hbsc
HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN
LËTZEBUERG / LUXEMBOURG

Mentale Gesundheit und Wohlbefinden 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

Mentale Gesundheit und Wohlbefinden 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
Caroline Residori

Bibliographische Angaben:

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

© Universität Luxemburg und Autoren; Dezember 2023

ISBN: 978-2-87971-193-5

Gedruckt von: reka print+, Ehlerange, Luxemburg

Inhalt

Mitwirkende VII
Autoren VII
Team HBSC Luxemburg VII
Danksagung IX
Zusammenfassung XI
Mentale Gesundheit und Wohlbefinden 1
Lebenszufriedenheit 4
Psychosomatische Gesundheitsbeschwerden 8
Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands 11
Wohlbefinden und Depression 13
Wohlbefinden 13
Depression 14
Ängste 16
Einsamkeit 19
Selbstwirksamkeit 21
Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit 24
Einleitung 24
Methode 25
Ergebnisse und Diskussion 26
Schlussfolgerungen und Perspektiven 29
Anhang 33
Literaturverzeichnis 59
Liste der Abbildungen 65
Liste der Tabellen 67
Abkürzungen 69

Mitwirkende

Autoren

Dr. Carolina Catunda	Oberassistent, Universität Luxemburg
Dr. Felipe G Mendes	Postdoktorand, Universität Luxemburg
Joana Lopes Ferreira, M.Sc.	Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Universität Luxemburg
Dr. Caroline Residori	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 dokumentiert die Ergebnisse der HBSC-Umfrage (*Health Behaviour in School-aged Children*) in Luxemburg 2022 zu mentaler Gesundheit und Wohlbefinden. Er umfasst insgesamt 7 893 Schüler im Alter von 11 bis 18 Jahren und liefert umfassende Informationen zu den folgenden Indikatoren für mentale Gesundheit und Wohlbefinden: Lebenszufriedenheit, psychosomatische Gesundheitsbeschwerden, Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands, Wohlbefinden, Depression, Angstsymptome, Einsamkeit und Selbstwirksamkeit.

Lebenszufriedenheit

Die Lebenszufriedenheit ist eine kognitive Komponente des subjektiven Wohlbefindens von Jugendlichen. 28,7 % der Jugendlichen in Luxemburg gaben eine hohe Zufriedenheit mit ihrer Lebenssituation an. Diese Prävalenz nimmt jedoch mit dem Alter ab. Außerdem gaben Mädchen eine geringere Zufriedenheit mit ihrer Lebenssituation an als Jungen. Unabhängig von ihrem Migrationshintergrund waren Jugendliche mit geringerem familiären Wohlstand diejenigen mit der niedrigsten Lebenszufriedenheit. Darüber hinaus gaben Jugendliche, die mit beiden Elternteilen zusammenleben, eine höhere Lebenszufriedenheit an als Jugendliche in anderen Familienstrukturen.

Psychosomatische Gesundheitsbeschwerden

Psychosomatische Gesundheitsbeschwerden äußern sich durch eine Vielzahl von Symptomen, die das Leben erheblich beeinträchtigen können. Sie reichen von typischen somatischen Symptomen wie Kopf- und Rückenschmerzen bis hin zu psychologisch bedingten Symptomen wie Traurigkeit und Angstgefühlen. Die am häufigsten auftretende Gesundheitsbeschwerde war Reizbarkeit oder schlechte Laune, die 35,2 % der Jugendlichen mindestens mehr als einmal pro Woche verspürten, dicht gefolgt von Nervosität, die bei 34,9 % der Jugendlichen mehr als einmal pro Woche auftrat. Im Vergleich dazu war 57,1 % der Schülerinnen und Schüler selten oder nie schwindlig. Insgesamt gaben 48,8 % der befragten Jugendlichen multiple Gesundheitsbeschwerden an. Diese Prävalenz war bei den Mädchen (62,3 %) deutlich höher als bei den Jungen (35,4 %).

Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands

Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands bietet einen ganzheitlichen Überblick über die Gesundheit. Die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit durch den Einzelnen korreliert mit körperlichen Aspekten, Gesundheitsverhalten, sozialer Unterstützung und soziodemografischen Variablen. 43,1 % der Jungen schätzen ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet ein, bei den Mädchen sind es im Vergleich dazu 29,1 %. Bei Mädchen im Alter von 11 bis 12 Jahren ist ein deutlicher Rückgang der Prävalenz eines ausgezeichneten Gesundheitszustands gegenüber den anderen Altersgruppen festzustellen. Bei den Jungen ist zwar ein Rückgang mit zunehmendem Alter festzustellen, signifikant sind allerdings nur die Unterschiede zwischen den Gruppen der 11- bis 12-Jährigen und der 17- bis 18-Jährigen.

Wohlbefinden und Depression

Wohlbefinden bezieht sich auf das Vorhandensein von positiven und das Fehlen von negativen Affekten. Jungen gaben ein höheres Wohlbefinden an als Mädchen, und das Wohlbefinden nimmt mit dem Alter ab. Was Depressionen betrifft, so ergaben unsere Daten, dass 20,8 % unserer Teilnehmenden depressionsgefährdet waren, wobei die

Prävalenz bei Mädchen (28,0 %) höher war als bei Jungen (13,5 %). Bei beiden Geschlechtern scheint die Prävalenz von Depressionen mit dem Alter zuzunehmen.

Ängste

Angst oder Furcht können eine normale Reaktion auf eine Bedrohung sein. Wenn dieses Gefühl jedoch anhaltend ist und das tägliche Leben beeinträchtigt, kann es als ungesunde Reaktion und ggf. als Angststörung betrachtet werden. 34,1 % der befragten Jugendlichen wiesen mittlere bis starke Angstsymptome auf. Diese traten bei Mädchen (44,7 %) häufiger auf als bei Jungen (23,4 %). Die Prävalenz von Angstsymptome steigt mit dem Alter und ist bei Jugendlichen aus Familien mit geringem Wohlstand höher.

Einsamkeit

Einsamkeit bezieht sich auf einen Zustand, in dem eine Person weniger soziale Beziehungen hat als gewünscht. Laut unseren Ergebnissen haben sich 18,2 % der Jugendlichen im vergangenen Jahr meistens oder immer einsam gefühlt. Mädchen fühlten sich häufiger einsam als Jungen (24,1 % bzw. 12,0 %). Zudem zeigen die Ergebnisse, dass die Einsamkeit mit dem Alter zunimmt (11 bis 12 Jahre: 10,3 %; 17 bis 18 Jahre: 23,7 %) und dass sich Jugendliche mit geringerem familiärem Wohlstand eher einsam fühlen als ihre Altersgenossen mit hohem Status.

Selbstwirksamkeit

Die allgemeine Selbstwirksamkeit bezieht sich auf die Überzeugung des Einzelnen, eine schwierige Situation aus eigener Kraft bewältigen zu können. Mädchen berichteten in allen Altersgruppen über eine geringere Selbstwirksamkeit als Jungen, allerdings war der Unterschied in der Gruppe der 13- bis 16-Jährigen besonders groß. Im Laufe des Heranwachsens zeigen Jungen nur geringe oder gar keine Veränderungen in ihrer wahrgenommenen Selbstwirksamkeit, während bei Mädchen im Alter von 13 Jahren (M = 6,69) ein signifikanter Rückgang verzeichnet wird, gefolgt von einem anschließenden Anstieg bis zum Alter von 16 Jahren (M = 7,02).

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit

In Luxemburg wurden seit der ersten HBSC-Umfrage im Jahr 2006 geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit festgestellt. Seitdem weisen Jungen systematisch eine höhere Lebenszufriedenheit auf als Mädchen, wobei der größte Unterschied im Jahr 2022 zu verzeichnen war. Auch in anderen Bereichen der mentalen Gesundheit und des Wohlbefindens wurde ein geschlechtsspezifisches Gefälle festgestellt, z. B. bei Ängsten und Einsamkeit. Dementsprechend wurde der Einfluss des Geschlechts auf die Lebenszufriedenheit weiter untersucht. Bei der Prüfung anderer soziodemografischer Faktoren (Alter, familiärer Wohlstand, Familienstruktur und Migration) wurde ein signifikanter Einfluss des Geschlechts festgestellt. Unter Berücksichtigung zusätzlicher psychosozialer Faktoren (multiple Gesundheitsbeschwerden, Angst, Einsamkeit, Selbstwirksamkeit, Unterstützung durch Familie und Freunde) hob sich dieser geschlechtsspezifische Effekt jedoch auf. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in der Lebenszufriedenheit auf geschlechtsspezifische Unterschiede bei psychosozialen und sozialen Unterstützungsfaktoren zurückzuführen sind. Nach Geschlechtern aufgeschlüsselt zeigen die Ergebnisse außerdem, dass sich nur das Alter unterschiedlich auf die Beziehung zwischen Geschlecht und Lebenszufriedenheit auswirkt: Ein Rückgang der Lebenszufriedenheit tritt bei Jungen später ein als bei Mädchen. Der Einfluss aller anderen untersuchten Einflusswerte auf die Lebenszufriedenheit wies keine geschlechtsspezifischen Abweichungen auf.

Schlussfolgerungen und Perspektiven

Zwar ist die mentale Gesundheit der Jugendlichen seit 2006 relativ stabil geblieben, allerdings haben sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede inzwischen deutlich vergrößert. Jungen berichteten in jedem der untersuchten Bereiche über ein besseres Niveau der mentalen Gesundheit und des Wohlbefindens als Mädchen, wobei es auch erhebliche Altersunterschiede gab. Auch der familiäre Wohlstand und die Familienzusammensetzung scheinen eine Rolle zu spielen: Jugendliche mit höherem Wohlstand und Jugendliche, die mit beiden Elternteilen zusammenleben, berichten über eine bessere mentale Gesundheit und ein besseres Wohlbefinden als ihre Altersgenossen. Dementsprechend sollte das Angebot an Programmen zur mentalen Gesundheit diversifiziert und erweitert werden.

Mentale Gesundheit und Wohlbefinden

Mentale Gesundheit und Wohlbefinden

Positive mentale Gesundheit und Wohlbefinden sind eine wesentliche Voraussetzung für ein erfülltes Leben, die Entfaltung des vollen Potenzials, eine produktive Teilhabe an der Gesellschaft und die Resilienz gegenüber Stress und Widrigkeiten (World Health Organization, 2021). Daher definiert die WHO Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen, sondern auch als einen Zustand des umfassenden körperlichen, mentalen und sozialen Wohlbefindens (World Health Organization, 1948). Die Vereinten Nationen unterstreichen die Bedeutung einer positiven mentalen Gesundheit durch die Aufnahme der Förderung von positiver mentaler Gesundheit und Wohlbefinden in die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung (United Nations, 2016). Das Wohlbefinden von Jugendlichen ist dabei besonders wichtig, da die Jugend die Grundlage für das körperliche, kognitive, emotionale, soziale und wirtschaftliche Wohlergehen im Erwachsenenalter bildet.

Im Jahr 2022 nahmen 9 432 Schülerinnen und Schüler aus 688 Klassen und 152 Schulen in Luxemburg während der Schulzeit an einer anonymisierten papierbasierten Umfrage teil. Der vorliegende Bericht umfasst insgesamt 7 893 Schüler im Alter von 11 bis 18 Jahren, die öffentliche und private Schulen in Luxemburg besuchen, deren Unterricht auf dem nationalen Lehrplan basiert.[1] Ziel ist es, einen Überblick über die Situation der mentalen Gesundheit und des Wohlbefindens von Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren im Jahr 2022 zu geben, wobei der Schwerpunkt auf den folgenden Variablen liegt: Lebenszufriedenheit, multiple Gesundheitsbeschwerden, wahrgenommene Gesundheit, Depression, Angstsymptome, Einsamkeit und Selbstwirksamkeit. Dies ist der erste einer Reihe von Berichten. In den anderen Berichten werden die HBSC-Daten zu anderen Lebensbereichen (z. B. Gesundheits- und Risikoverhalten, soziales Umfeld) vorgestellt. Insgesamt betrachtet werden die HBSC-Berichte für Luxemburg der Öffentlichkeit ein umfassendes Bild der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens von Jugendlichen im Jahr 2022 in Luxemburg vermitteln.

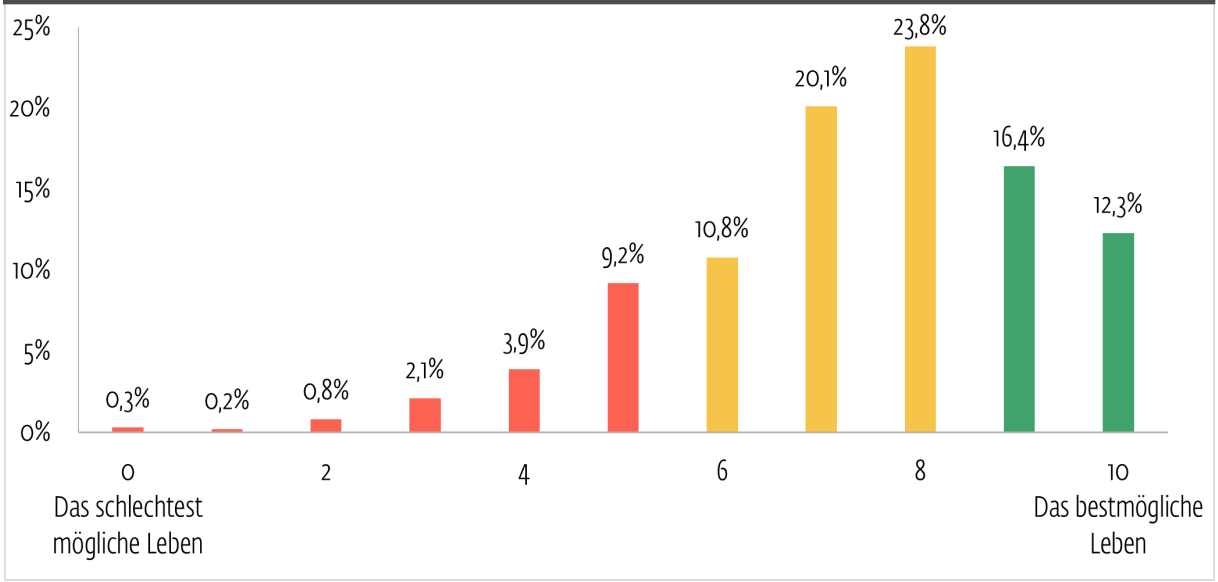
[1] Weitere Informationen zur Bevölkerung finden Sie im Catunda et al. (2023).

Lebenszufriedenheit

Die Lebenszufriedenheit ist eine wichtige Komponente des subjektiven Wohlbefindens von Jugendlichen. Die Befragten wurden gebeten anzugeben, wie zufrieden sie mit ihrem Leben insgesamt sind, was implizit oder explizit verschiedene Aspekte des Lebens einschließt, wie z. B. soziale Integration, Gesundheit und Wohlstand. Die Lebenszufriedenheit ist eine bewusste kognitive Einschätzung des eigenen Lebens, die auf eigenen Werten, Erwartungen und früheren Erfahrungen beruht (Diener, 2012; Pavot & Diener, 1993).

Im Rahmen der HBSC-Studie wird die Lebenszufriedenheit mit der folgenden Frage bewertet: „Dies ist ein Bild einer Leiter. Die oberste Stufe dieser Leiter „10" bedeutet das bestmögliche Leben für dich; die unterste „0" bedeutet das schlechtest mögliche Leben. Wo stehst du auf dieser Leiter, wenn du dein derzeitiges Leben betrachtest?" (Cantril, 1965). Die Antwortkategorien reichen von 0 bis 10. Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Antworten.

Abbildung 1: Antwortverteilung Lebenszufriedenheit (Cantril-Leiter)



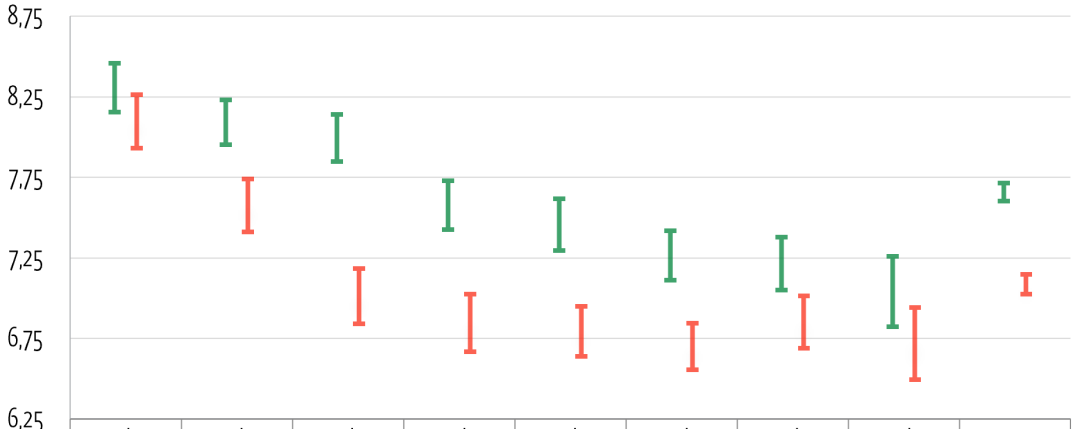
Im Allgemeinen neigen die Befragten dazu, diese Frage eher positiv zu beantworten. Danach gelten die Kategorien 9-10 als Ausdruck einer hohen Lebenszufriedenheit, die Kategorien 6 bis 8 als Ausdruck einer mittleren Lebenszufriedenheit und die Kategorien 0 bis 5 als Ausdruck einer niedrigen Lebenszufriedenheit (Mazur et al., 2018). Mit einem Mittelwert von 7,37 (95 % KI [7,32-7,41]) wird die Lebenszufriedenheit der Jugendlichen in Luxemburg als mittel eingestuft. Genauer gesagt gaben 28,7 % der Befragten eine hohe, 54,7 % eine mittlere und 16,6 % eine niedrige Lebenszufriedenheit an.

Zwar gab die Mehrheit der Befragten im Jahr 2022 eine mittlere oder hohe Lebenszufriedenheit an, allerdings ist letztere im Vergleich zur vorigen Umfrage leicht gesunken. Im Jahr 2018 bewerteten 31,5 % der Befragten die Zufriedenheit mit ihrer Lebenssituation als hoch (ein Rückgang um 2,8 Prozentpunkte) und 13,5 % als niedrig (ein

Anstieg um 3,1 Prozentpunkte; Heinz et al., 2021). In einer anderen luxemburgischen Studie gaben 43 % der Jugendlichen auf die Frage zur Zufriedenheit mit ihrer Lebenssituation während der Pandemie im Vergleich zu vor der Pandemie an, dass diese während der Pandemie abgenommen habe (Kirsch et al., 2022). Unter Berücksichtigung aller Erhebungen von HBSC Luxemburg bleibt die Lebenszufriedenheit jedoch im Zeitverlauf stabil: 2006 gaben 29,9 % eine hohe Lebenszufriedenheit an, 2010 waren es 31,7 %, 2014 28,2 %, 2018 31,5 % (Heinz, van Duin, et al., 2020) und 2022 28,7 % (siehe Abbildung 22 im Anhang).

In den folgenden Abbildungen wurden die Mittelwerte der Lebenszufriedenheit vor dem Hintergrund folgender soziodemografischer Merkmale analysiert: Alter, Geschlecht, familiärer Wohlstand, Migration, Familienstruktur und Schultyp (nähere Informationen finden sich im Anhang –Tabelle 4). Ergänzende Chi-Quadrat-Analysen, aufgeteilt nach Kategorien der Lebenszufriedenheit finden sich im Anhang, Abbildung 22 und Tabelle 3.

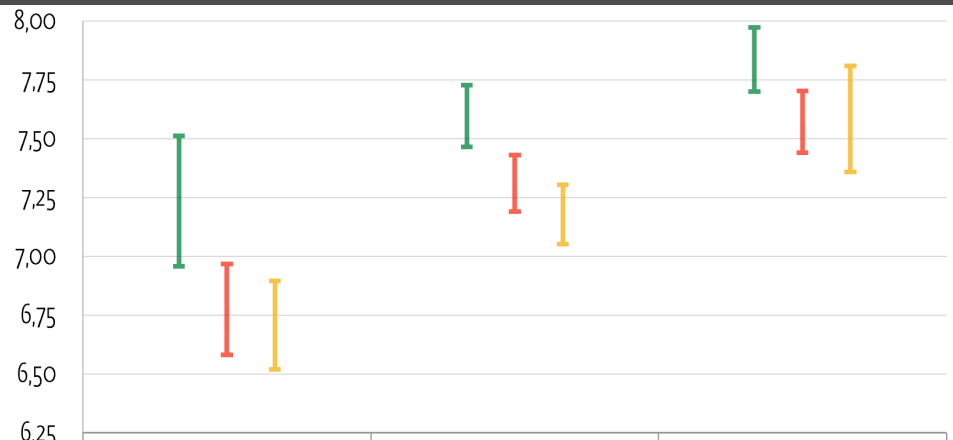
Abbildung 2: Mittelwert der Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht



	11 Jahre	12 Jahre	13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre	17 Jahre	18 Jahre	Insgesamt
Jungen (M)	8,31	8,09	7,99	7,58	7,46	7,26	7,22	7,04	7,66
Mädchen (M)	8,10	7,57	7,01	6,85	6,79	6,70	6,85	6,72	7,09

Wie in Abbildung 2 dargestellt, gaben Mädchen eine geringere Lebenszufriedenheit an als Jungen (M_{JUNGEN} = 7,66; $M_{MÄDCHEN}$ = 7,09; $t(7344) = 13{,}43$; $p < 0{,}001$). Darüber hinaus schien die Lebenszufriedenheit mit dem Alter abzunehmen. Bei der Untersuchung des gemeinsamen Einflusses von Alter und Geschlecht auf die Lebenszufriedenheit zeigt sich jedoch ein geschlechtsspezifisches Muster. Bei Mädchen nimmt die Lebenszufriedenheit im Alter zwischen 11 und 13 Jahren jährlich signifikant ab. Nach dem 13. Lebensjahr ändert sich die Lebenszufriedenheit von Mädchen nicht mehr signifikant. Bei Jungen tritt dieser signifikante Rückgang etwas später, ab einem Alter von 13 Jahren, ein und hält nur ein Jahr an. In einer Längsschnittstudie beobachteten Orben und Kollegen (2022) einen ähnlich starken Rückgang in der frühen Jugend, mit ähnlichen Unterschieden zwischen den Geschlechtern. Darüber hinaus wird in ihrem Verlaufsmodell deutlich, dass sich diese Kluft zwischen den Geschlechtern im späteren Jugendalter schließt (Orben et al., 2022). Ein ähnlicher Trend ist in Luxemburg zu beobachten, wo sich die Unterschiede im späteren Jugendalter verringern und für 18-Jährige kein signifikanter Unterschied mehr zu erkennen ist.

Abbildung 3: Mittelwert der Lebenszufriedenheit Abhängigkeit von familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund



	Niedriger Wohlstand	Mittlerer Wohlstand	Hoher Wohlstand
Keine Migration (M)	7,18	7,63	7,85
Zweite Generation (M)	6,80	7,35	7,58
Erste Generation (M)	6,71	7,18	7,58

Da Migration und familiärer Wohlstand miteinander korrelieren (Catunda et al., 2023), werden sie gemeinsam analysiert. Die Ergebnisse sind in Abbildung 3 dargestellt. Unabhängig vom Migrationshintergrund sind die Befragten mit geringerem familiärem Wohlstand diejenigen mit der niedrigsten Lebenszufriedenheit (*M* = 6,83; 95 % KI [6,71-6,94]). Im Vergleich dazu geben Befragte mit einem höheren familiären Wohlstand eine höhere Lebenszufriedenheit an (*M* = 7,69; 95 % KI [7,61-7,77]). Dies war bereits im Jahr 2018 der Fall, als der internationale HBSC-Bericht zeigte, dass Jugendliche aus wohlhabenden Familien eher mit ihrer Lebenssituation zufrieden waren als Jugendliche aus Familien mit geringem Wohlstand (Inchley et al., 2020; Zaborskis et al., 2022). Eventuell steht dies in Zusammenhang mit der wahrgenommenen familiären Unterstützung und der Familienzusammensetzung (Zaborskis et al., 2022).

Neben Alter, Geschlecht und familiärem Wohlstand hat sich in vielen Ländern die Familienstruktur als wichtiger Faktor für die Lebenszufriedenheit erwiesen (Zaborskis et al., 2022). Wie Abbildung 4 zeigt, sind Befragte, die mit beiden Elternteilen zusammenleben, weitaus zufriedener mit ihrer Lebenssituation (*M* = 7,58; 95 % KI [7,53 - 7,63]) als Befragte in anderen Familienkonstellationen (z. B. $M_{\text{ALLEINERZIEHENDES ELTERNTEIL}}$ = 6,91; 95 % KI [6,81 - 7,01]).

Was den Schultyp betrifft, so müssen die in Abbildung 5 hervorgehobenen Unterschiede unter Berücksichtigung anderer soziodemografischer Variablen interpretiert werden. So ist beispielsweise bei Jugendlichen, die das *Enseignement Fondamental* (EF; M = 8,03; 95% KI [7,95 - 8,11]) besuchen, die Lebenszufriedenheit höher als bei Jugendlichen in anderen Schultypen (z. B. $M_{\text{ESG - CLASSES SUP.}}$ = 6,93; 95 % KI [6,81 - 7,05]). Allerdings handelt es sich hierbei auch um die jüngsten Teilnehmenden (Catunda et al., 2023), sodass diese Unterschiede möglicherweise nur auf das Alter zurückzuführen sind. Ebenso ist der Anteil der Jugendlichen aus wohlhabenden Familien im *Enseignement Secondaire Classique* (ESC) höher als in den anderen Schulformen (Catunda et al., 2023).

