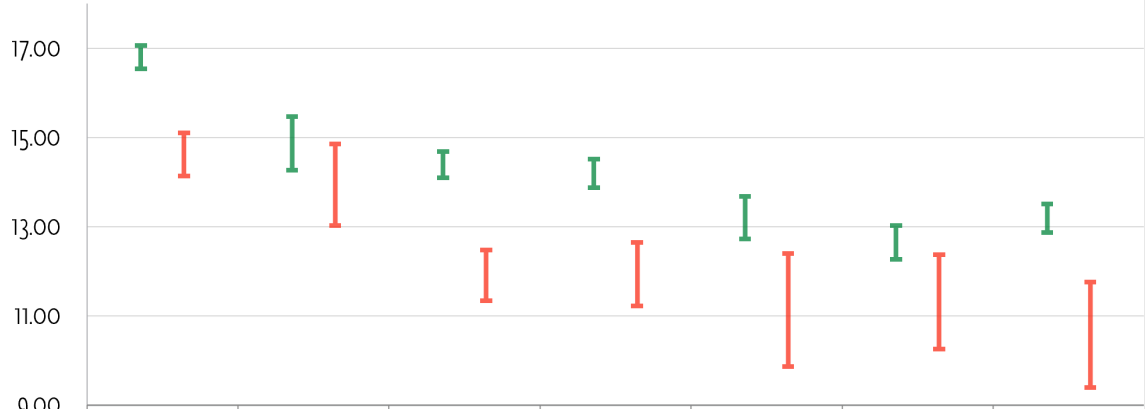
Jugendliche, die nicht gemobbt worden waren, wiesen ein höheres Wohlbefinden auf als diejenigen, die in den letzten Monaten Mobbing erlebt hatten (95 % KI [14.31 - 14.57]). Zwischen den anderen Gruppen waren die meisten Unterschiede jedoch nicht signifikant (Abbildung 25, ausführliche Details siehe Anhang, Tabelle 27). Der einzige signifikante Unterschied besteht zwischen denjenigen, die angaben, 1- oder 2-mal gemobbt worden zu sein, und

denjenigen, die angaben, 2–3-mal pro Monat gemobbt worden zu sein. Diese Ergebnisse sind eher überraschend, da man annehmen sollte, dass das Wohlbefinden umso schlechter ist, je häufiger Mobbing vorkommt. Sie könnten aber auch auf eine adaptive Reaktion hinweisen, z. B. auf einen Anpassungsprozess (Inhelder & Piaget, 1958). Im Laufe der Entwicklung durchläuft die/der Einzelne natürlich verschiedene Anpassungsprozesse (nämlich Assimilation und Akkomodation). Dabei handelt es sich um komplementäre Prozesse, die bekanntermaßen zum Wohlbefinden beitragen. In Bezug auf die Akkomodation wird die Bewertung der persönlichen Situation an die Umweltbedingungen angepasst.

Obwohl sich die oben genannte Mobbing-Definition ausdrücklich auf die Wiederholung dieser Handlung bezieht, scheint in Luxemburg der psychische Gesundheitszustand derjenigen, die angaben, 1- oder 2-mal gemobbt worden zu sein, im Vergleich zu Schülern und Schülerinnen, die nicht gemobbt wurden, negativer zu sein. Da das Ziel der folgenden Analysen darin besteht, das Niveau des Wohlbefindens in den verschiedenen Schultypen zu vergleichen, wird ein für unseren Kontext angepasster Cut-off-Wert verwendet. Wie die Ergebnisse im vorigen Absatz zeigen, sollte eine solche Abgrenzung, die ausschließlich auf dem Wohlbefinden basiert, „Kein Mobbing" vs. „Mobbing" sein (unabhängig davon, wie oft es vorkam). Im Folgenden wird diese Kategorisierung verwendet.

Abbildung 26 stellt den Vergleich zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen von Mobbing nach Schultyp dar (ausführliche Details siehe Anhang, Tabelle 27). Bei den meisten Schultypen wurden signifikante Unterschiede ($p \geq ,05$) zwischen den Mobbing- und Nicht-Mobbing-Gruppen festgestellt. Letztere zeigten ein signifikant besseres Wohlbefinden als die jeweils anderen Jugendlichen, die angaben, gemobbt zu werden (z. B.: Schüler und Schülerinnen der *Enseignement Fondamental*; $t[1754] = 8,21$, $p < 0,001$).

Abbildung 26: Mittelwert des Wohlbefindens in Abhängigkeit von der Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person und Schultyp



	EF	ESG-classes inf. (VP)	ESG-classes inf. (VO)	ESC-classes inf.	Formation Prof.	ESG - classes Sup.	ESC - classes Sup.
Nein (M)	16.80	14.87	14.39	14.19	13.20	12.65	13.19
Ja (M)	14.63	13.94	11.91	11.93	11.13	11.31	10.58

Es fällt jedoch auf, dass dies für die ESG-*classes inférieures (Voie de préparation)* nicht der Fall ist. In der Schulform mit der höchsten Prävalenz von Schülern und Schülerinnen, die angaben, gemobbt worden zu sein (13,6 %), wird kein signifikanter Unterschied zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen von Mobbing beobachtet (t[482] = 1,63; p = 0,104).

Arnarsson and Bjarnason (2018) kamen zu ähnlichen Ergebnissen. In dieser HBSC-Studie, die 35 Länder, darunter auch Luxemburg, umfasste, wiesen die Autoren darauf hin, dass die Prävalenz von Mobbing im Umfeld der Schüler und Schülerinnen den Zusammenhang zwischen Mobbing und Lebenszufriedenheit verdeutlicht. Mit anderen Worten: Die Auswirkungen von Mobbing auf die Lebenszufriedenheit waren in Schulen und Ländern, in denen Mobbing weniger häufig vorkam, stärker.

Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis könnte der soziale Vergleich sein (Festinger, 1954). Es ist allgemein bekannt, dass Menschen ihre eigenen Erfahrungen im Vergleich zu denen anderer bewerten. Sobald eine Schülerin oder ein Schüler in einem Umfeld gemobbt wird, in dem viele andere dieselbe Situation erleben, wird dieses Problem relativiert. Andererseits könnte bei seltenem Mobbing die Beeinträchtigung des eigenen Wohlbefindens stärker sein.

Das bedeutet jedoch nicht, dass vermehrtes Mobbing ein Schutzfaktor für das eigene Wohlbefinden ist. Im Rückblick auf Abbildung 25 fällt auf, dass nur diejenigen, die nicht gemobbt wurden (*M* = 14,44; 95 % KI [14,31 - 14,57]), ein normales/hohes Wohlbefinden (einen Wert >13) angaben. Um das Wohlbefinden der Jugendlichen wirklich zu schützen, bleibt der Verzicht auf Mobbing die einzige Option.

Schlussfolgerungen und Perspektiven

Das Zusammentreffen biologischer und sozialer Merkmale macht die Pubertät zu einer Schlüsselphase in Bezug auf Normbruch und Risikoverhalten. Die Pubertät ist in der Tat mit großen physiologischen Veränderungen verbunden, die den Körper im Allgemeinen und das endokrine und neuronale System im Besonderen betreffen (Blakemore, 2012). Solche Prozesse führen unter anderem zu erhöhter emotionaler Reaktivität und Impulsivität (Casey et al., 2019; Chambers et al., 2003; Spear, 2010; Steinberg, 2005). Die Attribute der Pubertät sind auch sozial kontingent, da sie sich in Zeit und Raum verändert haben (Schlegel & Barry, 1991). Die Sozialstruktur (z. B. Schulpflicht, Verstädterung, soziale Segregation, Massenmedien) trägt dazu bei, die sozialen Rollen, Lebensläufe und Peer-Netzwerke von Jugendlichen zu formen (Schlegel & Barry, 1991; Worthman & Trang, 2018).

Ziel dieses Berichts war es, der Luxemburgischen Öffentlichkeit einen aktuellen Überblick über die Prävalenz von Risikoverhaltensweisen bei Jugendlichen in Luxemburg im Jahr 2022 zu geben. Insgesamt gab es bei den meisten Feststellungen keine wesentliche Entwicklung im Vergleich zu 2018 (Heinz et al., 2021). Die vorangegangenen HSBC-Umfragen in Luxemburg haben gezeigt, dass die Prävalenz von Alkohol(miss)brauch, Zigarettenkonsum und Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person und Erfahrung mit Mobbing als Täter oder Täterin im Zeitraum 2006-2018 zurückgegangen ist. Die Prävalenz der Teilnahme an Schlägereien und des Cannabiskonsums war in diesem Zeitraum relativ stabil (Heinz et al., 2020).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Alkohol- und Zigarettenkonsum sowie die Rauscherfahrungen im Jahr 2022 gegenüber 2018 leicht zurückgegangen sind. Dieser Trend war bei Jungen etwas stärker als bei Mädchen. Allerdings hat der Cannabiskonsum bei Jugendlichen jedoch leicht zugenommen. Dieser Anstieg war bei Mädchen stärker ausgeprägt, und diese wiesen auch ein höheres Risiko für den E-Zigarettenkonsum auf als Jungen. Während das Niveau der Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person und Erfahrung mit Mobbing als Täter oder Täterin ähnlich hoch war wie 2018 (Heinz et al., 2021), mit Ausnahme der Viktimisierung durch Cybermobbing, ist die Prävalenz der Teilnahme an Schlägereien seit 2018 zurückgegangen. Allerdings spiegelt dies einen Rückgang der Prävalenz bei Jungen wider, während die Beteiligung bei Mädchen stabil blieb. Die jüngsten Trends beim Geschlechtsverkehr zeigen einen Rückgang bei den Jungen und einen leichten Anstieg bei den Mädchen, die bereits Geschlechtsverkehr hatten (Health Behaviour in School-aged Children Luxembourg Study, 2023). Die wichtigste Entwicklung seit 2018 betrifft die Prävalenz von problematischen Nutzern sozialer Medien, die sich zwischen 2018 und 2022 fast verdoppelt hat.

Insgesamt scheint das Risikoverhalten fast systematisch mit dem Alter, der Schulform und der Familienstruktur zusammenzuhängen. Der Substanzkonsum stand in einem positiven Zusammenhang mit dem Alter: Je älter ein Jugendlicher, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass er trinkt, Tabak raucht, dampft und Cannabis konsumiert. Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person in der Schule und Teilnahme an Schlägereien waren negativ mit dem Alter verbunden. Die Prävalenz der Erfahrung mit Cybermobbing als gemobbte Person und Erfahrung mit Mobbing als Täter oder Täterin sowie von problematischer Nutzung sozialer Medien war bei den 13–14-jährigen Teilnehmenden höher als in den anderen Altersgruppen. Während Geschlechtsverkehr und die Verwendung der Antibabypille positiv mit dem Alter zusammenhingen, war die Verwendung von Kondomen negativ mit dem Alter verbunden. Die Ergebnisse unterstreichen auch die schützende Rolle der Kernfamilie. Das Zusammenleben mit beiden Elternteilen war in der überwiegenden Mehrheit der Fälle mit einer relativ niedrigen Prävalenz verbunden. Der Zusammenhang zwischen Risikoverhalten und Schultyp spiegelte in den meisten Fällen diesen Alterseffekt wider. Die

Analyse ergab jedoch, dass die Prävalenz von Risikoverhaltensweisen in der Sekundarstufe im Allgemeinen in der ESC am geringsten war. Einige wenige Ausnahmen fallen jedoch auf (z. B. die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums). Umgekehrt war der Besuch des *Voie de préparation* und der *Formation professionnelle* mit einer höheren Prävalenz des regelmäßigen Substanzkonsums verbunden. Die Akzeptanz von Cannabis war bei Schülern und Schülerinnen des *Voie de préparation* höher, und sie neigten auch eher dazu, (Cyber-)Mobbing zu betreiben und gemobbt zu werden als ihre Mitschüler. Dabei ist zu beachten, dass der Zusammenhang zwischen dem Risikoverhalten und dem besuchten Schultyp auf die unterschiedliche soziale Vielfalt innerhalb der betreffenden Schultypen zurückzuführen sein könnte. Insbesondere ist der Anteil der Jungen, der Jugendlichen mit relativ geringem Wohlstand, der Migrantinnen und Migranten der ersten oder zweiten Generation und der Teilnehmer, die nicht bei beiden Elternteilen leben, im *Voie de préparation* und der F*ormation professionnelle* wesentlich höher als in den anderen Schultypen. Dies erklärt zum Teil, warum diese Teilnehmer, die mehr soziodemografische Risikofaktoren aufwiesen, mehr Risikoverhaltensweisen angaben als die jeweils anderen Jugendlichen. Darüber hinaus kann die Tatsache, dass ein großer Teil der Schüler und Schülerinnen im *Voie de préparation* ihre Ausbildung in der *Formation professionnelle* fortsetzt, zur Verfestigung bestimmter Risikoverhaltensweisen beitragen.

Speziell bei der Betrachtung der Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person in der Schule wird die oben erwähnte Heterogenität der Schultypen in den weiteren Analysen berücksichtigt. Die Schulform steht bei Berücksichtigung von Alter, familiärem Wohlstand, Familienstruktur, Geschlecht und Migration in signifikantem Zusammenhang mit Mobbing. Außerdem steht, sobald die Schulform in die Analyse einbezogen wird, nur noch das Geschlecht und die Familienstruktur mit Mobbing in Verbindung. Darüber hinaus wurde die Varianz des Mobbings aufgrund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schulklasse analysiert. Sobald die oben genannten Faktoren in das Modell integriert wurden, konnte die Prävalenz des Mobbingverhaltens, die durch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Klasse erklärt wird, als vernachlässigbar angesehen werden. Anschließend wurde der Zusammenhang zwischen der Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person und dem Wohlbefinden untersucht. Jugendliche in Luxemburg, die nicht gemobbt wurden, wiesen, mit Ausnahme der ESG-*classes inférieures (Voie de préparation)*, in allen Schultypen ein höheres Wohlbefinden auf als diejenigen, die Mobbing erfahren hatten. Bei Letzteren wurde kein signifikanter Unterschied im Wohlbefinden zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen von Mobbing festgestellt. Es ist erwähnenswert, dass in dieser Schulart die höchste Prävalenz von Mobbing festgestellt wurde, was darauf hindeutet, dass in einem Kontext, in dem andere dieselbe Situation erleben, der Einfluss dieses Problems auf ihr Wohlbefinden geringer ist.

Das Schulumfeld ist ein privilegierter Ort für die Gesundheitsförderung (Langford et al., 2015). Gesündere Jugendliche erzielen bessere schulische Leistungen, was offenbar mit einem besseren Gesundheitszustand im späteren Leben zusammenhängt. Interventionen im schulischen Umfeld bieten auch die Möglichkeit eines sozialen Ansteckungseffekts, d. h. diese Verhaltensweisen könnten sich auf andere übertragen (Ali et al., 2011). Frühere HBSC-Berichte (Heinz et al., 2021) deuten auch darauf hin, dass Jugendliche, die sich auf ein bestimmtes Risikoverhalten einlassen, mit größerer Wahrscheinlichkeit auch andere Risikoverhaltensweisen an den Tag legen. Das gleichzeitige Auftreten von Risikoverhaltensweisen hat wichtige Auswirkungen auf die Gestaltung von Interventionsprogrammen, da Interventionen, die auf mehrere Risikoverhaltensweisen abzielen, diese vielversprechender reduzieren (Rocca et al., 2019; World Health Organization, 2016).

Die WHO-Initiative „Health Promoting Schools" unterstreicht die Bedeutung der wechselseitigen Beziehung zwischen Gesundheit und Bildung (World Health Organization & United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2021). Schulen sind wichtige Einrichtungen zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der

Schülerinnen und Schüler, ihrer Eltern und Betreuenden, des Schulpersonals und der weiteren Umfelds. Ihre Umsetzung erfordert jedoch einen globalen Ansatz mit Maßnahmen auf mehreren sich gegenseitig verstärkenden Ebenen in den Schulen (physisches und sozial-emotionales Umfeld, Richtlinien, Lehrplan), in den die verschiedenen Schulpartner wie Familie, Akteure der Gemeinschaft und Organisationen zur Gesundheitsförderung einbezogen werden.

Die Einbeziehung der Familie und die Förderung der elterlichen Kommunikation sind ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der Präventionsmaßnahmen. Es ist angebracht, die Wahrnehmungen und Erwartungen der Jugendlichen in Bezug auf die negativen und positiven Folgen dieser Verhaltensweisen hervorzuheben und alternative gesunde Aktivitäten zu fördern (Vashishtha et al., 2020). Es ist wichtig zu beachten, dass solche Interventionen mit der Agenda berufstätiger Eltern vereinbar und für jede Familie erschwinglich sein sollten, dass sie die Beaufsichtigung anderer Kinder während der Intervention gewährleisten und Unterstützung bei Transportfragen bieten (Newton et al., 2017).

Anhang

Alkoholkonsum

Abbildung 27: Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

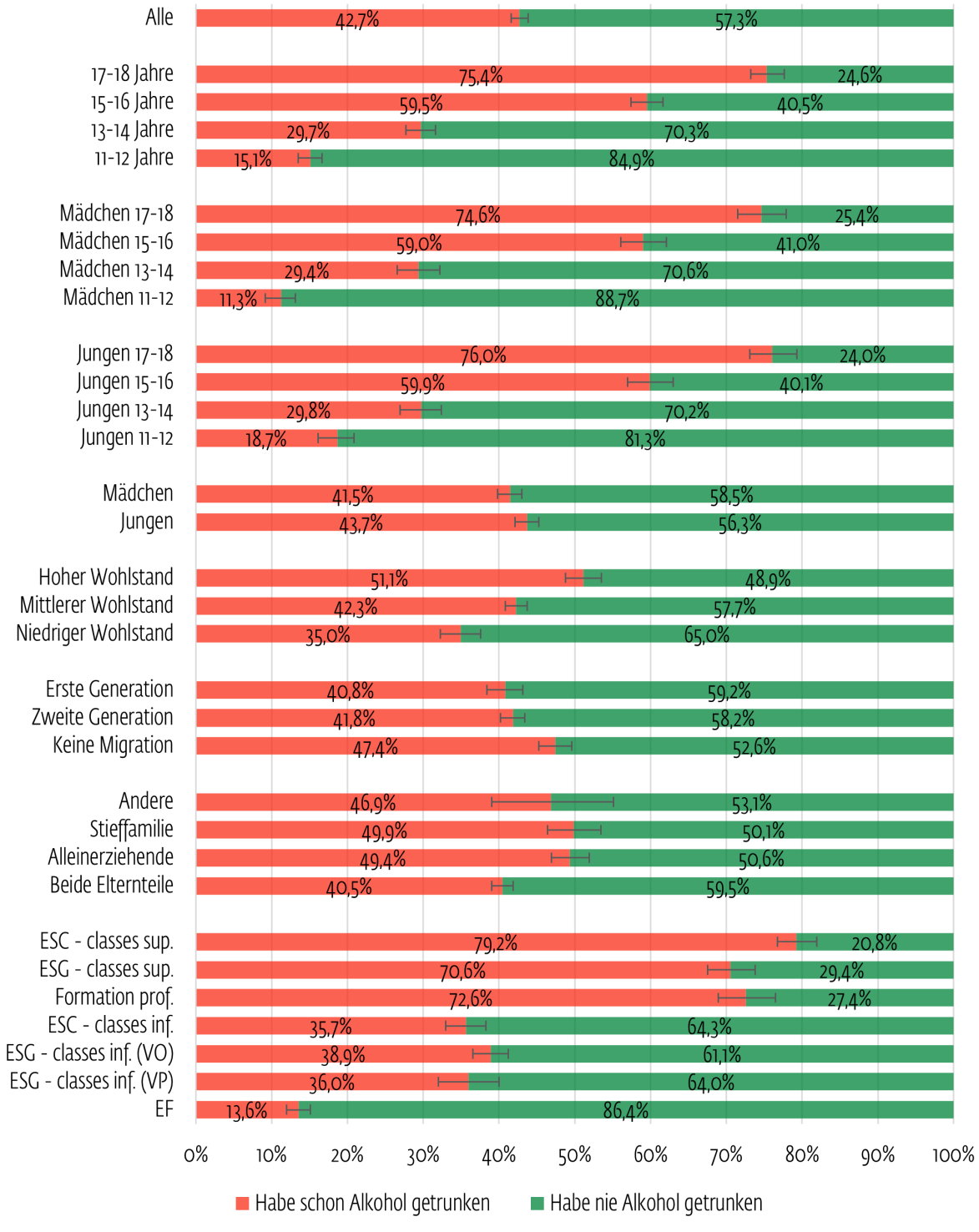


Tabelle 3: Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Habe schon Alkohol getrunken (2-7)	Habe nie Alkohol getrunken (1)	Chi-Square-Test
Alle			**N = 7 586**
	42,7 (41,6 – 43,8)	57,3 (56,2 – 58,4)	
Alter			**N = 7 586**
11-12 Jahre	15,1 (13,6 – 16,7)	84,9 (83,3 – 86,4)	
13-14 Jahre	29,7 (27,8 – 31,7)	70,3 (68,3 – 72,2)	$p < 0{,}001$
15-16 Jahre	59,5 (57,4 – 61,6)	40,5 (38,4 – 42,6)	$\gamma = 0{,}649$
17-18 Jahre	75,4 (73,1 – 77,5)	24,6 (22,5 – 26,9)	
Alter x Geschlecht			**N = 3 695**
Mädchen 11-12	11,3 (9,4 – 13,4)	88,7 (86,6 – 90,6)	
Mädchen 13-14	29,4 (26,6 – 32,2)	70,6 (67,8 – 73,4)	$p < 0{,}001$
Mädchen 15-16	59,0 (56,0 – 62,0)	41,0 (38,0 – 44,0)	$\gamma = 0{,}680$
Mädchen 17-18	74,6 (71,3 – 77,7)	25,4 (22,3 – 28,7)	
			N = 3 842
Jungen 11-12	18,7 (16,4 – 21,1)	81,3 (78,8 – 83,6)	
Jungen 13-14	29,8 (27,1 – 32,6)	70,2 (67,4 – 72,9)	$p < 0{,}001$
Jungen 15-16	59,9 (56,9 – 62,9)	40,1 (37,1 – 43,1)	$\gamma = 0{,}621$
Jungen 17-18	76,0 (72,9 – 79,1)	24,0 (21,1 – 27,2)	
Geschlecht			**N = 7 537**
Mädchen	41,5 (39,9 – 43,1)	58,5 (56,9 – 60,1)	$p = 0{,}051$
Jungen	43,7 (42,1 – 45,3)	56,3 (54,8 – 57,9)	Cramér's V. = 0,022
Familiärer Wohlstand			**N = 7 373**
Hoch	51,1 (48,7 – 53,5)	48,9 (46,5 – 51,3)	$p < 0{,}001$
Mittel	42,3 (40,8 – 43,7)	57,7 (56,3 – 59,2)	$\gamma = 0{,}189$
Niedrig	35,0 (32,4 – 37,6)	65,0 (62,4 – 67,6)	
Migrationshintegrund			**N = 7 307**
Erste Generation	40,8 (38,4 – 43,2)	59,2 (56,7 – 61,5)	$p < 0{,}001$
Zweite Generation	41,8 (40,2 – 43,4)	58,2 (56,5 – 59,7)	Cramér's V. = 0,054
Keine Migration	47,4 (45,3 – 49,6)	52,6 (50,4 – 54,7)	
Familienstruktur			**N = 7 155**
Andere	46,9 (38,6 – 54,7)	53,1 (45,3 – 61,4)	
Stieffamilie	49,9 (46,4 – 53,4)	50,1 (46,7 – 53,7)	$p < 0{,}001$
Alleinerziehende	49,4 (46,9 – 51,9)	50,6 (48,1 – 53,2)	Cramér's V. = 0,086
Beide Elternteile	40,5 (39,1 – 41,9)	59,5 (58,1 – 60,9)	
Schultyp			**N = 7 586**
ESC-*classes sup.*	79,2 (76,5 – 81,7)	20,8 (18,3 – 23,5)	
ESG-*classes sup.*	70,6 (67,3 – 73,6)	29,4 (26,4 – 32,7)	
Formation prof.	72,6 (68,7 – 76,3)	27,4 (23,7 – 31,3)	
ESC-*classes inf.*	35,7 (33,0 – 38,4)	64,3 (61,6 – 67,0)	$p < 0{,}001$
ESG-*classes inf.* (VO)	38,9 (36,6 – 41,3)	61,1 (58,7 – 63,4)	Cramér's V. = 0,466
ESG-*classes inf.* (VP)	36,0 (32,1 – 40,1)	64,0 (60,1 – 68,0)	
EF	13,6 (12,1 – 15,2)	86,4 (84,8 – 88,0)	

Die Teilnehmenden wurden gebeten, anzugeben, an wie vielen Tagen sie in ihrem Leben Alkohol getrunken haben. Die Antwortmöglichkeiten reichten von "nie" (1) bis "30 Tagen oder mehr" (7). Der Alkoholkonsum im Leben wurde in folgende Kategorien eingeteilt: „habe schon Alkohol getrunken" (Kategorien 2 bis 7) und „habe nie Alkohol getrunken" (Kategorie 1). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Abbildung 28: Prävalenz des Alkoholkonsums im letzten Monat in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

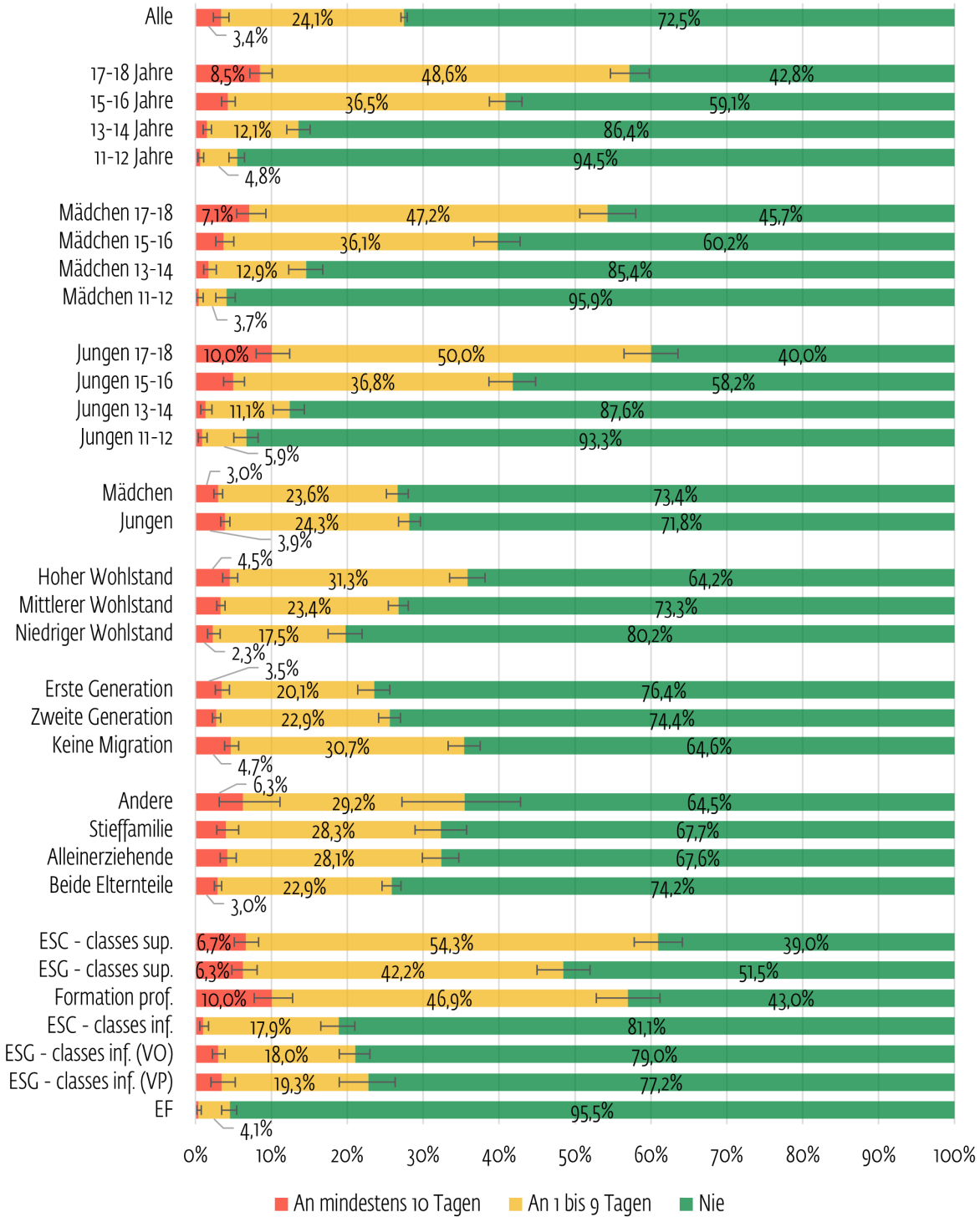


Tabelle 4: Prävalenz des Alkoholkonsums im letzten Monat in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	An mindestens 10 Tagen (5-7)	An 1 bis 9 Tagen (2-4)	Nie (1)	Chi-Square-Test
Alle				**N = 7 287**
	3,4 (3,0 – 3,9)	24,1 (23,1 – 25,1)	72,5 (71,5 – 73,5)	
Alter				**N = 7 287**
11-12 Jahre	0,7 (0,3 – 1,1)	4,8 (3,9 – 5,9)	94,5 (93,4 – 95,5)	
13-14 Jahre	1,5 (1,0 – 2,1)	12,1 (10,7 – 13,6)	86,4 (84,9 – 87,9)	$p < 0,001$
15-16 Jahre	4,3 (3,5 – 5,3)	36,5 (34,4 – 38,7)	59,1 (57,0 – 61,3)	$\gamma = 0,665$
17-18 Jahre	8,5 (7,2 – 10,1)	48,6 (46,0 – 51,2)	42,8 (40,3 – 45,5)	
Alter x Geschlecht				**N = 3 579**
Mädchen 11-12	0,4 (0,1 – 1,0)	3,7 (2,6 – 5,0)	95,9 (94,5 – 97,0)	
Mädchen 13-14	1,7 (1,1 – 2,7)	12,9 (10,9 – 15,2)	85,4 (83,1 – 87,5)	$p < 0,001$
Mädchen 15-16	3,7 (2,7 – 5,0)	36,1 (33,1 – 39,1)	60,2 (57,1 – 63,2)	$\gamma = 0,661$
Mädchen 17-18	7,1 (5,4 – 9,3)	47,2 (43,6 – 51,0)	45,7 (42,0 – 49,4)	
				N = 3 658
Jungen 11-12	0,9 (0,4 – 1,6)	5,9 (4,5 – 7,5)	93,3 (91,6 – 94,8)	
Jungen 13-14	1,3 (0,7 – 2,2)	11,1 (9,2 – 13,1)	87,6 (85,4 – 89,5)	$p < 0,001$
Jungen 15-16	5,0 (3,7 – 6,4)	36,8 (33,9 – 39,9)	58,2 (55,1 – 61,2)	$\gamma = 0,672$
Jungen 17-18	10,0 (8,0 – 12,4)	50,0 (46,3 – 53,6)	40,0 (36,4 – 43,5)	
Geschlecht				**N = 7 237**
Mädchen	3,0 (2,5 – 3,6)	23,6 (22,2 – 25,0)	73,4 (71,9 – 74,8)	$p = 0,067$
Jungen	3,9 (3,3 – 4,6)	24,3 (22,9 – 25,7)	71,8 (70,3 – 73,3)	Cramér's V. = 0,027
Familiärer Wohlstand				**N = 7 093**
Hoch	4,5 (3,6 – 5,6)	31,3 (29,1 – 33,6)	64,2 (61,8 – 66,5)	$p < 0,001$
Mittel	3,3 (2,8 – 3,9)	23,4 (22,1 – 24,7)	73,3 (71,9 – 74,6)	$\gamma = 0,221$
Niedrig	2,3 (1,6 – 3,3)	17,5 (15,4 – 19,7)	80,2 (77,9 – 82,4)	
Migrationshintegrund				**N = 7 031**
Erste Generation	3,5 (2,7 – 4,5)	20,1 (18,1 – 22,1)	76,4 (74,3 – 78,5)	$p < 0,001$
Zweite Generation	2,8 (2,2 – 3,3)	22,9 (21,5 – 24,3)	74,4 (72,9 – 75,8)	Cramér's V. = 0,077
Keine Migration	4,7 (3,8 – 5,7)	30,7 (28,7 – 32,8)	64,6 (62,4 – 66,7)	
Familienstruktur				**N = 6 876**
Andere	6,3 (3,2 – 11,2)	29,2 (22,4 – 37,2)	64,5 (56,3 – 71,8)	
Stieffamilie	4,1 (2,8 – 5,7)	28,3 (25,1 – 31,6)	67,7 (64,3 – 71,1)	$p < 0,001$
Alleinerziehende	4,2 (3,3 – 5,4)	28,1 (25,9 – 30,5)	67,6 (65,2 – 70,0)	Cramér's V. = 0,052
Beide Elternteile	3,0 (2,5 – 3,5)	22,9 (21,7 – 24,1)	74,2 (72,9 – 75,4)	
Schultyp				**N = 7 287**
ESC-*classes sup.*	6,7 (5,1 – 8,4)	54,3 (51,1 – 57,5)	39,0 (35,9 – 42,2)	
ESG-*classes sup.*	6,3 (4,8 – 8,2)	42,2 (38,8 – 45,6)	51,5 (48,0 – 55,0)	
Formation prof.	10,0 (7,7 – 12,8)	46,9 (42,7 – 51,2)	43,0 (38,9 – 47,2)	
ESC-*classes inf.*	1,0 (0,6 – 1,7)	17,9 (15,7 – 20,1)	81,1 (78,7 – 83,2)	$p < 0,001$
ESG-*classes inf.* (VO)	3,0 (2,3 – 3,9)	18,0 (16,2 – 19,9)	79,0 (76,9 – 80,9)	Cramér's V. = 0,321
ESG-*classes inf.* (VP)	3,5 (2,1 – 5,3)	19,3 (16,1 – 23,0)	77,2 (73,4 – 80,7)	
EF	0,4 (0,2 – 0,8)	4,1 (3,3 – 5,1)	95,5 (94,4 – 96,4)	