Abbildung 4: Mittelwert der Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit von der Familienstruktur

	Beide Elternteile	Alleinerziehende	Stieffamilie	Andere	Insgesamt
Mittelwert	7,58	6,91	7,11	6,70	7,37

Abbildung 5: Mittelwert der Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit vom Schultyp

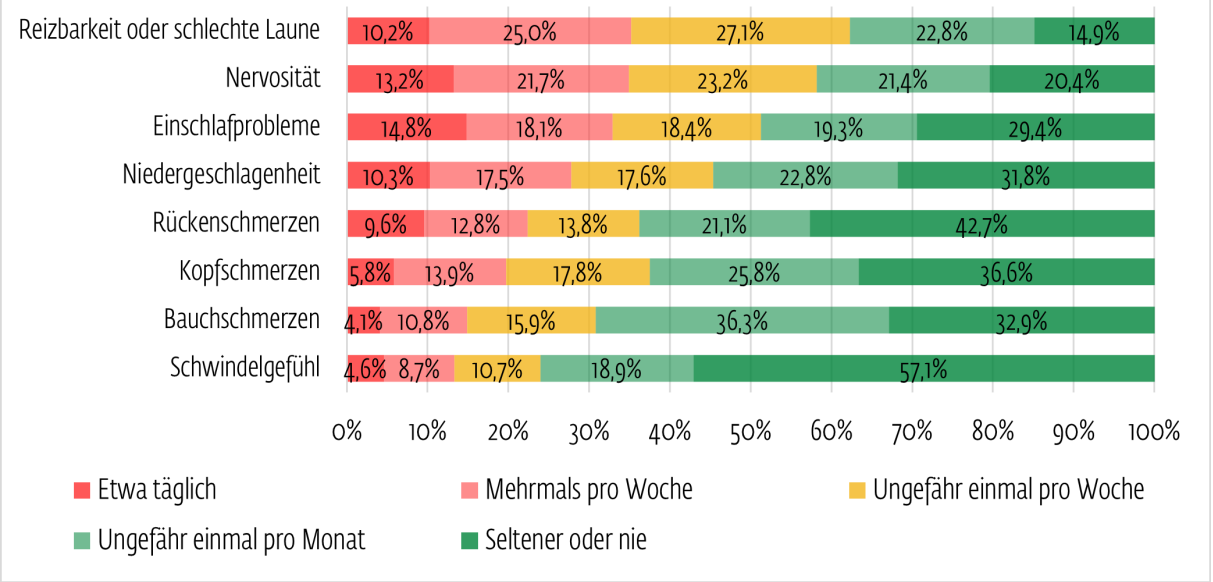
	EF	ESG - classes inf. (VP)	ESG - classes inf. (VO)	ESC - classes inf.	Formation prof.	ESG - classes sup.	ESC - classes sup.
Mittelwert	8,03	7,05	7,14	7,43	6,78	6,93	7,28

Psychosomatische Gesundheitsbeschwerden

Psychosomatische Gesundheitsbeschwerden äußern sich durch eine Vielzahl von Symptomen, die das Leben erheblich beeinträchtigen können. Sie reichen von typischen somatischen Symptomen wie Kopf- und Rückenschmerzen bis hin zu psychologisch bedingten Symptomen wie Traurigkeit und Angstgefühlen. Die Häufigkeit und das mögliche gemeinsame Auftreten von gesundheitlichen Beschwerden gelten als gute Indikatoren für Gesundheit und Wohlbefinden (Eriksen & Ursin, 2004; Svedberg et al., 2013).

In der HBSC-Studie gaben die Befragten an, wie oft sie in den vergangenen sechs Monaten unter den folgenden acht Gesundheitsproblemen gelitten hatten: Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Bauchschmerzen, Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder schlechte Laune, Nervosität, Einschlafprobleme und Schwindelgefühl. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „Etwa täglich" bis „selten oder nie". Die Verteilung der Antworten ist in Abbildung 6 zu sehen.

Abbildung 6: Gesundheitsbeschwerden Antwortverteilung

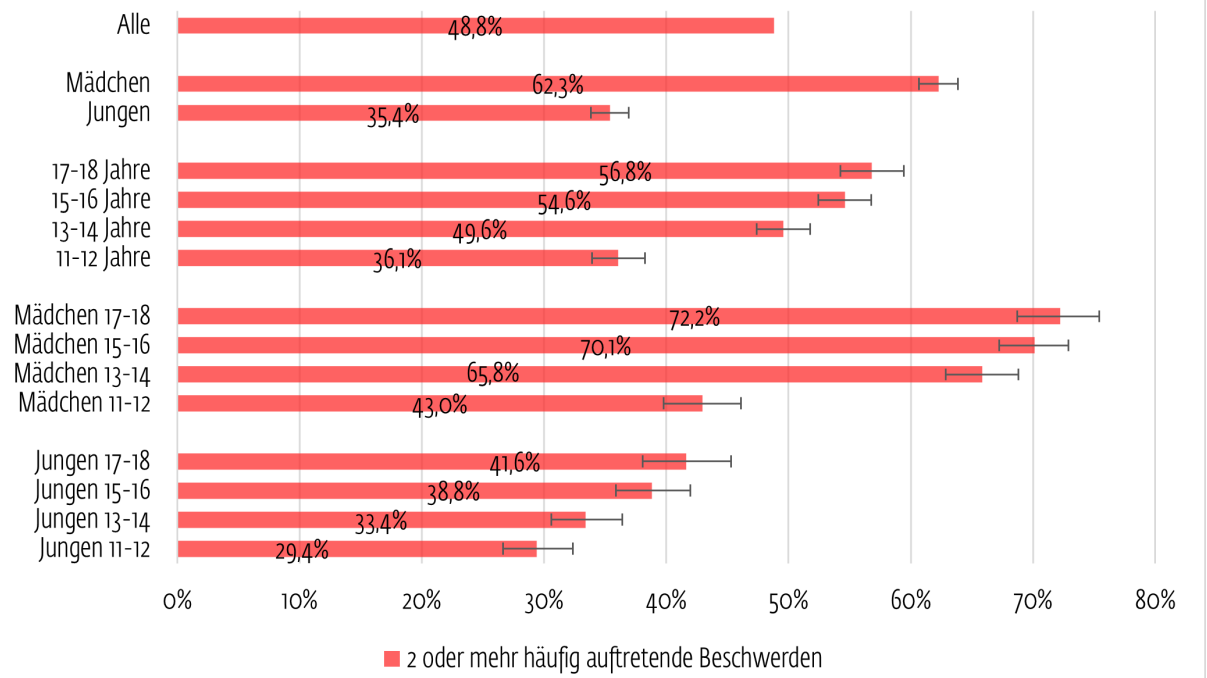


Die am häufigsten auftretende Gesundheitsbeschwerde ist Reizbarkeit oder schlechte Laune, die 35,2 % der Teilnehmenden mindestens mehr als einmal pro Woche verspürten, dicht gefolgt von Nervosität, die bei 34,9 % der Teilnehmenden mehr als einmal pro Woche auftrat. Im Vergleich dazu war 57,1 % der Teilnehmenden selten oder nie schwindlig.

Die acht Symptome werden dann als multiple psychosomatische Beschwerden zusammengefasst. Diese sind definiert als das Vorhandensein von mindestens zwei Beschwerden, die mehrmals pro Woche oder täglich auftreten. Die Prävalenz multipler Gesundheitsbeschwerden wird in Abbildung 7 dargestellt.

Ebenso wie bei der Lebenszufriedenheit gibt es auch bei multiplen Gesundheitsbeschwerden je nach Geschlecht ein unterschiedliches Muster. Bei den Mädchen ist der stärkste Anstieg im Alter von 11 bis 12 und 13 bis 14 Jahren zu verzeichnen, während bei den Jungen der Anstieg langsam erfolgt. Zusätzlich ist der Unterschied zwischen den 11- und 18-jährigen Mädchen viel größer als der zwischen den 11- und 18-jährigen Jungen.

Abbildung 7: Prävalenz von multiplen Gesundheitsbeschwerden in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht



Im Jahr 2022 waren 48,8 % der Befragten von multiplen Gesundheitsbeschwerden betroffen, wohingegen es im Jahr 2018 nur 40,1 % waren (Heinz et al., 2021). Zwischen 2010 und 2014 ist ein weiterer deutlicher Anstieg zu beobachten, von 33,0 % im Jahr 2010 auf 40,6 % im Jahr 2014 (Heinz, van Duin, et al., 2020). Bei Mädchen ist der Anstieg zwischen 2018 und 2022 (von 49,1 % auf 62,3 %) stärker ausgeprägt als bei Jungen (von 31,0 % auf 35,4 %; Heinz et al., 2021). Ein Anstieg der Prävalenz von Jugendlichen mit multiplen Gesundheitsbeschwerden ist in allen Altersgruppen sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen zu beobachten, wobei der Anstieg bei den 13- bis 14-jährigen Mädchen von 47,6 % auf 65,8 % am stärksten ausfällt (Heinz et al., 2021).

Eine derartige Zunahme von multiplen psychosomatischen Beschwerden ist kein auf Luxemburg beschränktes Phänomen. HBSC-Berichte aus Italien, Portugal, Finnland und den Niederlanden zeigen ebenfalls einen Anstieg der Häufigkeit von gesundheitlichen Beschwerden zwischen 2018 und 2022 (Boer et al., 2022; Gaspar et al., 2022; Gruppo HBSC-Italia 2022, 2023). Von 2002 bis 2018 hat die Häufigkeit multipler psychosomatischer Beschwerden in 26 der 36 HBSC-Länder, darunter alle Nachbarländer Luxemburgs, zugenommen (Cosma et al., 2020). Von 2002 bis 2018 wurde außerdem eine Zunahme des Schulstresses dokumentiert, was den Anstieg der psychosomatischen Beschwerden teilweise erklären könnte, wobei der Zusammenhang bei Mädchen und älteren Schülerinnen und Schüler (Cosma et al., 2020) und in Ländern mit einem höheren Pro-Kopf-BIP stärker ist (Högberg, 2021).

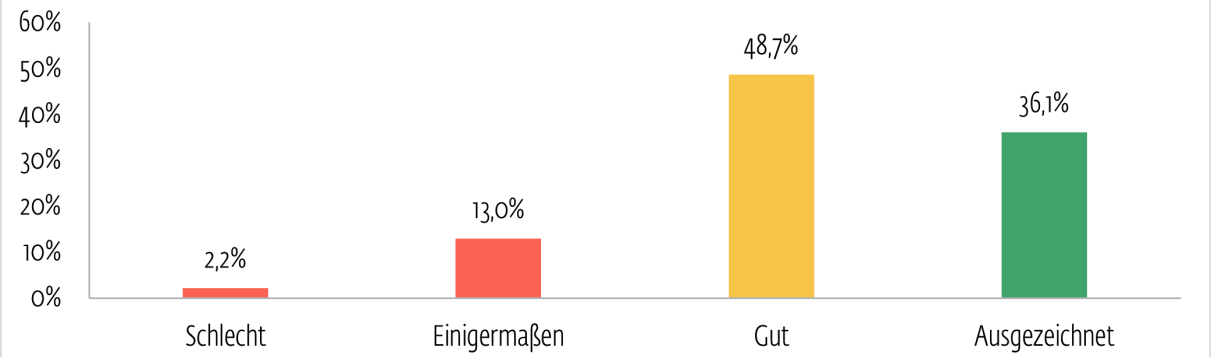
Gesundheitsbeschwerden nach Migrationshintergrund, familiärem Wohlstand, Familienstruktur und Schultyp können im Anhang eingesehen werden (Mittelwerte finden sich in Tabelle 6 und Prävalenz in Abbildung 23 und in Tabelle 5). Auch hier spiegeln die beobachteten Unterschiede diejenigen wider, die bei der Lebenszufriedenheit ermittelt wurden.

Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands

Die Selbsteinschätzung der Gesundheit, die anhand eines einzigen allgemeinen Items gemessen wird (z. B. „Wie würdest du deinen Gesundheitszustand beschreiben?"), bietet einen ganzheitlichen Überblick über die Gesundheit. Die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit durch den Einzelnen oder die Einzelne korreliert mit physischen Aspekten (z. B. Krankheiten, Behinderungen, Übergewicht), Gesundheitsverhalten (Rauchen und körperliche Aktivität), sozialer Unterstützung und soziodemografischen Variablen wie Alter, Geschlecht und Einkommen (Vingilis et al., 2002). Darüber hinaus beeinflusst die wahrgenommene Gesundheit die Entscheidung für gesundheitsfördernde Verhaltensweisen (Ferrer & Klein, 2015). Zudem sagt sie künftige Gesundheitsbeschwerden im jungen Erwachsenenalter (Hetlevik et al., 2020) sowie die Sterblichkeit in der Allgemeinbevölkerung voraus, selbst wenn bestehende Krankheiten bei der Bewertung berücksichtigt werden (DeSalvo et al., 2006; Idler & Benyamini, 1997).

Im Jahr 2022 wurde die Selbsteinschätzung der Gesundheit in der HBSC-Umfrage in Luxemburg anhand des folgenden Items gemessen: „Würdest du sagen, dein Gesundheitszustand ist", mit 4 Antwortkategorien von „ausgezeichnet" bis „schlecht". Die Antwortverteilung ist in Abbildung 8 zu sehen.

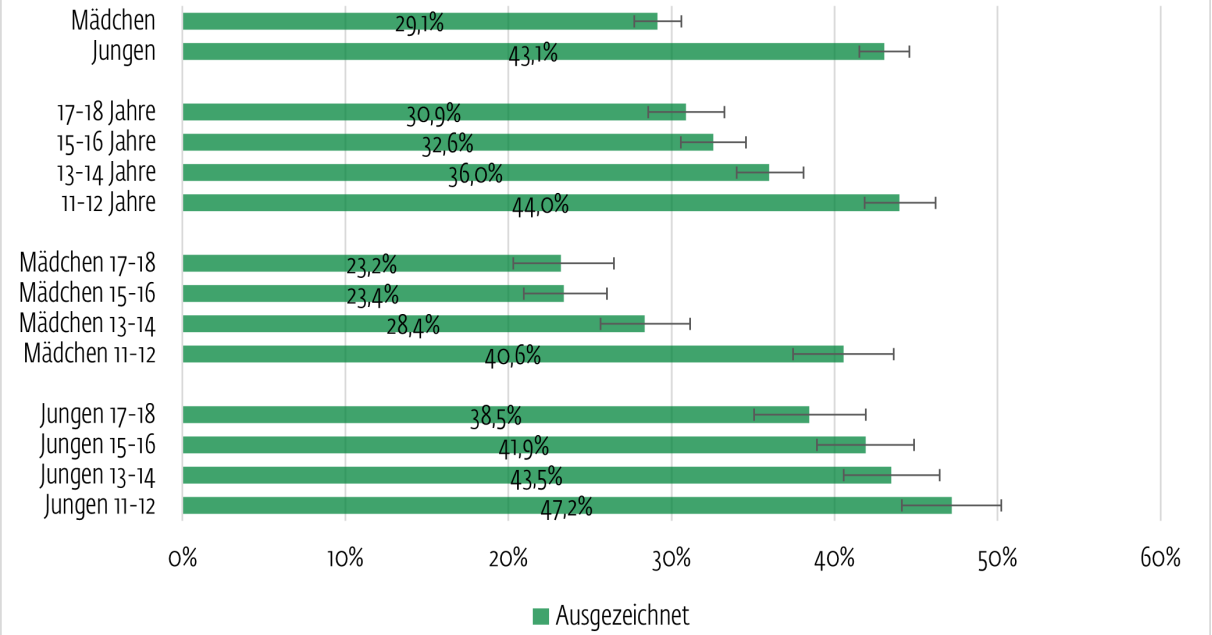
Abbildung 8: Verteilung der Antworten zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands



Die meisten Befragten (84,8 %) schätzen ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet oder gut ein, ein leichter Rückgang im Vergleich zur Umfrage von 2018, wo es 86,8 % waren (Heinz et al., 2021). Unter Berücksichtigung der Trends seit 2006 bleibt die Prävalenz derjenigen, die einen ausgezeichneten Gesundheitszustand angeben, sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen ziemlich stabil (Heinz, van Duin, et al., 2020).

Wie auch in früheren HBSC-Studien (Inchley et al., 2020) bewerteten Jungen, jüngere Jugendliche und Befragte aus wohlhabenden Familien ihren Gesundheitszustand häufiger als ausgezeichnet als Mädchen, ältere Jugendliche und Befragte aus Familien mit geringem Wohlstand. Jungen bewerteten ihre Gesundheit zu 43,1 % (95 % KI [41,5-44,6]) als ausgezeichnet, bei den Mädchen waren es 29,1 % (95 % KI [27,7-30,6]). Im Vergleich zur HBSC 2018 bedeutet dies einen Anstieg der Prävalenz für Jungen (2018: 41,3 %) und einen Rückgang für Mädchen (2018: 33,0 %). Langfristig betrachtet erwies sich die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands jedoch als recht stabil (Heinz, van Duin, et al., 2020).

Abbildung 9: Ausgezeichneter Gesundheitszustand in Abhängigkeit von Altersgruppe und Geschlecht



Für Mädchen zeigt sich bei der Prävalenz derjenigen, die einen ausgezeichneten Gesundheitszustands angeben, ein deutlicher Rückgang zwischen der Altersgruppe 11 bis 12 Jahre gegenüber den anderen Altersgruppen. Bei den Jungen ist zwar ein Rückgang mit zunehmendem Alter festzustellen, signifikant sind allerdings nur die Unterschiede zwischen den Gruppen der 11- bis 12-Jährigen und der 17- bis 18-Jährigen (Abbildung 9). Diese Ergebnisse folgen dem Muster, das im internationalen HBSC-Bericht 2018 (Inchley et al., 2020) hervorgehoben wurde, und hängen wahrscheinlich mit den körperlichen, psychologischen und sozialen Veränderungen zusammen, die mit der Pubertät einhergehen (Krieger et al., 2015).

Befragte aus wohlhabenderen Familien und solche, die mit beiden Elternteilen zusammenleben, geben im Vergleich zu den anderen Gruppen häufiger einen ausgezeichneten Gesundheitszustand an (Abbildung 24 und Tabelle 7 im Anhang). Die Unterschiede in Bezug auf Migration und Schultyp sind wahrscheinlich auf andere soziodemografische Faktoren wie familiärer Wohlstand und Alter zurückzuführen.

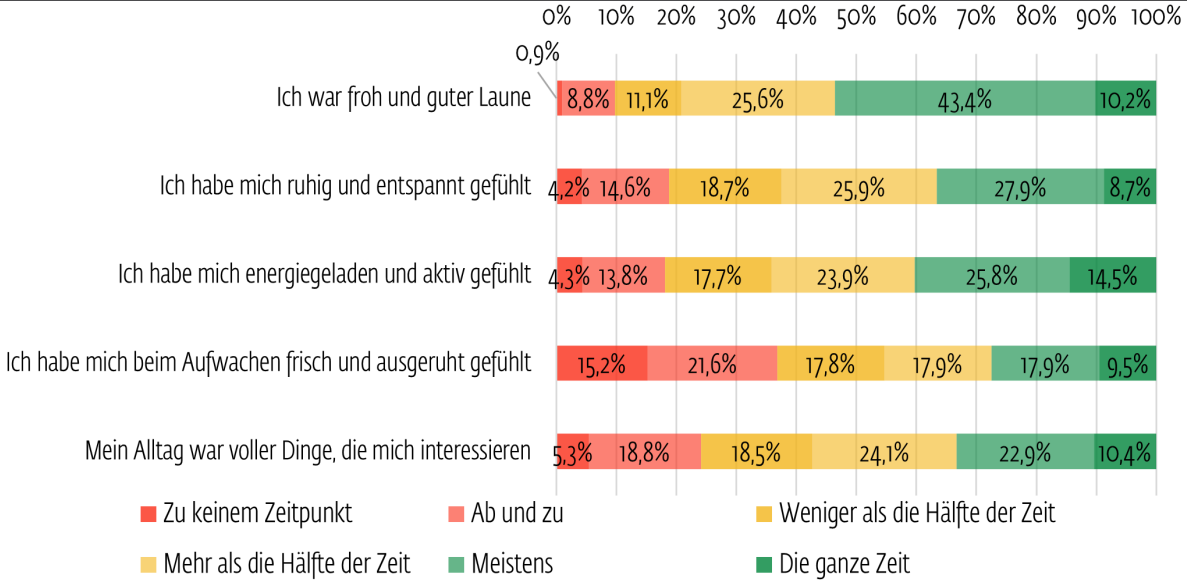
Wohlbefinden und Depression

Wohlbefinden

Wohlbefinden bezieht sich nicht nur auf die kognitive Bewertung des eigenen Lebens im Allgemeinen (Lebenszufriedenheit), sondern auch auf das Vorhandensein von positiven und das Fehlen von negativen Affekten (Diener, 1984). Der *WHO-5-Well-Being Index* (WHO, 1998) ist eine 5-Punkte-Skala zur Bewertung der positiven Stimmung (froh und guter Laune sein, sich ruhig und entspannt fühlen), der Vitalität (sich aktiv und energiegeladen fühlen, sich beim Aufwachen frisch und ausgeruht fühlen) und der allgemeinen Interessen (der Alltag besteht aus interessanten Dingen). Damit ergänzt diese Skala die Lebenszufriedenheit als Maß für das Wohlbefinden.

Die Befragten beantworten die 5 Aussagen anhand einer 6-stufigen Bewertungsskala, die von „nie" (Wert 0) bis „immer" (Wert 5) reicht. Abbildung 10 zeigt die Verteilung der Antworten an. Die Mehrheit der Befragten (53,6 %) gab an, sich meistens oder immer fröhlich und gut gelaunt gefühlt zu haben; während nur 27,4 % angaben, sich meistens oder immer frisch und ausgeruht gefühlt zu haben.

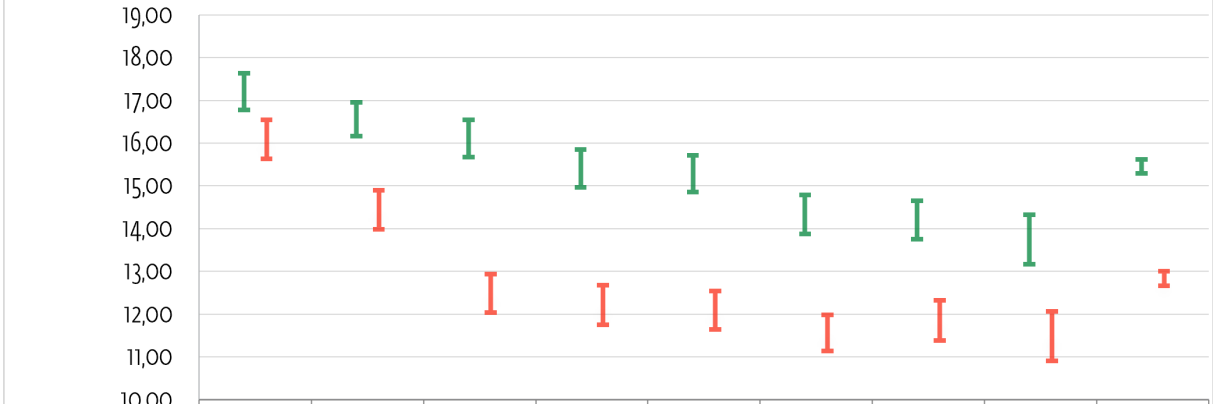
Abbildung 10: Verteilung der Antworten zum Wohlbefinden



Durch Summierung der Werte für jedes einzelne Item wird ein allgemeiner Wert für das Wohlbefinden zwischen 0 und 25 berechnet. Je höher der Wert, desto größer das Wohlbefinden. Im Durchschnitt gaben die Teilnehmenden einen Gesamtwert von 14,14 an. Jungen gaben ein höheres Wohlbefinden an als Mädchen (M_{JUNGEN} = 15,46; $M_{MÄDCHEN}$ = 12,83; $t(7403) = 21{,}93$; $p < ,001$).

Signifikante Alters- und Geschlechtsunterschiede sind in Abbildung 11 dargestellt. Über alle Altersgruppen hinweg gaben Jungen ein höheres Wohlbefinden an als Mädchen. Außerdem nimmt das Wohlbefinden der Jugendlichen mit zunehmendem Alter sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen ab. Während jedoch bei den Mädchen ein deutlicher Rückgang zwischen dem 11. und 13. Lebensjahr zu beobachten ist, scheint das Wohlbefinden bei den Jungen über die Jahre hinweg linearer abzunehmen.

Abbildung 11: Mittelwert des Wohlbefindens in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht



	11 Jahre	12 Jahre	13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre	17 Jahre	18 Jahre	Insgesamt
Jungen (M)	17,21	16,56	16,11	15,41	15,28	14,33	14,20	13,75	15,46
Mädchen (M)	16,09	14,44	12,49	12,22	12,09	11,56	11,86	11,48	12,83

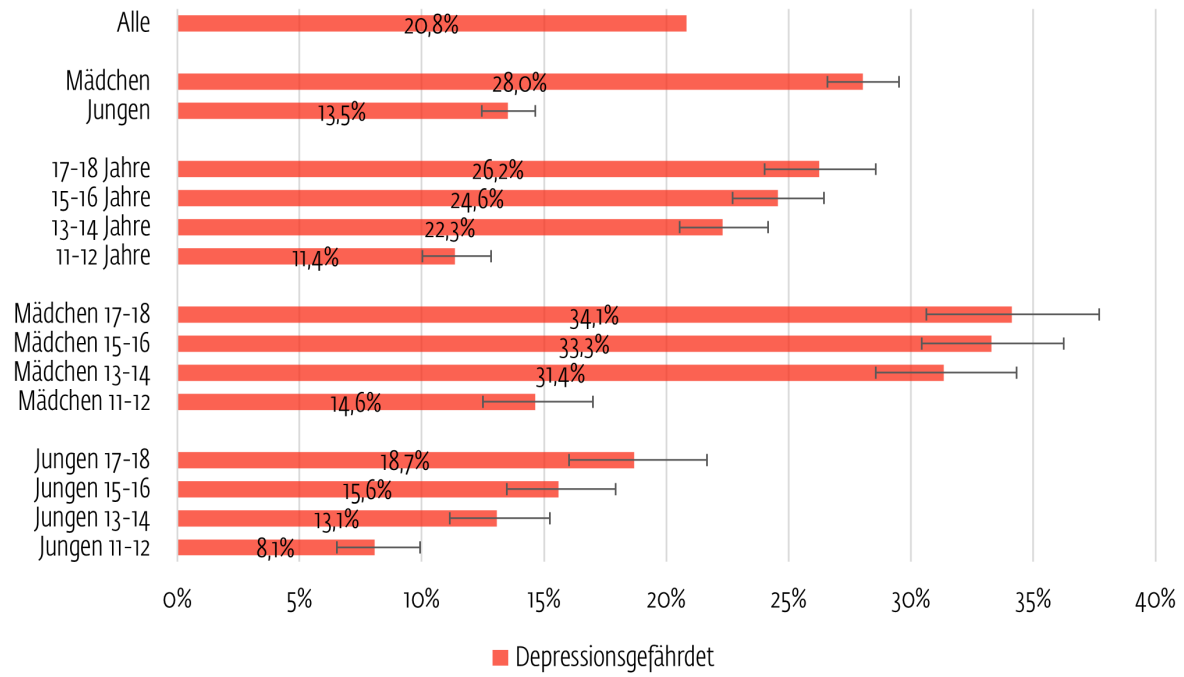
Die Ergebnisse in Bezug auf Migration, familiären Wohlstand, Familienstruktur und Schultyp spiegeln die Ergebnisse in Bezug auf die Lebenszufriedenheit wider. Die entsprechenden Tabellen und Abbildungen sind im Anhang zu finden (Abbildung 25, Tabelle 8 und Tabelle 9).

Depression

Die Prävalenz von Depressionen hat im Laufe der Zeit weltweit zugenommen (Moreno-Agostino et al., 2021). Verschiedene in den USA durchgeführte Studien haben gezeigt, dass die Einjahresprävalenz von Depressionen bei Jugendlichen im Laufe der Jahre gestiegen ist (Coley et al., 2019; Daly, 2022; Keyes et al., 2019; Mojtabai et al., 2016). Auch in Deutschland hat sich die Prävalenz bei Jugendlichen zwischen 2009 und 2017 nahezu verdoppelt (Steffen et al., 2020). Es gibt Hinweise darauf, dass die COVID-19-Pandemie diesen Anstieg der psychischen Probleme beschleunigt hat. Systematische Übersichtsarbeiten zeigten, dass COVID-19 die mentale Gesundheit von Jugendlichen beeinflusst hat und insbesondere mit Depressionen assoziiert ist und, dass die mentale Gesundheit bei älteren Jugendlichen und Mädchen eher negativ ist (Nearchou et al., 2020; Samji et al., 2022). Eine Meta-Analyse der globalen Prävalenz klinisch erhöhter Depressionssymptome bei Kindern und Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie ergab gepoolte Prävalenzschätzungen von 20,5 % – das Doppelte der Prognosen vor der Epidemie (Racine et al., 2021).

In den letzten zwei Jahrzehnten diente der *WHO-5-Well-Being Index* als Screening-Instrument für Depressionen, was auf einen Bedarf an weiteren Tests mit standardisierten klinischen Bewertungen hindeutet (Allgaier et al., 2012; Blom et al., 2012). Als „depressionsgefährdet" werden Jugendliche eingestuft, die einen Wert ≤ 9 aufweisen, wie von (Allgaier et al., 2012) empfohlen.

Abbildung 12: Prävalenz des Depressionsrisikos in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht



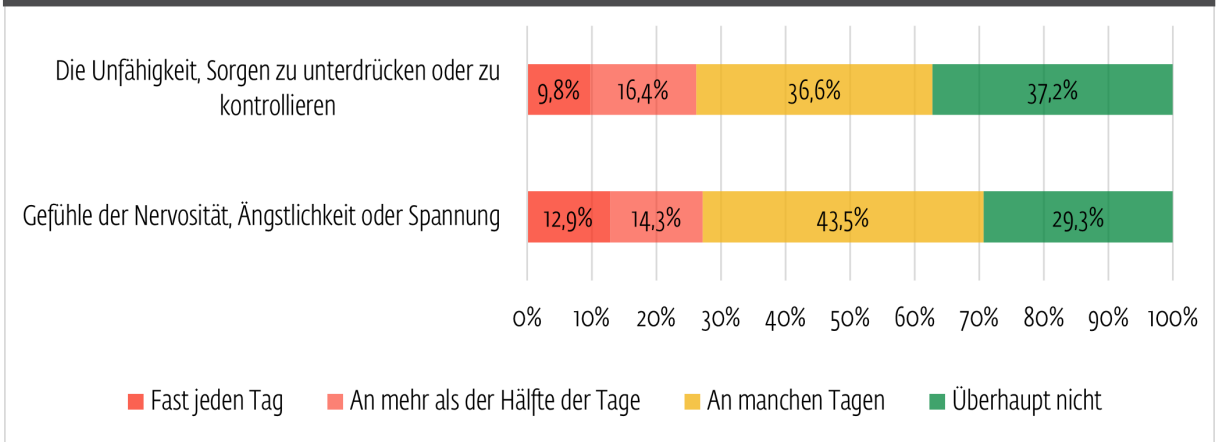
Die Prävalenz der befragten Jugendlichen in Bezug auf das Depressionsrisiko nach Alter und Geschlecht findet sich in Abbildung 12 (ergänzende Zahlen mit anderen soziodemografischen Variablen finden sich im Anhang, Abbildung 25 und Tabelle 8). Die Prävalenz für depressionsgefährdete Jugendliche ist bei Mädchen im Vergleich doppelt so hoch wie bei Jungen (Jungen: 13,5 %; 95 % KI [12,5-14,6]; Mädchen: 28,0 %; 95 % KI [26,6-29,5]). Darüber hinaus ist sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen ein signifikanter Anstieg der Prävalenz im Alter von 11 bis 12 bzw. 13 Jahren und älter festzustellen. Geschlechts- und altersbedingte Unterschiede sind in der Literatur gut belegt (Bor et al., 2014; Keyes et al., 2019; Moreno-Agostino et al., 2021; Wesselhoeft et al., 2013), wobei Mädchen und ältere Jugendliche eher Depressionen angeben als Jungen und jüngere Jugendliche.

Ängste

Angst oder Furcht können eine normale Reaktion auf eine Bedrohung sein. Wenn dieses Gefühl jedoch anhaltend ist und das tägliche Leben beeinträchtigt, lässt es sich als ungesunde Reaktion und ggf. als Angststörung betrachten. Im aktuellen *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen, DSM-5-TR) sind verschiedene Angststörungen aufgeführt, darunter die generalisierte Angststörung sowie Phobien (z. B. vor Spinnen oder engen Räumen). Diese Störungen weisen zwar gemeinsame Merkmale auf (übermäßige Angst, Furcht und damit verbundene Verhaltensprobleme), unterscheiden sich aber in der Art der Objekte und Situationen, die diese Angst auslösen. Die generalisierte Angststörung ist gekennzeichnet durch übermäßige, anhaltende und schwer zu kontrollierende Ängste in einer Vielzahl von Bereichen, einschließlich schulischer Leistungen (American Psychiatric Association, 2013). Angststörungen im Jugendalter erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Angststörung im Erwachsenenalter (Essau et al., 2018).

Zur Messung von Angststörungen wurde die *Generalized Anxiety Disorder Scale* mit zwei Items verwendet (Kroenke et al., 2007). Anhand dieser Items wird beurteilt, wie oft die Befragten in den vergangenen zwei Wochen unter Nervosität, Angst oder Anspannung litten bzw. nicht in der Lage waren, Sorgen zu unterdrücken oder zu kontrollieren. Die Antworten reichen von „überhaupt nicht" (Codierung 0) bis „fast jeden Tag" (Codierung 3). Abbildung 13 zeigt die Antwortverteilung für die GAD-2.

Abbildung 13: Antwortverteilung GAD-2



Die Analyse ergab, dass 29,3 % unserer Teilnehmenden in den vergangenen zwei Wochen überhaupt nicht nervös, ängstlich oder angespannt waren. Außerdem berichteten 37,2 % der Befragten, dass sie in den vergangenen zwei Wochen nicht das Gefühl hatten, ihre Sorgen nicht unterdrücken oder kontrollieren zu können.

Für die weitere Auswertung wird ein allgemeiner Angst-Score erstellt, indem die Codewerte für beide GAD-2-Items addiert werden. Dieser Wert reicht von 0 bis 6. Als Schwellenwert für mäßige bis starke Angstsymptome wurde ein Cut-off-Wert von 3 festgelegt (Kroenke et al., 2007; Plummer et al., 2016). Unsere Daten zeigen, dass 34,1 % der befragten Jugendlichen Symptome mäßiger bis starker Angstzustände (Abbildung 14) aufwiesen. Laut einer Meta-Analyse aus dem Jahr 2015 sind Angststörungen weltweit die häufigsten psychischen Störungen bei Kindern und

Jugendlichen, mit einer geschätzten Prävalenzrate von 6,5 % bei Kindern und Jugendlichen (Polanczyk et al., 2015). In jüngerer Zeit wurde in einer Zeittrendstudie anhand des GAD-2-Tests festgestellt, dass im Jahr 2018 44 % der Jugendlichen die Kriterien für eine Angststörung erfüllten (Parodi et al., 2022). Die *Global Burden of Disease* Studie schätzt, dass die Prävalenz von Angststörungen im Zuge der COVID-19-Pandemie um 25,6 % gestiegen ist (Santomauro et al., 2021), wobei dieser Anstieg für die Gesamtbevölkerung berechnet wurde und nicht separat für Kinder und Jugendliche.

Abbildung 14: Prävalenz der Angstsymptomatik (GAD-2)

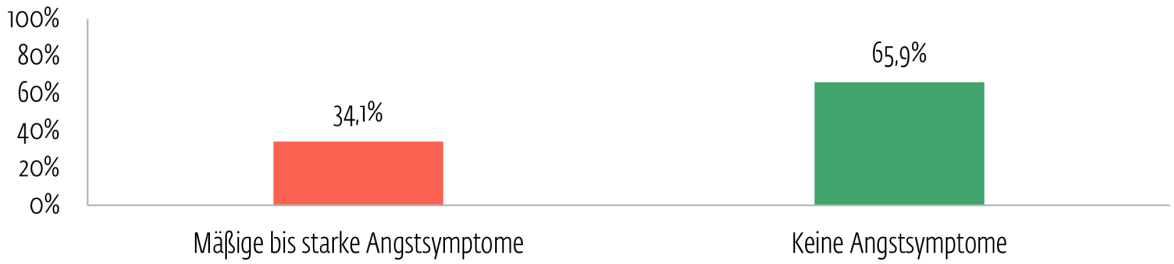
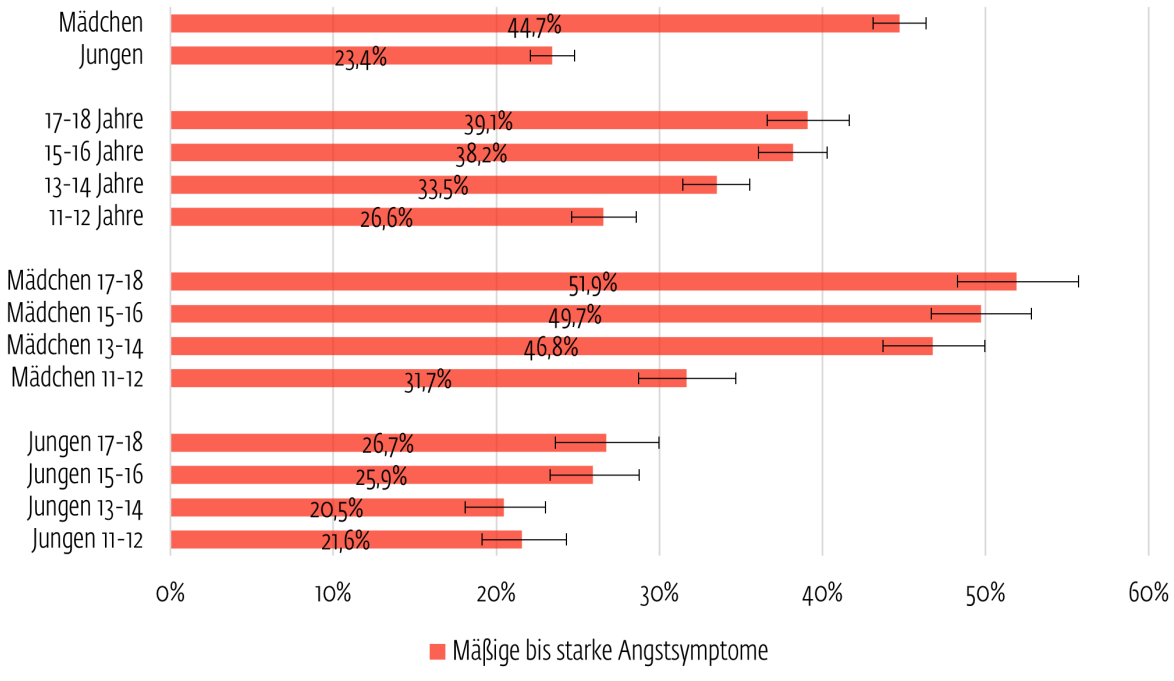


Abbildung 15: Angstsymptomatik in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht



Übereinstimmend mit der Literatur zeigt Abbildung 15, dass Angstsymptome bei Mädchen häufiger auftreten als bei Jungen (Jungen: 23,4 %; 95 % KI [22,1-24,8]; Mädchen: 44,7 %; 95 % KI [43,1-46,3]), die Prävalenz mit dem Alter steigt (11–12 Jahre: 26,6 %; 95 % KI [24,6-28,6]; 17–18 Jahre: 39,1 %; 95 % KI [36,6-41,6]) und bei Jugendlichen aus Familien mit

geringem Wohlstand höher ist (siehe Anhang Abbildung 26 und Table 10; Biswas et al., 2020; World Health Organization, 2017). Während in Bezug auf den Migrationshintergrund keine Unterschiede ermittelt wurden, beobachteten wir Unterschiede in Bezug auf den Schultyp. Letztere sind jedoch wahrscheinlich auf das Alter zurückzuführen. Und schließlich zeigten Jugendliche, die mit beiden Elternteilen zusammenlebten, weniger Angstsymptome als solche, die in anderen Familienkonstellationen lebten (siehe Anhang Abbildung 26 und Tabelle 10).

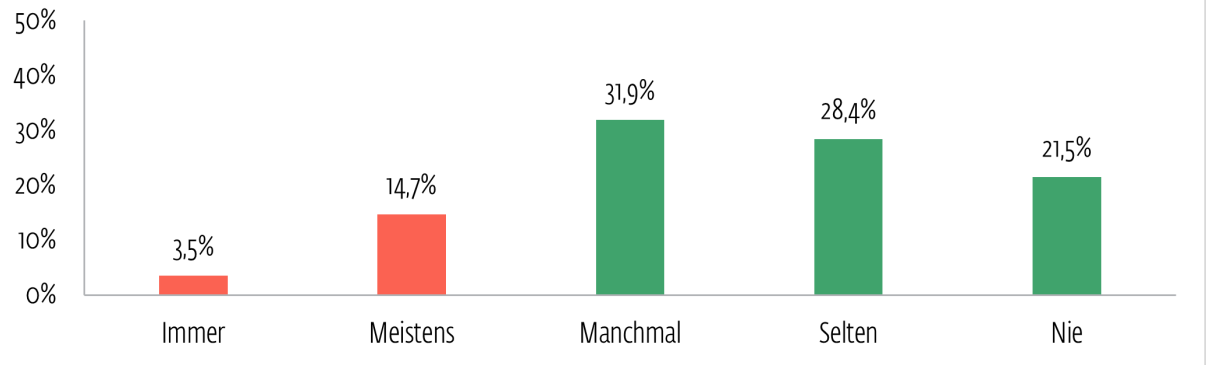
Einsamkeit

Einsamkeit ist die negative emotionale Reaktion einer Person, die weniger soziale Beziehungen hat, als sie gerne hätte. Einsamkeit wird mit Gesundheitsbeschwerden (insbesondere Nervosität, Schlafstörungen und Traurigkeit; siehe Lyyra et al., 2018), einem schlechterem subjektiven Gesundheitszustand und Müdigkeit (Eccles et al., 2020), Angst, Depression und geringerem Selbstwertgefühl (Lyyra et al., 2021), sowie schlechteren schulischen Leistungen (Qualter et al., 2021) in Verbindung gebracht.

Die COVID-19-Pandemie könnte Gefühle der Einsamkeit verstärkt haben, da die Quarantäne mit negativen psychologischen Auswirkungen in Verbindung gebracht wurde (Brooks et al., 2020). Eine systematische Übersichtsarbeit ergab einen signifikanten Anstieg von Einsamkeit im Vergleich zu den Werten von vor der Pandemie und zeigte, dass ein höheres Maß an Einsamkeit mit einem schlechteren Wohlbefinden und mehr Depressions- und Angstsymptomen verbunden war (Farrell et al., 2023).

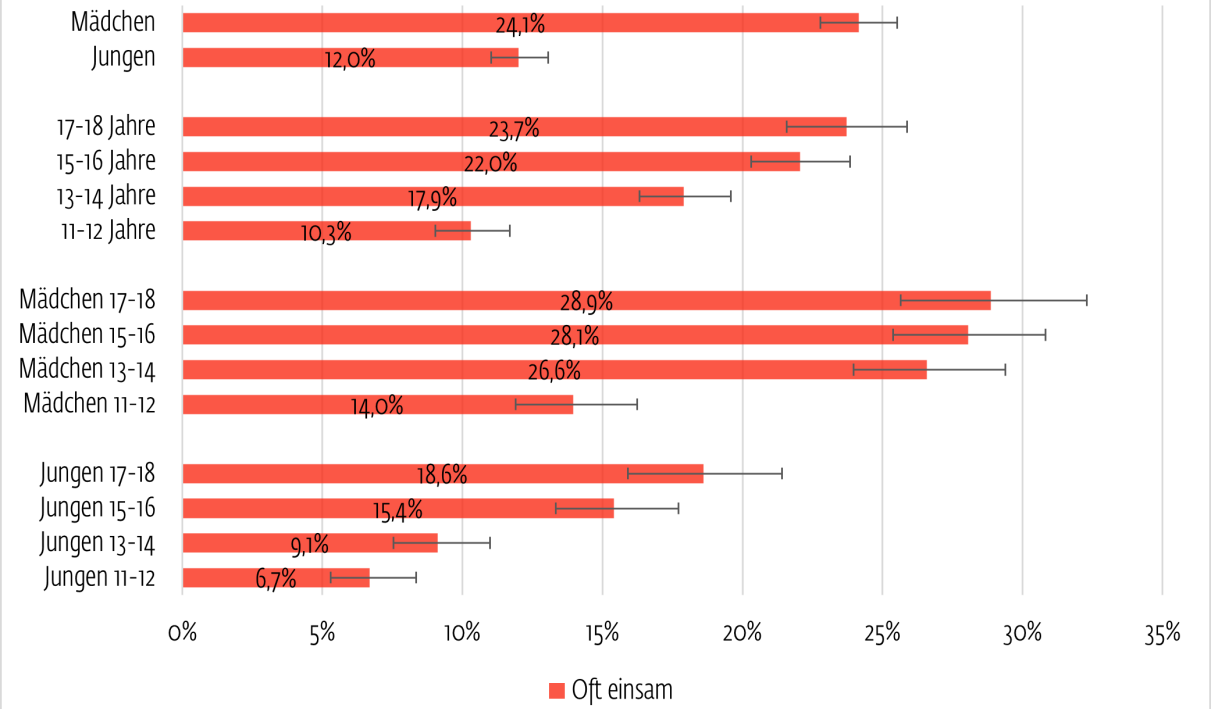
In der HBSC-Studie wurden die Schülerinnen und Schüler gefragt, wie oft sie sich in den vergangenen 12 Monaten einsam gefühlt hatten. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „nie" (1) bis „immer" (5). Die Verteilung der Antworten ist in Abbildung 16 zu sehen. Die Antwortmöglichkeiten „meistens" und „immer" deuten auf Gefühle hin, die mit negativen gesundheitlichen Folgen verbunden sind. Um die letztgenannten Aspekte zu erfassen, werden daher Schülerlinnen und Schüler, die sich eistens oder immer einsam fühlten, als häufig einsam betrachtet und gemeinsam analysiert.

Abbildung 16: Antwortverteilung Einsamkeit



Einsamkeitsgefühle sind unter Jugendlichen weit verbreitet, da sie eine Phase durchlaufen, die durch kognitive und physische Entwicklungsprozesse gekennzeichnet ist, die das Risiko einer wahrgenommenen sozialen Isolation erhöhen (Laursen & Hartl, 2013). Im Jahr 2022 fühlten sich 18,2 % der Schülerinnen und Schüler in Luxemburg in den vergangenen 12 Monaten meistens oder immer einsam. Die Prävalenzraten für Einsamkeit bei Jugendlichen in Europa sind begrenzt, 2018 ermittelte die HBSC-Studie in nur vier nordeuropäischen Ländern Prävalenzen zwischen 7,7 % in Dänemark und 19,2 % in Finnland (Lyyra et al., 2021).

Abbildung 17: Prävalenz der Einsamkeit in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht



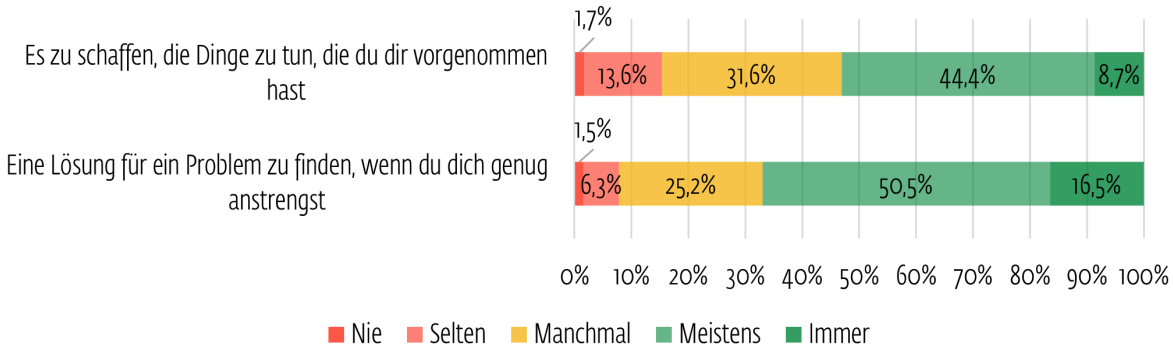
Wie in der Literatur beschrieben, fühlen sich Mädchen häufiger einsam als Jungen (Jungen: 12,0 %; 95 % KI [11,0-13,1]; Mädchen: 24,1 %; 95 % KI [22,8-25,5]; Favotto et al., 2019). Die Einsamkeit nimmt mit dem Alter zu (11–12 Jahre: 10,3 %; 95 % KI [9,0-11,7]; 17–18 Jahre: 23,7 %; 95 % KI [21,6-25,9]; Abbildung 17) und Jugendliche mit niedrigerem sozioökonomischen Status fühlen sich häufiger einsam als ihre Altersgenossen mit hohem Status (Abbildung 27 und Tabelle 11 im Anhang; Qualter et al., 2021). Zudem haben Teilnehmende mit Migrationshintergrund ein erhöhtes Risiko für Einsamkeit (Madsen et al., 2016). Ebenso wie bei der Lebenszufriedenheit könnten die Unterschiede in Bezug auf die Migration jedoch durch Unterschiede im familiären Wohlstand erklärt werden.

Selbstwirksamkeit

Die allgemeine Selbstwirksamkeit bezieht sich auf die Überzeugung der oder des Einzelnen, dass sie oder er eine schwierige Situation aus eigener Kraft bewältigen oder eine bestimmte Leistung erbringen kann (Bandura, 1997). Dementsprechend sind Menschen mit höherer Selbstwirksamkeit eher bereit, Herausforderungen anzunehmen und sich ehrgeizige Ziele zu setzen (Jerusalem & Schwarzer, 1992). Eine höhere Selbstwirksamkeit wird mit zahlreichen positiven Verhaltensweisen wie z. B. körperliche Aktivität, Kondomgebrauch oder sogar Raucherentwöhnung (Sheeran & Webb, 2016), sowie höherer Lebenszufriedenheit (Danielsen et al., 2009), besseren schulischen Leistungen (La Fuente et al., 2021), weniger Risikoverhalten und einem allgemein gesünderen Lebensstil (Schwarzer & Luszczynska, 2006) in Verbindung gebracht.

Zur Messung der Selbstwirksamkeit wurden die Schülerinnen und Schüler gebeten, zwei Fragen zu beantworten: „Wie oft findest du eine Lösung für ein Problem, wenn du dich genug anstrengst?" und „Wie oft schaffst du es, das zu tun, was du dir vorgenommen hast?" Die möglichen Antworten reichten von „nie" (1) bis „immer" (5). Die Verteilung der Antworten ist in Abbildung 18 zu sehen.

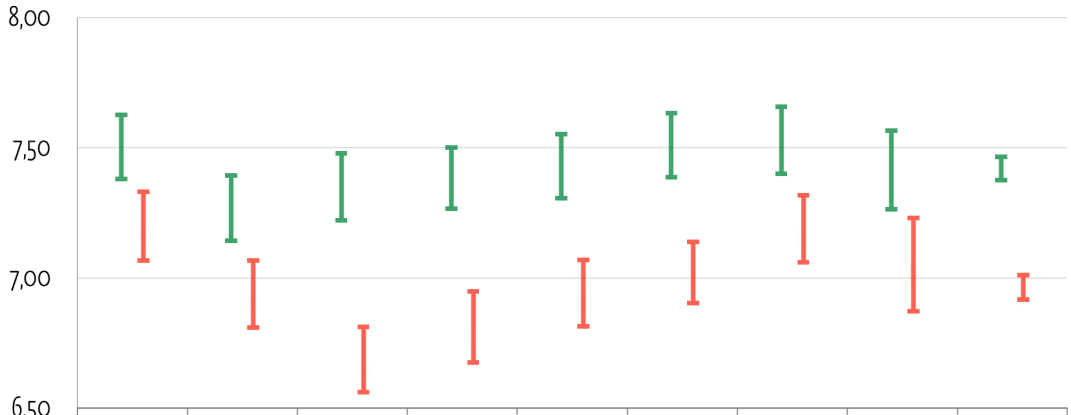
Abbildung 18: Antwortverteilung Selbstwirksamkeit



Für die weitere Auswertung wurden die Antwortcodes beider Fragen addiert, um einen allgemeinen Score von 2 bis 10 zu berechnen. Die Mittelwerte sind in den folgenden Abbildungen dargestellt. Der allgemeine Mittelwert der Selbstwirksamkeit betrug 7,19 (95 % KI [7,16 - 7,22]). Ergänzende Chi-Quadrat-Analysen, unterteilt nach „hoher Selbstwirksamkeit" (Bereich 9–10), „mittlerer Selbstwirksamkeit" (Bereich 7–8) und „geringer Selbstwirksamkeit" (Bereich 2–6), finden sich im Anhang. Die meisten Teilnehmenden gaben eine mittlere Selbstwirksamkeit an (55,1 %), 28,9 % bzw. 16,9 % gaben eine geringe bzw. hohe Selbstwirksamkeit an (siehe Anhang Abbildung 28 und Tabelle 12).