Die Teilnehmenden wurden gebeten, anzugeben, an wie vielen Tagen sie in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken haben. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „nie" (1) bis „30 Tagen oder mehr" (7). Der Alkoholkonsum im letzten Monat wurde in folgende Kategorien eingeteilt: „mindestens 10 Tagen" (Kategorien 5 bis 7), „1 bis 9 Tagen" (Kategorien 2 bis 4) und „nie" (Kategorie 1). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Trunkenheit

Abbildung 29: Lebenszeitprävalenz der Trunkenheit in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

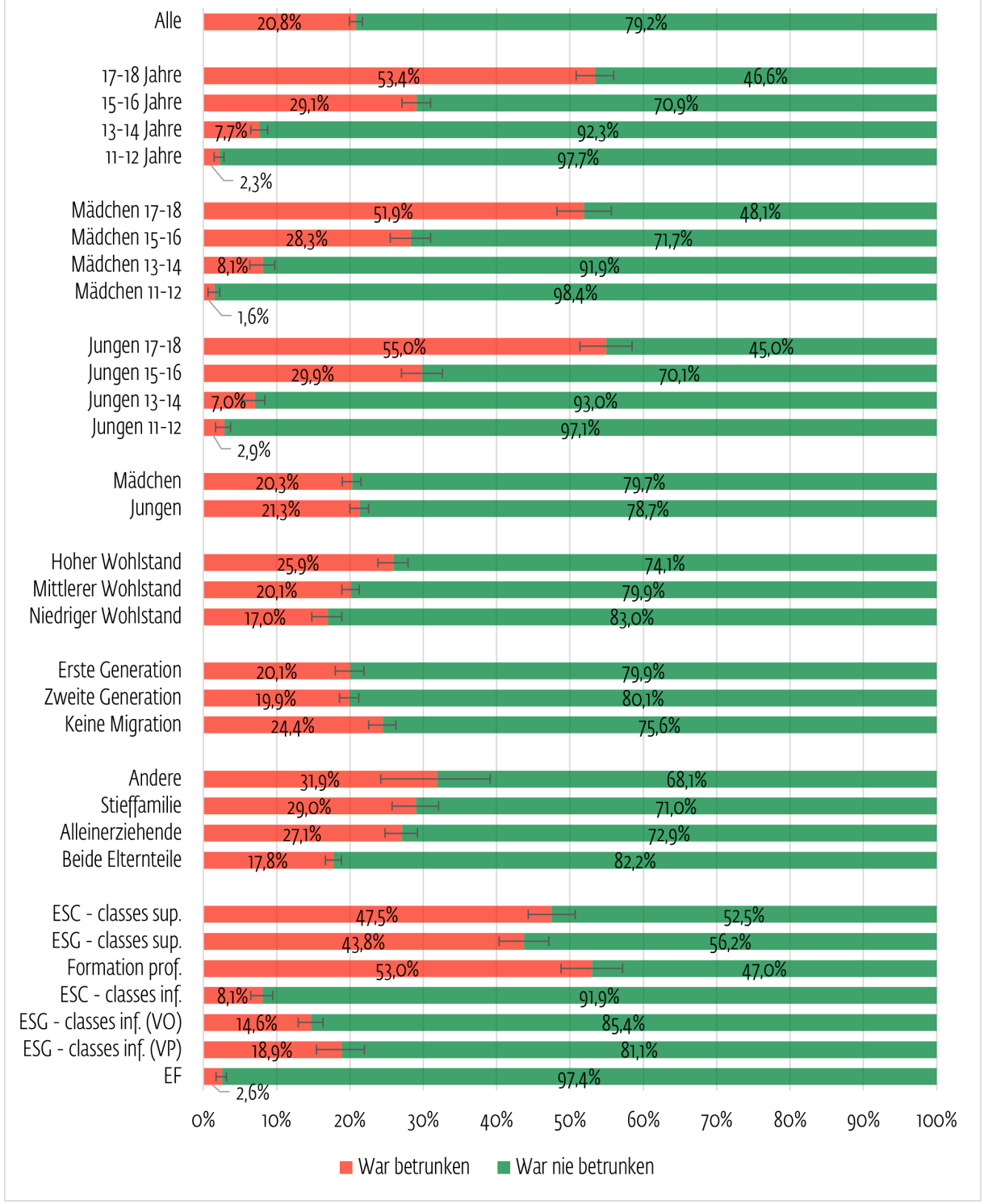


Tabelle 5: Lebenszeitprävalenz der Trunkenheit in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	War betrunken (2-5)	War nie betrunken (1)	Chi-Square-Test
Alle			**N = 7 623**
	20,8 (19,9 – 21,8)	79,2 (78,2 – 80,1)	
Alter			**N = 7 623**
11-12 Jahre	2,3 (1,7 – 3,0)	97,7 (97,0 – 98,3)	
13-14 Jahre	7,7 (6,6 – 8,9)	92,3 (91,2 – 93,5)	$p < 0,001$
15-16 Jahre	29,1 (27,2 – 31,1)	70,9 (69,0 – 72,9)	$\gamma = 0,758$
17-18 Jahre	53,4 (50,9 – 56,0)	46,6 (44 ,0 – 49,1)	
Alter x Geschlecht			**N = 3 709**
Mädchen 11-12	1,6 (0,9 – 2,5)	98,4 (97,5 – 99,1)	
Mädchen 13-14	8,1 (6,5 – 9,9)	91,9 (90,1 – 93,5)	$p < 0,001$
Mädchen 15-16	28,3 (25,6 – 31,1)	71,7 (69,0 – 74,5)	$\gamma = 0,758$
Mädchen 17-18	51,9 (48,2 – 55,6)	48,1 (44,4 – 51,8)	
			N = 3 864
Jungen 11-12	2,9 (2,0 – 4,0)	97,1 (95,9 – 98,0)	
Jungen 13-14	7,0 (5,6 – 8,7)	93,0 (91,2 – 94,3)	$p < 0,001$
Jungen 15-16	29,9 (27,1 – 32,7)	70,1 (67,3 – 72,9)	$\gamma = 0,761$
Jungen 17-18	55,0 (51,3 – 58,4)	45,0 (41,4 – 48,6)	
Geschlecht			**N = 7 572**
Mädchen	20,3 (19,0 – 21,6)	79,7 (78,4 – 81,0)	$p = 0,277$
Jungen	21,3 (20,0 – 22,6)	78,7 (77,4 – 80,0)	Cramér's V. = 0,012
Familiärer Wohlstand			**N = 7 415**
Hoch	25,9 (23,9 – 28,0)	74,1 (72,0 – 76,1)	$p < 0,001$
Mittel	20,1 (18,9 – 21,3)	79,9 (78,7 – 81,1)	$\gamma = 0,158$
Niedrig	17,0 (15,0 – 19,1)	83,0 (80,9 – 85)	
Migrationshintegrund			**N = 7 427**
Erste Generation	20,1 (18,1 – 22,0)	79,9 (77,9 – 81,8)	$p < 0,001$
Zweite Generation	19,9 (18,7 – 21,2)	80,1 (78,7 – 81,3)	Cramér's V. = 0,052
Keine Migration	24,4 (22,6 – 26,3)	75,6 (73,7 – 77,4)	
Familienstruktur			**N = 7 192**
Andere	31,9 (24,7 – 39,6)	68,1 (60,4 – 75,3)	
Stieffamilie	29,0 (25,9 – 32,2)	71,0 (67,8 – 74,1)	$p < 0,001$
Alleinerziehende	27,1 (24,9 – 29,3)	72,9 (70,7 – 75,1)	Cramér's V. = 0,120
Beide Elternteile	17,8 (16,7 – 18,9)	82,2 (81,1 – 83,3)	
Schultyp			**N = 7 623**
ESC-*classes sup.*	47,5 (44,3 – 50,6)	52,5 (49,4 – 55,7)	
ESG-*classes sup.*	43,8 (40,4 – 47,2)	56,2 (52,8 – 59,6)	
Formation prof.	53,0 (48,8 – 57,2)	47,0 (42,8 – 51,2)	
ESC-*classes inf.*	8,1 (6,6 – 9,7)	91,9 (90,3 – 93,4)	$p < 0,001$
ESG-*classes inf.* (VO)	14,6 (13,0 – 16,4)	85,4 (83,6 – 87)	Cramér's V. = 0,449
ESG-*classes inf.* (VP)	18,9 (15,8 – 22,3)	81,1 (77,7 – 84,2)	
EF	2,6 (1,9 – 3,3)	97,4 (96,6 – 98,1)	

Die Teilnehmenden wurden gefragt, ob sie in ihrem Leben so viel Alkohol getrunken haben, dass sie wirklich betrunken waren. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „nein, nie" (1) bis „ja, mehr als 10-mal" (5). Die Trunkenheit im Leben wurde in folgende Kategorien eingeteilt: „war betrunken" (Kategorien 2 bis 5) und „war nie betrunken" (Kategorie 1). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Abbildung 30: Prävalenz der Trunkenheit im letzten Monat in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

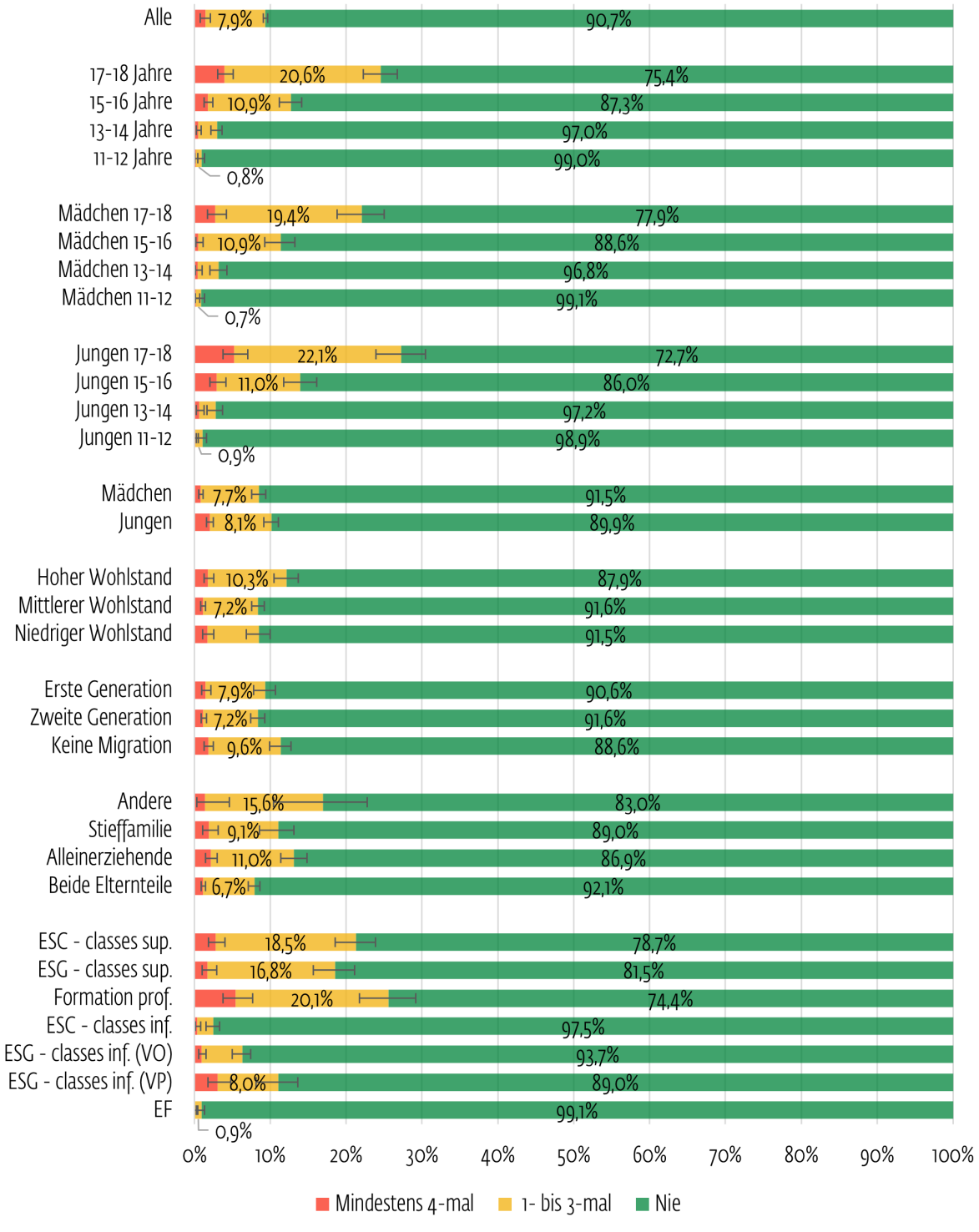


Tabelle 6: Prävalenz der Trunkenheit im letzten Monat in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Mindestens 4-mal (4-5)	1- bis 3-mal (2-3)	Nie (1)	Chi-Square-Test
Alle				**N = 7 220**
	1,4 (1,2 – 1,7)	7,9 (7,3 – 8,5)	90,7 (90,0 – 91,3)	
Alter				**N = 7 220**
11-12 Jahre	0,1 (0,0 – 0,4)	0,8 (0,5 – 1,3)	99,0 (98,5 – 99,4)	
13-14 Jahre	0,5 (0,3 – 0,9)	2,5 (1,9 – 3,3)	97,0 (96,2 – 97,7)	$p < 0{,}001$
15-16 Jahre	1,8 (1,3 – 2,4)	10,9 (9,6 – 12,4)	87,3 (85,8 – 88,7)	$\gamma = 0{,}697$
17-18 Jahre	4,0 (3,1 – 5,1)	20,6 (18,6 – 22,8)	75,4 (73,1 – 77,6)	
Alter x Geschlecht				**N = 3 542**
Mädchen 11-12	0,2 (0,0 – 0,7)	0,7 (0,3 – 1,3)	99,1 (98,4 – 99,6)	
Mädchen 13-14	0,4 (0,1 – 1,0)	2,8 (1,9 – 4,0)	96,8 (95,6 – 97,8)	$p < 0{,}001$
Mädchen 15-16	0,5 (0,2 – 1,1)	10,9 (9,0 – 12,9)	88,6 (86,6 – 90,5)	$\gamma = 0{,}680$
Mädchen 17-18	2,7 (1,7 – 4,2)	19,4 (16,6 – 22,5)	77,9 (74,6 – 80,8)	
				N = 3 630
Jungen 11-12	0,1 (0,0 – 0,5)	0,9 (0,5 – 1,7)	98,9 (98,1 – 99,5)	
Jungen 13-14	0,6 (0,3 – 1,2)	2,2 (1,4 – 3,3)	97,2 (96,0 – 98,1)	$p < 0{,}001$
Jungen 15-16	2,9 (2,0 – 4,2)	11,0 (9,2 – 13,1)	86,0 (83,8 – 88,2)	$\gamma = 0{,}713$
Jungen 17-18	5,2 (3,8 – 7,1)	22,1 (19,1 – 25,2)	72,7 (69,4 – 75,9)	
Geschlecht				**N = 7 172**
Mädchen	0,8 (0,6 – 1,2)	7,7 (6,8 – 8,6)	91,5 (90,5 – 92,4)	$p < 0{,}001$
Jungen	2,0 (1,6 – 2,5)	8,1 (7,3 – 9,0)	89,9 (88,8 – 90,8)	Cramér's V. = 0,051
Familiärer Wohlstand				**N = 7 024**
Hoch	1,8 (1,2 – 2,6)	10,3 (8,9 – 11,9)	87,9 (86,2 – 89,4)	$p < 0{,}001$
Mittel	1,1 (0,8 – 1,5)	7,2 (6,5 – 8,0)	91,6 (90,8 – 92,4)	$\gamma = 0{,}131$
Niedrig	1,7 (1,1 – 2,5)	6,8 (5,4 – 8,3)	91,5 (89,9 – 93,0)	
Migrationshintegrund				**N = 6 973**
Erste Generation	1,5 (1,0 – 2,2)	7,9 (6,6 – 9,3)	90,6 (89,1 – 92,0)	$p = 0{,}009$
Zweite Generation	1,2 (0,9 – 1,6)	7,2 (6,4 – 8,1)	91,6 (90,6 – 92,5)	Cramér's V. = 0,031
Keine Migration	1,8 (1,3 – 2,5)	9,6 (8,3 – 10,9)	88,6 (87,1 – 90,0)	
Familienstruktur				**N = 6 811**
Andere	1,4 (0,3 – 4,6)	15,6 (10,6 – 22,7)	83,0 (76,5 – 88,8)	
Stieffamilie	1,9 (1,1 – 3,1)	9,1 (7,2 – 11,4)	89,0 (86,5 – 91,1)	$p < ,001$
Alleinerziehende	2,1 (1,5 – 3,0)	11,0 (9,5 – 12,7)	86,9 (85,1 – 88,6)	Cramér's V. = ,060
Beide Elternteile	1,1 (0,9 – 1,5)	6,7 (6,0 – 7,5)	92,1 (91,3 – 92,9)	
Schultyp				**N = 7 220**
ESC-*classes sup.*	2,8 (1,8 – 4,0)	18,5 (16,2 – 21,2)	78,7 (75,9 – 81,2)	
ESG-*classes sup.*	1,7 (1,0 – 2,9)	16,8 (14,3 – 19,5)	81,5 (78,6 – 84,1)	
Formation prof.	5,4 (3,8 – 7,7)	20,1 (16,8 – 23,6)	74,4 (70,6 – 78,1)	
ESC-*classes inf.*	0,3 (0,1 – 0,8)	2,1 (1,4 – 3,1)	97,5 (96,5 – 98,3)	$p < 0{,}001$
ESG-*classes inf.* (VO)	1,0 (0,6 – 1,5)	5,3 (4,3 – 6,5)	93,7 (92,4 – 94,8)	Cramér's V. = 0,213
ESG-*classes inf.* (VP)	3,1 (1,8 – 4,8)	8,0 (5,9 – 10,6)	89,0 (86,1 – 91,5)	
EF	0,1 (0,0 – 0,3)	0,9 (0,5 – 1,4)	99,1 (98,6 – 99,5)	

Die Teilnehmenden wurden gefragt, ob sie in den letzten 30 Tagen so viel Alkohol getrunken haben, dass sie wirklich betrunken waren. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „nein, nie" (1) bis „ja, mehr als 10-mal" (5). Die Trunkenheit im letzten Monat wurde in folgende Kategorien eingeteilt: „mindestens 4-mal" (Kategorien 4 bis 5), „1- bis 3-mal" (Kategorien 2 bis 3) und „nie" (Kategorie 1). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Zigarettenkonsum

Abbildung 31: Lebenszeitprävalenz der Tabakrauchenden in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

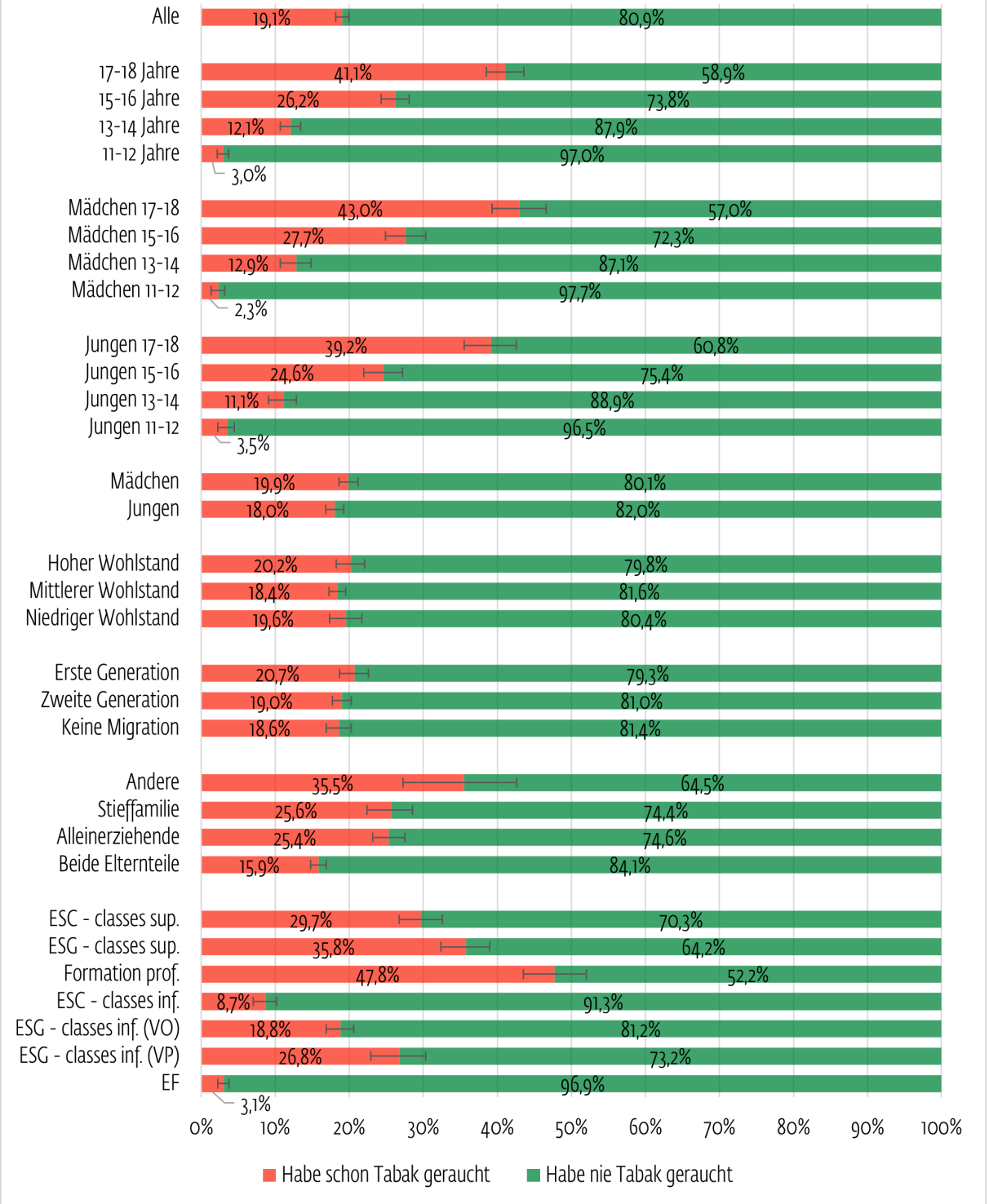


Tabelle 7: Lebenszeitprävalenz der Tabakrauchenden in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Habe schon Tabak geraucht (2-7)	Habe nie Tabak geraucht (1)	Chi-Square-Test
Alle			**N = 7 628**
	19,1 (18,2 – 20,0)	80,9 (80,0 – 81,8)	
Alter			**N = 7 628**
11-12 Jahre	3,0 (2,3 – 3,8)	97,0 (96,2 – 97,7)	
13-14 Jahre	12,1 (10,8 – 13,6)	87,9 (86,4 – 89,2)	$p < 0,001$
15-16 Jahre	26,2 (24,4 – 28,2)	73,8 (71,8 – 75,6)	$\gamma = 0,624$
17-18 Jahre	41,1 (38,5 – 43,6)	58,9 (56,3 – 61,4)	
Alter x Geschlecht			**N = 3 708**
Mädchen 11-12	2,3 (1,6 – 3,5)	97,7 (96,6 – 98,5)	
Mädchen 13-14	12,9 (10,9 – 15,0)	87,1 (85,0 – 89,1)	$p < 0,001$
Mädchen 15-16	27,7 (25,0 – 30,4)	72,3 (69,6 – 75,0)	$\gamma = 0,643$
Mädchen 17-18	43,0 (39,4 – 46,7)	57,0 (53,3 – 60,6)	
			N = 3 869
Jungen 11-12	3,5 (2,5 – 4,8)	96,5 (95,1 – 97,4)	
Jungen 13-14	11,1 (9,3 – 13,1)	88,9 (86,9 – 90,7)	$p < 0,001$
Jungen 15-16	24,6 (22,1 – 27,3)	75,4 (72,7 – 77,9)	$\gamma = 0,610$
Jungen 17-18	39,2 (35,6 – 42,7)	60,8 (57,2 – 64,2)	
Geschlecht			**N = 7 577**
Mädchen	19,9 (18,7 – 21,2)	80,1 (78,8 – 81,3)	$p = 0,038$
Jungen	18,0 (16,9 – 19,3)	82,0 (80,7 – 83,1)	Cramér's V. = 0,024
Familiärer Wohlstand			**N = 7 416**
Hoch	20,2 (18,4 – 22,2)	79,8 (77,8 – 81,6)	$p = 0,517$
Mittel	18,4 (17,3 – 19,6)	81,6 (80,4 – 82,7)	$\gamma = 0,017$
Niedrig	19,6 (17,5 – 21,8)	80,4 (78,2 – 82,5)	
Migrationshintegrund			**N = 7 338**
Erste Generation	20,7 (18,8 – 22,7)	79,3 (77,3 – 81,2)	$p = 0,241$
Zweite Generation	19,0 (17,8 – 20,3)	81,0 (79,7 – 82,2)	Cramér's V. = 0,020
Keine Migration	18,6 (17,0 – 20,4)	81,4 (79,6 – 83,0)	
Familienstruktur			**N = 7 187**
Andere	35,5 (27,8 – 43,1)	64,5 (56,3 – 71,6)	
Stieffamilie	25,6 (22,6 – 28,7)	74,4 (71,2 – 77,3)	$p < 0,001$
Alleinerziehende	25,4 (23,2 – 27,6)	74,6 (72,4 – 76,8)	Cramér's V. = 0,128
Beide Elternteile	15,9 (14,8 – 16,9)	84,1 (83,1 – 85,2)	
Schultyp			**N = 7 628**
ESC-*classes sup.*	29,7 (26,9 – 32,7)	70,3 (67,3 – 73,1)	
ESG-*classes sup.*	35,8 (32,5 – 39,1)	64,2 (60,8 – 67,4)	
Formation prof.	47,8 (43,5 – 52,0)	52,2 (48,0 – 56,5)	$p < 0,001$
ESC-*classes inf.*	8,7 (7,2 – 10,4)	91,3 (89,6 – 92,8)	Cramér's V. = 0,346
ESG-*classes inf.* (VO)	18,8 (17,0 – 20,7)	81,2 (79,3 – 83,0)	
ESG-*classes inf.* (VP)	26,8 (23,3 – 30,7)	73,2 (69,3 – 76,7)	
EF	3,1 (2,4 – 3,9)	96,9 (96,1 – 97,6)	

Die Teilnehmenden wurden gebeten, anzugeben, an wie vielen Tagen sie in ihrem Leben Zigaretten geraucht haben. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „nie" (1) bis „30 Tagen oder mehr" (7). Der Zigarettenkonsum im Leben wurde in folgende Kategorien eingeteilt: „habe schon Tabak geraucht" (Kategorien 2 bis 7) und „habe nie Tabak geraucht" (Kategorie 1). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Abbildung 32: Prävalenz der Tabakrauchenden im letzten Monat in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

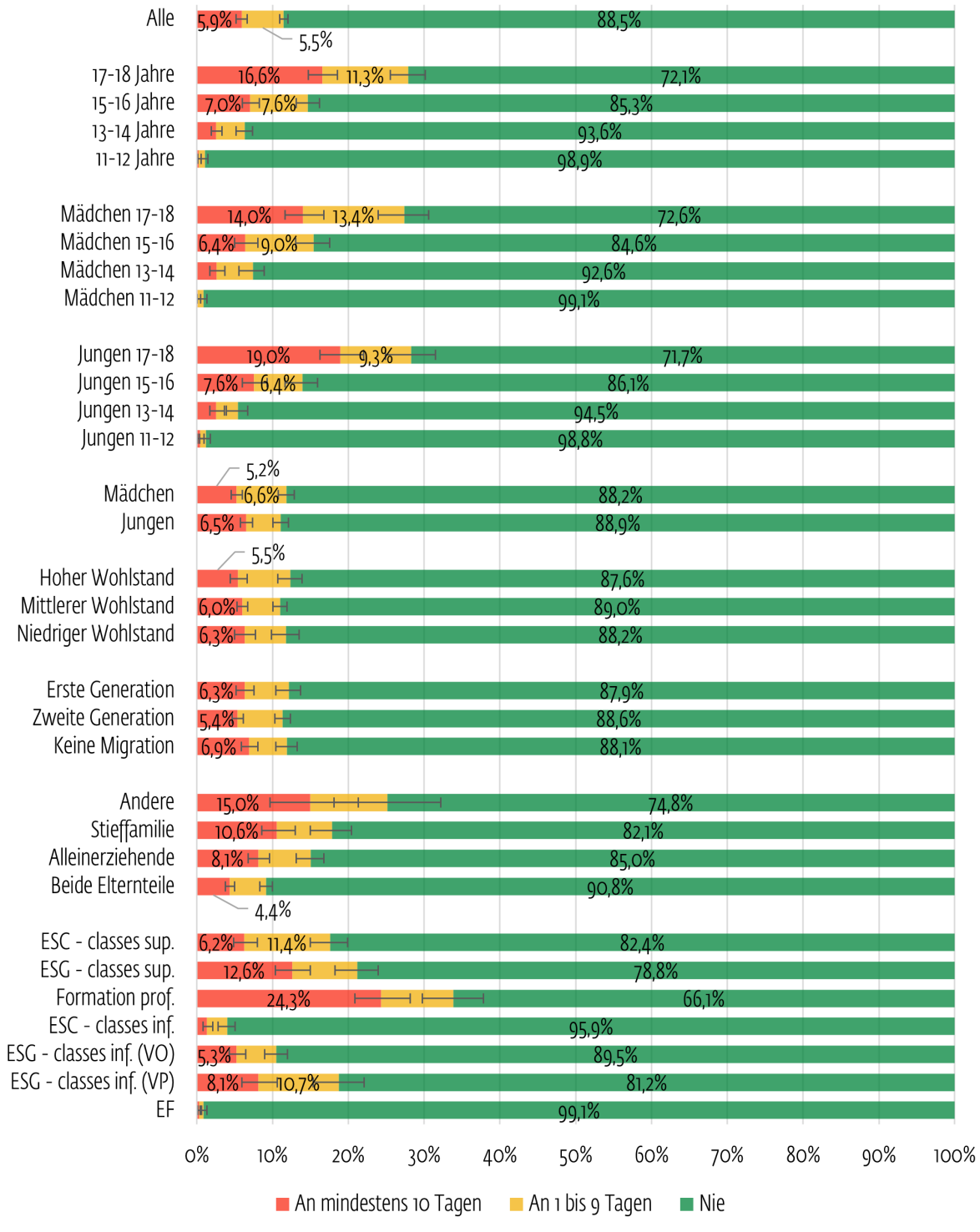


Tabelle 8: Prävalenz der Tabakrauchenden im letzten Monat in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	An mindestens 10 Tagen (5-7)	An 1 bis 9 Tagen (2-4)	Nie (1)	Chi-Square-Test
Alle				**N = 7 339**
	5,9 (5,4 – 6,5)	5,5 (5,0 – 6,1)	88,5 (87,8 – 89,3)	
Alter				**N = 7 339**
11-12 Jahre	0,3 (0,1 – 0,6)	0,8 (0,5 – 1,3)	98,9 (98,4 – 99,3)	
13-14 Jahre	2,6 (1,9 – 3,3)	3,8 (3,0 – 4,7)	93,6 (92,5 – 94,6)	p < 0,001
15-16 Jahre	7,0 (6,0 – 8,2)	7,6 (6,6 – 8,9)	85,3 (83,7 – 86,8)	γ = 0,640
17-18 Jahre	16,6 (14,7 – 18,6)	11,3 (9,7 – 13,0)	72,1 (69,8 – 74,4)	
Alter x Geschlecht				**N = 3 598**
Mädchen 11-12	0,1 (0,0 – 0,5)	0,8 (0,4 – 1,6)	99,1 (98,2 – 99,5)	
Mädchen 13-14	2,6 (1,7 – 3,7)	4,8 (3,5 – 6,2)	92,6 (90,8 – 94,1)	p < 0,001
Mädchen 15-16	6,4 (5,0 – 8,0)	9,0 (7,4 – 11,0)	84,6 (82,2 – 86,7)	γ = 0,620
Mädchen 17-18	14,0 (11,6 – 16,8)	13,4 (11,0 – 16,0)	72,6 (69,2 – 75,8)	
				N = 3 694
Jungen 11-12	0,4 (0,1 – 1,0)	0,8 (0,4 – 1,6)	98,8 (97,9 – 99,3)	
Jungen 13-14	2,5 (1,7 – 3,7)	2,9 (2,0 – 4,1)	94,5 (92,9 – 95,8)	p < 0,001
Jungen 15-16	7,6 (6,0 – 9,3)	6,4 (4,9 – 8,0)	86,1 (83,8 – 88,1)	γ = 0,660
Jungen 17-18	19,0 (16,3 – 22,0)	9,3 (7,3 – 11,6)	71,7 (68,3 – 74,9)	
Geschlecht				**N = 7 293**
Mädchen	5,2 (4,5 – 6,0)	6,6 (5,8 – 7,5)	88,2 (87,1 – 89,2)	p < 0,001
Jungen	6,5 (5,8 – 7,4)	4,5 (3,9 – 5,3)	88,9 (87,9 – 89,9)	Cramér's V. = 0,052
Familiärer Wohlstand				**N = 7 135**
Hoch	5,5 (4,4 – 6,7)	6,9 (5,7 – 8,2)	87,6 (86,0 – 89,2)	p = 0,588
Mittel	6,0 (5,3 – 6,7)	5,0 (4,4 – 5,7)	89,0 (88,1 – 89,9)	γ = 0,018
Niedrig	6,3 (5,0 – 7,8)	5,5 (4,3 – 6,8)	88,2 (86,3 – 89,9)	
Migrationshintegrund				**N = 7 077**
Erste Generation	6,3 (5,2 – 7,6)	5,8 (4,8 – 7,1)	87,9 (86,2 – 89,4)	p = 0,104
Zweite Generation	5,4 (4,7 – 6,2)	6,0 (5,2 – 6,8)	88,6 (87,6 – 89,7)	Cramér's V. = 0,023
Keine Migration	6,9 (5,9 – 8,1)	5,0 (4,1 – 6,0)	88,1 (86,6 – 89,5)	
Familienstruktur				**N = 6 922**
Andere	15,0 (9,7 – 21,3)	10,2 (5,8 – 15,6)	74,8 (67,8 – 81,9)	
Stieffamilie	10,6 (8,6 – 13,0)	7,3 (5,6 – 9,3)	82,1 (79,2 – 84,7)	p < 0,001
Alleinerziehende	8,1 (6,8 – 9,6)	6,9 (5,7 – 8,3)	85,0 (83,1 – 86,8)	Cramér's V. = 0,087
Beide Elternteile	4,4 (3,8 – 5,0)	4,8 (4,2 – 5,4)	90,8 (90,0 – 91,6)	
Schultyp				**N = 7 339**
ESC-*classes sup.*	6,2 (4,9 – 8,0)	11,4 (9,5 – 13,6)	82,4 (79,8 – 84,7)	
ESG-*classes sup.*	12,6 (10,4 – 15,0)	8,6 (6,9 – 10,8)	78,8 (75,9 – 81,5)	
Formation prof.	24,3 (20,9 – 28,2)	9,5 (7,2 – 12,2)	66,1 (62,1 – 70,1)	
ESC-*classes inf.*	1,3 (0,8 – 2,1)	2,7 (1,9 – 3,8)	95,9 (94,7 – 97,0)	p < 0,001
ESG-*classes inf.* (VO)	5,3 (4,3 – 6,5)	5,2 (4,2 – 6,4)	89,5 (88,0 – 91,0)	Cramér's V. = 0,231
ESG-*classes inf.* (VP)	8,1 (5,9 – 10,7)	10,7 (8,2 – 13,5)	81,2 (77,8 – 84,5)	
EF	0,3 (0,1 – 0,6)	0,6 (0,3 – 1,1)	99,1 (98,6 – 99,5)	

Die Teilnehmenden wurden gebeten, anzugeben, an wie vielen Tagen sie in den letzten 30 Tagen Zigaretten geraucht haben. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „nie" (1) bis „30 Tagen oder mehr" (7). Der Zigarettenkonsum im letzten Monat wurde in folgende Kategorien eingeteilt: „mindestens 10 Tagen" (Kategorien 5 bis 7), „1 bis 9 Tagen" (Kategorien 2 bis 4) und „nie" (Kategorie 1). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Konsum von E-Zigaretten

Abbildung 33: Lebenszeitprävalenz der Rauchenden von E-Zigaretten in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

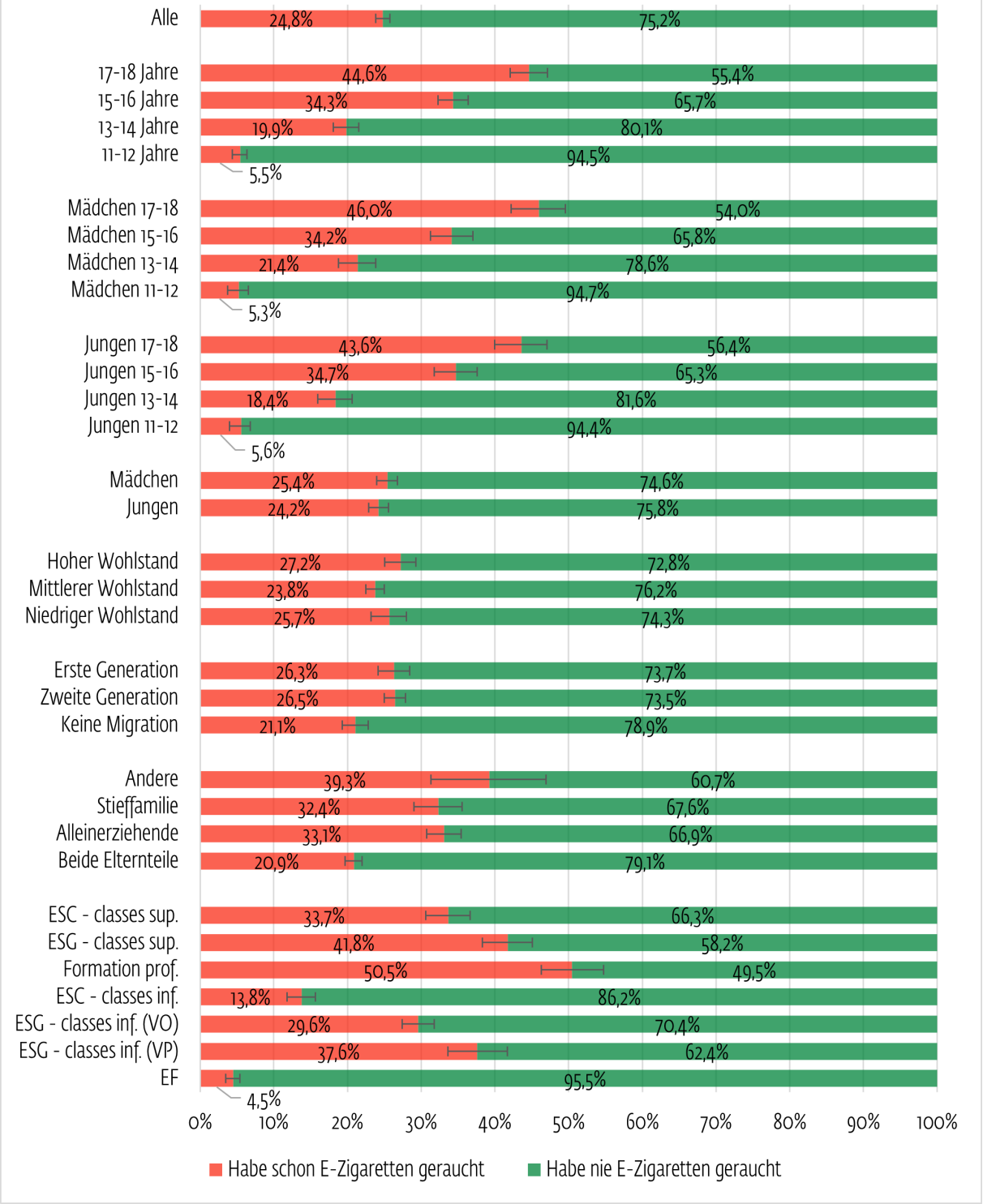


Tabelle 9: Lebenszeitprävalenz der Rauchenden von E-Zigaretten in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Habe schon E-Zigaretten geraucht (2-7)	Habe nie E-Zigaretten geraucht (1)	Chi-Square-Test
Alle			**N = 7 625**
	24,8 (23,8 – 25,8)	75,2 (74,2 – 76,1)	
Alter			**N = 7 625**
11-12 Jahre	5,5 (4,5 – 6,5)	94,5 (93,4 – 95,4)	
13-14 Jahre	19,9 (18,2 – 21,6)	80,1 (78,4 – 81,8)	p < 0,001
15-16 Jahre	34,3 (32,3 – 36,4)	65,7 (63,6 – 67,7)	γ = 0,550
17-18 Jahre	44,6 (42,1 – 47,2)	55,4 (52,8 – 57,9)	
Alter x Geschlecht			**N = 3 708**
Mädchen 11-12	5,3 (4,0 – 6,8)	94,7 (93,2 – 96,0)	
Mädchen 13-14	21,4 (19,0 – 24,0)	78,6 (76,0 – 81,0)	p < 0,001
Mädchen 15-16	34,2 (31,3 – 37,1)	65,8 (62,9 – 68,7)	γ = 0,550
Mädchen 17-18	46,0 (42,4 – 49,7)	54,0 (50,3 – 57,6)	
			N = 3 867
Jungen 11-12	5,6 (4,3 – 7,1)	94,4 (92,8 – 95,6)	
Jungen 13-14	18,4 (16,2 – 20,9)	81,6 (79,1 – 83,8)	p < 0,001
Jungen 15-16	34,7 (31,8 – 37,6)	65,3 (62,4 – 68,2)	γ = 0,554
Jungen 17-18	43,6 (40,1 – 47,2)	56,4 (52,8 – 59,9)	
Geschlecht			**N = 7 575**
Mädchen	25,4 (24,0 – 26,8)	74,6 (73,2 – 76,0)	p = 0,234
Jungen	24,2 (22,9 – 25,6)	75,8 (74,4 – 77,1)	Cramér's V. = 0,014
Familiärer Wohlstand			**N = 7 416**
Hoch	27,2 (25,1 – 29,3)	72,8 (70,7 – 74,9)	p = 0,193
Mittel	23,8 (22,6 – 25,1)	76,2 (74,9 – 77,4)	γ = 0,032
Niedrig	25,7 (23,3 – 28,1)	74,3 (71,9 – 76,7)	
Migrationshintegrund			**N = 7 343**
Erste Generation	26,3 (24,2 – 28,5)	73,7 (71,5 – 75,8)	p < 0,001
Zweite Generation	26,5 (25,0 – 27,9)	73,5 (72,1 – 75,0)	Cramér's V. = 0,055
Keine Migration	21,1 (19,3 – 22,9)	78,9 (77,1 – 80,7)	
Familienstruktur			**N = 7 190**
Andere	39,3 (31,6 – 47,2)	60,7 (52,8 – 68,4)	
Stieffamilie	32,4 (29,1 – 35,7)	67,6 (64,3 – 70,9)	p < 0,001
Alleinerziehende	33,1 (30,8 – 35,5)	66,9 (64,5 – 69,2)	Cramér's V. = 0,137
Beide Elternteile	20,9 (19,7 – 22,0)	79,1 (78,0 – 80,3)	
Schultyp			**N = 7 625**
ESC-*classes sup.*	33,7 (30,7 – 36,7)	66,3 (63,3 – 69,3)	
ESG-*classes sup.*	41,8 (38,4 – 45,2)	58,2 (54,8 – 61,6)	
Formation prof.	50,5 (46,2 – 54,7)	49,5 (45,3 – 53,8)	
ESC-*classes inf.*	13,8 (11,9 – 15,8)	86,2 (84,2 – 88,1)	p < 0,001
ESG-*classes inf.* (VO)	29,6 (27,4 – 31,8)	70,4 (68,2 – 72,6)	Cramér's V. = 0,346
ESG-*classes inf.* (VP)	37,6 (33,7 – 41,8)	62,4 (58,4 – 66,5)	
EF	4,5 (3,6 – 5,5)	95,5 (94,6 – 96,4)	

Die Teilnehmenden wurden gebeten, anzugeben, wie viele Tagen sie in ihrem Leben E-Zigaretten geraucht haben. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „nie" (1) bis „30 Tagen oder mehr" (7), Der E-Zigarettenkonsum im Leben wurde unterteilt in: „habe schon E-Zigarette geraucht" (Kategorien 2 bis 7) und „habe nie E-Zigarette geraucht" (Kategorie 1), Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Abbildung 34: Prävalenz von Rauchenden von E-Zigaretten im letzten Monat in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

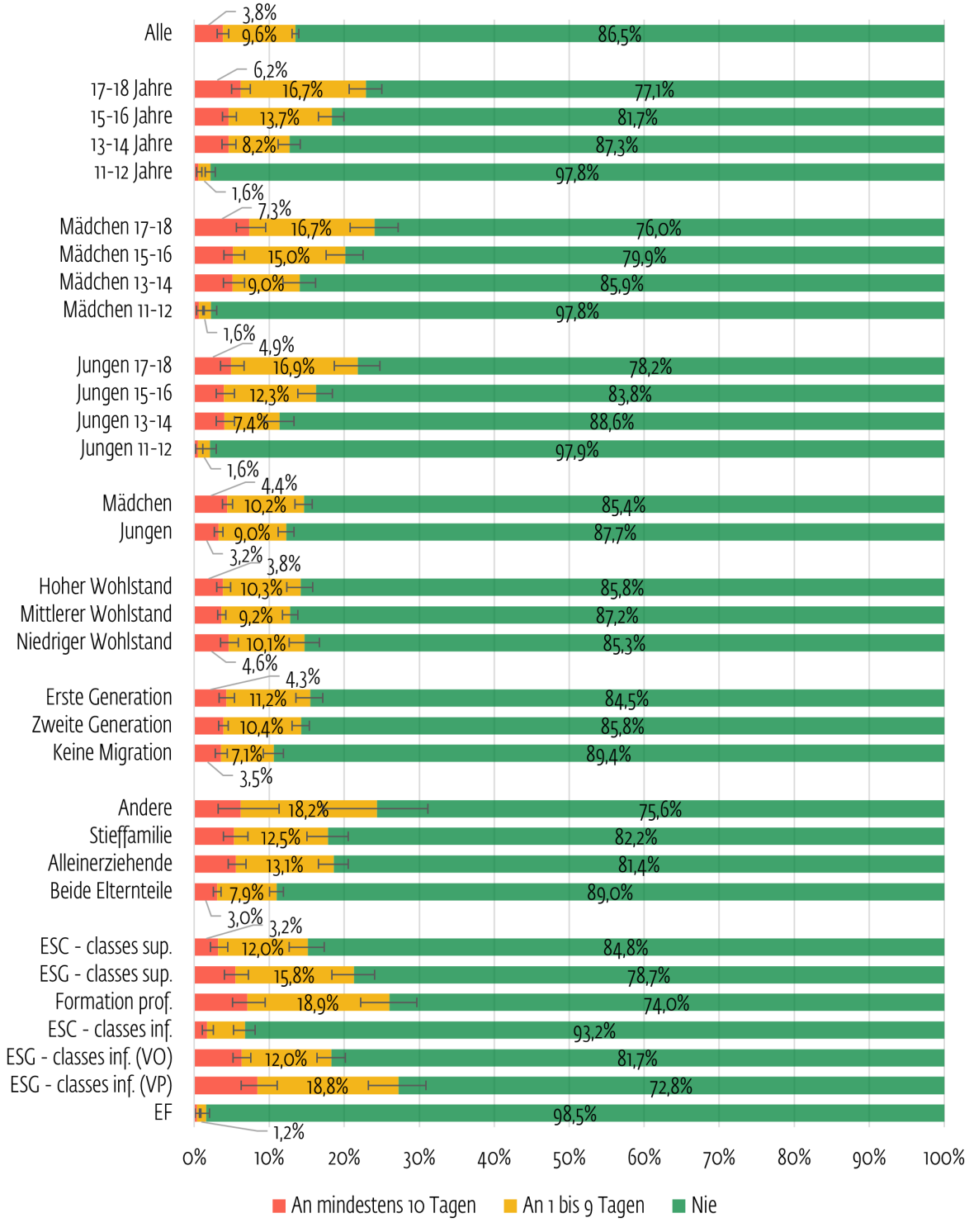


Tabelle 10: Prävalenz von Rauchenden von E-Zigaretten im letzten Monat in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	An mindestens 10 Tagen (5-7)	An 1 bis 9 Tagen (2-4)	Nie (1)	Chi-Square-Test
Alle				**N = 7 286**
	3.8 (3.4 – 4.3)	9.6 (9.0 – 10.3)	86.5 (85.7 – 87.3)	
Alter				**N = 7 286**
11-12 Jahre	0.6 (0.3 – 1.0)	1.6 (1.1 – 2.2)	97.8 (97.2 – 98.5)	
13-14 Jahre	4.6 (3.7 – 5.5)	8.2 (7.0 – 9.4)	87.3 (85.7 – 88.7)	$p < 0.001$
15-16 Jahre	4.6 (3.8 – 5.6)	13.7 (12.3 – 15.3)	81.7 (79.9 – 83.3)	$\gamma = 0.449$
17-18 Jahre	6.2 (5.0 – 7.5)	16.7 (14.8 – 18.7)	77.1 (74.9 – 79.3)	
Alter x Geschlecht				**N = 3 581**
Mädchen 11-12	0.6 (0.3 – 1.3)	1.6 (0.9 – 2.5)	97.8 (96.7 – 98.6)	
Mädchen 13-14	5.1 (3.9 – 6.7)	9.0 (7.3 – 10.9)	85.9 (83.7 – 88.0)	$p < 0.001$
Mädchen 15-16	5.2 (4.0 – 6.7)	15.0 (12.9 – 17.3)	79.9 (77.3 – 82.3)	$\gamma = 0.445$
Mädchen 17-18	7.3 (5.6 – 9.5)	16.7 (14.0 – 19.6)	76.0 (72.8 – 79.1)	
				N = 3 657
Jungen 11-12	0.5 (0.2 – 1.1)	1.6 (1.0 – 2.6)	97.9 (96.9 – 98.7)	
Jungen 13-14	4.0 (2.9 – 5.4)	7.4 (5.9 – 9.2)	88.6 (86.5 – 90.5)	$p < 0.001$
Jungen 15-16	4.0 (2.9 – 5.4)	12.3 (10.3 – 14.4)	83.8 (81.3 – 86.0)	$\gamma = 0.456$
Jungen 17-18	4.9 (3.5 – 6.6)	16.9 (14.3 – 19.7)	78.2 (75.1 – 81.1)	
Geschlecht				**N = 7 238**
Mädchen	4.4 (3.8 – 5.1)	10.2 (9.2 – 11.2)	85.4 (84.2 – 86.5)	$p = 0.006$
Jungen	3.2 (2.7 – 3.8)	9.0 (8.1 – 10.0)	87.7 (86.6 – 88.8)	Cramér's V. = 0.038
Familiärer Wohlstand				**N = 7 090**
Hoch	3.8 (3.0 – 4.9)	10.3 (8.9 – 11.9)	85.8 (84.0 – 87.4)	$p = 0.846$
Mittel	3.6 (3.1 – 4.2)	9.2 (8.3 – 10.1)	87.2 (86.2 – 88.2)	$\gamma = -0.006$
Niedrig	4.6 (3.5 – 5.8)	10.1 (8.5 – 11.9)	85.3 (83.3 – 87.2)	
Migrationshintegrund				**N = 7 023**
Erste Generation	4.3 (3.3 – 5.3)	11.2 (9.7 – 12.8)	84.5 (82.7 – 86.3)	$p < 0.001$
Zweite Generation	3.9 (3.2 – 4.5)	10.4 (9.4 – 11.4)	85.8 (84.6 – 86.9)	Cramér's V. = 0.041
Keine Migration	3.5 (2.8 – 4.4)	7.1 (6.0 – 8.2)	89.4 (88.0 – 90.7)	
Familienstruktur				**N = 6 873**
Andere	6.2 (3.2 – 11.3)	18.2 (12.7 – 25.4)	75.6 (68.3 – 82.4)	
Stieffamilie	5.3 (3.9 – 7.1)	12.5 (10.3 – 15.1)	82.2 (79.4 – 84.8)	$p < 0.001$
Alleinerziehende	5.6 (4.5 – 6.9)	13.1 (11.4 – 14.9)	81.4 (79.3 – 83.3)	Cramér's V. = 0.078
Beide Elternteile	3.0 (2.6 – 3.6)	7.9 (7.2 – 8.8)	89.0 (88.1 – 89.9)	
Schultyp				**N = 7 286**
ESC-*classes sup.*	3.2 (2.2 – 4.5)	12.0 (10.0 – 14.2)	84.8 (82.3 – 87.0)	
ESG-*classes sup.*	5.5 (4.0 – 7.2)	15.8 (13.4 – 18.5)	78.7 (75.8 – 81.5)	
Formation prof.	7.1 (5.1 – 9.4)	18.9 (15.8 – 22.5)	74.0 (70.1 – 77.6)	
ESC-*classes inf.*	1.7 (1.1 – 2.6)	5.0 (3.9 – 6.4)	93.2 (91.7 – 94.6)	$p < 0.001$
ESG-*classes inf.* (VO)	6.3 (5.2 – 7.6)	12.0 (10.4 – 13.6)	81.7 (79.8 – 83.6)	Cramér's V. = 0.186
ESG-*classes inf.* (VP)	8.4 (6.3 – 11.1)	18.8 (15.6 – 22.4)	72.8 (68.8 – 76.5)	
EF	0.4 (0.1 – 0.7)	1.2 (0.8 – 1.8)	98.5 (97.8 – 98.9)	

Die Teilnehmenden wurden gebeten, anzugeben, an wie vielen Tagen sie in den letzten 30 Tagen E-Zigaretten geraucht haben. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „nie" (1) bis „30 Tagen oder mehr" (7). Der E-Zigarettenkonsum im letzten Monat wurde in folgende Kategorien eingeteilt: „mindestens 10 Tagen" (Kategorien 5 bis 7), „1 bis 9 Tagen" (Kategorien 2 bis 4) und „nie" (Kategorie 1). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Cannabiskonsum

Abbildung 35: Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

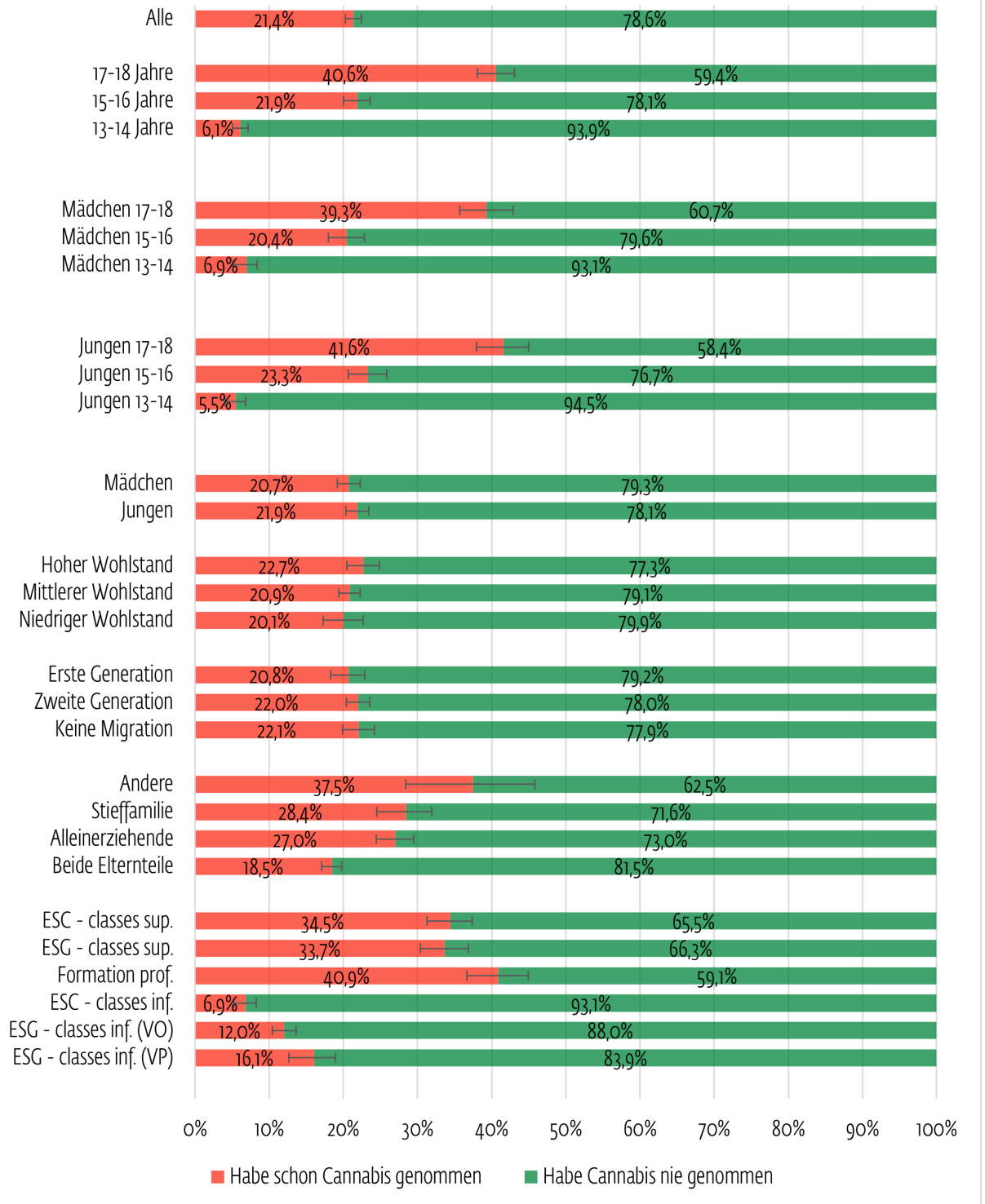


Tabelle 11: Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Habe schon Cannabis genommen (2-7)	Habe Cannabis nie genommen (1)	Chi-Square-Test
Alle			**N = 5 478**
	21,4 (20,3 – 22,5)	78,6 (77,5 – 79,7)	
Alter			**N = 5 478**
13-14 Jahre	6,1 (5,2 – 7,3)	93,9 (92,7 – 94,9)	$p < 0,001$
15-16 Jahre	21,9 (20,1 – 23,7)	78,1 (76,3 – 79,9)	$\gamma = 0,611$
17-18 Jahre	40,6 (38,1 – 43,1)	59,4 (56,9 – 61,9)	
Alter x Geschlecht			**N = 2 672**
Mädchen 13-14	6,9 (5,5 – 8,7)	93,1 (91,3 – 94,5)	$p < 0,001$
Mädchen 15-16	20,4 (18,1 – 23,0)	79,6 (77,1 – 82,0)	$\gamma = 0,584$
Mädchen 17-18	39,3 (35,8 – 42,9)	60,7 (57,1 – 64,2)	
			N = 2 763
Jungen 13-14	5,5 (4,2 – 7,1)	94,5 (93,1 – 95,9)	$p < 0,001$
Jungen 15-16	23,3 (20,8 – 26,0)	76,7 (74,1 – 79,3)	$\gamma = 0,632$
Jungen 17-18	41,6 (38,1 – 45,2)	58,4 (54,8 – 61,9)	
Geschlecht			**N = 5 435**
Mädchen	20,7 (19,2 – 22,3)	79,3 (77,7 – 80,8)	$p = 0,296$
Jungen	21,9 (20,4 – 23,5)	78,1 (76,5 – 79,6)	Cramér's V. = 0,014
Familiärer Wohlstand			**N = 5 339**
Hoch	22,7 (20,5 – 24,9)	77,3 (75,1 – 79,5)	$p = 0,105$
Mittel	20,9 (19,4 – 22,3)	79,1 (77,7 – 80,6)	$\gamma = 0,049$
Niedrig	20,1 (17,5 – 22,8)	79,9 (77,2 – 82,5)	
Migrationshintegrund			**N = 5 274**
Erste Generation	20,8 (18,5 – 23,1)	79,2 (76,8 – 81,4)	$p = 0,635$
Zweite Generation	22,0 (20,5 – 23,6)	78,0 (76,3 – 79,5)	Cramér's V. = 0,013
Keine Migration	22,1 (20,0 – 24,2)	77,9 (75,8 – 80,0)	
Familienstruktur			**N = 5 183**
Andere	37,5 (29,2 – 46,6)	62,5 (53,4 – 70,8)	
Stieffamilie	28,4 (24,8 – 32,2)	71,6 (67,6 – 75,1)	$p < 0,001$
Alleinerziehende	27,0 (24,5 – 29,6)	73,0 (70,4 – 75,5)	Cramér's V. = 0,118
Beide Elternteile	18,5 (17,2 – 19,8)	81,5 (80,2 – 82,8)	
Schultyp			**N = 5 478**
ESC-*classes sup.*	34,5 (31,4 – 37,5)	65,5 (62,4 – 68,5)	
ESG-*classes sup.*	33,7 (30,5 – 36,9)	66,3 (63,1 – 69,5)	
Formation prof.	40,9 (36,8 – 45,1)	59,1 (54,9 – 63,2)	$p < 0,001$
ESC-*classes inf.*	6,9 (5,4 – 8,5)	93,1 (91,5 – 94,6)	Cramér's V. = 0,307
ESG-*classes inf.* (VO)	12,0 (10,5 – 13,7)	88,0 (86,3 – 89,5)	
ESG-*classes inf.* (VP)	16,1 (13,2 – 19,5)	83,9 (80,5 – 86,8)	

Die Teilnehmenden im Alter von 13 bis 18 Jahren, die ausschließlich aus Sekundarschulen stammen, wurden gefragt, an wie vielen Tagen sie in ihrem Leben Cannabis genommen haben. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „nie" (1) bis „30 Tagen oder mehr" (7). Der Cannabiskonsum im Leben wurde in folgende Kategorien eingeteilt: „habe schon Cannabis genommen" (Kategorien 2 bis 7) und „habe nie Cannabis genommen" (Kategorie 1). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Abbildung 36: Prävalenz des Cannabiskonsum im letzten Monat in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