Wie in Abbildung 19 dargestellt, zeigen die Ergebnisse einen signifikanten Unterschied in der Selbstwirksamkeit nach Geschlecht und Alter. In allen Altersgruppen ist die Selbstwirksamkeit bei Jungen höher als bei Mädchen (M_{JUNGEN} = 7,42; 95 % KI [7,38 - 7,46]; $M_{MÄDCHEN}$ = 6,97; 95 % KI [6,92 - 7,01]). Besonders groß ist die Kluft im Alter zwischen 13 und 16 Jahren. Im Laufe der Jahre zeigen Jungen wenig bis keine Veränderungen in ihrer wahrgenommenen Selbstwirksamkeit, während Mädchen einen signifikanten Rückgang im Alter von 13 Jahren (M = 6,69; 95 % KI [6,56 - 6,81]) und einen anschließenden Anstieg bis zum Alter von 16 Jahren (M = 7,02; 95 % KI [6,90 - 7,14]) aufweisen.

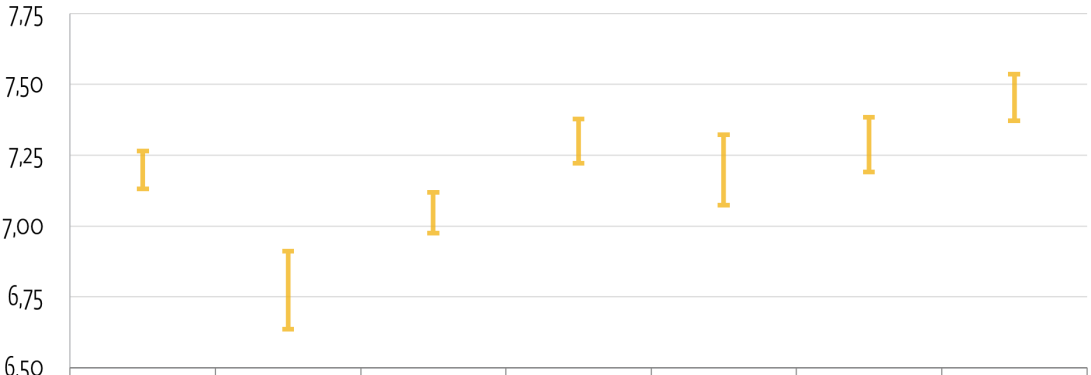
Abbildung 19: Selbstwirksamkeit in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht



	11 Jahre	12 Jahre	13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre	17 Jahre	18 Jahre	Insgesamt
Jungen (M)	7,50	7,27	7,35	7,38	7,43	7,51	7,53	7,41	7,42
Mädchen (M)	7,20	6,94	6,69	6,81	6,94	7,02	7,19	7,05	6,96

Soziodemografische Unterschiede in der Selbstwirksamkeit sind im Anhang dargestellt (Abbildung 28, Tabelle 12 und Tabelle 13). Hinsichtlich des familiären Wohlstands gilt: Je höher die Wohlstandskategorie, desto höher die Prävalenz der Teilnehmenden mit einer höheren Selbstwirksamkeit. Außerdem haben Jugendliche, die bei beiden Elternteilen leben, eine höhere Selbstwirksamkeit als Jugendliche aus anderen Familienkonstellationen. In Bezug auf die Migration werden die Unterschiede vor allem durch den familiären Wohlstand erklärt.

Abbildung 20: Selbstwirksamkeit in Abhängigkeit vom Schultyp



	EF	ESG - classes inf. (VP)	ESG - classes inf. (VO)	ESC - classes inf.	Formation prof.	ESG - classes sup.	ESC - classes sup.
Mittelwert	7,20	6,77	7,05	7,30	7,20	7,29	7,45

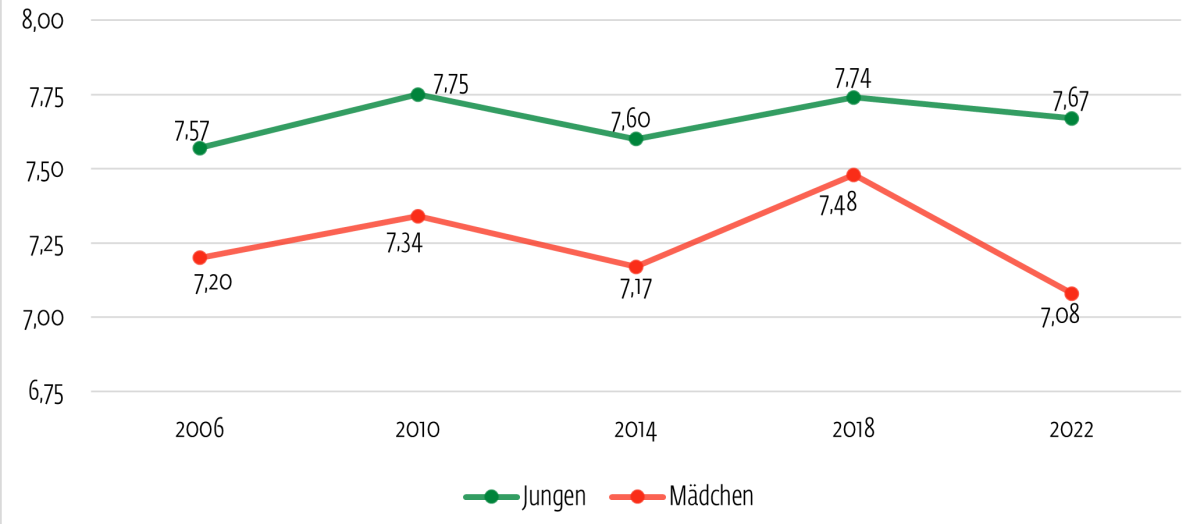
Die Selbstwirksamkeit weist einen interessanten Zusammenhang mit dem Schultyp auf (Abbildung 20), wobei die Schülerinnen und Schüler der *classes inférieures* des *Enseignement Secondaire Général* (ESG) ein besonders niedriges Selbstwirksamkeitsgefühl angeben (M_{VP} = 6,77; 95 % KI [6,64-6,91]), obwohl sich dieser Schultyp mehrheitlich aus Jungen zusammensetzt (Catunda et al., 2023), die ein höheres Selbstwirksamkeitsgefühl haben. Interessanterweise gibt es dieses Geschlechterverhältnis auch in der *Formation Professionnelle*, allerdings ist der Unterschied zwischen der mittleren Selbstwirksamkeit dieser Gruppe und der mittleren Selbstwirksamkeit gleichalteriger Schülerinnen und Schüler in den *classes supérieures* des ESG und des ESC (*Enseignement Secondaire Classique*) geringer. Daher scheint es, dass Schülerinnen und Schüler, sobald sie vom *Enseignement Fondamental* ins *Enseignement Secondaire Général* wechseln, weniger Vertrauen in ihre persönlichen Fähigkeiten haben, schwierige Situationen zu bewältigen und Lösungen für ihre Probleme zu finden. Eine mögliche Erklärung für diesen Zusammenhang könnte in den schulischen Leistungen liegen, die bei Schülerinnen und Schülern mit geringerer Selbstwirksamkeit bekanntlich geringer sind (La Fuente et al., 2021). Diese Hypothese sollte jedoch im luxemburgischen Kontext geprüft werden. Dies gilt vor allem deshalb, weil mit dem Fortschreiten im Schulsystem das Gefühl der Selbstwirksamkeit zunimmt, was darauf hindeutet, dass es eine Phase der Anpassung an die Herausforderungen in diesem neuen Umfeld geben könnte, die sich im Vertrauen der Schülerinnen und Schüler auf ihre persönlichen Fähigkeiten zur Bewältigung dieses Umfelds widerspiegelt.

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit

Einleitung

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Lebenszufriedenheit werden seit Jahrzehnten untersucht, die Ergebnisse sind jedoch widersprüchlich. Während beispielsweise Jackson et al. (2014) bei Mädchen eine höhere Lebenszufriedenheit feststellten als bei Jungen, konnten Moksnes und Espnes (2013) einen genau entgegengesetzten Trend und Huebner et al. (2000) keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Lebenszufriedenheit von Jugendlichen ermitteln. In einer kürzlich erschienenen Übersicht über die Literatur wiesen Chen et al. (2020) auf die Heterogenität der Studienergebnisse in diesem Forschungsbereich hin und stellten die Vermutung auf, dass der landesbezogene Kontext diese Diskrepanzen teilweise erklären kann. Die Konsistenz der Ergebnisse der luxemburgischen HBSC-Umfragen über einen längeren Zeitraum hinweg scheint diese Ansicht zu stützen. In der Tat scheinen Jungen seit 2006, dem Jahr der ersten Durchführung der HBSC-Umfrage, eher mit ihrer Lebenssituation zufrieden zu sein als Mädchen. Wie aus Abbildung 21 hervorgeht, ist dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern in den vergangenen 16 Jahren ziemlich stabil geblieben. Seinen Höhepunkt erreichte er jedoch im Jahr 2022. Der fragliche Unterschied war statistisch signifikant, wobei die entsprechende Effektgröße gering war (Cohen's *d* = 0,31).

Abbildung 21: Trends bei der Lebenszufriedenheit



Im vorangegangenen Kapitel waren die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Lebenszufriedenheit ein Spiegel der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der mentalen Gesundheit (z. B. Angstzustände). Da Mädchen im Allgemeinen mehr psychische und soziale Probleme haben als Jungen (Wade et al., 2002), könnte man erwarten, dass sich dieser Unterschied in der Selbsteinschätzung der Lebenszufriedenheit niederschlägt. Wie bereits erwähnt, ergaben jedoch einige Studien, dass Mädchen ein höheres Maß an Lebenszufriedenheit angeben als Jungen. Dies deutet darauf hin, dass mehrere Faktoren – einschließlich nationaler und kultureller Kontexte – die

Lebenszufriedenheit beeinflussen, und dass deren Identifizierung für das Verständnis der geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit entscheidend ist.

Im vorliegenden Abschnitt versuchen wir, die in Luxemburg beobachteten geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit von Jugendlichen zu erklären. Zu diesem Zweck stützen wir uns auf eine inferenzielle Analyse der HBSC-Daten von 2022. Genauer gesagt versuchen wir, (1) den Einfluss des Geschlechts zu bewerten, wenn wir psychosoziale Faktoren prüfen, die bekanntlich die Lebenszufriedenheit beeinflussen, und (2) abzuschätzen, ob der jeweilige Einfluss dieser Faktoren mit dem Geschlecht variiert.

Methode

Abhängige Variable

Zur Bewertung der Lebenszufriedenheit bei Jugendlichen wurde die Cantril-Leiter verwendet (siehe Tabelle 4). Diese Skala reicht von 0 („schlechtest mögliches Leben") bis 10 („bestmögliches Leben").

Unabhängige Variablen

In den durchgeführten Analysen wurden, wie im vorherigen Abschnitt beschrieben, fünf soziodemografische Faktoren verwendet – Alter, familiärer Wohlstand, Familienstruktur, Geschlecht und Migrationshintergrund.

Außerdem nutzten wir vier psychologische und gesundheitsbezogene Prädiktoren. Angstzustände wurden mit einem allgemeinen Wert zwischen 0 und 6 geschätzt. Gesundheitliche Beschwerden wurden anhand einer dichotomen Variable gemessen, die zwischen Teilnehmenden mit mindestens zwei Beschwerden pro Woche und anderen Teilnehmenden unterschied. Einsamkeit wurde als dichotome Variable verwendet, wobei zwischen den Teilnehmenden, die angaben, sich im vergangenen Jahr meistens oder immer einsam gefühlt zu haben, und den anderen unterschieden wurde. Selbstwirksamkeit wurde anhand einer allgemeinen Punktzahl von 2 bis 10 bewertet und anschließend in die Selbstwirksamkeitsgrade „niedrig" (≤ 6), „mittel" (7–8) und „hoch" (9–10) unterteilt.

Schließlich wurde der Mittelwert zweier Subskalen der sozialen Unterstützung – familiäre Unterstützung und Unterstützung durch Freunde– verwendet. Beide Maße wurden aus der multidimensionalen Skala der wahrgenommenen sozialen Unterstützung (Zimet et al., 1988) entnommen. Jede Subskala umfasst vier Items auf einer Bewertungsskala von 1–7 (z. B. „Ich bekomme die emotionale Hilfe und Unterstützung, die ich brauche, von meiner Familie").

Statistische Analysen

Zunächst führten wir eine dreistufige hierarchische Regressionsanalyse durch, die soziodemografische Faktoren (Schritt 1), mentale und gesundheitsbezogene Faktoren (Schritt 2) sowie Faktoren der sozialen Unterstützung (Schritt 3) umfasste. Dieser schrittweise Prozess ermöglichte es uns, die Vorhersagekraft unserer Prädiktoren abzuschätzen und die Auswirkung des Geschlechts auf die Lebenszufriedenheit zu bewerten, wenn auf verschiedene Arten von Prädiktoren geprüft wird. In einem zweiten Schritt haben wir die Analyse dann nach Geschlecht getrennt wiederholt. Auf diese Weise konnten wir die jeweiligen Auswirkungen unserer Prädiktoren auf die Lebenszufriedenheit von

Jungen und Mädchen separat vergleichen und mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede auf einer tieferen Ebene untersuchen. Dabei verwendeten wir ein statistisches Signifikanzniveau von 0,05.

Ergebnisse und Diskussion

Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, wurde bei der Untersuchung des Einflusses soziodemografischer Faktoren auf die Lebenszufriedenheit (Schritt 1) ein signifikanter Effekt des Geschlechts festgestellt. Nachdem wir in Schritt 2 psychologische und gesundheitsbezogene Faktoren in das Modell einbezogen, wurde dieser Geschlechtereffekt jedoch aufgehoben. Die Ergänzung von Faktoren der sozialen Unterstützung (Schritt 3) schwächte den in Schritt 1 festgestellten Einfluss des Geschlechts weiter ab. Dabei ist erwähnenswert, dass das Geschlecht der einzige Prädiktor war, der in den Schritten 2 und 3 einen nicht signifikanten *p*-Wert aufwies.

Wichtig ist, dass die Aushöhlung des Geschlechtseffekts in den Schritten 2 und 3 nicht als Beweis dafür interpretiert werden sollte, dass das Geschlecht keine Rolle spielt. Die Analyse deutet darauf hin, dass die geschlechtsspezifische Varianz in Schritt 1 durch die in den Schritten 2 und 3 einbezogenen Variablen aufgefangen wurde. Wie bereits erwähnt, gibt es seit langem Hinweise darauf, dass Mädchen häufiger als Jungen unter psychischen Störungen wie Angststörungen oder Depression leiden (Biswas et al., 2020; Moreno-Agostino et al., 2021).

Tabelle 1: Zusammenfassung der linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Lebenszufriedenheit, aufgeteilt nach Geschlecht

	Schritt 1			Schritt 2			Schritt 3		
	B	SE	p	B	SE	p	B	SE	p
Alter [11–18]	-0,176	0,010	,000	-0,111	0,009	,000	-0,082	0,009	,000
Familiärer Wohlstand	0,385	0,036	,000	0,248	0,031	,000	0,180	0,030	,000
Familienstruktur	-0,259	0,029	,000	-0,145	0,025	,000	-0,116	0,024	,000
Geschlecht	-0,600	0,044	,000	-0,021	0,040	,592	0,005	0,038	,890
Migration	-0,165	0,032	,000	-0,133	0,028	,000	-0,064	0,026	,015
Angstzustände [0–6]				-0,197	0,014	,000	-0,152	0,013	,000
Gesundheitliche Beschwerden				-0,617	0,046	,000	-0,450	0,044	,000
Einsamkeit				-1,009	0,056	,000	-0,676	0,055	,000
Selbstwirksamkeit				0,475	0,031	,000	0,350	0,029	,000
Unterstützung durch die Familie							0,314	0,013	,000
Unterstützung durch Freunde							0,050	0,013	,000
Bereinigtes R^2		,110			,352			,415	

Interessanterweise zeigte die Durchführung der gleichen Analyse nach Geschlecht, dass die meisten Prädiktoren unabhängig vom Geschlecht einen ähnlichen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit haben (siehe Tabelle 2). Dabei sei darauf hingewiesen, dass diese Ähnlichkeiten nicht bedeuten, dass z. B. Angst oder Einsamkeit bei Jungen und Mädchen gleich häufig vorkommen. Diese Ähnlichkeiten deuten lediglich darauf hin, dass der Einfluss dieser Faktoren auf die Lebenszufriedenheit nicht vom Geschlecht abhängt. Von den untersuchten Faktoren war das Alter der einzige,

dessen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit vom Geschlecht variierte. Wie im vorigen Kapitel erwähnt, tritt die Abnahme der Lebenszufriedenheit bei Mädchen früher ein als bei Jungen, was vielleicht auf die Pubertät zurückzuführen ist (Krieger et al., 2015).

Tabelle 2: Zusammenfassung der linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Lebenszufriedenheit, aufgeteilt nach Geschlecht

	Jungen			Mädchen		
	B	SE	*p*	B	SE	*p*
Alter [11–18]	-0,111	0,012	,000	-0,053	0,012	,000
Familiärer Wohlstand	0,176	0,043	,000	0,189	0,042	,000
Familienstruktur	-0,110	0,034	,001	-0,120	0,033	,000
Migrationshintergrund	-0,080	0,037	,030	-0,049	0,037	,194
Angstsymptome [0–6]	-0,153	0,019	,000	-0,153	0,018	,000
Gesundheitliche Beschwerden	-0,452	0,063	,000	-0,464	0,063	,000
Einsamkeit	-0,652	0,089	,000	-0,674	0,070	,000
Selbstwirksamkeit	0,316	0,042	,000	0,378	0,042	,000
Unterstützung durch die Familie	0,317	0,020	,000	0,311	0,018	,000
Unterstützung durch Freunde	0,045	0,019	,015	0,058	0,018	,001
Bereinigtes R^2		,358			,432	

Insgesamt deuten die vorliegenden Ergebnisse darauf hin, dass die von uns beobachteten geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit hauptsächlich durch Alter und psychosoziale Faktoren beeinflusst werden. Die vorliegende Studie stützt die Ansicht, dass Mädchen eine geringere Lebenszufriedenheit angeben, was teilweise auf geschlechtsspezifische Unterschiede bei der psychischen Belastung zurückzuführen ist. Es sollte jedoch daran erinnert werden, dass der Unterschied in der Lebenszufriedenheit eher gering war (Cohen's d = 0,31), insbesondere im Vergleich zu den geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Angstsymptome (Cohen's d = 0,55) und Einsamkeit (Cohen's d = 0,55). Folglich stellen die Unterschiede in der psychischen Belastung wahrscheinlich einen von mehreren Erklärungsfaktoren dar. In unserem Rahmen schien die familiäre Unterstützung ein weiterer Schlüsselfaktor für die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit zu sein. In der Tat berichteten Jungen über eine höhere familiäre Unterstützung als Mädchen (M_{JUNGEN} = 5,72; SD_{JUNGEN} = 1,52; $M_{MÄDCHEN}$ = 5,16; $SD_{MÄDCHEN}$ = 1,78; Cohen's d = 0,34). Es sind jedoch umfassendere Modelle erforderlich, um die Gründe für die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit besser zu verstehen. Die Berücksichtigung von Faktoren wie Risikoverhalten und Substanzkonsum könnte dieses Verständnis bereichern.

Auf internationaler Ebene decken sich unsere Ergebnisse mit denen der meisten Länder des HBSC-Netzwerks (Inchley et al., 2020). Wie bereits erwähnt, kamen andere Studien jedoch zu widersprüchlichen Ergebnissen. So bleibt beispielsweise unklar, wie die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit abhängig von der Gleichstellung der Geschlechter in den einzelnen Ländern variieren. Die meisten Studien haben gezeigt, dass mit einer besseren Gleichstellung der Geschlechter auch die Lebenszufriedenheit steigt. Ob eine bessere Gleichstellung der Geschlechter Jungen und Mädchen in gleicher Weise zugutekommt, bleibt jedoch fraglich. Auf Grundlage von Daten aus der HBSC-Umfrage 2014 stellten de Looze et al. (2018) fest, dass die Gleichstellung der Geschlechter in einem gegebenen Land die Lebenszufriedenheit bei Jungen und Mädchen in ähnlichem Maße verbessert. Im Gegensatz dazu fanden Heinz, Catunda et al. (2020) und Guo et al. (2022) anhand von Daten aus der HBSC-Umfrage 2018 bzw. den

PISA-Studien 2015 und 2018 heraus, dass die Gleichstellung der Geschlechter in einem Land die Lebenszufriedenheit von Jungen in größerem Maße verbesserte als die von Mädchen. Einige Studien legten nahe, dass Personen aus westlichen Ländern, die in dieser Hinsicht als diejenigen mit der höchsten Gleichstellung gelten, eher dazu neigen, bei der Bewertung ihrer eigenen Lebenszufriedenheit geschlechtsspezifische Unterschiede zu berücksichtigen als Personen aus nicht-westlichen Ländern (Costa et al., 2001; Guimond et al., 2007). Es ist jedoch wichtig, die Unterschiede zwischen den Erhebungsjahren zu beachten. Keys et al. (2019) stellten fest, dass die depressiven Symptome bei jugendlichen Mädchen in den USA von 1991 bis 2012 abnahmen, um sich dann umzukehren und im Jahr 2018 ihren Höchststand zu erreichen. Die in den früheren Studien zur Lebenszufriedenheit festgestellten Unterschiede könnten also auf einen Periodeneffekt zurückzuführen sein. Auch hier besteht weiterer Forschungsbedarf.

Schlussfolgerungen und Perspektiven

In den vergangenen zwei Jahrzehnten wurde allgemein eine Verschlechterung der mentalen Gesundheit und des Wohlbefindens von Jugendlichen festgestellt, wobei die Auswirkungen (Bor et al., 2014; Cosma et al., 2020) der COVID-19-Pandemie diese besorgniserregende Entwicklung noch verstärkten (Nearchou et al., 2020). Dieser Bericht soll einen Überblick über die Situation der mentalen Gesundheit und des Wohlbefindens von Jugendlichen an staatlichen Schulen in Luxemburg im Jahr 2022 geben. Genauer haben wir die folgenden Variablen zur mentalen Gesundheit und zum Wohlbefinden untersucht: Lebenszufriedenheit, multiple Gesundheitsbeschwerden, wahrgenommene Gesundheit, Depression, Angstzustände, Einsamkeit und Selbstwirksamkeit.

Zunächst konnten wir dank der Erfassung der Lebenszufriedenheit, gesundheitlichen Beschwerden und der wahrgenommenen Gesundheit durch die HBSC-Umfragen seit 2006 die Daten von 2022 mit früheren Ergebnissen vergleichen. So konnten wir feststellen, dass die Prävalenz der Jugendlichen, die eine hohe Lebenszufriedenheit und einen ausgezeichneten Gesundheitszustand angaben, im Laufe der Zeit relativ stabil war. Unsere Analysen ergaben jedoch einen deutlichen Anstieg der Prävalenz von Jugendlichen mit multiplen Gesundheitsbeschwerden, insbesondere bei Mädchen.

Zweitens haben unsere Ergebnisse bei jedem einzelnen untersuchten Indikator erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede aufgezeigt. Mädchen berichten im Vergleich zu Jungen über eine geringere Lebenszufriedenheit und ein geringeres Wohlbefinden, häufigere Gesundheitsbeschwerden, eine höhere Prävalenz von Depressionen und Angstsymptomen sowie eine geringere Selbstwirksamkeit. Zudem fühlen sich Mädchen häufiger einsam und schätzen ihren Gesundheitszustand seltener als Jungen als ausgezeichnet ein. Darüber hinaus verschlechtern sich die meisten Indikatoren mit zunehmendem Alter (einzige Ausnahme: Selbstwirksamkeit). Diese Verschlechterung ist jedoch je nach Geschlecht unterschiedlich. Bei Mädchen ist zwischen dem Alter von 11–12 und 13–14 Jahren ein signifikanter Rückgang der verschiedenen Indikatoren für mentale Gesundheit und Wohlbefinden zu beobachten, während dieser Rückgang bei Jungen in der Jugend langsamer verläuft.

Drittens haben wir festgestellt, dass der familiäre Wohlstand eine wichtige Rolle in Bezug auf mentale Gesundheit und Wohlbefinden spielt. Genauer gesagt weisen Jugendliche aus einem weniger wohlhabenden Umfeld unabhängig von dem untersuchten Indikator eine geringere mentale Gesundheit und ein geringeres Wohlbefinden auf als ihre Altersgenossen. Das Gleiche gilt für die Jugendlichen, die (oder deren Eltern) nach Luxemburg eingewandert sind, insbesondere wegen des Zusammenhangs zwischen Familienwohlstand und Migrationshintergrund. Darüber hinaus scheint das Zusammenleben mit beiden Elternteilen bei allen hier behandelten Indikatoren eine Schutzwirkung zu haben. Jugendliche, die mit beiden Elternteilen zusammenleben, berichten über eine deutlich bessere mentale Gesundheit und ein besseres Wohlbefinden als Jugendliche in anderen Familienkonstellationen.