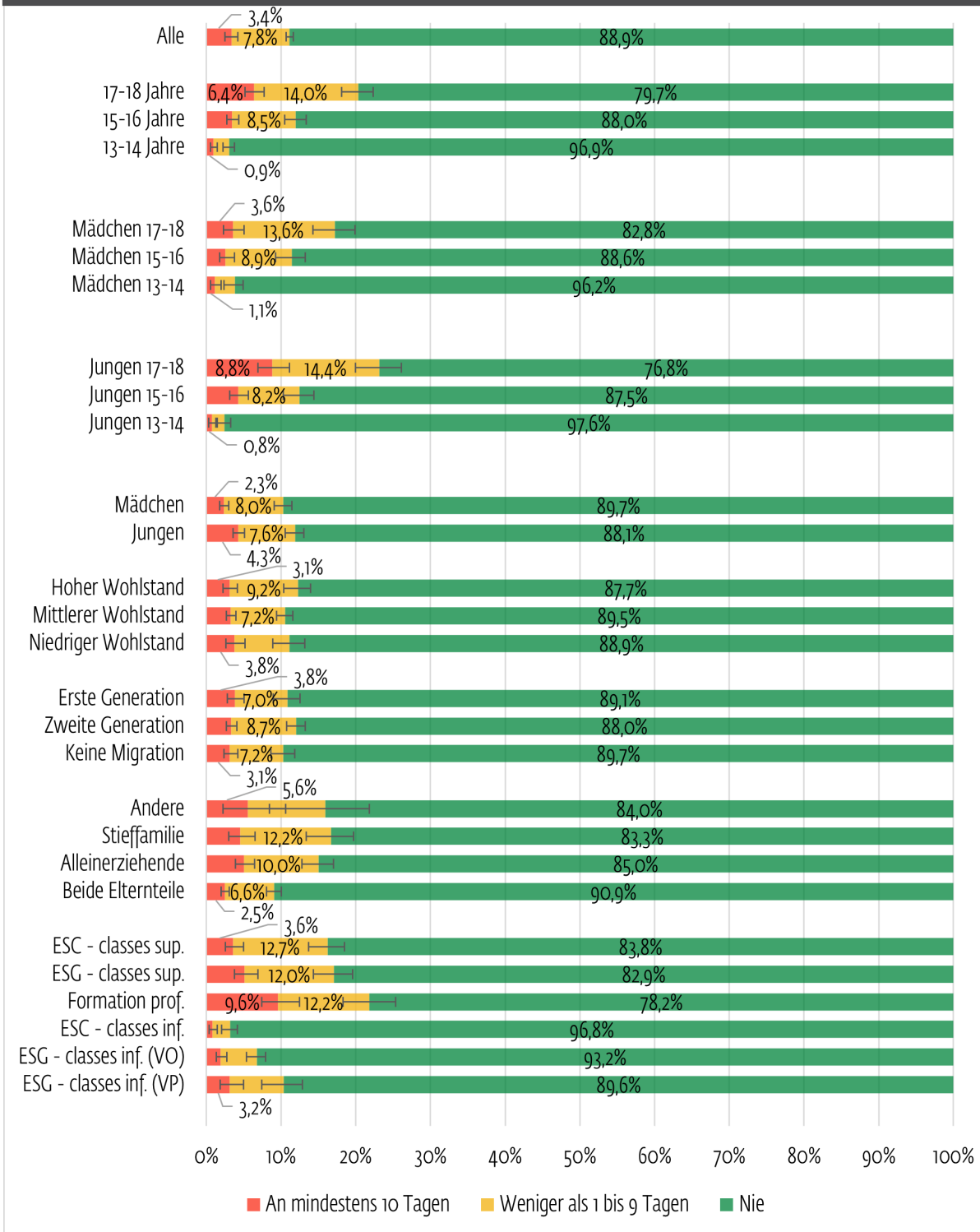


Tabelle 12: Prävalenz des Cannabiskonsum im letzten Monat in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	An mindestens 10 Tagen (5-7)	Weniger als 1 bis 9 Tagen (2-4)	Nie (1)	Chi-Square-Test
Alle				**N = 5 228**
	3,4 (2,9 – 3,9)	7,8 (7,1 – 8,5)	88,9 (88,0 – 89,7)	
Alter				**N = 5 228**
13-14 Jahre	0,9 (0,6 – 1,5)	2,1 (1,6 – 2,9)	96,9 (96,0 – 97,6)	$p < 0{,}001$
15-16 Jahre	3,5 (2,7 – 4,3)	8,5 (7,3 – 9,8)	88,0 (86,6 – 89,4)	$\gamma = 0{,}527$
17-18 Jahre	6,4 (5,2 – 7,7)	14 (12,2 – 15,8)	79,7 (77,5 – 81,7)	
Alter x Geschlecht				**N = 2 571**
Mädchen 13-14	1,1 (0,6 – 2,0)	2,7 (1,8 – 3,9)	96,2 (94,8 – 97,3)	$p < 0{,}001$
Mädchen 15-16	2,6 (1,8 – 3,8)	8,9 (7,2 – 10,7)	88,6 (86,4 – 90,4)	$\gamma = 0{,}443$
Mädchen 17-18	3,6 (2,3 – 5,1)	13,6 (11,3 – 16,4)	82,8 (79,9 – 85,5)	
				N = 2 616
Jungen 13-14	0,8 (0,3 – 1,5)	1,6 (1,0 – 2,6)	97,6 (96,4 – 98,4)	$p < 0{,}001$
Jungen 15-16	4,3 (3,1 – 5,6)	8,2 (6,6 – 10,0)	87,5 (85,3 – 89,4)	$\gamma = 0{,}592$
Jungen 17-18	8,8 (6,9 – 11,1)	14,4 (11,9 – 17,1)	76,8 (73,6 – 79,8)	
Geschlecht				**N = 5 186**
Mädchen	2,3 (1,8 – 3,0)	8,0 (7,0 – 9,1)	89,7 (88,4 – 90,8)	$p < 0{,}001$
Jungen	4,3 (3,6 – 5,1)	7,6 (6,6 – 8,7)	88,1 (86,8 – 89,3)	Cramér's V. = 0,054
Familiärer Wohlstand				**N = 5 102**
Hoch	3,1 (2,3 – 4,1)	9,2 (7,7 – 10,8)	87,7 (85,8 – 89,4)	$p = 0{,}311$
Mittel	3,3 (2,7 – 4,0)	7,2 (6,4 – 8,2)	89,5 (88,3 – 90,5)	$\gamma = 0{,}040$
Niedrig	3,8 (2,6 – 5,2)	7,3 (5,7 – 9,3)	88,9 (86,6 – 90,9)	
Migrationshintegrund				**N = 5 046**
Erste Generation	3,8 (2,8 – 5,0)	7,0 (5,7 – 8,7)	89,1 (87,2 – 90,8)	$p = 0{,}268$
Zweite Generation	3,3 (2,7 – 4,1)	8,7 (7,6 – 9,8)	88,0 (86,7 – 89,2)	Cramér's V. = 0,023
Keine Migration	3,1 (2,3 – 4,2)	7,2 (5,9 – 8,6)	89,7 (88,0 – 91,2)	
Familienstruktur				**N = 4 946**
Andere	5,6 (2,2 – 10,6)	10,4 (5,9 – 17,3)	84,0 (76,5 – 89,9)	
Stieffamilie	4,6 (3,0 – 6,5)	12,2 (9,6 – 15,2)	83,3 (79,9 – 86,3)	$p < 0{,}001$
Alleinerziehende	5,0 (3,9 – 6,5)	10,0 (8,3 – 11,9)	85,0 (82,8 – 87,0)	Cramér's V. = 0,072
Beide Elternteile	2,5 (2,0 – 3,1)	6,6 (5,7 – 7,4)	90,9 (89,9 – 91,9)	
Schultyp				**N = 5 228**
ESC-*classes sup.*	3,6 (2,6 – 5,0)	12,7 (10,6 – 14,9)	83,8 (81,2 – 86,0)	
ESG-*classes sup.*	5,1 (3,8 – 6,9)	12,0 (9,9 – 14,4)	82,9 (80,1 – 85,3)	
Formation prof.	9,6 (7,4 – 12,5)	12,2 (9,6 – 15,2)	78,2 (74,6 – 81,7)	$p < 0{,}001$
ESC-*classes inf.*	0,8 (0,4 – 1,5)	2,4 (1,6 – 3,4)	96,8 (95,7 – 97,8)	Cramér's V. = 0,150
ESG-*classes inf.* (VO)	1,9 (1,3 – 2,7)	4,8 (3,9 – 6,0)	93,2 (91,8 – 94,4)	
ESG-*classes inf.* (VP)	3,2 (1,8 – 5,0)	7,2 (5,2 – 9,9)	89,6 (86,6 – 92,1)	

Die Teilnehmenden im Alter von 13 bis 18 Jahren aus den Sekundarschulen wurden gefragt, an wie vielen Tagen sie in den letzten 30 Tagen Cannabis genommen haben. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „nie" (1) bis „30 Tagen oder mehr" (7). Der Cannabiskonsum im letzten Monat wurde in folgende Kategorien eingeteilt: „mindestens 10 Tagen" (Kategorien 5 bis 7), „1 bis 9 Tagen" (Kategorien 2 bis 4) und „nie" (Kategorie 1). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Alter beim Erstkonsum von Cannabis

Abbildung 37: Alter beim ersten Cannabiskonsums in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

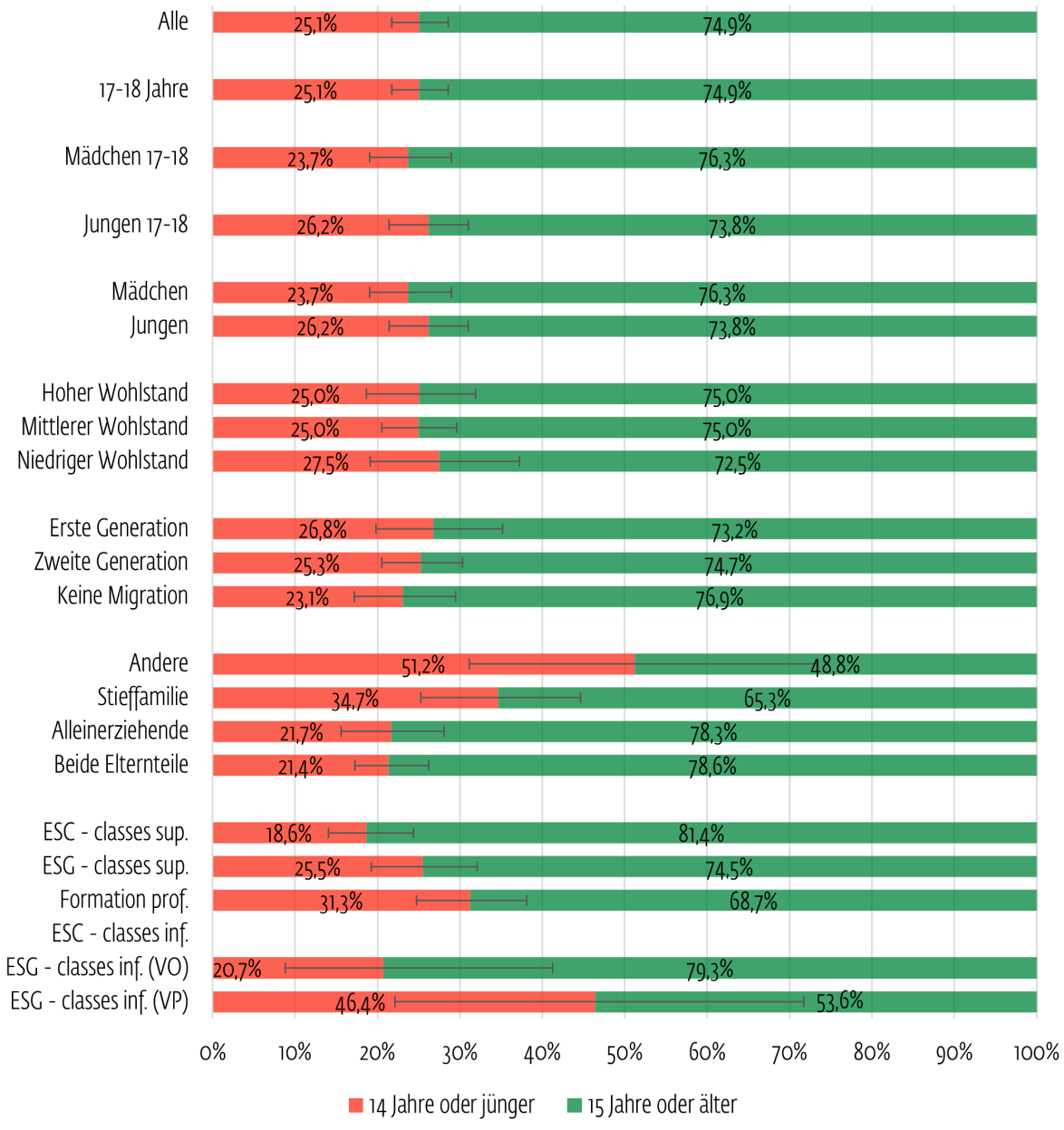


Tabelle 13: Alter beim ersten Cannabiskonsums in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	14 Jahre oder jünger	15 Jahre oder älter	Chi-Square-Test
Alle			**N = 611**
	25,1 (21,7 – 28,6)	74,9 (71,4 – 78,3)	
Alter			**N = 611**
17-18 Jahre	25,1 (21,7 – 28,6)	74,9 (71,4 – 78,3)	
Alter x Geschlecht			**N = 282**
Mädchen 17-18	23,7 (19,1 – 29,0)	76,3 (71,0 – 80,9)	
			N = 323
Jungen 17-18	26,2 (21,5 – 31,0)	73,8 (68,7 – 78,3)	
Geschlecht			**N = 605**
Mädchen	23,7 (19,1 – 29,0)	76,3 (71,0 – 80,9)	p = 0,486
Jungen	26,2 (21,5 – 31,0)	73,8 (68,7 – 78,3)	Cramér's V. = 0,028
Familiärer Wohlstand			**N = 593**
Hoch	25,0 (18,7 – 31,9)	75,0 (67,4 – 80,8)	p = 0,729
Mittel	25,0 (20,5 – 29,6)	75,0 (70,1 – 79,2)	γ = 0,029
Niedrig	27,5 (19,1 – 37,2)	72,5 (62,8 – 80,9)	
Migrationshintegrund			**N = 603**
Erste Generation	26,8 (19,8 – 35,2)	73,2 (64,8 – 80,2)	p = 0,751
Zweite Generation	25,3 (20,5 – 30,3)	74,7 (69,7 – 79,5)	Cramér's V. = 0,031
Keine Migration	23,1 (17,2 – 29,5)	76,9 (70,5 – 82,8)	
Familienstruktur			**N = 594**
Andere	51,2 (31,2 – 73,4)	48,8 (26,6 – 68,8)	
Stieffamilie	34,7 (25,2 – 44,6)	65,3 (55,4 – 74,8)	p = 0,002
Alleinerziehende	21,7 (15,6 – 28,1)	78,3 (71,3 – 83,9)	Cramér's V. = 0,158
Beide Elternteile	21,4 (17,3 – 26,2)	78,6 (74,1 – 83,0)	
Schultyp			**N = 611**
ESC-*classes sup.*	18,6 (14 – 24,4)	81,4 (76,1 – 86,4)	
ESG-*classes sup.*	25,5 (19,3 – 32,1)	74,5 (67,9 – 80,7)	
Formation prof.	31,3 (24,8 – 38,1)	68,7 (61,9 – 75,2)	p = 0,017
ESC-*classes inf.*	0,0 (0,0 – 0,0)	0,0 (0,0 – 0,0)	Cramér's V. = 0,140
ESG-*classes inf.* (VO)	20,7 (8,8 – 41,3)	79,3 (58,7 – 91,2)	
ESG-*classes inf.* (VP)	46,4 (22,1 – 71,7)	53,6 (28,3 – 77,9)	

Die Teilnehmenden im Alter von 17 bis 18 Jahren aus den Sekundarschulen wurden gefragt, wie alt sie bei ihrem ersten Cannabiskonsum waren. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „nie" (1) bis „18 Jahre oder älter" (9). Das Alter beim ersten Cannabiskonsum wurde anhand der Aufteilung in Quartile kategorisiert (14 Jahre als Grenzwert): „14 Jahre alt oder jünger" und „15 Jahre alt oder älter". Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Cannabisakzeptanz

Abbildung 38: Cannabisakzeptanz von Freunde in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

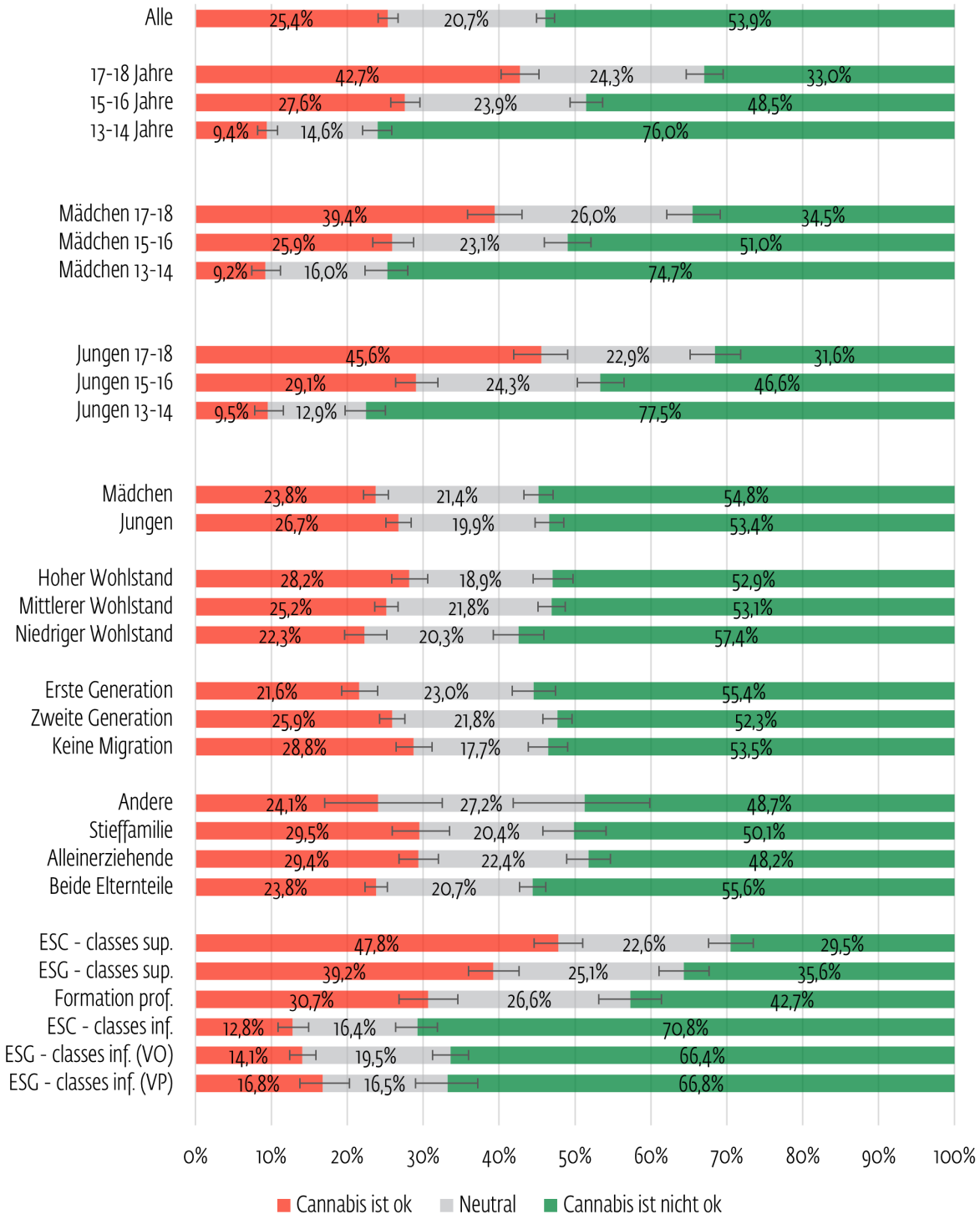


Tabelle 14: Cannabisakzeptanz von Freunde in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Cannabis ist ok (1-2)	Neutral (3)	Cannabis ist nicht ok (4-5)	Chi-Square-Test
Alle				**N = 5 410**
	25,4 (24,2 – 26,6)	20,7 (19,7 – 21,8)	53,9 (52,6 – 55,2)	
Alter				**N = 5 410**
13-14 Jahre	9,4 (8,2 – 10,8)	14,6 (13,0 – 16,2)	76,0 (74,0 – 77,9)	p < 0,001
15-16 Jahre	27,6 (25,7 – 29,6)	23,9 (22,1 – 25,7)	48,5 (46,4 – 50,7)	γ = 0,495
17-18 Jahre	42,7 (40,2 – 45,3)	24,3 (22,2 – 26,5)	33,0 (30,6 – 35,5)	
Alter x Geschlecht				**N = 2 638**
Mädchen 13-14	9,2 (7,4 – 11,2)	16,0 (13,8 – 18,6)	74,7 (71,8 – 77,5)	p < 0,001
Mädchen 15-16	25,9 (23,4 – 28,7)	23,1 (20,6 – 25,8)	51,0 (47,9 – 54,1)	γ = 0,464
Mädchen 17-18	39,4 (35,9 – 43,0)	26,0 (22,9 – 29,3)	34,5 (31,2 – 38,2)	
				N = 2 728
Jungen 13-14	9,5 (7,8 – 11,6)	12,9 (10,9 – 15,1)	77,5 (74,8 – 80,1)	p < 0,001
Jungen 15-16	29,1 (26,3 – 31,9)	24,3 (21,7 – 27,0)	46,6 (43,6 – 49,7)	γ = 0,525
Jungen 17-18	45,6 (41,9 – 49,0)	22,9 (19,9 – 25,9)	31,6 (28,3 – 35,0)	
Geschlecht				**N = 5 366**
Mädchen	23,8 (22,2 – 25,4)	21,4 (19,9 – 23,1)	54,8 (52,9 – 56,7)	p = 0,035
Jungen	26,7 (25,1 – 28,4)	19,9 (18,4 – 21,4)	53,4 (51,5 – 55,2)	Cramér's V. = 0,035
Familiärer Wohlstand				**N = 5 277**
Hoch	28,2 (25,8 – 30,6)	18,9 (16,9 – 21,0)	52,9 (50,3 – 55,6)	p = 0,014
Mittel	25,2 (23,6 – 26,7)	21,8 (20,3 – 23,3)	53,1 (51,3 – 54,8)	γ = 0,053
Niedrig	22,3 (19,6 – 25,2)	20,3 (17,6 – 23,0)	57,4 (54,1 – 60,7)	
Migrationshintegrund				**N = 5 212**
Erste Generation	21,6 (19,3 – 24,0)	23,0 (20,7 – 25,5)	55,4 (52,6 – 58,3)	p < 0,001
Zweite Generation	25,9 (24,3 – 27,6)	21,8 (20,2 – 23,4)	52,3 (50,4 – 54,2)	Cramér's V. = 0,049
Keine Migration	28,8 (26,5 – 31,2)	17,7 (15,8 – 19,8)	53,5 (50,9 – 56,1)	
Familienstruktur				**N = 5 128**
Andere	24,1 (17,1 – 32,5)	27,2 (20,1 – 36,2)	48,7 (39,3 – 57,3)	
Stieffamilie	29,5 (25,9 – 33,5)	20,4 (17,2 – 23,9)	50,1 (46,0 – 54,3)	p < 0,001
Alleinerziehende	29,4 (26,8 – 32,0)	22,4 (20,1 – 24,9)	48,2 (45,4 – 51,1)	Cramér's V. = 0,052
Beide Elternteile	23,8 (22,4 – 25,3)	20,7 (19,3 – 22,1)	55,6 (53,9 – 57,3)	
Schultyp				**N = 5 410**
ESC-*classes sup.*	47,8 (44,6 – 51,0)	22,6 (20,0 – 25,4)	29,5 (26,7 – 32,6)	
ESG-*classes sup.*	39,2 (36,0 – 42,6)	25,1 (22,3 – 28,2)	35,6 (32,4 – 38,9)	
Formation prof.	30,7 (26,9 – 34,6)	26,6 (23,0 – 30,4)	42,7 (38,5 – 46,8)	p < ,001
ESC-*classes inf.*	12,8 (10,9 – 14,9)	16,4 (14,3 – 18,7)	70,8 (67,9 – 73,4)	Cramér's V. = 0,259
ESG-*classes inf.* (VO)	14,1 (12,4 – 15,9)	19,5 (17,6 – 21,5)	66,4 (64,1 – 68,8)	
ESG-*classes inf.* (VP)	16,8 (13,8 – 20,3)	16,5 (13,4 – 19,9)	66,8 (62,5 – 70,7)	

Die Teilnehmenden im Alter von 13 bis 18 Jahren aus den Sekundarschulen wurden gefragt, ob ihre Freunde denken, dass es in Ordnung ist, Cannabis zu nehmen. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „Stimme voll und ganz zu" (1) bis „Stimme überhaupt nicht zu" (5). Die Cannabisakzeptanz der Freunde wurde in folgende Kategorien eingeteilt: „Cannabis ist ok" (Kategorien 1 bis 2), „neutral" (Kategorie 3) und „Cannabis ist nicht ok" (Kategorien 4 bis 5). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Abbildung 39: Cannabisakzeptanz von Eltern in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

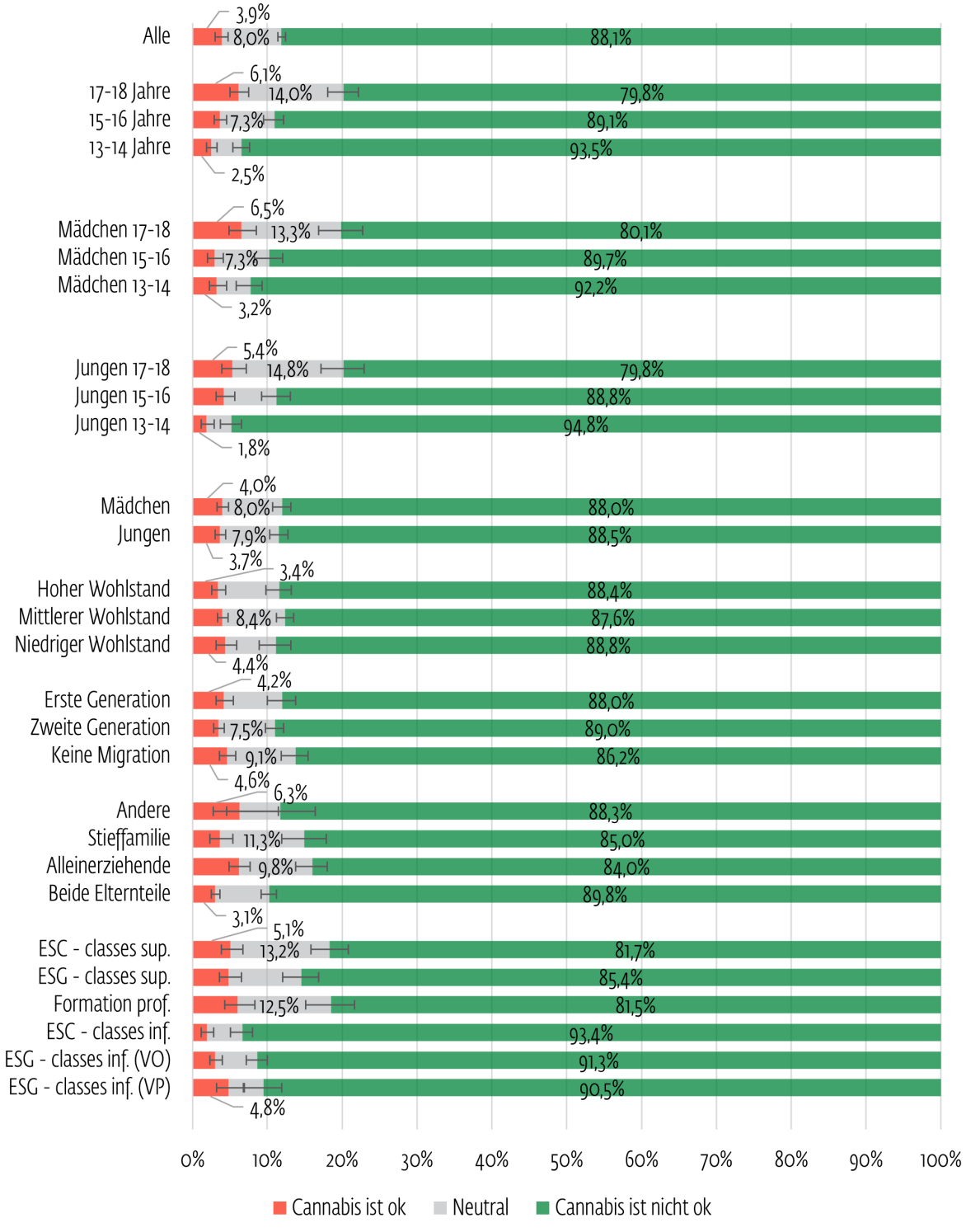


Tabelle 15: Cannabisakzeptanz von Eltern in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Cannabis ist ok (1-2)	Neutral (3)	Cannabis ist nicht ok (4-5)	Chi-Square-Test
Alle				**N = 5 412**
	3.9 (3.4 – 4.5)	8.0 (7.3 – 8.7)	88.1 (87.2 – 89.0)	
Alter				**N = 5 412**
13-14 Jahre	2.5 (1.9 – 3.3)	4.0 (3.2 – 5.0)	93.5 (92.3 – 94.6)	$p < 0.001$
15-16 Jahre	3.6 (2.9 – 4.5)	7.3 (6.2 – 8.5)	89.1 (87.6 – 90.3)	$\gamma = 0.382$
17-18 Jahre	6.1 (5.0 – 7.5)	14.0 (12.3 – 15.9)	79.8 (77.7 – 81.8)	
Alter x Geschlecht				**N = 2 648**
Mädchen 13-14	3.2 (2.3 – 4.6)	4.5 (3.4 – 6.1)	92.2 (90.3 – 93.8)	$p < 0.001$
Mädchen 15-16	2.9 (2.0 – 4.1)	7.3 (5.9 – 9.1)	89.7 (87.7 – 91.5)	$\gamma = 0.329$
Mädchen 17-18	6.5 (4.9 – 8.5)	13.3 (11.0 – 16.0)	80.1 (77.1 – 83.0)	
				N = 2 720
Jungen 13-14	1.8 (1.2 – 2.9)	3.4 (2.3 – 4.6)	94.8 (93.3 – 96.1)	$p < 0.001$
Jungen 15-16	4.2 (3.1 – 5.6)	7.0 (5.6 – 8.7)	88.8 (86.8 – 90.7)	$\gamma = 0.434$
Jungen 17-18	5.4 (3.9 – 7.2)	14.8 (12.4 – 17.5)	79.8 (76.8 – 82.6)	
Geschlecht				**N = 5 368**
Mädchen	4.0 (3.3 – 4.8)	8.0 (7.0 – 9.0)	88.0 (86.8 – 89.2)	$p = 0.820$
Jungen	3.7 (3.0 – 4.4)	7.9 (6.9 – 8.9)	88.5 (87.3 – 89.7)	Cramér's V. = 0.009
Familiärer Wohlstand				**N = 5 283**
Hoch	3.4 (2.5 – 4.5)	8.2 (6.8 – 9.7)	88.4 (86.6 – 90.0)	$p = 0.962$
Mittel	4.0 (3.3 – 4.7)	8.4 (7.4 – 9.4)	87.6 (86.4 – 88.8)	$\gamma = -0.002$
Niedrig	4.4 (3.1 – 5.9)	6.8 (5.3 – 8.7)	88.8 (86.6 – 90.8)	
Migrationshintegrund				**N = 5212**
Erste Generation	4.2 (3.2 – 5.5)	7.8 (6.4 – 9.4)	88.0 (86.0 – 89.8)	$p = 0.125$
Zweite Generation	3.5 (2.8 – 4.2)	7.5 (6.6 – 8.6)	89.0 (87.7 – 90.1)	Cramér's V. = 0.026
Keine Migration	4.6 (3.6 – 5.8)	9.1 (7.7 – 10.7)	86.2 (84.3 – 87.9)	
Familienstruktur				**N = 5124**
Andere	6.3 (2.7 – 11.5)	5.5 (2.2 – 10.3)	88.3 (81.1 – 92.9)	
Stieffamilie	3.7 (2.3 – 5.4)	11.3 (8.8 – 14.0)	85.0 (82.0 – 87.9)	$p < .001$
Alleinerziehende	6.2 (4.9 – 7.7)	9.8 (8.2 – 11.6)	84.0 (81.7 – 86.0)	Cramér's V. = 0.065
Beide Elternteile	3.1 (2.5 – 3.7)	7.2 (6.3 – 8.1)	89.8 (88.7 – 90.8)	
Schultyp				**N = 5 412**
ESC-*classes sup.*	5.1 (3.9 – 6.7)	13.2 (11.2 – 15.5)	81.7 (79.2 – 84.1)	
ESG-*classes sup.*	4.8 (3.6 – 6.5)	9.7 (7.9 – 12.0)	85.4 (82.9 – 87.7)	
Formation prof.	6.0 (4.3 – 8.3)	12.5 (10.0 – 15.5)	81.5 (78.1 – 84.6)	$p < 0.001$
ESC-*classes inf.*	1.9 (1.2 – 2.8)	4.7 (3.6 – 6.1)	93.4 (91.8 – 94.8)	Cramér's V. = 0.105
ESG-*classes inf.* (VO)	3.0 (2.3 – 4.0)	5.6 (4.6 – 6.9)	91.3 (89.9 – 92.7)	
ESG-*classes inf.* (VP)	4.8 (3.2 – 7.0)	4.7 (3.0 – 6.7)	90.5 (87.8 – 92.9)	

Die Teilnehmenden im Alter von 13 bis 18 Jahren aus Sekundarschulen wurden gefragt, ob ihre Eltern denken, dass es in Ordnung ist, Cannabis zu nehmen. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „Stimme voll und ganz zu" (1) bis „Stimme überhaupt nicht zu" (5). Die Cannabisakzeptanz der Eltern wurde in folgende Kategorien eingeteilt: „Cannabis ist ok" (Kategorien 1 bis 2), „neutral" (Kategorie 3) und „Cannabis ist nicht ok" (Kategorien 4 bis 5). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Abbildung 40: Cannabisakzeptanz in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

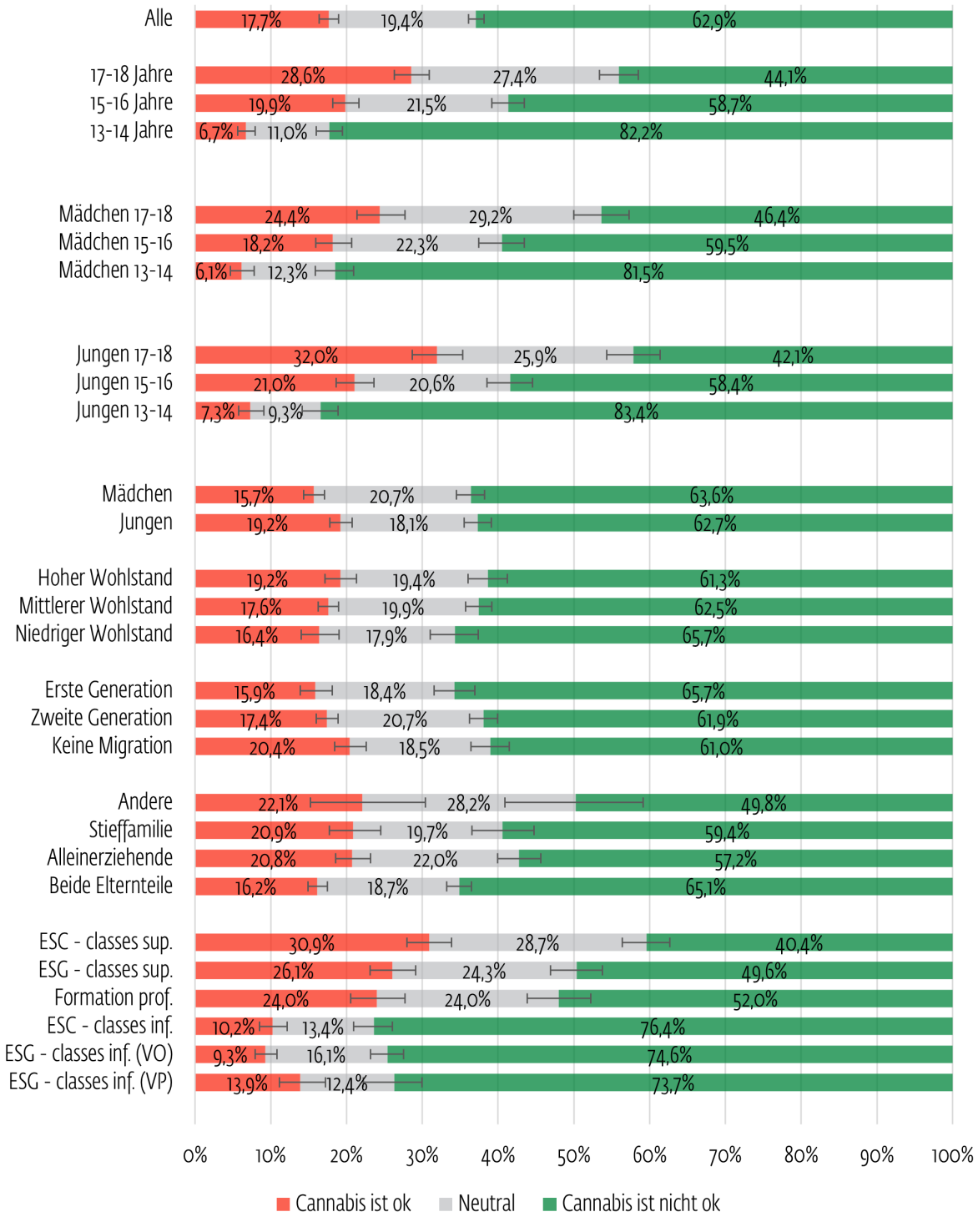


Tabelle 16: Cannabisakzeptanz in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Cannabis ist ok (1-2)	Neutral (3)	Cannabis ist nicht ok (4-5)	Chi-Square-Test
Alle				**N = 5 414**
	17,7 (16,7 – 18,7)	19,4 (18,4 – 20,5)	62,9 (61,6 – 64,2)	
Alter				**N = 5 414**
13-14 Jahre	6,7 (5,7 – 7,9)	11,0 (9,7 – 12,5)	82,2 (80,5 – 83,9)	$p < 0{,}001$
15-16 Jahre	19,9 (18,2 – 21,7)	21,5 (19,7 – 23,3)	58,7 (56,5 – 60,8)	$\gamma = 0{,}464$
17-18 Jahre	28,6 (26,3 – 30,9)	27,4 (25,2 – 29,7)	44,1 (41,5 – 46,6)	
Alter x Geschlecht				**N = 2 645**
Mädchen 13-14	6,1 (4,7 – 7,8)	12,3 (10,3 – 14,6)	81,5 (78,9 – 84,0)	$p < 0{,}001$
Mädchen 15-16	18,2 (16,0 – 20,7)	22,3 (19,8 – 24,9)	59,5 (56,5 – 62,5)	$\gamma = 0{,}433$
Mädchen 17-18	24,4 (21,4 – 27,7)	29,2 (26,0 – 32,7)	46,4 (42,7 – 50,0)	
				N = 2 725
Jungen 13-14	7,3 (5,8 – 9,1)	9,3 (7,6 – 11,3)	83,4 (81,0 – 85,7)	$p < 0{,}001$
Jungen 15-16	21,0 (18,6 – 23,6)	20,6 (18,2 – 23,1)	58,4 (55,3 – 61,3)	$\gamma = 0{,}496$
Jungen 17-18	32,0 (28,7 – 35,4)	25,9 (22,9 – 29,2)	42,1 (38,6 – 45,6)	
Geschlecht				**N = 5 370**
Mädchen	15,7 (14,3 – 17,1)	20,7 (19,2 – 22,3)	63,6 (61,7 – 65,4)	$p < 0{,}001$
Jungen	19,2 (17,8 – 20,7)	18,1 (16,7 – 19,6)	62,7 (60,9 – 64,5)	Cramér's V. = 0,052
Familiärer Wohlstand				**N = 5 286**
Hoch	19,2 (17,2 – 21,3)	19,4 (17,4 – 21,6)	61,3 (58,7 – 63,9)	$p = 0{,}040$
Mittel	17,6 (16,3 – 19,0)	19,9 (18,5 – 21,3)	62,5 (60,8 – 64,2)	$\gamma = 0{,}047$
Niedrig	16,4 (14,0 – 19,0)	17,9 (15,5 – 20,6)	65,7 (62,4 – 68,8)	
Migrationshintegrund				**N = 5 217**
Erste Generation	15,9 (13,9 – 18,1)	18,4 (16,3 – 20,7)	65,7 (63,0 – 68,5)	$p = 0{,}007$
Zweite Generation	17,4 (16,0 – 18,9)	20,7 (19,1 – 22,2)	61,9 (60,0 – 63,7)	Cramér's V. = 0,037
Keine Migration	20,4 (18,4 – 22,6)	18,5 (16,6 – 20,6)	61,0 (58,5 – 63,5)	
Familienstruktur				**N = 5 131**
Andere	22,1 (15,2 – 30,4)	28,2 (20,6 – 37,1)	49,8 (40,4 – 58,7)	
Stieffamilie	20,9 (17,7 – 24,5)	19,7 (16,6 – 23,2)	59,4 (55,4 – 63,5)	$p < 0{,}001$
Alleinerziehende	20,8 (18,5 – 23,2)	22,0 (19,8 – 24,5)	57,2 (54,4 – 60,0)	Cramér's V. = 0,059
Beide Elternteile	16,2 (14,9 – 17,5)	18,7 (17,4 – 20,1)	65,1 (63,5 – 66,7)	
Schultyp				**N = 5 414**
ESC-*classes sup.*	30,9 (28,0 – 33,9)	28,7 (25,8 – 31,6)	40,4 (37,3 – 43,6)	
ESG-*classes sup.*	26,1 (23,1 – 29,1)	24,3 (21,5 – 27,4)	49,6 (46,2 – 53,1)	
Formation prof.	24,0 (20,6 – 27,7)	24,0 (20,6 – 27,7)	52,0 (47,8 – 56,2)	$p < 0{,}001$
ESC-*classes inf.*	10,2 (8,5 – 12,2)	13,4 (11,4 – 15,5)	76,4 (73,7 – 78,9)	Cramér's V. = 0,219
ESG-*classes inf.* (VO)	9,3 (7,9 – 10,8)	16,1 (14,3 – 18,0)	74,6 (72,4 – 76,7)	
ESG-*classes inf.* (VP)	13,9 (11,1 – 17,2)	12,4 (9,7 – 15,5)	73,7 (69,7 – 77,4)	

Die Teilnehmenden im Alter von 13 bis 18 Jahren, die ausschließlich aus Sekundarschulen stammen, wurden gefragt, ob sie denken, dass es in Ordnung ist, Cannabis zu nehmen. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „Stimme voll und ganz zu" (1) bis „Stimme überhaupt nicht zu" (5). Die Akzeptanz von Cannabis wurde in folgende Kategorien eingeteilt: „Cannabis ist ok" (Kategorien 1 bis 2), „neutral" (Kategorie 3) und „Cannabis ist nicht ok" (Kategorien 4 bis 5). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Geschlechtsverkehr

Abbildung 41: Prävalenz des Geschlechtsverkehrs bei Jugendlichen in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

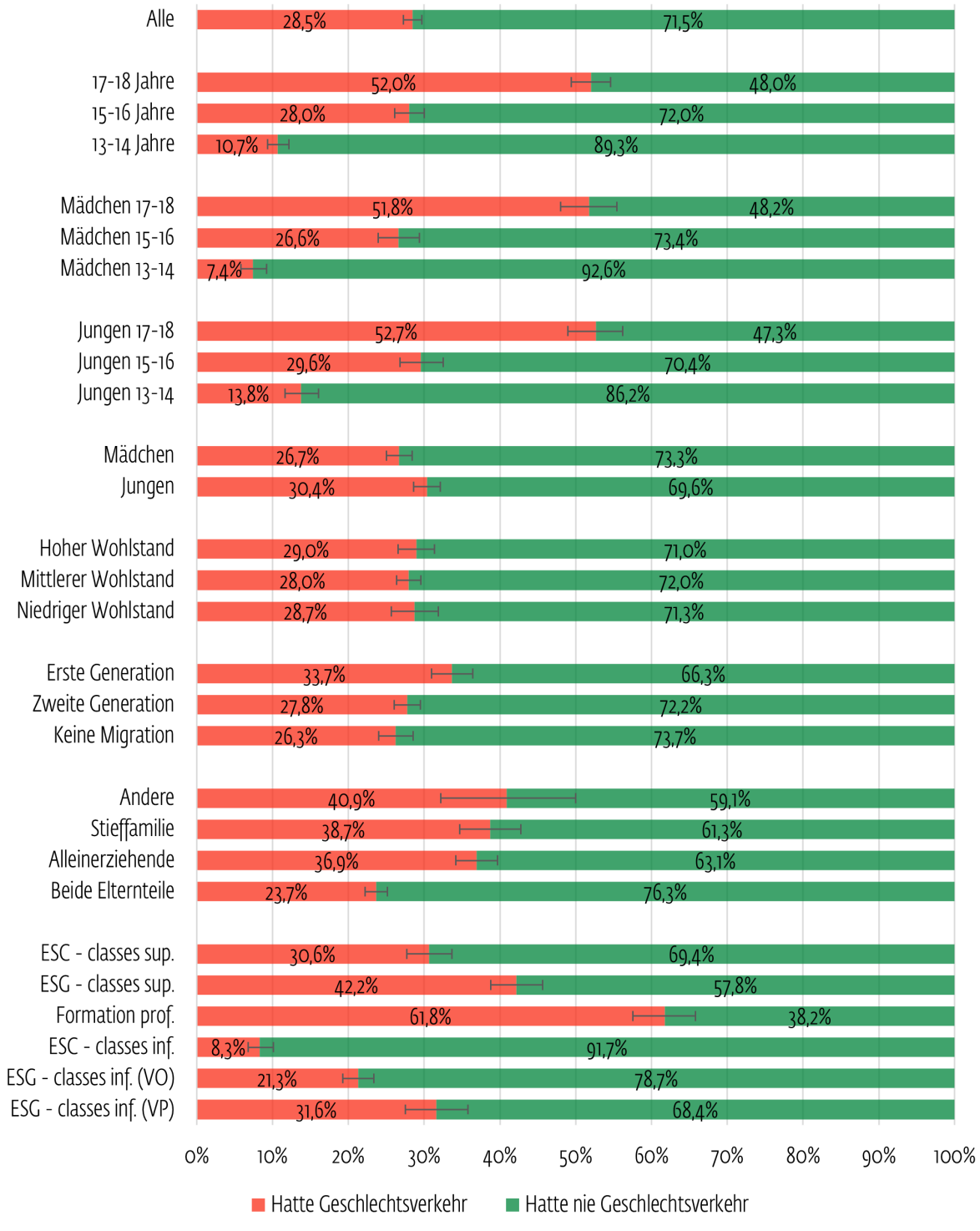


Tabelle 17: Prävalenz des Geschlechtsverkehrs bei Jugendlichen in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Hatte Geschlechtsverkehr (1)	Hatte nie Geschlechtsverkehr (2)	Chi-Square-Test
Alle			**N = 5 318**
	28,5 (27,3 – 29,7)	71,5 (70,3 – 72,7)	
Alter			**N = 5 318**
13-14 Jahre	10,7 (9,3 – 12,1)	89,3 (87,9 – 90,7)	p < 0,001
15-16 Jahre	28,0 (26,1 – 30,0)	72,0 (70,0 – 73,9)	γ = -0,600
17-18 Jahre	52,0 (49,4 – 54,6)	48,0 (45,4 – 50,6)	
Alter x Geschlecht			**N = 2612**
Mädchen 13-14	7,4 (5,8 – 9,3)	92,6 (90,7 – 94,2)	p < 0,001
Mädchen 15-16	26,6 (24,0 – 29,4)	73,4 (70,6 – 76,0)	γ = -0,660
Mädchen 17-18	51,8 (48,0 – 55,4)	48,2 (44,4 – 51,8)	
			N = 2 661
Jungen 13-14	13,8 (11,7 – 16,1)	86,2 (83,9 – 88,3)	p < 0,001
Jungen 15-16	29,6 (26,8 – 32,5)	70,4 (67,5 – 73,2)	γ = -0,551
Jungen 17-18	52,7 (49,0 – 56,2)	47,3 (43,7 – 50,9)	
Geschlecht			**N = 5 273**
Mädchen	26,7 (25,0 – 28,4)	73,3 (71,6 – 75,0)	p = 0,003
Jungen	30,4 (28,6 – 32,1)	69,6 (67,8 – 71,3)	Cramér's V. = 0,041
Familiärer Wohlstand			**N = 5 193**
Hoch	29,0 (26,6 – 31,4)	71,0 (68,5 – 73,4)	p = 0,768
Mittel	28,0 (26,4 – 29,6)	72,0 (70,4 – 73,6)	γ = -0,008
Niedrig	28,7 (25,7 – 31,9)	71,3 (68,1 – 74,3)	
Migrationshintegrund			**N = 5 215**
Erste Generation	33,7 (31,0 – 36,4)	66,3 (63,6 – 69,0)	p < 0,001
Zweite Generation	27,8 (26,1 – 29,5)	72,2 (70,5 – 73,9)	Cramér's V. = 0,061
Keine Migration	26,3 (24,0 – 28,6)	73,7 (71,4 – 76,0)	
Familienstruktur			**N = 5 130**
Andere	40,9 (32,2 – 50,0)	59,1 (50,0 – 67,8)	
Stieffamilie	38,7 (34,7 – 42,8)	61,3 (57,2 – 65,3)	p < 0,001
Alleinerziehende	36,9 (34,2 – 39,7)	63,1 (60,3 – 65,8)	Cramér's V. = 0,149
Beide Elternteile	23,7 (22,3 – 25,2)	76,3 (74,8 – 77,7)	
Schultyp			**N = 5 318**
ESC-*classes sup.*	30,6 (27,7 – 33,7)	69,4 (66,3 – 72,3)	
ESG-*classes sup.*	42,2 (38,8 – 45,6)	57,8 (54,4 – 61,2)	
Formation prof.	61,8 (57,5 – 65,8)	38,2 (34,2 – 42,5)	p < 0,001
ESC-*classes inf.*	8,3 (6,8 – 10,1)	91,7 (89,9 – 93,2)	Cramér's V. = 0,340
ESG-*classes inf.* (VO)	21,3 (19,3 – 23,4)	78,7 (76,6 – 80,7)	
ESG-*classes inf.* (VP)	31,6 (27,5 – 35,8)	68,4 (64,0 – 72,3)	

Die Teilnehmenden im Alter von 13 bis 18 Jahren aus den Sekundarschulen wurden gefragt, ob sie schon einmal Geschlechtsverkehr gehabt haben (mit jemandem geschlafen). Die Antwortmöglichkeiten waren „ja" (1) und „nein" (5). Der Geschlechtsverkehr wurde in folgende Kategorien eingeteilt: „hatte Geschlechtsverkehr" (Kategorie 1) und „hatte nie Geschlechtsverkehr" (Kategorie 2). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Alter beim ersten Geschlechtsverkehr

Abbildung 42: Alter beim ersten Geschlechtsverkehr in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

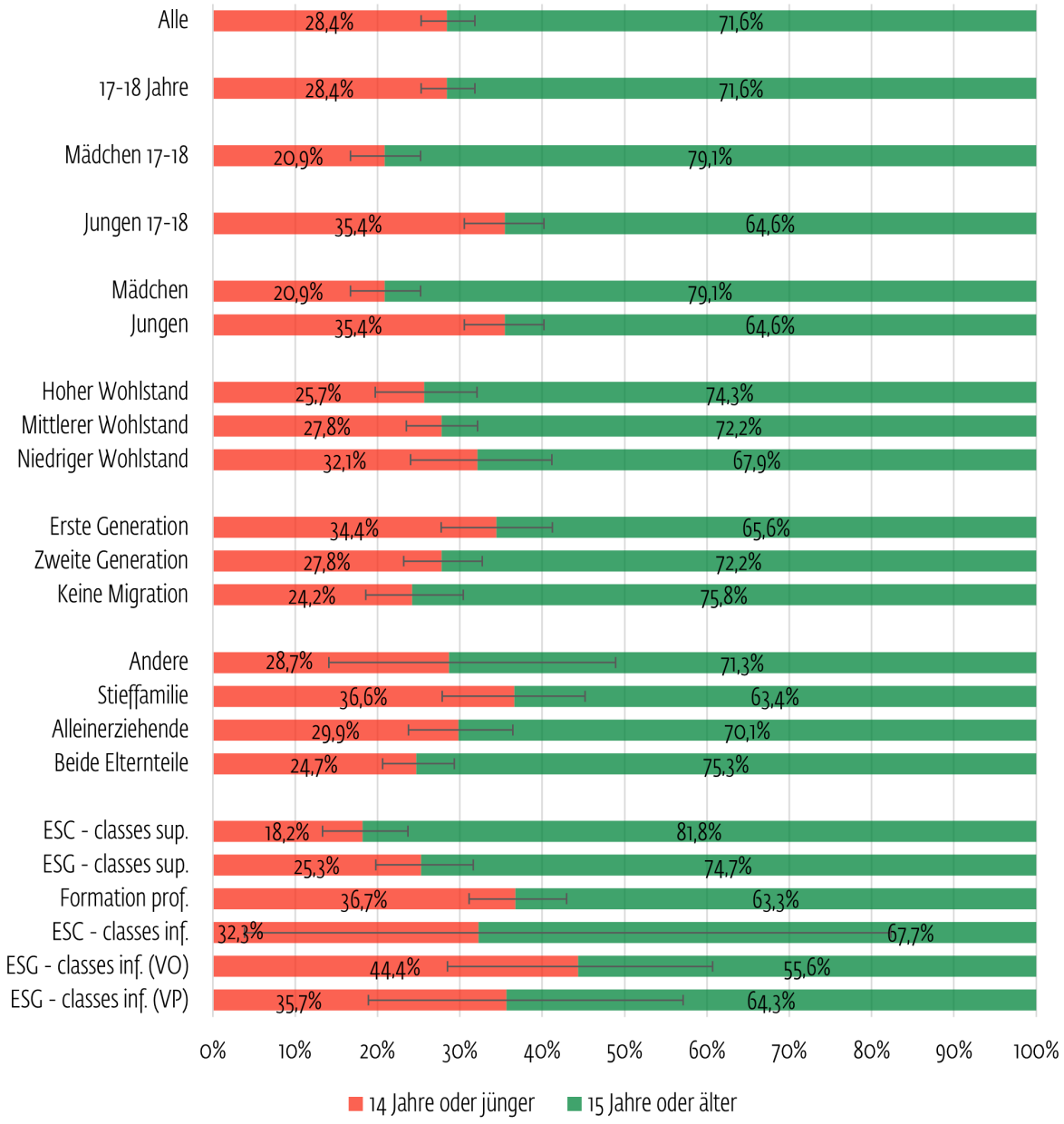


Tabelle 18: Alter beim ersten Geschlechtsverkehr in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	14 Jahre oder jünger	15 Jahre oder älter	Chi-Square-Test
Alle			**N = 727**
	28,4 (25,3 – 31,8)	71,6 (68,2 – 74,7)	
Alter			**N = 727**
17-18 Jahre	28,4 (25,3 – 31,8)	71,6 (68,2 – 74,7)	
Alter x Geschlecht			**N = 347**
Mädchen 17-18	20,9 (16,7 – 25,2)	79,1 (74,4 – 83,0)	
			N = 377
Jungen 17-18	35,4 (30,6 – 40,2)	64,6 (59,5 – 69,2)	
Geschlecht			**N = 723**
Mädchen	20,9 (16,7 – 25,2)	79,1 (74,4 – 83,0)	$p < 0{,}001$
Jungen	35,4 (30,6 – 40,2)	64,6 (59,5 – 69,2)	Cramér's V. = 0,161
Familiärer Wohlstand			**N = 712**
Hoch	25,7 (19,7 – 32,1)	74,3 (67,9 – 80,3)	$p = 0{,}253$
Mittel	27,8 (23,5 – 32,1)	72,2 (67,6 – 76,3)	$\gamma = 0{,}086$
Niedrig	32,1 (24,0 – 41,2)	67,9 (58,8 – 76,0)	
Migrationshintegrund			**N = 722**
Erste Generation	34,4 (27,7 – 41,2)	65,6 (58,8 – 72,3)	$p = 0{,}077$
Zweite Generation	27,8 (23,2 – 32,7)	72,2 (67,3 – 76,8)	Cramér's V. = 0,084
Keine Migration	24,2 (18,6 – 30,4)	75,8 (69,6 – 81,4)	
Familienstruktur			**N = 712**
Andere	28,7 (14,1 – 48,9)	71,3 (51,1 – 85,9)	
Stieffamilie	36,6 (27,9 – 45,2)	63,4 (54,8 – 72,1)	$p = 0{,}086$
Alleinerziehende	29,9 (23,8 – 36,4)	70,1 (63,6 – 76,2)	Cramér's V. = 0,096
Beide Elternteile	24,7 (20,6 – 29,4)	75,3 (70,6 – 79,4)	
Schultyp			**N = 727**
ESC-*classes sup.*	18,2 (13,3 – 23,7)	81,8 (76,3 – 86,7)	
ESG-*classes sup.*	25,3 (19,8 – 31,6)	74,7 (68,4 – 80,2)	
Formation prof.	36,7 (31,1 – 43,0)	63,3 (57,4 – 69,3)	$p < 0{,}001$
ESC-*classes inf.*	32,3 (3,9 – 82,3)	67,7 (17,7 – 96,1)	Cramér's V. = 0,186
ESG-*classes inf.* (VO)	44,4 (28,5 – 60,7)	55,6 (39,3 – 71,5)	
ESG-*classes inf.* (VP)	35,7 (18,9 – 57,1)	64,3 (42,9 – 81,1)	

Die Teilnehmenden im Alter von 17 bis 18 Jahren aus den Sekundarschulen, die schon einmal Geschlechtsverkehr hatten, wurden gefragt, wie alt sie bei ihrem ersten Geschlechtsverkehr waren. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „11 Jahre oder jünger" (1) bis „16 Jahre oder älter" (6). Das Alter beim ersten Cannabiskonsum wurde anhand der Aufteilung in Quartile (14 Jahre als Grenzwert) kategorisiert: „14 Jahre alt oder jünger" und „15 Jahre alt oder älter". Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Empfängnisverhütung

Abbildung 43: Verwendung der Antibabypille in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

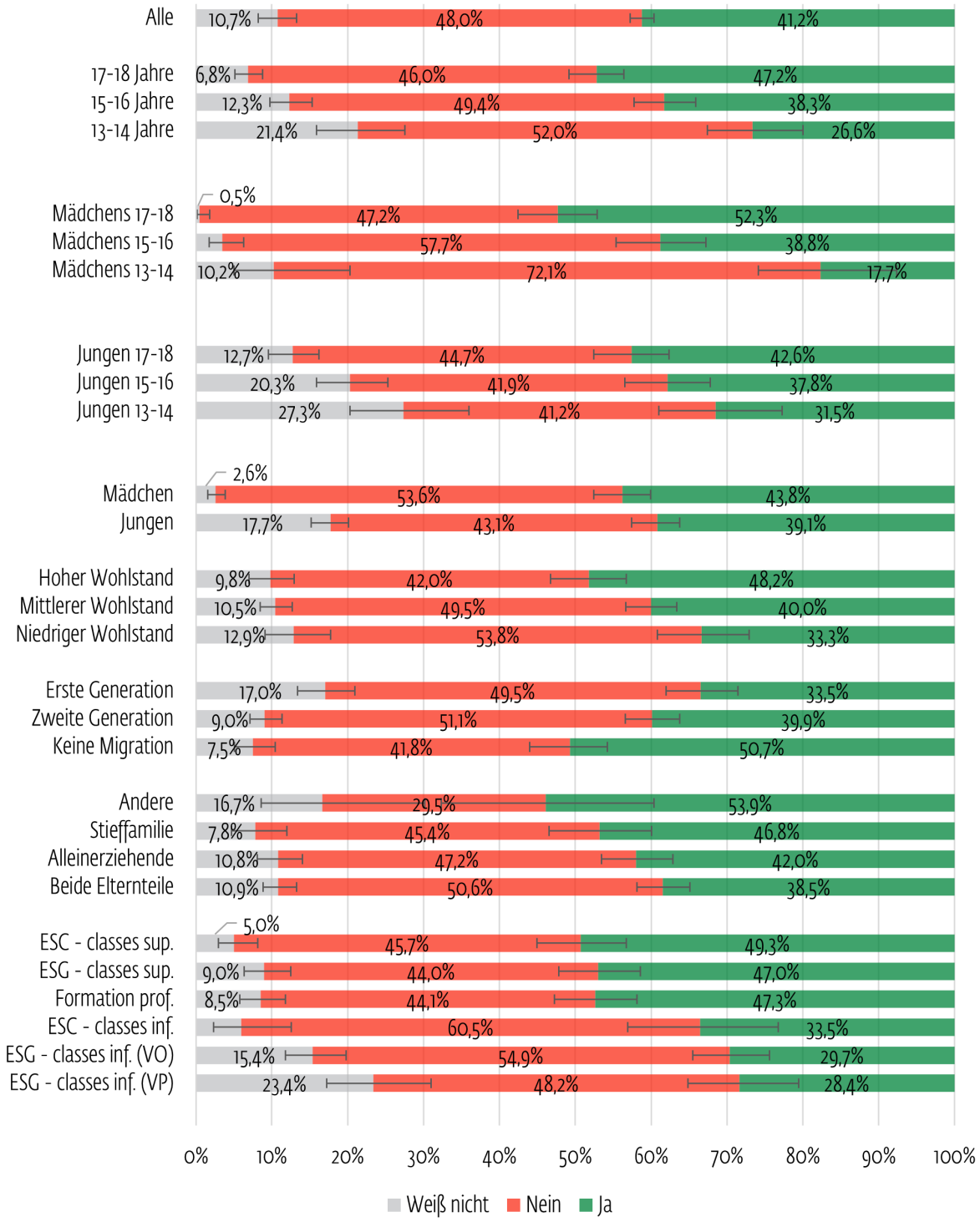


Tabelle 19: Verwendung der Antibabypille in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Weiß nicht (3)	Nein (2)	Ja (1)	Chi-Square-Test
Alle				**N = 1 465**
	10,7 (9,2 – 12,4)	48,0 (45,4 – 50,5)	41,2 (38,7 – 43,8)	
Alter				**N = 1 465**
13-14 Jahre	21,4 (15,9 – 27,5)	52,0 (45,0 – 59,2)	26,6 (20,7 – 33,2)	$p < 0{,}001$
15-16 Jahre	12,3 (9,8 – 15,3)	49,4 (45,2 – 53,6)	38,3 (34,3 – 42,4)	$\gamma = -0{,}256$
17-18 Jahre	6,8 (5,2 – 8,8)	46,0 (42,3 – 49,5)	47,2 (43,5 – 50,8)	
Alter x Geschlecht				**N = 672**
Mädchen 13-14	10,2 (5,0 – 20,3)	72,1 (60,1 – 81,7)	17,7 (9,5 – 27,8)	$p < 0{,}001$
Mädchen 15-16	3,5 (1,7 – 6,3)	57,7 (51,7 – 63,7)	38,8 (33,0 – 44,8)	$\gamma = -0{,}383$
Mädchen 17-18	0,5 (0,1 – 1,8)	47,2 (42,0 – 52,4)	52,3 (47,1 – 57,5)	
				N = 785
Jungen 13-14	27,3 (20,3 – 36,0)	41,2 (33,0 – 50,3)	31,5 (24,0 – 40,3)	$p < 0{,}001$
Jungen 15-16	20,3 (15,9 – 25,3)	41,9 (36,3 – 47,8)	37,8 (32,2 – 43,5)	$\gamma = -0{,}174$
Jungen 17-18	12,7 (9,6 – 16,2)	44,7 (39,7 – 49,6)	42,6 (37,6 – 47,5)	
Geschlecht				**N = 1 457**
Mädchen	2,6 (1,5 – 3,9)	53,6 (49,9 – 57,5)	43,8 (40,0 – 47,5)	$p < 0{,}001$
Jungen	17,7 (15,2 – 20,5)	43,1 (39,6 – 46,5)	39,1 (35,7 – 42,6)	Cramér's V. = 0,245
Familiärer Wohlstand				**N = 1 426**
Hoch	9,8 (7,0 – 13,0)	42,0 (37,0 – 46,9)	48,2 (43,2 – 53,2)	$p < 0{,}001$
Mittel	10,5 (8,5 – 12,7)	49,5 (46,1 – 53,0)	40,0 (36,6 – 43,4)	$\gamma = -0{,}148$
Niedrig	12,9 (9,1 – 17,8)	53,8 (47,2 – 60,0)	33,3 (27,5 – 39,6)	
Migrationshintegrund				**N = 1 447**
Erste Generation	17,0 (13,4 – 21,0)	49,5 (44,5 – 54,5)	33,5 (29,0 – 38,5)	$p < 0{,}001$
Zweite Generation	9,0 (7,1 – 11,4)	51,1 (47,5 – 54,9)	39,9 (36,3 – 43,5)	Cramér's V. = 0,114
Keine Migration	7,5 (5,1 – 10,5)	41,8 (36,8 – 46,9)	50,7 (45,4 – 55,7)	
Familienstruktur				**N = 1 424**
Andere	16,7 (8,6 – 30,2)	29,5 (18,6 – 44,6)	53,9 (40,1 – 68,1)	
Stieffamilie	7,8 (4,7 – 12,0)	45,4 (38,7 – 52,2)	46,8 (40,1 – 53,7)	$p = 0{,}048$
Alleinerziehende	10,8 (8,1 – 14,0)	47,2 (42,4 – 51,9)	42,0 (37,4 – 46,9)	Cramér's V. = 0,067
Beide Elternteile	10,9 (8,8 – 13,3)	50,6 (47,1 – 54,2)	38,5 (35,1 – 42,1)	
Schultyp				**N = 1 465**
ESC-*classes sup.*	5,0 (2,9 – 8,2)	45,7 (40,0 – 51,7)	49,3 (43,6 – 55,3)	
ESG-*classes sup.*	9,0 (6,3 – 12,5)	44,0 (38,8 – 49,5)	47,0 (41,8 – 52,5)	
Formation prof.	8,5 (5,7 – 11,8)	44,1 (38,9 – 49,7)	47,3 (41,9 – 52,8)	$p < 0{,}001$
ESC-*classes inf.*	6,0 (2,3 – 12,6)	60,5 (50,1 – 70,7)	33,5 (23,9 – 43,8)	Cramér's V. = 0,160
ESG-*classes inf.* (VO)	15,4 (11,8 – 19,8)	54,9 (49,3 – 60,3)	29,7 (24,8 – 34,9)	
ESG-*classes inf.* (VP)	23,4 (17,2 – 31,0)	48,2 (39,9 – 56,0)	28,4 (21,6 – 36,2)	

Die Teilnehmenden im Alter von 13 bis 18 Jahren aus Sekundarschulen wurden gefragt, ob ihr Partner oder sie selbst beim letzten Geschlechtsverkehr die Antibabypille genommen haben. Die Antwortmöglichkeiten waren „ja" (1), „nein" (2) und „weiß nicht" (3). Die Verwendung der Pille zur Empfängnisverhütung wurde in folgende Kategorien eingeteilt: „weiß nicht" (Kategorie 3), „nein" (Kategorie 2) und „ja" (Kategorie 1). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Abbildung 44: Kondomnutzung in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