Mit Ausnahme der Selbstwirksamkeit sind die Unterschiede in Bezug auf den Schultyp eher Ausdruck einer homogenen soziodemografischen Zusammensetzung der einzelnen Schultypen (beispielsweise sind die Schülerinnen und Schüler des *Enseignement Fondamental* jünger). Im Falle der Selbstwirksamkeit ist diese Erklärung jedoch weniger wahrscheinlich. Im *Enseignement Secondaire Général – classes inférieures (voie professionnelle)* ist die Prävalenz der Schülerinnen und Schüler, die ein geringes Gefühl der Selbstwirksamkeit angeben, signifikant höher.

Angesichts der großen geschlechtsspezifischen Unterschiede bei allen untersuchten Indikatoren für mentale Gesundheit und Wohlbefinden wurden weitere Analysen durchgeführt, um die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit besser zu verstehen. Bei der Untersuchung der soziodemografischen Variablen (d. h. Alter, familiärer Wohlstand, Familienstruktur und Migration) und psychosozialen Faktoren, von denen bekannt ist, dass sie die Lebenszufriedenheit beeinflussen (Angstsymptome, Gesundheitsbeschwerden, Einsamkeit, Selbstwirksamkeit, familiäre Unterstützung und Unterstützung durch Freunde) erwies sich das Geschlecht als nicht signifikanter Prädiktor für die Lebenszufriedenheit. Dieses Ergebnis zeigt, dass die untersuchten Faktoren für die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit verantwortlich sind. Unsere Analysen deuten daher darauf hin, dass die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei psychischer Belastung und sozialen Beziehungen widerspiegeln.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die allgemeine Entwicklung der mentalen Gesundheit und des Wohlbefindens seit 2006 stabil geblieben ist. Diese Ergebnisse spiegeln jedoch eher die aktuelle Realität der Jungen wider. Bei den Mädchen zeigt sich ein anderes Szenario mit einer geringeren Lebenszufriedenheit und einem deutlichen Anstieg multipler Gesundheitsbeschwerden. Das geschlechtsspezifische Gefälle bei der Lebenszufriedenheit ist zwar in allen Erhebungen von HBSC-Umfragen in Luxemburg präsent, im Jahr 2022 allerdings zugunsten der Jungen am größten. Unsere zusätzlichen Analysen deuten darauf hin, dass dieser Unterschied eher auf psychosoziale Faktoren zurückzuführen ist, die ähnliche Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen aufweisen wie die Lebenszufriedenheit. Künftige Studien könnten die Ursachen und Prozesse des von uns beobachteten Rückgangs der mentalen Gesundheit bei Mädchen weiter untersuchen.

In Anbetracht dieser Ergebnisse sollte die Förderung des Wohlbefindens von Jugendlichen und die Bewältigung von Problemen im Bereich ihrer mentalen Gesundheit in Luxemburg Priorität haben, und die in den folgenden Abschnitten beschriebenen Maßnahmen sollten in Betracht gezogen werden. (World Health Organization, 2020).

Die Förderung des Wohlbefindens und der mentalen Gesundheit von Jugendlichen beginnt damit, dass die bestehenden Angebote jugendgerecht gestaltet und altersspezifische Hindernisse beim Zugang zu Gesundheitsförderungsprogrammen und Gesundheitseinrichtungen abgebaut werden. Dazu kann es gehören, Fachkräfte über altersspezifische Herausforderungen und Bedürfnisse zu informieren und sicherzustellen, dass die Angebote die individuellen Rechte Minderjähriger auf Privatsphäre und Vertraulichkeit respektieren und schützen.

Die Ähnlichkeit der Ergebnisse bei allen beobachteten Indikatoren deutet darauf hin, dass ein ganzheitlicher Präventionsansatz im Bereich der mentalen Gesundheit im Jugendalter am wirksamsten sein könnte. Dies könnte die sektorübergreifende Umsetzung von Programmen und Maßnahmen in einer Vielzahl von Bereichen (z. B. Familien, Schulen, Gemeinschaften, Freunde) umfassen, um ein unterstützendes und schützendes Umfeld für Jugendliche zu schaffen. Das Bewusstsein muss also bei Jugendlichen, Eltern, Verantwortlichen in der Gemeinschaft, Lehrpersonal und Gesundheitsfachkräften gleichermaßen gefördert werden, und in allen betroffenen Bereichen sollten Schulungen zur Sensibilisierung für mentale Gesundheit angeboten werden.

Die überproportionale mentale Belastung von Mädchen sowie der beobachtete Rückgang ihres Wohlbefindens und ihrer mentalen Gesundheit zeigen, dass Erkenntnisse über die Ursachen dieser Phänomene gesammelt werden müssen. Programme zur Förderung der mentalen Gesundheit und des Wohlbefindens, die speziell auf Mädchen zugeschnitten sind und sich mit den geschlechtsspezifischen gesellschaftlichen Herausforderungen befassen, mit

denen heranwachsende Mädchen konfrontiert sind, sollten entwickelt und, soweit bereits vorhanden, verstärkt werden.

Ebenso sollte der erhöhten Anfälligkeit von Jugendlichen aus weniger wohlhabenden Familien in Bezug auf Wohlbefinden und mentale Gesundheit mit zusätzlichen Unterstützungsangeboten für Jugendliche aus weniger privilegierten Verhältnissen entgegengewirkt werden. Angesichts des schlechteren Wohlbefindens und der schlechteren psychischen Gesundheit von Jugendlichen, die nicht mit zwei Elternteilen zusammenleben, und angesichts des erhöhten Armutsrisikos von Ein-Eltern-Familien sollte es eine dringende Priorität sein, sich mit der Wahrscheinlichkeit zu befassen, dass Jugendliche mit der Kombination dieser beiden Risiken konfrontiert sind. Die Maßnahmen zur Verringerung der allgemeinen sozioökonomischen Ungleichheiten und zur finanziellen Unterstützung von Familien mit geringeren Mitteln sollten jedoch ebenfalls fortgesetzt und ausgeweitet werden. Zwar sollten zusätzliche Mittel speziell für die Unterstützung von Mädchen und Jugendlichen aus weniger wohlhabenden Familien bereitgestellt werden, allerdings sollten auch anderen Gruppen von Jugendlichen keine Mittel vorenthalten werden.

Anhang

Lebenszufriedenheit

Abbildung 22: Prävalenz der Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

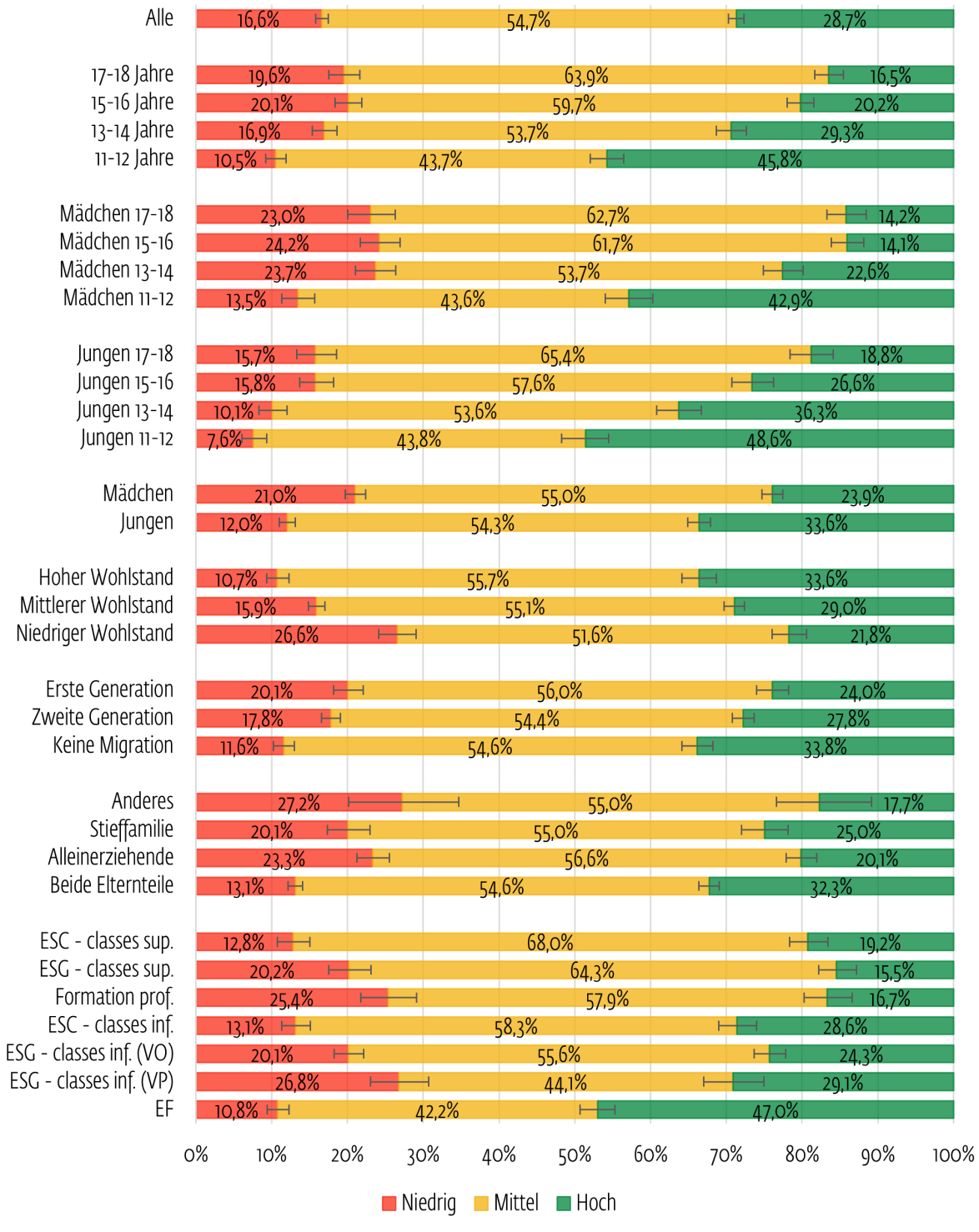


Tabelle 3: Prävalenz der Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Niedrige Zufriedenheit (0–5)	Mittlere Zufriedenheit (6–8)	Hohe Zufriedenheit (9–10)	Chi-Square-Test
Alle				**N = 7 446**
	16,6 (15,8 – 17,5)	54,7 (53,5 – 55,8)	28,7 (27,7 – 29,7)	
Alter				**N = 7 446**
11–12 Jahre	10,5 (9,2 – 11,9)	43,7 (41,5 – 45,9)	45,8 (43,6 – 48,0)	
13–14 Jahre	16,9 (15,4 – 18,6)	53,7 (51,5 – 55,9)	29,3 (27,4 – 31,3)	$p < 0{,}001$
15–16 Jahre	20,1 (18,4 – 21,9)	59,7 (57,5 – 61,8)	20,2 (18,5 – 22,0)	$\gamma = -0{,}288$
17–18 Jahre	19,6 (17,6 – 21,7)	63,9 (61,4 – 66,4)	16,5 (14,6 – 18,5)	
Alter x Geschlecht				**N = 3 656**
Mädchen 11–12	13,5 (11,4 – 15,7)	43,6 (40,5 – 46,8)	42,9 (39,8 – 46,1)	
Mädchen 13–14	23,7 (21,1 – 26,4)	53,7 (50,5 – 56,7)	22,6 (20,1 – 25,3)	$p < 0{,}001$
Mädchen 15–16	24,2 (21,7 – 26,9)	61,7 (58,7 – 64,7)	14,1 (12,0 – 16,3)	$\gamma = -0{,}275$
Mädchen 17–18	23,0 (20,1 – 26,3)	62,7 (59,1 – 66,3)	14,2 (11,7 – 16,9)	
				N = 3 742
Jungen 11–12	7,6 (6,1 – 9,3)	43,8 (40,7 – 46,9)	48,6 (45,5 – 51,6)	
Jungen 13–14	10,1 (8,3 – 12,0)	53,6 (50,5 – 56,7)	36,3 (33,4 – 39,3)	$p < 0{,}001$
Jungen 15–16	15,8 (13,7 – 18,2)	57,6 (54,5 – 60,7)	26,6 (24,0 – 29,5)	$\gamma = -0{,}302$
Jungen 17–18	15,7 (13,3 – 18,6)	65,4 (61,9 – 68,8)	18,8 (16,1 – 21,8)	
Geschlecht				**N = 7 398**
Mädchen	21,0 (19,7 – 22,4)	55,0 (53,4 – 56,6)	23,9 (22,6 – 25,3)	$p < 0{,}001$
Jungen	12,0 (11,0 – 13,1)	54,3 (52,8 – 55,9)	33,6 (32,1 – 35,1)	V de Cramér = 0,143
Familiärer Wohlstand				**N = 7 265**
Hoch	10,7 (9,3 – 12,3)	55,7 (53,2 – 58,0)	33,6 (31,3 – 35,9)	$p < 0{,}001$
Mittel	15,9 (14,9 – 17,0)	55,1 (53,6 – 56,6)	29,0 (27,6 – 30,3)	$\gamma = 0{,}197$
Niedrig	26,6 (24,2 – 29,1)	51,6 (48,8 – 54,4)	21,8 (19,5 – 24,1)	
Migrationshintergrund				**N = 7 177**
Erste Generation	20,1 (18,2 – 22,1)	56,0 (53,5 – 58,4)	24,0 (21,9 – 26,1)	$p < 0{,}001$
Zweite Generation	17,8 (16,6 – 19,1)	54,4 (52,8 – 56,1)	27,8 (26,3 – 29,2)	V de Cramér = 0,074
Keine Migration	11,6 (10,2 – 13,0)	54,6 (52,4 – 56,7)	33,8 (31,8 – 35,9)	
Familienstruktur				**N = 7 031**
Andere	27,2 (20,1 – 34,7)	55,0 (47,1 – 63,3)	17,7 (12,1 – 24,7)	
Stieffamilie	20,1 (17,3 – 23,0)	55,0 (51,4 – 58,4)	25,0 (21,9 – 28,1)	$p < 0{,}001$
Alleinerziehende	23,3 (21,2 – 25,5)	56,6 (54,0 – 59,0)	20,1 (18,1 – 22,2)	V de Cramér = 0,107
Beide Elternteile	13,1 (12,2 – 14,1)	54,6 (53,2 – 56,0)	32,3 (30,9 – 33,6)	
Schultyp				**N = 7 446**
ESC-*classes sup.*	12,8 (10,8 – 15,1)	68,0 (64,9 – 70,9)	19,2 (16,8 – 21,9)	
ESG-*classes sup.*	20,2 (17,6 – 23,1)	64,3 (60,9 – 67,5)	15,5 (13,2 – 18,2)	
Formation prof.	25,4 (21,8 – 29,1)	57,9 (53,7 – 62,1)	16,7 (13,7 – 20,0)	
ESC-*classes inf.*	13,1 (11,3 – 15,1)	58,3 (55,6 – 61,1)	28,6 (26,1 – 31,2)	$p < 0{,}001$
ESG-*classes inf.* (VO)	20,1 (18,2 – 22,1)	55,6 (53,2 – 58,0)	24,3 (22,3 – 26,4)	V de Cramér = 0,195
ESG-*classes inf.* (VP)	26,8 (23,0 – 30,7)	44,1 (39,8 – 48,5)	29,1 (25,3 – 33,2)	
EF	10,8 (9,4 – 12,3)	42,2 (39,9 – 44,5)	47,0 (44,7 – 49,3)	

Die Teilnehmenden wurden gebeten anzugeben, wie zufrieden sie mit ihrem Leben insgesamt sind, und zwar von 10 (bestmögliches Leben) bis 0 (schlechtest mögliches Leben). Die Lebenszufriedenheit wurde in folgende Kategorien eingeteilt: geringe Lebenszufriedenheit (Kategorien 0 bis 5), mittlere Lebenszufriedenheit (Kategorien 6 bis 8) und hohe Lebenszufriedenheit (Kategorien 9 bis 10). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Tabelle 4: Mittelwert der Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Lebenszufriedenheit	N	ANOVA	*p*Wert
Alle				
	7,37 (7,32 – 7,41)	7 446		
Alter				
11 Jahre	8,21 (8,09 – 8,32)	7 899	F = 62,11	< 0,001
12 Jahre	7,83 (7,72 – 7,94)			
13 Jahre	7,48 (7,37 – 7,6)			
14 Jahre	7,22 (7,10 – 7,34)			
15 Jahre	7,12 (7,00 – 7,23)			
16 Jahre	6,98 (6,87 – 7,09)			
17 Jahre	7,03 (6,91 – 7,14)			
18 Jahre	6,86 (6,70 – 7,01)			
Alter x Geschlecht				
Mädchen 11	8,10 (7,93 – 8,27)	7 847	F = 45,00	< 0,001
Mädchen 12	7,57 (7,41 – 7,74)			
Mädchen 13	7,01 (6,84 – 7,18)			
Mädchen 14	6,85 (6,67 – 7,02)			
Mädchen 15	6,79 (6,64 – 6,95)			
Mädchen 16	6,70 (6,55 – 6,84)			
Mädchen 17	6,85 (6,69 – 7,01)			
Mädchen 18	6,72 (6,50 – 6,94)			
Jungen 11	8,31 (8,16 – 8,46)			
Jungen 12	8,09 (7,95 – 8,23)			
Jungen 13	7,99 (7,85 – 8,14)			
Jungen 14	7,58 (7,43 – 7,73)			
Jungen 15	7,46 (7,3 – 7,62)			
Jungen 16	7,26 (7,11 – 7,42)			
Jungen 17	7,22 (7,05 – 7,38)			
Jungen 18	7,04 (6,82 – 7,26)			
Geschlecht				
Mädchen	7,09 (7,02 – 7,15)	7 847	191,79	< 0,001
Jungen	7,66 (7,60 – 7,71)			
Familiärer Wohlstand				
Hoch	7,69 (7,61 – 7,77)	7 709	F = 88,87	< 0,001
Mittel	7,40 (7,35 – 7,46)			
Niedrig	6,83 (6,71 – 6,94)			
Migrationshintergrund				
Erste Generation	7,12 (7,02 – 7,21)	7 617	F = 43,95	< 0,001
Zweite Generation	7,31 (7,25 – 7,37)			
Keine Migration	7,66 (7,58 – 7,73)			
Familienstruktur				
Andere	6,70 (6,34 – 7,06)	7 464	F = 66,80	< 0,001
Stieffamilie	7,11 (6,97 – 7,25)			
Alleinerziehende	6,91 (6,81 – 7,01)			
Beide Elternteile	7,58 (7,53 – 7,63)			

Tabelle 4: Mittelwert der Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen (Fortsetzung)

	Lebenszufriedenheit	N	ANOVA	*p*Wert
Schultyp				
ESC-*classes sup.*	7,28 (7,17 – 7,38)			
ESG-*classes sup.*	6,93 (6,81 – 7,05)			
Formation prof.	6,78 (6,62 – 6,94)			
ESC-*classes inf.*	7,43 (7,33 – 7,53)	7 899	F = 68,59	< 0,001
ESG-*classes inf.* (VO)	7,14 (7,05 – 7,23)			
ESG-*classes inf.* (VP)	7,05 (6,86 – 7,24)			
EF	8,03 (7,95 – 8,11)			

Die Teilnehmenden wurden gebeten anzugeben, wie zufrieden sie mit ihrem Leben insgesamt sind, und zwar von 10 („bestmögliches Leben") bis 0 („schlechtest mögliches Leben"). Die Ergebnisse sind Mittelwerte (95 % Konfidenzintervall).

Multiple Gesundheitsbeschwerden

Abbildung 23: Prävalenz multipler Gesundheitsbeschwerden in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

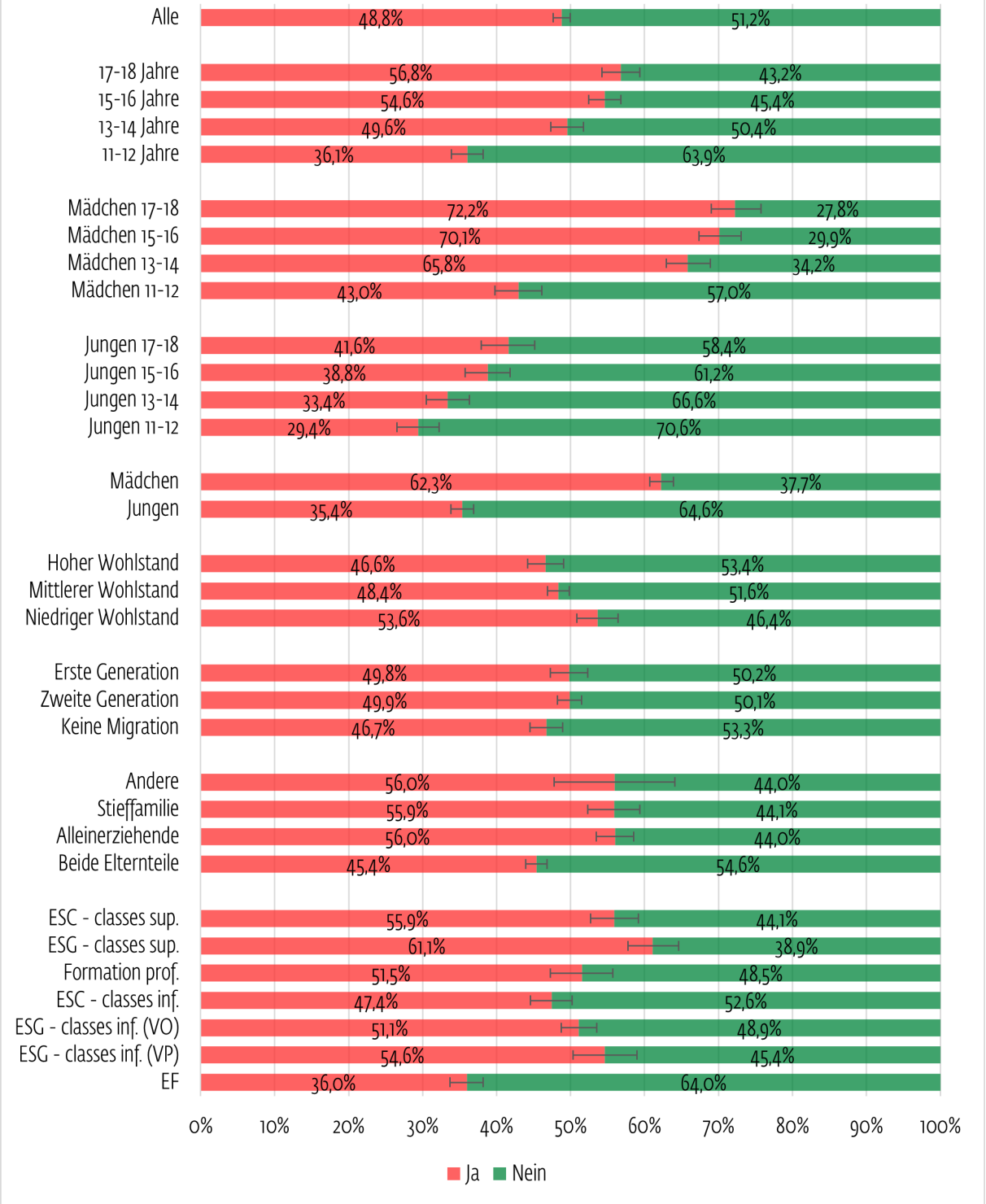


Tabelle 5: Prävalenz multipler Gesundheitsbeschwerden in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Nein	Ja	Chi-Square-Test
Alle			**N = 7 307**
	51,2 (50,1 – 52,3)	48,8 (47,7 – 49,9)	
Alter			**N = 7 307**
11-12 Jahre	63,9 (61,8 – 66,1)	36,1 (33,9 – 38,2)	
13-14 Jahre	50,4 (48,2 – 52,6)	49,6 (47,4 – 51,8)	$p < 0{,}001$
15-16 Jahre	45,4 (43,2 – 47,6)	54,6 (52,4 – 56,8)	$\gamma = 0{,}224$
17-18 Jahre	43,2 (40,6 – 45,7)	56,8 (54,3 – 59,4)	
Age x Geschlecht			**N = 3 575**
Mädchen 11-12	57,0 (53,9 – 60,2)	43,0 (39,8 – 46,1)	
Mädchen 13-14	34,2 (31,3 – 37,3)	65,8 (62,8 – 68,8)	$p < 0{,}001$
Mädchen 15-16	29,9 (27,1 – 32,8)	70,1 (67,2 – 72,9)	$\gamma = 0{,}326$
Mädchen 17-18	27,8 (24,6 – 31,3)	72,2 (68,7 – 75,4)	
			N = 3 683
Jungen 11-12	70,6 (67,8 – 73,5)	29,4 (26,6 – 32,4)	
Jungen13-14	66,6 (63,7 – 69,5)	33,4 (30,6 – 36,4)	$p < 0{,}001$
Jungen 15-16	61,2 (58,0 – 64,1)	38,8 (35,9 – 42,0)	$\gamma = 0{,}150$
Jungen 17-18	58,4 (54,7 – 61,9)	41,6 (38,1 – 45,3)	
Geschlecht			**N = 7 259**
Mädchen	37,7 (36,2 – 39,3)	62,3 (60,7 – 63,9)	$p < 0{,}001$
Jungen	64,6 (63,1 – 66,2)	35,4 (33,8 – 36,9)	Cramér's V. = 0,269
Familiärer Wohlstand			**N = 7 144**
Hoch	53,4 (51,0 – 55,8)	46,6 (44,2 – 49,0)	$p < 0{,}001$
Mittel	51,6 (50,1 – 53,1)	48,4 (46,9 – 49,9)	$\gamma = -0{,}075$
Niedrig	46,4 (43,6 – 49,2)	53,6 (50,8 – 56,4)	
Migrationshintergrund			**N = 7 052**
Erste Generation	50,2 (47,7 – 52,7)	49,8 (47,3 – 52,3)	$p = 0{,}062$
Zweite Generation	50,1 (48,5 – 51,8)	49,9 (48,2 – 51,5)	Cramér's V. = 0,028
Keine Migration	53,3 (51,1 – 55,5)	46,7 (44,5 – 48,9)	
Familienstruktur			**N = 6 901**
Andere	44,0 (35,8 – 52,2)	56,0 (47,8 – 64,2)	
Stieffamilie	44,1 (40,6 – 47,6)	55,9 (52,4 – 59,4)	$p < 0{,}001$
Alleinerziehende	44,0 (41,5 – 46,5)	56,0 (53,5 – 58,5)	Cramér's V. = 0,100
Beide Elternteile	54,6 (53,2 – 56,0)	45,4 (44,0 – 46,8)	
Schultyp			**N = 7 307**
ESC-*classes sup.*	44,1 (40,9 – 47,3)	55,9 (52,7 – 59,1)	
ESG-*classes sup.*	38,9 (35,5 – 42,4)	61,1 (57,6 – 64,5)	
Formation prof.	48,5 (44,2 – 52,6)	51,5 (47,4 – 55,8)	
ESC-*classes inf.*	52,6 (49,7 – 55,4)	47,4 (44,6 – 50,3)	$p < 0{,}001$
ESG-*classes inf.* (VO)	48,9 (46,5 – 51,3)	51,1 (48,7 – 53,5)	Cramér's V. = 0,163
ESG-*classes inf.* (VP)	45,4 (41,1 – 49,7)	54,6 (50,3 – 58,9)	
EF	64,0 (61,8 – 66,3)	36,0 (33,7 – 38,2)	

Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie oft sie in den vergangenen sechs Monaten unter den folgenden acht Gesundheitsproblemen gelitten hatten: Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Bauchschmerzen, Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder schlechte Laune, Nervosität, Einschlafprobleme und Schwindelgefühl. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „So gut wie täglich" (mit 1 bewertet) bis „seltener oder nie" (mit 5 bewertet). Multiple Gesundheitsbeschwerden wurden in die Kategorien „nein" und „ja" eingeteilt. Die Kategorie „ja" bezieht sich auf Jugendliche, die mehr als einmal pro Woche 2 oder mehr Gesundheitsbeschwerden hatten (Kategorie 1 und 2). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Tabelle 6: Mittelwert der multiplen Gesundheitsbeschwerden in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Multiple Gesundheitsbeschwerden	N	ANOVA	*p*Wert
Alle				
	11,54 (11,38 – 11,70)	7 307		
Alter				
11 Jahre	8,66 (8,26 – 9,05)	7 754	F = 48,75	< 0,001
12 Jahre	9,73 (9,33 – 10,12)			
13 Jahre	11,75 (11,30 – 12,20)			
14 Jahre	11,86 (11,41 – 12,31)			
15 Jahre	12,27 (11,84 – 12,70)			
16 Jahre	12,84 (12,40 – 13,27)			
17 Jahre	12,62 (12,15 – 13,09)			
18 Jahre	13,26 (12,71 – 13,81)			
Alter x Geschlecht				
Mädchen 11	9,51 (8,90 – 10,13)	7 702	F = 106,58	< 0,001
Mädchen 12	11,24 (10,66 – 11,83)			
Mädchen 13	14,54 (13,91 – 15,17)			
Mädchen 14	14,90 (14,25 – 15,54)			
Mädchen 15	15,08 (14,48 – 15,67)			
Mädchen 16	15,48 (14,90 – 16,07)			
Mädchen 17	15,52 (14,88 – 16,17)			
Mädchen 18	15,73 (14,99 – 16,47)			
Jungen 11	7,88 (7,38 – 8,39)			
Jungen 12	8,15 (7,67 – 8,63)			
Jungen 13	8,69 (8,17 – 9,21)			
Jungen 14	9,09 (8,56 – 9,62)			
Jungen 15	9,39 (8,86 – 9,93)			
Jungen 16	10,15 (9,59 – 10,71)			
Jungen 17	9,80 (9,22 – 10,39)			
Jungen 18	10,74 (10,04 – 11,43)			
Geschlecht				
Mädchen	13,93 (13,70 – 14,16)	7 702	F = 1 048,83	< 0,001
Jungen	9,14 (8,95 – 9,34)			
Familiärer Wohlstand				
Hoch	11,42 (11,09 – 11,76)	7 585	F = 5,02	= 0,007
Mittel	11,47 (11,26 – 11,68)			
Niedrig	12,10 (11,70 – 12,51)			
Migrationshintergund				
Erste Generation	11,66 (11,32 – 12,01)	7 485	F = 2,97	= 0,051
Zweite Generation	11,67 (11,44 – 11,90)			
Keine Migration	11,24 (10,92 – 11,56)			
Familienstruktur				
Andere	12,46 (11,20 – 13,73)	7 329	F = 31,93	< 0,001
Stieffamilie	12,36 (11,85 – 12,87)			
Alleinerziehende	12,80 (12,44 – 13,17)			
Beide Elternteile	11,00 (10,80 – 11,20)			

Tabelle 6: Mittelwert der multiplen Gesundheitsbeschwerden in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen (Fortsetzung)

	Multiple Gesundheitsbeschwerden	N	ANOVA	*p Wert*
Schultyp				
ESC-*classes sup.*	12,76 (12,34 – 13,19)			
ESG-*classes sup.*	13,51 (13,01 – 14,01)			
Formation prof.	11,99 (11,41 – 12,57)			
ESC-*classes inf.*	11,76 (11,35 – 12,16)	7 754	F = 54,43	< 0,001
ESG-*classes inf.* (VO)	12,02 (11,67 – 12,37)			
ESG-*classes inf.* (VP)	12,03 (11,40 – 12,67)			
EF	9,18 (8,88 – 9,47)			

Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie oft sie in den vergangenen sechs Monaten unter den folgenden acht Gesundheitsproblemen gelitten hatten: Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Bauchschmerzen, Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder schlechte Laune, Nervosität, Einschlafprobleme und Schwindelgefühl. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „Etwa täglich" (mit 1 bewertet) bis „seltener oder nie" (mit 5 bewertet) bei einer Gesamtpunktzahl von 0 bis 40. Die Ergebnisse sind Mittelwerte (95 % Konfidenzintervall).

Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands

Abbildung 24: Prävalenz der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

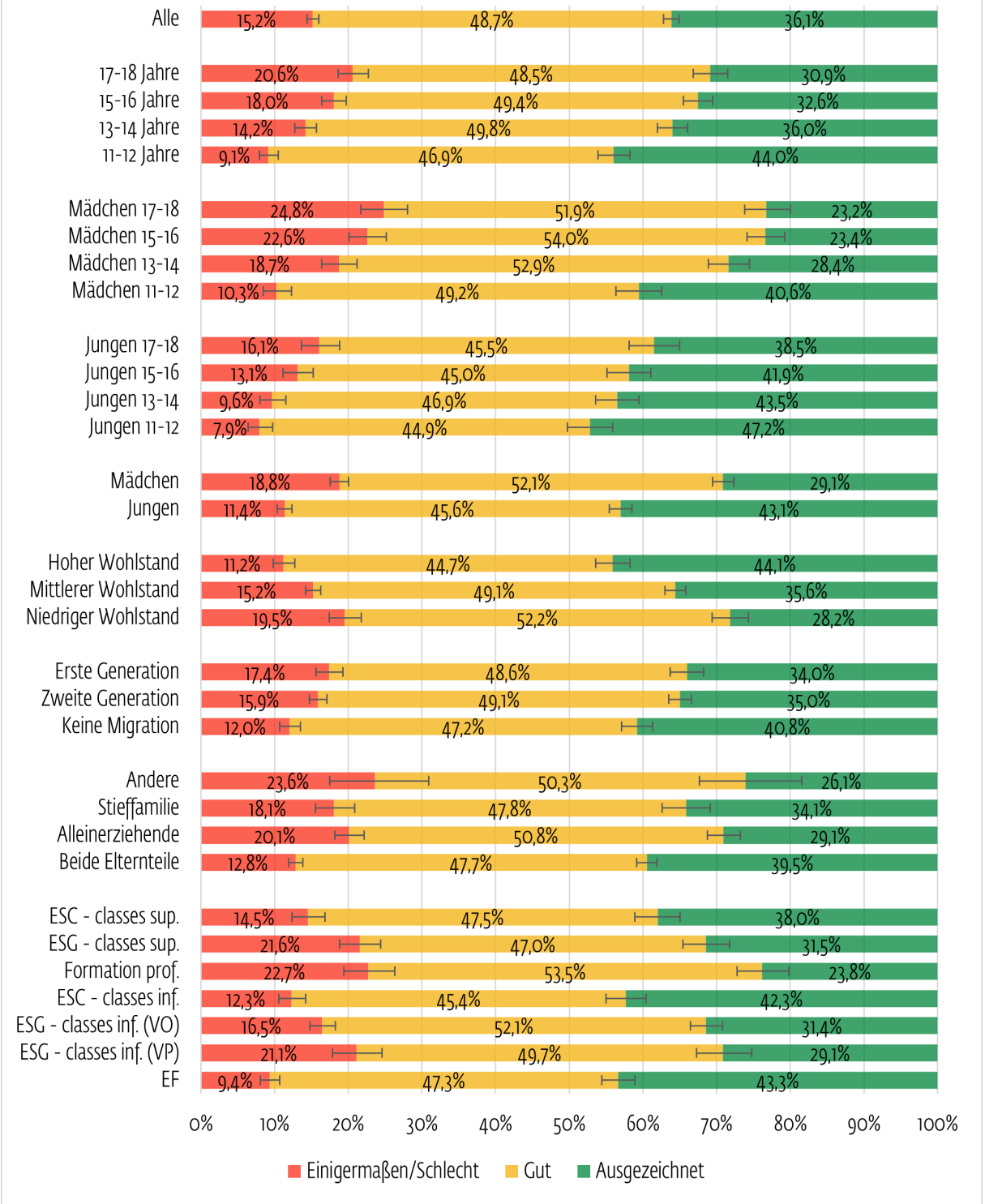


Tabelle 7: Prävalenz der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Mittelmäßig/ Schlecht (1-2)	Gut (3)	Ausgezeichnet (4)	Chi-Square-Test
Alle				**N = 7 730**
	15,2 (14,4 – 16,0)	48,7 (47,6 – 49,8)	36,1 (35,1 – 37,2)	
Alter				**N = 7 730**
11-12 Jahre	9,1 (8,0 – 10,5)	46,9 (44,7 – 49,1)	44,0 (41,8 – 46,2)	
13-14 Jahre	14,2 (12,7 – 15,7)	49,8 (47,7 – 51,9)	36,0 (34,0 – 38,1)	p < 0,001
15-16 Jahre	18,0 (16,4 – 19,7)	49,4 (47,3 – 51,5)	32,6 (30,6 – 34,6)	γ = -0,164
17-18 Jahre	20,6 (18,6 – 22,7)	48,5 (46,0 – 51,0)	30,9 (28,6 – 33,3)	
Alter x Geschlecht				**N = 3 746**
Mädchen 11-12	10,3 (8,5 – 12,3)	49,2 (46,1 – 52,4)	40,6 (37,5 – 43,6)	
Mädchen 13-14	18,7 (16,4 – 21,2)	52,9 (49,9 – 56,0)	28,4 (25,6 – 31,2)	p < 0,001
Mädchen 15-16	22,6 (20,1 – 25,2)	54,0 (51,0 – 57,0)	23,4 (20,9 – 26,1)	γ = -0,220
Mädchen 17-18	24,8 (21,7 – 28,0)	51,9 (48,3 – 55,6)	23,2 (20,3 – 26,5)	
				N = 3 932
Jungen 11-12	7,9 (6,4 – 9,8)	44,9 (41,9 – 48,0)	47,2 (44,1 – 50,2)	
Jungen 13-14	9,6 (8,0 – 11,5)	46,9 (44,0 – 49,9)	43,5 (40,6 – 46,5)	p < 0,001
Jungen 15-16	13,1 (11,1 – 15,2)	45,0 (42,0 – 48,1)	41,9 (38,9 – 44,9)	γ = -0,108
Jungen 17-18	16,1 (13,6 – 18,8)	45,5 (42,0 – 49,0)	38,5 (35,1 – 41,9)	
Geschlecht				**N = 7 677**
Mädchen	18,8 (17,6 – 20,1)	52,1 (50,5 – 53,7)	29,1 (27,7 – 30,6)	p < 0,001
Jungen	11,4 (10,4 – 12,4)	45,6 (44,0 – 47,1)	43,1 (41,5 – 44,6)	Cramér's V. = 0,157
Familiärer Wohlstand				**N = 7 511**
Hoch	11,2 (9,8 – 12,8)	44,7 (42,3 – 47,0)	44,1 (41,8 – 46,5)	p < 0,001
Mittel	15,2 (14,2 – 16,3)	49,1 (47,7 – 50,6)	35,6 (34,2 – 37,0)	γ = 0,177
Niedrig	19,5 (17,4 – 21,8)	52,2 (49,5 – 55,0)	28,2 (25,8 – 30,7)	
Migrationshintergrund				**N = 7 428**
Erste Generation	17,4 (15,6 – 19,3)	48,6 (46,1 – 51,0)	34,0 (31,8 – 36,3)	p < 0,001
Zweite Generation	15,9 (14,7 – 17,1)	49,1 (47,5 – 50,7)	35,0 (33,4 – 36,5)	Cramér's V. = 0,050
Keine Migration	12,0 (10,7 – 13,5)	47,2 (45,0 – 49,3)	40,8 (38,7 – 42,9)	
Familienstruktur				**N = 7269**
Andere	23,6 (17,5 – 30,9)	50,3 (42,1 – 57,9)	26,1 (19,8 – 33,7)	
Stieffamilie	18,1 (15,6 – 20,9)	47,8 (44,3 – 51,3)	34,1 (30,9 – 37,4)	p < 0,001
Alleinerziehende	20,1 (18,2 – 22,1)	50,8 (48,4 – 53,3)	29,1 (26,9 – 31,4)	Cramér's V. = 0,082
Beide Elternteile	12,8 (11,9 – 13,8)	47,7 (46,3 – 49,1)	39,5 (38,1 – 40,9)	
Schultyp				**N = 7 730**
ESC-*classes sup.*	14,5 (12,4 – 16,8)	47,5 (44,3 – 50,7)	38,0 (34,9 – 41,0)	
ESG-*classes sup.*	21,6 (18,8 – 24,4)	47,0 (43,7 – 50,4)	31,5 (28,3 – 34,7)	
Formation prof.	22,7 (19,4 – 26,3)	53,5 (49,3 – 57,6)	23,8 (20,4 – 27,4)	
ESC-*classes inf.*	12,3 (10,6 – 14,2)	45,4 (42,6 – 48,2)	42,3 (39,6 – 45,1)	*p* < 0,001
ESG-*classes inf.* (VO)	16,5 (14,8 – 18,3)	52,1 (49,7 – 54,4)	31,4 (29,3 – 33,7)	Cramér's V. = 0,115
ESG-*classes inf.* (VP)	21,1 (17,9 – 24,6)	49,7 (45,6 – 53,8)	29,1 (25,6 – 33,1)	
EF	9,4 (8,1 – 10,7)	47,3 (45,1 – 49,6)	43,3 (41,1 – 45,6)	

Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie sie ihren Gesundheitszustand einschätzen würden. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „ausgezeichnet" (1) bis „schlecht" (4). Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands wurde in folgende Kategorien eingeteilt: mittelmäßig/schlecht (Kategorien 3 bis 4), gut (Kategorie 2) und ausgezeichnet (Kategorie 1). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Wohlbefinden und Depression

Abbildung 25: Prävalenz von Wohlbefinden und Depressionsrisiko in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

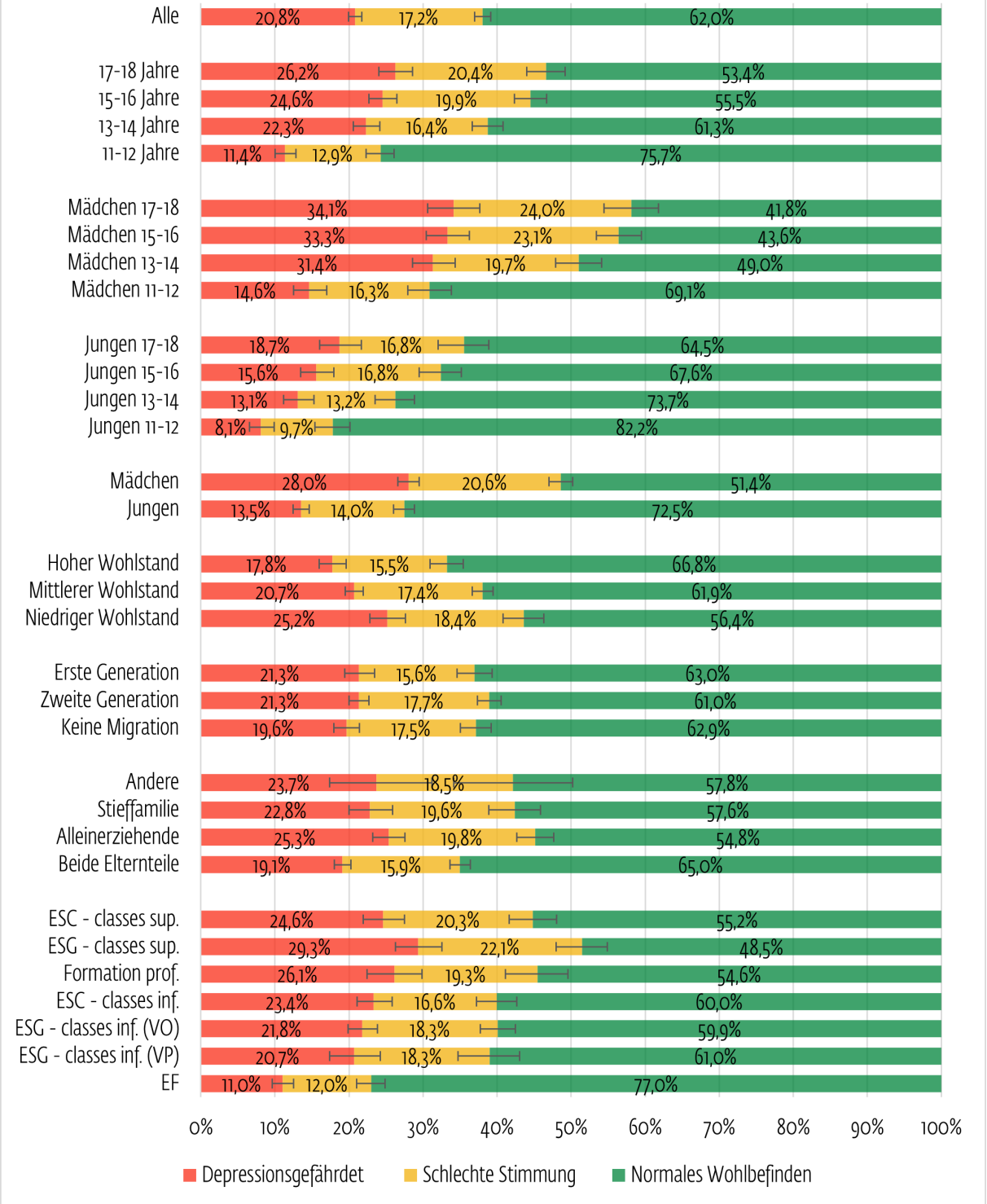


Tabelle 8: Prävalenz von Wohlbefinden und Depressionsrisiko in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Depressionsgefährdet (0-9)	Schlechte Stimmung (10-12)	Normales Wohlbefinden (13-25)	Chi-Square-Test
Alle				**N = 7 495**
	20,8 (19,9 – 21,8)	17,2 (16,4 – 18,1)	62,0 (60,9 – 63,1)	
Alter				**N = 7 495**
11-12 Jahre	11,4 (10,0 – 12,8)	12,9 (11,5 – 14,5)	75,7 (73,8 – 77,6)	
13-14 Jahre	22,3 (20,6 – 24,2)	16,4 (14,9 – 18,1)	61,3 (59,1 – 63,3)	p < 0,001
15-16 Jahre	24,6 (22,7 – 26,4)	19,9 (18,3 – 21,7)	55,5 (53,3 – 57,6)	γ = -0,231
17-18 Jahre	26,2 (24,0 – 28,6)	20,4 (18,3 – 22,5)	53,4 (50,8 – 56,0)	
Alter x Geschlecht				**N = 3 653**
Mädchen 11-12	14,6 (12,5 – 17,0)	16,3 (14,1 – 18,8)	69,1 (66,2 – 72,0)	
Mädchen 13-14	31,4 (28,6 – 34,3)	19,7 (17,3 – 22,2)	49,0 (45,9 – 52,0)	p < 0,001
Mädchen 15-16	33,3 (30,4 – 36,3)	23,1 (20,6 – 25,8)	43,6 (40,6 – 46,7)	γ = -0,250
Mädchen 17-18	34,1 (30,6 – 37,7)	24,0 (20,9 – 27,3)	41,8 (38,1 – 45,5)	
				N = 3 794
Jungen 11-12	8,1 (6,5 – 9,9)	9,7 (8,0 – 11,7)	82,2 (79,8 – 84,6)	
Jungen 13-14	13,1 (11,1 – 15,2)	13,2 (11,2 – 15,3)	73,7 (71,0 – 76,3)	p < 0,001
Jungen 15-16	15,6 (13,5 – 17,9)	16,8 (14,6 – 19,2)	67,6 (64,7 – 70,4)	γ = -0,228
Jungen 17-18	18,7 (16,0 – 21,7)	16,8 (14,3 – 19,7)	64,5 (60,9 – 67,8)	
Geschlecht				**N = 7 447**
Mädchen	28,0 (26,6 – 29,5)	20,6 (19,3 – 21,9)	51,4 (49,8 – 53,0)	p < 0,001
Jungen	13,5 (12,5 – 14,6)	14,0 (12,9 – 15,1)	72,5 (71,1 – 73,9)	Cramér's V. = 0,223
Familiärer Wohlstand				**N = 7 316**
Hoch	17,8 (16,0 – 19,6)	15,5 (13,8 – 17,3)	66,8 (64,5 – 69,0)	p < 0,001
Mittel	20,7 (19,5 – 21,9)	17,4 (16,3 – 18,5)	61,9 (60,5 – 63,3)	γ = 0,115
Niedrig	25,2 (22,8 – 27,6)	18,4 (16,4 – 20,7)	56,4 (53,6 – 59,1)	
Migrationshintergrund				**N = 7 223**
Erste Generation	21,3 (19,4 – 23,4)	15,6 (13,9 – 17,5)	63,0 (60,7 – 65,4)	p = 0,212
Zweite Generation	21,3 (20,0 – 22,7)	17,7 (16,4 – 18,9)	61,0 (59,4 – 62,6)	Cramér's V. = 0,020
Keine Migration	19,6 (18,0 – 21,4)	17,5 (15,9 – 19,2)	62,9 (60,8 – 65,0)	
Familienstruktur				**N = 7 071**
Andere	23,7 (17,4 – 31,2)	18,5 (12,5 – 25,1)	57,8 (49,9 – 65,9)	
Stieffamilie	22,8 (20,0 – 25,9)	19,6 (16,9 – 22,5)	57,6 (54,2 – 61,1)	p < 0,001
Alleinerziehende	25,3 (23,2 – 27,6)	19,8 (17,9 – 21,9)	54,8 (52,3 – 57,4)	Cramér's V. = 0,064
Beide Elternteile	19,1 (18,0 – 20,3)	15,9 (14,8 – 16,9)	65,0 (63,6 – 66,4)	

Tabelle 8: Prävalenz von Wohlbefinden und Depressionsrisiko in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen (Fortsetzung)

	Depressionsgefährdet (0-9)	Schlechte Stimmung (10-12)	Normales Wohlbefinden (13-25)	Chi-Square-Test
Schultyp				**N = 7 495**
ESC-*classes sup.*	24,6 (21,9 – 27,5)	20,3 (17,8 – 23)	55,2 (52,0 – 58,4)	
ESG-*classes sup.*	29,3 (26,3 – 32,6)	22,1 (19,4 – 25,1)	48,5 (45,1 – 52,0)	
Formation prof.	26,1 (22,4 – 29,9)	19,3 (16,1 – 22,8)	54,6 (50,3 – 58,7)	
ESC-*classes inf.*	23,4 (21,1 – 25,8)	16,6 (14,6 – 18,7)	60,0 (57,3 – 62,7)	p < 0,001
ESG-*classes inf.* (VO)	21,8 (19,9 – 23,8)	18,3 (16,5 – 20,3)	59,9 (57,5 – 62,2)	Cramér's V. = 0,137
ESG-*classes inf.* (VP)	20,7 (17,4 – 24,3)	18,3 (15,1 – 21,6)	61,0 (56,8 – 65,1)	
EF	11,0 (9,6 – 12,5)	12,0 (10,6 – 13,6)	77,0 (75,0 – 78,9)	

Die Teilnehmenden beantworteten die 5 Aussagen anhand einer 6-stufigen Bewertungsskala, die von „nie" (Wert 0) bis „immer" (Wert 5) reichte. Der *WHO-5-Well-Being Index* wurde in zwei Kategorien eingeteilt: schlechtes Wohlbefinden (0 bis 12) und normales Wohlbefinden (13 bis 25). Bei Jugendlichen mit schlechtem Wohlbefinden besteht die Gefahr von Depressionen und schlechter Stimmung. Die Kategorie „depressionsgefährdet" dient als Screening für Depressionen und reicht von 0 bis 9. Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Tabelle 9: Mittelwert des Wohlbefindens in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Wohlbefinden	N	ANOVA	*p*Wert
Alle				
	14,14 (14,02 – 14,26)	7 495		
Alter				
11 Jahre	16,68 (16,36 – 16,99)	7 948	64,51	< 0,001
12 Jahre	15,48 (15,18 – 15,79)			
13 Jahre	14,22 (13,89 – 14,55)			
14 Jahre	13,88 (13,54 – 14,21)			
15 Jahre	13,68 (13,36 – 14,00)			
16 Jahre	12,94 (12,62 – 13,26)			
17 Jahre	13,05 (12,72 – 13,39)			
18 Jahre	12,61 (12,19 – 13,03)			
Alter x Geschlecht				
Mädchen 11	16,09 (15,63 – 16,55)	7 896	70,93	< 0,001
Mädchen 12	14,44 (13,99 – 14,89)			
Mädchen 13	12,49 (12,04 – 12,94)			
Mädchen 14	12,22 (11,75 – 12,68)			
Mädchen 15	12,09 (11,65 – 12,54)			
Mädchen 16	11,56 (11,14 – 11,99)			
Mädchen 17	11,86 (11,38 – 12,33)			
Mädchen 18	11,48 (10,90 – 12,06)			
Jungen 11	17,21 (16,78 – 17,64)			
Jungen 12	16,56 (16,17 – 16,95)			
Jungen 13	16,11 (15,68 – 16,55)			
Jungen 14	15,41 (14,96 – 15,85)			
Jungen 15	15,28 (14,85 – 15,72)			
Jungen 16	14,33 (13,87 – 14,79)			
Jungen 17	14,20 (13,75 – 14,65)			
Jungen 18	13,75 (13,17 – 14,33)			
Geschlecht				
Mädchen	12,83 (12,66 – 13,00)	7 896	509,09	< 0,001
Jungen	15,46 (15,30 – 15,62)			
Familiärer Wohlstand				
Hoch	14,66 (14,41 – 14,91)	7 761	19,98	< 0,001
Mittel	14,13 (13,98 – 14,29)			
Niedrig	13,52 (13,21 – 13,83)			
Migrationshintergrund				
Erste Generation	14,16 (13,90 – 14,43)	7 663	3,39	0,034
Zweite Generation	14,00 (13,82 – 14,17)			
Keine Migration	14,34 (14,11 – 14,58)			
Familienstruktur				
Andere	13,35 (12,42 – 14,28)	7 506	22,70	< 0,001
Stieffamilie	13,64 (13,27 – 14,00)			
Alleinerziehende	13,32 (13,04 – 13,59)			
Beide Elternteile	14,47 (14,32 – 14,62)			

Tabelle 9: Mittelwert des Wohlbefindens in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen (Fortsetzung)

	Wohlbefinden	N	ANOVA	*p*Wert
Schultype				
ESC-*classes sup.*	12,99 (12,67 – 13,30)			
ESG-*classes sup.*	12,53 (12,17 – 12,88)			
Formation prof.	12,98 (12,53 – 13,42)			
ESC-*classes inf.*	13,80 (13,51 – 14,10)	7 948	F = 77,61	< 0,001
ESG-*classes inf.* (VO)	13,84 (13,58 – 14,10)			
ESG-*classes inf.* (VP)	14,48 (14,00 – 14,96)			
EF	16,21 (15,98 – 16,44)			

Die Teilnehmenden beantworteten die 5 Aussagen anhand einer 6-stufigen Bewertungsskala, die von „nie" (Wert 0) bis „immer" (Wert 5) reichte. Die Ergebnisse sind Mittelwerte (95 % Konfidenzintervall).