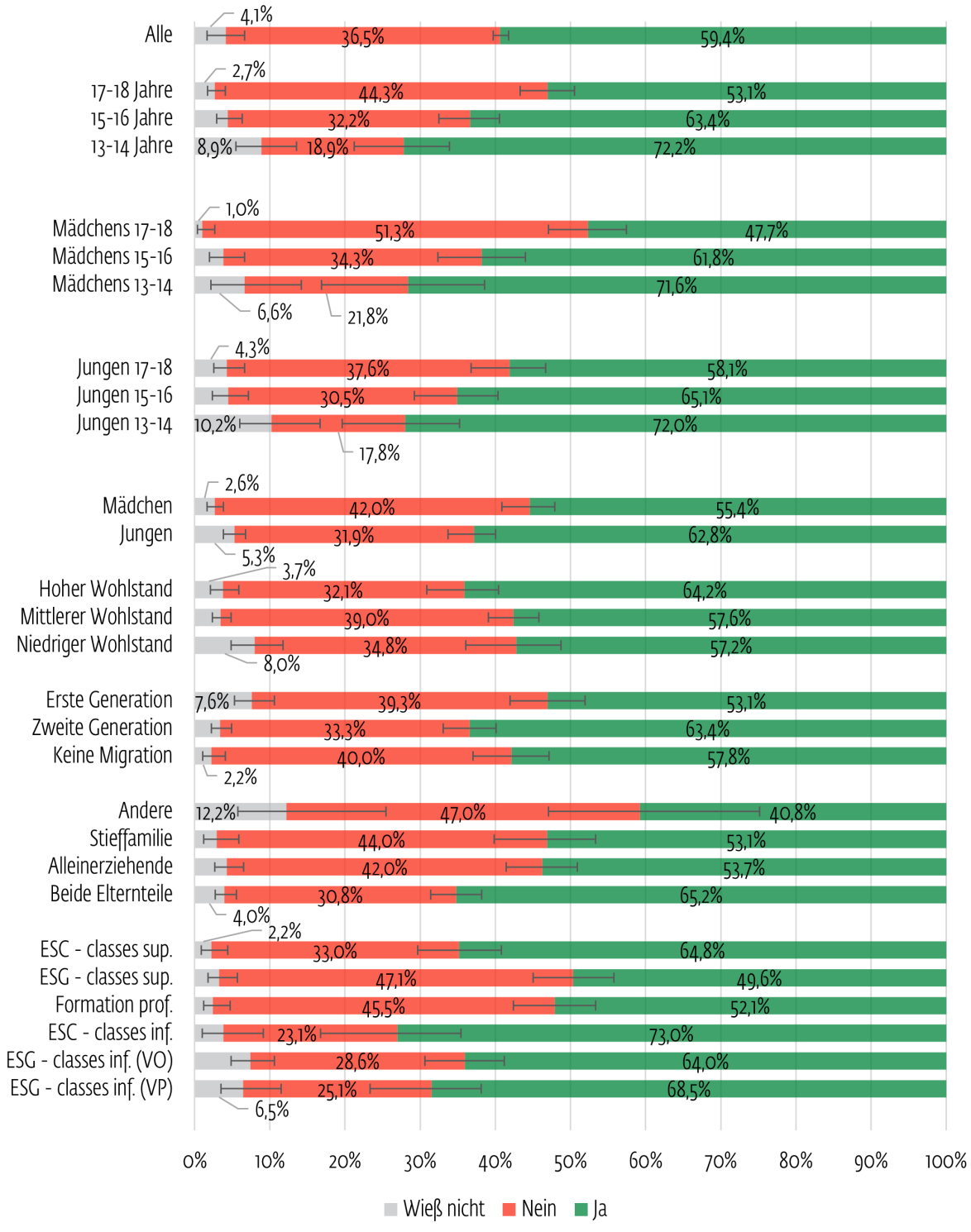


Tabelle 20: Kondomnutzung in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Weiß nicht (3)	Nein (2)	Ja (1)	Chi-Square-Test
Alle				**N = 1 475**
	4,1 (3,2 – 5,2)	36,5 (34,0 – 39,0)	59,4 (56,9 – 61,9)	
Alter				**N = 1 475**
13-14 Jahre	8,9 (5,5 – 13,6)	18,9 (13,8 – 24,8)	72,2 (65,6 – 78,2)	p < 0,001
15-16 Jahre	4,4 (2,9 – 6,3)	32,2 (28,5 – 36,3)	63,4 (59,2 – 67,3)	γ = 0,199
17-18 Jahre	2,7 (1,7 – 4,1)	44,3 (40,7 – 47,8)	53,1 (49,4 – 56,7)	
Alter x Geschlecht				**N = 680**
Mädchen 13-14	6,6 (2,1 – 14,2)	21,8 (13,1 – 33,1)	71,6 (60,1 – 81,7)	p < 0,001
Mädchen 15-16	3,8 (2,0 – 6,6)	34,3 (28,7 – 40,1)	61,8 (56,0 – 67,7)	γ = 0,255
Mädchen 17-18	1,0 (0,4 – 2,7)	51,3 (46,1 – 56,5)	47,7 (42,4 – 52,8)	
				N = 785
Jungen 13-14	10,2 (6,0 – 16,6)	17,8 (11,7 – 25,0)	72,0 (63,7 – 79,3)	p = 0,017
Jungen 15-16	4,4 (2,4 – 7,1)	30,5 (25,4 – 36,2)	65,1 (59,4 – 70,5)	γ = 0,145
Jungen 17-18	4,3 (2,5 – 6,6)	37,6 (33,0 – 42,7)	58,1 (53,0 – 62,9)	
Geschlecht				**N = 1 465**
Mädchen	2,6 (1,6 – 4,1)	42,0 (38,2 – 45,6)	55,4 (51,7 – 59,1)	p < 0,001
Jungen	5,3 (3,8 – 6,9)	31,9 (28,7 – 35,2)	62,8 (59,4 – 66,1)	Cramér's V. = 0,116
Familiärer Wohlstand				**N = 1 437**
Hoch	3,7 (2,1 – 5,9)	32,1 (27,5 – 36,8)	64,2 (59,2 – 68,7)	p = 0,026
Mittel	3,4 (2,3 – 4,8)	39,0 (35,7 – 42,3)	57,6 (54,2 – 61,0)	γ = -0,102
Niedrig	8,0 (4,8 – 11,7)	34,8 (29,0 – 41,2)	57,2 (50,5 – 63,2)	
Migrationshintegrund				**N = 1 458**
Erste Generation	7,6 (5,3 – 10,6)	39,3 (34,5 – 44,2)	53,1 (48,1 – 58,1)	p < 0,001
Zweite Generation	3,4 (2,2 – 4,9)	33,3 (29,8 – 36,7)	63,4 (59,8 – 66,9)	Cramér's V. = 0,091
Keine Migration	2,2 (1,0 – 4,1)	40,0 (35,1 – 45,1)	57,8 (52,7 – 62,8)	
Familienstruktur				**N = 1 433**
Andere	12,2 (5,8 – 25,4)	47,0 (32,7 – 61,1)	40,8 (28,6 – 56,8)	
Stieffamilie	2,9 (1,2 – 5,8)	44,0 (37,1 – 50,5)	53,1 (46,1 – 59,6)	p < 0,001
Alleinerziehende	4,3 (2,6 – 6,5)	42,0 (37,4 – 46,8)	53,7 (48,9 – 58,4)	Cramér's V. = 0,108
Beide Elternteile	4,0 (2,7 – 5,5)	30,8 (27,6 – 34,2)	65,2 (61,8 – 68,5)	
Schultyp				**N = 1 475**
ESC-*classes sup.*	2,2 (0,9 – 4,4)	33,0 (27,6 – 38,5)	64,8 (59,3 – 70,4)	
ESG-*classes sup.*	3,3 (1,8 – 5,7)	47,1 (41,9 – 52,7)	49,6 (44,3 – 55,1)	
Formation prof.	2,4 (1,2 – 4,7)	45,5 (40,0 – 50,9)	52,1 (46,5 – 57,5)	p < 0,001
ESC-*classes inf.*	3,8 (1,0 – 9,1)	23,1 (15,5 – 33,3)	73,0 (62,8 – 81,5)	Cramér's V. = 0,147
ESG-*classes inf.* (VO)	7,4 (4,8 – 10,6)	28,6 (23,8 – 33,7)	64,0 (58,7 – 69,3)	
ESG-*classes inf.* (VP)	6,5 (3,5 – 11,5)	25,1 (18,3 – 32,0)	68,5 (60,2 – 75,1)	

Die Teilnehmenden im Alter von 13 bis 18 Jahren aus Sekundarschulen wurden gefragt, ob ihr Partner oder sie selbst beim letzten Geschlechtsverkehr Kondome benutzt haben. Die Antwortmöglichkeiten waren „ja" (1), „nein" (2) und „weiß nicht" (3). Die Verwendung von Kondomen wurde in folgende Kategorien eingeteilt: „weiß nicht" (Kategorie 3), „nein" (Kategorie 2) und „ja" (Kategorie 1). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Problematische Nutzung von sozialen Medien

Abbildung 45: Problematische Nutzung sozialer Medien in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

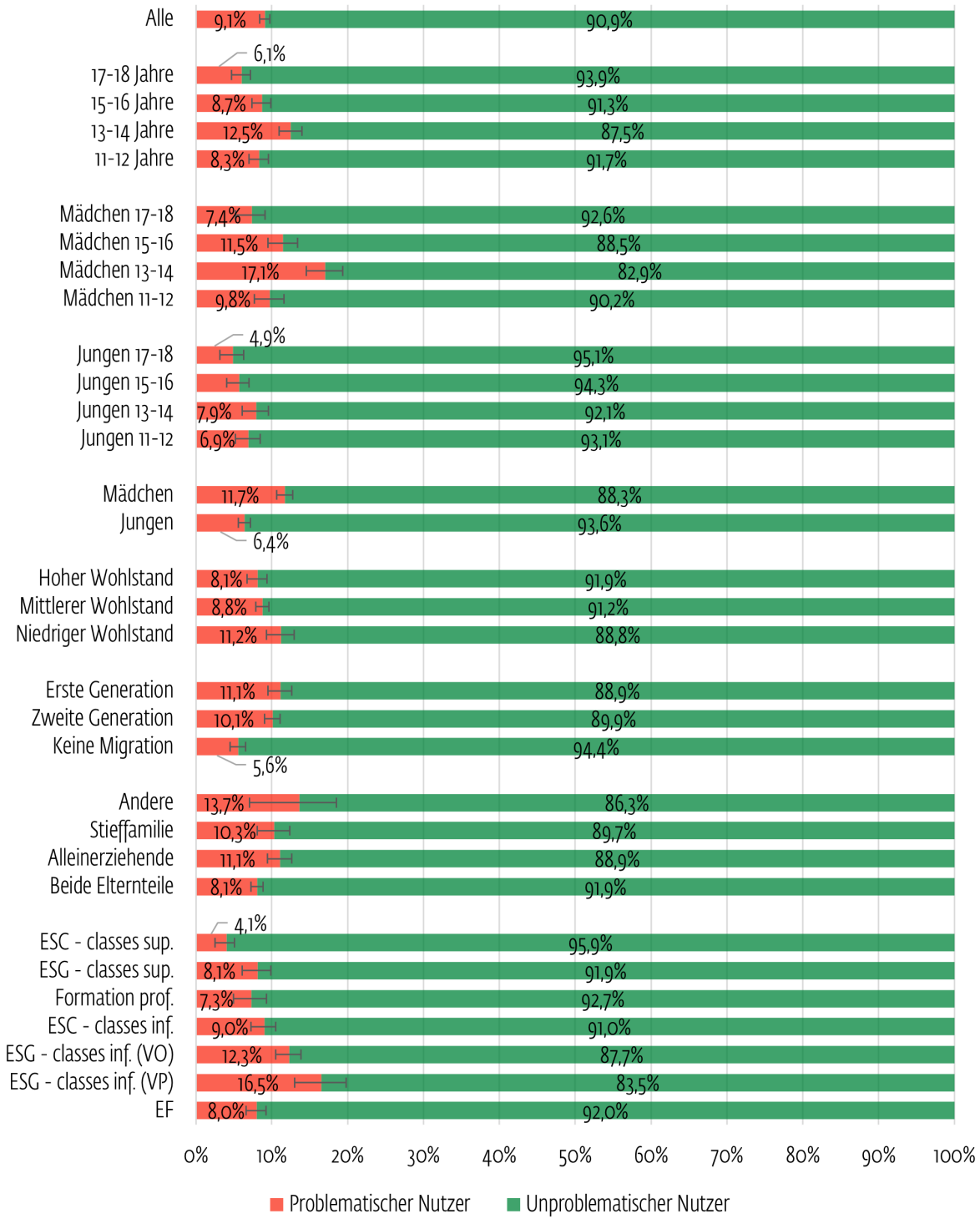


Tabelle 21: Problematische Nutzung sozialer Medien in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Problematischer Nutzer (6-9)	Unproblematischer Nutzer (1-5)	Chi-Square-Test
Alle			**N = 7 130**
	9,1 (8,5 – 9,8)	90,9 (90,2 – 91,5)	
Alter			**N = 7 130**
11-12 Jahre	8,3 (7,1 – 9,7)	91,7 (90,3 – 92,9)	
13-14 Jahre	12,5 (11,1 – 14,1)	87,5 (85,9 – 88,9)	$p < 0,001$
15-16 Jahre	8,7 (7,5 – 10,0)	91,3 (90,0 – 92,5)	$\gamma = -0,097$
17-18 Jahre	6,1 (4,9 – 7,4)	93,9 (92,6 – 95,1)	
Alter x Geschlecht			**N = 3 528**
Mädchen 11-12	9,8 (7,9 – 11,8)	90,2 (88,2 – 92,1)	
Mädchen 13-14	17,1 (14,8 – 19,6)	82,9 (80,4 – 85,2)	$p = 0,013$
Mädchen 15-16	11,5 (9,7 – 13,6)	88,5 (86,5 – 90,4)	$\gamma = -0,088$
Mädchen 17-18	7,4 (5,6 – 9,5)	92,6 (90,5 – 94,4)	
			N = 3 553
Jungen 11-12	6,9 (5,4 – 8,7)	93,1 (91,4 – 94,7)	
Jungen 13-14	7,9 (6,3 – 9,8)	92,1 (90,2 – 93,7)	$p = 0,027$
Jungen 15-16	5,7 (4,4 – 7,3)	94,3 (92,7 – 95,6)	$\gamma = -0,110$
Jungen 17-18	4,9 (3,5 – 6,6)	95,1 (93,4 – 96,5)	
Geschlecht			**N = 7 082**
Mädchen	11,7 (10,7 – 12,8)	88,3 (87,2 – 89,3)	$p < 0,001$
Jungen	6,4 (5,7 – 7,3)	93,6 (92,7 – 94,4)	Cramér's V. = 0,092
Familiärer Wohlstand			**N = 6 957**
Hoch	8,1 (6,9 – 9,5)	91,9 (90,5 – 93,1)	$p = 0,010$
Mittel	8,8 (8,0 – 9,7)	91,2 (90,3 – 92,0)	$\gamma = -0,098$
Niedrig	11,2 (9,5 – 13,1)	88,8 (86,9 – 90,5)	
Migrationshintegrund			**N = 7 021**
Erste Generation	11,1 (9,6 – 12,8)	88,9 (87,2 – 90,4)	$p < 0,001$
Zweite Generation	10,1 (9,2 – 11,2)	89,9 (88,8 – 90,8)	Cramér's V. = 0,078
Keine Migration	5,6 (4,6 – 6,6)	94,4 (93,4 – 95,4)	
Familienstruktur			**N = 6 912**
Andere	13,7 (8,8 – 20,2)	86,3 (79,8 – 91,2)	
Stieffamilie	10,3 (8,3 – 12,7)	89,7 (87,5 – 91,8)	$p < 0,001$
Alleinerziehende	11,1 (9,6 – 12,8)	88,9 (87,2 – 90,4)	Cramér's V. = 0,051
Beide Elternteile	8,1 (7,3 – 8,9)	91,9 (91,1 – 92,7)	
Schultyp			**N = 7 130**
ESC-*classes sup.*	4,1 (2,9 – 5,5)	95,9 (94,4 – 97,0)	
ESG-*classes sup.*	8,1 (6,4 – 10,2)	91,9 (89,8 – 93,6)	
Formation prof.	7,3 (5,3 – 9,7)	92,7 (90,3 – 94,7)	
ESC-*classes inf.*	9,0 (7,5 – 10,8)	91,0 (89,2 – 92,5)	$p < 0,001$
ESG-*classes inf.* (VO)	12,3 (10,7 – 14,0)	87,7 (86,0 – 89,3)	Cramér's V. = 0,108
ESG-*classes inf.* (VP)	16,5 (13,4 – 20,2)	83,5 (80,0 – 86,8)	
EF	8,0 (6,8 – 9,4)	92,0 (90,6 – 93,2)	

Die Teilnehmenden wurden zu ihren Erfahrungen mit sozialen Medien befragt. Die Skala umfasst 9 Items und die Antwortmöglichkeiten waren „nein" (0) und „ja" (1). Die problematische Nutzung sozialer Medien wurde in folgende Kategorien eingeteilt: „problematischer Nutzer" (Gesamtwert der Skala: 6 bis 9) und „unproblematischer Nutzer" (Gesamtwert der Skala: 0 bis 5). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Erfahrungen von Jugendlichen, die gemobbt werden

Abbildung 46: Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person in der Schule in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

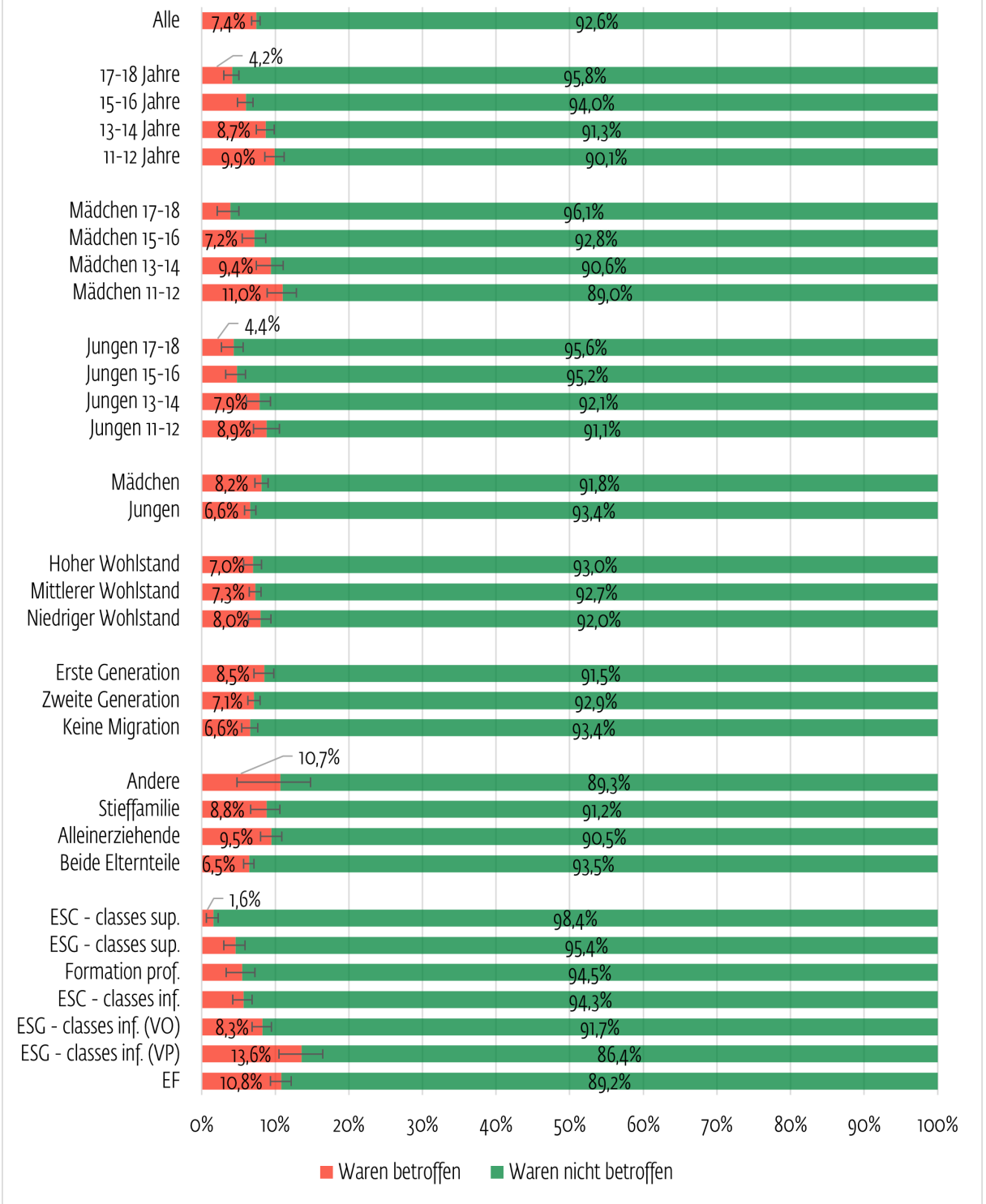


Tabelle 22: Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person in der Schule in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Waren betroffen (3-5)	Waren nicht betroffen (1-2)	Chi-Square-Test
Alle			**N = 7 518**
	7,4 (6,8 – 8,0)	92,6 (92,0 – 93,2)	
Alter			**N = 7 518**
11-12 Jahre	9,9 (8,7 – 11,4)	90,1 (88,7 – 91,3)	
13-14 Jahre	8,7 (7,6 – 10,0)	91,3 (90,0 – 92,4)	$p < 0,001$
15-16 Jahre	6,0 (5,1 – 7,1)	94,0 (92,9 – 94,9)	$\gamma = -0,236$
17-18 Jahre	4,2 (3,2 – 5,3)	95,8 (94,7 – 96,8)	
Alter x Geschlecht			**N = 3 675**
Mädchen 11-12	11,0 (9,1 – 13,1)	89,0 (86,9 – 90,9)	
Mädchen 13-14	9,4 (7,7 – 11,3)	90,6 (88,7 – 92,3)	$p < 0,001$
Mädchen 15-16	7,2 (5,7 – 8,9)	92,8 (91,1 – 94,3)	$\gamma = -0,247$
Mädchen 17-18	3,9 (2,6 – 5,5)	96,1 (94,4 – 97,3)	
			N = 3 792
Jungen 11-12	8,9 (7,3 – 10,8)	91,1 (89,3 – 92,8)	
Jungen 13-14	7,9 (6,4 – 9,7)	92,1 (90,3 – 93,6)	$p < 0,001$
Jungen 15-16	4,8 (3,6 – 6,3)	95,2 (93,7 – 96,4)	$\gamma = -0,223$
Jungen 17-18	4,4 (3,1 – 6,1)	95,6 (93,9 – 96,9)	
Geschlecht			**N = 7 468**
Mädchen	8,2 (7,3 – 9,1)	91,8 (90,9 – 92,7)	$p = 0,012$
Jungen	6,6 (5,9 – 7,4)	93,4 (92,6 – 94,1)	Cramér's V. = 0,029
Familiärer Wohlstand			**N = 7 320**
Hoch	7,0 (5,8 – 8,3)	93,0 (91,7 – 94,2)	$p = 0,314$
Mittel	7,3 (6,6 – 8,1)	92,7 (91,9 – 93,4)	$\gamma = -0,041$
Niedrig	8,0 (6,6 – 9,6)	92,0 (90,4 – 93,4)	
Migrationshintegrund			**N = 7 336**
Erste Generation	8,5 (7,2 – 10,0)	91,5 (90,0 – 92,8)	$p = 0,074$
Zweite Generation	7,1 (6,3 – 8,0)	92,9 (92,0 – 93,6)	Cramér's V. = 0,027
Keine Migration	6,6 (5,6 – 7,7)	93,4 (92,3 – 94,4)	
Familienstruktur			**N = 7 195**
Andere	10,7 (6,6 – 16,6)	89,3 (83,4 – 93,4)	
Stieffamilie	8,8 (7,0 – 11,0)	91,2 (89,0 – 93,0)	$p < 0,001$
Alleinerziehende	9,5 (8,1 – 11,0)	90,5 (89,1 – 92,0)	Cramér's V. = 0,053
Beide Elternteile	6,5 (5,8 – 7,2)	93,5 (92,8 – 94,2)	
Schultyp			**N = 7 518**
ESC-*classes sup.*	1,6 (0,9 – 2,5)	98,4 (97,5 – 99,1)	
ESG-*classes sup.*	4,6 (3,4 – 6,2)	95,4 (93,8 – 96,6)	
Formation prof.	5,5 (3,9 – 7,7)	94,5 (92,3 – 96,1)	
ESC-*classes inf.*	5,7 (4,5 – 7,1)	94,3 (92,8 – 95,4)	$p < 0,001$
ESG-*classes inf.* (VO)	8,3 (7,0 – 9,7)	91,7 (90,3 – 92,9)	Cramér's V. = 0,129
ESG-*classes inf.* (VP)	13,6 (10,9 – 16,8)	86,4 (83,4 – 89,3)	
EF	10,8 (9,5 – 12,3)	89,2 (87,7 – 90,5)	

Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie oft sie in den letzten paar Monaten in der Schule gemobbt wurden. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „Ich wurde in den letzten paar Monaten in der Schule nicht gemobbt" (1) bis „mehrmals pro Woche" (5). Die Viktimisierung durch Mobbing wurde in Kategorien eingeteilt: „waren betroffen" (Kategorien 3 bis 5) und „waren betroffen" (Kategorien 1 bis 2). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Abbildung 47: Erfahrung mit Cyber-Mobbing als gemobbte Person in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

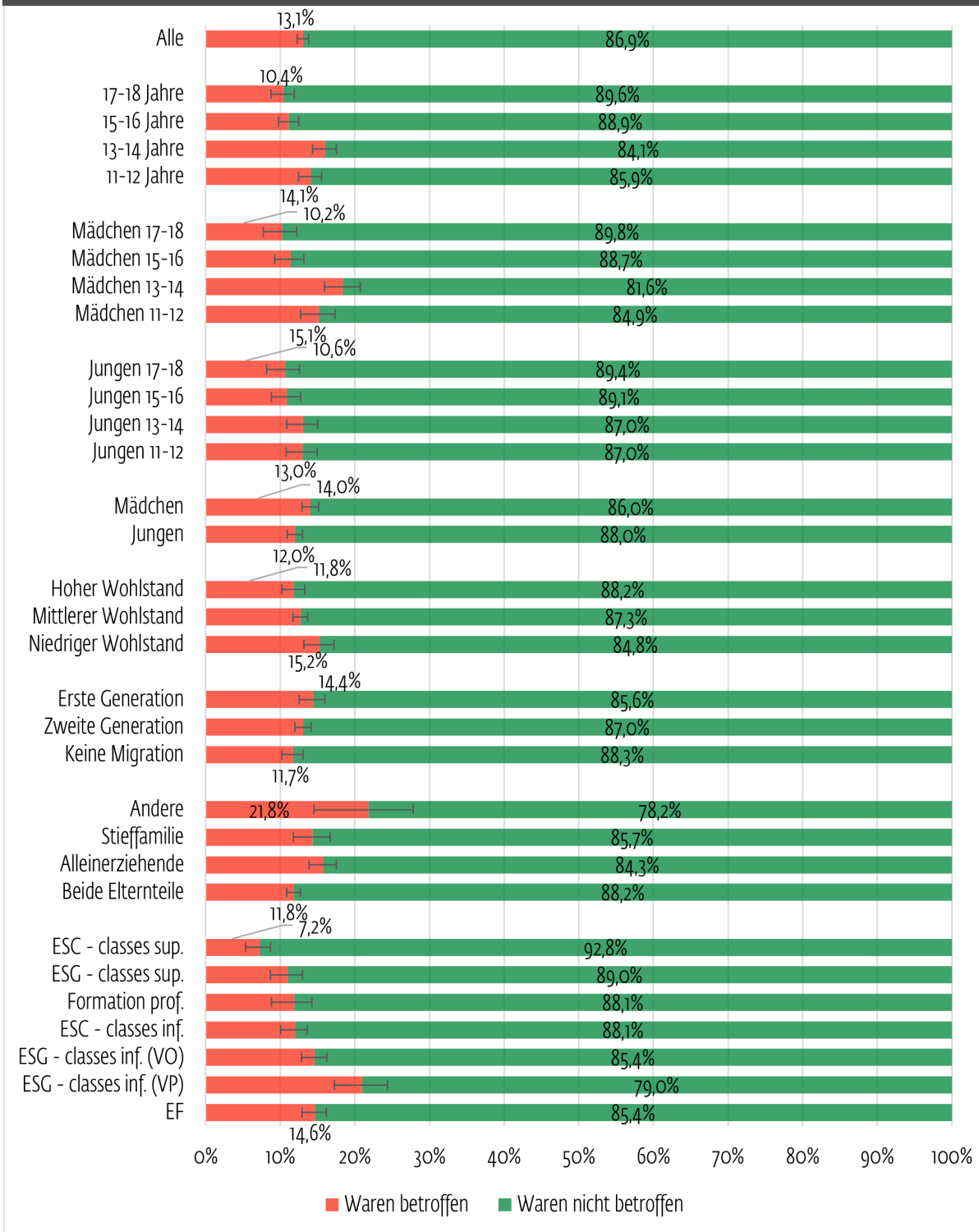


Tabelle 23: Erfahrung mit Cybermobbing als gemobbte Person in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Waren betroffen (2-5)	Waren nicht betroffen (1)	Chi-Square-Test
Alle			**N = 7 490**
	13,1 (12,3 – 13,8)	86,9 (86,2 – 87,7)	
Alter			**N = 7 490**
11-12 Jahre	14,1 (12,6 – 15,7)	85,9 (84,3 – 87,4)	
13-14 Jahre	15,9 (14,4 – 17,6)	84,1 (82,4 – 85,6)	$p < 0,001$
15-16 Jahre	11,1 (9,8 – 12,6)	88,9 (87,5 – 90,2)	$\gamma = -0,113$
17-18 Jahre	10,4 (8,9 – 12,0)	89,6 (88,0 – 91,1)	
Alter x Geschlecht			**N = 3 669**
Mädchen 11-12	15,1 (13,0 – 17,6)	84,9 (82,4 – 87,0)	
Mädchen 13-14	18,4 (16 – 20,8)	81,6 (79,2 – 84,0)	$p < 0,001$
Mädchen 15-16	11,3 (9,5 – 13,4)	88,7 (86,6 – 90,5)	$\gamma = -0,146$
Mädchen 17-18	10,2 (8,1 – 12,6)	89,8 (87,3 – 91,8)	
			N = 3 769
Jungen 11-12	13,0 (11,0 – 15,1)	87,0 (84,9 – 89,0)	
Jungen 13-14	13,0 (11,1 – 15,2)	87,0 (84,8 – 88,9)	$p = 0,051$
Jungen 15-16	10,9 (9,0 – 12,9)	89,1 (87,1 – 91,0)	$\gamma = -0,073$
Jungen 17-18	10,6 (8,6 – 13,0)	89,4 (87,0 – 91,4)	
Geschlecht			**N = 7 439**
Mädchen	14,0 (12,9 – 15,2)	86,0 (84,9 – 87,1)	$p = 0,009$
Jungen	12,0 (11,0 – 13,0)	88,0 (87,0 – 89,0)	Cramér's V. = 0,030
Familiärer Wohlstand			**N = 7 292**
Hoch	11,8 (10,3 – 13,4)	88,2 (86,6 – 89,7)	$p = 0,010$
Mittel	12,7 (11,8 – 13,7)	87,3 (86,3 – 88,2)	$\gamma = -0,082$
Niedrig	15,2 (13,3 – 17,3)	84,8 (82,7 – 86,7)	
Migrationshintegrund			**N = 7 315**
Erste Generation	14,4 (12,7 – 16,1)	85,6 (83,8 – 87,2)	$p = 0,051$
Zweite Generation	13,0 (12,0 – 14,1)	87,0 (85,9 – 88,0)	Cramér's V. = 0,029
Keine Migration	11,7 (10,3 – 13,1)	88,3 (86,9 – 89,7)	
Familienstruktur			**N = 7 172**
Andere	21,8 (15,8 – 29,1)	78,2 (70,9 – 84,2)	
Stieffamilie	14,3 (12,0 – 16,9)	85,7 (83,2 – 88,1)	$p < 0,001$
Alleinerziehende	15,7 (14,0 – 17,6)	84,3 (82,4 – 86,0)	Cramér's V. = 0,062
Beide Elternteile	11,8 (10,9 – 12,8)	88,2 (87,2 – 89,1)	
Schultyp			**N = 7 490**
ESC-*classes sup.*	7,2 (5,7 – 9,0)	92,8 (91,0 – 94,3)	
ESG-*classes sup.*	11,0 (8,9 – 13,2)	89,0 (86,8 – 91,1)	
Formation prof.	11,9 (9,3 – 14,7)	88,1 (85,1 – 90,6)	
ESC-*classes inf.*	11,9 (10,2 – 13,8)	88,1 (86,2 – 89,8)	$p < 0,001$
ESG-*classes inf.* (VO)	14,6 (12,9 – 16,3)	85,4 (83,7 – 87,1)	Cramér's V. = 0,096
ESG-*classes inf.* (VP)	21,0 (17,6 – 24,7)	79,0 (75,3 – 82,4)	
EF	14,6 (13,1 – 16,3)	85,4 (83,7 – 86,9)	

Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie oft sie in den letzten paar Monaten Opfer von Cybermobbing geworden zu sein. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „Ich wurde in den vergangenen Monaten nicht auf diese Weise gemobbt" (1) bis „mehrmals pro Woche" (5). Die Viktimisierung durch Cybermobbing wurde in folgende Kategorien eingeteilt: „waren betroffen" (Kategorien 2 bis 5) und „waren nicht betroffen" (Kategorie 1). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Erfahrung mit Mobbing als Täter oder Täterin

Abbildung 48: Erfahrung mit Mobbing als Täter oder Täterin in der Schule in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

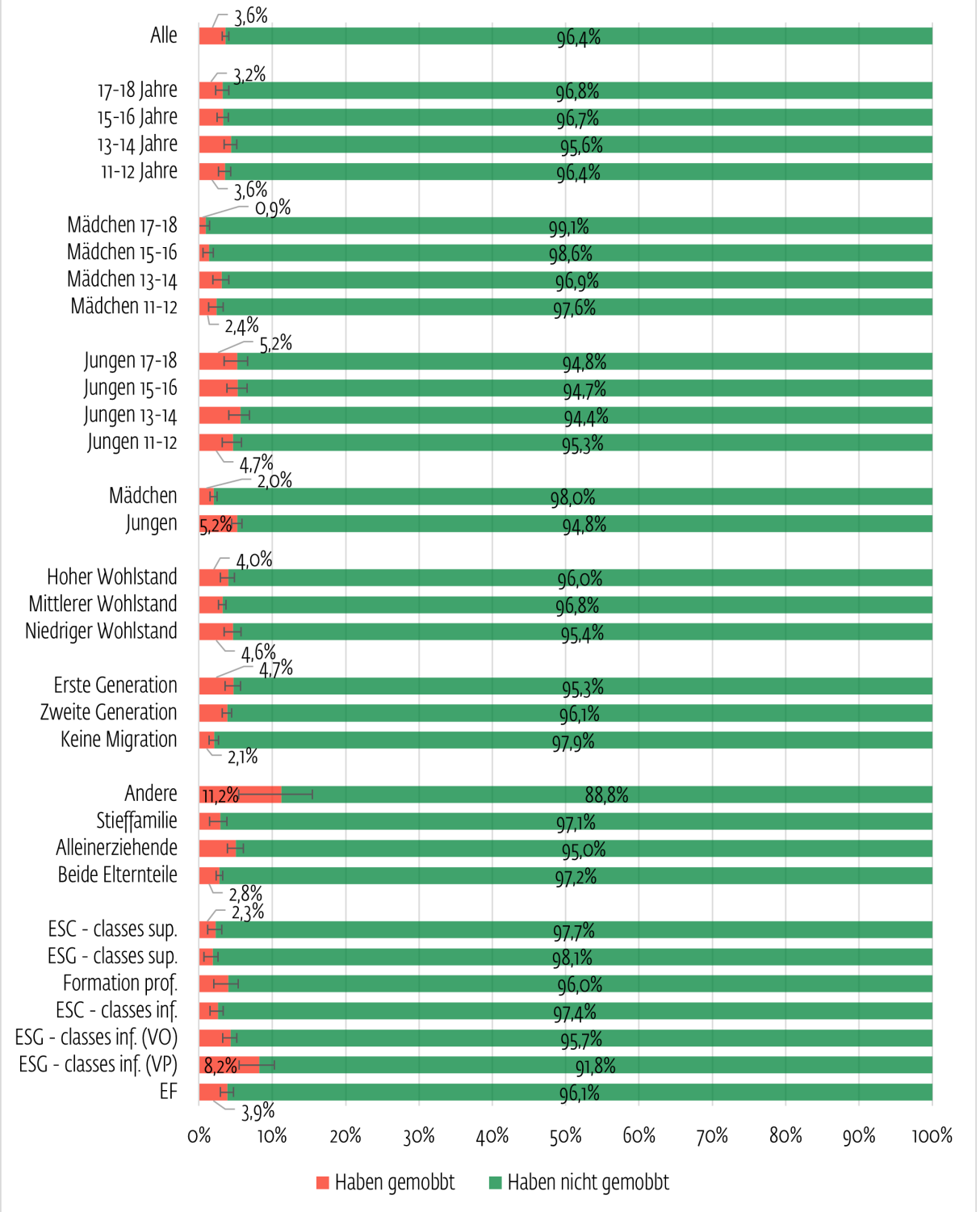


Tabelle 24: Erfahrung mit Mobbing als Täter oder Täterin in der Schule in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Haben gemobbt (3-5)	Haben nicht gemobbt (1-2)	Chi-Square-Test
Alle			**N = 7 538**
	3,6 (3,2 – 4,1)	96,4 (95,9 – 96,8)	
Alter			**N = 7 538**
11-12 Jahre	3,6 (2,8 – 4,4)	96,4 (95,6 – 97,2)	
13-14 Jahre	4,4 (3,5 – 5,3)	95,6 (94,7 – 96,5)	p = 0,293
15-16 Jahre	3,3 (2,6 – 4,1)	96,7 (95,9 – 97,5)	γ = -0,047
17-18 Jahre	3,2 (2,4 – 4,3)	96,8 (95,8 – 97,6)	
Alter x Geschlecht			**N = 3 693**
Mädchen 11-12	2,4 (1,6 – 3,5)	97,6 (96,5 – 98,4)	
Mädchen 13-14	3,1 (2,2 – 4,3)	96,9 (95,7 – 97,8)	p = 0,002
Mädchen 15-16	1,4 (0,8 – 2,2)	98,6 (97,8 – 99,2)	γ = -0,249
Mädchen 17-18	0,9 (0,4 – 1,9)	99,1 (98,1 – 99,6)	
			N = 3 793
Jungen 11-12	4,7 (3,5 – 6,1)	95,3 (93,9 – 96,5)	
Jungen 13-14	5,6 (4,4 – 7,2)	94,4 (92,8 – 95,6)	p = 0,643
Jungen 15-16	5,3 (4,0 – 6,7)	94,7 (93,3 – 96,0)	γ = 0,025
Jungen 17-18	5,2 (3,8 – 7,0)	94,8 (93,0 – 96,2)	
Geschlecht			**N = 7 486**
Mädchen	2,0 (1,6 – 2,5)	98,0 (97,4 – 98,4)	p < 0,001
Jungen	5,2 (4,5 – 5,9)	94,8 (94,1 – 95,5)	Cramér's V. = 0,084
Familiärer Wohlstand			**N = 7 329**
Hoch	4,0 (3,1 – 5,0)	96,0 (95,0 – 96,8)	p = 0,606
Mittel	3,2 (2,7 – 3,8)	96,8 (96,3 – 97,3)	γ = -0,030
Niedrig	4,6 (3,5 – 5,9)	95,4 (94,1 – 96,5)	
Migrationshintegrund			**N = 7 353**
Erste Generation	4,7 (3,8 – 5,8)	95,3 (94,1 – 96,2)	p < 0,001
Zweite Generation	3,9 (3,3 – 4,5)	96,1 (95,5 – 96,7)	Cramér's V. = 0,053
Keine Migration	2,1 (1,5 – 2,8)	97,9 (97,2 – 98,5)	
Familienstruktur			**N = 7216**
Andere	11,2 (7,0 – 17)	88,8 (83,0 – 93,0)	
Stieffamilie	2,9 (1,9 – 4,3)	97,1 (95,7 – 98,1)	p < 0,001
Alleinerziehende	5,0 (4,0 – 6,2)	95,0 (93,8 – 96,0)	Cramér's V. = 0,079
Beide Elternteile	2,8 (2,4 – 3,3)	97,2 (96,7 – 97,6)	
Schultyp			**N = 7 538**
ESC-*classes sup.*	2,3 (1,4 – 3,3)	97,7 (96,7 – 98,6)	
ESG-*classes sup.*	1,9 (1,1 – 2,9)	98,1 (96,9 – 98,8)	
Formation prof.	4,0 (2,6 – 5,9)	96,0 (94,1 – 97,4)	
ESC-*classes inf.*	2,6 (1,8 – 3,6)	97,4 (96,4 – 98,2)	p < 0,001
ESG-*classes inf.* (VO)	4,3 (3,4 – 5,3)	95,7 (94,6 – 96,6)	Cramér's V. = 0,081
ESG-*classes inf.* (VP)	8,2 (6,0 – 10,8)	91,8 (89,0 – 93,8)	
EF	3,9 (3,0 – 4,8)	96,1 (95,2 – 97,0)	

Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie oft sie sich in den letzten Monaten an Mobbing in der Schule beteiligt haben. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „Ich habe in den letzten paar Monaten niemanden in der Schule gemobbt" (1) bis „mehrmals pro Woche" (5). Die Täterschaft bei Mobbing wurde in Kategorien eingeteilt: „haben gemobbt" (Kategorien 3 bis 5) und „haben nicht gemobbt" (Kategorien 1 bis 2). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Abbildung 49: Erfahrung mit Cybermobbing als Täter oder Täterin in Abhängigkeit von ach soziodemografischen Gruppen

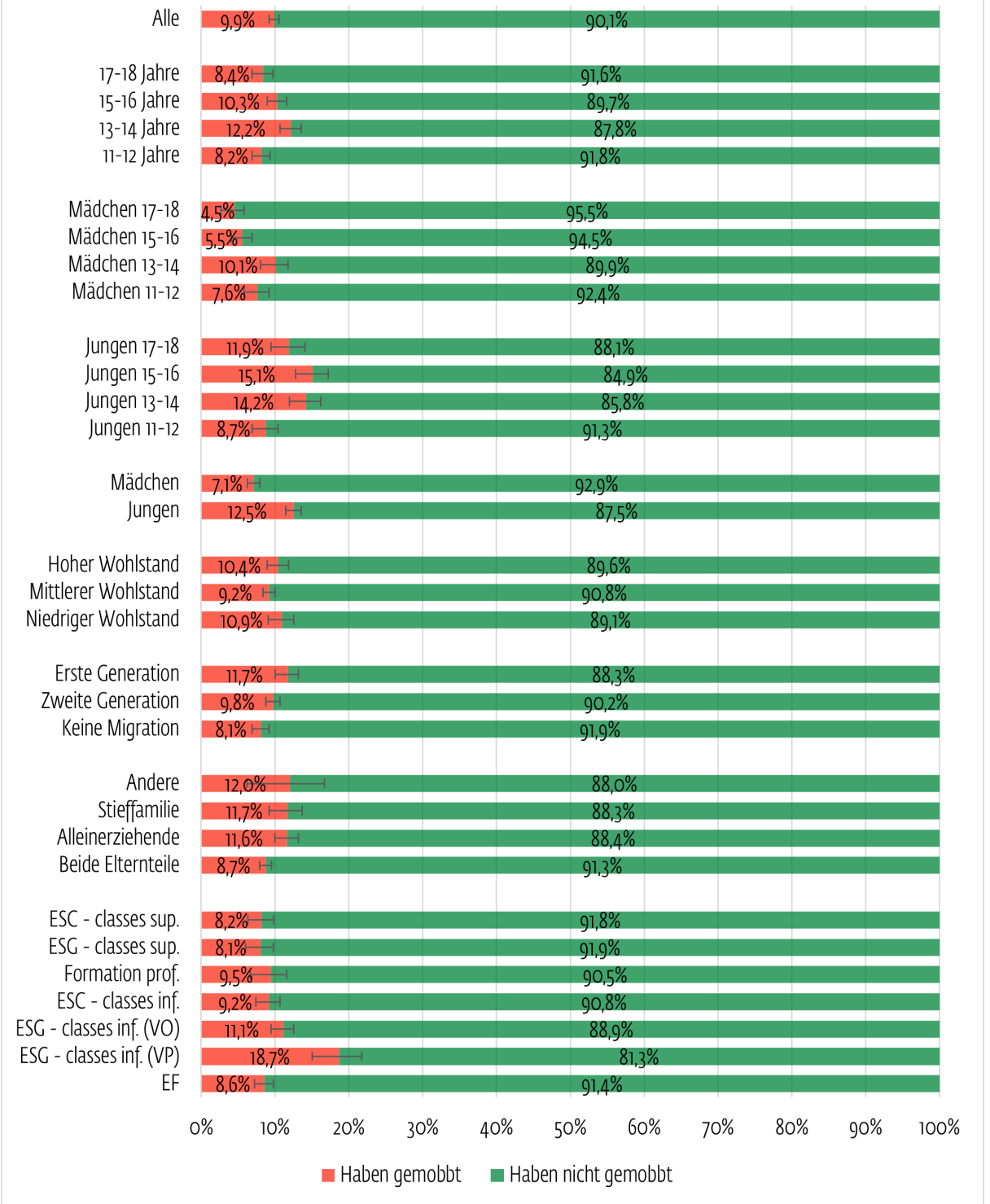


Tabelle 25: Erfahrung mit Cybermobbing als Täter oder Täterin in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Haben gemobbt (2-5)	Haben nicht gemobbt (1)	Chi-Square-Test
Alle			**N = 7 497**
	9,9 (9,2 – 10,6)	90,1 (89,4 – 90,8)	
Alter			**N = 7 497**
11-12 Jahre	8,2 (7,0 – 9,4)	91,8 (90,6 – 93,0)	
13-14 Jahre	12,2 (10,8 – 13,6)	87,8 (86,4 – 89,2)	p = 0,991
15-16 Jahre	10,3 (9 – 11,6)	89,7 (88,4 – 91,0)	γ = 0,000
17-18 Jahre	8,4 (7,1 – 9,9)	91,6 (90,1 – 92,9)	
Alter x Geschlecht			**N = 3 682**
Mädchen 11-12	7,6 (6,0 – 9,4)	92,4 (90,6 – 94,0)	
Mädchen 13-14	10,1 (8,3 – 12,0)	89,9 (87,9 – 91,6)	p < 0,001
Mädchen 15-16	5,5 (4,3 – 7,1)	94,5 (93,0 – 95,8)	γ = -0,086
Mädchen 17-18	4,5 (3,2 – 6,2)	95,5 (93,6 – 96,7)	
			N = 3 763
Jungen 11-12	8,7 (7,1 – 10,6)	91,3 (89,4 – 92,9)	
Jungen 13-14	14,2 (12,2 – 16,5)	85,8 (83,5 – 87,8)	p = 0,007
Jungen 15-16	15,1 (12,9 – 17,4)	84,9 (82,6 – 87,1)	γ = 0,094
Jungen 17-18	11,9 (9,7 – 14,4)	88,1 (85,6 – 90,3)	
Geschlecht			**N = 7 446**
Mädchen	7,1 (6,3 – 8,0)	92,9 (92,0 – 93,7)	p < 0,001
Jungen	12,5 (11,5 – 13,6)	87,5 (86,4 – 88,5)	Cramér's V. = 0,091
Familiärer Wohlstand			**N = 7 296**
Hoch	10,4 (9,0 – 11,9)	89,6 (88,1 – 91,0)	p = 0,883
Mittel	9,2 (8,4 – 10,1)	90,8 (89,9 – 91,6)	γ = -0,005
Niedrig	10,9 (9,3 – 12,8)	89,1 (87,2 – 90,7)	
Migrationshintegrund			**N = 7 317**
Erste Generation	11,7 (10,2 – 13,3)	88,3 (86,6 – 89,7)	p = 0,001
Zweite Generation	9,8 (8,8 – 10,8)	90,2 (89,2 – 91,2)	Cramér's V. = 0,043
Keine Migration	8,1 (7,0 – 9,4)	91,9 (90,7 – 93,1)	
Familienstruktur			**N = 7 175**
Andere	12,0 (7,3 – 17,8)	88,0 (82,2 – 92,7)	
Stieffamilie	11,7 (9,5 – 14,0)	88,3 (85,8 – 90,4)	p = 0,001
Alleinerziehende	11,6 (10,1 – 13,3)	88,4 (86,7 – 89,9)	Cramér's V. = 0,047
Beide Elternteile	8,7 (8,0 – 9,6)	91,3 (90,4 – 92,0)	
Schultyp			**N = 7 497**
ESC-*classes sup.*	8,2 (6,5 – 10,0)	91,8 (90,0 – 93,5)	
ESG-*classes sup.*	8,1 (6,3 – 10,1)	91,9 (89,9 – 93,7)	
Formation prof.	9,5 (7,2 – 12,1)	90,5 (87,7 – 92,7)	
ESC-*classes inf.*	9,2 (7,6 – 10,9)	90,8 (89,1 – 92,3)	p < 0,001
ESG-*classes inf.* (VO)	11,1 (9,7 – 12,7)	88,9 (87,3 – 90,3)	Cramér's V. = 0,088
ESG-*classes inf.* (VP)	18,7 (15,4 – 22,1)	81,3 (77,7 – 84,4)	
EF	8,6 (7,3 – 9,9)	91,4 (90,1 – 92,7)	

Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie oft sie in den letzten Monaten an Cybermobbing teilgenommen haben. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „Ich habe niemanden in den vergangenen Monaten auf diese Weise gemobbt" (1) bis „mehrmals pro Woche" (5). Die Täterschaft bei Cybermobbing wurde in folgende Kategorien eingeteilt: „haben gemobbt" (Kategorien 2 bis 5) und „haben nicht gemobbt" (Kategorie 1). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Teilnahme an Schlägereien

Abbildung 50: Körperliche Auseinandersetzungen in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

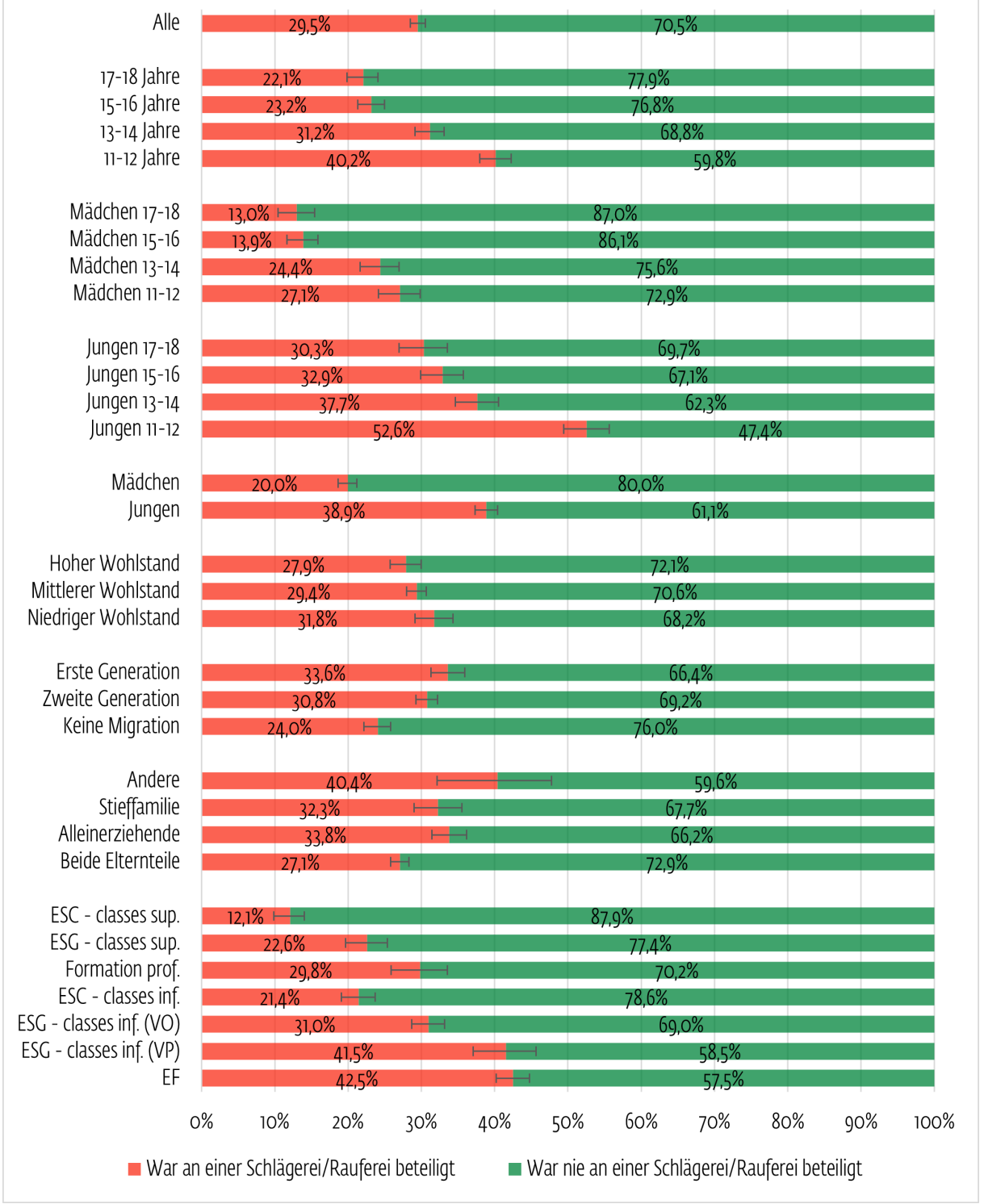


Tabelle 26: Körperliche Auseinandersetzungen in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	War an einer Schlägerei/ Rauferei beteiligt (2-5)	War nie an einer Schlägerei/Rauferei beteiligt (1)	Chi-Square-Test
Alle			**N = 7 505**
	29,5 (28,5 – 30,6)	70,5 (69,4 – 71,5)	
Alter			**N = 7 505**
11-12 Jahre	40,2 (38,0 – 42,4)	59,8 (57,6 – 62,0)	
13-14 Jahre	31,2 (29,2 – 33,2)	68,8 (66,8 – 70,8)	$p < 0{,}001$
15-16 Jahre	23,2 (21,4 – 25,0)	76,8 (75,0 – 78,6)	$\gamma = -0{,}249$
17-18 Jahre	22,1 (20,0 – 24,3)	77,9 (75,7 – 79,9)	
Alter x Geschlecht			**N = 3666**
Mädchen 11-12	27,1 (24,3 – 29,9)	72,9 (70,1 – 75,7)	
Mädchen 13-14	24,4 (21,8 – 27,1)	75,6 (72,9 – 78,2)	$p < 0{,}001$
Mädchen 15-16	13,9 (11,9 – 16,1)	86,1 (83,9 – 88,1)	$\gamma = -0{,}273$
Mädchen 17-18	13,0 (10,7 – 15,7)	87 (84,5 – 89,4)	
			N = 3 789
Jungen 11-12	52,6 (49,5 – 55,7)	47,4 (44,3 – 50,5)	
Jungen 13-14	37,7 (34,7 – 40,6)	62,3 (59,3 – 65,2)	$p < 0{,}001$
Jungen 15-16	32,9 (30,1 – 35,9)	67,1 (64,1 – 69,9)	$\gamma = -0{,}251$
Jungen 17-18	30,3 (27,1 – 33,7)	69,7 (66,3 – 72,9)	
Geschlecht			**N = 7 455**
Mädchen	20,0 (18,7 – 21,3)	80,0 (78,7 – 81,3)	$p < 0{,}001$
Jungen	38,9 (37,3 – 40,4)	61,1 (59,6 – 62,7)	Cramér's V. = 0,207
Familiärer Wohlstand			**N = 7 307**
Hoch	27,9 (25,8 – 30,1)	72,1 (69,9 – 74,2)	$p = 0{,}027$
Mittel	29,4 (28,0 – 30,7)	70,6 (69,3 – 72,0)	$\gamma = -0{,}051$
Niedrig	31,8 (29,2 – 34,4)	68,2 (65,6 – 70,8)	
Migrationshintegrund			**N = 7 327**
Erste Generation	33,6 (31,4 – 36,0)	66,4 (64,0 – 68,6)	$p < 0{,}001$
Zweite Generation	30,8 (29,3 – 32,3)	69,2 (67,7 – 70,7)	Cramér's V. = 0,079
Keine Migration	24,0 (22,3 – 25,9)	76,0 (74,1 – 77,7)	
Familienstruktur			**N = 7 187**
Andere	40,4 (33,0 – 48,6)	59,6 (51,4 – 67,0)	
Stieffamilie	32,3 (29,1 – 35,6)	67,7 (64,4 – 70,9)	$p < 0{,}001$
Alleinerziehende	33,8 (31,5 – 36,2)	66,2 (63,8 – 68,5)	Cramér's V. = 0,074
Beide Elternteile	27,1 (25,8 – 28,4)	72,9 (71,6 – 74,2)	
Schultyp			**N = 7 505**
ESC-*classes sup.*	12,1 (10,1 – 14,3)	87,9 (85,7 – 89,9)	
ESG-*classes sup.*	22,6 (19,9 – 25,6)	77,4 (74,4 – 80,1)	
Formation prof.	29,8 (26,2 – 33,8)	70,2 (66,2 – 73,8)	
ESC-*classes inf.*	21,4 (19,2 – 23,8)	78,6 (76,2 – 80,8)	$p < 0{,}001$
ESG-*classes inf.* (VO)	31,0 (28,8 – 33,3)	69,0 (66,7 – 71,2)	Cramér's V. = 0,225
ESG-*classes inf.* (VP)	41,5 (37,2 – 45,8)	58,5 (54,0 – 62,6)	
EF	42,5 (40,2 – 44,8)	57,5 (55,2 – 59,7)	

Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie oft sie in den letzten 12 Monaten in eine Schlägerei verwickelt waren. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „Ich war in den letzten 12 Monaten nicht in eine körperliche Auseinandersetzung verwickelt" (1) bis „5-mal oder öfter" (5). Körperliche Auseinandersetzungen wurden in folgende Kategorien eingeteilt: „War an einer Schlägerei/Rauferei beteiligt" (Kategorien 2 bis 5) und „War nicht an einer Schlägerei/Rauferei beteiligt" (Kategorie 1). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Mobbing in Schulen: eine genauere Betrachtung

Tabelle 27: Mittelwert des WHO-5 *Well-being Index* in Abhängigkeit von den gemobbten Personen

		Wohlbefinden
Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person	Keine Erfahrung	14,44 (14,31 – 14,57)
	1- oder 2-mal	13,31 (12,95 – 13,66)
	2- bis 3-mal im Monat	11,99 (11,32 – 12,67)
	1-mal pro Woche	11,93 (10,86 – 13,00)
	Mehrmals pro Woche	12,40 (11,54 – 13,26)

Tabelle 28: Vergleich der Mittelwerte des WHO-5 *Well-being Index* in Abhängigkeit von Schultyp

		Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person		T-Test
		Nein	Ja	
Schultyp	EF	16,80 (16,54 – 17,06)	14,63 (14,14 – 15,11)	$t(1754) = 8,21$, $p < 0,001$
	ESG-*classes inf.* (VP)	14,87 (14,27 – 15,47)	13,94 (13,02 – 14,86)	$t(482) = 1,63$, $p = 0,104$
	ESG-*classes inf.* (VO)	14,39 (14,09 – 14,68)	11,91 (11,34 – 12,48)	$t(1584) = 7,79$, $p < 0,001$
	ESC-*classes inf.*	14,19 (13,88 – 14,51)	11,93 (11,22 – 12,64)	$t(1211) = 5,73$, $p < 0,001$
	Formation professionnelle	13,20 (12,73 – 13,67)	11,13 (9,86 – 12,40)	$t(518) = 3,28$, $p = 0,001$
	ESG-*classes sup.*	12,65 (12,26 – 13,03)	11,31 (10,26 – 12,37)	$t(793) = 2,27$, $p = 0,024$
	ESC-*classes sup.*	13,19 (12,87 – 13,52)	10,58 (9,40 – 11,76)	$t(918) = 4,62$, $p < 0,001$

Literaturverzeichnis

Ali, M. M., Amialchuk, A., & Dwyer, D. S. (2011). The social contagion effect of marijuana use among adolescents. *PLOS ONE*, *6*(1), e16183. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016183

Andreassen, C. S., Pallesen, S., & Griffiths, M. D. (2017). The relationship between addictive use of social media, narcissism, and self-esteem: Findings from a large national survey. *Addictive Behaviors*, *64*, 287–293. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.03.006

Arnarsson, A., & Bjarnason, T. (2018). The Problem with Low-Prevalence of Bullying. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(7), 1535. https://doi.org/10.3390/ijerph15071535

Azagba, S., Ebling, T., & Shan, L. (2023). Is socioeconomic status related to youth e-cigarette use? Examining family affluence and sexual identity. *Addictive Behaviors*, *141*, 107636. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107636

Becker, T. D., & Rice, T. R. (2022). Youth vaping: A review and update on global epidemiology, physical and behavioral health risks, and clinical considerations. *European Journal of Pediatrics*, *181*(2), 453–462. https://doi.org/10.1007/s00431-021-04220-x

Belardinelli, P., Torbica, A., & Fattore, G. (2022). Longitudinal associations between different measures of socioeconomic status and health behavior among adolescents. Data from a wealthy Italian region. *Preventive Medicine*, *160*, 107092. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107092

Biswas, T., Scott, J. G., Munir, K., Thomas, H. J., Huda, M. M., Hasan, M. M., David de Vries, T., Baxter, J., & Mamun, A. A. (2020). Global variation in the prevalence of bullying victimisation amongst adolescents: Role of peer and parental supports. *EClinicalMedicine*, *20*, 100276. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100276

Blakemore, S.-J. (2012). Development of the social brain in adolescence. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *105*(3), 111–116. https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110221

Boer, M., Stevens, G. W. J. M., Finkenauer, C., Koning, I. M., & van den Eijnden, R. J. J. M. (2022). Validation of the Social Media Disorder Scale in Adolescents: Findings From a Large-Scale Nationally Representative Sample. *Assessment*, *29*(8), 1658–1675. https://doi.org/10.1177/10731911211027232

Bogt, T. F. M. ter, Looze, M. de, Molcho, M., Godeau, E., Hublet, A., Kokkevi, A., Kuntsche, E., Nic Gabhainn, S., Franelic, I. P., Simons-Morton, B., Sznitman, S., Vieno, A., Vollebergh, W., & Pickett, W. (2014). Do societal wealth, family affluence and gender account for trends in adolescent cannabis use? A 30 country cross-national study. *Addiction*, *109*(2), 273–283. https://doi.org/10.1111/add.12373

Casey, B. J., Heller, A. S., Gee, D. G., & Cohen, A. O. (2019). Development of the emotional brain. *Neuroscience Letters*, *693*, 29–34. https://doi.org/10.1016/j.neulet.2017.11.055

Catone, G., Marwaha, S., Kuipers, E., Lennox, B., Freeman, D., Bebbington, P., & Broome, M. (2015). Bullying victimisation and risk of psychotic phenomena: Analyses of British national survey data. *The Lancet Psychiatry*, *2*(7), 618–624. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00055-3

Catunda, C., Mendes, F. G., & Lopes Ferreira, J. (2023). *HBSC Study Luxembourg Methods - Report on the Luxembourg HBSC Survey 2022*. University of Luxembourg. https://orbilu.uni.lu/handle/10993/58979

Chambers, R. A., Taylor, J. R., & Potenza, M. N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *The American Journal of Psychiatry*, *160*(6), 1041–1052. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1041

Cook, C. R., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T. E., & Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly*, *25*(2), 65–83. https://doi.org/10.1037/a0020149

Cosma, A., Neville, F., Currie, D., & Inchley, J. (2017). Trends in bullying victimization in Scottish adolescents 1994-2014: Changing associations with mental well-being. *International Journal of Public Health*, *62*(6), 639–646. https://doi.org/10.1007/s00038-017-0965-6

Cullen, K. A., Gentzke, A. S., Sawdey, M. D., Chang, J. T., Anic, G. M., Wang, T. W., Creamer, M. R., Jamal, A., Ambrose, B. K., & King, B. A. (2019). E-Cigarette Use Among Youth in the United States, 2019. *JAMA*, *322*(21), 2095–2103. https://doi.org/10.1001/jama.2019.18387

Dehne, K. L., & Riedner, G. (2001). Sexually transmitted infections among adolescents: The need for adequate health services. *Reproductive Health Matters*, *9*(17), 170–183. https://doi.org/10.1016/S0968-8080(01)90021-7

Doku, D. T., Acacio-Claro, P. J., Koivusilta, L., & Rimpelä, A. (2020). Social determinants of adolescent smoking over three generations. *Scandinavian Journal of Public Health*, *48*(6), 646–656. https://doi.org/10.1177/1403494819839854

Eichler, M., Blettner, M., & Singer, S. (2016). The Use of E-Cigarettes. *Deutsches Arzteblatt International*, *113*(50), 847–854. https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0847

Englund, A., Morrison, P. D., Nottage, J., Hague, D., Kane, F., Bonaccorso, S., Stone, J. M., Reichenberg, A., Brenneisen, R., Holt, D., Feilding, A., Walker, L., Murray, R. M., & Kapur, S. (2013). Cannabidiol inhibits THC-elicited paranoid symptoms and hippocampal-dependent memory impairment. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, *27*(1), 19–27. https://doi.org/10.1177/0269881112460109

Epstein, M., Bailey, J. A., Kosterman, R., Rhew, I. C., Furlong, M., Oesterle, S., & McCabe, S. E. (2021). E-cigarette use is associated with subsequent cigarette use among young adult non-smokers, over and above a range of antecedent risk factors: A propensity score analysis. *Addiction*, *116*(5), 1224–1232. https://doi.org/10.1111/add.15317

Evans-Polce, R. J., Patrick, M. E., Lanza, S. T., Miech, R. A., O'Malley, P. M., & Johnston, L. D. (2018). Reasons for Vaping Among U.S. 12th Graders. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *62*(4), 457–462. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.10.009

Faulcon, L. M., Rudy, S., Limpert, J., Wang, B., & Murphy, I. (2020). Adverse Experience Reports of Seizures in Youth and Young Adult Electronic Nicotine Delivery Systems Users. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *66*(1), 15–17. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.10.002

Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*, *7*(2), 117–140. https://doi.org/10.1177/001872675400700202

Freeman, T. P., Craft, S., Wilson, J., Stylianou, S., ElSohly, M., Di Forti, M., & Lynskey, M. T. (2021). Changes in delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) and cannabidiol (CBD) concentrations in cannabis over time: Systematic review and meta-analysis. *Addiction*, *116*(5), 1000–1010. https://doi.org/10.1111/add.15253

Gagné, T., Frohlich, K. L., & Abel, T. (2015). Cultural capital and smoking in young adults: Applying new indicators to explore social inequalities in health behaviour. *European Journal of Public Health*, *25*(5), 818–823. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv069

Gaur, S., & Agnihotri, R. (2019). Health Effects of Trace Metals in Electronic Cigarette Aerosols-a Systematic Review. *Biological Trace Element Research*, *188*(2), 295–315. https://doi.org/10.1007/s12011-018-1423-x

Giordano, P. C. (2003). Relationships in Adolescence. *Annual Review of Sociology*, *29*(1), 257–281. https://doi.org/10.1146/annurev.soc.29.010202.100047

Grant, B. F., Stinson, F. S., & Harford, T. C. (2001). Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: A 12-year follow-up. *Journal of Substance Abuse*, *13*(4), 493–504. https://doi.org/10.1016/S0899-3289(01)00096-7

Griesbach, D., Amos, A., & Currie, C. (2003). Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science & Medicine*, *56*(1), 41–52. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00014-X

Gripe, I., Danielsson, A.-K., & Ramstedt, M. (2018). Are changes in drinking related to changes in cannabis use among Swedish adolescents? A time-series analysis for the period 1989-2016. *Addiction*, *113*(9), 1643–1650. https://doi.org/10.1111/add.14244

Haines, R. J., Poland, B. D., & Johnson, J. L. (2009). Becoming a 'real' smoker: Cultural capital in young women's accounts of smoking and other substance use. *Sociology of Health & Illness*, *31*(1), 66–80. https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01119.x

Hall, W., & Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*, *374*(9698), 1383–1391. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61037-0

Hall, W., Stjepanović, D., Caulkins, J., Lynskey, M., Leung, J., Campbell, G., & Degenhardt, L. (2019). Public health implications of legalising the production and sale of cannabis for medicinal and recreational use. *Lancet (London, England)*, *394*(10208), 1580–1590. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31789-1

Halliday, S., Gregory, T., Taylor, A., Digenis, C., & Turnbull, D. (2021). The Impact of Bullying Victimization in Early Adolescence on Subsequent Psychosocial and Academic Outcomes across the Adolescent Period: A Systematic Review. *Journal of School Violence*, *20*(3), 351–373. https://doi.org/10.1080/15388220.2021.1913598

Hamberger, E. S., & Halpern-Felsher, B. (2020). Vaping in adolescents: Epidemiology and respiratory harm. *Current Opinion in Pediatrics*, *32*(3), 378–383. https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000896

Hammond, D., Goodman, S., Wadsworth, E., Rynard, V., Boudreau, C., & Hall, W. (2020). Evaluating the impacts of cannabis legalization: The International Cannabis Policy Study. *The International Journal on Drug Policy*, *77*, 102698. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102698

Han, G., & Son, H. (2022). A systematic review of socio-ecological factors influencing current e-cigarette use among adolescents and young adults. *Addictive Behaviors*, *135*, 107425. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107425

Hanson, M. D., & Chen, E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: A review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine*, *30*(3), 263–285. https://doi.org/10.1007/s10865-007-9098-3

Health Behaviour in School-aged Children Luxembourg Study. (2023). *Data visualization of the findings from Luxembourg HBSC surveys*. https://hbsc.uni.lu/en/dashboard/

Heinz, A., Kern, M. R., van Duin, C., Catunda, C., & Willems, H. E. (2021). *Gesundheit von Schülerinnen und Schülern in Luxemburg - Bericht zur luxemburgischen HBSC-Befragung 2018* (978-2-87971-837-8). https://orbilu.uni.lu/handle/10993/46653

Heinz, A., van Duin, C., Kern, M. R., Catunda, C., & Willems, H. (2020). *Trends from 2006-2018 in Health, Health Behaviour, Health Outcomes and Social Context of Adolescents in Luxembourg* (University of Luxembourg 978-2-87971-836-1). University of Luxembourg; Luxembourg. https://orbilu.uni.lu/handle/10993/42571

Hindley, G., Beck, K., Borgan, F., Ginestet, C. E., McCutcheon, R., Kleinloog, D., Ganesh, S., Radhakrishnan, R., D'Souza, D. C., & Howes, O. D. (2020). Psychiatric symptoms caused by cannabis constituents: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, *7*(4), 344–353. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30074-2

Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jåstad, A., Cosma, A., Kelly, C., & Arnarsson, Á. (Eds.). (2020). *Spotlight on adolescent health and well-being: Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada*. International report. Volume 1. Key findings. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332091/9789289055000-eng.pdf?ua=1

Inchley, J., Currie, D., Samdal, O., Jåstad, A., Cosma, A., & Nic Gabhainn, S. (2023). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: background, methodology and mandatory items for the 2021/22 survey*. (MRC/CSO Social and Public Health Sciences Unit, University of Glasgow).