Ängste

Abbildung 26: Prävalenz der Angstsymptomatik in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

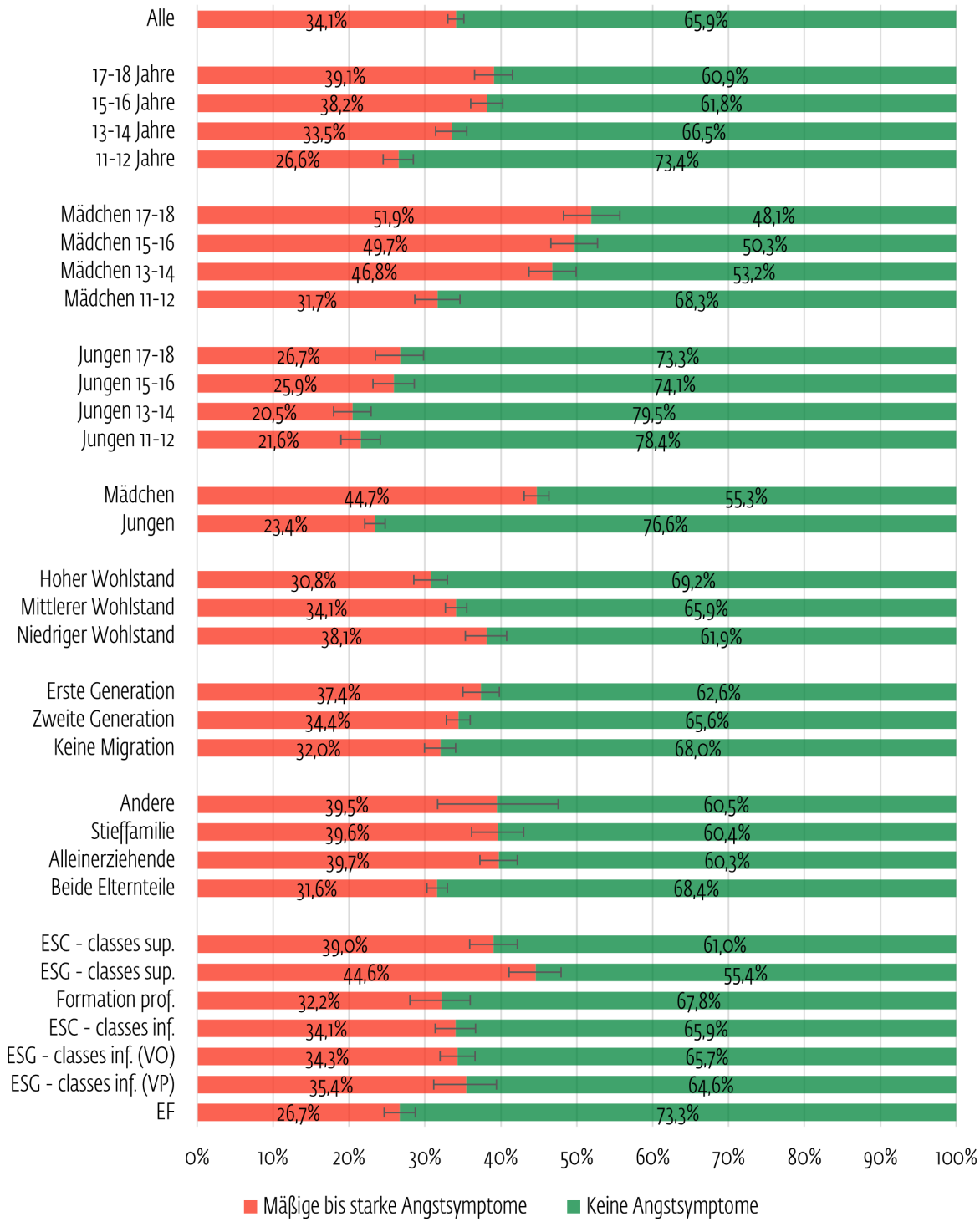


Tabelle 10: Prävalenz der Angstsymptomatik nach soziodemografischen Gruppen

	Keine Angstsymptome (0-2)	Mäßige bis starke Angstsymptome (3-6)	Chi-Square-Test
Alle			**N = 7 412**
	65,9 (64,8 – 67,0)	34,1 (33,0 – 35,2)	
Alter			**N = 7 412**
11-12 Jahre	73,4 (71,4 – 75,4)	26,6 (24,6 – 28,6)	
13-14 Jahre	66,5 (64,4 – 68,5)	33,5 (31,4 – 35,6)	$p < 0,001$
15-16 Jahre	61,8 (59,7 – 63,9)	38,2 (36,1 – 40,3)	$\gamma = 0,157$
17-18 Jahre	60,9 (58,4 – 63,4)	39,1 (36,6 – 41,6)	
Alter x Geschlecht			**N = 3 629**
Mädchen 11-12	68,3 (65,3 – 71,3)	31,7 (28,7 – 34,7)	
Mädchen 13-14	53,2 (50,1 – 56,4)	46,8 (43,7 – 50,0)	$p < 0,001$
Mädchen 15-16	50,3 (47,2 – 53,3)	49,7 (46,7 – 52,8)	$\gamma = 0,213$
Mädchen 17-18	48,1 (44,4 – 51,8)	51,9 (48,3 – 55,7)	
			N = 3 733
Jungen 11-12	78,4 (75,8 – 81,0)	21,6 (19,1 – 24,3)	
Jungen 13-14	79,5 (77,1 – 82,0)	20,5 (18,1 – 23,0)	$p < 0,001$
Jungen 15-16	74,1 (71,3 – 76,8)	25,9 (23,3 – 28,8)	$\gamma = 0,095$
Jungen 17-18	73,3 (70,0 – 76,4)	26,7 (23,6 – 30,0)	
Geschlecht			**N = 7 362**
Mädchen	55,3 (53,7 – 56,9)	44,7 (43,1 – 46,3)	$p < 0,001$
Jungen	76,6 (75,2 – 77,9)	23,4 (22,1 – 24,8)	Cramér's V. = 0,225
Familiärer Wohlstand			**N = 7 237**
Hoch	69,2 (67,0 – 71,4)	30,8 (28,6 – 33,0)	$p < 0,001$
Mittel	65,9 (64,5 – 67,3)	34,1 (32,7 – 35,5)	$\gamma = -0,092$
Niedrig	61,9 (59,1 – 64,5)	38,1 (35,4 – 40,9)	
Migrationshintegrund			**N = 7 154**
Erste Generation	62,6 (60,2 – 65,0)	37,4 (35,0 – 39,8)	$p = 0,004$
Zweite Generation	65,6 (64,0 – 67,1)	34,4 (32,9 – 36,0)	Cramér's V. = 0,040
Keine Migration	68,0 (65,9 – 70,0)	32,0 (30,0 – 34,1)	
Familienstruktur			**N = 7 022**
Andere	60,5 (52,7 – 68,6)	39,5 (32,1 – 48,0)	
Stieffamilie	60,4 (56,9 – 63,8)	39,6 (36,2 – 43,1)	$p < 0,001$
Alleinerziehende	60,3 (57,8 – 62,7)	39,7 (37,3 – 42,2)	Cramér's V. = 0,081
Beide Elternteile	68,4 (67,1 – 69,7)	31,6 (30,3 – 33,0)	
Schultyp			**N = 7 412**
ESC-*classes sup.*	61,0 (57,8 – 64,1)	39,0 (35,9 – 42,2)	
ESG-*classes sup.*	55,4 (51,9 – 58,8)	44,6 (41,2 – 48,1)	
Formation prof.	67,8 (63,7 – 71,6)	32,2 (28,4 – 36,3)	$p < 0,001$
ESC-*classes inf.*	65,9 (63,2 – 68,5)	34,1 (31,5 – 36,8)	Cramér's V. = 0,113
ESG-*classes inf.* (VO)	65,7 (63,3 – 67,9)	34,3 (32,1 – 36,7)	
ESG-*classes inf.* (VP)	64,6 (60,3 – 68,6)	35,4 (31,4 – 39,7)	
EF	73,3 (71,2 – 75,3)	26,7 (24,7 – 28,8)	

Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie oft sie in den vergangenen zwei Wochen unter Nervosität, Angstsymptome oder Anspannung litten bzw. nicht in der Lage waren, Sorgen zu unterdrücken oder zu kontrollieren. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „überhaupt nicht" (0) bis „fast jeden Tag" (3), mit einem Summenwert von 0 bis 6. Die Angstsymptomatik wurde in folgende Kategorien eingeteilt: keine Angstsymptome (Kategorien 0 bis 2), mäßige bis starke Angstsymptome (Kategorien 3 bis 6). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Einsamkeit

Abbildung 27: Prävalenz der Einsamkeit in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

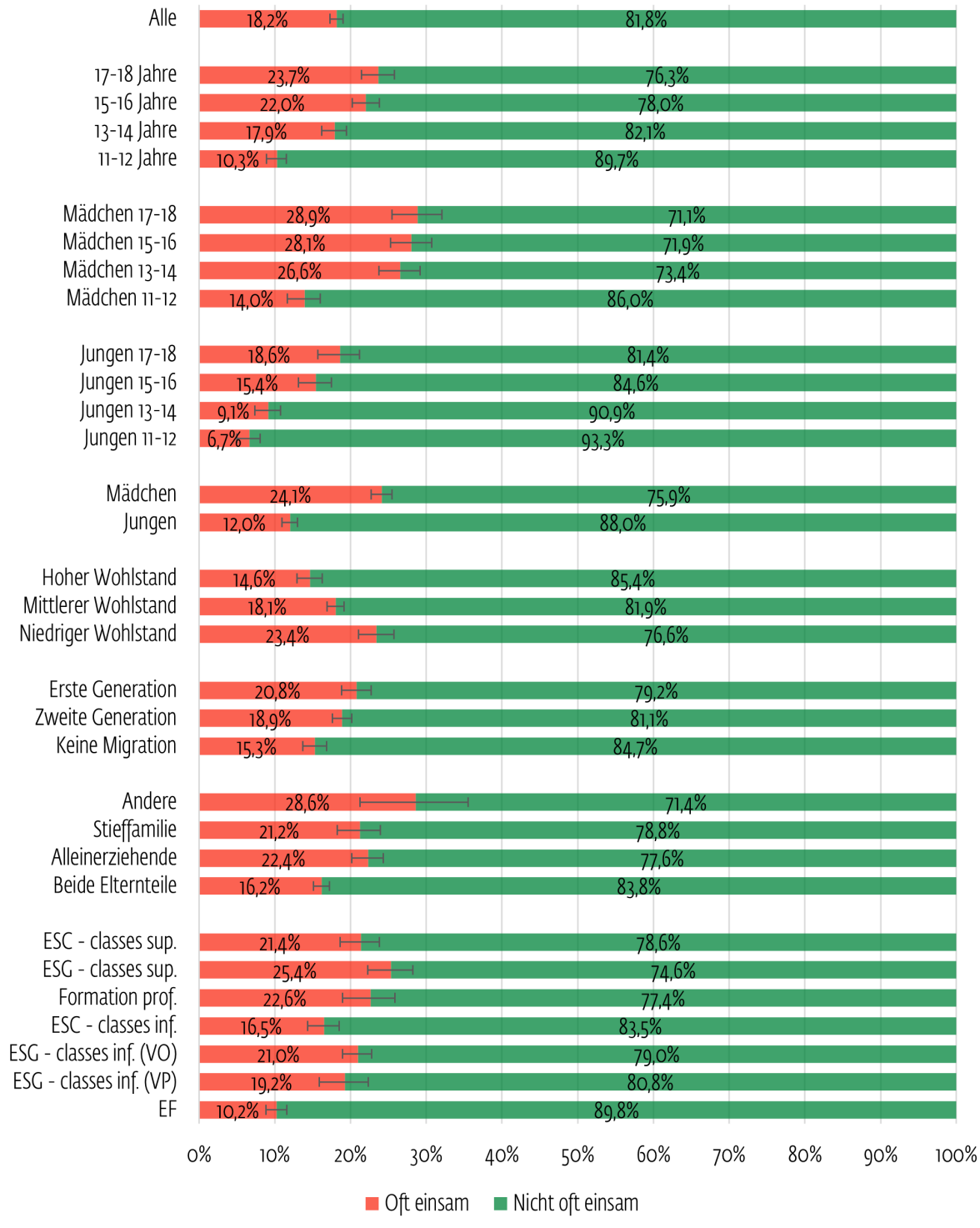


Tabelle 11: Prävalenz der Einsamkeit in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Nicht oft einsam (1-3)	Oft einsam (4-5)	Chi-Square-Test
Alle			**N = 7 725**
	81,8 (81,0 – 82,7)	18,2 (17,3 – 19,0)	
Alter			**N = 7 725**
11-12 Jahre	89,7 (88,3 – 91,0)	10,3 (9,0 – 11,7)	
13-14 Jahre	82,1 (80,4 – 83,7)	17,9 (16,3 – 19,6)	$p < 0{,}001$
15-16 Jahre	78,0 (76,1 – 79,7)	22,0 (20,3 – 23,9)	$\gamma = 0{,}246$
17-18 Jahre	76,3 (74,0 – 78,4)	23,7 (21,6 – 25,9)	
Alter x Geschlecht			**N = 3 754**
Mädchen 11-12	86,0 (83,8 – 88,1)	14,0 (11,9 – 16,2)	
Mädchen 13-14	73,4 (70,6 – 76,0)	26,6 (24,0 – 29,4)	$p < 0{,}001$
Mädchen 15-16	71,9 (69,2 – 74,6)	28,1 (25,4 – 30,8)	$\gamma = 0{,}212$
Mädchen 17-18	71,1 (67,7 – 74,3)	28,9 (25,7 – 32,3)	
			N = 3 921
Jungen 11-12	93,3 (91,7 – 94,7)	6,7 (5,3 – 8,3)	
Jungen 13-14	90,9 (89,1 – 92,5)	9,1 (7,5 – 11,0)	$p < 0{,}001$
Jungen 15-16	84,6 (82,3 – 86,7)	15,4 (13,3 – 17,7)	$\gamma = 0{,}317$
Jungen 17-18	81,4 (78,5 – 84,0)	18,6 (15,9 – 21,4)	
Geschlecht			**N = 7 674**
Mädchen	75,9 (74,5 – 77,2)	24,1 (22,8 – 25,5)	$p < 0{,}001$
Jungen	88,0 (86,9 – 89,0)	12,0 (11,0 – 13,1)	Cramér's V. = 0,158
Familiärer Wohlstand			**N = 7 510**
Hoch	85,4 (83,6 – 87,0)	14,6 (13,0 – 16,4)	$p < 0{,}001$
Mittel	81,9 (80,8 – 83,1)	18,1 (17,0 – 19,2)	$\gamma = -0{,}163$
Niedrig	76,6 (74,2 – 78,8)	23,4 (21,2 – 25,8)	
Migrationshintegrund			**N = 7 427**
Erste Generation	79,2 (77,2 – 81,1)	20,8 (18,9 – 22,8)	$p < 0{,}001$
Zweite Generation	81,1 (79,8 – 82,3)	18,9 (17,7 – 20,2)	Cramér's V. = 0,052
Keine Migration	84,7 (83,1 – 86,2)	15,3 (13,8 – 16,9)	
Familienstruktur			**N = 7 262**
Andere	71,4 (64,0 – 78,3)	28,6 (21,7 – 36,0)	
Stieffamilie	78,8 (75,8 – 81,5)	21,2 (18,5 – 24,2)	$p < 0{,}001$
Alleinerziehende	77,6 (75,5 – 79,6)	22,4 (20,3 – 24,5)	Cramér's V. = 0,080
Beide Elternteile	83,8 (82,8 – 84,8)	16,2 (15,2 – 17,2)	
Schultyp			**N = 7 725**
ESC-*classes sup.*	78,6 (75,9 – 81,1)	21,4 (18,9 – 24,1)	
ESG-*classes sup.*	74,6 (71,6 – 77,5)	25,4 (22,5 – 28,4)	
Formation prof.	77,4 (73,6 – 80,6)	22,6 (19,3 – 26,2)	$p < 0{,}001$
ESC-*classes inf.*	83,5 (81,3 – 85,4)	16,5 (14,5 – 18,6)	Cramér's V. = 0,131
ESG-*classes inf.* (VO)	79,0 (77,0 – 80,9)	21,0 (19,1 – 23,0)	
ESG-*classes inf.* (VP)	80,8 (77,4 – 83,9)	19,2 (16,1 – 22,6)	
EF	89,8 (88,3 – 91,1)	10,2 (8,9 – 11,7)	

Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie oft sie sich in den vergangenen 12 Monaten einsam gefühlt hatten. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „nie" (1) bis „immer" (5). Die Einsamkeit wurde in folgende Kategorien eingeteilt: „nicht oft einsam" (Kategorien 1 bis 3) und „oft einsam" (Kategorien 4 bis 5). Die Kategorie „oft einsam" bedeutet, dass sich die Befragten meistens oder immer einsam fühlten. Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Selbstwirksamkeit

Abbildung 28: Prävalenz der Selbstwirksamkeit in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

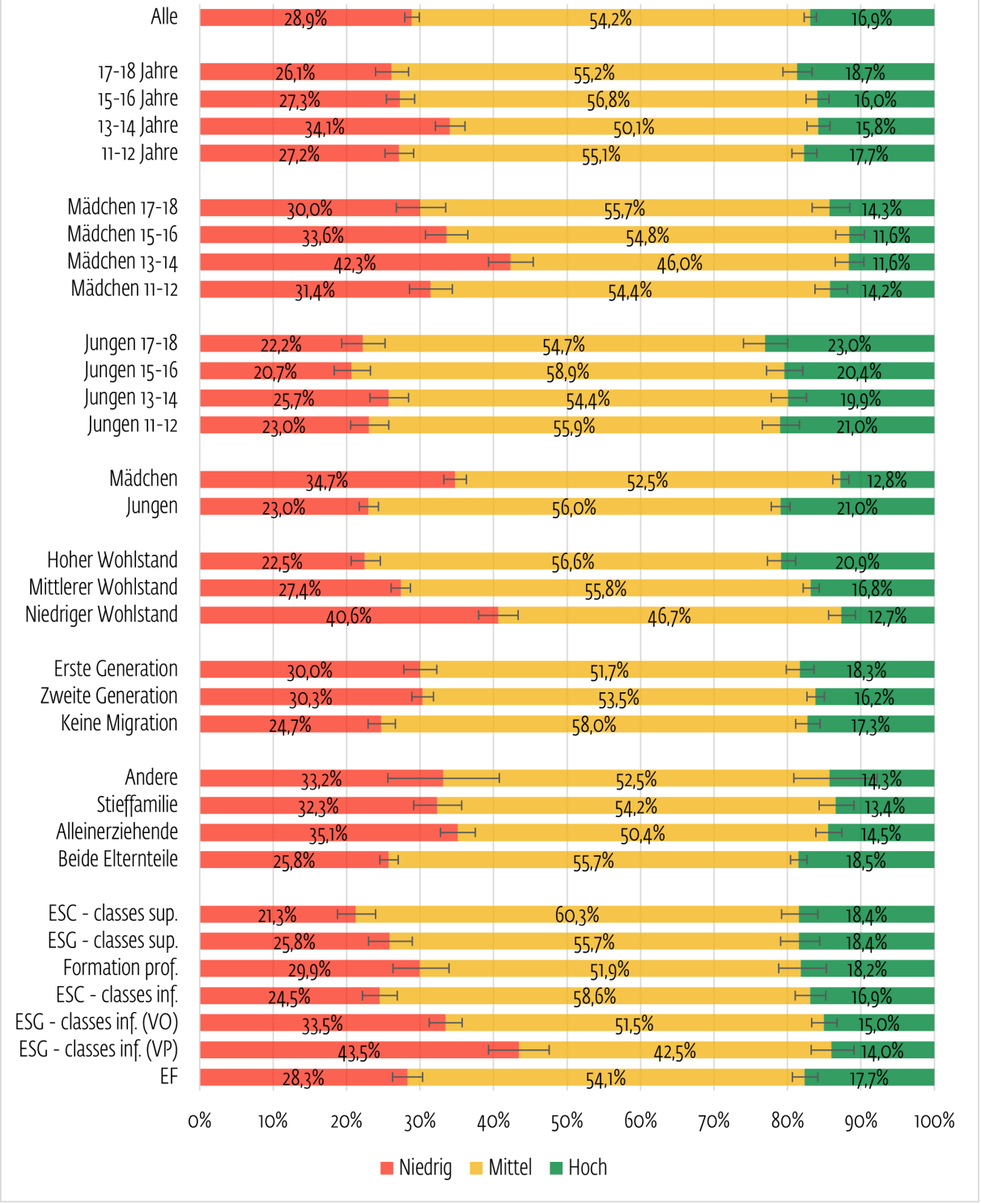


Tabelle 12: Prävalenz der Selbstwirksamkeit in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen

	Niedrige Selbstwirksamkeit (2-6)	Mittlere Selbstwirksamkeit (7-8)	Hohe Selbstwirksamkeit (9-10)	Chi-Square-Test
Alle				**N = 7 639**
	28,9 (27,9 – 29,9)	54,2 (53,1 – 55,3)	16,9 (16,1 – 17,8)	
Alter				**N = 7 639**
11-12 Jahre	27,2 (25,2 – 29,1)	55,1 (52,9 – 57,3)	17,7 (16,1 – 19,4)	
13-14 Jahre	34,1 (32,1 – 36,1)	50,1 (48,0 – 52,3)	15,8 (14,3 – 17,4)	p = 0,115
15-16 Jahre	27,3 (25,4 – 29,3)	56,8 (54,6 – 58,9)	16,0 (14,4 – 17,6)	γ = 0,023
17-18 Jahre	26,1 (23,9 – 28,4)	55,2 (52,6 – 57,7)	18,7 (16,8 – 20,7)	
Alter x Geschlecht				**N = 3 721**
Mädchen 11-12	31,4 (28,5 – 34,4)	54,4 (51,3 – 57,6)	14,2 (12,2 – 16,6)	
Mädchen 13-14	42,3 (39,3 – 45,4)	46,0 (42,9 – 49)	11,6 (9,7 – 13,7)	p < 0,001
Mädchen 15-16	33,6 (30,8 – 36,5)	54,8 (51,8 – 57,9)	11,6 (9,7 – 13,6)	γ = 0,023
Mädchen 17-18	30,0 (26,8 – 33,5)	55,7 (52,1 – 59,4)	14,3 (11,9 – 17,0)	
				N = 3 868
Jungen 11-12	23,0 (20,5 – 25,7)	55,9 (52,9 – 59,0)	21,0 (18,7 – 23,7)	
Jungen 13-14	25,7 (23,2 – 28,4)	54,4 (51,4 – 57,4)	19,9 (17,7 – 22,4)	p = 0,176
Jungen 15-16	20,7 (18,3 – 23,3)	58,9 (55,9 – 61,9)	20,4 (18,0 – 23,0)	γ = 0,029
Jungen 17-18	22,2 (19,3 – 25,3)	54,7 (51,1 – 58,2)	23,0 (20,1 – 26,1)	
Geschlecht				**N = 7 589**
Mädchen	34,7 (33,2 – 36,3)	52,5 (50,9 – 54,1)	12,8 (11,7 – 13,9)	p < 0,001
Jungen	23,0 (21,7 – 24,4)	56,0 (54,5 – 57,6)	21,0 (19,7 – 22,3)	Cramér's V. = 0,150
Familiärer Wohlstand				**N = 7 437**
Hoch	22,5 (20,6 – 24,6)	56,6 (54,3 – 59,0)	20,9 (19,0 – 22,8)	p < 0,001
Mittel	27,4 (26,1 – 28,7)	55,8 (54,3 – 57,2)	16,8 (15,7 – 17,9)	γ = 0,192
Niedrig	40,6 (38,0 – 43,4)	46,7 (44,0 – 49,4)	12,7 (11,0 – 14,6)	
Migrationshintergrund				**N = 7 354**
Erste Generation	30,0 (27,8 – 32,3)	51,7 (49,2 – 54,1)	18,3 (16,5 – 20,3)	p < 0,001
Zweite Generation	30,3 (28,9 – 31,8)	53,5 (51,8 – 55,1)	16,2 (15,1 – 17,4)	Cramér's
Keine Migration	24,7 (22,9 – 26,6)	58,0 (55,8 – 60,1)	17,3 (15,7 – 19,0)	V. = 0,042
Familienstruktur				**N = 7 200**
Andere	33,2 (25,7 – 40,8)	52,5 (44,7 – 60,7)	14,3 (9,4 – 20,8)	p < 0,001
Stieffamilie	32,3 (29,2 – 35,7)	54,2 (50,8 – 57,7)	13,4 (11,1 – 15,9)	Cramér's
Alleinerziehende	35,1 (32,8 – 37,6)	50,4 (47,9 – 52,9)	14,5 (12,8 – 16,3)	V. = 0,068
Beide Elternteile	25,8 (24,5 – 27,0)	55,7 (54,3 – 57,2)	18,5 (17,4 – 19,6)	
Schultyp				**N = 7 639**
ESC-*classes sup.*	21,3 (18,8 – 24,0)	60,3 (57,2 – 63,4)	18,4 (16,0 – 21,0)	
ESG-*classes sup.*	25,8 (23,0 – 29,0)	55,7 (52,3 – 59,1)	18,4 (15,9 – 21,2)	
Formation prof.	29,9 (26,3 – 33,9)	51,9 (47,7 – 56,0)	18,2 (15,2 – 21,6)	p < 0,001
ESC-*classes inf.*	24,5 (22,1 – 26,9)	58,6 (55,8 – 61,3)	16,9 (14,9 – 19,1)	Cramér's
ESG-*classes inf.* (VO)	33,5 (31,2 – 35,7)	51,5 (49,1 – 53,9)	15,0 (13,4 – 16,8)	V. = 0,089
ESG-*classes inf.* (VP)	43,5 (39,3 – 47,6)	42,5 (38,4 – 46,7)	14,0 (11,3 – 17,1)	
EF	28,3 (26,3 – 30,4)	54,1 (51,8 – 56,3)	17,7 (16,0 – 19,4)	

Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie oft sie eine Lösung für ein Problem finden, wenn sie sich nur genug anstrengen, und wie oft sie es schaffen, das zu tun, was sie sich vorgenommen haben. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „nie" (1) bis „immer" (5), mit einem Gesamtwert von 2 bis 10. Die Selbstwirksamkeit wurde in folgende Kategorien eingeteilt: „geringe Selbstwirksamkeit" (Kategorien 2 bis 6), „mittlere Selbstwirksamkeit" (Kategorien 7 bis 8) und „hohe Selbstwirksamkeit" (Kategorien 9 bis 10). Die Ergebnisse sind in % angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Tabelle 13: Mittelwert der Selbstwirksamkeit in Abhängigkeit von den soziodemografischen Gruppen

	Selbstwirksamkeit	N	ANOVA	*p*Wert
Alle				
	7,19 (7,16 – 7,22)	7 639		
Alter				
11 Jahre	7,36 (7,27 – 7,45)	8 105	7,64	< 0,001
12 Jahre	7,10 (7,01 – 7,19)			
13 Jahre	7,01 (6,91 – 7,10)			
14 Jahre	7,11 (7,02 – 7,20)			
15 Jahre	7,18 (7,09 – 7,27)			
16 Jahre	7,26 (7,17 – 7,34)			
17 Jahre	7,36 (7,27 – 7,45)			
18 Jahre	7,23 (7,11 – 7,34)			
Alter x Geschlecht				
Mädchen 11	7,20 (7,07 – 7,33)	8 051	17,97	< 0,001
Mädchen 12	6,94 (6,81 – 7,07)			
Mädchen 13	6,69 (6,56 – 6,81)			
Mädchen 14	6,81 (6,67 – 6,95)			
Mädchen 15	6,94 (6,81 – 7,07)			
Mädchen 16	7,02 (6,90 – 7,14)			
Mädchen 17	7,19 (7,06 – 7,32)			
Mädchen 18	7,05 (6,87 – 7,23)			
Jungen 11	7,50 (7,38 – 7,63)			
Jungen 12	7,27 (7,14 – 7,39)			
Jungen 13	7,35 (7,22 – 7,48)			
Jungen 14	7,38 (7,27 – 7,50)			
Jungen 15	7,43 (7,31 – 7,55)			
Jungen 16	7,51 (7,39 – 7,63)			
Jungen 17	7,53 (7,40 – 7,66)			
Jungen 18	7,41 (7,26 – 7,57)			
Geschlecht				
Mädchen	6,96 (6,92 – 7,01)	8 051	201,37	< 0,001
Jungen	7,42 (7,38 – 7,46)			
Familiärer Wohlstand				
Hoch	7,45 (7,39 – 7,52)	7 892	81,15	< 0,001
Mittel	7,22 (7,18 – 7,27)			
Niedrig	6,79 (6,71 – 6,88)			
Migrationshintegrund				
Erste Generation	7,19 (7,11 – 7,26)	7 806	8,56	< 0,001
Zweite Generation	7,14 (7,10 – 7,19)			
Keine Migration	7,30 (7,24 – 7,36)			
Familienstruktur				
Andere	7,01 (6,76 – 7,26)	7 645	18,19	< 0,001
Stieffamilie	7,05 (6,95 – 7,15)			
Alleinerziehende	7,01 (6,94 – 7,09)			
Beide Elternteile	7,29 (7,25 – 7,33)			

Tabelle 13: Mittelwert der Selbstwirksamkeit in Abhängigkeit von den soziodemografischen Gruppen (Fortsetzung)

	Selbstwirksamkeit	N	ANOVA	*p*Wert
Schultyp				
ESC-*classes sup.*	7,45 (7,37 – 7,54)			
ESG-*classes sup.*	7,29 (7,19 – 7,38)			
Formation prof.	7,20 (7,07 – 7,32)			
ESC-*classes inf.*	7,30 (7,22 – 7,38)	8 105	18,71	< 0,001
ESG-*classes inf.* (VO)	7,05 (6,98 – 7,12)			
ESG-*classes inf.* (VP)	6,77 (6,64 – 6,91)			
EF	7,20 (7,13 – 7,26)			

Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie oft sie eine Lösung für ein Problem finden, wenn sie sich genug anstrengen, und wie oft sie es schaffen, das zu tun, was sie sich vorgenommen haben. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „nie" (1) bis „immer" (5), mit einem Gesamtwert von 2 bis 10. Die Ergebnisse sind als Mittelwert angegeben (95 % Konfidenzintervall).

Literaturverzeichnis

Allgaier, A.-K., Pietsch, K., Frühe, B., Prast, E., Sigl-Glöckner, J., & Schulte-Körne, G. (2012). Depression in pediatric care: Is the WHO-Five Well-Being Index a valid screening instrument for children and adolescents? *General Hospital Psychiatry*, 34(3), 234–241. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.01.007

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM* 5 (5th ed.). American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control / Albert Bandura*. W.H. Freeman.

Biswas, T., Scott, J. G., Munir, K., Renzaho, A. M. N., Rawal, L. B., Baxter, J., & Mamun, A. A. (2020). Global variation in the prevalence of suicidal ideation, anxiety and their correlates among adolescents: A population based study of 82 countries. *EClinicalMedicine*, 24, 100395. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100395

Blom, E. H., Bech, P., Högberg, G., Larsson, J. O., & Serlachius, E. (2012). Screening for depressed mood in an adolescent psychiatric context by brief self-assessment scales--testing psychometric validity of WHO-5 and BDI-6 indices by latent trait analyses. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 149. https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-149

Boer, M., van Dorsselaer, S. A. F. M., de Looze, M., de Roos, S. A., Brons, H., van den Eijnden, R., Monshouwer, K., Huijnk, W., ter Bogt, T., Vollebergh, W., & Stevens, G. (2022). *HBSC 2021. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Universiteit Utrecht.

Bor, W., Dean, A. J., Najman, J., & Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *48*(7), 606–616. https://doi.org/10.1177/0004867414533834

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. Rutgers University Press.

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

Chen, X., Cai, Z., He, J., & Fan, X. (2020). Gender Differences in Life Satisfaction Among Children and Adolescents: A Meta-analysis. *Journal of Happiness Studies*, 21(6), 2279–2307. https://doi.org/10.1007/s10902-019-00169-9

Coley, R. L., O'Brien, M., & Spielvogel, B. (2019). Secular Trends in Adolescent Depressive Symptoms: Growing Disparities between Advantaged and Disadvantaged Schools. *Journal of Youth and Adolescence*, *48*(11), 2087–2098. https://doi.org/10.1007/s10964-019-01084-1

Cosma, A., Stevens, G., Martin, G., Duinhof, E. L., Walsh, S. D., Garcia-Moya, I., Költő, A., Gobina, I., Canale, N., Catunda, C., Inchley, J., & Looze, M. de (2020). Cross-National Time Trends in Adolescent Mental Well-Being From 2002 to 2018 and the Explanatory Role of Schoolwork Pressure. *The Journal of Adolescent Health*

: *Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 66(6S), S50-S58. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.02.010

Costa, P. T., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, *81*(2), 322–331. https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.2.322

Daly, M. (2022). Prevalence of Depression Among Adolescents in the U.S. From 2009 to 2019: Analysis of Trends by Sex, Race/Ethnicity, and Income. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *70*(3), 496–499. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.08.026

Danielsen, A. G., Samdal, O., Hetland, J., & WOLD, B. (2009). School-Related Social Support and Students' Perceived Life Satisfaction. *The Journal of Educational Research*, *102*(4), 303–320. https://doi.org/10.3200/JOER.102.4.303-320

DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question: A Meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*, *21*(3), 267–275. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, *95*(3), 542–575. https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542

Diener, E. (2012). New findings and future directions for subjective well-being research. *The American Psychologist*, *67*(8), 590–597. https://doi.org/10.1037/a0029541

Eccles, A. M., Qualter, P., Madsen, K. R., & Holstein, B. E. (2020). Loneliness in the lives of Danish adolescents: Associations with health and sleep. *Scandinavian Journal of Public Health*, *48*(8), 877–887. https://doi.org/10.1177/1403494819865429

Eriksen, H., & Ursin, H. (2004). Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *Journal of Psychosomatic Research*, *56*(4), 445–448. https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00629-9

Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Lim, J. X., Ho, M.-H. R., & Rohde, P. (2018). Incidence, recurrence and comorbidity of anxiety disorders in four major developmental stages. *Journal of Affective Disorders*, *228*, 248–253. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.014

Farrell, A. H., Vitoroulis, I., Eriksson, M., & Vaillancourt, T. (2023). Loneliness and Well-Being in Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Children (Basel, Switzerland)*, *10*(2). https://doi.org/10.3390/children10020279

Favotto, L., Michaelson, V., Pickett, W., & Davison, C. (2019). The role of family and computer-mediated communication in adolescent loneliness. *PloS ONE*, *14*(6), e0214617. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214617

Ferrer, R., & Klein, W. M. (2015). Risk perceptions and health behavior. *Current Opinion in Psychology*, *5*, 85–89. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.012

Gaspar, T., Botelho Guedes, F., Cerqueira, A., Gaspar de Matos, M., & Equipa Aventura Social. (2022). *A saúde dos adolescentes portugueses em contexto de pandemia – Dados nacionais do estudo HBSC 2022.*

Gruppo HBSC-Italia 2022. (2023). *HBSC 2022 Principali risultati.*

Guimond, S., Branscombe, N. R., Brunot, S., Buunk, A. P., Chatard, A., Désert, M., Garcia, D. M., Haque, S., Martinot, D., & Yzerbyt, V. (2007). Culture, gender, and the self: Variations and impact of social comparison processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92*(6), 1118–1134. https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.6.1118

Guo, J., Basarkod, G., Perales, F., Parker, P. D., Marsh, H. W., Donald, J., Dicke, T., Sahdra, B. K., Ciarrochi, J., Hu, X., Lonsdale, C., Sanders, T., & Del Pozo Cruz, B. (2022). The Equality Paradox: Gender Equality Intensifies Male Advantages in Adolescent Subjective Well-Being. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 1461672221125619. https://doi.org/10.1177/01461672221125619

Heinz, A., Catunda, C., van Duin, C., Torsheim, T., & Willems, H. (2020). Patterns of Health-Related Gender Inequalities-A Cluster Analysis of 45 Countries. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *66*(6S), S29-S39. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.02.011

Heinz, A., Kern, M. R., van Duin, C., Catunda, C., & Willems, H. (2021). *Gesundheit von Schülerinnen und Schülern in Luxemburg: Bericht zur luxemburgischen HBSC-Befragung 2018 - Health behaviour in school-aged children. World Health Organization collaborative cross-national study*. https://orbilu.uni.lu/bitstream/10993/46653/1/HBSC_Endbericht_2018_Web.pdf

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

Hetlevik, Ø., Meland, E., Hufthammer, K. O., Breidablik, H. J., Jahanlu, D., & Vie, T. L. (2020). Self-rated health in adolescence as a predictor of 'multi-illness' in early adulthood: A prospective registry-based Norwegian HUNT study. *SSM - Population Health*, *11*, 100604. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100604

Högberg, B. (2021). Educational stressors and secular trends in school stress and mental health problems in adolescents. *Social Science & Medicine (1982)*, *270*, 113616. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113616

Huebner, E. S., Drane, W., & Valois, R. F. (2000). Levels and Demographic Correlates of Adolescent Life Satisfaction Reports. *School Psychology International*, *21*(3), 281–292. https://doi.org/10.1177/0143034300213005

Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, *38*(1), 21–37.

Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jåstad, A., Cosma, A., Kelly, C., & Arnarsson, Á. M. (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

Jackson, L. T. B., van de Vijver, F. J. R., & Fouché, R. (2014). Psychological strengths and subjective well-being in South African white students. *1433-0237*, *24*(4), 299–307. https://doi.org/10.1080/14330237.2014.980617

Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 195–213). Taylor & Francis.

Keyes, K. M., Gary, D., O'Malley, P. M., Hamilton, A., & Schulenberg, J. (2019). Recent increases in depressive symptoms among US adolescents: Trends from 1991 to 2018. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *54*(8), 987–996. https://doi.org/10.1007/s00127-019-01697-8

Kirsch, C., Vaiouli, P., Bebić-Crestany, D., Andreoli, F. D., Peluso, E., & Hauffels, I. (2022). *The impact of the Covid-19 pandemic in Luxembourg in 2021: Children aged 6-16 share their subjective well-being and experiences: First findings of the project COVID-Kids I.* University of Luxembourg.

Krieger, N., Kiang, M. V., Kosheleva, A., Waterman, P. D., Chen, J. T., & Beckfield, J. (2015). Age at menarche: 50-year socioeconomic trends among US-born black and white women. *American Journal of Public Health*, *105*(2), 388–397. https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301936

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, *146*(5), 317–325. https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004

La Fuente, J. de, Malpica-Chavarria, E. A., Garzón-Umerenkova, A., & Pachón-Basallo, M. (2021). Effect of Personal and Contextual Factors of Regulation on Academic Achievement during Adolescence: The Role of Gender and Age. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(17). https://doi.org/10.3390/ijerph18178944

Laursen, B., & Hartl, A. C. (2013). Understanding loneliness during adolescence: Developmental changes that increase the risk of perceived social isolation. *Journal of Adolescence*, *36*(6), 1261–1268. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.06.003

Looze, M. E. de, Huijts, T., Stevens, G. W. J. M., Torsheim, T., & Vollebergh, W. A. M. (2018). The Happiest Kids on Earth. Gender Equality and Adolescent Life Satisfaction in Europe and North America. *Journal of Youth and Adolescence*, *47*(5), 1073–1085. https://doi.org/10.1007/s10964-017-0756-7

Lyyra, N., Thorsteinsson, E. B., Eriksson, C., Madsen, K. R., Tolvanen, A., Löfstedt, P., & Välimaa, R. (2021). The Association between Loneliness, Mental Well-Being, and Self-Esteem among Adolescents in Four Nordic Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(14). https://doi.org/10.3390/ijerph18147405

Lyyra, N., Välimaa, R., & Tynjälä, J. (2018). Loneliness and subjective health complaints among school-aged children. *Scandinavian Journal of Public Health*, *46*(20_suppl), 87–93. https://doi.org/10.1177/1403494817743901

Madsen, K. R., Damsgaard, M. T., Rubin, M., Jervelund, S. S., Lasgaard, M., Walsh, S., Stevens, G. G. W. J. M., & Holstein, B. E. (2016). Loneliness and Ethnic Composition of the School Class: A Nationally Random Sample of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, *45*(7), 1350–1365. https://doi.org/10.1007/s10964-016-0432-3

Mazur, J., Szkultecka-Dębek, M., Dzielska, A., Drozd, M., & Małkowska-Szkutnik, A. (2018). What does the Cantril Ladder measure in adolescence? *Archives of Medical Science : AMS*, *14*(1), 182–189. https://doi.org/10.5114/aoms.2016.60718

Mojtabai, R., Olfson, M., & Han, B. (2016). National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics*, *138*(6). https://doi.org/10.1542/peds.2016-1878

Moksnes, U. K., & Espnes, G. A. (2013). Self-esteem and life satisfaction in adolescents-gender and age as potential moderators. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, *22*(10), 2921–2928. https://doi.org/10.1007/s11136-013-0427-4

Moreno-Agostino, D., Wu, Y.-T., Daskalopoulou, C., Hasan, M. T., Huisman, M., & Prina, M. (2021). Global trends in the prevalence and incidence of depression:A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *281*, 235–243. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.035

Nearchou, F., Flinn, C., Niland, R., Subramaniam, S. S., & Hennessy, E. (2020). Exploring the Impact of COVID-19 on Mental Health Outcomes in Children and Adolescents: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(22). https://doi.org/10.3390/ijerph17228479

Orben, A., Lucas, R. E., Fuhrmann, D., & Kievit, R. A. (2022). Trajectories of adolescent life satisfaction. *Royal Society Open Science*, *9*(8), 211808. https://doi.org/10.1098/rsos.211808

Parodi, K. B., Holt, M. K., Green, J. G., Porche, M. V., Koenig, B., & Xuan, Z. (2022). Time trends and disparities in anxiety among adolescents, 2012-2018. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(1), 127–137. https://doi.org/10.1007/s00127-021-02122-9

Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164–172. https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164

Plummer, F., Manea, L., Trepel, D., & McMillan, D. (2016). Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: A systematic review and diagnostic metaanalysis. *General Hospital Psychiatry*, 39, 24–31. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.11.005

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(3), 345–365. https://doi.org/10.1111/jcpp.12381

Qualter, P., Hennessey, A., Yang, K., Chester, K. L., Klemera, E., & Brooks, F. (2021). Prevalence and Social Inequality in Youth Loneliness in the UK. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(19). https://doi.org/10.3390/ijerph181910420

Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, *175*(11), 1142–1150. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482

Samji, H., Wu, J., Ladak, A., Vossen, C., Stewart, E., Dove, N., Long, D., & Snell, G. (2022). Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth - a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, *27*(2), 173–189. https://doi.org/10.1111/camh.12501

Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., . . . Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, *398*(10312), 1700–1712. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7

Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2006). Self-Efficacy, Adolescents' Risk-Taking Behaviour, And Health. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Adolescence and education. Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 139–159). IAP - Information Age Pub.

Sheeran, P., & Webb, T. L. (2016). The Intention-Behavior Gap. *Social and Personality Psychology Compass*, 10(9), 503–518. https://doi.org/10.1111/spc3.12265

Steffen, A., Thom, J., Jacobi, F., Holstiege, J., & Bätzing, J. (2020). Trends in prevalence of depression in Germany between 2009 and 2017 based on nationwide ambulatory claims data. *Journal of Affective Disorders*, 271, 239–247. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.082

Svedberg, P., Eriksson, M., & Boman, E. (2013). Associations between scores of psychosomatic health symptoms and health-related quality of life in children and adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 176. https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-176

United Nations. (2016). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/89/PDF/N1529189.pdf?OpenElement

Vingilis, E. R., Wade, T. J., & Seeley, J. S. (2002). Predictors of Adolescent Self-rated Health: Analysis of the National Population Health Survey. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique*, 93(3), 193–197. https://doi.org/10.1007/BF03404999

Wade, T. J., Cairney, J., & Pevalin, D. J. (2002). Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*(2), 190–198. https://doi.org/10.1097/00004583-200202000-00013

Wesselhoeft, R., Sørensen, M. J., Heiervang, E. R., & Bilenberg, N. (2013). Subthreshold depression in children and adolescents - a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *151*(1), 7–22. https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.010

WHO. (1998). *Wellbeing Measures in Primary Health Care/The Depcare Project*. WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1

World Health Organization. (2020). *Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240011854

World Health Organization. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/345301

Zaborskis, A., Kavaliauskienė, A., Dimitrova, E., & Eriksson, C. (2022). Pathways of Adolescent Life Satisfaction Association with Family Support, Structure and Affluence: A Cross-National Comparative Analysis. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, *58*(7). https://doi.org/10.3390/medicina58070970

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, *52*(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Liste der Abbildungen

Abbildung 1: Antwortverteilung Lebenszufriedenheit (Cantril-Leiter) 4
Abbildung 2: Mittelwert der Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht 5
Abbildung 3: Mittelwert der Lebenszufriedenheit Abhängigkeit von familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund 6
Abbildung 4: Mittelwert der Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit von der Familienstruktur 7
Abbildung 5: Mittelwert der Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit vom Schultyp 7
Abbildung 6: Gesundheitsbeschwerden Antwortverteilung 8
Abbildung 7: Prävalenz von multiplen Gesundheitsbeschwerden in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht 9
Abbildung 8: Verteilung der Antworten zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands 11
Abbildung 9: Ausgezeichneter Gesundheitszustand in Abhängigkeit von Altersgruppe und Geschlecht 12
Abbildung 10: Verteilung der Antworten zum Wohlbefinden 13
Abbildung 11: Mittelwert des Wohlbefindens in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht 14
Abbildung 12: Prävalenz des Depressionsrisikos in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht 15
Abbildung 13: Antwortverteilung GAD-2 16
Abbildung 14: Prävalenz der Angstsymptomatik (GAD-2) 17
Abbildung 15: Angstsymptomatik in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht 17
Abbildung 16: Antwortverteilung Einsamkeit 19
Abbildung 17: Prävalenz der Einsamkeit in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht 20
Abbildung 18: Antwortverteilung Selbstwirksamkeit 21
Abbildung 19: Selbstwirksamkeit in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht 22
Abbildung 20: Selbstwirksamkeit in Abhängigkeit vom Schultyp 22
Abbildung 21: Trends bei der Lebenszufriedenheit 24
Abbildung 22: Prävalenz der Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 35
Abbildung 23: Prävalenz multipler Gesundheitsbeschwerden in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 39
Abbildung 24: Prävalenz der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 43
Abbildung 25: Prävalenz von Wohlbefinden und Depressionsrisiko in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 45
Abbildung 26: Prävalenz der Angstsymptomatik in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 50
Abbildung 27: Prävalenz der Einsamkeit in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 52
Abbildung 28: Prävalenz der Selbstwirksamkeit in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 54

Liste der Tabellen

Tabelle 1: Zusammenfassung der linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Lebenszufriedenheit, aufgeteilt nach Geschlecht 26
Tabelle 2: Zusammenfassung der linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Lebenszufriedenheit, aufgeteilt nach Geschlecht 27
Tabelle 3: Prävalenz der Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 36
Tabelle 4: Mittelwert der Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 37
Tabelle 5: Prävalenz multipler Gesundheitsbeschwerden in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 40
Tabelle 6: Mittelwert der multiplen Gesundheitsbeschwerden in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen. 41
Tabelle 7: Prävalenz der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 44
Tabelle 8: Prävalenz von Wohlbefinden und Depressionsrisiko in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 46
Tabelle 9: Mittelwert des Wohlbefindens in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 48
Tabelle 10: Prävalenz der Angstsymptomatik nach soziodemografischen Gruppen 51
Tabelle 11: Prävalenz der Einsamkeit in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 53
Tabelle 12: Prävalenz der Selbstwirksamkeit in Abhängigkeit von soziodemografischen Gruppen 55
Tabelle 13: Mittelwert der Selbstwirksamkeit in Abhängigkeit von den soziodemografischen Gruppen 56

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 liefert Informationen über die mentale Gesundheit und das Wohlbefinden von Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren an, die private und öffentliche Schulen in Luxemburg besuchen, und deren Unterricht auf dem nationalen Lehrplan im Jahr 2022 basiert.

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind in allen Bereichen der mentalen Gesundheit und des Wohlbefindens festzustellen. Im Vergleich zu Jungen gaben Mädchen eine geringere Lebenszufriedenheit und ein geringeres Wohlbefinden an, hatten häufiger gesundheitliche Beschwerden, bewerteten ihren Gesundheitszustand seltener als ausgezeichnet, wiesen eine höhere Prävalenz von Depressionen und Angstsymptomen auf, fühlten sich häufiger einsam und berichteten über ein geringeres Maß an Selbstwirksamkeit. Andere soziodemografische Merkmale wie Alter, familiärer Wohlstand, Migrationshintergrund, Familienstruktur und Schultyp wurden in den Bericht einbezogen. Es werden zwar Unterschiede berichtet, sie sind jedoch weniger ausgeprägt.

Darüber hinaus werden in diesem Bericht die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit unter Berücksichtigung soziodemografischer und psychosozialer Faktoren untersucht. Die durchgeführten Analysen zeigen, dass die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit ein Spiegelbild der geschlechtsspezifischen Unterschiede bei anderen psychosozialen und sozialen Unterstützungsfaktoren sind, wie z. B. Angstsymptome, Einsamkeit und familiäre Unterstützung.

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

www.hbsc.lu