Inhelder, B., & Piaget, J. (1958). *The growth of logical thinking: From childhood to adolescence*. Basic Books. https://doi.org/10.1037/10034-000

Jackson, C. A., Henderson, M., Frank, J. W., & Haw, S. J. (2012). An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *Journal of Public Health*, *34 Suppl 1*(suppl_1), i31-40. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr113

Jerzyński, T., Stimson, G. V., Shapiro, H., & Król, G. (2021). Estimation of the global number of e-cigarette users in 2020. *Harm Reduction Journal*, *18*(1), 109. https://doi.org/10.1186/s12954-021-00556-7

Jha, P. (2020). The hazards of smoking and the benefits of cessation: A critical summation of the epidemiological evidence in high-income countries. *ELife Sciences Publications, Ltd*. https://elifesciences.org/articles/49979

Jha, P., & Peto, R. (2014). Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *The New England Journal of Medicine*, *370*(1), 60–68. https://doi.org/10.1056/NEJMra1308383

Jones, K., & Salzman, G. A. (2020). The Vaping Epidemic in Adolescents. *Missouri Medicine*, *117*(1), 56–58. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7023954/

Jovic, S., Delpierre, C., Ehlinger, V., Sentenac, M., Young, H., Arnaud, C., & Godeau, E. (2014). Associations between life contexts and early sexual initiation among young women in France. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *46*(1), 31–39. https://doi.org/10.1363/46e0214

Kawakita, T., Wilson, K., Grantz, K. L., Landy, H. J., Huang, C.-C., & Gomez-Lobo, V. (2016). Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *29*(2), 130–136. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.08.006

Keles, B., McCrae, N., & Grealish, A. (2020). A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, *25*(1), 79–93. https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1590851

Kelley, A. E., Schochet, T., & Landry, C. F. (2004). Risk taking and novelty seeking in adolescence: Introduction to part I. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1021*(1), 27–32. https://doi.org/10.1196/annals.1308.003

Kennedy, R. S. (2021). Bullying Trends in the United States: A Meta-Regression. *Trauma, Violence & Abuse*, *22*(4), 914–927. https://doi.org/10.1177/1524838019888555

Kinouani, S., Leflot, C., Vanderkam, P., Auriacombe, M., Langlois, E., & Tzourio, C. (2020). Motivations for using electronic cigarettes in young adults: A systematic review. *Substance Abuse*, *41*(3), 315–322. https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1671937

Kirbas, A., Gulerman, H. C., & Daglar, K. (2016). Pregnancy in Adolescence: Is It an Obstetrical Risk? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *29*(4), 367–371. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.12.010

Klomek, A. B., Sourander, A., & Elonheimo, H. (2015). Bullying by peers in childhood and effects on psychopathology, suicidality, and criminality in adulthood. *The Lancet Psychiatry*, *2*(10), 930–941. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00223-0

Kong, G., Kuguru, K. E., & Krishnan-Sarin, S. (2017). Gender Differences in U.S. Adolescent E-Cigarette Use. *Current Addiction Reports*, *4*(4), 422–430. https://doi.org/10.1007/s40429-017-0176-5

Kraus, L., Room, R., Livingston, M., Pennay, A., Holmes, J., & Törrönen, J. (2020). Long waves of consumption or a unique social generation? Exploring recent declines in youth drinking. *Addiction Research & Theory*, *28*(3), 183–193. https://doi.org/10.1080/16066359.2019.1629426

Kraus, L., Seitz, N.-N., Piontek, D., Molinaro, S., Siciliano, V., Guttormsson, U., Arpa, S., Monshouwer, K., Leifman, H., Vicente, J., Griffiths, P., Clancy, L., Feijão, F., Florescu, S., Lambrecht, P., Nociar, A., Raitasalo, K., Spilka, S., Vyshinskiy, K., & Hibell, B. (2018). 'are The Times A-Changin'? Trends in adolescent substance use in Europe. *Addiction*, *113*(7), 1317–1332. https://doi.org/10.1111/add.14201

Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Pouliou, T., Murphy, S., Waters, E., Komro, K., Gibbs, L., Magnus, D., & Campbell, R. (2015). The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: A Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, *15*(1), 130. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1360-y

Le Foll, B., Piper, M. E., Fowler, C. D., Tonstad, S., Bierut, L., Lu, L., Jha, P., & Hall, W. D. (2022). Tobacco and nicotine use. *Nature Reviews Disease Primers*, *8*(1), 19. https://doi.org/10.1038/s41572-022-00346-w

Leal-López, E., Moreno-Maldonado, C., Inchley, J., Deforche, B., van Havere, T., van Damme, J., Buijs, T., Sánchez-Queija, I., Currie, D., Vieno, A., & Clercq, B. de (2020). Association of alcohol control policies with adolescent alcohol consumption and with social inequality in adolescent alcohol consumption: A multilevel study in 33 countries and regions. *The International Journal on Drug Policy*, *84*, 102854. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102854

Leather, N. C. (2009). Risk-taking behaviour in adolescence: A literature review. *Journal of Child Health Care : For Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, *13*(3), 295–304. https://doi.org/10.1177/1367493509337443

Lees, B., Meredith, L. R., Kirkland, A. E., Bryant, B. E., & Squeglia, L. M. (2020). Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, *192*, 172906. https://doi.org/10.1016/j.pbb.2020.172906

Lenz, T., & Heinz, A. (2018). Le système scolaire luxembourgeois. Aperçu et tendances. In Luxembourg Centre for Educational Testing (LUCET), Université du Luxembourg, Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques (Ed.), *Rapport national sur l'éducation au Luxembourg 2018*.

Leung, R. K., Toumbourou, J. W., & Hemphill, S. A. (2014). The effect of peer influence and selection processes on adolescent alcohol use: A systematic review of longitudinal studies. *Health Psychology Review*, *8*(4), 426–457. https://doi.org/10.1080/17437199.2011.587961

Lintonen, T., Karlsson, T., Nevalainen, J., & Konu, A. (2013). Alcohol policy changes and trends in adolescent drinking in Finland from 1981 to 2011. *Alcohol and Alcoholism*, *48*(5), 620–626. https://doi.org/10.1093/alcalc/agt048

Liu, Y., Lintonen, T., Tynjälä, J., Villberg, J., Välimaa, R., Ojala, K., & Kannas, L. (2018). Socioeconomic differences in the use of alcohol and drunkenness in adolescents: Trends in the Health Behaviour in School-aged Children

study in Finland 1990-2014. *Scandinavian Journal of Public Health*, *46*(1), 102–111. https://doi.org/10.1177/1403494816684118

Loy, J. K., Seitz, N.-N., Bye, E. K., Raitasalo, K., Soellner, R., Törrönen, J., & Kraus, L. (2021). Trends in alcohol consumption among adolescents in Europe: Do changes occur in concert? *Drug and Alcohol Dependence*, *228*, 109020. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109020

Marques, P., Piqueras, L., & Sanz, M.-J. (2021). An updated overview of e-cigarette impact on human health. *Respiratory Research*, *22*(1), 151. https://doi.org/10.1186/s12931-021-01737-5

McCoy, S. S., Dimler, L. M., Samuels, D. V., & Natsuaki, M. N. (2019). Adolescent Susceptibility to Deviant Peer Pressure: Does Gender Matter? *Adolescent Research Review*, *4*(1), 59–71. https://doi.org/10.1007/s40894-017-0071-2

McCracken, K. A., & Loveless, M. (2014). Teen pregnancy: An update. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, *26*(5), 355–359. https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000102

Monshouwer, K., van Dorsselaer, S., van Os, J., Drukker, M., Graaf, R. de, Bogt, T. ter, Verdurmen, J., & Vollebergh, W. (2007). Ethnic composition of schools affects episodic heavy drinking only in ethnic-minority students. *Addiction*, *102*(5), 722–729. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01760.x

Moor, I., Kuipers, M. A. G., Lorant, V., Pförtner, T.-K., Kinnunen, J. M., Rathmann, K., Perelman, J., Alves, J., Robert, P.-O., Rimpelä, A., Kunst, A. E., & Richter, M. (2019). Inequalities in adolescent self-rated health and smoking in Europe: Comparing different indicators of socioeconomic status. *J Epidemiol Community Health*, *73*(10), 963–970. https://doi.org/10.1136/jech-2018-211794

Moor, I., Rathmann, K., Lenzi, M., Pförtner, T.-K., Nagelhout, G. E., Looze, M. de, Bendtsen, P., Willemsen, M., Kannas, L., Kunst, A. E., & Richter, M. (2015). Socioeconomic inequalities in adolescent smoking across 35 countries: A multilevel analysis of the role of family, school and peers. *European Journal of Public Health*, *25*(3), 457–463. https://doi.org/10.1093/eurpub/cku244

Moseson, H., Mahanaimy, M., Dehlendorf, C., & Gerdts, C. (2019). "...Society is, at the end of the day, still going to stigmatize you no matter which way": A qualitative study of the impact of stigma on social support during unintended pregnancy in early adulthood. *PLOS ONE*, *14*(5), e0217308. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217308

Newton, N. C., Champion, K. E., Slade, T., Chapman, C., Stapinski, L., Koning, I., Tonks, Z., & Teesson, M. (2017). A systematic review of combined student- and parent-based programs to prevent alcohol and other drug use among adolescents. *Drug and Alcohol Review*, *36*(3), 337–351. https://doi.org/10.1111/dar.12497

O'Brien, D., Long, J., Quigley, J., Lee, C., McCarthy, A., & Kavanagh, P. (2021). Association between electronic cigarette use and tobacco cigarette smoking initiation in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, *21*(1), 954. https://doi.org/10.1186/s12889-021-10935-1

Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Blackwell.

Olweus, D. (1996). Bullying at School: Knowledge Base and an Effective Intervention Programa. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *794*(1), 265–276. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1996.tb32527.x

Pabilonia, S. W. (2017). Teenagers' risky health behaviors and time use during the great recession. *Review of Economics of the Household*, *15*(3), 945–964. https://doi.org/10.1007/s11150-015-9297-6

Paúl, J. de, & Domenech, L. (2000). Childhood history of abuse and child abuse potential in adolescent mothers: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, *24*(5), 701–713. https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00124-1

Perikleous, E. P., Steiropoulos, P., Paraskakis, E., Constantinidis, T. C., & Nena, E. (2018). E-Cigarette Use Among Adolescents: An Overview of the Literature and Future Perspectives. *Frontiers in Public Health*, *6*, 86. https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00086

Pfeifer, J. H., & Allen, N. B. (2021). Puberty Initiates Cascading Relationships Between Neurodevelopmental, Social, and Internalizing Processes Across Adolescence. *Biological Psychiatry*, *89*(2), 99–108. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.09.002

Pisani, R. L. (1983). International Efforts to Reform Cannabis Laws. *Journal of Drug Issues*, *13*(4), 401–415. https://doi.org/10.1177/002204268301300403

Reitsma, M. B., Kendrick, P. J., Ababneh, E., Abbafati, C., Abbasi-Kangevari, M., Abdoli, A., Abedi, A., Abhilash, E. S., Abila, D. B., Aboyans, V., Abu-Rmeileh, N. M. E., Adebayo, O. M., Advani, S. M., Aghaali, M., Ahinkorah, B. O., Ahmad, S., Ahmadi, K., Ahmed, H., Aji, B., . . . Gakidou, E. (2021). Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*, *397*(10292), 2337–2360. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01169-7

Richter, M., Vereecken, C. A., Boyce, W., Maes, L., Gabhainn, S. N., & Currie, C. E. (2009). Parental occupation, family affluence and adolescent health behaviour in 28 countries. *International Journal of Public Health*, *54*(4), 203–212. https://doi.org/10.1007/s00038-009-8018-4

Riehm, K. E., Feder, K. A., Tormohlen, K. N., Crum, R. M., Young, A. S., Green, K. M., Pacek, L. R., La Flair, L. N., & Mojtabai, R. (2019). Associations Between Time Spent Using Social Media and Internalizing and Externalizing Problems Among US Youth. *JAMA Psychiatry*, *76*(12), 1266–1273. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2325

Riva Crugnola, C., Ierardi, E., Bottini, M., Verganti, C., & Albizzati, A. (2019). Childhood experiences of maltreatment, reflective functioning and attachment in adolescent and young adult mothers: Effects on mother-infant interaction and emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, *93*, 277–290. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.024

Rivers, I., & Smith, P. K. (1994). Types of bullying behaviour and their correlates. *Aggressive Behavior*, *20*(5), 359–368. https://doi.org/10.1002/1098-2337(1994)20:5<359::AID-AB2480200503>3.0.CO;2-J

Rocca, G., Verde, A., & Gatti, U. (2019). Impact of Alcohol and Cannabis Use on Juvenile Delinquency: Results from an International Multi-City Study (ISRD3). *European Journal on Criminal Policy and Research*, *25*(3), 259–271. https://doi.org/10.1007/s10610-019-09413-7

Rom, O., Pecorelli, A., Valacchi, G., & Reznick, A. Z. (2015). Are E-cigarettes a safe and good alternative to cigarette smoking? *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1340*(1), 65–74. https://doi.org/10.1111/nyas.12609

Roman Lay, A. A., Fujimori, E., Simões Duarte, L., & Vilela Borges, A. L. (2021). Prevalence and correlates of early sexual initiation among Brazilian adolescents. *PLOS ONE*, *16*(12), e0260815. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260815

Schlegel, A., & Barry, H. (1991). *Adolescence: an anthropological inquiry*. Free Press. https://hraf.yale.edu/ehc/documents/898

Shannon, C. L., & Klausner, J. D. (2018). The growing epidemic of sexually transmitted infections in adolescents: A neglected population. *Current Opinion in Pediatrics*, *30*(1), 137–143. https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000578

SmithBattle, L., & Freed, P. (2016). Teen Mothers' Mental Health. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, *41*(1), 31-6; quiz E3-4. https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000198

Soneji, S., Barrington-Trimis, J. L., Wills, T. A., Leventhal, A. M., Unger, J. B., Gibson, L. A., Yang, J., Primack, B. A., Andrews, J. A., Miech, R. A., Spindle, T. R., Dick, D. M., Eissenberg, T., Hornik, R. C., Dang, R., & Sargent, J. D. (2017). Association Between Initial Use of e-Cigarettes and Subsequent Cigarette Smoking Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, *171*(8), 788–797. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1488

Spear, L. P. (2010). *The behavioral neuroscience of adolescence*. W.W. Norton.

Spear, L. P. (2018). Effects of adolescent alcohol consumption on the brain and behaviour. *Nature Reviews. Neuroscience*, *19*(4), 197–214. https://doi.org/10.1038/nrn.2018.10

Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, *9*(2), 69–74. https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.005

Tehrani, H., Rajabi, A., Ghelichi-Ghojogh, M., Nejatian, M., & Jafari, A. (2022). The prevalence of electronic cigarettes vaping globally: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Public Health*, *80*(1), 240. https://doi.org/10.1186/s13690-022-00998-w

Trimpop, R. M. (1994). *The Psychology of Risk Taking Behavior. Advances in Psychology: v. 107*. Elsevier Science.

Turi, E., Merga, B. T., Fekadu, G., & Abajobir, A. A. (2020). Why Too Soon? Early Initiation of Sexual Intercourse Among Adolescent Females in Ethiopia: Evidence from 2016 Ethiopian Demographic and Health Survey. *International Journal of Women's Health*, *12*, 269–275. https://doi.org/10.2147/IJWH.S244621

van den Eijnden, R. J., Lemmens, J. S., & Valkenburg, P. M. (2016). The Social Media Disorder Scale. *Computers in Human Behavior*, *61*, 478–487. https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.03.038

van Lieshout, R. J., Savoy, C. D., Boyle, M. H., Georgiades, K., Jack, S. M., Niccols, A., Whitty, H., & Lipman, E. L. (2020). The Mental Health of Young Canadian Mothers. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *66*(4), 464–469. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.10.024

Vashishtha, R., Livingston, M., Pennay, A., Dietze, P., MacLean, S., Holmes, J., Herring, R., Caluzzi, G., & Lubman, D. I. (2020). Why is adolescent drinking declining? A systematic review and narrative synthesis. *Addiction Research & Theory*, *28*(4), 275–288. https://doi.org/10.1080/16066359.2019.1663831

Vasilenko, S. A. (2017). Age-varying associations between nonmarital sexual behavior and depressive symptoms across adolescence and young adulthood. *Developmental Psychology*, *53*(2), 366–378. https://doi.org/10.1037/dev0000229

Volkow, N. D., Swanson, J. M., Evins, A. E., DeLisi, L. E., Meier, M. H., Gonzalez, R., Bloomfield, M. A. P., Curran, H. V., & Baler, R. (2016). Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. *JAMA Psychiatry*, *73*(3), 292–297. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.3278

Warner, K. E. (2019). How to Think-Not Feel-about Tobacco Harm Reduction. *Nicotine & Tobacco Research*, *21*(10), 1299–1309. https://doi.org/10.1093/ntr/nty084

Warren-Adamson, C., & Coleman, J. C. (1992). Youth policy in the 1990s: The way forward. *04150583*. https://research.brighton.ac.uk/en/publications/youth-policy-in-the-1990s-the-way-forward

Williams, M., Villarreal, A., Bozhilov, K., Lin, S., & Talbot, P. (2013). Metal and silicate particles including nanoparticles are present in electronic cigarette cartomizer fluid and aerosol. *PLOS ONE*, *8*(3), e57987. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057987

Wills, T. A., Knight, R., Williams, R. J., Pagano, I., & Sargent, J. D. (2015). Risk factors for exclusive e-cigarette use and dual e-cigarette use and tobacco use in adolescents. *Pediatrics*, *135*(1), e43-51. https://doi.org/10.1542/peds.2014-0760

Woods, H. C., & Scott, H. (2016). #sleepyteens: Social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem. *Journal of Adolescence*, 51, 41–49. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.05.008

World Health Organization (Ed.). (2016). *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*. World Health Organization.

World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639

World Health Organization. (2021). *Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021: Accountability for the global health sector strategies 2016–2021: Actions for impact*. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/341412

World Health Organization, & United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2021). *Making every school a health-promoting school – Global standards and indicators*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240025059

Worthman, C. M., & Trang, K. (2018). Dynamics of body time, social time and life history at adolescence. *Nature*, 554(7693), 451–457. https://doi.org/10.1038/nature25750

Wu, L.-T., & Ringwalt, C. L. (2006). Use of alcohol treatment and mental health services among adolescents with alcohol use disorders. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 57(1), 84–92. https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.1.84

Zhu, G., & Bosma, A. K. (2019). Early sexual initiation in Europe and its relationship with legislative change: A systematic review. *International Journal of Law, Crime and Justice*, 57, 70–82. https://doi.org/10.1016/j.ijlcj.2019.03.001

Liste der Abbildungen

Abbildung 1: Kategorisierung des Alkoholkonsums nach Lebenszeit und letztem Monat 4
Abbildung 2: Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums in Abhängigkeit von Alter, familiärem Wohlstand und Schultyp 5
Abbildung 3: Kategorisierung der Trunkenheit nach Lebenszeit und letztem Monat 6
Abbildung 4: Lebenszeitprävalenz der Trunkenheit in Abhängigkeit von Alter, familiärem Wohlstand und Schultyp 7
Abbildung 5: Kategorisierung von Tabakrauchende nach Lebenszeit und letztem Monat 8
Abbildung 6: Lebenszeitprävalenz von Tabakrauchenden in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, familiärem Wohlstand und Schultyp 9
Abbildung 7: Lebenszeitprävalenz der E-Zigaretten-Rauchenden in Abhängigkeit von Alter und Familienstruktur 11
Abbildung 8: Prävalenz von E-Zigaretten-Rauchenden im letzten Monat in Abhängigkeit von Geschlecht und Migrationshintergrund 12
Abbildung 9: Kategorisierung des Cannabiskonsums nach Lebenszeit und letztem Monat 14
Abbildung 10: Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in Abhängigkeit von Alter, familiärem Wohlstand und Schultyp 14
Abbildung 11: Alter beim ersten Cannabiskonsum in Abhängigkeit von familiärem Wohlstand und Schultyp 15
Abbildung 12: Cannabisakzeptanz von Freunden in Abhängigkeit von Alter, familiärem Wohlstand und Schultyp 16
Abbildung 13: Cannabisakzeptanz von Eltern in Abhängigkeit von Alter, Familienstruktur und Schultyp 17
Abbildung 14: Cannabisakzeptanz in Abhängigkeit von Alter, Familienstruktur und Schultyp 18
Abbildung 15: Prävalenz des Geschlechtsverkehrs bei Jugendlichen in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter und Schultyp 20
Abbildung 16: Alter beim ersten Geschlechtsverkehr in Abhängigkeit von Geschlecht, Migrationshintergrund und Schultyp 21
Abbildung 17: Verwendung der Antibabypille in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund 22
Abbildung 18: Kondom-Gebrauch in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter 23
Abbildung 19: Problematische Nutzung sozialer Medien in Abhängigkeit von Geschlecht, familiärem Wohlstand und Schultyp 25
Abbildung 20: Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person in der Schule in Abhängigkeit von Geschlecht und Schultyp 27
Abbildung 21: Einschätzung von Mobbing in der Schule in Abhängigkeit von Geschlecht, Migrationshintergrund und Schultyp 28
Abbildung 22: Einschätzung von Cybermobbing in Abhängigkeit von Alter und Schultyp 28
Abbildung 23: Teilnahme an Schlägereien in Abhängigkeit von Geschlecht und Schultyp 30
Abbildung 24: Trends der Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person 31

Abbildung 25: Mittelwert des Wohlbefindens in Abhängigkeit von der Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person 34
Abbildung 26: Mittelwert des Wohlbefindens in Abhängigkeit von der Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person und Schultyp 35
Abbildung 27: Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 43
Abbildung 28: Prävalenz des Alkoholkonsums im letzten Monat in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 45
Abbildung 29: Lebenszeitprävalenz der Trunkenheit in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 47
Abbildung 30: Prävalenz der Trunkenheit im letzten Monat in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 49
Abbildung 31: Lebenszeitprävalenz der Tabakrauchenden in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 51
Abbildung 32: Prävalenz der Tabakrauchenden im letzten Monat in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 53
Abbildung 33: Lebenszeitprävalenz der Rauchenden von E-Zigaretten in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 55
Abbildung 34: Prävalenz von Rauchenden von E-Zigaretten im letzten Monat in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 57
Abbildung 35: Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 59
Abbildung 36: Prävalenz des Cannabiskonsum im letzten Monat in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 61
Abbildung 37: Alter beim ersten Cannabiskonsums in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 63
Abbildung 38: Cannabisakzeptanz von Freunde in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 65
Abbildung 39: Cannabisakzeptanz von Eltern in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 67
Abbildung 40: Cannabisakzeptanz in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 69
Abbildung 41: Prävalenz des Geschlechtsverkehrs bei Jugendlichen in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 71
Abbildung 42: Alter beim ersten Geschlechtsverkehr in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 73
Abbildung 43: Verwendung der Antibabypille in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 75
Abbildung 44: Kondomnutzung in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 77
Abbildung 45: Problematische Nutzung sozialer Medien in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 79
Abbildung 46: Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person in der Schule in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 81
Abbildung 47: Erfahrung mit Cyber-Mobbing als gemobbte Person in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 83
Abbildung 48: Erfahrung mit Mobbing als Täter oder Täterin in der Schule in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 85
Abbildung 49: Erfahrung mit Cybermobbing als Täter oder Täterin in Abhängigkeit von ach soziodemografischen Gruppen 87
Abbildung 50: Körperliche Auseinandersetzungen in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 89

Liste der Tabellen

Tabelle 1: Binomiale logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage von Mobbing 33
Tabelle 2: Klasseninterner Korrelationskoeffizient (ICC) 33
Tabelle 3: Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 44
Tabelle 4: Prävalenz des Alkoholkonsums im letzten Monat in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 46
Tabelle 5: Lebenszeitprävalenz der Trunkenheit in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 48
Tabelle 6: Prävalenz der Trunkenheit im letzten Monat in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 50
Tabelle 7: Lebenszeitprävalenz der Tabakrauchenden in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 52
Tabelle 8: Prävalenz der Tabakrauchenden im letzten Monat in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 54
Tabelle 9: Lebenszeitprävalenz der Rauchenden von E-Zigaretten in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 56
Tabelle 10: Prävalenz von Rauchenden von E-Zigaretten im letzten Monat in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 58
Tabelle 11: Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 60
Tabelle 12: Prävalenz des Cannabiskonsum im letzten Monat in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 62
Tabelle 13: Alter beim ersten Cannabiskonsums in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 64
Tabelle 14: Cannabisakzeptanz von Freunde in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 66
Tabelle 15: Cannabisakzeptanz von Eltern in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 68
Tabelle 16: Cannabisakzeptanz in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 70
Tabelle 17: Prävalenz des Geschlechtsverkehrs bei Jugendlichen in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 72
Tabelle 18: Alter beim ersten Geschlechtsverkehr in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 74
Tabelle 19: Verwendung der Antibabypille in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 76
Tabelle 20: Kondomnutzung in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 78
Tabelle 21: Problematische Nutzung sozialer Medien in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 80
Tabelle 22: Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person in der Schule in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 82
Tabelle 23: Erfahrung mit Cybermobbing als gemobbte Person in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 84
Tabelle 24: Erfahrung mit Mobbing als Täter oder Täterin in der Schule in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 86
Tabelle 25: Erfahrung mit Cybermobbing als Täter oder Täterin in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 88
Tabelle 26: Körperliche Auseinandersetzungen in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 90
Tabelle 27: Mittelwert des WHO-5-Indexes in Abhängigkeit von den gemobbten Personen 91
Tabelle 28: Vergleich der Mittelwerte des WHO-5 *Well-being Index* in Abhängigkeit von Schultyp 91

Abkürzungen

EF	*Enseignement Fondamental*
ESC	*Enseignement Secondaire Classique*
ESG	*Enseignement Secondaire Général*
FAS	*Family Affluence Scale*
FP	*Formation Professionnelle*
HBSC	*Health Behaviour in School-aged Children* (Studie/Umfrage)
SCRIPT	*Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques*
VO	*Voie d'orientation*
VP	*Voie de préparation*
WHO	World Health Organization

Berichte über die HBSC-Umfrage 2022 in Luxemburg

Dieser Bericht ist Teil einer Reihe von 5 thematischen Berichten, die auf der HBSC- Umfrage 2022 basieren:

- Mentale Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen im Schulalter in Luxemburg
- Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen im Schulalter in Luxemburg
- Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen im Schulalter in Luxemburg
- Sozialer Kontext von Kindern und Jugendlichen im Schulalter in Luxemburg
- Auswirkungen von COVID-19 und Tendenzen 2006 – 2022 in der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Schulalter in Luxemburg

Die Berichte sind auf Englisch, Französisch und Deutsch verfügbar und können von der Website www.hbsc.lu. heruntergeladen werden. Ein methodologischer Bericht und eine interaktive Visualisierung der Daten von 2006 bis 2022 sind ebenfalls auf der Website verfügbar.

Bericht über die HBSC-Umfrage 2022 in Luxemburg

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC)

Dieser Bericht enthält Informationen über Risikoverhaltensweisen bei Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren an öffentlichen und privaten Schulen in Luxemburg, deren Unterricht auf dem nationalen Lehrplan von 2022 basiert.

Die Prävalenz der meisten Risikoverhaltensweisen ist seit 2018 in den meisten Bereichen zurückgegangen oder stabil geblieben. Die Prävalenz von Cannabiskonsumenten und problematischen Nutzern sozialer Medien hat im gleichen Zeitraum jedoch zugenommen. Insgesamt zeigten sich bei Alter, Familienstruktur und Schulform die größten Unterschiede. Je älter die Befragten waren, desto höher war die Wahrscheinlichkeit, dass sie ein Risikoverhalten an den Tag legten. Dieses Altersmuster spiegelte sich nur teilweise in der Beziehung zwischen solchen Verhaltensweisen und der besuchten Schulform wider. In den meisten Fällen wurden Unterschiede zwischen ESG- und ESC-Schüler und -Schülerinnen festgestellt. Schüler und Schülerinnen der *Formation professionnelle* an den ESG wiesen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, sich risikoreich zu verhalten, als Schüler und Schülerinnen anderer Schulformen. Das Zusammenleben mit den Eltern spielte in den meisten Fällen eine schützende Rolle vor Risikoverhaltensweisen. Das Geschlecht, der Migrationshintergrund und der familiäre Wohlstand hängen weniger systematisch mit Risikoverhaltensweisen zusammen als das Alter, die Familienstruktur und die Schulform.

In diesem Bericht wird die Erfahrung mit Mobbing als gemobbte Person in der Schule näher untersucht. Geschlecht, Familienstruktur und Schultyp sind die Faktoren, die mit Mobbing in Verbindung stehen. Darüber hinaus wiesen, mit Ausnahme von Schülern und Schülerinnen im ESG *Voie de préparation* (hier wurde kein signifikanter Unterschied festgestellt), Jugendliche, die nicht gemobbt worden waren, ein höheres Wohlbefinden auf als Jugendliche, die gemobbt worden waren.

University of Luxembourg
Campus Belval
Maison de Sciences Humaines
11, Porte des Sciences
L-4366 Esch-sur-Alzette

www.hbsc.lu